

Содержание

Лечение избегающего/ограничительного расстройства приема пищи. Основанная на семье терапия	15
Благодарности	19
Введение	21
1. Что такое избегающее/ограничительное расстройство приема пищи?	27
Исторический контекст	27
Современные диагностические критерии	28
Клинические проявления ИОРПП	31
Потеря интереса (ПИ)	31
Сенсорная чувствительность (СЧ)	32
Страх негативных последствий (СНП)	33
Эпидемиология ИОРПП	36
Риски и этиология	36
Сопутствующие заболевания	37
Психиатрические сопутствующие заболевания	40
Лечение ИОРПП	43
2. Обзор основанной на семье терапии избегающего и ограничительного расстройства приема пищи	47
Общая модель основанной на семье терапии	47
История возникновения основанной на семье терапии	48
Фундаментальные положения основанной на семье терапии	49
Агностицизм	49
Экстернализация	51
Расширение возможностей родителей	54
Консультативная терапевтическая позиция	55
Прагматический фокус	56
Общая структура терапии основанной на семье при ИОРПП	59
Фаза 1	59
Фаза 2	60
Фаза 3	61
Общие проблемы	62
Что такое семья?	62

Семьи с одним ребенком	63
Проблемы родителей	64
Сопутствующие физические или психиатрические проблемы	65
3. Научное доказательство основанной на семье терапии при избегающем/избирательном расстройстве приема пищи	67
Структурная терапия, основанная на семье при психосоматических расстройствах	67
Ранние исследования терапии, основанной на семье	68
ОСТ для подростков с нервной булимией	74
Когнитивно-поведенческая терапия при ИОРПП (КПТ-ИОРПП)	76
Итоги	79
4. Трудности диагностики и оценки избегающего/ограничительного расстройства приема пищи	81
Медицинское обследование	81
Оценка питания	84
Психологическая оценка	85
Развитие питания у детей и подростков	85
Новорожденный	86
Младенец	87
Дошкольники	87
Дети школьного возраста	88
Подростки	89
Первичное интервью с родителями детей младшего возраста	90
Описание проблемы	92
Предшествующие оценки	92
Текущие проблемы	92
Беспокойство по поводу веса и/или фигуры	92
Сенсорная чувствительность	93
Потеря интереса	93
Страх перед негативными последствиями	93
Предыдущие методы лечения	93
Воздействие на семью	94
Влияние на физическое здоровье	94
Влияние на психическое здоровье	94
Социальные последствия	94
Первичное интервью с родителями подростка	95
Первичное интервью с ребенком	95

Дошкольники	95
Дети школьного возраста	97
Подростки	99
Потеря	100
Сенсорная чувствительность	101
Страх неблагоприятных последствий	101
Структурированные интервью и показатели самоотчетов	102
Специфические показатели ИОРПП	102
КИПИР	102
NIAS	103
EDY-Q	103
ШНФ	103
Расстройства пищевого поведения	104
Шкалы клинических нарушений	104
Сопутствующие психиатрические заболевания	105
Тревожные расстройства	106
Депрессия	107
Поведенческие проблемы	107
Расстройства аутистического спектра (РАС)	108
Дифференциальные диагнозы	108
Тревожные расстройства	109
5. Терапия, основанная на семье при лечении избегающего/ограничительного расстройства приема пищи через призму развития	111
Дошкольники	111
Физическое развитие	112
Когнитивное развитие	112
Эмоциональное развитие	113
Социальное развитие	113
Взаимодействие с дошкольником во время ОСТ при ИОРПП	114
Взаимодействие с родителями дошкольника	115
Определение поведения, когнитивных, эмоциональных и социальных ожиданий во время лечения	115
Инструменты и стратегии, используемые во время лечения	116
Изменения в структуре ОСТ при ИОРПП	117
Дети школьного возраста	118
Физическое развитие детей препубертатного возраста	119
Когнитивное развитие у детей препубертатного возраста	119

Эмоциональное развитие детей препубертатного возраста	120
Социальное развитие детей препубертатного возраста	120
Взаимодействие с детьми школьного возраста препубертатного периода	120
Взаимодействие с родителями детей школьного возраста препубертатного периода	121
Определение поведения, когнитивных, эмоциональных и социальных ожиданий во время лечения	121
Инструменты и стратегии, используемые во время лечения	122
Изменения в структуре ОСТ при ИОРПП	123
Физические изменения в позднем школьном и раннем подростковом возрасте	124
Когнитивные изменения в позднем школьном и раннем подростковом возрасте	124
Эмоциональное развитие у детей позднего школьного возраста и ранних подростков	125
Социальное развитие в позднем школьном и раннем подростковом возрасте	125
Взаимодействие с детьми позднего школьного и раннего подросткового возраста	126
Взаимодействие с родителями детей позднего школьного и раннего подросткового возраста	126
Определение поведения, когнитивных, эмоциональных и социальных ожиданий во время лечения	127
Инструменты и стратегии, используемые во время лечения	128
Изменения в структуре ОСТ при ИОРПП	128
Средний и поздний подростковый возраст	128
Когнитивное развитие в среднем и позднем подростковом возрасте	128
Эмоциональное развитие в среднем и позднем подростковом возрасте	129
Социальное развитие в среднем и позднем подростковом возрасте	129
Взаимодействие с подростком среднего и старшего возраста	130
Взаимодействие с родителями подростков среднего и старшего возраста	131
Определение поведения, когнитивных, эмоциональных и социальных ожиданий во время лечения	132
Инструменты и стратегии, используемые во время лечения	132
Изменения в структуре ОСТ при ИОРПП	132

