



# **Программа психологического сопровождения подростков с нарушениями пищевого поведения**

Москва  
2015



Благотворительный фонд социальной помощи и поддержки  
имени Я. Корчака

**Программа психологического  
сопровождения подростков с нарушениями  
пищевого поведения**

Москва  
2015

**Составители: д.м.н. А.А. Портнова, О.В. Серебровская**

Методическая рекомендация предназначена для психологов и организаторов здравоохранения и образования.

© Благотворительный фонд помощи поддержки им. Януша Корчака

## Актуальность

Нарушения пищевого поведения у детей и подростков являются одной из актуальных проблем современности. Данные многочисленных эпидемиологических исследований, проводимых в первой декаде 21 века, свидетельствуют об ухудшении состояния психического здоровья подрастающего поколения, что обусловлено комплексом биологических, генетических и средовых факторов. Одной из основных систем мер предупреждения возникновения нарушений является первичная и вторичная профилактика, проводимая в государственном масштабе и направленная на своевременное выявление факторов риска их развития.

Опыт работы по поиску оптимальных моделей профилактики нарушений пищевого поведения у детей и подростков определил необходимость выдвижения на первый план изучения психологических механизмов формирования отношения ребенка к своему здоровью. Для понимания сущности здоровья особое значение имеют его субъективные психологические аспекты, которые раскрываются через «отношение к здоровью» (Р.А. Березовская), «внутреннюю картину здоровья» (В.А. Ананьев, И.И. Мамайчук, В.Е. Каган), «социальные представления о здоровье» (О.С. Васильева и др.), «индивидуальную концепцию здоровья» (Д. Сиерес, В. Гавидия).

За последние десятилетия внутренняя картина болезни (ВКБ) и типы отношения к болезни активно изучаются при различных заболеваниях (соматических, психических, неврологических), а ВКБ рассматривается как мишень для психотерапевтических воздействий (А.Б. Смулевич и др., 2005). Психологическая коррекция ВКБ в одних случаях направлена на устранение или смягчение гипертрофированных эмоциональных реакций пациента на реальную или мнимую болезнь (работа на эмоциональном уровне), в других — на исправление искаженных представлений пациента о болезни, на изменение его отношения к заболеванию и лечению (работа на когнитивном уровне); в третьих случаях — на

коррекцию его поведения и повышение активности в процессе лечения (работа на поведенческом уровне).

В процессе научного осмысления ВКБ было признано то, что ее составной частью является «внутренняя картина здоровья», служащая своеобразным внутренним эталоном здорового человека (В.М. Смирнов, Т.Н. Резникова, 1983). Этот эталон обычно является сложным, включающим разные элементы в виде образных представлений и логических обобщений. Подростки с нервной анорексией, отказывающиеся от еды, как правило, являются жертвами своих собственных идей: малая масса тела — здоровее, чем большая; аскетизм обостряет умственные способности; физическую слабость следует преодолевать закалкой; растительные слабительные средства не являются настоящими слабительными и т.п. (Genlinghoff и Backmund, 1989).

Внутренняя картина здоровья — личностное, представленное в сознании образование, которое содержит представления о собственном здоровье, отношении индивида к нему, осознание ценности здоровья и стремление к его усовершенствованию, что проявляется в индивидуальном стиле поведения (Г.В. Кукуруза, Е.Э. Беляева, С.М. Цилюрик, Е.А. Кириллова, 2007).

В научной литературе фрагментарно представлены исследования зарубежных и отечественных ученых относительно изучения внутренней картины здоровья, практически не затронуты вопросы психологических особенностей внутренней картины здоровья подростков, несмотря на то, что в подростковом возрасте внутренняя картина здоровья является одним из главных показателей формирования здоровьесберегающего поведения (Е.А. Кириллова, Е.Э. Беляева, 2011)

Проективный подход используется как приоритетный как на диагностическом, так и на коррекционном этапах, поскольку он относится к числу наиболее чувствительных в исследовании неосознанных аспектов поведения (Г. Линдсей) и аспектов личности (А. Анастази), и используется в клинической психологии в ходе исследования сложных для объективизации аспектов (Л. Бурлачук).

