Одобренное экспертами руководство по вмешательству

Повторяющееся поведение, нацеленное на нанесение себе телесных повреждений, и связанные с этим расстройства

Перевод выполнен для сайта specialtranslations.ru

THE TLC FOUNDATION
for Body-Focused Repetitive Behaviors

THE TLC FOUNDATION
for Body-Focused Repetitive Behaviors

Перевод выполнен для сайта specialtranslations.ru

Эта брошюра – Scientific Advisory Board of The TLC Foundation for Body-Focused Repetitive Behaviors.

Авторы:

Ruth Golomb, LCPC
Martin Franklin, PhD
Jon E. Grant, JD, MD, MPH
Nancy J. Keuthen, PhD
Charles S. Mansueto, PhD
Suzanne Mouton-Odum, PhD
Carol Novak, MD
Douglas Woods, PhD

The information in this booklet is not intended to provide treatment for body-focused repetitive behaviors. Appropriate treatment and advice should be obtained directly from a qualified and experienced doctor and/or mental health professional.

Photography provided by www.jillianclarkphoto.com and www. abbymahler.com

©2016 The TLC Foundation for BFRBs. All Rights Reserved.

Одобренное экспертами руководство по работе с повторяющимся поведением, направленным на нанесение себе телесных повреждений

Содержание

Что такое BFRB? 4
- Трихотилломания
- Экскориация

Информация о BFRB 6
- Как человек втягивается в BFRB?
- Когда начинается BFRB?
- Что вызывает BFRB?
- Расхожие заблуждения

Рекомендации по вмешательству 9
- Психотерапия
- Когнитивно-поведенческая терапия
- Тренинг реверсирования привычки
- Комплексное поведенческое вмешательство
- Диалектическая поведенческая терапия

Дети с BFRBs 15
- Очень маленькие дети
- Начальная школа
- Средняя школа
- Подростки

Лекарственное лечение BFRB 17
- Регулярный прием препаратов
- Препараты для экстренных ситуаций
- Препараты для кожи

Терапия это процесс 19

Рекомендации по выбору вмешательства 20

Последствия BFRB 20

Как вы можете поучаствовать 21

Дополнительные ресурсы 22

Научно-консультативный совет 23

Если вы сами, или близкий вам человек, страдаете от трихотилломании (выдергиваете себе волосы), экскориации (расчесываете или щиплете кожу), или других форм повторяющегося поведения, направленного на нанесение себе телесных повреждений (BFRB), связанное с этим чувство одиночества, растерянности и страха вам знакомо. В такой ситуации человек безусловно нуждается в профессиональной помощи, но часто специалисты располагают лишь устаревшими или просто ошибочными данными относительно возможных видов вмешательства. Представители Scientific Advisory Board из TLC Foundation for Body-Focused Repetitive Behaviors изучили последние исследования и клинические рекомендации по помощи людям с BFRB и составили данную брошюру в помощь им и их близким.

Несмотря на то, что различные формы BFRB достаточно распространены (около 2% от популяции страдают от трихотилломании, 5% щиплют себе кожу), немногие специалисты владеют информацией о возможных видах помощи в таких случаях. Часто сам клиент и его близкие владеют более актуальной информацией как о самом расстройстве, так и о доступном лечении и терапиях. В этом буклете кратко описана суть такого явления как BFRB и приведены рекомендации от признанных специалистов в данной области.

Что такое BFRB?

BFRB – общий термин для обозначения тех ситуаций, когда человек сам наносит себе повреждения (щипает себя, кусает, царапает, выдирает себе волосы или грызет ногти), сюда же относятся случаи, когда человек постоянно щиплет, кусает или пытается отодрать корочки на ранах и ссадинах, расчесывает и ковыряет родинки, бесконечно выдавливает прыщи, кусает себе губы и щеки. Все эти виды поведения относятся к BFRB, т.к. имеют схожие характеристики. Разница между обычными случаями проявления подобного поведения и патологией определяется тем, насколько оно влияет на общее благополучие человека и мешает нормальному повседневному функционированию. Наиболее распространенными видами BFRB считаются экскориация и трихотилломания.

Трихотилломания

Трихотилломания – зацикленность на выдергивании у себя всех видов волос (на голове и в других местах) бровей и ресниц. Согласно 5-му изданию Руководства по диагностике и статистическому учету ментальных заболеваний Американской психиатрической ассоциации, постановка диагноза трихотилломания производится, если поведение отвечает пяти следующим критериям:

- Человек постоянно выдергивает волосы, что приводит к облысению
- Постоянные безуспешные попытки прекратить выдергивать волосы
- Привычка выдергивать волосы вызывает клинически значимое ощущение неблагополучия и/или мешает нормальному функционированию человека в обществе
- Привычка дергать волосы или потеря волос не связаны с другим медицинским состоянием (например, с дерматологическим нарушением)
- Поведение не объясняется наличием другого ментального заболевания (например попытками убрать явный или воображаемый дефект внешности при дисморфофобии)

Экскориация

Экскориация – расстройство, при котором человек щиплет себя так, что повреждает ткань. Согласно 5-му изданию Руководства по диагностике и статистическому учету ментальных заболеваний Американской психиатрической ассоциации, диагноз экскориация ставится, если поведение отвечает следующим критериям:

- Человек постоянно щиплет себя, из-за чего возникают повреждения кожи и шрамы
- Человек постоянно пытается перестать себя щипать, но безуспешно
- Привычка щипать себя вызывает клинически значимое ощущение неблагополучия и/или мешает нормальному функционированию человека в обществе
- Привычка щипать себя не связана с психологическими проблемами, воздействием веществ (например кокаина) или другими медицинскими проблемами (например чесоткой)
- Состояние человека не объясняется симптомами другого ментального заболевания (галлюцинациями при психозе, дисморфофобией, стереотипным двигательным расстройством или самоповреждающим поведением).

