|  |  |
| --- | --- |
| Министерство здравоохранения Российской Федерации  ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»  Факультет социальной работы и клинической психологии  Кафедра медико-социальных технологий с курсом педагогики и образовательных технологий дополнительного профессионального образования  **Дьякова Дарья Юрьевна**  **Социальные факторы нарушения пищевого поведения у подростков**  **Курсовая работа**  Направление подготовки: 39.03.02. «Социальная работа», профиль медико-социальная работа с населением, академический бакалавриат | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *подпись*  «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. | Студентка 3 курса 301 группы  Дьякова Дарья Юрьевна |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *подпись*  «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. | Научный руководитель:  Доцент, к.филос.н.  Гаврилова Ирина Сергеевна |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *подпись*  «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. | Заведующий кафедрой:  д.ф.н., профессор Чижова Валерия Михайловна |
| Волгоград  2020 г. | |

Оглавление

Введение3

Глава 1. Теоретико-методологический анализ5

1.1. Понятие и виды нарушения пищевого поведения5

1.2. Социальный мониторинг нарушения пищевого поведения у подростков в Российской Федерации 9

1.3. Роль социальной работы в реабилитации подростков, прошедших психотерапию 13

Глава 2. Социальная работа по профилактике факторов нарушений пищевого поведения среди подростков21

2.1. Материалы и методы исследования21

2.2. Результаты исследования о факторах нарушений пищевого поведения среди подростков по г. Волгограду 25

2.3. Содержание технологий социальной работы по профилактике и преодолению факторов нарушений пищевого поведения среди подростков26

Заключение27

Список литературы29

Приложения34

**Введение**

**Актуальность исследования.** В современном мире появляется все больше социальных факторов, приводящих к нарушению пищевого поведения. Подрастающее поколение является самой большой группой риска в этом явлении, так как именно эта группа имеет еще неустойчивую психику и подвластно влиянию со стороны. В результате появления различных культов моды и диктовки параметров в интернете, в повседневной жизни и в мире медиа, подростки сталкиваются с личным несоответствием идеалу, которое служит появлению комплексов и различных расстройств, что в конечном итоге приводит к нарушениям пищевого поведения. Конечно, данный фактор является не единственным, так же к нарушениям приводят и психологические травмы, оставленные близким окружением и повседневным социумом. Данная проблема имеет положительную динамику и мало исследуема, несмотря на то, что приводит к печальным последствиям, вплоть до летального исхода подростка.

**Объектом данного исследования являются** социальные факторы нарушения пищевого поведения у подростков.

**Предмет исследования -** технологии социальной работы по профилактике и преодолению факторов нарушений пищевого поведения среди подростков.

**Цель данной работы -**  изучить явление, такое как нарушение пищевого поведения, факторы, приводящие к этому явлению, рассмотреть технологии по профилактике и преодолению факторов нарушения пищевого поведения у подростков.

**Задачами данной работы** являются:

* Изучить понятие нарушение пищевого поведения
* Изучить факторы, приводящие к нарушению пищевого поведения
* Провести эмпирическое исследование о технологиях профилактики и преодолении нарушений пищевого поведения у подростков;
* Раскрыть содержание технологий социальной работы по профилактике и преодолению факторов нарушений пищевого поведения среди подростков.

**Гипотеза данного исследования**. Качественные изменения в применении социальных технологий профилактики и преодолении нарушений пищевого поведения у подростков может снизить уровень заболеваемости и улучшить качество оказываемой помощи.

**Новизна исследования.**

**Методы исследования:** качественный анализ научных исследований и статистических данных; анкетирование.

**Эмпирической базой исследования** является специалисты по социальной работе в сотрудничестве с ГБУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница» (Центр психического здоровья детей и подростков).

**Структура и объем работы.** Курсовая работа состоит из введения, двух глав, заключения и списка использованной литературы.

**Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ**

**1.1. Понятие и виды нарушения пищевого поведения**

Для поддержания жизни, наряду с другими естественными биологическими потребностями, людям необходима пища. Однако современный человек не ограничивается тем количеством еды, что необходимо для нормальной жизнедеятельности. Это происходит из-за ряда психологических, биологических и социальных причин, традиций и других факторов. Совокупность этих факторов влияет на развитие у человека правильных или неправильных пищевых привычек. Когда неправильные начинают главенствовать в жизни индивида, тот рискует заполучить психологические заболевания, именуемые расстройствами пищевого поведения.

Под **пищевым поведением** понимается отношение к пище и её приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа.

Пищевое поведение - это все компоненты поведения человека, которые присутствуют в процессе приема пищи.[[1]](#footnote-1)

Нарушения пищевого поведения – группа психогенных поведенческих синдромов, характеризующихся отклонениями при приеме и переработке пищи.[[2]](#footnote-2) К данной группе относится нервная анорексия, нервная булимия, переедание и некоторые другие расстройства. Симптомы разнообразны, включают отказ от еды, обжорство, спровоцированную и непроизвольную рвоту, применение слабительных препаратов, отрицание субъективной значимости проблемы веса.

**Компульсивное переедание**. Расстройство представляет собой чрезмерное употребление еды, приводящее к появлению лишнего веса, и являющееся реакцией на стресс. Причинами такого поведения могут быть разные: от личных психологических до потери близкого человека, работы или в следствие травмы. Таким образом, человек пытается справиться со стрессом и найти психологическую и эмоциональную защиту, а самым простым способом заполнить эту потребность является — еда. В основном такие люди чаще всего остаются со своими проблемами наедине и если в детстве не был заложен механизм преодоления сложных ситуаций, то, как следствие, человек замыкается на себе и на своих проблемах, все более и более усугубляя ее. Также отмечено, что чувство естественного насыщения приходит намного позже, оно импульсивное и зачастую не связано с физическим голодом. Но именно поэтому при таком виде переедания чаще всего упор делается на богатую углеводами и жирами пищу: сладости, джанк-фуд. И главная цель этого процесса — заглушить сильные эмоции.

**Нервная анорексия**. Нервная анорексия представляет собой расстройство, характеризующееся преднамеренным снижением веса, когда человек сознательно отказывается от еды с целью похудения или для поддержания пониженного веса. Специалистами нарушение рассматривается, как одна из разновидностей самоповреждения. У такого человека искажено восприятие своего тела, а навязчивая идея добиться снижения веса обусловлена страхом ожирения. Причины возникновения нарушения остаются неясными, и специалисты в этой области пытаются найти подходящую терапию для его лечения.

**Нервная булимия**. Нервная булимия представляет собой расстройство, характеризующееся повторяющимися приступами переедания и чрезмерной озабоченностью контролированием веса тела, что приводит человека к принятию крайних мер: очищение желудка после приема пищи или приемом слабительных средств, таким образом, достигается эффект психологического очищения от угрызений совести от съеденной пищи. Чаще всего это относится к людям с нормальным весом и многих из них даже нельзя заподозрить, в том, что они имеют такое пищевое расстройство. Человек балансирует между периодами соблюдения строжайшей диеты (голодания) и периодическим бесконтрольным перееданием. Человека одолевает чувство тревоги, вины, раскаяния, чувства слабости и жалости к себе и о том, что у него недостаточно силы воли, чтобы противостоять таким приступам, также проявляется и ненависть к себе. Все это ведет к нездоровой зависимости самоощущения от внешнего вида. И в тоже время эта некая компенсация за приступы, так как присутствует постоянная озабоченность составлением рациона, расчетом калорийности и соблюдением разных диет.