В последнее время в комплексе реабилитационных мероприятий при психических и соматических расстройствах активно используется модель клинической системной арт-терапии А.И. Копытина (2010, 2011). Арт-терапия постепенно оформляется в отдельное направление — медицинскую арт-терапию (Л. Хаген, 2008; Malchiodi С., 1999a). Ее развитие сталкивается с рядом проблем, связанных со сложной природой

заболеваний, важной ролью собственно биологических механизмов, личностных особенностей больных, их защитными механизмами, определяющими недостаточную лечебную мотивацию (Б.Д. Карвасарский, 2000). Использование медицинской арт-терапии требует разработки и исследования специализированных видов арт-терапевтических воздействий в комплексе психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий, осуществляемых в рамках полипрофессионального сопровождения пациентов с нервной анорексией. О больших возможностях арт-терапии при работе с соматически и психосоматически больными детьми свидетельствуют работы Р. Гудман (2000), Malchiodi (1999b), Sourkes (1991), С Walker. (1989), А.И. Копытина и Б. Корт (2011), однако число публикаций, отражающих результаты проведения с ними арт-терапевтической работы, ограничено. Эффекты арт-терапевтического воздействия на пациентов детского и подросткового возраста, страдающих нервной анорексией, не изучались.

Проводя арт-терапию с детьми и подростками с повышенным весом, М. Розаль, Л. Турнер-Шиклер и Д. Юрт (2006) обратили внимание на характерные для многих из них когнитивные искажения, связанные с неадекватным восприятием своей внешности (дети считали, что имеют сниженный или нормальный вес). Данные искажения, с одной стороны, носили защитный характер и способствовали поддержанию самооценки, а с другой стороны — мешали эффективному использованию диетических программ. Использование арт-терапевтических техник при работе с детьми с избыточным весом способствовало повышению самооценки, оказанию взаимной эмоциональной поддержки в группе, пониманию своего тела (М. Розаль, Л. Турнер-Шиклер, Д. Юрт, 2006).

И.М. Никольская (2005) рассматривает рисование в качестве эффективной и преимущественно эмоциональной копинг-стратегии, используемой многими детьми.

Арт-терапия затрагивает сложный континуум экспрессивных терапий, включающий несколько уровней экспрессии: кинестетический-сенсорный, перцептивный-аффективный и когнитивный-символический. Они связаны с определенными структурами и функциями мозга, участвующими в переработке различной информации (сенсорной, эмоциональной, понятийной, символической) и могут быть в разной степени активизированы, в зависимости от конкретных видов арт-терапевтической работы (Lusebrink, 2010; А.И. Копытин, 2010, 2011).

## Формула метода

**Цель исследования:** создание программы психологического сопровождения детей и подростков с нарушениями пищевого поведения, которая может быть интегрирована в работу психологов учреждений здравоохранения и образования.

Для достижения поставленной цели системный подход к разработке методических основ психологического сопровождения. Применялись следующие методы: анализ и систематизация данных медицинской документации, наблюдение, экспертный метод. Теоретико-методологической основой программы выступили: биопсихосоциальная модель развития и лечения заболеваний, психологическая концепция внутренней картины болезни и внутренней картины здоровья, проективный подход, а также модель клинической системной арт-терапии.

В рамках разработки программы психологического сопровождения детей и подростков с нарушениями пищевого поведения (в первую очередь — с нервной анорексией) была создана рабочая программа, в основу которой было положено представление о том, что при нервной анорексии происходит искажение внутренней картины здоровья, что выводит работу по ее коррекции на первый план. Кроме того, учитывалось, что дети и подростки с нервной анорексией характеризуются соматическим неблагополучием, сопровождающим потерю веса, и, как правило, формальностью установки на лечение.