Как человек втягивается в BFRB?

Многие люди, у которых началось BFRB, отмечают, что оно запускается, когда они находятся в состоянии покоя: лежат в кровати, читают, сидят на занятиях, читают, ведут машину, принимают ванну, говорят по телефону, работают за компьютером или сидят за столом в офисе. При BFRB человек может быть полностью сконцентрирован на процессе (смотрит на себя в зеркало, когда выдавливает прыщи, или устраняет другие несовершенства), но поведение также может возникать неосознанно, и человек заметит это, только когда у него в руках уже будет клок волос, кожа будет в шрамах от царапин, а ранки и ногтевое ложе будут кровоточить.

Некоторые люди просто чувствуют, что должны царапать и щипать себя. Они ощущают покалывание, мурашки, зуд и другие неприятные ощущения, пока не пойдут на поводу у своей привычки. Другие не бегут от неприятных ощущений, напротив, ищут новый сенсорный опыт, причем не только в пальцах, а например, когда обсасывают кончики волосков, растирают жесткие волосы между пальцами, проводят по гладкому месту, там, где отодрали корку с раны. Еще часть людей говорит, что их нервирует определенный тип волосков (более толстый, жесткий или неровный) или кожи (более жесткая, шершавая, неровная) и они просто устраняют проблему. Для таких людей поиск «цели» — это часть процесса, они тратят время на поиск подходящего волоска или участка кожи, а затем рассматривают его внимательно, разминают в пальцах, нюхают, пробуют на вкус или облизывают, перекатывают между пальцами.

Тяжесть поведения очень различается

Привычка выдергивать у себя волосы может привести к прореживанию волосяного покрова, появлению безволосых участков или полному облысению, которое невозможно скрыть. У тех, кто щиплет и царапает себе кожу, из-за постоянных травм появляются незаживающие ранки и шрамы. Из-за постоянных травм в кожу может проникнуть инфекция, что только усиливает чувство вины.

Хотя зачастую BFRB протекает в достаточно мягкой форме, чрезмерное увлечение подобными формами поведения может вызвать серьезные медицинские проблемы. К примеру, у человека, привыкшего глотать свои волосы, может возникнуть расстройство ЖКТ или образоваться так называемый трихобезоар, волосяной шарик в животе, который закупоривает кишечник. Это очень серьезное состояние, зачастую требующее хирургического вмешательства.

Если у вас есть склонность щипать себя или царапать, следите за тем, чтобы в ранки не попала грязь и вовремя дезинфицируйте их. В некоторых случаях при BFRB могут возникать травмы.

Ну и кроме того, люди, у которых есть BFRB, помимо медицинских проблем, страдают от ощущения одиночества, стыда и отверженности.

Чувство вины приводит к тому, что люди не обращаются к специалистам и стесняются говорить о проблеме с близкими, из страха быть отвергнутыми. В итоге сама проблема ошибочно считается менее распространенной чем это есть на самом деле. Душевные переживания заставляют людей избегать близких и отстраняться от общественных мероприятий, в которых в другой ситуации были бы рады принять участие.

Когда начинается BFRB?

BFRB чаще всего начинается в возрасте от 11-15 лет. Волосы начинают выдергивать раньше (примерно в 11-12 лет) чем щипать и царапать себя (14-15 лет). Появление акне и, как следствие, привычки выдавливать прыщи, как правило связывают с риском формирования у многих людей привычки щипать себя. Но в целом BFRB может начаться в любом возрасте. Есть информация о детях, которые уже в год сформировали привычку выдирать у себя волосы. Ранее появление данной проблемы часто сопровождается болями в животе. Некоторые эксперты считают, что чем раньше проявляется проблема, тем меньше риск того, что поведение будет устойчивым.

Среди взрослых любителей выдирать себе волосы, соотношение мужчин и женщин составляет 9:1, но, если проблема начинается в детстве, количество мальчиков равно количеству девочек. До конца не ясно, почему в районе пубертата количество женщин, имеющих привычку выдирать себе волосы, резко возрастает. Предполагается что причина в гормональных изменениях у девочек и высокими требованиями социума к их внешнему виду. Также вполне вероятно, что мужчины просто реже обращаются за помощью, что также искажает статистику.

Что выбирает BFRB?

До конца не ясно, почему у одних людей это поведение проявляется, а у других нет. Исследования показывают, что у ряда людей может быть наследственная предрасположенность к развитию BFRB. Среди родных людей, имеющих привычку щипать себя, или дергать себе волосы, количество людей с BFRB оказалось выше, чем в целом в популяции. Дальнейшие данные близнецовых исследований показали, что у однояйцевых близнецов степень конкордантности будет выше, чем у разнояйцовых, что позволяет предположить генетическую природу проблемы.

На данном этапе ученые изучают генетику людей, страдающих BFRB, в попытке найти отвечающие за развитие данной проблемы гены, чтобы в дальнейшем выработать более эффективную систему помощи.

Важно отметить, что не смотря на возможные предпосылки к развитию BFRB, появление поведения зависит в том числе и от других факторов: темперамента, окружающей среды, возраста, когда возникло поведение, стрессовых ситуаций в семье.