**Аллотриофагия**. Аллотриофагия — непреодолимое желание употреблять в пищу что-либо необычное и малосъедобное (мел, уголь, глину, песок, лёд), а также сырое тесто, фарш, крупу. Употребление несъедобных вещей может привести к необходимости хирургического вмешательства из-за кишечной непроходимости, а также к менее заметным симптомам, вроде пищевых дефицитов или паразитарных болезней. Люди, съедающие окрашенную штукатурку, содержащую свинец, могут получить повреждения головного мозга от отравления свинцом. Существует аналогичный риск от употребления в пищу почвы вблизи дорог. В дополнение к отравлению, также существует повышенный риск желудочно-кишечной непроходимости или разрыва желудка.

**Дранкорексия**. Дранкорексия — это расстройство пищевого поведения, характеризующееся переходом человека на так называемую «алкогольную диету», когда прием пищи заменяется приемом алкоголя с целью преднамеренного снижения веса или контроля над ним. Часто сопровождается патологическим страхом набора веса и депрессией. Не является на данный момент официально признанным психическим расстройством. Замена еды алкоголем, прежде всего, приводит к алкогольной зависимости, так как хроническое чувство голода побуждает человека увеличивать дозу спиртного. В результате состояние опьянения наступает гораздо быстрее, а его последствия намного серьёзнее. Если своевременно не начать лечение, возможно появление серьёзных нарушений памяти, мышления, деградации личности и социальной изоляции человека.

**Нервная орторексия**. Расстройство приёма пищи, характеризующееся навязчивым стремлением к «здоровому и правильному питанию», что приводит к значительным ограничениям в выборе продуктов питания. Для человека, страдающего нервной орторексией, «здоровое питание» становится настолько важным, что озабоченность этим вопросом не оставляет места для каких-либо интересов и увлечений в жизни. Пищевой рацион определяется исключительно по критерию «полезности» продукта, при этом вкусовые предпочтения индивида не принимаются во внимание. Любое нарушение диеты (употребление «запрещённых» продуктов) вызывает тревожность и сильное чувство вины. Некоторые исследователи считают, что орторексия является разновидностью невроза навязчивых состояний или ипохондрии.

Лица, страдающие орторексией, могут не употребляют в пищу соленое, сладкое, жирное, а также продукты, содержащие крахмал, клейковину (глютен), алкоголь, дрожжи, кофеин, химические консерванты, небиологические или генетически модифицированные продукты. Среди лиц, страдающих орторексией, популярны различные диеты и сыроедение. Иногда исключаются мучные, мясные или молочные продукты. Если человек всё-таки не сумел воздержаться от употребления «вредного» продукта, он ощущает сильную тревожность, а также, в некоторых случаях, чувство вины, сопровождаемое снижением самооценки, что вынуждает его назначать самому себе «наказания», такие, как ужесточение диетических ограничений, голодание или большое количество физических упражнений, что роднит это расстройство со спортивной булимией, характеризующейся занятиями с чрезмерными физическими нагрузками с целью отработки «лишней» еды.[[3]](#footnote-3)

В первую очередь стоит отметить то, что современный человек не ограничивается тем количеством еды, которое необходимо для нормальной жизнедеятельности. Это происходит из-за ряда психологических, биологических и социальных причин, традиций и других факторов. Совокупность этих факторов влияет на развитие у человека правильных или неправильных пищевых привычек. Когда неправильные начинают главенствовать в жизни индивида, тот рискует заполучить психологические заболевания, именуемые расстройствами пищевого поведения.

К этой категории относят: компульсивное переедание, нервную анорексию, нервную булимию, аллотриофагию, дранкорексию, нервную орторексию и другие не уточнённые либо смешанные расстройства

**1.2 Социальный мониторинг нарушения пищевого поведения у подростков в Российской Федерации.**

Социальный мониторинг – это система периодического или эпизодического сбора и анализа социальной информации, с целью предоставления полученных данных для принятия стратегических и тактических решений на различных социальных уровнях.

Социальный мониторинг как технология социальной работы применяется в отношении наблюдения за статистическими изменениями подростковых психофизиологических расстройств, в том числе, нарушения пищевого поведения. Одной из организаций, осуществляющих социальный мониторинг на тему нарушения пищевого поведения подростков, является Центр изучения расстройств пищевого поведения в г. Москва.

Руководитель и основатель Клиники расстройств пищевого поведения -рассказывает, что за последние 10 лет в России значительно выросла заболеваемость анорексией и булимией. Заболеваемость анорексией среди женщин — 0,5-3,7%. Заболеваемость булимией - 1,1-4,2%. Исследования в средних школах России показали: Почти половина девушек в подростковом возрасте пытались избавиться от веса и практиковали беспорядочное потребление пищи, такое как голодание, самопроизвольно вызванную рвоту. Около 75% старшеклассниц чувствуют себя толстыми или хотят скинуть вес.

Рис. 1. Заболеваемость анорексией и булимией среди подростков

Статистические данные об анорексии и булимии:

* Почти 50% людей с расстройствами пищевого поведения страдают той или иной формой депрессии;
* Только 1 из 10 человек, страдающих пищевыми расстройствами, получают квалифицированную помощь и лечение в борьбе с зависимостью;
* Уровень смертности среди больных анорексией и булимией, занимает первое место по сравнению со всеми остальными психологическими заболеваниями;
* 91% опрошенных в результате исследования женщин, так или иначе, пытались контролировать свой вес с помощью диет и ограничений в питании. 22% женщин "сидели" на диете часто (более 5 раз) или практически всегда;
* Анорексия, является третьей самой распространенной хронической болезнью среди подростков;
* 95% опрошенных респондентов говорят о том, что развитие булимии и анорексии у них пришлось на возраст от 12 до 25 лет;
* 25% девушек в возрасте от 16 до 22 лет используют переедание и дальнейшее очищение (булимию), как способ контроля своего веса;
* Смертность, связанная с нервной анорексией в 12 раз выше, чем смертность, связанная со всеми остальными причинами смерти у девушек в возрасте от 15 до 24 лет;
* Более половины девочек-подростков и почти одна треть мальчиков подростков использовали нездоровые методы похудения, такие как: принятие слабительных и мочегонных средств, голодание, пропуск приемов пищи, вызывание рвоты и т.д.;
* По оценкам последних исследований 10-15% людей, страдающих анорексией и булимией - это мужчины. Они реже обращаются за помощью и проходят лечение в связи с тем, что считают пищевые расстройства "женской болезнью". Среди мужчин гомосексуалистов 14% страдает булимией и более 20% анорексией;
* 95% всех диет и ограничений в питании не приносит результат из-за возврата веса после их окончания. 35% диет, которые начинались, как" нормальные" переходят в патологическое ограничение в питании и 20-25% из них приводят к пищевой зависимости;
* Около 50% всех страдающих булимией и анорексией – это модели;
* Хотя расстройства пищевого поведения имеют самый высокий уровень смертности по сравнению с любыми другими психологическими расстройствами реальную картину происходящего составить довольно сложно, в связи с тем, что анорексия и булимия являются причинами таких осложнений, как сердечная недостаточность, полиорганная недостаточность, диабет и т.д., а также часто являются причиной самоубийств. По данным исследований проведенных "American Journal of Psychiatry" общий коэффициент смертности при нервной анорексии - 4%, при нервной булимии - 3,9%, при других расстройствах пищевого поведения - 5, 2%.

Комментарий Руководителя Клиники Расстройств Пищевого Поведения:

— Признано, что лучшая помощь при Булимии, Вызванной рвоты является психотерапия амбулаторно.

