**Психолого-педагогические условия формирования тела девушек**

**со склонностью к анорексии**

***Котчина Олеся Омаковна***

 Снижение массы тела является одним из самых серьезных психических расстройств у молодежи, где процент смертности один из самых высоких среди всех других психических заболеваний. При этом чаще всего этим расстройством страдают в подростковом и юношеском возрасте, и чаще всего им страдают девушки, не достигшие совершеннолетнего возраста. Главная опасность этого заболевания заключается в том, что признаки начальной стадии анорексии родителями девочек легко могут быть спутаны с психологическими особенностями подросткового возраста. Поэтому проблема раннего выявления нарушений пищевого поведения является одной из актуальных в современном обществе [1].

 Потребность в еде является одной из главных биологических потребностей человека. Современные стандарты красоты требуют от девушек быть стройными и подтянутыми, а стройность, как ее принято понимать в настоящее время в современной культуре- это недостаток веса, который противоречит все канонам здоровья. Еда вместо пользы становится источником хронического стресса, депрессивных расстройств и угнетенного состояния.

Отказ от еды объясняется недовольством девочек своей внешностью. Основным показателем является неправильное восприятие себя, собственной фигуры и низкая самооценка.
 На современном этапе одной из актуальных проблем в области охраны и укрепления здоровья у молодежи, связанных с психолого-педагогической работой, является проблема анорексии. Это обусловлено тем, что с каждым годом возрастает тенденция на голодание среди молодежи или стереотипность мышления – мода на девушек с «модельным телом». Во всем мире принимаются меры для оказания психолого-педагогической помощи таким больным, начиная с подросткового возраста. В России также ведется работа по оказанию данного вида помощи, проводятся консультации в школах и больницах, куда уже подпадают больные с тяжелой степенью, где необходимо вмешательство уже не только психолого-педагогическое, но и медицинские.

 Лечение больных анорексией проводится, как правило в больницах или в специальных реабилитационных центрах, где оказывается психолого-педагогическая помощь и лечение.

Как правило, при лечении выяснятся, что познавательные и поведенческие схемы при нарушениях пищевого поведения, отчасти определяют и формируют картину личности, демонстрируя определенные способы реагирования в ситуациях.

На психолого-педагогических занятиях выясняется, что ситуация личностно опосредована, а поведение личности имеет ситуативные признаки. Практически любая социальная ситуация – ситуация оценивания, включающая в себя не только экспертизу способностей, но и внешности, а повышающиеся и становящиеся практически недостижимыми стандарты женской красоты приводят к развитию у женщин неуверенности и неудовлетворенности собой и своим внешним видом, телом. Таким образом, нарушения пищевого поведения и социальная тревога часто сопутствуют друг другу, составляя актуальную проблему в жизни современной девушки и женщины [2].

В современных условиях реабилитация больных анорексией переходит из медицинской проблемы в общую комплексную задачу, направленную на психолого-педагогическое вмешательство, которое нацелено на выяснение следующих причин, о том, что:

1. Голодание представляет собой эмоциональную попытку справиться с чувствами, импульсами и поступками или отвергнуть их. Больные часто рассматривают свой контроль аппетита, пищевого поведения и массы тела как показатель способности быть продуктивными и компетентными. Такая оценка контроля за своим поведением вызывает у пациентов извращенное чувство самоудовлетворения. Это кажущееся разрешение собственных сомнений в своих способностях и отказ больного от признания факта, что голодание мешает снова начать правильно питаться, препятствует возврату к нормальному питанию и здоровому образу жизни.
2. Не владея своим собственным телом, больные анорексией девушки чувствуют, что они не могут управлять своим поведением, потребностями и побуждениями. Они находятся под воздействием внешних сил и действуют так, как будто их тело и поведение - продукт влияния других людей, их действий.
3. Родители больных девушек внешне находятся в гармоничных отношениях, однако их обоюдные заблуждения в том, что каждый из них лучший, так как приносит наибольшие жертвы, приводят к тайному соперничеству. В то же время родители не обращают внимания на истинные потребности и эмоции больных, не замечают изменяющегося поведения у подростка. Каждый родитель пытается использовать ребенка для защиты своей позиции. Метаморфозы, возникающие в подростковом возрасте, представляют опасность полной потери управления своим телом. Чрезмерная же сосредоточенность больного на своей массе тела - попытка обуздания тревоги, связанной с этим, а ограничение приема пищи кажется хорошим средством удержания своего созревания под контролем. Эти больные, в основном не способные к агрессии, тем не менее, направляют ее против своих собственных тел. Свое пищевое поведение пациенты понимают как страх увеличения массы тела или избегание трудностей, которые появляются с началом полового созревания у подростков.

Многие проблемы и трудности всегда легче предупредить, чем потом преодолевать. Поэтому так важно своевременно проводить психолого-педагогическую профилактику нарушений пищевого поведения среди девушек. Здесь важно особенно не акцентировать излишнее внимание на вопросах стройности, тела, фигуры (девушки), цель – наоборот, расширить представления о женской привлекательности. В рамках проблемной дискуссии обсудить пресловутое соотношение внешней и внутренней красоты. Важно не создавать между ними контраст, демонстрируя преимущества именно внутренней красоты.

