

**Исследование расстройств
пищевого поведения детей
и подростков**

Характеристики пищевого поведения

- Первичная биологическая потребность
- Физиологическая потребность
- Особенности питания отражают эмоциональные потребности (психологические)
- Социальное значение пищи

Пищевое поведение

- ценностное отношение к пище и её приёму, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа



Пищевая потребность - как средство:

- разрядки психоэмоционального напряжения;
- чувственного наслаждения, выступающего как самоцель;
- общения, когда еда связана с пребыванием в коллективе;
- самоутверждения, когда первостепенную роль играют представления о престижности пищи;
- поддержания определенных ритуалов или привычек (религиозные, национальные, семейные традиции);
- компенсации неудовлетворенных потребностей (потребность в общении, родительской заботе и т. д.);
- награды или поощрения за счет вкусовых качеств пищи;
- удовлетворения эстетической потребности (Савенков, 1985).



Расстройства пищевого поведения

- класс психогенно обусловленных поведенческих синдромов, связанных с нарушениями в приёме. В числе прочих, к расстройствам приёма пищи относят нервную анорексию, нервную булимию, психогенное переедание, а также ряд других расстройств. Нарушения пищевого поведения относятся к психическим расстройствам.

Психогенное переедание

- Эпизоды потери контроля над процессом поглощения пищи
- Эпизоды обжорства во время выраженного стресса
- Поедание ненормально большого количества пищи за короткий промежуток времени
- Поедание больших количеств пищи при отсутствии чувства голода
- Еда до отвала
- Еда в состоянии депрессии, грусти или скуки
- Еда в одиночестве, из чувства стыда, связанного с процессом еды
- Еда в одиночестве, из желания скрыть эпизод обжорства
- Чувство отвращения, депрессии или вины после эпизода обжорства

Булимия

(бычий голод) (от греч. Bu(s) – бык и limos – голод)

- навязчивое чередование еды/рвоты
или еды/дефекации (Drewnowski et al.,
1995)

Нервная анорексия

(греч. отрицательная приставка an- и orexis — аппетит)

-«сознательное ограничение

в еде с целью похудения в связи с
убежденностью в наличии мнимой или
резко переоцениваемой полноты»

Условия, способствующие возникновению расстройств пищевого поведения

- Влияние среды обитания (социальные условия, отношение к еде со стороны мамы, семейное поведение и т.д.)
- Семья, выступающая как диктатура
- Нарушения эго-идентичности, в т.ч. нарциссичность личности
- Потребность в новых ощущениях
- Наличие стресса
- Недостаточная структурированность личностных факторов, которые могут помочь справиться со стрессом другими способами
- Наличие психических или соматических расстройств, которые способствуют возникновению аддикции
- Наследственность
- Безделье

Общие психологические особенности лиц, склонных к расстройствам пищевого поведения

- Сниженная переносимость трудностей повседневной жизни наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций.
- Скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством.
- Внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами (Б.Сегал)

Булимия

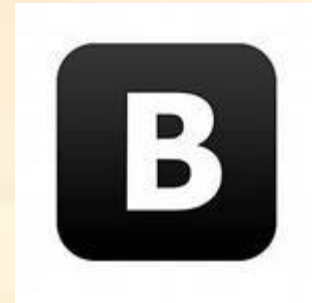
- нарушение пищевого поведения, характеризующееся в основном повторяющимися приступами обжорства, пищевыми "кутежами". Чтобы избежать ожирения, большинство больных булимией по окончании "кутежей" прибегает к тому или иному способу очищения желудка, искусственно вызывая у себя рвоту или принимая слабительные и мочегонные средства.

Статистические данные по булимии

- Заболеваемость среди учащихся составляет 4 - 9%.
- Начало в возрастном промежутке 12 - 35 лет, пик частоты возникновения приходится на 18 лет, т.е. несколько позже, чем при нервной анорексии.
- Преобладают женщины, пациенты мужского пола составляют лишь 10 - 15%.



«ВКонтакте»



- Более 78 групп, посвященных анорексии (6 – «Против», 72 – «За»)
- Более 50% этих групп закрытые (доступ к ним избирателен).
- Наибольшие по численности группы:
«Анорексия» - 107 611 чел.,
«Типичная анорексичка» - 111 256 чел.
Минимальная группа - 199 участников.
- Формы общения - форумы, помощь новичкам, дневники, фото-дневники, отчёты, ответы на проблемные вопросы, поддержка.

