

Министерство образования Ставропольского края
Государственное бюджетное образовательное учреждение
«Краевой психолого-педагогической реабилитации и коррекции»
(ГБОУ «Краевой психологический центр»)

ДОРОГА К ДОМУ

(методические рекомендации для специалистов
по формированию традиционных семейных ценностей и
семейной культуры, духовно-нравственного воспитания и
здорового образа жизни подрастающего поколения, а также
недопущению появления нарушений пищевого поведения
несовершеннолетних и их родителей)



Ставрополь, 2020 г.

Содержание

Введение.....	3
Ключевые понятия кризиса. Виды кризисов.....	3
Семья – микро-социум	4
Семейное неблагополучие	5
Конфликты раннего детства	6
Основные направления работы с семьёй	6
Планирование действий в кризисных ситуациях	7
Рекомендации по ликвидации последствий критической ситуации.....	9
Направления работы педагога-психолога с родителями подростка.....	10
Сопровождение семьи в ситуации суицидоопасного поведения подростка.....	12
Культура и природа питания. Нарушения пищевого поведения у детей и подростков	14
Дифференциальная диагностика пищевого нарушения у детей и подростков (анорексия, булимия)	15
Факторы риска развития нарушений пищевого поведения и первые симптомы расстройства	17
Особенности психолого-педагогической работы с детьми и подростками с расстройствами пищевого поведения	22
Литература	25

Введение

В данных методических рекомендациях будут рассматриваться принципы и возможные направления работы с семьями, находящимися в кризисной ситуации, предложена информация о ключевых понятиях кризиса, признаках социального и психологического неблагополучия семьи, особенностях влияния семьи, как микро-социума на психику ребёнка. Кроме того, будут рекомендованы некоторые пути профессиональной помощи специалистов кризисной бригады в условиях образовательного процесса.

Данные материалы можно использовать как методическое пособие для совместной работы специалистов образовательных организаций, для профилактической и коррекционной работы психологов с семьями, находящимися в кризисной ситуации, а также социальным педагогам и школьным учителям – для повышения их психологической компетентности.

Ключевые понятия кризиса. Виды кризисов

Психологическая наука различает четыре ключевых понятия, через которые можно описать критические ситуации. Это понятия стресса, фрустрации, конфликта и кризиса.

Кризис (от греч. *krisis* – решение, поворотный пункт, исход) определяется в психологии как тяжелое психологическое состояние, являющееся результатом либо какого-нибудь внешнего воздействия, либо вызванное внутренней причиной, либо как резкое изменение статуса персональной жизни.

Кризисная для ребенка (подростка) ситуация наступает тогда, когда он не может самостоятельно, без чьей – либо поддержки и помощи справиться с ней.

Травматические ситуации – это экстремальные критические события, которые несут угрозу жизни или здоровью (как самого ребенка, так и его значимых близких) и требуют специальных усилий по совладению с последствиями их воздействия. Эти ситуации могут быть либо непродолжительными (от нескольких минут до нескольких часов), при этом, чрезвычайно мощными по силе воздействия, либо длительными или регулярно повторяющимися.

Виды кризисов

Переживаемые детьми и подростками кризисы можно условно разделить на три основные группы:

- *Возрастные кризисы* (одного года, кризис трех лет, кризис семи лет, подростковый кризис 13-17 лет);
- *Кризисы утраты и разлуки* (смерть близкого человека, развод родителей);
- *Травматические кризисы* (выделяют травмы, причиненные не другим человеком, а каким-либо стихийным или природным бедствием, и

травмы, причиненные людьми, все виды насилия, жестокое обращение, и т.д.).

Кризисы насилия – это разновидность травматического кризиса. Выделяют четыре типа жестокого обращения с ребенком:

- физическое жестокое обращение;
- сексуальное насилие;
- пренебрежение потребностями ребенка;
- психологическое насилие.

