

Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

# Диагностика и коррекция пищевых зависимостей у подростков на примере булимии

---

Выполнила:  
Студентка ФКП  
клинической психологии  
5 курс 3 группа  
Султанова Ю.В.

# Одним из основных пищевых нарушений у подростков является булимия.

---

Пищевое расстройство, при котором человек регулярно испытывает приступы неконтролируемого обжорства, за которым следует осознанно вызванный рвотный рефлекс или другие виды компенсаторного поведения.

Как и в случае с нервной анорексией, больные проявляют аномальную озабоченность размерами своего тела и панически боятся растолстеть.

Булимия преимущественно является проблемой подросткового возраста и ранней зрелости. Чаще всего ею страдают девушки 15—25 лет (примерно в 90% случаев).

# По классификации МКБ-10 диагнозу «булимия» соответствуют:

---

- Регулярные приступы обжорства.
- Рецидивные и неадекватные виды компенсаторного поведения с целью предотвратить дальнейшее ожирение. Сюда относятся рвота, использование слабительных препаратов (очистительный тип булимии), а также чрезмерные физические нагрузки (неочистительный тип булимии).
- Приступы обжорства и компенсаторное поведение происходят в среднем дважды в неделю, в течение трех месяцев или более.
- Неоправданно большое влияние веса и формы тела на самооценку человека.
- Расстройство не является частью более широкой схемы поведения, характерной для анорексии.

# Причины возникновения булимии

---

В период пубертата анорексия может быть связана с **отрицанием полового созревания, взрослой сексуальности, собственной фертильности.**

Определяющее значение может иметь важность оральной стимуляции в соотношении с использованием анального сфинктера как средств получения наслаждения.

Во многих случаях анорексии-булимии сопутствует так называемая **алиментарная неофобия** - некоторые специалисты даже выделяют бедность рациона как **отдельный симптомокомплекс** последние годы.

Озабоченность весом может опираться на **нереалистичные внутренние идеалы** и навязанные масс-медиа критерии успешности (в т.ч. так называемый "синдром Барби").

Важное значение имеет **ощущение контроля над всеми телесными проявлениями.** Таким образом удовлетворяются требования, связанные с властью психически **интроецированных агрессивных образов.**

# Булемия, как защита

---

Обжорство обычно начинается с **невыносимого напряжения**.

И еда начинает представлять собой убежище, в которое можно спрятаться, чтобы не сталкиваться с трудностями, которые кажутся неразрешимыми. Таким образом, страдающие булимией подростки, боясь, что не сумеют справиться с собственными реакциями, учатся «распускаться» в отношении еды, и это становится своего рода **функциональной адаптацией к действительности, которую они воспринимают, как невозможную для управления**.

Он может испытывать раздражение, одиночество, ощущать внутри пустоту, чувствовать себя отстраненным от реальной жизни и бессильным подавить в себе страстное желание есть «запрещенную» пищу. Объедаясь, он понимает, что **не может остановиться**. Хотя само обжорство может быть приятным, в том смысле, что *это освобождает от невыносимого напряжения, но затем приходят ощущение вины, самообвинение и депрессия, а также страх прибавления в весе и страх быть пойманным на этом занятии*.

# Булемия и окружение

---

**Большинство** больных булимией внешне выглядят **нормальными** и здоровыми людьми, и окружающие могут не догадываться, насколько они взыскательны к себе и самокритичны, склонны к одиночеству и депрессии, насколько они подвержены частым сменам настроения и испытывают «хроническое» чувство вины и ненависти к самой себе. Их жизнь почти целиком сосредоточена на пище, собственной фигуре и необходимости скрывать свою «манию» от окружающих.

О булимии также могут свидетельствовать депрессия, плохой сон, мысли о самоубийстве, чрезмерное опасение потолстеть и лихорадочные закупки в продуктовых магазинах.

# Факторы риска

## □ Генетический-биологический фактор. Женский пол более подвержен риску булимии

Примерно у 20% девочек-подростков, по результатам оценок стандартизированных тестов, определяются те или иные нарушения пищевых предпочтений, что в конечном счете может послужить причиной возникновения расстройств пищевого поведения.

## □ Семейный фактор. Семейные установки и межличностные отношения в ней.

Измененное отношение к пищевым продуктам основывается не на реальном весе тела, а на субъективных ощущениях избыточности веса, поддерживается бытующими в семьях воззрениями в отношении полноты (в частности, мнением матери). Это позволяет говорить об изменении образа восприятия собственного тела как одном из факторов, подталкивающих подростков к аутодеструктивному поведению.

## □ Психологический и средовой факторы.

Истерические черты и низкая самооценка. «Ловушки», обусловленные, например, «современным» дрейфом общественного сознания и не сулящие, на первый взгляд, ничего опасного. Следствием такого рода «информационной обработки» является экспериментирование с диетами, что может начинаться уже с 8–10-летнего возраста.

# Информация по коррекционно-профилактической программе

---

База для коррекционно-профилактической работы (вторичная профилактика и коррекция) – учебно-образовательное учреждение (старшие классы).

Основной диагностической целью является выявления групп риска среди подростков.



# Проведение программы

---

Программа будет проводится с учениками старших классов 9-11.

Программа рассчитана на проведение в течение всего учебного года с частотой встреч 1-2 раза в неделю.

Программа направлена как на взаимодействие с подростками, так и с их ближайшими родственниками(опекунами, родителями)

# Диагностический блок

---

Цель :

выявление подростков «группы риска», склонных к развитию булимии, сопровождение таких подростков и их семей с целью предупреждения развития анорексии.