— Большинству пациенток с нервной анорексией чаще всего требуется лечение в стационаре, по крайней мере, до тех пор, пока не станет целесообразным их перевод на амбулаторное лечение. По оценке экспертов, стационарное лечение необходимо в том случае, если индекс массы тела пациентки очень низок (BodyMassIndex< 13), если имеются тяжелые физические осложнения (например, анемия, отеки, сильное истощение) или существует опасность самоубийства.

Но лучше всего найти возможность согласованного — амбулаторного и стационарного — лечения, так как страдающие нервной анорексией, по оценке экспертов, и после окончания стационарного лечения зачастую нуждаются в дальнейших терапевтических мероприятиях.

С Уважением, Назаренко А.В.[[4]](#footnote-4)

Клинический психолог, кандидат психологических наук и член Российской Психотерапевтической Ассоциации В. Степанова отмечает, что производить мониторинг, атакже вести статистику подростков, больных расстройствами пищевого поведения, крайне тяжело в силу того, что в большинстве случаев подростки редко обращаются за помощью к специалистам, а их родители понимают тяжесть всей ситуации уже на запущенной стадии болезни. В школах и высших учебных заведениях уделяется мало внимания таким недугам, а в некоторых и вовсе считают это не заболеванием, а подростковыми изменениями.

Некоторые причины, по которым подростки не обращаются за помощью в лечении:

* Отрицание самой болезни, психологическая защита рационализации.
* Отсутствие своевременного вмешательства родителей, созависимость, отсутствие заинтересованности в психологическом здоровье ребенка или же незнание плана действий при обнаружении подобных диагнозов.
* Мнение о том, что после прохождения психотерапии,подросток, вернувшись в обычную социальную среду, вернется в те же проблемы и первичное психологическое состояние.

Отсюда мы приходим к выводу, насколько важно проводить комплексную терапию, включать в процесс лечения не только психотерапевта, участкового терапевта и клинического психолога, но и социального работника, для последующей и крайне важной реабилитации подростка, перенесшего психические расстройства и расстройства пищевого поведения.

Так как статистика с каждым годом меняется - люди должны иметь представление о том, что происходит вокруг них. Ведь количество людей с различными нарушениями может становиться все больше, а следовательно -социальный мониторинг может дать важную информацию для правильного и здорового функционирования общества.

Необходимо осознавать насколько важно проводить комплексную терапию, включать в процесс лечения не только психотерапевта, участкового терапевта и клинического психолога, но и социального работника, для последующей и крайне важной реабилитации подростка, перенесшего психические расстройства и расстройства пищевого поведения.

Многие специалисты трудятся на пользу государства и именно совместные усилия ученых и работников разных областей это наиболее верный путь к качественной и безопасной, на сколько это возможно, жизни.

**1.3. Роль социальной работы в психотерапии и реабилитации подростков, прошедших психотерапию.**

В последние годы развитие социальной помощи приобретает все большую значимость в современной психиатрии. Известно, что социальные факторы оказывают одно из приоритетных воздействий на формирование личности, а современное социально-экономическое состояние общества не может не отражаться на психическом здоровье населения. Наблюдается рост показателей заболеваемости и болезненности психическими расстройствами, регистрируется увеличение таких категорий психических расстройств, как реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации.

Для укрепления психического здоровья населения требуется предпринимать превентивные социальные меры, а психически больным обеспечить социальную поддержку. В последнее время особенно актуальным становится создание новой организационной модели, в которой фармакологические реформы сочетались бы с социально ориентированными формами психиатрической помощи. Ключевой фигурой в такой модели оказания помощи психически больным, осуществления лечения, ухода, защиты их интересов, обеспечения реабилитационных программ должен стать социальный работник. Учитывая всю важность социальной работы с психически больными и обществом, появилась необходимость выделения особого направления психиатрии - социальной психиатрии, как теоретико-методологической основы социальной работы в психиатрии.

Социальная работа в психиатрии несет в себе определенный терапевтический заряд. Лечебно-реабилитационные цели преследуются всеми видами психосоциального вмешательства. Социальные и семейно-терапевтические методы лечения являются равноправными с обычными медикаментозными.

Социальная работа в психиатрии тесно связана с клиникой и более того, имеет клинические показания. Учет психической патологии - характерная черта социальной работы.[[5]](#footnote-5) На выбор вида психосоциального вмешательства влияют особенности клинической картины, психологические аспекты, личностные характеристики, реакция личности на болезнь. Социальная работа в психиатрии всегда способствует активизации пациента, улучшает его социальное функционирование.

Выделяются следующие функции социальной работы:

* + Информационная;
  + Диагностическая;
  + Прогностическая;
  + Организационная;
  + Психолого-педагогическая;
  + Оказание практической помощи;
  + Управленческая.

Согласно концепции развития социального обслуживания населения РФ (1993г) определены ведущие задачи социальной работы в психиатрии:

* выявление, учет семей и отдельных лиц, нуждающихся в социальной поддержке;
* оказание финансовой и правовой помощи;
* надомные услуги;
* распространение среди населения знаний по психическим заболеваниям;
* разработка социальных программ.

В современном обществе актуальными являются проблемы реабилитации и интеграции психически больных людей в общество, в связи с чем повышается значимость социальных аспектов оказания психиатрической помощи. Говоря об общем подходе к охране психического здоровья, оказанию психиатрической помощи, нужно отметить, что использование только одной медицинской модели психических расстройств означает лишь одностороннюю оценку явления. Постепенно эта модель уступила место более свободному подходу к проблеме, который включает психосоциальную ориентацию. Объединение медицинской, психологической и социальной моделей в системной биопсихосоциальной модели является особой методологической установкой, дающей возможность избежать альтернативности в подходе к человеку (биологическое и социальное), страдающему тем или иным недугом, и открывающей большую возможность правильного понимания целей и задач профилактики и лечения.

Социальная работа в психиатрии имеет следующие специфические черты. Во-первых, социальная работа тесно связана с клиническими показаниями, поэтому ее содержание различно на различных стадиях заболевания. При этом учитывают обусловленные нозологией (учение о болезнях) и возрастом психологические аспекты, личностные характеристики, реакции личности на болезнь. Эта особенность определяет участие специалистов по социальной работе в полипрофессиональных бригадах. Во-вторых, социальная работа всегда несет в себе определенный социотерапевтический эффект. Лечебно-реабилитационные цели преследуются всеми видами психосоциального вмешательства. Социотерапевтическое вмешательство, направленное непосредственно на самого больного, является существенной частью терапии. Социальные и семейно-терапевтические методы лечения являются равноправными с лекарственными и должны использоваться наряду с ними, причем в некоторых случаях могут их полностью заменить. И наконец, социальная работа в тех случаях, когда это возможно, должна способствовать активации автономии больного, улучшению его социального функционирования и, в конечном итоге, повышению его социальной компетентности.

Одним из важнейших подходов в социальной работе с душевнобольными является психосоциальная работа. Психосоциальная помощь является тем понятием, которое включает пограничную область между психотерапией и социальной работой.

В широком смысле психосоциальная работа понимается как направление социальной работы, основная цель которой - оказание первичной психологической помощи, социальной поддержки и содействия людям, находящимся в трудной жизненной ситуации, как организация комплекса условий для продуктивной адаптации человека в изменившихся условиях жизнедеятельности.

В узком смысле психосоциальная работа - это деятельность специалиста по социальной работе, направленная на восстановление утраченного психосоциального равновесия, на поиск ресурсов личности и ресурсов социальной среды для преодоления трудностей в жизненной ситуации.