6. Медицинская и психиатрическая коморбидность при лечении избегающего/ограничительного расстройства приема пищи терапией, основанной на семье	134
Как сопутствующие коморбидные состояния влияют на проведение ОСТ при ИОРПП	134
Родителям трудно поверить в ИОРПП	135
Беспокойство родителей по поводу страданий ребенка	135
Лекарства	136
Зондовое питание	136
Несогласие между специалистами	137
Влияние тревожных расстройств на ОСТ при ИОРПП	137
Родители могут проявлять чрезмерную заботу и бояться ухудшить состояние и функционирование ребенка	138
Тревога пациента и тревога по поводу приема пищи	138
Побочные эффекты лекарств	139
Влияние обсессивно-компульсивного расстройства на ОСТ при ИОРПП	140
Лекарства	141
Влияние посттравматического стрессового расстройства на проведение ОСТ при ИОРПП	142
Травма и ее влияние на ОСТ при ИОРПП	142
Травма как причина ИОРПП	143
Лекарства	143
Влияние расстройства аутистического спектра на ОСТ при ИОРПП	144
Страх навредить ребенку с аутизмом	145
Нейроразвивающие ограничения ребенка с РАС и ОСТ при ИОРПП	146
Лекарства	146
Влияние синдрома дефицита внимания с гиперактивностью на лечение ОСТ при ИОРПП	147
Проблемы с вниманием ограничивают способность ребенка участвовать в жизни общества	148
Лекарства	148
Влияние аффективных расстройств и дисрегуляции настроения на лечение ИОРПП при помощи ОСТ	149
Беспокойство родителей о ребенке с депрессией	149
Разочарование и гнев на ребенка с дисрегуляцией настроения	150
Лекарства	150

Влияние физического здоровья родителей на ОСТ при ИОРПП	151
Влияние психического здоровья родителей на ОСТ при ИОРПП	151
Злоупотребление психоактивными веществами и зависимости	152
Пренебрежение и жестокое обращение	152
Психоз	152
Родительское беспокойство	152
Аффективные расстройства родителей	153
Расстройство пищевого поведения у родителей	153
Конфликт между родителями	154
Интеграция развития и коморбидных состояний в ОСТ при ИОРПП	154
7. Поддержка изменений в семье	156
Сессия 1: Активация изменений и взаимопонимания	157
Первая индивидуальная встреча с пациентом	160
Первая встреча с семьей	161
Подведение итогов сессии	174
Сессия 2: Семейная трапеза	175
Встреча с пациентом	176
Встреча с семьей	177
Подведение итогов сессии	184
Оставшаяся часть фазы 1	184
Встреча с пациентом	185
Встреча с семьей	187
Подведение итогов сессии	192
Более активное участие ребенка в лечении	193
Возникновение других проблем, мешающих решению проблемы ИОРПП	194
Сокращение участия братьев и сестер	194
Ребенку может стать хуже и потребуется госпитализация	195
Заключительные комментарии	196
8. Изменение пищевого поведения в семейном и социальном контексте	197
9. Возвращение к нормам развития	224

10. Основанная на семье терапия избегающего/ограничительного расстройства приема пищи с потерей интереса	242
Фаза 1	243
Сессия 2: Семейная трапеза	246
Окончание фазы 1	249
Фаза 2	257
Фаза 3	263
Обсуждение	266
11. Основанная на семье терапия при избегающем/ограничительном расстройстве приема пищи с сенсорной чувствительностью	269
Фаза 1 семейного лечения ИОРПП с сенсорной чувствительностью	272
Сессия 1	272
Сессия 2	281
Окончание первой фазы ОСТ при ИОРПП с сенсорной чувствительностью	287
Фаза 2 семейного лечения ИОРПП с сенсорной чувствительностью	291
Фаза 3 семейного лечения ИОРПП с сенсорной чувствительностью	296
Обсуждение	299
12. Основанная на семье терапия при избегающем/ограничительном расстройстве приема пищи со страхом негативных последствий	303
Фаза 1 ОСТ при ИОРПП	304
Сессия 1	305
Сессия 2	317
Окончание первой фазы	326
Фаза 2	333
13. Куда двигаться дальше	336
Список сокращений	343

2 Обзор основанной на семье терапии избегающего и ограничительного расстройства приема пищи

В этой главе представлен обзор модели лечения, используемого в семейной терапии при ИОРПП. Мы также описываем общую схему терапии, фазы лечения, основные вмешательства, ожидания изменений в семьях и пациентах, а также общие проблемы, с которыми, вероятно, столкнутся терапевты, проводящие основанную на семье терапию при ИОРПП.

Общая модель основанной на семье терапии

Основанная на семье терапия (ОСТ) работает над изменениями в поведении родителей и способствует переменам в их практике питания. В целом, дети и подростки с ИОРПП, как и с другими расстройствами пищевого поведения, имеют общую поведенческую проблему — ограничение приема пищи. В качестве комплексной интервенции терапия не затрагивает когнитивные аспекты расстройств пищевого поведения. Вместо этого она сосредоточена на поведенческом управлении питанием со стороны родителей. Она помогает родителям научиться эффективно влиять на ограничительное пищевое поведение у своих детей, независимо от симптомов или диагноза.

Для достижения этой цели терапия направлена, прежде всего, на повышение самоэффективности родителей в кормлении ребенка и усилении их мотивации к прекращению ограничительного пищевого поведения ребенка. Затем родителям помогают разработать структурированные, последовательные и настойчивые стратегии, чтобы справиться с устоявшимся поведением ребенка. В случае анорексии это означает увеличение количества и типов потребляемой пищи.

Для булимии и компульсивного переедания это означает устранение или минимизацию триггерных продуктов и разработку таких вмешательств, как предотвращение реакции, мониторинг и выбор пищи для предотвращения переедания. Для детей с ИОРПП с недостаточным весом это означает увеличение количества и типов потребляемой пищи, а также использование других видов поведения, предотвращающих неупорядоченное питание (например, структурированные приемы пищи, увеличение ассортимента и типов пищи, повышение калорийности, снижение тревоги и страхов). В целом, это модель расширения возможностей родителей, разработанная для повышения мотивации и эффективности в пресечении любого поведения, ограничивающего питание.