Именно наши личные особенности показывают нашу индивидуальность и неповторимость во всем внешнем. Это неотделимые части целого. Нужно показать важность обоих, гармоничность развития, дополнение одно другим, не акцентируя их внимание на каком-то одном аспекте. Психолого-педагогическая работа несет огромную терапевтическую эффективность, что связано с имеющимся страхом изменить свое поведение, страхом потери контроля (съеденный лишний кусочек может привести к субъективному ощущению не подконтрольности всего вокруг, к разрушению их планов).

Сторонники системного подхода при психолого-педагогическом лечении предполагают, что в симптомах нервной анорексии проявляются нарушения семейных взаимоотношений. Больного рассматривают как тайного семейного бунтаря, бросающего вызов патриархальности, коллективизму, самопожертвованию и нравственным традициям семьи городского индустриального общества.

Семьи больных анорексией характеризуются нарушением отношений между супругами, трудностями лидерства, отказами от коммуникаций, неправильным разрешением конфликтов, скрытыми альянсами или отвергнутыми коалициями между членами семьи, порицающими любые изменения и отличающимися крайней ригидностью. Типичными оказались 4 варианта взаимодействия членов таких семей:

1. больной - отторгнутый изгнанник;
2. выходит из-под ее контроля («он – больной»);
3. принимаемого;
4. отказ от ответственности за свои ошибки.

 В результате исследований психологов было выявлено, что в семьях девочек-подростков, имевших склонность к снижению массы тела, было характерно давление со стороны матери, влияние отца в таких семьях было снижено или вообще отсутствовало.
 Особенности психологических исследований больных анорексией в комплексной терапии.

Больные анорексией боятся взросления и принятия женской роли. При этом они не столько отказываются от женственности, сколько хотят соответствовать традиционному стереотипу женской роли, выражающемуся в стремлении к худощавости и в пассивной приспособленческой позиции к жизни. С одной стороны, они желают признания мужчин, а с другой, охвачены страхом перед ними. Озабоченность размерами своего тела отражает не уютность положения женского существа в современной культуре.

Управление массой тела используется как заместитель оперирования реальными событиями жизни, которые не удается контролировать. В руководимом мужчинами мире женщины унижены. Этот мир провоцирует их относиться к своим телам как оскверненным и не достойным.

Анорексия при таком взгляде может быть рассмотрена, как желание управлять собой и своей жизнью. Однако такое разрешение трудностей - проявление отчаянной ситуации, оно разрушительно и стремится заместить самоконтроль эффективным контролем окружающего мира. Важность физической привлекательности, стройной фигуры в современном обществе несомненна.

Больные анорексией в предшествующем периоде отличаются высоким интеллектом, разносторонними интересами, они - активные, волевые, организованные, с высоким чувством долга и ответственности личности. Эти девушки рассудочны, склонны к рассуждениям, хорошие товарищи, но в отношениях поверхностны, в связи с чем, часто остаются без друзей. Нередко перечисленные качества сочетаются с застенчивостью, неуверенностью, внутренним чувством несостоятельности. До заболевания подростки эгоистичны, требовательны, нетерпеливы и одновременно по-детски очень привязаны к матери, основные личностные особенности - дисгармония зрелого мышления и инфантильное поведение.

У больных анорексией наблюдается достаточно высокий уровень притязаний, нет достаточной критики к своим возможностям, и даже неудачи не оказывают влияния на правильность их оценки. Они имеют тенденцию к лидерству в референтных группах, располагая к этому определенными способностями. В жизни больные умеют добиться желаемого результата, и в то же время их мышление ниже общеобразовательного и возрастного уровня, наряду с истерическими чертами личности в способствующем развитию болезни состоянии, у части детей обнаруживал склонность к развитию навязчивостей.

У будущих больных анорексией нередко выявлялись отклонения в пищевом поведении, сохранившиеся в течение всей жизни. Определенное значение для отграничения анорексии от шизофрении имеет обнаружение тех или иных психотравмирующих обстоятельств, хотя их наличие еще не решает вопрос о диагнозе.

Изучение психологических особенностей девушек, страдающих расстройствами пищевого поведения, идет по двум направлениям.

С одной стороны изучаются первичные или обусловленные возрастом, соматическими или обусловленные возрастом, соматическими и другими факторами особенности личности и познавательной деятельности больных. С другой стороны вторичные, сформировавшиеся уже непосредственно под влиянием самой болезни.