Привычку щипать себе кожу и выдирать волосы можно заметить и у других видов. Так приматы выбирают у себя и сородичей блох, птицы в состоянии стресса выщипывают себе перья, мыши, живущие в одной клетке, выдирают друг у друга шерсть, а собаки и кошки вылизывают и выкусывают шкуру так, что могут оставаться залысины и ранки. Ученые пытаются глубже понять механизмы в основе этих схожих типов поведения, чтобы разобраться в нейробиологии BFRB у человека.

Распространенные заблуждения касательно BFRB

BFRB – это форма ОКР?

Несмотря на то, что у людей, страдающих BFRB, часто бывает повторяющееся поведение, напоминающее компульсии, между BFRB и ОКР достаточно различий, чтобы с уверенностью говорить, что это разные расстройства. На сегодняшний день привычка выдирать себе волосы и щипать кожу относится к разделу Обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства в DSM-5.

BFRB означает, что у человека есть более серьезное заболевание?

Некоторые люди считают, что привычка выдирать у себя волосы или царапать кожу сигнализирует о наличии нерешенных проблем, то есть причиняя себе боль человек начинает чувствовать себя лучше. Однако последние исследования говорят, что это далеко не всегда так.

Являются ли привычки выдирать себе волосы и царапать кожу формой самоповреждающего поведения?

Люди занимаются BFRB, чтобы снять стресс, получить удовлетворение и другие приятные ощущения. В противовес этому самоповреждение возникает на фоне желания причинить себе боль, наказать себя, справиться с невыносимыми нравственными страданиями. Таким образом BFRB не является самоповреждающим поведением, это совсем другое, отдельное расстройство.

Рекомендуемые способы вмешательства при BFRB

Самое важное, что может сделать человек, чтобы справиться с BFRB - получить максимум информации о самой проблеме и о способах ее решения. TLC Foundation for Body-Focused Repetitive Behaviors (www.bfrb.org) предоставляет последнюю информацию, собранную под руководством нашего научно-консультационного совета, состоящего из ученых экспертов и практиков в данной области. Организация предоставляет книги, лекции, видео, вебинары, профессиональные статьи и тренинги, а также проводит по стране обучающие мероприятия, которые будут полезны как специалистам, заинтересованным в этом вопросе, так и обывателям, чья жизнь так или иначе оказалась связана с проблемой BFRB. Интернет может стать для вас бесценным источником информации, но следует воспринимать ее критически, так как на ряде статей и дискуссионных досок по проблеме BFRB даются достаточно сомнительные советы. Список ресурсов, одобренных нашими экспертами, вы найдете в конце этой брошюры.

Психотерапия

Наиболее предпочтительным подходом в данном случае будет когнитивно-поведенческая терапия. Имеющиеся исследования позволяют говорить о том, что эффект вмешательства в данном случае может быть выше, чем при использовании лекарственных препаратов. Однако некоторым больным все же могут потребоваться лекарства прежде или в сочетании с психотерапией.

Когнитивно-поведенческая терапия

КПТ – терапевтический подход, который учит человека определять, какие мысли, чувства и поступки служат источником его проблемы и как он может изменить свое поведение, чтобы испытывать меньше стресса и жить более продуктивно. Акцент делается на планировании терапии в соответствии с индивидуальными особенностями пациента. Под аббревиатурой КПТ скрывается несколько подходов: обучение реверсированию привычки (HRT) и комплексное поведенческое вмешательство (ComB). Терапия принятия и ответственности (ACT) и диалектическая поведенческая терапия (DBT) – два подхода, которые также могут повысить эффективность других видов поведенческой терапии.

Обучение реверсированию привычки

Обучение реверсированию привычки (HRT) – давно известный способ работы с BFRB, разработанный в 70-е годы Нейтаном Азрином и Грегори Нанном. Эффективность HRT проверена в огромном количестве исследований. Состав тренинга может варьироваться, но наиболее значимыми считаются: тренинг осведомленности, тренинг выработки конкурирующей реакции / competing response training и социальная поддержка.

Тренинг осведомленности помогает человеку понять обстоятельства, которые способствуют проявлению вредной привычки. Таким образом человек осознает риск того, что поведение может возникнуть, и успевает воспользоваться соответствующими техниками, которые помогают снизить вероятность проявления проблемы.

Тренинг выработки конкурирующей реакции обучает человека поведению, несовместимому с BFRB. Например, при возникновении желания себя ущипнуть, человек сжимает пальцы в кулак, складывает руки так, чтобы было невозможно себя ущипнуть, и делает это каждый раз, когда испытывает желание сделать нечто подобное, или обстоятельства говорят о том, что желание может появиться.

Тренинг социальной поддержки помогает включить в терапевтический процесс близких человека, которые будут поддерживать его в моменты демонстрации конкурирующей реакции. Кроме того, в тяжелой ситуации окружение может напомнить человеку о том, как он может помочь себе, и поддержать его морально.

Исследования говорят о том, что HRT позволяет достичь краткосрочного эффекта, однако с точки зрения специалистов и самих людей с BFRB, для закрепления успеха и долгосрочных результатов требуется гораздо больше усилий.

Комплексное поведенческое вмешательство

Модель комплексного поведенческого вмешательства (ComB), разработанная доктором Чарльзом Мансуэто и его коллегами, базируется на предположении, что BFRB выполняет одну или несколько функций (помогает расслабиться, уснуть, почувствовать радость от достижения цели). Согласно этой модели человек, начинает понимать почему, где и как у персонажа возникает BFRB, а затем подбирают такое вмешательство, которое позволяет ему достичь той же цели без BFRB. ComB модель состоит из 4-х компонентов: оценка, определение и постановка цели, определение стратегии выбора, оценка результатов. Это вмешательство акцентирует внимание на пяти областях: сенсорной, когнитивной, аффективной, моторной и локационной (SCAMP).