История возникновения основанной на семье терапии

Основные подходы и интервенции, представленные в руководствах по лечению, основанному на семье, были первоначально концептуально разработаны в Институте психиатрии больницы Модсли в Лондоне, но окончательная концептуализация руководства была сделана Локом и Ле Гранжем [*Lock and Le Grange, 2013*]. Поэтому семейный подход иногда называют “методом Модсли” или “подходом Модсли”. Независимо от названия, лечение, разработанное Расселом (Russel), Даре (Dare) и Эйслером (Eisler), опиралось на целый ряд подходов семейной терапии, включая, в частности, системную семейную терапию, структурную семейную терапию и стратегическую семейную терапию [*Dare and Eisler, 1997*]. В то же время, подход был в целом поведенческим, он опирался на опыт, полученный ими при работе с подростками с нервной анорексией в стационаре, и на необходимость восстановления веса на ранних этапах лечения для достижения результата. Часто приводятся примеры поведения родителей, делающих “то, что медсестры делали бы в стационарном отделении повторного кормления”. Под таким поведением подразумевается, что родителям необходимо научиться устанавливать четкие ожидания в отношении питания и набора веса, поддерживать ребенка, не критиковать, не вступать в переговоры, и действовать настойчиво.

Фундаментальные положения основанной на семье терапии

Для достижения этих целей ОСТ, независимо от того, с каким пищевым расстройством столкнулся терапевт, опирается на набор из пяти фундаментальных положений или руководящих принципов, которые обеспечивают общую структуру вмешательства. Это агностицизм, экстернализация, расширение родительских возможностей, консультативная терапевтическая позиция и прагматический фокус. Давайте рассмотрим каждый из них по очереди, чтобы лучше понять, какой вклад они вносят в работу семейной терапии при лечении ИОРПП.

Агностицизм

Стоит признаться, что термин “агностицизм” поначалу может сбить с толку. Обычно он обозначает отсутствие определенной позиции в отношении того, существует ли Бог или нет — агностик не уверен во всех вариантах. В данном случае “агностицизм” используется как более общее обозначение отсутствия веры в конкретную причину расстройства пищевого поведения. Этот термин применяется во всех формах семейной терапии — будь то нервная анорексия, нервная булимия или ИОРПП. Агностицизм означает, что, хотя вполне возможно существует причина расстройства пищевого поведения, терапевт не знает ее, и на самом деле наука еще не знает причины любого расстройства пищевого поведения. Есть несколько важных причин для принятия этой агностической позиции в семейной терапии. Во-первых, хотя мы можем знать риски развития расстройств пищевого поведения (включая генетику, окружающую среду, личностные характеристики и т.д.), ни один из них не является истинной причиной в научном смысле. Существуют данные, свидетельствующие о том, что эти характеристики предшествуют расстройствам пищевого поведения и иногда коррелируют с ними, нет исследований, которые показали бы прямую причину и следствие. В отличие от этого, например, мы знаем, что воздействие солнца является причиной (не единственной, но одной из основных) некоторых видов

рака кожи. Мы знаем причину. Аналогично, мы знаем, что определенные формы интеллектуальной и/или физической инвалидности вызваны генетикой (например, болезнь Хантингтона, синдром Мартина-Белла, синдром Дауна). Когда терапевты занимают агностическую позицию по отношению к основанной на семье терапии, они тем самым опровергают предполагаемую причину расстройств пищевого поведения, которую ожидают родители — что они или их семья вызвали это расстройство. Это важно, потому что, как отмечалось в начале этой главы, модель семейной терапии направлена на повышение родительской самоэффективности, и если родители чувствуют, что терапевт обвиняет их или что они являются причиной расстройства пищевого поведения, повысить их эффективность (см. раздел “Расширение родительских возможностей”) будет намного сложнее. Еще одна причина, по которой агностическая позиция так важна, заключается в том, что она помогает справиться с ожиданием многих семей, что терапия найдет причину расстройства, а после того, как она будет найдена, устранит ее, чтобы вылечить ребенка. Подобные ожидания основаны на психоаналитической и психодинамической терапевтических традициях, где терапевт пытается обнаружить скрытую психологическую травму, повреждение или конфликт, которые объясняют симптомы. Обнаружение причины приведет к разрешению проблемы и исцелению. Хотя такой взгляд на терапию может быть полезен при использовании этих подходов, целью семейной терапии не является выявление причинно-следственной связи (она неизвестна), вместо этого необходимо сосредоточиться на проблеме в том виде, в котором она проявляется в данный момент. Такое изменение перспективы часто является серьезной корректировкой для семей, и терапевты, использующие семейный подход, могут ожидать, что агностицизм будет использоваться часто, особенно в начале лечения. Стоит отметить, что даже когда мы знаем причину заболевания, например, рака кожи, лечение необязательно должно быть направлено на причину — лечение рака кожи заключается в резекции, а не в устранении солнца. Конечно, понимание причинно-следственной связи важно для риска и профилактики — солнцезащитный крем полезен для предотвращения рака кожи, но бесполезен при его лечении. В частности, в семейном подходе к лечению ИОРПП

использование агностической позиции важно потому, что родители часто имеют дело с проявлением ИОРПП в течение длительного времени, по сути, с рождения или в раннем детстве, и во многих случаях испытывают неудачи и разочарование, из-за чего чувствуют себя особенно неэффективными. Также часто имеет место длительный период медицинских обследований, иногда с неоднозначными результатами. Это заставляет некоторых родителей придерживаться идеи, что существует поддающаяся лечению медицинская причина, лежащая в основе пищевого расстройства. Хотя основанный на семье подход не утверждает, что не существует медицинской или биологической причины, в нем не содержится определённая позиция в отношении причины и лечения на ее основе. Используется агностическая позиция, которая может сместить внимание семьи от поисков причины на изменение поведения.

Экстернализация

Второй общей фундаментальной терапевтической стратегией, общей для всех форм семейной терапии, является использование техники, заимствованной из нарративной семейной терапии — экстернализации, или отделении расстройства от идентифицированного пациента. Во многих отношениях экстернализация дополняет агностическую позицию. В то время как агностицизм направлен на уменьшение вины родителей и смещение фокуса с этимологической причины на лечение, экстернализация — это терапевтическая процедура. Она подчеркивает разницу между пациентом и расстройством, выявляя уникальные индивидуальные характеристики ребенка и общие диагностические признаки расстройства, обобщающие всех людей. Например, голодание или чрезмерные физические нагрузки.

