

Аптикиева Л.Р.

Оренбургский государственный университет, г. Оренбург, Россия

E-mail: aptikieva@inbox.ru

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РАБОТЫ С ПОДРОСТКАМИ С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Рост аддиктивного поведения в подростковой среде вызван рядом причин (экономическая, политическая, демографическая, социальная нестабильность). Одну из групп аддиктивного поведения составляют нарушения пищевого поведения подростков: нервная анорексия и булимия. Проблема расстройств пищевого поведения в подростковом возрасте приобретает всемирные масштабы, поскольку приводит к нарушению здоровья, летальному исходу, что вызывает необходимость её всестороннего изучения и поиск современных, эффективных методов работы в этом направлении, что является целью исследования.

Проведенное мною теоретическое исследование позволило выявить современные, эффективные методы работы с подростками с расстройствами пищевого поведения (групповая терапия, семейная, рациональная, поведенческая, гипноз); выделить факторы риска нарушения пищевого поведения подростков (генетические, семейные, биологические, возрастные, личностные, культурные, факторы стрессовых событий); рассмотреть виды пищевых аддикций у подростков (нервная анорексия и булимия).

Общей симптоматикой для подростков с пищевой аддикцией является дисморфомания; утрата восприятия чувства голода и насыщения; заниженная самооценка; снижение круга интересов; нарушение или утрата социальных связей; преобладание подавленного, депрессивного настроения; появление навязчивых мыслей на тему еды и калорий; понижение интереса к противоположному полу и сексуальной сфере. Видами пищевой аддикции у подростков являются: нервная анорексия и булимия – общим является озабоченность контролем веса своего тела, искажение его образа, изменение ценности питания в иерархии ценностей, формирование устойчивого рвотного рефлекса, раздражённость кишечника, нервозность. Отличие: анорексия приводит к серьезной потере веса; представляет собой полный отказ от еды (булимия – постоянное желание потреблять пищу); является смертельно опасной. Средством предупреждения аддикции является ранняя профилактика; эффективные методы работы: групповая терапия, семейная, рациональная, поведенческая, гипноз.

Ключевые слова: подростки, асоциальное поведение, расстройства пищевого поведения, анорексия, булимия, методы коррекции, реабилитация.

Для цитирования: Аптикиева, Л.Р. Современные методы работы с подростками с расстройствами пищевого поведения / Л.Р. Аптикиева // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2020. – №2(225). С. 6–11.

Aptikieva L.R.

Orenburg State University, Orenburg, Russia

E-mail: aptikieva@inbox.ru

MODERN METHODS OF WORKING WITH ADOLESCENTS WITH EATING DISORDERS

The growth of addictive behavior in the teenage environment is caused by a number of reasons (economic, political, demographic, social stability). One of the groups of addictive behavior is eating disorders of adolescents: anorexia nervosa and bulimia. The problem of eating disorders in adolescence is gaining worldwide scope because it leads to impaired health, death, which necessitates a comprehensive study of it and the search for modern, effective methods of work in this direction, which is the aim of the study.

My theoretical research allowed me to identify modern, effective methods of working with adolescents with eating disorders (group therapy, family, rational, behavioral, hypnosis); identify risk factors for eating disorders of adolescents (genetic, family, biological, age, personality, cultural, factors of stressful events); consider types of food addictions in adolescents (anorexia nervosa and bulimia).

A common symptom for adolescents with food addiction is dysmorphomania; loss of perception of hunger and satiety; low self-esteem; decrease in the circle of interests; violation or loss of social ties; the predominance of depressed, depressive mood; the appearance of obsessive thoughts on food and calories; decreased interest in the opposite sex and sexual sphere. Types of food addiction in adolescents are: anorexia nervosa and bulimia – a common concern is the control of one's body weight, a distortion of his image, a change in nutritional value in the hierarchy of values, the formation of a stable vomiting reflex, irritability of the intestines, and nervousness. Difference: anorexia leads to severe weight loss; represents a complete rejection of food (bulimia – a constant desire to consume food); is deadly. Prevention of addiction is early prevention; effective working methods: group therapy, family, rational, behavioral, hypnosis.

Key words: adolescents, antisocial behavior, eating disorders, anorexia, bulimia, correction methods, rehabilitation.

