

Как родители могут помочь восстановлению подростка в нервной анорексией

На основании статьи Сары Рэйвин, клинического психолога, PhD, для LAID.

На протяжении долгого времени родители детей и подростков с психическими заболеваниями обвинялись, подвергались маргинализации, стигматизации и остракизму. В конечном счете, дети и подростки, изолированные от своих семей, и лишённые поддержки родителей в наиболее тяжёлые для них времена, страдали ещё больше. Это явление было особенно выражено при лечении расстройств пищевого поведения у подростков. Делясь историей о девочке-подростке, которая выздоровела от нервной анорексии при поддержке своей семьи, и описывая подход к лечению, который позволил ей и многим похожим на нее, процветать, я надеюсь расширить возможности для других подростков и семей, которые сталкиваются с диагнозом расстройства пищевого поведения.

Взгляд на лечение.

"Мама, я тебя ненавижу. Папа, я тебя ненавижу. И без обид, доктор Рэйвин, но я вас тоже ненавижу". Стейси смотрела на меня, поджав губы.

«Без обид», - спокойно ответила я изможденной, настроенной враждебно 13-летней девочке, сидящей напротив меня в моем кабинете. «Стейси!», прошептала ее мать, «Пожалуйста, будь повежливей!».

У Стейси была диагностирована нервная анорексия (НА) за шесть месяцев до этого диалога. Она и ее родители посещали их третий сеанс семейной терапии (FBT) со мной. Когда Стейси впервые поставили диагноз, она начала традиционное лечение НА, которое включало встречи с индивидуальным терапевтом, с которым она не разговаривала, и диетологом, план питания которого она не соблюдала. Прошли недели, затем месяцы, и ее симптомы у не улучшились. Месячный цикл Стейси прекратился, ее вес продолжал падать, а рацион состоял из салата и яблок. Встревоженным родителям Стейси посоветовали «держаться подальше» и заверили, что профессионалы справятся с этим. «Не будьте пищевой полицией», - посоветовал терапевт и диетолог. «Вы только сделаете это хуже».

Лечение на основе мифов.

В течение десятилетий при лечении нервной анорексии специалисты руководствовались мифами и допущениями такими как:

Дисфункциональная семейная динамика является причиной нервной анорексии

Мы не можем помочь ей, пока она не хочет поправиться

Терапия должна устранить «первопричину» болезни, прежде чем она начнет есть

Эти мифы были опровергнуты совсем недавно. Неудивительно, что старые методы лечения, основанные на этих мифах, были не очень эффективными. Поколение назад многие люди, у которых в подростковом возрасте развивалась нервная анорексия, страдали от этой болезни в течение многих лет или даже десятилетий, и до 20% пациентов умерли в результате этого заболевания.

Научно обоснованный подход.

К счастью, это больше не так. Благодаря последним научным исследованиям мы знаем, что не существует какой-либо особой «семейной динамики» или типа воспитания, вызывающего нервную анорексию. Семьи с ребенком с НА часто показывают в терапии высокий уровень стресса, тревоги, гнева и конфликтов, но теперь мы знаем, что такая динамика - естественный результат того, как семья пытается помочь любимому человеку с угрожающим жизни психическим заболеванием. Мы знаем, что риск развития НА - сходный с риском развития шизофрении или биполярного расстройства - в значительной степени генетический.

Недавние достижения в технологии визуализации головного мозга позволили нейробиологам увидеть, что люди с НА имеют дисбаланс между вентральными мозговыми цепями (связанными с вознаграждением и эмоциями) и дорсальными мозговыми цепями (связанными с планированием и ожидаемыми последствиями), а также с изменением в области мозга, вовлеченной в самосознание и самовосприятие. Исследования показали, что определенные характерные черты - поведенческое торможение, перфекционизм, беспокойство, избегание, одержимость и ригидность - присутствуют с раннего детства у большинства людей, у которых развивается НА. Половое созревание является катализатором возникновения НА во многих случаях - драматические гормональные сдвиги вызывают изменения в химии мозга, а также значительные изменения в размерах тела, форме и конституции. Например, здоровая девушка среднего размера прибавляет примерно 20 кг в возрасте от 11 до 14 лет, а процентное содержание жира в организме удваивается или даже утраивается. Наше помешанное на худобе общество крайне негативно настроенное к увеличению веса, повсеместная реклама диет, указания «есть это, а не то», демонизация углеводов и обработанных продуктов, а также «табели успеваемости» ИМТ в школах создают токсическую среду для девочек-подростков.

Наша культура патологизирует очень нормальный, здоровый и необходимый для развития подростков процесс набора веса и жировых отложений. Добавьте к этому чрезмерное использование социальных сетей наряду с растущим академическим, внеклассным и социальным давлением, и у вас есть рецепт процветания НА у генетически уязвимых молодых людей. Неудивительно, что все больше детей 9-11 лет отправляется на лечение в связи с симптомами НА.