Характерные признаки истинной нервной анорексии:

- Нарушение схемы тела вплоть до бредовых убеждений, при котором больные как бы не видят выраженность своего истощения;
- расстройство восприятия стимулов с пищеварительной системы;
- физическая гиперактивность и отрицание усталости (стремление к активности сохраняется у больных вплоть до выраженного истощения);
- «парализующее чувство беспомощности», которое пронизывает мышление и поведение больных и приводит к дефициту инициативы;
- отказ поддерживать массу тела на уровне минимальной нормы с учётом возраста и пола. Вес тела сохраняется на уровне как минимум на 15% ниже ожидаемого;
- явно выраженный страх перед увеличением массы или объема тела, несмотря на имеющуюся худобу;
- у женщин аменорея в течение трех последовательных циклов.

Для диагностики нервной булимии (F50.2) по МКБ-10 состояние должно соответствовать следующим критериям

1. повторяющиеся приступы переедания (быстрого поглощения большого количества пищи в дискретный период времени);
2. чувство потери контроля над поведением во время приступа;
3. для предотвращения прибавки в весе больные постоянно используют самоиндуцированные рвоты, слабительные или мочегонные, жесткие диетические ограничения или голодание, физические нагрузки;
4. среднее количество приступов переедания не менее 2 в неделю в течение трех месяцев;
5. постоянная чрезмерная обеспокоенность формами и весом тела.

Особенности больных, страдающих булимией:

- перфекционизм;
- склонность к унынию, депрессии, навязчивым мыслям или действиям;
- импульсивность, хаотичность, готовность рисковать;
- низкая и неустойчивая самооценка;
- неудовлетворенность собственным телом;
- нереалистичные цели;
- отчаяние при неудачах в достижении этих целей;
- личные отношения также строятся по «булимической» схеме: пылкое увлечение — резкий разрыв;
- неприятные детские воспоминания, связанные с приёмом пищи (еда как наказание, насильственное кормление, скандалы и т.п.).

**Особенности работы
психолога с
нарушениями пищевого
поведения**

Формы профилактики расстройств пищевого поведения:

- ***Лекции по правильному питанию.*** К проведению лекций можно привлекать специалистов: медиков, диетологов, психологов. Возможная тематика лекций: о важности здорового питания, о полезности тех или иных продуктов, о вреде популярных, но неполезных продуктов и т.д.
- ***Организация игровой деятельности.*** Цель: показать важность некоторых продуктов питания, проработать некоторые моменты негативного отношения к еде.
- ***Организация вечеров здорового питания, конкурсы приготовления пищи.***
- ***Проведение анкет по питанию, статистика охвата горячим питанием.***

- **Использование рисуночных методов:** рисование продуктов питания богатых целым комплексом витаминов или продуктов питания богатых теми или иными витаминами. Можно разнообразить задания, например, нарисовать продукты здорового питания или вредные продукты, организовать дискуссию о том, почему они вредны и т.д.
- **Организация дискуссий и круглых столов.** Провоцируйте обсуждение самими подростками актуальных проблем питания, модные диеты.
- **Проектная работа на тему здорового питания,** внешнего образа.

2. Диагностика пищевого поведения

- Голландский опросник пищевого поведения DEBQ для выявления ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения.
- Опросник пищевого поведения (Grunert, 1989) для выявления ограничительного пищевого поведения.
- Диагностическая шкала нарушений питания - краткий опросник для выявления анорексии, булемии, компульсивного переедания.
- Опросник EAT-26 для измерения симптомов нарушений пищевого поведения.
- Анкета «Пищевое поведение» (Савинкова, 2005) – обобщенный вариант других опросников.

Требования к психологу, работающему с подростками, склонными к пищевым расстройствам поведения:

- Психолог должен быть эмпатийным, должен принимать все переживания, которые выдаются клиентом: «Я понимаю вас».
- Необходимо принимать агрессию, направленную на консультанта, работать с ним очень мягко, без конфронтации, чтобы у клиента выработалось доверие к психологу.

Особенности работы:

- Работать лицом к лицу, поскольку клиент, не видящий глаза консультанта и являющийся личностью с отсутствием структурированной «Я-концепции», может почувствовать тревогу из-за того, что его действия не принимаются психологом и подросток не находит у последнего подтверждения своей правоты и поддержки.
- Формировать у подростка с анорексией базовое доверие к окружающему миру, в т.ч. и к психологу. Заниматься коррекцией с первой встречи нельзя, поскольку клиент должен видеть, что его принимают, а доверие подчас складывается в течение 3 – 4 консультаций.
- Давать постоянное отражение переживаний подростка, особо уделяя внимание появлению у него признаков самостоятельности и ответственности за свое поведение