For citation: Aptikieva L.R. Modern methods of working with adolescents with eating disorders. *Vestnik Orenburgskogo gosudarstvennogo universiteta*, 2020, no. 2(225), pp. 6–11.

Тема асоциального поведения подростков не раз была упомянута в работах многих известных, как отечественных, так и зарубежных ученых.

Среди зарубежных ученых можно отметить таких как: Г. Беккер, Э. Дюркгейм, И. Гофман, Р. Мертон, Н. Смелзер, Э. Лемерт, А. Коэн, З. Фрейд, Ч. Ломброзо, У. Шелдон и др. В России понятие асоциального поведения рассматривается преимущественно такими учеными, как: Я. И. Гишинский, Ю. А. Клейберг, Л. Б. Шнейдер, В.И. Кудрявцев, И.С.Кон, Е. В. Змановская, А.Е. Личко, В.Д. Менделевич, С.А. Беличева и др. Как правило, в этих работах, выделяются: социальная и асоциальная направленности личности. В основе первой – лежит высокий уровень освоения ценностей и норм общества. Асоциальная направленность подразумевает их отрицание и подмену на ложные. Асоциальный тип направленности личности подростка в полной мере отражает негативные содержательные характеристики ценностно-мотивационной сферы (асоциальные установки, мотивы, убеждения и ценности).

Среди основных причин, по которым необходимо изучать асоциальное поведение подростков, можно выделить следующие. Во-первых, на сегодняшний день наблюдается постоянное и стабильное повышение уровня асоциального поведения среди подростков, что связано с нестабильной обстановкой в государстве и российском обществе (экономической, политической, демографической и социальной). Во-вторых, ввиду меняющейся, нестабильной обстановки в стране асоциальные проявления подростков выходят на новые уровни, видоизменяются и с масштабов «проступков» переходят в противоправное, делинквентное, преступное поведение. В-третьих, число подростков, злоупотребляющих алкогольными и наркотическими веществами, увеличивается и способствует ухудшению преступной среды в обществе. В-четвертых, возникает множество новых видов асоциального поведения, под влиянием СМИ, компьютерных игр, пропаганды сексуальной распушенности и феномена вседозволенности и безнаказанности в сети интернет.

Цель: выявить современные, эффективные методы работы с подростками с расстройствами пищевого поведения. Задачи: 1) выделить

факторы риска нарушения пищевого поведения подростков; 2) рассмотреть виды пищевых аддикций у подростков; 3) описать современные методы коррекции и реабилитации нарушений пищевого поведения у подростков.

Асоциальность является одной из ведущих составляющих личности, участвующей в формировании аддиктивного поведения, которое представляет собой один из типов девиантного, асоциального поведения, при котором формируется стремление к уходу от реальности путем искусственного изменения собственного психического состояния через прием некоторых веществ, или при помощи фиксации внимания на определенных видах деятельности с целью развития интенсивных эмоций.

Можно выделить несколько типов аддиктивного поведения: первую группу составляют: наркомания, алкоголизм, табакокурение, токсикомания; во вторую группу входят: компьютерная, сексуальная аддикция, азартные игры; третью составляют нарушения пищевого поведения: нервная анорексия и булимия; четвертая группа: сюда относится полное погружение в какой-либо определенный вид деятельности с последующим игнорированием приоритетных проблем и обязанностей.

Что касается понятия «пищевое поведение», то оно подразумевает ценностное отношение к еде, ориентацию на образ своего тела и деятельность по формированию своего тела, а также стереотип питания в обыденных условиях и в ситуациях стресса.

Общей симптоматикой для людей с пищевой аддикцией является: дисморфомания (или бредовая дисморфофобия – патологическая убежденность в наличии мнимого физического недостатка; преимущественно свойственная именно подростковому возрасту – касается лица, фигуры); утрата восприятия голода и насыщения; заниженная самооценка; снижение круга интересов; нарушение или утрата социальных связей; преобладание подавленного, депрессивного настроения; появление навязчивых мыслей на тему еды и калорий; понижение интереса к противоположному полу и сексуальной сфере.

На основе анализа соответствующей литературы, можно выделить семь основных факторов риска нарушения пищевого поведения:

Генетические факторы (в ходе проведения исследований, Марилловым В.В. были выявлены на первой хромосоме генетические локусы для смешанного показателя и на тринадцатой хромосоме для стремления к худобе).