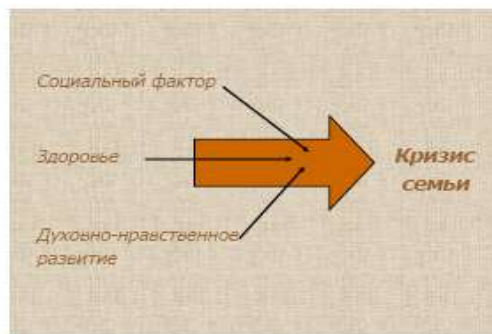
Семья – микро-социум

Семья – микро-социум, в котором формируются основные личностные качества человека, его отношение к миру людей, нормам поведения, культурологическим ценностям, является основным институтом для благополучного развития ребенка. Приобщение к жизни складывается главным образом из того, в чем ребенок подражает взрослым и что взрослые культивируют в нем. Поэтому влияние личности родителей, являющихся для ребенка первым источником необходимого жизненного опыта, очень велико. От отношений в семье зависят показатели уровня его развития: умственного, физического, психологического и социального.

Семья может выступать в качестве как положительного, так и отрицательного фактора развития ребенка. Никакой другой социальный институт не может потенциально нанести столько вреда в воспитании детей, сколько может сделать семья, так как она представляет собой систему социального функционирования человека, меняющуюся не только под воздействием социально-политических условий, но и в силу внутренних процессов своего развития.

Семья включает в себя четыре основных вида отношений: психофизиологическое, психологическое, социальное, культурное. Отсюда вытекают и основные причины, вызывающие кризис семьи: социальный фактор, здоровье, духовно-нравственное развитие.

На диаграмме представлены условия социального статуса, ведущие к кризису в семье.



Кризисный характер определяется нестабильностью и дезорганизацией семьи, не выполняющей свои основополагающие функции; не выполняется функция стабилизации, самосохранения семьи как института.

В рамках этих кризисных явлений укорачивается период полноценной и оптимальной семьи, ослабляется роль родительского авторитета, нарушаются ценности устойчивой полной семьи как социальной нормы. В целом это приводит к тому, что семья утрачивает свой социализирующий потенциал по уходу, развитию и воспитанию детей.

Семейное неблагополучие

Специалистами выделяется **четыре типа семей** по уровню социальной адаптации (М.А. Галагузов):

- **Благополучные семьи** успешно справляются со своими функциями. В случае возникновения проблем им достаточно разовой помощи в рамках краткосрочных моделей работы;
- **Семьи группы риска** характеризуются наличием некоторого отклонения от норм, например, неполная семья, малообеспеченная семья и т.п. Они справляются с задачами воспитания ребенка с большим напряжением своих сил;
- **Неблагополучные семьи**, имея низкий социальный статус в какой-либо из сфер жизнедеятельности, не справляются с возложенными на них функциями. В зависимости от характера проблем таким семьям оказывается образовательная психологическая, посредническая помощь в рамках долговременных форм работы;
- **Асоциальные семьи**. Семьи, где родители ведут аморальный, противоправный образ жизни в которых часто жилищно-бытовые условия не отвечают элементарным санитарно-гигиеническим требованиям, а воспитанием детей, как правило, никто не занимается.

А также, выделяются **четыре типа неблагополучных, семей** (Б.Н. Алмазов):

- **Семьи с недостатком воспитательных ресурсов**, неполные семьи; семьи с недостаточно высоким общим уровнем развития родителей, не имеющих возможности оказывать помощь детям в учебе; семьи, где тратят много времени на поддержание материального благополучия, тем самым, создавая нежелательный фон для воспитания детей;
- **Конфликтные семьи**: в таких семьях дети, как правило, демонстративно конфликтны, неуравновешенны; старшие дети, протестуя против существующего конфликта, встают на сторону одного из родителей;
- **Нравственно неблагополучные семьи**. Среди членов такой семьи отмечаются различия в мировоззрении и принципах организации семьи, стремление достичь своих целей в ущерб интересам других, стремление подчинить своей воле другого и т.п.;
- **Педагогически некомпетентные семьи**. Последствиями воспитания в таких семьях могут стать безнадзорность, безынициативность, слепое подчинение и т.д.