Оценка/самонаблюдение

При использовании ComB терапевт и клиент тщательно оценивают функцию, которую выполняет поведение для клиента, а также внутренние и внешние триггеры, вызывающие BFRB. Внутренние триггеры — это ощущения, мысли и чувства, внешние – определенное место и занятия, которые подталкивают человека к появлению поведения. Клиенты наблюдают за собой в перерывах между сессиями, чтобы определить все аспекты поведения.

Выбор индивидуальной стратегии

Терапевт помогает клиенту изучить возможности индивидуально подобранных стратегий, направленных на внутренние и внешние спусковые механизмы для BFRB. К примеру, если кожный зуд запускает желание почесаться, а оно служит триггером для щипков, клиенту можно посоветовать использовать щетку в качестве сенсорной замены. Это не только поможет справиться с зудом, но и позволит избежать контакта с кожей. Если человек сковыривает у себя болячки, чтобы почувствовать гладкую поверхность, ему можно посоветовать носить с собой на замену гладкий камешек. Если причина поведения чувство тревоги, человека обучают методикам, помогающим снизить тревожные ощущения. Каждая стратегия таким образом подбирается индивидуально, чтобы осуществить ту цель, которой человек пытается достигнуть при помощи BFRB.

Внутренние и внешние триггеры BFRB

Внутренние триггеры BFRB это все, что относится к сенсорным переживаниям (вид, ощущение, запах, вкус и звук), а также мысли и чувства. К примеру, если источником проблемы является идея, что все жесткие волоски должны быть выдраны, вмешательство будет направлено на то, чтобы убедить человека в несостоятельности этой идеи.

Внешние триггеры для BFRB – определение условий или деятельности, которая обычно приводит к появлению BFRB и поиск путей избежать этого. Например, если человек начинает дергать себе волосы, оказавшись перед зеркалом, можно посоветовать закрыть его или убрать на какой-то период, либо приглушить свет, чтобы ему было сложнее увидеть волоски. Понимание, когда и где поведение вероятнее всего может возникнуть очень полезно. Для многих людей BFRB всего лишь автоматическая привычка, и они толком не понимают, что и зачем делают. Препятствия в виде перчаток, повязок на голову или шляп, помогают человеку задуматься и осознать, что он собирается делать и зачем, а это в свою очередь путь к избавлению от вредной привычки.

ComB модель дает всем людям с BFRB полезное лекало для изучения возможных триггеров и последствий их поведения. В рамках этой модели клиенту также дают инструменты, позволяющие больше узнать о проблемы и большое количество разнообразных стратегий, помогающих как на пути предотвращения развития нежелательного поведения, так и на всех этапах работы с ним. До последнего момента это направление не слишком широко изучалось эмпирическими методами, хотя сейчас проводятся исследования по данному направлению.

Терапия принятия и ответственности

Многообещающий метод, который может добавить эффективности другим направлениям когнитивно-поведенческой терапии, был разработан Стивеном Хейесом. Этот подход отличается от других тем, что терапевт принимает желание клиента щипать и царапать себя, относится к нему спокойно, и не ставит своей целью остановить поведение. Вместо этого клиента учат относиться к своим поступкам и к возникающим до или после негативным переживаниям как к части жизни, а не как к процессу, который нужно искоренить. Понимание, прочувствование и переживание процесса, при котором не нужно выдавать какой-то особенной реакции на поступок или эмоцию, дарит чувство освобождения.

Понимание ценностей пациента

Ключевая часть ACT подхода заключается в понимании того, что значимо для клиента. В качестве кого они бы хотели остаться в истории? Вмешательство строится в рамках данного контекста. Клиент спрашивает себя, влияет ли BFRB на их движение по направлению к выбранной цели.

Понимание того, как пациенты связывают привычку и негативный опыт.

Частью терапевтического процесса становится обсуждение того, как люди используют щипки и выдергивание волос, чтобы избавиться или ослабить тягу к чему-либо, чувство тревоги и другие ощущения, которые не могут назвать приятными. В процессе часто выявляется тот факт, что клиенты просто не сумели найти эффективный и здоровый способ справиться со своими чувствами без необходимости прибегать к BFRB.

Увидеть, что на самом деле представляет из себя их внутренний опыт

В значительной мере АСТ направлено на то, чтобы клиенты осознали, чем на самом деле являются их побуждения, мысли и чувства, а чем нет. Часто люди сами считают, что то что происходит у них внутри, подталкивает их к определенному поведению, но постепенно, через специальные техники и упражнения, клиент учится понимать, что сам принимает решение, как реагировать на внутренние чувства, побуждения и мысли, и что терзающие его эмоции проходящи. Людям свойственно желание ослабить неприятный опыт. В АСТ при помощи техник осознанности человека учат открыто принимать (это не значит получать удовольствие) любой внутренний опыт, без попыток избежать, преобразовать или ослабить его.

Вовлеченность в процесс

Клиент будет вовлечен в работу над своими трудностями через проживание собственных эмоций и обучение принятию переживаний вместо попыток избежать их.

Расширенная версия АСТ терапии

Эта терапия, комбинирующая принципы АСТ и другие стратегии, обычно применяемые для лечения BFRB, в том числе обучение реверсированию привычки и контроль стимулов, была разработана доктором Дугласом Вудсом с коллегами. Упомянутые стратегии используют лишь для того, чтобы целевое поведение стало менее доступным (они не влияют на саму тягу), а клиент мог бы заниматься более значимыми вещами.