В то же время интересы и способности ребенка с нервной анорексией до ее проявления не являются общими для всех страдающих ею — кто-то был религиозным, кто-то спортсменом, кто-то веселым, кто-то застенчивым... По мере развития расстройства уникальные характеристики мыслей, поведения и взаимодействия человека формируются под влиянием особенностей расстройства, а не того, каким ребенок был до болезни. Все это сбивает с толку родителей, которые

видят своего ребенка и сравнивают его нынешнее поведение с тем, каким он был раньше. Отчасти это объясняется тем, что расстройства пищевого поведения проявляются в течение месяцев, а иногда и лет, и постепенные изменения не воспринимаются, пока они не станут соответствовать личности ребенка. Цель экстернализации — помочь семье вспомнить, идентифицировать, а затем отделить нарушенное мышление и поведение, возникающие при расстройстве пищевого поведения, от того, что естественно для их ребенка. Экстернализация начинается с самого первого сеанса. Но необходима на протяжении большей части первой фазы лечения, так как семьям часто трудно сохранить это разделение — попытки изменить пищевое поведение иногда бывают очень сложными и разочаровывающими. Экстернализация служит нескольким целям в семейной терапии. Во-первых, она определяет общую цель лечения — расстройство пищевого поведения и сопутствующее ему поведение. Во-вторых, определяя цель лечения в виде расстройства, экстернализация помогает родителям осознать, что они пытаются справиться с болезнью, а не бороться со своим ребенком. Это различие — борьба с болезнью, а не борьба с ребенком — имеет решающее значение для многих семей, так как позволяет родителям чувствовать себя менее виноватыми и использовать свою энергию более эффективно. Кроме того, если агностическая позиция помогает освободить родителей от чувства вины за то, что они стали причиной расстройства пищевого поведения, то экстернализация помогает ребенку или подростку не чувствовать себя виноватым в том, что у него есть болезнь. Они воспринимаются как страдающие от психического расстройства, а не как невоспитанные, оппозиционные или неполноценные. Хотя некоторые подростки с нервной анорексией и нервной булимией поначалу могут не согласиться с экстернализацией, подростки с ИОРПП с меньшей вероятностью будут сопротивляться этой формулировке и почувствуют некоторое облегчение от того, что их не обвиняют и не критикуют за их неупорядоченное питание. Еще одним преимуществом экстернализации является то, что она часто помогает установить терапевтический контакт между терапевтом и пациентом. Хотя поначалу некоторые пациенты могут сопротивляться тому, чтобы видеть себя отличным от своих симптомов, со временем экстернализация

терапевтом поддерживает более здоровые и личностные характеристики пациентов, что помогает пациентам почувствовать, что их ценят и понимают. Существует множество техник, которые терапевт может использовать для экстернализации расстройства, включая сравнение с другими медицинскими расстройствами, например, с раком — никто не объединяет человека с раком с самим раком. Иногда также полезно использовать наглядное пособие, например, диаграммы Венна, чтобы проиллюстрировать слияние человека с расстройством. Распространенным примером детского расстройства, в котором можно использовать экстернализацию, является СДВГ. Дети с этой проблемой имеют давние проблемы с гиперактивностью и невнимательностью, причем настолько, что эти характеристики воспринимаются как всепроникающие и интегрированные в личность ребенка. Однако СДВГ возможно лечить, и при эффективном лечении часто происходят значительные изменения в поведении, внимании и даже личности. Поскольку ИОРПП разделяет некоторые из этих устойчивых характеристик с СДВГ, эта аналогия может быть полезной для родителей в следующих случаях

Семейная терапия ИОРПП. Другие примеры способов экстернализации приведены в случаях из практики, представленных в следующих главах. Экстернализация в контексте семейной терапии может быть еще более сложной, чем при нервной анорексии или нервной булимии, потому что, за исключением случаев страха перед неблагоприятными последствиями, нарушенный паттерн питания является постоянным и часто рассматривается как неотъемлемая часть личности ребенка. Таким образом, попытка отделить нарушенное пищевое поведение от ребенка невозможна, поскольку, в отличие, например, от нервной анорексии и нервной булимии, изменения произошли не только за последние шесть месяцев или год, как это бывает в большинстве других случаев расстройств пищевого поведения у подростков. Терапевт может помочь семье преодолеть понятное замешательство, выделив диагностические признаки ИОРПП, подчеркнув, что независимо от продолжительности, постоянство и степень неупорядоченного питания являются признаками расстройства, а не характеристикой личности процессом развития.

Расширение возможностей родителей

ОСТ во всех ее формах зависит от родителей, которые должны разработать и внедрить стратегии изменения своего поведения. Наделение родителей полномочиями для этого начинается с агностицизма и экстернализации. Редко получается просто сказать родителям, что они должны взять на себя ответственность и заставить ребенка изменить свое поведение. На самом деле, указывая родителям, что делать, вы лишаете их прав и возможностей, потому что терапевт как “эксперт” фактически обладает всей полнотой власти и приказывает родителям следовать ее указаниям. (Обратите внимание, что во всем тексте терапевт женского пола. Это связано с тем, что большинство терапевтов, работающих с расстройствами пищевого поведения и детьми, — женщины.) Возможно, это одна из причин того, что составление планов питания для родителей редко бывает эффективным в изменении пищевого поведения их самих или их ребенка. Расширение возможностей родителей — это предоставление им информации и возможных инструментов и стратегий, которые они могли бы рассмотреть, выбирая, как справиться с расстройством пищевого поведения. У многих терапевтов возникает соблазн попытаться помочь родителям прямым советом, и на самом деле многие родители просят совета и огорчаются, когда им не дают конкретных инструкций. Однако, как известно многим врачам, соблюдение или следование инструкциям часто не является идеальным даже при самых необходимых обстоятельствах (например, прием лекарств по назначению). Вместо этого, расширение возможностей в семейной терапии основано на помощи родителям в принятии решений, не отдавая терапевту ответственность за процесс или результат. Чтобы родители получили такие полномочия, им предлагают подумать вместе с врачом о том, какие действия они собираются предпринять, чтобы обеспечить положительное подкрепление эффективных изменений, тогда терапевт может только предложить идеи или уточнения к их планам, когда это необходимо. Расширение возможностей родителей детей с ИОРПП сопряжено с особыми трудностями, поскольку родители этих детей часто чувствуют, что они “перепробовали все” и “потерпели полную неудачу”. Эта “беспомощность” явно мешает