Конфликты раннего детства

Согласно взглядам представителей различных направлений психологии, причинами возникновения кризисной ситуации в большинстве случаев являются конфликты раннего детства, эмоциональная зависимость от матери и других близких взрослых:

- внутриспсихические конфликты детства;
- дефекты в психосексуальном развитии;
- эмоциональная зависимость от матери;
- неполноценность, недостаток развития чувства общности, особенности стиля жизни;
- кризис идентификации, нерешенные конфликты детства;
- потребность в преодолении отчуждения и одиночества.

Причинами могут быть также внешние стимулы:

- конфликт зависимости – независимости;
- трудности в установлении эмоциональных связей со сверстниками и связанная с этим внутренняя тревога;
- стресс и фрустрация, связанные с недостаточной адаптацией к меняющимся условиям общества.

Основные направления работы с семьей

Основной целью социально-психологического сопровождения семей для предупреждения кризисной ситуации является обеспечение родителей знаниями и навыками, способствующими развитию эффективного, развивающего поведения в семье в процессе взаимодействия с детьми.

В свою очередь, в практической деятельности специалистов образовательных организаций могут рассматриваться следующие задачи:

- обучение навыкам ответственного поведения в направлении психологического и социального здоровья родителей и их детей, склонных к саморазрушающему поведению;
- формирование адекватной социальной позиции родителей;
- развитие безопасной и доступной системы помощи зависимым лицам, многоуровневой системы их социальной поддержки и ресоциализации.

Очень важно научить родителей социально-поддерживающему поведению, мотивировать их на оказание помощи родным и близким, активизировать их ресурсы для поиска поддержки в случае необходимости. Подростки, у которых сформирована сеть социальной поддержки (семья, друзья, значимые другие), легче справляются с проблемами, могут более эффективно преодолевать стрессы без употребления психоактивных веществ, суицидального поведения, использования других способов деструктивных реакций на трудные жизненные ситуации.

Формирование у человека позитивного отношения к окружающему миру, желания вести здоровый образ жизни более эффективно, чем запугивание последствиями неадекватного социального поведения.

Специалистам, работающим с кризисными семьями, необходимо преподнести не только определенную сумму знаний, но и подвергнуть сомнению то, что раньше автоматически принималось – способствовать критическому исследованию своего собственного опыта, и этот анализ поможет каждому родителю глубже понять себя. Только в этом случае родители будут знать о том реальном мире, в котором растут их дети, уметь быть рядом с ребенком, разделяя его радости и сложности, обучая его преодолевать трудности, то есть, принимать этот мир, а не избегать его.

В зависимости от выявленных проблем в семье, составляется индивидуальная комплексная программа, цель которой помочь семье выйти из кризисной ситуации.

Планирование действий в кризисных ситуациях

К кризисам, которые могут повлиять на учащихся, преподавателей и администрацию школ относятся:

- несчастный случай с учащимся или преподавателем;
- самоубийство или смерть, грубое насилие (например, групповые «разборки»);
- захват заложников;
- пожар в школе или природные бедствия.

К некоторым типам кризисных ситуаций можно подготовиться, другие практически не оставляют времени для предварительного планирования.

Психологическая травма может изменить представления ребенка о мире и о себе. Под угрозой оказываются ощущения стабильности и безопасности мира. Реакция детей на травматическое событие зависит от тяжести ситуации, возраста детей, их психологических особенностей, навыков совладения с кризисными ситуациями. Эффективное поведение в ситуации кризиса уменьшает его негативное влияние на обучение и психическое здоровье, а также позволяет быстрее вернуться к нормальному существованию и предотвратить появление психосоциальных проблем.

Чаще всего педагоги образовательного учреждения задаются вопросами: что делать в первые минуты после чрезвычайной ситуации, что делать на следующий день, каким образом обеспечить психологическую безопасность?

В каждом *образовательном учреждении* необходимо иметь *четкий план действий* в кризисных ситуациях. Такой план должен охватывать разные аспекты безопасности учащихся, родителей и педагогов – физической, психологической и эмоциональной.