Задачи:

- Выявление индивидуально-психологических особенностей, способствующих развитию пищевых расстройств.
- Выявление подростков «группы риска» для оказания незамедлительной помощи (+направление к лечащему врачу на сдачу лабораторных анализов и последующего медсопровождения, постановки)
- Диагностическая работа с семьей подростка

# Методы диагностики

---

*Клиническое интервью ( с подростками, отнесенными к группе риска и их родителями)*

Методики для определения «группы риска» :

- Патохарактерологический диагностический опросник
- Шкала тревоги Спилбергера
- Методика измерения самооценки Дембо-Рубинштейна для подростков и юношей
- Опросник профессиональных предпочтений Дж. Холланда

Методики диагностики семей «группы риска»:

- «Анализ семейных взаимоотношений»  
Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис (АСВ)
- Методика «Стратегии семейного воспитания»

# Коррекционно-профилактический блок

---

Цель – предотвращение развития пищевых нарушений у подростков

Задачи работы включают в себя:

1) Терапию соматических осложнений; 2) повышение мотивации у подростков и их семей, по взаимодействию в процессах восстановления здоровых паттернов пищевого поведения и участию в лечении; 3) обеспечение информацией, касающейся здорового питания и паттернов питания; 4) коррекцию базовых мыслей, установок и чувств, касающихся расстройств пищевого поведения; 5) лечение сопутствующих психических расстройств, включающих эмоциональные расстройства, самооценку и поведение; 6) необходимость заручиться поддержкой семьи и обеспечить подходящее семейное консультирование

# Индивидуальная работа с подростком

---

- Начальный этап – установление контакта, доверительных отношений с подростком. Здесь необходимо использовать техники поддержки, активное слушание.
- Второй этап – выявление иррациональных установок, интроектов, их анализ, выведение на сознательный уровень.
- Третий этап – формирование новых паттернов поведения в ситуациях, подрывающих самооценку.

# Лечение и основные принципы работы

---

Традиционным западным подходом в лечении булимии считается **трехсторонний подход.**

Он включает в себя :

- 1. психотерапию,**
- 2. индивидуальный стиль питания (диета),**
- 3. сеансы посвященные работе с телом и эмоциями (акватерапия, арттерапия, психодрама, танцевальная терапия, гештальттерапия и т.д.).**

Причем обязательными являются только первые 10 личных сеансов психотерапии. Это связано с тем, что крайне часто после нескольких сеансов – одного, двух, пяти – зависимые чувствуют резкое облегчение, эмоциональный подъем, уверенность в себе, им кажется, что все прошло, что их болезнь излечилась, их страданиям пришел конец, и они **прерывают встречи**. Но зачастую такой эффект дает сама по себе встреча со специалистом – возможность выговориться, поделиться, а так же личность специалиста, заряжающая оптимизмом, придающая сил и уверенности. **Цикл из 10 сеансов** дает возможность увидеть, что мнимое выздоровление – это лишь временный эффект, что эту болезнь не так-то просто вылечить, что требуются колоссальные усилия самого клиента, а также время и терпение.

Со своим психотерапевтом обсуждают подключение дополнительных специалистов. Можно добавить к лечению посещение сеансов групповой терапии, групповые (как правило) сеансы для родителей и близких родственников зависимого. Ритм посещений сеансов, их количество – все зависит от желания и возможностей каждого отдельного клиента.

**Третий этап – это психотерапия**, растягивающаяся на годы. Этот этап более глубокой работы, оговаривается отдельным **психотерапевтическим контрактом**. Одновременно это является и подстраховкой на случай возвращения болезни. В случаях срыва интенсивность сеансов может возрастать. Однако, это уже не то, первоначальное, возвращение в болезнь.

**Подростки, страдающие булимией, в реальности ведут сражение на два фронта - противостоят разрушительным последствиям расстройств питания и борются с такой хронической формой депрессии как дистимия.**

Постоянное беспокойство, напряженность, пониженное настроение, которые сопровождают дистимию - это все те факторы, которые провоцируют расстройства питания. По сравнению с основной формой депрессии, дистимия более «мягкая», даже если не лечится. Но в отличие от депрессии дистимия не ослабевает со временем и может длиться десятилетиями. Средняя длительность дистимии более 10 лет. Постоянное негативное восприятие себя - это общая черта, которая связывает дистимию и булимию!



# Особенности работы с семьей

---

Семейная психотерапия с подростками и родителями «группы риска» нацелена на:

- Формирование доверительных отношений между родителями и детьми (работа с семьей в целом или с семейной подсистемой родитель-ребенок) (арт-терапия, гештальт-терапия, психодрама)
- Формирование адекватного уровня притязаний у родителей к ребенку (работа с родительской подсистемой) (гештальт-терапия)

# Ожидаемые результаты работы:

---

**Повышение мотивации и создание благоприятного эмоционального фона, настрой на борьбу со своим нарушением у подростка** ( поскольку лечение булимии принесет желаемый эффект лишь тогда, когда сам человек признает существование данной проблемы. Когда будет внутреннее желание поменять создавшуюся ситуацию).

Снижение уровня личностной тревожности подростков

Повышение уровня самооценки

Адекватный уровень притязаний к себе и миру

Близкие эмоционально-доверительные отношения в семье

# Заключительный этап

---

Анализ и оценка проведенной работы (самоанализ, сбор результатов работы от подростков и их родителей)

Проведение диагностики для оценки эффективности работы