В психосоциальной работе в России особое внимание уделяется психологическим аспектам адаптации субъекта к изменившимся условиям, трудной жизненной ситуации. Психосоциальная работа развивается на стыке наук - практической психологии и социономии (теории социальной работы). Цель социальной работы - содействие человеку в трудной жизненной ситуации, а цель практической психологии - поиск адекватных способов воздействия на человека. В связи с этим предмет исследований психосоциальной практики - поиск способов, мотивирующих человека на преодоление трудной жизненной ситуации, поиск личностных ресурсов и ресурсов социальной среды.

Главная цель психосоциальной работы - продуктивная социализация душевнобольного в изменившихся условиях, забота о его здоровье, создание условий нормальной адаптации и социализации личности в социуме, коррекция, восстановление, компенсация утраченных функций поведения, общения, взаимодействия в процессе жизнедеятельности.

В функции специалиста по социальной работе наряду со многими другими входит и оказание первичной психологической (кризисной) помощи и социальной поддержки человека, находящегося в трудной жизненной ситуации. Особое значение придаётся построению помогающих отношений, среди которых выделяют несколько уровней взаимодействия. Наиболее важные из них:

* обращение к себе, поскольку личность, личностное самочувствие и идентификации всегда присутствуют в пространстве взаимоотношений специалиста с клиентом;
* приобретение умений, навыков и техник, которые позволяли бы без оценки личности направлять её к осознанию когнитивных, чувственных и
* духовных сторон, содействуя развитию способностей, их свободному проявлению в различных ситуациях.

Суть психосоциального подхода в социальной работе заключается в том, чтобы понимать личность человека целостно, в многообразии взаимоотношений его с миром, который его окружает, не разделять понятия «внутренний мир» и «внешняя реальность», а понимать целостность человека в ситуации, его психосоциальность.

Цель психосоциального подхода заключается в поддержании равновесия между внутренней психической жизнью субъекта и его межсистемными отношениями, влияющими на процесс и качество жизнедеятельности.

Продуктивная социализация личности в изменившихся условиях, формирование адаптивности как жизненного качества, должно быть основным результатом психосоциальной работы.

В целом, основные функции социальной работы по реабилитации лиц с психическими расстройствами сводятся к системе мероприятий, которые включают:

* обследование;
* планирование с программирующейся гибкостью;
* оказание помощи, защиты;
* связь с лечебными учреждениями, обеспечение протяженности и непрерывности;
* мониторинг (наблюдение);
* оценка эффективности реабилитационных воздействий.

При планировании социальной помощи психически больным необходимо учитывать характер их психической, соматической патологии и психологического состояния. При выборе психосоциального вмешательства принимаются во внимание характерологические особенности и клинические проявления заболевания, характер течения и время продолжительности болезни, сохранность критики и поведения. Анализу и оценке подлежат такие качества больного, как убеждения, интересы, ценностные установки, значимые социальные отношения, активность, уровень внушаемости и самовнушаемости, склонность к фиксации на болезненных переживаниях и т.д.

Кроме медицинского пациенту выставляется и социальный диагноз. Социальный диагноз включает в себя оценку всех социальных функций и связей больного. В первую очередь оценивается способность к самообслуживанию, передвижению, ведению домашнего хозяйства; ориентация в социальной среде; образование; трудоспособность; экономическое положение; жилищные условия. Обследование предполагает изучение социальных контактов и особенностей взаимодействия, проблем, возникающих у пациента и его ближайшего и не очень близкого окружения — членов семьи, друзей, родственников, коллег по работе и т.д.[[6]](#footnote-6)

Планирование социальной помощи предусматривает разработку индивидуальной программы реабилитации. Индивидуальная программа реабилитации — это комплекс оптимальных для индивида реабилитационных мер, включающий конкретные формы, способы, средства, сроки и длительность проведения мероприятий, направленных на восстановление и компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, интеграцию инвалида в общество.

Разработка индивидуальных реабилитационных программ для лиц с психическими расстройствами рассматривается с позиций клинического и социального прогноза на основе использования понятия реабилитационного потенциала. Реабилитационный потенциал — это возможный для конкретного больного уровень компенсации его нарушенных функций и социальных связей.

Программа реабилитации определяется рядом факторов, в том числе:

* медицинскими факторами, обусловленными характером болезни, особенностями ее течения (прогрессирующим, регрессирующим, стационарным), стадией болезни (обострение, ремиссия), степенью выраженности дефицитарных расстройств;
* биологическими факторами — пол и возраст инвалида (детский, средний, пожилой);
* психологическими факторами — характер личности и ее сохранность, психологические установки и ценностные ориентиры;
* социальным статусом (личностным, интимным, наличием склонности к сексуальным нарушениям, злоупотреблению алкоголем и наркотиками, суицидальной настроенностью), образовательным, профессиональным; социальным окружением или социальными сетями: семья, друзья, коллеги по работе, принадлежность к партии или сообществу (секты); местом жительства, уровнем материального (в том числе и пенсионного) обеспечения.

В процесс планирования входит:

* определение стратегии работы — близкой и дальней перспективы, конечной цели работы;
* координация деятельности всех участников лечебно-реабилитационного процесса, контроль за выполнением намеченной программы, получение информации о семьях и с места работы о возникающих проблемах и способах их решения;
* контакт с медицинскими службами;
* обеспечение социальной помощи;
* поиск помощников в социальной работе.

В последние годы развитие социальной помощи приобретает всю большую значимость в современной психиатрии. Известно, что социальные факторы оказывают одно из приоритетных воздействий на формирование личности, а современное социально-экономическое состояние общества не может не отражаться на психическом здоровье населения. Наблюдается рост показателей заболеваемости и болезненности психическими расстройствами, регистрируется увеличение таких категорий психических расстройств, как реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации.

Для укрепления психического здоровья населения требуется предпринимать превентивные социальные меры, а психически больным обеспечить социальную поддержку.

Глава 2. Социальная работа по профилактике факторов нарушений пищевого поведения среди подростков

**2.1. Материалы и методы исследования**

Одной из задач работы является проведение эмпирического исследования о технологиях профилактики и преодолении нарушений пищевого поведения у подростков для дальнейшего качественного рассмотрения технологий социальной работы по профилактике и преодолению факторов нарушений пищевого поведения среди подростков.

С точки зрения социальной работы, проблема расстройства пищевого поведения имеет устойчивую положительную динамику и подразумевает множество рисков, начиная с проблем социализации и психофизиологического развития и заканчивая летальным исходом. Это обуславливает необходимость проведения исследования и разработки возможных качественных дополнений технологий социальной работы по профилактике и преодолению нарушения пищевого поведения подростков.

Объект исследования – технологии профилактики и преодолении нарушений пищевого поведения.

Цель исследования – выявление наиболее приоритетных в деятельности специалиста социальной работы технологий профилактики и преодоления нарушений пищевого поведения подростков.

Задачи исследования:

1. Разработка опросника (приложение 1);
2. Сбор данных о применяемых технологиях профилактики и преодоления нарушений пищевого поведения подростков (приложение 2);
3. Обобщение и анализ полученных данных;
4. Качественное рассмотрение и разработка возможных качественных дополнений к реализующимся технологиям.

Метод исследования – интервьюирование.

В ходе исследования соблюдается принцип анонимности. Все данные приведены в обобщенном виде, некоторые (личные) данные изменены.