Ранние исследования показали, что реверсирование привычки усиленное АСТ более эффективно, нежели просто попытки ослабить целевые симптомы. Важно, что краткосрочные результаты вмешательства сохранялись спустя месяцы после прекращения работы. Для подтверждения результатов необходимы дополнительные исследования. Сейчас ведутся широкомасштабные рандомизированные контролируемые исследования поведенческой терапии с применением АСТ.

Диалектическая поведенческая терапия

(DBT)DBT – еще один подход, повышающий эффективность различных видов вмешательства, основанных на обучении новым навыкам, разработанный Маршей Линехан. Сравнительным изучением DBT и более традиционных методик реверсирования привычки и контроля стимулов занималась доктор Нэнси Кейтен. Пилотное и рандомизированное контролируемое исследование показали превосходство терапевтического подхода с использованием DBT перед минимальным состоянием контроля внимания/ minimal attention control condition в работе с трихотилломанией. Улучшения в результате вмешательства сохранялись спустя месяцы после окончания работы. Как и в случае со всеми прочими, упомянутыми выше, видами вмешательства требуются дополнительные исследования для подтверждения эффективности вмешательства и более точного определения механизмов, благодаря которым оно помогает снижать целевое поведение. Данный подход до сих пор был одобрен только для работы с выдергиванием волос.

DBT состоит из трех составляющих: осознанность, межличностная эффективность, эмоциональная регуляция и умение спокойно воспринимать критические ситуации. При проведении поведенческой терапии для BFRB, усиленной DBT, используют все эти составляющие, за исключением межличностной эффективности. О каждой составляющей по отдельности мы поговорим ниже.

Осознанность

Эта составляющая родом из буддизма учит человека жить в моменте и переживать эмоции и чувства в полной мере без осуждения. Практика осознанность может помочь человеку лучше понять триггеры, запускающие BFRB, научиться распознавать ранние моторные движения, предшествующие BFRB, и снижать чувство тревоги за счет умения жить в моменте и принимать собственные эмоции без попыток их изменить.

Эта составляющая учит людей справляться с эмоциями при помощи следующих техник:

- Клиент учится распознавать свои эмоции и говорить о них
- Определять обстоятельства, которые не дают поменять негативный эмоциональный фон
- Овладевает техниками, позволяющими стать менее чувствительным к воздействию негативных эмоций
- Повышает количество позитивных событий в жизни
- За счет практики осознанности лучше распознает текущее эмоциональное состояние
- Учится проживать неприятные эмоции, не пытаясь влиять на них

Принимая во внимание тот факт, что эмоции часто запускают BFRB, цель вмешательства состоит в том, чтобы человек научился регулировать свои эмоции другим, более функциональным и безопасным способом.

Умение спокойно воспринимать критические ситуации

Эта составляющая предназначена для того, чтобы помочь клиенту пережить кризисную ситуацию, не ухудшив свое состояние. Техники, которым он обучается, позволяют справиться с позывами ущипнуть себя, или выдрать волосинку, и не поддаться им.

Важно: виды когнитивно-поведенческой терапии, описанные выше, не являются взаимоисключающими. Элементы разных методик могут оказаться полезны для тех, кто стремится справиться с BFRB

Дети с BFRB

Для детей с BFRB используют те же методики, в рамках когнитивно-поведенческой терапии, что и для взрослых, но есть несколько оговорок. Если ребенок сталкивается с BFRB, это становится испытанием для всей его семьи, поэтому частично в процесс терапии следует включать и родителей. Дети обычно менее мотивированы, нежели их родители. Специалист, имеющий опыт в работе с детьми, сталкивающимися с подобной проблемой, может разработать для ребенка систему подкреплений, которая поможет заложить основу и поддержать стремление изменить нежелательное поведение. При поддержке родителей, специалист поможет сформировать у ребенка более здоровые поведенческие паттерны. В процессе вмешательства следует помнить о тех трудностях, с которыми сталкиваются дети на разных этапах своего развития, и учитывать их при построении программы.

Очень маленькие дети

Если BFRB возникает у малыша (от 0 до 5 лет), в первую очередь вмешательство направляют на родителей.

В этом возрасте ритм жизни и поведение ребенка строится в основном под руководством и при непосредственном участии его родителей. Поскольку в этом возрасте ребенок полностью зависим от родителей, логично возложить необходимость регулировать процесс вмешательства дома на них. Маленькие дети часто хорошо реагируют на вмешательство, если родители контролируют процесс под руководством опытного специалиста.

Начальная школа

Вмешательство для детей 6-11 лет при BFRB выглядит так же, как и для малышей, но ребенка больше вовлекают в процесс. В этом возрасте дети сами по себе не так сильно заинтересованы в том, чтобы ослабить BFRB, но это можно исправить при помощи эффективных подкреплений. Школьники лучше осознают себя, могут сообщить о своем состоянии и больше заинтересованы в окружающем мире; чтобы ребенок в этом возрасте с энтузиазмом включился в терапевтический процесс, его следует вознаграждать за успешное использование терапевтических техник и отсутствие нежелательного поведения.

Средняя школа

Дети в возрасте 12-14 лет безусловно более независимы, но все еще нуждаются в руководстве и поддержке со стороны старших членов семьи. В этом возрасте система подкреплений направлена на то, чтобы научить ребенка внимательнее относиться к своему состоянию и повысить мотивацию. Наибольшего успеха вы достигнете, если позволите ребенку в полной мере участвовать в процессе построения терапевтического вмешательства, выработки стратегий и структуры вмешательства.