Теперь у нас есть гораздо более четкое понимание биологических и психологических основ нервной анорексии, что позволило нам разработать более эффективные методы лечения. Мы знаем, что неспособность распознать проблему и желание остаться больным - это симптомы болезни, которые обычно исчезают по мере выздоровления человека. Возможно, наиболее важно то, что теперь мы знаем, что когнитивные и эмоциональные симптомы НА, такие как дисморфия, озабоченность едой и весом и подавленное настроение, запускаются и сохраняются из-за недостаточного потребления пищи и поддержания низкой массы тела. Поэтому восстановление питания и прибавка в весе должны произойти как можно скорее (нравится это подростку или нет), для того, чтобы обеспечить высокие шансы полного выздоровления.

Чем дольше сохраняется расстройство пищевого поведения, тем более укоренившимся оно становится, и тем больше вреда наносится телу и мозгу молодого человека. Хотя большая

часть этого повреждения может быть устранена с помощью ранней диагностики и агрессивного лечения, хронические формы НА могут привести к необратимым медицинским и психиатрическим осложнениям и даже смерти.

Пока Стейси проходила индивидуальную терапию, ее послушные родители следовали советам профессионалов, позволяли Стейси нарезать половину яблока на завтрак, и ждали ее в машине или комнате ожидания, пока она встречалась со своим терапевтом и диетологом за закрытыми дверями. Они все больше и больше волновались из-за того, что тело их маленькой дочери потерпело неудачу, и, конечно же были обвинены в том, что вызывали болезнь своей дочери из-за того, что были слишком взволнованы и властны.

Однако после нескольких месяцев без улучшения им надоело стоять в стороне. Отчаянно пытаясь помочь своей дочери, испуганные родители Стейси пытались найти хоть какое-то решение. В интернете они наткнулись на некоммерческую организацию под названием FEAST (семьи, занимающиеся лечением расстройств пищевого поведения). Так родители Стейси узнали о новом подходе к лечению НА, который активно вовлекает родителей и помогает подросткам выздороветь.

Происхождение FBT.

Основанное на семье лечение (FBT), также известное как метод Модсли, было разработано в клинике Модсли в Лондоне и попало в Соединенные Штаты в 2000 году. Основой FBT является набор принципов, которые во многих отношениях диаметрально противоположны мифам, которыми руководствовались старые подходы к лечению. FBT основывается на следующих принципах:

- Причина AN неизвестна, но родители не виноваты в том, что они вызвали болезнь, и ребенок не несет ответственности за ее выбор.
- Родители являются экспертами в вопросах своих детей. У родителей есть уникальные сильные стороны и ресурсы, чтобы помочь своему ребенку выздороветь.
- Полноценное питание - это важный первый шаг к восстановлению от нервной анорексии.
- Родители могут и должны требовать, чтобы их истощенный ребенок ел те виды и количество пищи, которые ему или ей нужны для восстановления здоровья.

В FBT родители являются руководителями группы лечения их детей, а психотерапевт работает для них консультантом. При поддержке и руководстве врача, который специализируется на расстройствах пищевого поведения, родители обучаются тому, как создать домашнюю обстановку, способствующую выздоровлению.

Родители, поддерживающие восстановление.

Во время своих сессий FBT со мной родители Стейси узнали, что НА является очень мощной силой, которая захватывает разум молодого человека, искажает ее восприятие собственного тела и вынуждает подростка ограничивать потребление пищи, чрезмерно тренироваться и неустанно стремиться к потере веса, будучи не в состоянии понять серьезность ситуации. Стейси, как и большинство подростков с НА, думала, что с ней все в порядке, и что взрослые вокруг нее чрезмерно реагируют. Не то чтобы Стейси не стала бы больше есть, ограничить тренировки или набирать вес. Это было то, что она не могла сделать. Более того, искажения

восприятия и неврологические нарушения, вызванные НА, ослабили способность Стейси распознавать, что она больна, поэтому она не видела необходимости в помощи.

На родителей Стейси была возложена задача сократить утренние пробежки, готовить еду и контролировать все приемы пищи, а также присматривать за тем, чтобы она потребляла достаточное количество разнообразных продуктов для набора веса и восстановления здоровья. Сказать, что Стейси была в ярости, было бы не сказать ничего.

Она выбежала из моего кабинета, кричала и плакала. Она кричала на своих родителей во время каждого приема пищи. Она звонила в мой офис и оставляла мне голосовые сообщения о том, как я разрушила ее жизнь. Но она ела.