При разработке общей концепции и подборе конкретных методик принимались во внимание следующие **основные положения**:

1. нервная анорексия является заболеванием, которое негативно влияет не только на физическое и психическое состояние ребенка, но и на систему его отношений и качество жизни, что обуславливает необходимость осуществления психологической помощи в максимально ранние сроки;

2. дети и подростки с нервной анорексией склонны к диссимуляции и установочному поведению, что должно учитываться при подборе психодиагностических методик;

3. нарушения пищевого поведения негативно отражаются на разных сферах жизнедеятельности ребенка, что требует использования комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий, включая психосоциальную поддержку на всех этапах оказания помощи.



Программа состоит из нескольких блоков, рассчитанных на решение разных задач на основе преемственности и согласованности общего плана работы.

Содержание и задачи в рамках каждого направления могут уточняться в зависимости от индивидуальных характеристик подростка, однако условие соблюдения согласованности воздействий в рамках различных видов психологической работы является обязательным.

Наиболее важным предметом начальной и промежуточной диагностики должны являться:

1. система отношений подростка к своему здоровью (ВКЗ), осуществляемой помощи, значимой деятельности (учебной, досуговой), семье, друзьям и другим факторам психологической поддержки — «Цветовой тест отношений Эткинда», опросник «Отношение к здоровью (Р.А. Березовская);

2. актуальные психические состояния подростка (психическая активация, интерес, эмоциональный тонус, напряженность, комфортность) и эмоциональные переживания, их интенсивность и частота проявления, являющиеся чувствительным индикатором изменений в психологическом состоянии пациента и показателем его готовности к активному участию в терапевтическом процессе — методика Н.А. Курганского и Т.А. Немчинова, методика «Дифференциальные шкалы эмоций» (К. Изард).

## Этапы программы

Программа психологического сопровождения включает 4 этапа: адаптационный, диагностический, коррекционный, заключительный.

В рамках **первого (адаптационного) этапа** психологическое воздействие преимущественно направлено на решение тактических задач: адаптацию к условиям отделения (если помощь оказывается в стационарных условиях), эмоциональную поддержку и стабилизацию, повышение мотивации к получению психологической поддержки. Кроме этого, проводится исследование актуальных психических состояний пациента (психическая активация, интерес, эмоциональный тонус, напряженность, комфортность) и эмоциональных переживаний, их интенсивности и частоты проявления в начале психологической работы, а также осуществляется первичный анализ системы отношений подростка к своему здоровью (ВКЗ).

В качестве приоритетных используются проективные методики и короткие опросники.

Диагностика особенностей пищевого поведения, сформированности образа тела на первом этапе представляется неоправданной в силу выраженности установочного поведения и очевидности проблем.

Работа проводится в индивидуальной форме.

Продолжительность занятий определяется соматическим состоянием подростка и, как правило, не превышает 20-30 минут (одна сессия). Рекомендуется проведение нескольких психокоррекционных сессий в течение дня с участием разных специалистов.

На **втором (диагностическом) этапе** проводится углубленное психологическое исследование, направленное на изучение особенностей личности, эмоционально-волевой и мотивационно-потребностной сфер, а также высших психических функций подростка. Одновременно проводится диагностика вызванных когнитивных потенциалов (при наличии организационных возможностей для проведения подобной диагностики).

Используется соответствующая возрасту батарея психодиагностических методик, а также опросник «Отношение к здоровью» Р.А. Березовской.

Работа проводится в индивидуальной форме.

Продолжительность обследования определяется соматическим состоянием подростка и, как правило, не превышает 30-40 минут.

На **третьем (коррекционном) этапе** осуществляется многоплановое психокоррекционное и психотерапевтическое воздействие на уровне актуального и базового конфликтов (с обязательным началом работы с актуального уровня). Актуальный конфликт отражает текущие переживания подростка, которые непосредственно обуславливают эмоциональное состояние. Как правило, он возникает при столкновении с меняющимися условиями реальной жизни. Базовый конфликт отражает личностную структуру во всем многообразии ее черт и особенностей; часто он не выступает на поверхность, не осознается самим подростком.