Эмпирическая база исследования: специалисты по социальной работе в сотрудничестве с ГБУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница» (Центр психического здоровья детей и подростков)

Этапы исследования:

1. Определение темы исследования (технологии профилактики и преодолении нарушений пищевого поведения у подростков);
2. Постановка цели исследования (выявление наиболее приоритетных в деятельности специалиста социальной работы технологий профилактики и преодоления нарушений пищевого поведения подростков);
3. Постановка задач исследования (разработка опросника, сбор данных о применяемых технологиях профилактики и преодоления нарушений пищевого поведения подростков, обобщение и анализ полученных данных, качественное рассмотрение и разработка возможных качественных дополнений к реализующимся технологиям);
4. Проведение исследования, сбор необходимых данных;
5. Проведение анализа результатов исследования;
6. Обобщение результатов исследования.

**2.2. Результаты исследования о факторах нарушений пищевого поведения среди подростков по г. Волгограду**

Исследование проводилось среди специалистов по социальной работе и социальных педагогов. С целью соблюдения принципа анонимности личные данные специалистов (ФИО) были изменены.

Первый этап исследования был направлен на выявление данных о том, были ли в практике специалистов случаи расстройств пищевого поведения у несовершеннолетних и возраст несовершеннолетних.

Таблица 2.1.

|  |  |
| --- | --- |
| Специалисты | Были ли в Вашей практике случаи расстройств пищевого поведения у несовершеннолетних? Какого возраста? |
| Зёмен Александр Викторович | Да, были в практике РПП. Ездил в Санкт-Петербург, там за время стажировки (2 месяца) встретил много девушек с РПП (14-18 лет). |
| Талалаева Елена Владимировна | Да. От 14 до 18 чаще всего. |
| Попов Илья Андреевич | В моей практике РПП у несовершеннолетних встречается довольно редко, в основном это дети 14-16 лет. |
| Позднякова Светлана Алексеевна | Девушки 14-16 лет |
| Андреева Екатерина Александровна | Да, 13-14 лет. |
| Устьянцев Степан Романович | Да, чаще всего конечно это девушки 13-16 лет |
| Прокофьева Ольга Владимировна | Да, 16-17 лет |
| Иванов Александр Дмитриевич | Да, были. 13-16 лет девушки |

На первый вопрос – «Были ли в Вашей практике случаи расстройств пищевого поведения у несовершеннолетних? Какого возраста?» большинство опрашиваемых ответили, что да, такие случаи были, чаще всего это девушки, средний возраст которых около 14-16 лет. На вопрос, что в основном служило причиной расстройства большая часть опрашиваемых ответили, что именно окружение, которое давило на подростка, немного реже проблемы в семье и стремление следовать модным стандартам.

Таблица 2.2.

|  |  |
| --- | --- |
| Специалист | Что в основном служило причиной расстройства? |
| Александр Викторович Зёмен | Эти девушки были особенными, не такими как все. У них были проблемы в социуме, отсюда скорее всего и лежат корни развития РПП. |
| Талалаева Елена Владимировна | Семья и социум. |
| Попов Илья Андреевич | Основной причиной служило социальное окружение ребенка, которое давило на ребенка из-за его лишнего веса. Мы это понимали, когда приходили к таким семьям на патронаж и наблюдали, что ребенок не употребляет пищу, которая была приготовлена. |
| Позднякова Светлана Алексеевна | Такие случае в моей практики были, но их мало. |
| Андреева Екатерина Александровна | Взаимоотношения со сверстниками. |
| Устьянцев Степан Романович | Неадекватное восприятие своего тела, навязывание социальных сетей псевдоидеалов, гонка за  идеальным телом. Романтизация философии анорексии. |
| Прокофьева Ольга Владимировна | Неуверенность в себе, мнение окружающих, отклонения в психике. |
| Иванов Александр Дмитриевич | Желание быть лучшей во всем, буллинг сверстников. |

На следующем этапе проводилось выявление приоритетных технологий при оказании социальной помощи клиентам с РПП.

Таблица 2.3.

|  |  |
| --- | --- |
| Специалист | Какие технологии социальной работы применялись в отношении клиентов? |
| Александр Викторович Зёмен | Беседы, опросы |
| Талалаева Елена Владимировна | Комплексное лечение, психологическая помощь, патронаж и рекомендации в образовательном учреждении, посещение. Беседы с семьей. |
| Попов Илья Андреевич | В таких ситуация наша роль была в том, что мы помогали родителям с оформлением медицинской и психологической помощи ребенку, также мы работали с его семьей, дабы исключить в близком ему окружении какие-л. упреки в сторону ребенка. |
| Позднякова Светлана Алексеевна | Технология консультация |
| Андреева Екатерина Александровна | Социально-психологическая реабилитация, профилактика рецидивов. |
| Устьянцев Степан Романович | Консультация, патронаж. |
| Прокофьева Ольга Владимировна | В школе распространяли информацию по данной проблеме. |
| Иванов Александр Дмитриевич | Работа с психологом. |

На данном этапе выявлено, что среди опрошенных специалистов по социальной работе наиболее распространенной технологией является консультация. Однако оказания социальной услуги, носящей консультативный характер, целесообразно скорее в отношении родителей ребенка с РПП. В отношении самого ребенка как клиента проводится социально-психологическая и социально медицинская работа. При этом, стоит также отметить, что наиболее эффективной является комплексная междисциплинарная работа, ориентированная на клиента и его окружение, и содержащая весь спектр необходимых социальных услуг.

Также снижало эффективность и длительность мониторинга за подростком. Многие специалисты признавались, что случались рецидивы из-за некачественного и короткого мониторинга. Как только ребенок прошел реабилитацию, чаще всего не было повторных проверок.

Из тех случаев, где проводилась работа с семьей и близких подростка, тоже наблюдалась низкая эффективность, ввиду неправильно подобранных подходов для консультаций, халатности родителей. Непонимание самой проблемы ведет к повторению сюжета, и даже к летальному исходу.

Опрашиваемые согласились с тем, что в первую очередь очень важна именно профилактика расстройства. Именно не допустить увеличения случаев расстройства, является самым грамотным подходом.

Многие специалисты по социальной работе отмечали, что существующие технологии социальной работы по профилактике и преодолению нарушений пищевого поведения у подростка не требует каких- либо изменений, но требуют качественного и комплексного подхода, так же многие напомнили о том, что раздражителями чаще всего оказываются сверстники, одноклассники, и очень рекомендовали более серьезней отнестись к профилактике именно через образовательные учреждения, посредством лекций, отдельных тренингов, мониторинга ситуации внутри класса.

Таблица 2.4.

|  |  |
| --- | --- |
| Специалист | Как вы считаете, по вашему мнению какие технологии оказались более эффективными по профилактике пищевых расстройств у подростков? |
| Александр Викторович Зёмен | Профилактика, которая должна осуществляться не только в беседе с подростком, на проблему должны обращать внимание так же родители, с ними нужно проводить беседы, возможно тренинги по выявлению проблем у подростков, привлечь социальных педагогов для более внимательного мониторинга состояния подростков в школах. |
| Талалаева Елена Владимировна | Информирование и задействование социальных педагогов в образовательных учреждениях. |
| Попов Илья Андреевич | Комплексный подход. |
| Позднякова Светлана Алексеевна | Технологии, направленные не только на подростка, но и на всю его семью. |
| Андреева Екатерина Александровна | Изначально нужно проводить профилактику среди подростков, эта программа есть, но очень редко проводиться. |
| Устьянцев Степан Романович | Консультация, социальные ролики. |
| Прокофьева Ольга Владимировна | Самой эффективной технологии оказалась беседа, которая включила себя наглядный пример человека с такой же проблемой, который смог справиться с ней. |
| Иванов Александр Дмитриевич | Затрудняюсь ответить. |

Было так же предложено организовать встречи подростка с РПП с человеком, который уже пережил подобное расстройство.