усилиям терапевта по поощрению и поддержке родителей в решении проблемы с питанием, которую вызывает ИОРПП у их ребенка. Терапевт должен быть готов к такой ситуации и сохранять уважительное отношение к действиям родителей. Поведение, связанное с ИОРПП, действительно часто очень устойчиво и часто сопровождается другими поведенческими трудностями, такими как невнимательность и оппозиционность, но они поддаются изменению с помощью семейной терапии.

Консультативная терапевтическая позиция

Роль терапевта в семейной терапии заключается в поддержке родительского обучения. Как говорилось в предыдущем разделе о расширении прав и возможностей, терапевты не являются директивными, предписывающими или иными лицами, принимающими решения в терапии основанной на семье. Терапевт выступает в роли консультанта семьи. Эта консультативная позиция поддерживает расширение родительских прав и возможностей, но она также уважает независимость и идентичность семьи, частью которой терапевт не является. Опять же, основываясь отчасти на наблюдениях системной семейной терапии, консультативная позиция позволяет терапевтам участвовать в семейных дискуссиях, не встречаясь с сопротивлением. Члены семьи всегда защищают своих родных. Это означает, что терапевты могут попытаться сказать родителям, что делать, и они, казалось бы, прислушаются, но затем отвергнут совет или не смогут им воспользоваться. Если оставаться вне семьи в качестве консультанта, то сопротивление уменьшается, поскольку терапевт не воспринимается как вторженец, а скорее как поддержка родителей и семьи. Консультативная позиция может показаться некоторым терапевтам изначально некомфортной, поскольку некоторые из них привыкли поддерживать более прямые терапевтические отношения со своими пациентами. Дистанционная позиция консультанта может поначалу выглядеть слишком отстраненной или абстрактной. Однако имеющиеся данные свидетельствуют о том, что терапевтический союз с родителями в семейной терапии помогает предотвратить досрочный отказ от лечения [Forsberg et al., 2013]. Одним из преимуществ

консультативной позиции является то, что она позволяет семье рассматривать прогресс, как свой собственный, а не как результат вмешательства терапевта. Такая позиция также способствует увеличению автономии, уменьшению зависимости и, в конечном счете, облегчает процесс прекращения терапии. В случае с семейной терапией при ИОРПП консультативная позиция очень похожа на семейный подход при других расстройствах пищевого поведения. При наличии у детей младшего возраста ИОРПП у некоторых терапевтов может возникнуть соблазн установить более тесные индивидуальные отношения с этими маленькими пациентами, которые иногда более открыты для таких отношений, чем подростки с нервной анорексией или булимией. Однако некоторые родители детей с ИОРПП могут оспаривать позицию терапевта и бороться со своим собственным управлением границами — просить терапевта неоднократно говорить им, что делать, часто звонить или иным образом стремиться к более вовлеченным или директивным отношениям. Подобные проблемы могут возникать при сохранении консультативной позиции во всех формах семейной терапии.

Прагматический фокус

В отличие от системной семейной терапии, ОСТ сфокусирована на помощи семье в изменении поведения, связанного с нарушением питания [Agras et al., 2014]. Этот фокус напрямую вытекает из агностической позиции и экстернализации, которые направляют терапию в сторону от попытки выявления или лечения предполагаемых этиологических причин (агностицизм) и на изменение поведения, связанного с опасным для жизни расстройством пищевого поведения (например, нервная анорексия, нервная булимия или ИОРПП). Не рассматривается семейная история, не связанная с расстройством пищевого поведения, не составляются генеалогические карты, не предполагается передача расстройства от поколения к поколению через семейные процессы и не уделяется внимание общим вопросам семейного общения. Однако в ходе семейной терапии часто бывает трудно сосредоточиться, поскольку существует множество потенциальных помех и отвлекающих факторов. Например, другие

проблемы со здоровьем, проблемы братьев и сестер, супружеские проблемы, сопутствующие медицинские проблемы, сопутствующие психиатрические проблемы, а также логистические проблемы, связанные с посещаемостью, назначениями и расходами, могут отвлечь или нарушить фокус терапии. Причина, по которой сосредоточенность так важна в семейной терапии в том, что ранние изменения поведения являются важным параметром положительного долгосрочного результата [Doyle et al., 2010; Byrne et al., 2015]. Чтобы способствовать ранним изменениям, терапия должна быть очень сфокусированной, иначе усилия родителей рискуют стать рассеянными и, следовательно, менее эффективными. Кроме того, четкая направленность помогает семье учиться. Попытка сделать слишком много сразу или решить несколько поведенческих проблем или вопросов одновременно часто является залогом неудачи. В семейной терапии врач использует ряд стратегий, чтобы помочь семье оставаться сосредоточенной. Во-первых, это использование механизма отслеживания поведения. Для пациентов с нервной анорексией или ИОРПП с низким весом это будет диаграмма веса или график, показывающий прогресс или регресс. Для пациентов с нервной булимией — это график частоты переедания и рвоты в неделю. Для ИОРПП в более общем случае используется график, оценивающий изменения в типах пищи (например, график “Всегда, иногда, никогда” (ASN), обсуждаемый в последующих главах). Обзор этих типов отслеживания определяет “тему” сеанса и гарантирует, что обсуждение начнется с обзора этих соответствующих поведенческих характеристик в связи с изменениями, инициированными родителями между сеансами. В дополнение к этим показателям терапевт активно перенаправляет фокус с дискуссии, не связанной с изменением поведения, обратно на изменение поведения. Важно отметить, что, хотя терапевт “руководит” сессией, он не руководит родителями или принятием родительских решений, поэтому контроль над сессией заключается в том, чтобы помочь семье оставаться в потоке, а не указывать им, что делать. В этом смысле терапевт помогает сохранить “рамки” лечения, которые необходимы для продвижения обучения. Некоторые терапевты могут поначалу испытывать трудности с игнорированием или перенаправлением дискуссий, поскольку они привыкли фокусироваться