Семейные факторы. Существует повышенный риск возникновения нарушения пищевого поведения у детей и подростков, чьи родители, родственники сталкивались с данной аддикцией. Исследования показали (Мариллов В.В.), что у 2-5% больных мать, а у 1% сестры или братья страдали аналогичным заболеванием.[4], [5]

Биологические факторы – причиной возникновения нарушения пищевого поведения может служить нарушение функции нейромедиаторов, которые регулируют пищевое поведение.

Личностные факторы. В эту группу факторов можно отнести перфекционистски – обсессивный тип личности, поскольку перфекционизм является отличительным признаком больных нервной анорексией. Также о риске появления нервной анорексии могут свидетельствовать низкая самооценка, неуверенность в себе, истерические черты характера и т. д.

Факторы стрессовых событий. Сюда относятся любые, значимые для личности психотравмирующие ситуации (утрата близкого человека, сексуальное, психологическое, физическое насилие).

Культурные факторы. Исследователями данного заболевания отмечено, что проживание в индустриально развитой стране, где худоба является главным критерием красоты, демонстрируемым СМИ, существенно влияет на появление данной аддикции..

Возрастные факторы. Подростковый возраст в онтогенезе определяется фундаментальными изменениями, которые происходят в самосознании человека и оказывают влияние на его развитие. Эти изменения связаны прежде всего с тем, что у подростка в обозначенный период формируется система социальных и моральных ценностей и система самооценочных суждений претерпевает трансформацию. Некоторые подростки не уверены в своем будущем и находят утешение в еде, которая позволяет им испытать чувство достижения поставленной цели. Например, при нервной анорексии подобным достижением выступает потеря веса.

Проблема расстройств пищевого поведения в подростковом возрасте приобретает всемирные масштабы, о чем свидетельствует тот факт, что в международной классификации болезней 10-го пересмотра также есть разделы, посвященные нарушению пищевого поведения. Разделы F50 – F59 – поведенческие синдромы, связанные с соматическими факторами и физиологическими нарушениями. Рубрика F50 – расстройства приема пищи содержит два синдрома: нервная булимия и анорексия. [6]

Что касается нервной булимии, то впервые о данном расстройстве заговорил Дж. Рассел в 70-х годах 20 в., описав её как «вариант, предшествующий нервной анорексии». Автор ввел в терминологию понятие «нервная булимия».

Булимия – это пищевое расстройство, которое проявляется в виде неконтролируемых приступов поглощения огромного количества пищи за короткий период времени. Чаще всего подобные переживания сопровождаются последующим вызыванием рвоты и очищением кишечника. Заболевание характеризуется невозможностью обходиться без пищи даже на короткий срок, а также озабоченностью контролем над весом своего тела. Симптомами нервной булимии являются следующие:

Соматические: заторможенность, увеличение/снижение массы тела, увеличение слюнных желез и т. д.

Невротические: чувство вины, тревожность, депрессия и т. д.

Последствия вызывания рвоты, признаки зависимости от слабительных препаратов.

Людей с булимией чаще всего отличает относительно нормальная масса тела. Булимия – это паттерн поведения, который может развиваться по разным схемам. Например, приступообразное поглощение большого количества еды (при данной схеме аппетит появляется неожиданно; человек ест не переставая); отсутствие чувства сытости (человек съедает большое количество пищи, не ощущая насыщения, сытости); ночное питание (приступ голода появляется преимущественно в ночное время).

Если говорить о влиянии семьи, то у детей и подростков переизбыток часто служит своеобразной защитой против страха быть покинутым и потерять контроль.

Нервная анорексия была впервые описана Р. Мортонем в 1689 году, автор назвал ее «нервной чахоткой». Позднее, У. Галл ввел в терминологию понятие «нервная анорексия». В отечественной науке впервые описал заболевание А.А. Кисель. [2]

Нервная анорексия – это расстройство, которое характеризуется искусственным преднамеренным снижением веса, вызываемым и поддерживаемым самим человеком. Чаще всего, проявляется в подростковом возрасте; подразумевает отказ от приема пищи; связан с неудовлетворенностью внешним видом, избыточной полнотой. В основе лежит дисморфоманический синдром (искаженное восприятие собственного тела, ложная интерпретация отношении окружающих к своему внешнему виду).