Исходя из вышесказанного, мы можем сделать вывод о том, что технологии социальной работы по профилактике и преодолению расстройства пищевого поведения у подростка малоэффективны, в силу того, что каждый случай проводил технологию не комплексно, а выполняя только по 1-2 пункту.

Следовательно, чтобы повысить эффективность программы профилактики усовершенствовать технологию социальной работы по преодолению расстройств пищевого поведения, нужно совмещать все пункты, а также следовать рекомендациям и накопленному опыту специалистов, раннее столкнувшимися с такими ситуациями.

**2.3. Содержание технологий социальной работы по профилактике и преодолению факторов нарушений пищевого поведения среди подростков**

Исходя из проведенного нами исследования, мы выяснили, что одна из главных целей социальной работы по преодолению расстройств пищевого поведения у подростков является профилактика.

Для качественной профилактики характерны следующие признаки:

1. Комплексный подход;
   1. Работа с семьей подростка;
   2. Работа с близким окружением подростка;
   3. Информирование образовательных учреждений, внедрение лекций, тренингов, мониторинг отношений внутри класса;
   4. Наблюдение за самим подростком.
2. Своевременное вмешательство при обнаружении признаков расстройства;
3. Индивидуальный подход к каждому подростку и к семье подростка;
4. Задействование специалистов разных сфер, а также задействование наглядных примеров.

Работа с семьей должна включать в себя не только консультацию, она должна включать еще рекомендации во избежание провокации расстройства или провокации рецидивов. Привлечение психологов, если первичный осмотр ситуации показал, что в семье возможно появление случая пищевого расстройства у подростка.

Оставить рекомендации по внедрению внеурочных тренингов, на которых подростки будут налаживать внутригрупповую коммуникацию, будут учиться любить себя, не стесняться себя. Закрепить за классом социального педагога или психолога, что бы была возможность отслеживать изменения внутри класса, изменения поведения отдельных подростков.

При работе с подростком нельзя забывать, что методы, которые работали раньше, могут не сработать именно с ним. Индивидуальный подход к каждому подростку выступает как критерий качественной работы и высокой эффективности технологии социальной работы по профилактике и преодоления расстройств пищевого поведения.

Так же важно понимать, что информацию о тенденциях на сегодняшний день, подростки чаще всего берут посредством социальных сетей. Следует помнить, что подросток в силу своей неокрепшей психики, а также еще не совсем в адекватном восприятии информации, доверчив, вспыльчив и критичен к самому себе.

Следует помнить о важности полного и длительного мониторинга каждого случая, во избежание рецидивов, и не упущении первых симптомов рецидивов.

По мнению опрашиваемых специалистов по социальной работе данные рекомендации позволят повысить эффективность технологий социальной работы по профилактике и преодолении расстройств пищевого поведения.

**Заключение.**

Расстройства пищевого поведения — класс психогенно обусловленных поведенческих синдромов, связанных с нарушениями в приёме пищи.

Подрастающее поколение является самой большой группой риска в этом явлении, так как именно эта группа имеет еще неустойчивую психику и подвластно влиянию со стороны. Данная проблема имеет положительную динамику и мало исследуема, несмотря на то, что приводит к печальным последствиям, вплоть до летального исхода подростка.

В первую очередь стоит отметить то, что подросток не ограничивается тем количеством еды, которое необходимо для нормальной жизнедеятельности. Это происходит из-за ряда психологических, биологических и социальных причин, традиций и других факторов. Совокупность этих факторов влияет на развитие у человека правильных или неправильных пищевых привычек. Когда неправильные начинают главенствовать в жизни индивида, тот рискует заполучить психологические заболевания, именуемые расстройствами пищевого поведения.

Для укрепления психического здоровья населения требуется предпринимать превентивные социальные меры, а психически больным обеспечить социальную поддержку

На данный момент эффективность технологий социальной работы по профилактике и преодолению расстройств пищевого поведения очень низкая, что также является причиной увеличения случаев расстройства пищевого поведения среди подростков

Одна из главных целей социальной работы по преодолению расстройств пищевого поведения у подростков является профилактика.  
И только комплексный, качественный подход повысит эффективность технологий социальной работы по профилактики расстройств пищевого поведения.