и комментировать семейные процессы в рамках своих вмешательств. Терапевты, использующие семейный подход должны понимать семейные процессы, не фокусируясь на них. Наоборот, понимая семейные процессы, терапевт может лучше помочь семье сфокусироваться. Например, если терапевт замечает, что родители не согласны друг с другом, и вместо того, чтобы комментировать процесс их несогласованности, он попросит их обсудить вопрос, по которому они не согласны, и найти решение, если это возможно. Другие примеры сохранения терапевтического фокуса вы найдете в обсуждениях случаев в последующих главах. В ОСТ при ИОРПП высока вероятность того, что фокус может сместиться в сторону от изменения поведения, направленного на борьбу с нарушенным питанием.

Семьи часто настолько привыкли мириться с нарушением пищевого поведения, что не обращают на него внимания. Кроме того, общие сопутствующие проблемы, такие как СДВГ, проблемы с обучением или тревожность, могут казаться более важными, а проблема питания отходит на второй план. Терапевтам также иногда бывает трудно сосредоточиться на нарушении пищевого поведения, когда возникают другие значительные поведенческие проблемы. Чтобы попытаться справиться с этим, необходимо помнить о серьезных последствиях ИОРПП для развития психики, здоровья, эмоциональной и социальной сферы.

Эти пять основ (агностицизм, экстернализация, расширение родительских возможностей, консультативная терапевтическая позиция и прагматический фокус) в терапии, основанной на семье работают вместе как единое целое, поддерживая специфические вмешательства терапевта при расстройствах пищевого поведения у детей и подростков. Агностицизм уменьшает чувство вины и направляет лечение в сторону от этиологических исследований. Экстернализация фокусирует лечение на расстройстве, а не на личности ребенка. Расширение возможностей использует навыки, преданность и любовь родителей к своим детям для изменения поведения. Консультации способствуют повышению ответственности родителей за процесс изменений, а сохранение целенаправленности и прагматизма приводит к быстрому и эффективному изменению поведения.

Общая структура терапии основанной на семье при ИОРПП

Семейная терапия ИОРПП обычно делится на три отдельные фазы. Первая фаза в основном направлена на то, чтобы помочь родителям научиться управлять поведением, которое поддерживает расстройство пищевого поведения их ребенка (например, низкий вес, недостаточное питание, чрезмерные физические нагрузки, избирательное питание, подсчет калорий и т.д.). Вторая фаза способствует возвращению ответственности ребенка за самостоятельное управление теми формами пищевого поведения, которые на первой фазе контролировались исключительно родителями. Третья фаза задумывается как краткий этап, помогающий семье преодолеть расстройство пищевого поведения и заняться другими проблемами развития и психики, которым больше не мешает расстройство пищевого поведения. Поскольку большинство типичных расстройств пищевого поведения (за исключением ИОРПП) имеют подростковое начало, третья фаза направлена на подростковый возраст и не требуется для детей младшего возраста с расстройствами пищевого поведения, включая ИОРПП. Далее следуют дополнительные краткие комментарии о каждой фазе семейной терапии и корректировки для семейной терапии ИОРПП.

Фаза 1

Основные цели первой фазы ОСТ: 1) вовлечение семьи, особенно родителей, в лечение; 2) помощь в осознании, как расстройство пищевого поведения влияет на ребенка и семью; 3) оценка функционирования семьи в настоящее время с точки зрения управления поведением при расстройстве пищевого поведения (например, родительское соответствие, текущие конфликты, сильные и слабые стороны семейной структуры); 4) уменьшение чувства вины родителей. Сессии фазы 1 обычно проходят с интервалом в неделю и включают десятиминутную индивидуальную встречу терапевта с ребенком и 50-минутную сессию для всей семьи.

Фаза 1 включает две первые решающие сессии семейной терапии: первая сессия помогает семье понять необходимость принятия решительных мер против расстройства пищевого поведения, для этого подчеркивается серьезность заболевания.

Вторая сессия — это семейный обед, который дает терапевту возможность увидеть, как родители в настоящее время справляются с приемом пищи, и проинструктировать их по новым стратегиям. Оставшаяся часть первой фазы (обычно длящаяся два-три месяца) по-прежнему сосредоточена на том, чтобы помочь родителям быть более эффективными в том, как они прерывают нарушение режима питания и внедряют более здоровые альтернативы. Фаза 1 в терапии, основанной на семье, при ИОРПП имеет такую же структуру, как и фаза 1 в семейной терапии для нервной анорексии или нервной булимии [Le Grange and Lock, 2002; Lock and Le Grange, 2013]. Основное отличие семейной терапии заключается в том, что цели изменения поведения связаны с отсутствием интереса, сенсорной чувствительностью и страхом перед неблагоприятными последствиями. Кроме того, поскольку большинство пациентов с ИОРПП моложе, чем пациенты с нервной анорексией или булимией, для них более характерно родительское управление пищевым поведением. С другой стороны, начало нервной анорексии или булимии обычно непродолжительно, а физические последствия расстройства более непосредственны по сравнению с ИОРПП, поэтому иногда бывает сложнее мотивировать родителей к действиям. Еще одно отличие в том, что в семейной терапии для нервной анорексии для оценки прогресса используется таблица веса, а в терапии ИОРПП, когда вес не является проблемой, а главной целью является расширение выбора продуктов питания, используется таблица изменения потребляемых продуктов (например, таблица “Всегда, иногда, никогда” (ASN) [Fitzpatrick et al., 2015].