Работа строится с соблюдением принципов поэтапности и преемственности: вмешательство в психическую реальность подростка осуществляется постепенно, а задачи, решаемые в рамках конкретных направлений психологической помощи (рациональная, когнитивно-поведенческая, арт-терапия, семейная психотерапия, метод биологической обратной связи), являются едиными и согласованными на каждой сту-

пени работы. Содержательная сторона психокоррекционного процесса должна опираться на логическую последовательность работы, разработанной в рамках позитивной психотерапии.

**На уровне актуального конфликта выделяются 3 ступени:**

### ***1 ступень***

Диагностическое наблюдение за поведением и состоянием подростка (проводится повторное исследование актуальных психических состояний: психическая активация, интерес, эмоциональный тонус, напряженность, комфортность) и эмоциональных переживаний, их интенсивности и частоты проявления. Их динамические изменения являются индикатором готовности подростка к активному вовлечению в основную фазу психокоррекционного процесса. На 1 ступени происходит знакомство с психотерапевтическими техниками (в том числе — с терапевтическим ресурсом мультисенсорной среды и методом биологической обратной связи — БОС) и их постепенное освоение. Работа в Сенсорной комнате предполагает ознакомление и овладение элементами релаксации с поэтапным введением сенсорной стимуляции (не более двух стимулов к концу 1 ступени).

Занятия проводятся в индивидуальной форме.

Продолжительность и периодичность занятий определяются соматическим состоянием. Как правило, продолжительность одного занятия составляет 30 минут при проведении с частотой 2 раза в неделю (по каждому виду психологической работы). Значительная часть занятий организуется в Сенсорной комнате с объединением арт-терапевтических техник с терапевтическим ресурсом мультисенсорной среды. Продолжительность занятия в Сенсорной комнате — до 30 минут.

### ***2 ступень***

Выявление актуальных конфликтов, микротравм, моделей подражания. На 2 ступени осуществляется проработка психотравмирующих ситуаций, актуальных для подростка, отработка мыслей, чувств и действий в символической форме и в рамках когнитивно-поведенческой модели. Одной из ведущих задач психологической работы становится снижение ситуационной тревожности, которая возникает при нервной анорексии при появлении тенденции к увеличению веса. Работа в Сенсорной комнате предполагает овладение навыками релаксации, которые закрепляются в ходе использования метода БОС. Количество сенсорных стимулов не превышает четырех; к концу 2 ступени подростка начинают обучать элементам аутотренинга (расширенная формула покоя).

Обсуждение нарушений пищевого поведения допускается в символической форме (рисуночные, песочные техники) как неосновная часть психологической работы.

Занятия проводятся в индивидуальной форме.

Продолжительность и периодичность занятий определяются соматическим состоянием. Как правило, продолжительность одного занятия составляет 30 минут при проведении с частотой 2-3 раза в неделю (по каждому виду психологической работы). Арт-терапевтические техники могут использоваться отдельно и/или в сочетании с терапевтическим ресурсом мультисенсорной среды. Продолжительность занятия в Сенсорной комнате — до 40 минут.

### **3 ступень**

Выявление позитивных событий и позитивных (малоконфликтных) сфер жизни подростка. На уровне 3 ступени начинается работа, которая затрагивает вопросы телесной идентичности, восприятия собственного тела и иные проблемы, непосредственно явившиеся причиной госпитализации. Средствами арт-терапии расширяется осознание содержания внутреннего конфликта таким образом, чтобы стал возможным постепенный переход к работе с базовым конфликтом. На этой ступени работа в Сенсорной комнате включает выполнение специальных упражнений, а в рамках метода БОС предполагается проведение SMI-тренинга.

Занятия проводятся в индивидуальной и в подгрупповой форме. Группа имеет открытый характер.

Как правило, продолжительность одного занятия составляет 30 минут при проведении с частотой 2-3 раза в неделю (по каждому виду психологической работы). Арт-терапевтические техники могут использоваться отдельно и/или в сочетании с терапевтическим ресурсом мультисенсорной среды. Продолжительность занятия в Сенсорной комнате — 40 минут.