**Список использованной литературы:**

1. Алмазов, Б. Н. Психологические основы педагогической реабилитации : учебник для бакалавриата и магистратуры / Б. Н. Алмазов. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2017. — 223 с.
2. Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М. Личностные особенности подростков с депрессивными расстройствами поведения пубертатного периода // Архивъ внутренней медицины. 2016. №S1.
3. Барыльник Ю.Б., Филиппова Н.В., Антонова А.А., Бачило Е.В., Деева М.А., Сизов С.В., Гусева М.А. Диагностика и терапия расстройств пищевого поведения: мультидисциплинарный подход // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. №1.
4. Барыльник Ю.Б., Филиппова Н.В., Деева М.А., Гусева М.А. НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ И НЕРВНАЯ БУЛИМИЯ: ОТ ИСТОРИИ К СОВРЕМЕННОСТИ // Российский психиатрический журнал. 2016. №3.
5. Барыльник Ю.Б., Филиппова Н.В., Бачило Е.В., Деева М.А., Гусева М.А., Кормилицина А.С. КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОК С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ // БМИК. 2016. №4.
6. Баулина М.Е. Социальная фрустрация у лиц с нарушением пищевого поведения // Архивъ внутренней медицины. 2016. №S1.
7. Васильева Е.А,, Жедунова Л.Г. Особенности базисных убеждений личности с нарушением пищевого поведения // Ярославский педагогический вестник. 2016. №3.
8. Григорьева, И. А. Социальная работа с семьей : учеб. пособие для СПО / И. А. Григорьева. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2019. — 149 с
9. Григорьева, И. А. Теория и методика социальной работы : учебник для СПО / И. А. Григорьева, В. Н. Келасьев. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018. — 254 с.
10. Гусманова З.К. Актуальные аспекты диагностики и реабилитации больных детско-подросткового возраста с синдромом нервной анорексии // Архивъ внутренней медицины. 2016. №S1.
11. Давыдова Е.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ И РАЗВИТИИ АДДИКТИВНОГО ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ // Скиф. 2018. №10 (26).
12. Дмитриев М.Н. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕРАПИИ БИПОЛЯРНЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, КОМОРБИДНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: АКЦЕНТ НА ПЕРЕЕДАНИЕ // Главврач Юга России. 2020. №1 (71).
13. Емельянова М., Бутцинова Д. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПИЩЕВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ // Скиф. 2018. №11 (27).
14. Захарова Л.И. Нервная анорексия: распространенность, критерии диагностики и психосоматические соотношения (обзор) // Научные результаты биомедицинских исследований. 2019. №1.
15. Звягин Александр Алексеевич, Фроландина Евгения Олеговна Оценка пищевого поведения по голландскому опроснику DEBQ у детей и подростков с ожирением и избыточной массой тела // Медицина: теория и практика. 2019. №1.
16. Иванов Д. В., Хохрина А. А. Образ тела у подростков с нарушениями пищевого поведения // Вестник ГУУ. 2019. №6.
17. Илич М.А. Научный обзор исследований нервной анорексии в психологии здоровья // Концепт. 2019. №7.
18. Капустина В.А., Митрофанова Е.А. Взаимосвязь оценки собственной внешности и Я-концепции подростков (в контексте профилактики расстройств пищевого поведения в подростковом возрасте) // Сибирский педагогический журнал. 2016. №6.
19. Кибитов А.О., Мазо Г.Э. Генетические исследования нарушений пищевого поведения: выход из замкнутого круга нозологической систематики // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. №4.
20. Кириллова Д.С., Константинова Ю.О. АЛЕКСИТИМИЯ КАК ФАКТОР НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ // Коллекция гуманитарных исследований. 2018. №1 (10).
21. Ковалева О.Л., Деревянко Ю.П. СПЕЦИФИКА КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ ДЕВУШЕК СО СКЛОННОСТЬЮ К НАРУШЕНИЮ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ // Проблемы современного педагогического образования. 2019. №63-4.
22. Кононов А.Н., Комиссарова А.С. Особенности поведения тревожных подростков // Вестник МГОУ. Серия: Психологические науки. 2019. №1.
23. Константинова Ю.О., Зеленская М.В. ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ // Коллекция гуманитарных исследований. 2018. №6 (15).
24. Кузьмина И.М. ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ // Скиф. 2019. №11 (39).
25. Леонова Е.Н. Социально-психологические типы пищевого поведения // Вестник Удмуртского университета. Серия «Философия. Психология. Педагогика». 2017. №2.
26. Миняйлова Н.Н., Ровда Ю.И., Шишкова Ю.Н., Силантьева И.В. Особенности и формы нарушения пищевого поведения у подростков с избыточным жироотложением // МиД. 2017. №2.
27. Михайлова А.П., Иванова Д.А., Штрахова А.В. Вопросы квалификации и психологической диагностики пищевого поведения в норме и при его нарушениях // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. 2019. №1.
28. Михайлова А.П., Штрахова А.В. Пищевое поведение в норме, в условиях стресса и при патологии: библиографический обзор // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. 2018. №3.
29. Овчарова Р.В. Психологические особенности женщин с нарушениями пищевого поведения // Вестник Курганского государственного университета. 2016. №2 (41).
30. Панюкова А.С. Социологические факторы возникновения расстройства пищевого поведения // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2019. №4-2.
31. Переломова В.Д. САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК РАЗНОВИДНОСТЬ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ ПРЕОДОЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ // FORCIPE. 2019. №Приложение.
32. Поздняк В.В., Хуторянская Ю.В., Гречаный С.В. Самоповреждающее поведение как разновидность патологических стратегий преодоления расстройств пищевого поведения у подростков и молодых людей // Медицина: теория и практика. 2019. №S.
33. Пушкарская Л.С., Андреянова Е.В. КОМПУЛЬСИВНОЕ ПЕРЕЕДАНИЕ - СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ ПРОБЛЕМЫ // БМИК. 2016. №5.
34. Радаева Д.Д., Калашникова В.В. Особенности психологической реабилитации лиц с пищевой зависимостью // Образовательный вестник «Сознание». 2017. №12.
35. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Подолкина Е.А. Страх оценивания как патогенетический механизм социального тревожного расстройства и коморбидных расстройств // Медицинская психология в России. 2018. №6.
36. Самсонова Г.О., Языкова Т.А., Агасаров Л.Г. Психологические аспекты алиментарного ожирения (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2018. №3.
37. Самыгин, П. С. Профилактика девиантного поведения молодежи : учеб. пособие для академического бакалавриата / П. С. Самыгин, Д. В. Кротов, С. И. Самыгин ; под общ. ред. П. С. Самыгина. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018. — 284 с.
38. Солодовник Е. М., Неповинных Л. А. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ МОЛОДЕЖИ О РАССТРОЙСТВАХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ (БУЛИМИЯ) // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2020. №3-1.
39. Тарасова А.Е. ПРИЧИНЫ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ // Коллекция гуманитарных исследований. 2019. №1 (16).
40. Ткаченко Н.В., Заика В.Г., Андреева В.О. Психологические нарушения у девочек-подростков с ожирением и роль нейробиохимических механизмов в их развитии // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2018. №2.
41. Торохтий, В. С. Социальная работа с семьей. Психолого-педагогическое обеспечение : учеб. пособие для академического бакалавриата / В. С. Торохтий. — М. : Издательство Юрайт, 2017. — 488 с.
42. Фаустова А.Г., Яковлева Н.В. Проблемы дефиниции и измерения нормативной неудовлетворенности телом в клинической психологии // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2017. №3 (18).
43. Хатыпова А.С,, Чухрова М.Г. Взаимосвязь нарушений пищевого поведения и представлений подростков об их родителях // Скиф. 2018. №5 (21).
44. Цыганкова П.В., Прончихина Е.Ю. ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА ПОСТЫ ГРУППЫ "ТИПИЧНАЯ АНОРЕКСИЧКА" СОЦИАЛЬНОЙ СЕТИ "ВКОНТАКТЕ" У ДЕВУШЕК С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ТЕЛЕСНОСТИ // Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование». 2019. №2.
45. Чернуха Галина Евгеньевна, Гусев Дмитрий Вадимович, Табеева Гюзяль Искандеровна, Прилуцкая Виктория Юрьевна Патофизиологические особенности развития функциональной гипоталамической аменореи у пациенток с нервной анорексией // Гинекология. 2018. №1.
46. Чумаков Е.М., Петрова Н.Н. Психическая адаптация девушек с рискованным поведением // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2016. №2.
47. Шабанова А.А., Виноградова М.Г., Кошелев В.В. Диагностика личностных особенностей пациентов с нарушениями пищевого поведения // Архивъ внутренней медицины. 2016. №S1.
48. Шарапов А.Н. НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ АСПЕКТЫ СТРЕССА И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ // Новые исследования. 2017. №4 (53).

Приложение 1

1. Были ли в Вашей практике случаи расстройств пищевого поведения у несовершеннолетних? Какого возраста?
2. Что в основном служило причиной к развитию расстройства?
3. Какие технологии социальной работы применялись в отношении клиентов?
4. Как Вы можете оценить эффективность используемых технологий?
5. Проводилась ли работа с семьей и близким окружением клиента?
6. Какие технологии социальной работы реализовывались в отношении семьи и близких клиента?
7. Как Вы можете оценить их эффективность?
8. Как Вы считаете, требуют ли существующие технологии социальной работы по профилактике и преодолению нарушений пищевого поведения у подростков качественного пересмотра и изменений?
9. Как вы считаете, по вашему мнению какие технологии оказались более эффективными по профилактике пищевых расстройств у подростков?  
   10. У вас есть предложения по улучшению технологий профилактики расстройств у подростков, исходя из вашего личного опыта?