Фаза 2

В семейной терапии целью фазы 2 является содействие самостоятельному (соответствующему возрасту) управлению приемом пищи в среде, где обычно питается ребенок или подросток. Это может произойти только тогда, когда ребенок потребляет достаточное количество пищи в достаточно широком диапазоне для здоровья и роста

под руководством родителей в домашней обстановке. Стоит следить за здоровьем ребенком, включая стремление к весу, близкому к нормативному для роста (например, 90% ожидаемого веса по ИМТ). В семейной терапии для нервной анорексии занятия в фазе 2 обычно проводятся раз в две недели, в то время как в семейной терапии для булимии и ИОРПП эти занятия продолжаются еженедельно. Фаза 2 в семейной терапии при анорексии длится два-три месяца, а в терапии при булимии и ИОРПП — один-два месяца. Считается, что родители по-прежнему отвечают за прием пищи, но постепенно уступают этот контроль своим детям по мере того, как ребенок демонстрирует устойчивую способность успешно справляться с этим. Часто в течение фазы ребенок увеличивает свой вклад в успешность терапии, и это позволяет развивать сотрудничество между родителями и ребенком даже в последних частях фазы 1. В начале фазы 2 основное внимание уделяется тому, чтобы помочь ребенку более самостоятельно питаться дома, в то время как в более поздней части фазы 2 акцент делается на питании вне дома, например, в школе, ресторане, на спортивных тренировках и общественных мероприятиях. Как и на фазе 1, в начале каждого занятия используются показатели (например, таблица веса и/или таблица ASN, по мере необходимости), чтобы помочь семье сосредоточиться и оценить прогресс. Как отмечалось ранее в отношении ОСТ для подростков младшего возраста, фаза 2 является окончанием лечения, но для подростков с ИОРПП подходит и фаза 3.

Фаза 3

Фаза 3 семейной терапии наступает, когда поведение, связанное с нарушением пищевого поведения, больше не является основной проблемой пациента или его семьи. Здоровье восстановлено, и, хотя время от времени могут возникать некоторые затяжные проблемы, в большинстве случаев семья начинает фокусироваться на более типичных для данного возраста процессах развития. Этот этап направлен на то, чтобы помочь семье осознать влияние расстройства пищевого поведения на развитие ребенка в подростковом возрасте и помочь семье и ребенку перейти к поддержке развития подростка, а не к лечению расстройства пищевого поведения. Вмешательства

включают психообразование о типичных стадиях подросткового возраста, просьбу к семье определить конкретную подростковую проблему, над которой они хотели бы поработать (например, употребление наркотиков, правила знакомства, поведенческие ожидания), анализ изменений, произошедших в семье с начала лечения, и план вмешательства в случае рецидива. Сессии в фазе 3 для ОСТ при ИОРПП по-прежнему проводятся с интервалом в одну неделю, и фаза длится от одного до двух месяцев. За исключением временных рамок сессий, семейная терапия ИОРПП очень похожа на терапию, основанную на семье для нервной анорексии и булимии в фазе 3.

Общие проблемы

При проведении семейной терапии при расстройствах пищевого поведения терапевты могут столкнуться с рядом общих проблем, таких, как: кого включать в терапию, терапия для одиноких пациентов, терапия с разведенными родителями, семьи с единственным ребенком, вопросы потенциальных трудностей из-за физических или эмоциональных расстройств родителей, а также сопутствующие медицинские или психиатрические проблемы у пациента.

Что такое семья?

Одна из первых проблем, с которой сталкивается терапевт при использовании семейного подхода: кто должен приходить на терапию. Самый простой ответ на этот вопрос — члены семьи, которые живут в доме и участвуют в приеме пищи вместе с пациентом. Причина в том, что эти члены семьи могут оказывать непосредственное влияние на опыт приема пищи: либо родители, которые непосредственно управляют пищевым поведением, либо члены семьи, чье поведение может повлиять на ребенка и/или поддержать его. Однако, хотя этот прямой ответ подходит для большинства семей, существует множество исключений. Родители-одиночки и разведенные родители являются, пожалуй, самым распространенным исключением. Данные показывают, что использование семейной терапии для лечения нервной анорексии может быть менее эффективным

для родителей-одиночек или детей из разведенных семей [Lock et al., 2005]. Однако в начале терапии, основанной на семье, часто бывает трудно помочь семье решить, должен ли кто-то еще приходить на сеансы, кроме членов семьи, которые находятся дома и едят вместе с пациентом. Родителям-одиночкам иногда трудно справиться с требованиями управления поведением без поддержки другого взрослого члена семьи, поэтому в самом начале часто необходимо обсудить, может ли бабушка или дедушка, тетя или дядя помочь в этот период лечения. Хотя не все родители-одиночки решают использовать этот вариант, многие делают это, и терапевт должен быть готов к таким ситуациям. Разведенные родители иногда сталкиваются с разными проблемами. Во многих случаях существует соглашение о совместной опеке, и ребенок должен ездить туда-сюда между семьями в разное время. Хотя этот тип договоренности может быть удовлетворительным, когда нет серьезных проблем, он часто не срабатывает, когда требуемые изменения в поведении требуют постоянного вмешательства. Некоторые родители решают, что в ходе семейной терапии ИОРПП порядок опеки будет изменен, чтобы ребенок постоянно проживал в одной семье, по крайней мере, во время первой фазы, а другой родитель участвовал в терапии или получал информацию о прогрессе от того родителя, который посещает терапию. Этот тип договоренности хорошо подходит для семей, где разведенные родители могут эффективно работать вместе над вопросами воспитания. В других случаях ребенок продолжает жить в разных семьях, но родители могут вместе работать над согласованием поведенческих ожиданий. Терапевты, обратившиеся к семейному подходу, должны помочь семьям продумать эти вопросы в начале лечения и вернуться к ним по ходу лечения или в случае возникновения проблем.