Коркина М.В. выделяет четыре основные стадии нервной анорексии:

Инициальная: человек недоволен полнотой своей фигуры; стремится к похуданию с целью подражания идеалу.

Активная коррекция: нарушения пищевого поведения становятся заметны для окружающих, индивид начинает прибегать к разным способам снижения веса (соблюдает строгие диеты, использует физические упражнения, принимает слабительные средства, прибегает к искусственному вызыванию рвоты).

Кахексия: появляются признаки дистрофии (снижение массы тела, сухость и бледность кожи и др.)

Редукция синдрома: по мере нарастания массы тела и улучшения физического состояния у человека снова обостряются переживания по поводу полноты, он вновь начинает ограничивать себя в еде [3].

Многие авторы рассматривают нервную анорексию как психосоматическое расстройство, возникающее в результате психотравмирующих факторов (личностные переживания, конфликты в семье, потеря близкого человека и т. д.); являющееся попыткой справиться с чувствами, эмоциями, поступками. Ощущение контроля (ложное) над собственным поведением вызывает чувство самоудовлетворения.

Семья подростка – анорексика внешне выглядит как гармоничная; при этом присутствует напряженность, гиперопека, ориентация на со-

циальный успех. Нарушение поведения в этом случае – протест против гиперопеки и навязчивого контроля.

Проведем краткий сравнительный анализ нервной анорексии и булимии: общим является озабоченность контролем веса своего тела, искажение его образа, изменение ценности питания в иерархии ценностей, формирование устойчивого рвотного рефлекса, раздражительность кишечника, нервозность. Анорексия: приводит к серьезной потере веса (в отличие от булимии); представляет собой полный отказ от еды (булимия – постоянное желание потреблять пищу); является смертельно опасной.

Рассмотрим современные методы коррекции и реабилитации заболеваний. Отметим, что разработка корректных и адекватных методов лечения и реабилитации подростков с нарушением пищевого поведения остается актуальной до настоящего времени.

Лечение подростковой булимии проходит в 2 этапа: 1) подростка приспособляют к нормальному потреблению пищи, постоянно наблюдая за процессом, предотвращая ситуации переедания, показывая альтернативные, эффективные способы борьбы со стрессом, не связанные с приемом пищи; 2) работа с сознанием – снижение ориентации на озабоченность собственным телом в иерархии ценностей. Положительный эффект отмечается при применении групповой терапии. Отметим, что лечение булимии – длительный процесс, требующий силы воли и терпения. При отсутствии лечения может привести к нервной анорексии с последующим смертельным исходом.

Что касается лечения подростковой анорексии – это более трудоемкий и длительный процесс, включает ряд этапов: 1) начальный, цель: возобновить нормальную жизнедеятельность организма, избавить подростка от кахексии с последующим набором веса; 2) с целью снятия напряжения и нервного возбуждения подростки принимают антидепрессанты и седативные средства; 3) разностороннее строгое наблюдение специалистов разных профилей. Прием пищи происходит в условиях соблюдения особой диеты (исключение тяжелой, преобладание жидкой формы). Когда организм подростка самопроизвольно отторгает пищу, проводится кормление через трубку. Многие

ученые указывают на необходимость помещения подростка в стационар, преимущественно на стадии кахексии, когда есть угроза жизни; главным правилом лечения называют изоляцию подростка от семьи.

Непосредственное психотерапевтическое воздействие на подростка –анорексика дополняется работой с семьей; целью которой является формирование правильного, адекватного отношения к подросткам-анорексикам и помощь при их реабилитации.

Среди современных методов работы об-суждается вопрос о целесообразности лечения сразу нескольких подростков – анорексиков. Правильный выбор тактики терапии может дать положительный лечебно-реабилитационный эффект, так как подростки будут являться друг для друга наглядным примером. Но, с другой стороны, это может усложнить процесс лечения, в случае если подростки – анорексика будут перенимать друг у друга способы коррекции своей внешности, своего тела. Так же могут возникать деструктивные конфликты между ними, если стороны не будут придерживаться нравственно этических норм, дискредитировать или унижать друг друга. В этом случае лечение будет неэффективным.