В международной классификации болезней 10-го пересмотра диагностическими критериями анорексии у подростков-девочек являются:

1) снижение на 15% и сохранение на сниженном уровне массы тела или достижение индекса массы тела Кветела 17,5 баллов или ниже. Индекс определяется соотношением веса тела в килограммах к квадрату роста в метрах; В пубертатном периоде может обнаружиться неспособность набрать вес в период роста, что в дальнейшем может отразиться на здоровье;

2) потеря веса вызывается самим больным за счет избегания пищи, которая «полнит» и одного или более приемом из числа следующих – вызывание рвоты, прием слабительных, чрезмерные гимнастические упражнения, использование средств подавляющих аппетит и мочегонных препаратов;

3) искажение образа тела принимает специфическую психопатологическую форму, при которой ужас перед ожирением сохраняется в качестве навязчивой или очень важной идеи;

4) общее эндокринное расстройство, включающее ось гипоталамус-гипофиз-половые железы и проявляющееся у женщин аменореей, а у мужчин потерей полового влечения и потенции;

5) при начале в препубертатном возрасте проявления пубертатного периода задерживаются или даже не наблюдаются.

Наиболее негативное влияние, связано с такими факторами, как переживание явных проявлений своего полового созревания («травма первой менструации», оформление вторичных половых признаков), отрицательного отношения семьи или коллектива подростков к особенностям фигуры, полноте (насмешки, осуждения, издевательства, особенно со стороны лиц противоположного пола), конфликтной ситуации в семье (разрыв эмоциональных связей между подростком и одним или обоими родителями, обнаружение им неизбежности распада семьи и т.д.) [3]

Большой психологический удар для девушек, а особенно подростков имеет обида или оскорбление со стороны наиболее уважаемого, а возможно и любимого человека, олицетворяющего противоположный пол или фигуру отца. В связи с этим не удивительно, что указание на полноту живота со стороны, например, тренера по акробатике или отца приводит к одинаковому результату: упорному отказу от приема пищи с последующим тяжелым истощением. Чаще всего девушки-подростки отказываются от лечения из-за страха появления избыточного веса, который является основной проблемой для людей с расстройством пищевого поведения. Поэтому при работе «напрямую», в связи с актуализацией страха потери контроля за собой, своим телом, подросток может отказаться от психолого-педагогического вмешательства и дальнейшего взаимодействия с врачом. Здесь необходимо стараться проводить занятия, опираясь на контекст социальный контактов, успешность преодоления трудностей в социальном взаимодействии.

Определенные схемы, как лечить анорексию, зависит от общего состояния больного, стадии заболевания и проявляемых симптомов. Лечение заболевания представлено программой из следующих компонентов:

* фармакологическая терапия;
* психотерапевтические методики и техники гипноза;
* лечебное питание;
* реабилитационные мероприятия, направленные на возвращение пациента к полноценному функционированию в обществе.

Особая роль здесь уделяется психолого-педагогическим или психолого-терапевтическим методам. Эти методики включают в себя множество способов борьбы с анорексией – в частности гипноз. Благодаря данному способу лечения, можно выяснить истинную причину болезни. Педагогические методы, в частности, лучше использовать в школе. Девушкам необходимо на занятиях объяснять, что данная болезнь заканчивается летальным исходом.

Так же программа реабилитацией представлена методиками поведенческой психотерапии, которые дают шанс для формирования адекватной самооценки, для выбора конструктивной модели поведения в обществе.

Данные техники обучают эффективным методам противодействия стрессам, что позволяет устранить риск рецидива заболевания.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что:

1. профилактическое мероприятие по данной проблематике лучше проводить отдельно для девочек. Присутствие в классе ребят противоположного пола будет негативно сказываться на эффективности самого процесса – девочки будут смущаться откровенно и искренне беседовать, серьезная тема будет переведена в шутку, вызовет бурное обсуждение как у мальчиков, так и у девушек, и настроить класс на серьезное обсуждение будет трудно;

2. профилактикой нарушений пищевого поведения у подростков необходимо заниматься, начиная с начала подросткового возраста.

Такое расстройство пищевого поведения как анорексия у подростков – это серьезные заболевания, в тяжелых случаях приводящие к летальному исходу, причинами которого могут стать как физическое истощение и проблемы с сердечно-сосудистой системой, так и возникшие вторично эмоциональные нарушения, приведшие к суициду, что при тяжелом течении данных расстройств не является редкостью.

**Список литературы**

1. Артемьева М.С., А.Е. Брюхин, М.А. Цивилько//Вестник Российского Университета Дружбы Народов. Серия Медицина. - 2002. - № 3 - С. 59.
2. Безисюк Е.В. Современные представления о нервной анорексии / Е.В. Безисюк, Е.Е. Филин // Медицинская помощь. - 2010. - 2. - С. 19.
3. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; Предисл.В.Г. Остроглазова. - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2009. - С. 264.
4. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. - СПб.: Речь, 2011. - С. 304. .
5. Мишо Л. Органические и эмоциональные взаимосвязи в происхождении психической анорексии // Вопросы психиатрии детского возраста. 2004. С. 234.
6. Чайка Лариса. Нервная анорексия: как лечить расстройство потребления пищи. Главные техники психики// Психика, 2016. С.67