3. Групповая работа

4. Индивидуальная работа

Примерные этапы консультирования при расстройствах пищевого поведения

- 20 часов. Цель – сформировать представление о самих себе.
- 30 часов. Цель – формировать навыки поведения, учить снимать напряжение, работать с личными проблемами, коррекция образа тела.
- 20 –25 часов. Цель – научить умению существовать в одиночестве, умению отделяться от других, формирование идентичности личности.
- 10 – 16 часов. Цель – дать анализ тому, что получилось, что нет, завершить работу

Критерии краткосрочной терапии, предъявляемые к клиенту с расстройствами пищевого поведения:

- Хорошо структурированная система Эго
- Умение вербализовывать
- Развито умение рефлексировать
- Способность самостоятельно регрессировать и возвращаться
- Умение отслеживать переносы
- Способность самостоятельно работать вне терапевтической ситуации

Коррекционные программы при терапии нарушений пищевого поведения и алиментарного ожирения в основном решают следующие задачи:

1. Коррекция нарушений пищевого поведения и неадекватного образа жизни.
2. Коррекция «Образа Я».
3. Достижение объективности самооценки.
4. Реабилитация «Я» в собственных глазах и обретение уверенности в себе.
5. Коррекция системы ценностей, потребностей, их иерархии, приведение притязаний в соответствие с психофизическими возможностями.
6. Коррекция отношения к другим, увеличение способности к эмпатии и пониманию переживаний других.
7. Приобретение навыков равноправного общения, способности к предотвращению и разрешению межличностных конфликтов (И. Малкина- Пых).

Техники фокус-анализа возможных направлений интервью с подростками, имеющими пищевые расстройства поведения

Форма фокус-анализа	Цель	Примерные вопросы, описание метода
Фокус на клиенте	Позволяет определить отношение клиента к проблеме, активизирует внутренний ресурс личности, способствует саморефлексии	Вы уверены, что знаете, чего хотите лично Вы?
Фокус на другой личности	Позволяет определить отношение окружения клиента к проблеме, способствует пониманию социальных связей	Расскажите мне больше о Ваших друзьях, маме и т.д. (вообще о любом значимом для Вас сейчас человек. Как он относится к тому, что происходит с Вами?)
Культурно-контекстный фокус	В основе многих проблем наших клиентов лежат реальные истории их взаимодействия с социальной системой	А как принято вести себя в Вашем окружении?
Фокус на проблеме	Понимание клиентом причин возникших трудностей, снятие напряжения	Психолог не может сам исправить ситуацию - это дело клиента. Ваша задача как психолога - подтолкнуть людей на решение их проблем.
Фокус на общности	Развитие раппорта	Так называемый «Мы - фокус» . «Итак, чего же мы достигли?», «Мне нравится, как Вы действуете». Такое стремление к соучастию характерно для психологов гуманистического направления.

Аспекты процесса изменения образа тела:

1. Улучшение осознания: увеличение информации о себе и проблеме.

2. Переоценка себя: новая оценка себя в свете собственных проблем.

3. Самоосвобождение: выбор и выполнение действий или убеждений, связанных с изменением.

4. Контрбусловливание: альтернативное поведение, замещающее проблемное поведение.

5. Контроль стимулов: избегание или противодействие стимулам, которые активизируют проблемное поведение.

6. Подкрепляющее управление: вознаграждение (от самого себя или других) за перемены.

7. Помогающие взаимоотношения: открытость перед другими, обсуждение с ними своих проблем.

8. Психодраматическое освобождение: осознание и выражение чувств, относящихся к проблемам и решениям.

9. Переоценка окружения: оценка того, как проблема связана с физическим окружением.

10. Социальное освобождение: увеличение числа альтернатив проблемному поведению, допустимых в обществе.

Признаки развивающейся анорексии /для родителей/:

- ребёнок стал очень худым, хрупким или выглядит истощенным;
- заикливается на еде, продуктах питания и контроле веса;
- часто взвешивается (обычно по несколько раз в день);
- проявляет излишнюю щепетильность в отношении объёма порции;
- ест только определённые продукты, избегает молочных продуктов, мяса, мучного и т.д.;
- исступленно занимается физическими упражнениями;
- чувствует себя толстым, несмотря на нормальный вес или явную худобу;
- отказывается участвовать в мероприятиях и торжествах, связанных с застольями;
- находится в состоянии депрессии, испытывает вялость, часто мёрзнет, несмотря на теплую погоду или нормальную температуру в помещении.

Признаки развивающейся булимии /для родителей/:

- усиление страха увеличения веса;
- сильное недовольство размерами тела, формой и весом;
- постоянные посещения туалета сразу после еды;
- ест только диетическую пищу с низким содержанием жиров;
- регулярно покупает слабительные и мочегонные средства, пользуется клизмами;
- тратит много времени на упражнения (пытается сжечь калории);
- отказывается участвовать в мероприятиях и торжествах, связанных с застольями.