Часто семье может понадобиться поддержка и руководство в вопросах участия домашних ребенка в терапевтическом процессе. Многим родителям нужна регулярная обратная связь относительно того, как и насколько активно они должны включаться в процесс помощи ребенку, как это лучше делать и как себя вести, если заметили, что ребенок выщипывает волосы или царапает себя. Роль родителей в процессе вмешательства меняется в зависимости от темперамента ребенка, его потребностей и этапа вмешательства.

Старшая школа

Дети **15**-18 лет вполне способны проходить вмешательство без участия родителей. Подростковый возраст – не самое простое время, но, если помимо обычных проблем подросток сталкивается с необходимостью бороться еще и с BFRB, этот этап может стать поистине ужасным. В этом возрасте дети хорошо отнесутся к тому, что их привычки не станут предметом коллективного обсуждения, таким образом контакт с родителями у терапевта вероятнее всего будет ограничен. Родителям в этой ситуации остается только переживать о том, как протекает процесс терапии, и ждать проявлений прогресса. Подросткам нужно больше времени, чтобы переработать информацию и усвоить ее.

Терапия может быть направлена на то, чтобы помочь подросткам активнее включаться в терапевтический процесс. Может случиться так, что подростки просто будут не готовы начать и включаться в терапевтический процесс, в отличие от их родителей. В такой ситуации родителям понадобится много поддержки, чтобы научиться направлять своих детей в это сложное время, и справиться с тяжелой атмосферой дома.

Медицинское вмешательство при BFRB

Хотя основным видом вмешательства при трихотилломании и привычке щипать и царапать себя остается поведенческая терапия, лекарства могут существенно облегчить ситуацию. **Нет универсального препарата, помогающего при BFRB,** но ряд препаратов позволяет снизить интенсивность поведения у некоторых пациентов. Препараты чаще всего притупляют ощущения в процессе BFRB, но не действуют на само поведение.

Некоторые исследования предполагают, что постоянный прием препаратов позволяет пациентам достигать больших успехов в процессе поведенческой терапии, которая в противном случае не была бы столь полезна. Некоторые препараты следует принимать постоянно, другие – курсами, или во время стрессовых ситуаций.

В отличие от других психических расстройств, таких как ОКР, мы не до конца понимаем, какие процессы в нервной системе отвечают за запуск поведения, поэтому у специалистов нет единой позиции относительно того, какие препараты следует прописывать в таких случаях. Среди элементов, влияющих на процесс формирования BFRB называют глутамат, ГАБА, серотонин и допамин.

За последние 15 лет, многие препараты, применяемые в случае ОКР и других тревожных расстройств, тестировали для лечения BFRB, но с переменным успехом. Тем не менее, есть группа пациентов, которым помогают лекарства, особенно если есть сопутствующие нарушения, такие как депрессия, тревожные расстройства и/или ОКР.

Некоторые исследования говорят о том, что за счет использования медикаментов удалось добиться некоторого улучшения состояния людей с BFRB, **но данных для того, чтобы однозначно рекомендовать один или комбинацию препаратов до сих пор недостаточно**. На момент публикации буклета FDA не располагала данными, позволяющими говорить о наличии утвержденной схемы лечения BFRB.

Выбор препаратов в большей степени зависит от клинического опыта конкретного врача. **В первую очередь следует обратить внимание на препараты, которые будут полезны при лечении прочих клинических симптомов (депрессии, тревожности).** Приоритетом при подборе лечения должна быть безопасность, особенно если пациент – ребенок или беременная женщина, и следует тщательно взвешивать все риски.

Поскольку разнообразие возможных препаратов достаточно велико, в этом буклете мы разбили их на несколько категорий: требующие ежедневного приема, принимаемые по необходимости, а также препараты для кожи, в том числе местные лекарства.

Препараты, требующие ежедневного приема

Психоактивные препараты, которые нужно принимать регулярно, обладающие накопительным эффектом. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина назначают при тревожных расстройствах и депрессии. Эффект подобных препаратов при трихотилломании и экскориации колеблется от очень хорошего, до среднего и незначительного. Многие пациенты говорят о том, что эффект со временем исчезает. Другая группа препаратов – антагонисты опиоидов (блокаторы болевых ощущений), стабилизаторы настроения и допаминовые блокаторы. Н-ацетилцистеин – аминокислота, протестированная на контрольной группе людей с трихотилломанией, оказалась эффективна у более чем половины участников исследования. Были проведены многообещающие открытые исследования применения безрецептурной биодобавки н-ацетилцистеина для пациентов с экскориацией, позволяющие предположить что такие препараты могут быть эффективны по крайней мере для части пациентов с BFRB. Еще одна потенциально эффективная добавка – инозитол – также тестируется для пациентов с BFBRB.

Препараты, применяемые по необходимости

Далеко не все препараты, эффективные при BFRB, требуют регулярного приема. В состоянии стресса прием транквилизаторов поможет не допустить возникновения BFRB. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина или транквилизаторы, если принимать их курсами, могут ослабить предменструальное напряжение. Антигистаминные препараты снижают ощущение зуда и помогают при бессоннице. Процесс отхода ко сну повышает риск возникновения BFRB у ряда пациентов, поэтому использование снотворных препаратов также может быть полезно в ряде случаев.

Препараты для кожи

Часто пощипывание кожи и выдергивание волос связаны с кожными проблемами, и дерматологические препараты могут помочь справиться с ситуацией. Топические стероиды и антигистаминные кремы снижают зуд. Неровности и прыщи лечатся препаратами против акне и другими дерматологическими процедурами. Чувство покалывания, которое часто заставляет пациентов выдергивать у себя волоски, снижается за счет применения вяжущих препаратов, местных анестетиков, или кремов, вызывающих легкое чувство жжения (такие кремы часто содержат капсаицин). Если на ваш взгляд BFRB вызвано главным образом дерматологическими проблемами, лучше проконсультироваться у дерматолога.

