

СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ И НЕРВНОЙ БУЛИМИЕЙ

(FAMILY-BASED TREATMENT)



О ЦЕНТРЕ И МЕТОДЕ:

Центр помощи при расстройствах пищевого поведения **b-center** - первый в Украине специализированный центр, работающий по международным протоколам с доказанной эффективностью. Основан в 2019 году.

Метод **FBT** был разработан группой детских и подростковых психиатров и психологов в клинике Модсли в Лондоне для лечения нервной анорексии.

FBT или метод
Модсли - метод
первого выбора для
подростков с
нервной анорексией

Метод предназначен для:

- Предотвращения госпитализации подростка,
- Поддержки усилий родителей помочь своему подростку в его (ее) выздоровлении от НА,
- Возвращения подростка к нормальному развитию, не обремененному расстройством пищевого поведения.

ПОЧЕМУ FBT:

Family-based treatment на сегодняшний день является методом первого выбора для подростковой нервной анорексии и нервной булимии, а также перспективным методом терапии для избегающего расстройства приема пищи (ARFID).

Стационарное лечение, как правило, эффективно для восстановления веса, однако оно наносит ущерб семье, а также социальной и образовательной жизни подростка. Рецидивы после стационарного лечения являются распространенным явлением.

Кроме этого, одного восстановления веса недостаточно для выздоровления. Семейное амбулаторное лечение НА является многообещающей альтернативой дорогостоящим стационарным или дневным больничным программам. Эта модель, которая стремится восстановить вес и восстановить траекторию нормального подросткового развития.

ИССЛЕДОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ АНОРЕКСИИ У ПОДРОСТКОВ:

Было проведено несколько контролируемых клинических исследований для изучения эффективности амбулаторного лечения подростков с анорексией. Хотя исследования не были обширными, недавно опубликованные отчеты о лечении НА у подростков были весьма обнадеживающими.



Все эти исследования продемонстрировали эффективность FBT:

примерно **две трети** пациентов с подростковой анорексией выздоравливают в конце FBT. **75-90%** полностью восстанавливают вес и улучшают своё психологическое состояние в течение пяти лет после завершения лечения.

Согласно исследованиям, большинству молодых пациентов с НА требуется в среднем не более 20 сеансов лечения в течение 6-12 месяцев, и что около 80% пациентов восстанавливают вес с началом или возобновлением менструаций в конце лечения.

ОТЛИЧИЯ ПОДХОДА:

Подход FBT (Модсли) можно рассматривать как интенсивное амбулаторное лечение, в котором родители играют активную и позитивную роль, с тем, чтобы:

- помочь восстановить вес ребенка до нормального уровня (ожидаемого с учетом возраста и роста)
- передать контроль над едой обратно подростку,
- поощрять нормальное развитие подростка путем обсуждения этих важнейших проблем развития, касающихся их ребенка.



Более «традиционное» лечение НА предполагает индивидуальную терапию подростка. Строгие приверженцы этого подхода будут настаивать на том, что участие родителей, независимо от формата, в лучшем случае не нужно, а в худшем - вредит процессу выздоровления. Фактически, многие сторонники этого подхода считают «семейные проблемы» причиной возникновения НА. Без сомнения, эта точка зрения может способствовать тому, что родители чувствуют себя виноватыми в болезни своего ребенка. В подходе Модсли мы оспариваем идею, что семьи являются патологическими или должны быть обвинены в развитии НА. Напротив, метод Модсли рассматривает родителей в качестве ресурса, необходимого для успешного лечения НА.

Примерно две трети пациентов с подростковой анорексией выздоравливают в конце FBT.

КАК ЭТО РАБОТАЕТ:

Метод Модсли предполагает три четко определенных этапа и обычно проводится в течение 15-20 сеансов на протяжении примерно 12 месяцев. В первые месяцы терапевтические встречи происходят еженедельно. Далее - раз в 2 недели и реже.

Этап I: Восстановление веса.