Приложение 2

|  |  |
| --- | --- |
| Александр Викторович Зёмен  27 лет, специалист по социальной работе | 1. Да, были в практике РПП. Ездил в Санкт-Петербург, там за время стажировки (2 месяца) встретил много девушек с РПП (14-18 лет). 2. Эти девушки были особенными, не такими как все. У них были проблемы в социуме, отсюда скорее всего и лежат корни развития РПП. 3. Беседы, опросы 4. Эффективность ниже среднего, так как работа проводилась не комплексно. 5. Нет, беседы проводились только с подростком. 6. Никаких 7. Если бы были работы с семьей и близким окружением, думаю это бы повлияло на эффективность 8. Не изменений, а дополнений или расширение работы, работа должна вестись не только с подростком. 9. Профилактика, которая должна осуществляться не только в беседе с подростком, на проблему должны обращать внимание так же родители, с ними нужно проводить беседы, возможно тренинги по выявлению проблем у подростков, привлечь социальных педагогов для более внимательного мониторинга состояния подростков в школах. 10. Ее не нужно улучшать, к ней нужно более серьезно относиться и проводить комплексно, проводя не только беседы с подростком. При понимании серьезности проблемы, качественная профилактика как минимум поможет сократить количество подростков с РПП. |
| Талалаева Елена Владимировна 30 лет, специалист по социальной работе, социальный педагог. | 1. Да. От 14 до 18 чаще всего. 2. Семья и социум. 3. Комплексное лечение, психологическая помощь, патронаж и рекомендации в образовательном учреждении, посещение. Беседы с семьей. 4. Результаты были получены, пищевое поведение было скорректировано 5. да   6.доносилась информация по диагнозу РПП, давались рекомендации по поведению и общению с больным, мониторинг раз в неделю. Корректировка реабилитационных мер . индивидуальный подход  7. в зависимости от понимания семьи, если проблема расценивалась как серьезная и информация была донесена верно и грамотно, то и эффективность была высокой.  8.нет  9. информирование и задействование социальных педагогов в образовательных учреждениях.  10. посещение кружков интересов, что бы не оставалось времени и сил на самокопание. Так же тренинги на которых объясняют, что любой вес и строение тела — это нормально. Ограничить общение с «раздражителями» |
| Попов Илья Андреевич 31 год, специалист по социальной работе. | 1. В моей практике РПП у несовершеннолетних встречается довольно редко, в основном это дети 14-16 лет. 2. Основной причиной служило социальное окружение ребенка, которое давило на ребенка из-за его лишнего веса. Мы это понимали, когда приходили к таким семьям на патронаж и наблюдали, что ребенок не употребляет пищу, которая была приготовлена. 3. В таких ситуация наша роль была в том, что мы помогали родителям с оформлением медицинской и психологической помощи ребенку, также мы работали с его семьей, дабы исключить в близком ему окружении какие-л. упреки в сторону ребенка. 4. Проведенная нами работа в истечении большого промежутка времени показывала положительную тенденцию как в психическом здоровье ребенка, так и в его социальном окружении. 5. С семьей мы проводили разъяснительные беседы по поводу того, что если ребенок отказывается от пищи, то его не нужно насильно заставлять это делать, а необходимо следовать рекомендаций специалиста. 6. Беседы и рекомендации чаще всего, вообще зависит от адекватного восприятия проблемы родителями 7. средняя 8. нет 9. комплексный подход 10. Я считаю, если ребенок в более сознательном возрасте решил изменить свою фигуру из-за лишнего веса или худобы, то стороны родителей должен вестись контроль в питании или физических тренировках. А голодание или, как сейчас это модно, лишний вес — это нормально и нет вреда для здоровья должно всячески контролироваться |
| Позднякова Светлана Алексеевна  26лет, специалист по социальной работе, социальный педагог. | 1.такие случае в моей практики были, но их мало.  2. такие случае в моей практики были, но их мало.  3. технология консультация  4. эффективность средняя  5. да  6.патронаж  7. достаточно эффективно  8. считаю, что технологии социальной работы по профилактике и преодолению нарушений пищевого поведения у подростков требуют некоторых изменений  9. технологии, направленные не только на подростка, но и на всю его семью.  10. считаю, что технологии должны реализоваться на протяжении длительного времени и охватывать все ближайшее окружение подростка. |
| Андреева Екатерина Александровна  40 лет, специалист по социальной работе | 1.да 13-14 лет.  2.взаимоотношения со сверстниками  3.социально-психологическая реабилитация, профилактика рецидивов.  4.на 4 по 5 бальной шкале, не совершенны, даже после профилактики бывали рецидивы  5.проводилась, это социально психологическая направленность с родителями, в основном консультации и лекции 6.Информационная деятельность, консультация по преодолению рецидивов, спровоцированных родственниками. 7.очень низкая, несмотря на то что проводилось по стандартам. 8. Требуют пересмотра 9.изначально нужно проводить профилактику среди подростков, эта программа есть, но очень редко проводиться 10. Усилить контроль проведения мероприятий по профилактике ,это было бы лучшее изменение, считаю что тогда бы и эффективность возросла. |
| Устьянцев Степан Романович 34 года специалист по социальной работе, социальный педагог | 1. Да, чаще всего конечно это девушки 13-16 лет 2. Неадекватное восприятие своего тела, навязывание социальных сетей псевдоидеалов, гонка за идеальным телом. Романтизация философии анорексии. 3. Консультация, патронаж 4. Высокая эффективность только в случае комплексных мер 5. Проводилась консультация с родителями и сестрами/братьями если такие были, проводилась консультация с работниками образовательных учреждений 6. Консультации, патронаж, отправляли на различные тренинги, что бы родители больше понимали сложившуюся проблему и знали пути входа, способы взаимодействия с подростком, рекомендации по ограничению времени социальных сетей для ребенка, проявлять повышенный интерес к его увлечениям и психологическому состоянию. 7. Высокая эффективность 8. Не думаю, просто надо их ВЫПОЛНЯТЬ, а не относиться халатно. 9. Консультация, социальные ролики 10. В школах следует ввести занятия хотя бы раз в неделю, посвящать их тренингам, которые помогут подросткам начать любить себя, и на более лучшее взаимоотношение между одноклассниками. |
| Прокофьева Ольга Владимировна 30 лет, специалист по социальной работе | 1) Да , 16-17 лет 2) неуверенность в себе , мнение окружающих , отклонения в психике 3)в школе распространяли информацию по данной проблеме 4) средне 5) да 6)беседы , консультации по данной проблеме 7) средне 8)я думаю, что да 9) самой эффективной технологии оказалась беседа , которая включила себя наглядный пример человека с такой же проблемой , который смог справиться с ней 10)да , обычные консультаций , где в основном льют воду и говорят умными словами не помогают достичь полного понимая проблемы , стоит задуматься о том , чтобы внедрить в эти консультации живые примеры людей , который были на грани смерти и смогли побороть себя , намного эффективнее будет восприниматься это , а не лекции |
| Иванов Александр Дмитриевич  28 лет, специалист по социальной работе. | 1. Да, были. 13-16 лет 2. Желание быть лучшей во всем, буллинг сверстников 3. Работа с психологом 4. Не всегда эффективна 5. Да 6. Работа с психологом 7. Не всегда эффективна 8. Да, требуют 9. Затрудняюсь ответить 10. Нет. |

1. Балакирева Е.Е. Нервная анорексия у детей и подростков (клиника, диагноз, патогенез, терапия): Автореф. дис. канд. мед. наук. - М., 2004. - 23 с. [↑](#footnote-ref-1)
2. Дорожевец А.Н. Искажение образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией. Автореф. канд. дисс. - М.: Наука, 2006. - 36 с. [↑](#footnote-ref-2)
3. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения / И.Г. Малкина-Пых // М.: Эксмо, 2007. - 1039 с. [↑](#footnote-ref-3)
4. Российская ассоциация расстройств пищевого поведения. [↑](#footnote-ref-4)
5. Григорьева, И. А. Теория и методика социальной работы : учебник для СПО / И. А. Григорьева, В. Н. Келасьев. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018. — 254 с. [↑](#footnote-ref-5)
6. Торохтий, В. С. Социальная работа с семьей. Психолого-педагогическое обеспечение : учеб. пособие для академического бакалавриата / В. С. Торохтий. — М. : Издательство Юрайт, 2017. — 488 с. [↑](#footnote-ref-6)