Вмешательство – это процесс

Изменение поведения – это процесс, в котором есть свои взлеты и падения. Даже если выбранная программа коррекции BFRB будет успешна, периодические откаты – неизбежная часть процесса. Важно понимать, что чудес не бывает и к полному освобождению от вредных привычек следует двигаться поступательно. Если поведение сбилось, важно проанализировать в чем была причина и вернуться на прежний путь. Это не время опускать руки, ведь в противном случае вы вернетесь к тому, с чего начали. Если грамотно подойти к проблеме во время срыва, можно многому научиться, и тогда улучшения не заставят себя ждать.

Чтобы минимизировать срывы нужно проявлять бдительность. **Если проблема с BFRB уже возникала, важно понимать, что в любой момент поведение может вернуться, даже после длительного периода ремиссии.** Если BFRB вернулось, или пациент ощущает сильные позывы, можно вернуться к техникам, которые помогали ему во время активной фазы вмешательства. Многим помогает на этот случай возможность оставаться в контакте с терапевтом. Если до того рабочие техники не помогают, терапевт поможет с поиском новой стратегии или подхода.

Некоторые пациенты плохо переносят срывы и могут снова начать проявлять нежелательное поведение. Им кажется, что они исцелились, и возврат поведения воспринимается как неудача. Другая группа пациентов относятся к единичным эпизодам BFRB без должного внимания и не спешат возвращаться к вмешательству. И в том, и в другом случае вероятность возвращения к проблеме очень вероятна.

Эффективные поддерживающие стратегии:

- Принять как данность возможность срывов и быть готовым вернуться к приемам и техникам, которые помогли справиться с проблемой ранее
- Относиться к вероятности срывов безоценочно, не осуждать себя и клиента, если случится срыв и/или поведение вернется
- Готовность при необходимости связаться с терапевтом и принять все необходимые меры для работы с поведением
- Если клиент осведомлен о том, что поведение может вернуться, и готов при необходимости вернуться к работе над ним, вероятность успеха поддерживающих мер очень высока

Рекомендации по выбору вмешательства

При выборе вмешательства или специалиста нужно учесть ряд моментов. Некоторые подходы оказались эффективны для ряда пациентов, но в отсутствие научных исследований, подтверждающих их эффективность, такие подходы редко рекомендуют опытными специалистами. Диеты, электростимуляция, массаж, акупунктура, гипноз – всем этим подходам недостает научных данных об их эффективности и безопасности. Некоторые из них можно использовать как дополнительные, в сочетании с когнитивно-поведенческой терапией, но нельзя рекомендовать как самостоятельное вмешательство.

Прочие «чудеса», «секретные средства» и «простые решения» также не подтверждены исследованиями, поэтому не рекомендуются научным сообществом. Помните, что все очень индивидуально. Методики, перечисленные в этом буклете, основаны на медицинских исследованиях и принципах когнитивно-поведенческой терапии, подтвердившей свою эффективность.

Последствия BFRB

Люди, сталкивающиеся с проблемой BFRB, часто имеют и другие проблемы, требующие терапевтического вмешательства. Люди страдают от чувства стыда, одиночества и низкой самооценки, вызванных годами попыток справиться с проблемой. Люди избегали завязывать отношения и заниматься карьерой. Проблема не исчезнет моментально после начала терапии. Специалист должен также работать с сопутствующими проблемами и учить человека навыкам, которые помогут ему регулировать поведение в повседневной жизни. Если все внимание сосредоточено на целевом поведении и не затрагиваются сопутствующие проблемы, велика вероятность того, что поведение вернется. При этом, если сопутствующие проблемы будут рассматриваться как основные, прогресс в работе над BFRB также мало вероятен. **Таким образом, самое важное – найти специалиста, который сможет в равной степени проработать и само поведение, и возникшие под его влиянием личностные проблемы.** Наша организация с радостью поможет найти специалиста в вашем районе. Если ваш терапевт хотел бы повысить квалификацию, мы готовы передать весь свой, накопленный с 2004 года, опыт на курсах в нашем Институте профессиональной подготовки.

Чем может помочь семья и друзья?

Члены семьи человека с BFRB прежде всего должны быть хорошо информированы. Обеспокоенные состоянием человека с BFRB члены семьи могут изо всех сил стараться помочь, но иногда именно их усилия и являются спусковым крючком для возникновения проблемы. При общении с человеком, которому вы хотите помочь, важно не только демонстрировать готовность прийти на помощь, но и проявлять деликатность. Члены семьи человека с BFRB должны правильно взаимодействовать с ним, проявлять терпение и гибкость.

Видеть, как твой близкий человек страдает от BFRB не просто, важно уметь позаботиться и о себе, чтобы быть в состоянии помогать и поддерживать дорогого вам человека. Для членов семьи человека, страдающего BFRB доступны книги, группы поддержки и другие вспомогательные ресурсы. Чтобы дорогой вам человек мог в полной мере на вас положиться, нужно быть мужественным и компетентным, проявлять сочувствие и сохранять спокойствие в самых сложных ситуациях.

Как вы можете помочь

Если у вашего близкого человека BFRB:

Вступите в сообщество TLC, здесь вы найдете необходимую поддержку и ресурсы, которые помогут понять, как можно стать для вашего близкого человека проводником на пути к выздоровлению. Члены нашей организации получают скидки на живые мероприятия, бесплатный доступ к онлайн вебинарам и доступ к эксклюзивному контенту на сайте, а также ежеквартальную рассылку.

