

Проектная форма работы с признаками расстройств пищевого поведения ограничительного типа

Шарилова Полина Александровна

Студент (специалист)

Сургутский государственный педагогический университет, Сургут, Россия

E-mail: H89611222448@yandex.ru

В период сформировавшегося синдрома нервной анорексии дефицит массы тела при выраженной кахексии составляет 30—50 % и более от массы тела до заболевания. В динамике типичного синдрома нервной анорексии условно можно выделить 4 этапа:

1) Первичный, инициальный

Характеризуется идеями физического недостатка и недовольством собственной внешностью, это также можно назвать синдромом «дисморфомании — дисморфофобии». Этому сопутствуют мысли о необходимости исправления своих изъянов, которые ведут к периодически возникающему ограничительному поведению приема пищи. Особенностью этого синдрома при нервной анорексии является относительно меньшая выраженность идей и депрессии при особенно интенсивной деятельности по «исправлению физического недостатка»;

2) Аноректический;

Свойственно активное стремление к коррекции внешности, условно заканчивается похуданием на 20-50 % от исходной массы с развитием множественных соматоэндокринных осложнений. Наиболее часто используемые способы похудения: изнуряющая физическая нагрузка, активные занятия спортом, ограничение количества пищи, прием слабительных и мочегонных средств, препаратов, снижающих аппетит, использование клизм, искусственно вызываемой рвоты. Свойственны: боязнь пациента поправиться, эмоциональная неустойчивость, ипохондрические переживания, заострение черт характера и др.

3) Кахектический;

Наступает через 1,5-2 года, характеризуется соматоэндокринными нарушениями. Преимущественно расстраиваются функции: ЦНС, сердечно-сосудистой, костно-мышечной, репродуктивной и эндокринной систем, системы крови, ЖКТ и мочеполовой систем.

В период выраженной кахексии больные полностью утрачивают критическое отношение к своему состоянию и по-прежнему продолжают упорно отказываться от еды. Нарастают дисморфофобические идеи.

При благополучной динамике состояния носят обратимый характер. Выраженные нарушения функций внутренних органов представляют серьезную угрозу для жизни пациентов.

4) Этап редукции нервной анорексии.

Увеличение массы тела в процессе лечения может вызвать попытки повторной ограничительной стратегии из — за вновь актуализировавшихся дисморфофобных проявлений страха полноты. Это может спровоцировать у большей части пациентов возобновление расстройств пищевого поведения.

Принята биопсихосоциальная модель нервной анорексии, как, впрочем, и большинства расстройств. Она имеет большое преимущество, так как учитывает большинство влияющих на генез факторов. Состоит из трех компонентов:

1) Биологические (наследственная предрасположенность; тип телосложения и жиросложения и т. д. и т. п.);

2) Психологические (негативное влияние семьи и внутренние конфликты);

3) Социальные (влияние общества) факторы.

Так как мы не можем влиять на биологические и социальные аспекты напрямую, то больше всего нас интересуют психологические факторы, в которые мы также включили: семью, личностные особенности, Я — концепцию (вместе со схемой тела и образом тела).

Я — концепция — высшее, сложнейшее интегрированное и динамическое образование в духовном мире человека, регулирующее психическую жизнь; систему представлений о себе, внутреннее ядро личности.

Образ тела представляет собой комплекс установок, оценок и представлений, связанных с телом; чувственный образ, ментальный эквивалент тела. Он динамичен и субъективен, так как формируется в следствие активной деятельности субъекта. Однако, стоит также отметить двойственность этого процесса: социум представляет модели, эталоны, стереотипы телесности, а человек их «индивидуально» внутренне перерабатывает, получая на выходе свою телесность, своё физическое Я.

В некоторых случаях может развиваться синдром дисморфомании — дисморфофобии, характеризующийся бредом физического недостатка и острым желанием его исправить, что является одним из факторов развития нервной анорексии. На уровне социального индивида формируются социальные идентичности: представление о своем поле, социальной роли, национальности и т. д. Все эти феномены можно отнести к группе «принадлежность к какой — либо общности».

На уровне личности — знание о себе, чувство собственной уникальности и т. д. Некоторые исследователи также включают в личностный аспект экзистенциальный, материальный, умственный, эмоциональный и другие компоненты, относящиеся к личностной сфере человека.

Таким образом можно сказать, что в генезе нервной анорексии играют роль все аспекты Я — концепции и их нарушения.

Развитийная форма проектной деятельности имеет преимущество перед психотерапией, так как ставит задачи на развитие: она не работает с симптомом и причиной, она позволяет через новообразования достроить личностные структуры так, что симптом будет не нужен. В нашем видении представляется целесообразным взять скульптуру как вид деятельности.

Нашим продуктом будет выступать ряд работ, объединенных одной темой — «Скульптура сквозь эпохи», в которой будут раскрываться телесные эталоны прошлого, а также будет создан здоровый телесный эталон настоящего, который будет являться центральной композицией.

Источники и литература

- 1) Горчакова, Н. М. Образ тела при нервной анорексии // Психология телесности: теоретические и практические исследования, 2011, С. 6–8.
- 2) Коркина, М. В., Цивилько М. А, Марилов В. В. Нервная анорексия , М., 1986.
- 3) Малкина-Пых, И. Г., Терапия пищевого поведения: справочник практического психолога, М., 2007.
- 4) Синчурина, М. Г. Структура Я — концепции: интеграция представлений // Сибирский педагогический журнал, 2012, С. 115 – 119.
- 5) Скугаревский, О. А. Нарушения пищевого поведения: монография, Минск, 2007.
- 6) Шестакова, К. Д. Исследование факторов риска и возможности предотвращения тяжелых случаев анорексии как формы расстройства пищевого поведения // Молодой ученый, 2022, С. 148-150.