Семьи с одним ребенком

В семьях, где есть только один ребенок, семейная терапия должна учитывать, что семья маленькая, и во время семейной сессии обычно присутствуют трое взрослых и один ребенок, что иногда может сделать лечение более сложным, особенно на фазах 2 и 3. Терапевт должен убедиться, ощущает ли ребенок поддержку со стороны сверстников или братьев и сестер во время сессии. Время, проведенное

в начале каждой сессии, дает возможность увеличить поддержку непосредственно со стороны терапевта — то, что терапевту не нужно будет делать, когда есть братья и сестры или другие родственники, которые могут оказать поддержку как на сессии, так и дома. Поощрение родителей помогать ребенку использовать свои дружеские связи вне сессии — еще одна стратегия, которую терапевт может предложить для решения этой проблемы. Терапевты, использующие семейный подход столкнутся с этой проблемой, а поскольку многие из пациентов школьного возраста, чувство окружения взрослыми в ходе терапии может быть еще более выраженным. С другой стороны, дети младшего возраста с ИОРПП часто более благосклонно относятся к поддержке терапевта, чем многие подростки, которые в соответствии с развитием оказываются более устойчивыми к отношениям со взрослыми, какими бы благими намерениями они ни руководствовались.

Проблемы родителей

Родители могут иметь медицинские или психиатрические проблемы, которые осложняют проведение терапии. Родители с медицинскими проблемами могут быть физически больны, чтобы быть в состоянии последовательно выполнять свои решения о поведенческом управлении нарушенным питанием. Если родителей двое, это может означать, что второму родителю придется взять на себя ответственность или найти дополнительную поддержку в семье. Если влияние физических заболеваний родителей невозможно контролировать, то терапия может оказаться неподходящим вариантом лечения. При тяжелых психических расстройствах (например, психозе, наркотической зависимости) шансы на то, что родители смогут эффективно противостоять нарушенному пищевому поведению, скорее всего, невелики. И в этом случае родителям можно посоветовать рассмотреть альтернативные варианты лечения [Thomas and Eddy, 2019]. С другой стороны, родители с менее серьезными психиатрическими проблемами должны быть тщательно проанализированы, чтобы определить, подходит ли им семейная терапия. Родители с управляемыми аффективными или тревожными расстройствами могут иногда испытывать трудности во время терапии, но чаще всего они будут успешно справляться. Хотя многие терапевты сомневаются, если

у родителей в настоящее время или в анамнезе имеется расстройство пищевого поведения, подходят ли им семейная терапия, ответ не всегда так однозначен. Многие родители с опытом расстройства пищевого поведения прекрасно понимают его суть, его влияние на качество жизни человека, и поэтому могут быть очень мотивированы, чтобы их ребенок не испытывал этих негативных последствий. Они также знают многие “хитрости” этих расстройств и более склонны предвидеть их, чем родители, не испытывавшие недуг на себе. С другой стороны, если расстройство пищевого поведения у родителя значительно мешает его текущим суждениям о еде, пище, весе и физических упражнениях, то, скорее всего, семейная терапия в этой семье не поможет. Дети и подростки с ИОРПП, вероятно, имеют родителей с некоторыми из этих проблем, и терапевтам необходимо оценить, не помешают ли они проведению и эффективности терапии.

Сопутствующие физические или психиатрические проблемы

Теме сопутствующих заболеваний и их лечению в семейной терапии ИОРПП посвящена целая глава книги. Многие родители детей с расстройствами пищевого поведения изначально убеждены, что в основе нарушенного пищевого поведения лежит какая-то медицинская проблема. Часто в анамнезе имеются различные жалобы со стороны ЖКТ и даже некоторые лабораторные анализы, свидетельствующие о незначительных отклонениях от нормы [Eddy et al., 2015]. Тем не менее, когда медицинская проблема не лежит в основе нарушенного пищевого поведения, важно помочь пациентам забыть об этом и перейти к решению проблемы поведения, а не продолжать проходить медицинские исследования, которые вряд ли изменят течение расстройства или его лечение. Однако бывает и так, что значительная медицинская проблема у ребенка, не связанная непосредственно с расстройством пищевого поведения, влияет на то, как родители подходят к терапии. Например, если у ребенка было ранее серьезное заболевание, родители могут относиться к нему с исключительным вниманием, с большей вероятностью подчиняться ребенку и с меньшей готовностью противостоять расстройству пищевого поведения. То же самое, а возможно, даже в большей степени, может быть верно, если у ребенка было или есть сопутствующее психическое

расстройство. Родители, по понятным причинам, не хотят подвергать своего ребенка еще большему стрессу и не хотят противостоять ему, опасаясь, что он расстроится и, возможно, причинит себе вред. Хотя бывают случаи, когда эти страхи могут быть обоснованными и разумными, в большинстве случаев важно, чтобы терапевт признал эту проблему и помог родителям решить, является ли решение проблемы пищевого расстройства приоритетным для здоровья их ребенка, чтобы преодолеть амбивалентность. Как мы уже отмечали, при семейной терапии нередко дети имеют целый ряд значительных сопутствующих психиатрических проблем, и терапевты могут предвидеть необходимость помочь родителям определить приоритетность решения проблемы ИОРПП.

В этой главе мы рассмотрели модель изменения через повышение родительской самоэффективности, которая лежит в основе всех форм семейной терапии независимо от типа расстройства пищевого поведения [Bandura, 1977; Byrne et al., 2015]. Кроме того, мы подробно описали пять фундаментальных положений семейной терапии: агностицизм, экстернализация, расширение родительских возможностей, консультативная терапевтическая позиция [Sadet-Sharvit et al., 2018] и прагматический фокус. Были описаны три фазы семейной терапии, в том числе на первой фазе — стимулирование родительских действий и управление поведением, на второй фазе — постепенная передача управления приемом пищи обратно ребенку в соответствии с возрастом, а на третьей фазе — решение проблем подросткового развития и рецидивов. Также были рассмотрены общие проблемы, с которыми терапевты, использующие семейный подход, могут столкнуться в начале лечения. Эти проблемы включают помощь семьям с одним родителем и разведенным родителям, а также возможное влияние медицинских и психиатрических расстройств родителей и пациентов на ход лечения. Во время семейной терапии ИОРПП нужно принимать во внимание все эти проблемы и не забывать об отличии семейной терапии ИОРПП от терапии нервной анорексии и булимии. Более подробному рассмотрению семейной терапии ИОРПП, конечно же, посвящена большая часть этой книги.