На этапе восстановления веса терапия фокусируется на опасностях недоедания, связанного с НА, таких как гипотермия, изменения гормона роста, сердечная дисфункция, а также когнитивные и эмоциональные изменения, и других. То, как родители решают эту трудную, но деликатную задачу, не слишком отличается от ключевых принципов и шагов, которым следует компетентная команда медсестер в условиях стационара. С одной стороны, родители выражают сочувствие и понимание, ведь подростку в этот период очень сложно. С другой стороны, родители настойчивы и постоянны в своем отношении: продолжение голодовки невозможно.



Подход Модсли придерживается принципа, что подросток не виноват в расстройстве пищевого поведения, и что эти симптомы в основном находятся за пределами его контроля. Этап I обычно занимает от 1 до 3 месяцев.

Этап II: Возвращение контроля за питанием подростку.

Этот этап лечения направлен на то, чтобы побудить родителей помочь своему ребенку снова взять под контроль питание. Этот этап начинается обычно после достижения подростком минимум 90% ожидаемой массы тела. Переход к самостоятельному питанию происходит постепенно. В это время сессии с семьей проходят реже, раз в 2 или 3 недели.

Этап III: Установление здоровой подростковой идентичности.

Этап III начинается, когда подросток способен самостоятельно поддерживать вес выше 95% от его ожидаемой массы тела, и голодание уменьшилось.

Фокус лечения начинает смещаться в сторону влияния НА на подростка, и то как болезнь препятствовала установлению здоровой идентичности. Это влечет за собой пересмотр основных проблем подросткового возраста и включает поддержку повышения личной автономии для подростка, развитие соответствующих родительских границ, а также необходимость для родителей реорганизовать свою совместную жизнь.

УСЛОВИЯ ТЕРАПИИ:

Метод Модсли, согласно данным исследований, является наиболее эффективным для детей и подростков 12-19 лет, однако также рекомендован для молодых взрослых, живущих с родителями.

В связи с рисками, которые несёт в себе НА для жизни и здоровья подростка (как физического так и психического), лечением этого заболевания всегда занимается команда специалистов. Помимо психологической помощи, больной НА ребёнок должен находиться под медицинским наблюдением (педиатр или семейный врач, врач-психиатр) для постоянной оценки его соматического и психического состояния. Зачастую для медицинского сопровождения мы рекомендуем коллег, с которыми сотрудничаем. Однако родители могут собрать команду специалистов самостоятельно.

В связи со сложностью лечения НА, обязательным условием проведения терапии является участие обоих родителей в сессиях (если ребёнок живет в полной семье), либо подключение к терапии других лиц, проживающих с ребёнком в одном доме и принимающих участие в его воспитании. Братья и сёстры также ожидают на семейных встречах (подробнее об этом вы можете узнать у вашего терапевта).

Исследования и литература:

- Le Grange, D., and J. Lock. 2005. The dearth of psychological treatment studies for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 2005, 79-91.
- Le Grange, D., and Eisler, I. Family interventions in adolescent anorexia nervosa. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2009, 18, 159-173.
- Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge, E., and D. Le Grange. 2000. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 727-736.
- Le Grange, D., Eisler, I., Dare, C., and G. Russell. 1992. Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa: a pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 347-357.
- Russell, G. F. M., Szmukler, G. I., Dare, C., and I. Eisler. 1987. Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047-1056.
- Eisler, I., Dare, C., Russell, G. F. M., Szmukler, G. I., Le Grange, D., and E. Dodge. 1997. Family and individual therapy in anorexia nervosa: A five-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1025-1030.
- Le Grange, D., Binford, R., and K.L. Loeb. 2005. Manualized family-based treatment for anorexia nervosa: A case series. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 41-46.
- Lock, J., Agras, W.S., Bryson, S., and H. Kraemer. 2005. A comparison of short- and long-term family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 632-639.
- Lock, J., Le Grange D., Agras, W.S., Moye, A., Bryson, S.W., and B. Jo. 2010. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 67, 1025-32.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., C. Dare. 2001. *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. New York: Guilford Publications, Inc.
- Lock, J., and D. Le Grange. 2005. *Help your teenager beat an eating disorder*. New York: Guilford Press.