С целью коррекции модели пищевого поведения подростков рационально применять психотерапевтический подход; в котором наиболее эффективными признаны следующие методики: семейная психотерапия, рациональная, поведенческая, гипноз. Первая – помогает наладить внутрисемейные взаимоотношения; избежать конфликты; выплеснуть накопившийся негатив; при этом научив членов семьи адекватно справляться с возникающими конфликтными ситуациями. В ходе рациональной беседы раскрываются механизмы развития пищевого нарушения подростков, объясняется необходимость применяемых мер для изменения текущего состояния. Совместно с подростком разрабатывается план поведения, цели терапии, критерии успешного лечения, перспектива адаптации (социально-трудовой).

Е.В. Безисюк считает, что поведенческая терапия – наиболее подходящей метод лече-

ния нервной подростковой анорексии. Метод заключается в интегрированном воздействии на самого подростка. В ходе работы возникают следующие основные цели: 1) нормализация пищевого поведения подростка; 2) улучшение образа своего тела; 3) изменение своей самооценки; 4) улучшение взаимоотношений с членами семьи, прежде всего, с родителями. При эффективности лечения и наличии объективных признаков успеха у подростка – он получает положительное подкрепление; при отсутствии – перевод на постельный режим и изоляция от других. [1]

Методы гипноза и аутогенной тренировки также являются весьма эффективными методами при работе с подростковой анорексией. Суггестивная психотерапия рекомендуется подросткам с истерическими чертами характера; основная цель воздействия – преодоление неправильных жизненных установок подростка, снятие внутреннего напряжения и изменения поведения в целом.

Подводя итог вышесказанному, необходимо отметить, что важным средством предупреждения развития любых негативных процессов, приводящих к девиации, является ранняя профилактика, с помощью которой можно снять остроту существующей проблемы и повернуть социальный негативный процесс в более благоприятное русло и с наименьшими функциональными затратами. Необходима организация социокультурной деятельности подростка, альтернативной девиантному поведению. Например, активное вовлечение в физкультурно-оздоровительную деятельность, которая дает возможность активно противостоять распространению вредных привычек, способствовать здоровому образу жизни и является альтернативой девиантному поведению. Основной мерой предотвращения возникновения любых форм девиантных проявлений подростков является правильное воспитание в семье. При этом важно не ограничивать подростков в их действиях (например, запрещать социальные сети, доступ в интернет), а объяснять, почему то или иное увлечение не желательно.

04.12.2019

Список литературы

1. Безисюк, Е.В. Современные представления о нервной анорексии / Е.В. Безисюк, Е.Е. Филин // Медицинская помощь. – 2010. – 2. – С. 18–20.
2. Коркина, М.В. Диморфомания в подростковом и юношеском возрасте / М.В. Коркина. М.: Медицина, 1994. – 250 с.
3. Коркина, М.В. Нервная анорексия / М.В. Коркина, М.А. Цивильно, В.В. Марилов. – М., 1996. – 176 с.
4. Марилов, В.В. Динамика нервной анорексии в рамках пограничных состояний / В.В. Марилов // В кн.: Проблемы теоретич. и клин. мед. развивающихся стран. – М.: Академия, 2009. – С. 142.
5. Марилов, В.В. Роль психотерапии в комплексном лечении больных нервной анорексией / В.В. Марилов. – М.: Академия, 2010. – 220 с.
6. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. – Женева; СПб., 1998.

References:

1. Bezisyuk E.V. Modern views on anorexia nervosa / E.V. Bezisyuk, E.E. Eagle Owl // Medical Assistance. – 2010. – P.18-20.
2. Korkina M.V. Century Dymorphomania in adolescence and youth. M.: Medicine, 1994. – 250 p.
3. Korkina M.V., Civilno M.A., Marilov V.V. Anorexia Nervosa. – M., 1996. – 176 p.
4. Marilov V.V. The dynamics of anorexia nervosa in the framework of borderline conditions. – In the book: Theoretical problems. and wedge. honey. developing countries. – M.: Academy, 2009. – P. 142.
5. Marilov V.V. The role of psychotherapy in the complex treatment of patients with anorexia nervosa. – M.: Academy, 2010. – 220 p.
6. ICD-10. Classification of mental and behavioral disorders. – Geneva; SPb., 1998.

Сведения об авторе:

Аптикиева Ляйля Рахматулловна, доцент кафедры общей психологии и психологии личности
Оренбургского государственного университета, кандидат психологических наук, доцент
E-mail: aptikieva@inbox.ru

460018, Оренбург, пр-т Победы 13, ауд. 20715, тел. (3532) 37-25-75