Если вы специалист в сфере психического здоровья

Можете посетить наш тренинг повышения квалификации, где научитесь эффективно работать с различными формами BFRB. Будьте в курсе последних исследований и терапевтических благодаря списку источников на нашем сайте.

Если вы ученый

Примите участие в разработке вмешательства для работы с BFRB – все еще мало изученного расстройства в спектре ОКР, затрагивающего по крайней мере 3% населения. Работайте вместе с ведущими специалистами в данной области, принимайте участие в по-настоящему передовых исследованиях.

Дополнительные ресурсы

Представители TLC Foundation for Body-Focused Repetitive behaviors предлагают следующие ресурсы для специалистов, пациентов и членов их семьи:

Институт профессиональной подготовки

Дипломированным специалистам в области психического здоровья дается возможность изучить научно-доказанные, эффективные способы вмешательства при различных формах BFRB. Обучение предлагается в следующих форматах:

- **Очный трехдневный интенсив** – насыщенная обучающая программа под руководством ведущих экспертов в области работы с различными формами BFRB. Расписание вы найдете по ссылке: www.bfrb.org
- **В**иртуальный институт профессиональной подготовки: 3 обучающих фильма, основанных на очных курсах специалистов TLC. Его также можно заказать на www.bfrb.org

На сайте вы найдете:

- Бесплатный справочник специалистов и онлайн-ресурсов по теме
- Адреса местных групп поддержки онлайн и офф-лайн
- Контакты компетентных в области BFRB косметологов, дерматологов и других специалистов
- Подборки книг, сенсорных игрушек и других товаров
- Статьи, расписание вебинаров и других мероприятий по теме BFRB

Научно-консультативный совет

THE TLC FOUNDATION
for Body-Focused Repetitive Behaviors

Jon E. Grant, jd, md, mph, *Advisory Chair*
ProfessorofPsychiatryandBehavioralNeuroscience,
UniversityofChicago,IL

Nancy J. Keuthen, phd, *Advisory Vice Chair*
Psychiatric Neuroscience Program
Massachusetts General Hospital
Harvard Medical School, MA

Fred Penzel, phd, *Advisory Secretary*
Director, Western Suffolk Psychological Services Huntington, NY

Darin Dougherty, md, msc
Director, Neurotherapeutics Division,
Massachusetts General Hospital Harvard
Medical School, MA

Christopher A. Flessner, phd *Assistant Professor*, Dept. of Psychology Kent State
University, OH

Martin Franklin, phd
Director, COTTAGe
University of Pennsylvania School of Medicine

Joseph Garner, phd
Dept. of Comparative Medicine
Stanford University Veterinary Service Center

Ruth Golomb, med, lcpc
BehaviorTherapyCenterofGreaterWashington
Silver Spring,MD

Charles S. Mansueto, phd
Director, Behavior Therapy Center of Greater Washington,
Silver Spring, MD

Suzanne Mouton-Odum, phd
Private Practice
Houston, TX

Carol Novak,md
Department of Psychiatry
HealthPartnersBehavioralHealth
Minneapolis, MN

John Piacentini, phd, abpp
Director,UCLAChildOCD,AnxietyandTicDisorders
Program,UCLASemelInstitutefor Neuroscienceand

Dan Stein, md, phd
Department of Psychiatry and Mental Health
University of Capetown, South Africa

John Walkup, md
DivisionofChild&AdolescentPsychiatry
NewYork-PresbyterianHospital
Weill Cornell Medical College, NY

Douglas Woods, phd
Dean of the Graduate School
Professor of Psychology
Marquette University, Milwaukee, WI

Consulting Members Ethan

Lerner, md, phd
Deptartment of Dermatology
Massachusetts General Hospital , MA

David Pauls, phd
Psychiatric & Neurodevelopmental Genetics
Massachusetts General Hospital, Boston, MA

Harry Wright, md, mba
Neuropsychiatry & Behavioral Science
University of South Carolina School of Medicine
Columbia, SC

Philip T. Ninan, md
AffiliateProfessorofPsychiatricMedicine East
CarolinaUniversity,Greenville,NC

Barbara O. Rothbaum, phd
Professor in Psychiatry
Director,TraumaandAnxietyRecoveryProgram
EmoryUniversitySchoolofMedicine,Atlanta,GA

Susan E. Swedo, md
Behavioral Pediatrics Section
PediatricsandDevelopmentalNeuropsychiatry
Branch,NIMH,Bethesda,MD

Margo Thienemann, md
StanfordUniversityMedicalCenterPsychiatry&
BehavioralScience,Stanford,CA

THE TLC FOUNDATION

for Body-Focused Repetitive Behaviors

The TLC Foundation for Body-Focused Repetitive Behaviors is a donor-supported, nonprofit organization devoted to ending the suffering caused by hair pulling disorder, skin picking disorder, and related body-focused repetitive behaviors.

We take a comprehensive approach to helping people overcome and heal from body-focused repetitive behaviors by:

Connecting affected individuals and their families with each other, thereby helping to end their isolation and providing a community of support.

Referring people to appropriate treatment providers, services, and educational resources so that they can take better control of their recovery.

We conduct outreach to healthcare providers and educators, teaching them how to recognize these disorders, and train qualified mental health professionals in the latest evidence-based cognitive behavioral treatment approaches.

We design and fund research projects aimed at understanding the neurobiology of these disorders and identifying pharmacological and behavioral treatments, as well as possibilities for prevention.

To learn more visit us at:
www.bfrb.org

716 Soquel Ave., Suite A, Santa Cruz, CA 95062 USA

+1 (831) 457-10