3 ступень является переходной с уровня актуального конфликта на уровень базового конфликта (примерно соответствует 9 психокоррекционной сессии).

На уровне этой ступени проводится *промежуточная диагностика*, результаты которой являются показателем готовности подростка к переходу на уровень базового конфликта (повторно исследуются актуальные психические состояния — психическая активация, интерес, эмоциональный тонус, напряженность, комфортность — и эмоциональные переживания, их интенсивность и частота проявления в данный момент)

## **На уровне базового конфликта выделяются 3 ступени:**

### ***4 ступень***

Формирование способности вербализовать свои потребности, эмоции, чувства. Начиная с 4 ступени, работа сосредотачивается на формировании адекватной схемы и реального образа тела, десенсибилизации страхов, выявленных на предыдущей ступени работы, с постепенным переходом к осознанию собственных потребностей (актуальных и базовых).

Занятия проводятся в индивидуальной форме.

Как правило, продолжительность одного занятия составляет 40 минут при проведении с частотой 2 раза в неделю (по каждому виду психологической работы). Арт-терапевтические техники могут использоваться отдельно и/или в сочетании с терапевтическим ресурсом мультисенсорной среды. Продолжительность занятия в Сенсорной комнате — 40 минут.

### ***5 ступень***

Расширение системы жизненных целей, укрепление (или формирование) доверия к миру, развитие более продуктивных отношений с миром. На 5 ступени приоритетными становятся такие задачи как коррекция неадекватных эмоциональных, когнитивных и поведенческих стереотипов, достижение понимания блокираторов потребностей. В Сенсорной комнате к используемым ранее стимулам присоединяется музыкотерапия. В рамках использования метода БОС проводится работа с альфа-ритмом при самостоятельном контроле мышечного напряжения.

Занятия проводятся преимущественно в индивидуальной форме, однако по возможности используется групповая форма работы.

Как правило, продолжительность одного занятия составляет 50 минут при проведении с частотой 2-3 раза в неделю (по каждому виду психологической работы). Арт-терапевтические техники могут использоваться отдельно и/или в сочетании с терапевтическим ресурсом мультисенсорной среды. Продолжительность занятия в Сенсорной комнате — 45 минут.

### ***6 ступень***

Поиск альтернативных способов достижения целей. Психологическая работа сосредотачивается на развитии более адаптивных моделей поведения, в том числе, обеспечивающих поддержание хорошего физического состояния и профилактику рецидива. В Сенсорной комнате к используемым ранее стимулам и музыкотерапии присоединяется аро-

матерапия. В рамках использования метода БОС проводится работа с альфа-ритмом при самостоятельном контроле мышечного напряжения (курс — 10 занятий).

Занятия проводятся в индивидуальной форме и групповой формах. Группа имеет открытый характер.

Как правило, продолжительность одного занятия составляет 60 минут при проведении с частотой 3 раза в неделю (по каждому виду психологической работы). Продолжительность занятия в Сенсорной комнате — 45 минут.

На **четвертом (заключительном этапе)** проводится обобщение результатов работы и осуществляется динамическое исследование с помощью батареи психодиагностических методик. Обязательно организуется контрольная диагностика: исследуются актуальные психические состояния подростка — психическая активация, интерес, эмоциональный тонус, напряженность, комфортность — и эмоциональные переживания, их интенсивность и частота проявления на момент выписки из стационара. Одним из ведущих критериев оценки изменений является динамика внутренней картины здоровья.

**Ожидаемые результаты:** работа по коррекции ВКЗ подростков с нарушениями пищевого поведения (в первую очередь — с нервной анорексией) должна способствовать эмоциональной стабилизации, повышать степень личной ответственности пациента за состояние своего здоровья.

При согласованном решении психологических задач и при условии раннего начала психокоррекционной работы в рамках программы могут решаться задачи поддержки и генерализации психологических изменений, достижения психосоциальной адаптации и улучшения качества жизни.