Она ела все, что ее родители накладывали на тарелку. Она ела, потому что ее родители и я дали ей четкие и недвусмысленные сообщения: у вас опасная для жизни болезнь, пища - это ваше лекарство, полноценное питание не является вопросом выбора, и вы недостаточно здоровы, чтобы принимать собственные решения о еде в данный момент. Альтернативой восстановлению дома было стационарное лечение, которое также требовало полноценного питания.

Так что Стейси ела. Она свирепствовала, плакала, протестовала, но она ела. В первую неделю FBT она набрала 900 гр. На второй неделе она набрала 1,3 кг. По мере того как ее постоянная прибавка в весе продолжалась, ее сердцебиение и кровяное давление нормализовались, на щеках появился румянец, в ногах появилась сила а на лице изредка появлялась улыбка. Ко второму месяцу FBT ее гнев начал немного стихать. Постепенно она стала менее враждебной, меньше защищалась, стала более склонна разговаривать. На третьем месяце лечения, понемногу, когда туман, вызванный недоеданием в ее голове рассеялся, она узнала больше об НА, признала, что у нее эта болезнь, и сдержанно одобрила поддержку ее родителей и меня в ее преодолении. Она справилась со своими страхами перед едой, вернулась к здоровому весу и самостоятельно поддерживала его, развила способность снова питаться здоровой пищей и научилась справляться с триггерами и тревогами, которые естественно возникали в ее повседневной жизни, не позволяя им помешать ее выздоровлению. Ее месячные вернулись, силы появились, она снова смогла наслаждаться физической активностью ради себя, а не для того, чтобы сжечь калории. Она сотрудничала со своими родителями и мной, чтобы создать письменный план предотвращения рецидивов, призванный помочь ей сохранить ремиссию. В течение года она полностью выздоровела от нервной анорексии - как когнитивно, так и физически, и была глубоко благодарна своим родителям за то, что они нашли и преследовали FBT для нее.

Пейзаж лечения расстройства пищевого поведения.

Семья Стейси была первой, с которой я работала в FBT в начале моей частной психологической практики в 2009 году. Поскольку в их районе не было практикующих FBT терапевтов, Стейси и ее родители каждый раз добирались по полтора часа в мой офис. В последнее десятилетие метод FBT был исследован более широко и обсужден на профессиональных и научных конференциях. В настоящее время Американская психиатрическая ассоциация, Американская академия педиатрии и Общество подростковой медицины называют его методом первого выбора для подростков с НА.

К счастью, интернет позволил людям во всем мире получать доступ к информации о лечении нервной анорексии одним нажатием кнопки. Заинтересованные родители все чаще проводят обширные исследования нервной анорексии и сами выбирают подход к лечению, который лучше всего подходит их подростку и его семье. Некоторые счастливые семьи направляются в FBT сразу, как только их ребенку ставят диагноз. Другие семьи, такие как семья Стейси, находят этот метод в результате своих собственных отчаянных поисков после того, как другие методы потерпели неудачу. И все же я каждую неделю получаю многочисленные телефонные звонки и электронные письма от родителей по всему моему штату, которые не могут найти специалистов FBT в своих регионах и тратить часы в дороге, чтобы получить эффективное лечение для своих драгоценных детей. Многие из этих детей оставались больными годами, проходя более традиционные методы лечения. Такого не должно быть.

Смотреть вперед.

Мне бы хотелось, чтобы в будущем все родители имели возможность активно участвовать в лечении своих детей, начиная с дня постановки диагноза, от сеансов терапии до посещений врача, приготовления пищи и поддержки в приеме пищи. В этом будущем метод FBT был бы широко доступен во всех обществах и рекомендовался не только национальными организациями, но и каждым отдельным врачом и терапевтом в качестве вмешательства первой линии при расстройствах пищевого поведения у подростков.

Стейси сохранила свою ремиссию. В 18 лет она уехала учиться в престижный университет на северо-востоке. Сейчас ей 23 года, она живет самостоятельно и работает учителем специального образования в городской школе. Она считает, что FBT спас ей жизнь, и рекомендовала этот подход к лечению нескольким своим друзьям, которые боролись с расстройствами пищевого поведения.

Школьные учителя и администраторы могут сыграть важную роль в борьбе с расстройствами пищевого поведения, предоставляя точную, полезную и современную информацию о расстройствах пищевого поведения и других психических заболеваниях, помогая выявлять учеников, наиболее подверженных риску развития расстройств пищевого поведения. Школы могут также сотрудничать с родителями и медицинскими работниками для оказания помощи учащимся с расстройствами пищевого поведения путем реализации планов лечения в школьных условиях. Например, в школах могут быть предусмотрены приспособления для того, чтобы ребенок с НА имел контролируемые обеды или был освобожден от занятий физкультурой при недостаточном весе или нестабильности с медицинской точки зрения, или чтобы он был освобожден от конкретного плана урока, содержащего триггерную для него информацию.

Перевод Ольги Сушко, b-center.org