Антикризисный план должен включать в себя блоки: *организационный* (кто будет отвечать за планирование и порядок действия в чрезвычайной ситуации), *методический* (выявляются критерии для оценки эффективности

работы), **ресурсный** (материально-технические и кадровые). Каждый блок формируется с учетом следующих факторов:

- типы ситуаций, которые определяются образовательным учреждением, как чрезвычайные;
- признаки, определяющие кризисный характер событий;
- алгоритм действий (кто, где и как действует);
- определение, по каким критериям сортировать медицинскую и психологическую травму;
- выявление учащихся, родителей и педагогов, которым может потребоваться последующая консультация;
- порядок действий в отношении учащихся, педагогов, родителей, СМИ;
- какие дополнительные ресурсы могут быть использованы и каким образом;
- кто будет оценивать эффективность действий и необходимость доработки и изменения кризисного плана;
- какие обучающие тренинги для сотрудников необходимо провести;
- как будет происходить информирование о кризисной ситуации и плане действия в самом образовательном учреждении.

Планирование действий в ситуации кризиса, кроме того, должно включать:

- подготовку учителей и персонала, согласование планов действия с районными службами;
- по необходимости, вовлечение полиции, представителей гражданской обороны и чрезвычайных ситуаций, медицинских работников, службы социальной поддержки.

Чтобы план был результативным, необходимо предварительное ознакомление специалистов с планом поведения в ситуации кризиса, обсуждение технических и психологических моментов проведения мероприятий в кризисных ситуациях. При этом необходимо отметить, что никакой план, никакие профилактические меры не гарантируют полную безопасность, спокойствие, отсутствие экстремальных ситуаций в школе, но всегда возможно снижение вероятности возникновения кризисной ситуации, а также сохранение психического здоровья детей и взрослых.

Школьная антикризисная бригада

Когда общий план разработан, планируется ход действий, время, место, ответственный, технические средства и т.д. С целью разработки и реализации подобного плана действий в образовательных учреждениях возможно, а в некоторых случаях необходимо создавать школьные *антикризисные бригады*. Все функции в такой бригаде заранее распределены.

Члену бригады необходимо знать:

- кто отвечает за оповещение всех членов команды при необходимости;
- регулирует и выстраивает систему коммуникации;

- занимается контролем слухов;
- обеспечивает первую помощь (психологическую, социальную и медицинскую), взаимодействует со СМИ;
- отвечает за эвакуацию и перевозку;
- проводит индивидуальное и групповое консультирование;
- планирует и проводит работу с последствиями кризисной ситуации.

За каждую функцию должны отвечать один-два члена бригады. Важно помнить, что контактная информация о команде должна быть доступна и размещена около телефона, на доске объявлений и т.д. На эффективность работы антикризисной бригады будет влиять четкость и слаженность действий всех ее членов. С этой целью с членами антикризисной бригады регулярно проводятся тренинги. Педагоги должны иметь представление о естественных реакциях на стресс: разные люди могут реагировать очень по-разному в зависимости от возраста, индивидуальных особенностей, религиозных представлений, культурных ценностей.

Рекомендации по ликвидации последствий критической ситуации

При планировании шагов по оказанию помощи необходимо учитывать, как минимум три признака, определяющих первоочередность в оказании помощи:

1. Физическая близость к месту события: за пределами зоны бедствия, в пределах слышимости, рядом с зоной бедствия, в центре зоны бедствия;
2. Психологическая связь и родственные отношения: в помощи нуждаются те, кто идентифицирует себя с жертвой или уподобляется жертвам, знакомые, дальние родственники или близкие друзья, непосредственно семья;
3. «Группы риска», к которой относятся крайне чувствительные люди, переживающие сложный личный или социальный кризис, люди, потерявшие близких за последний год или имеющие свежую подобную травму.

Таким образом, в число лиц, прежде всего нуждающихся в помощи, попадают (по степени травматизации) — травмированные дети, семья, родители, свидетели события, друзья пострадавших, одноклассники, педагоги, персонал, администрация образовательной организации.

Часто помощь бывает, необходима родителям в понимании реакций ребенка на насилие и травму. Ребенок может переживать необоснованные страхи относительно будущего, может возникнуть расстройство сна, он может заболеть.

Учителя и персонал также должны получить помощь по восстановлению самоконтроля, возможности справиться со своими собственными чувствами, тревогами, реакциями на кризис. Консультирование бывает столь же необходимо взрослым, как и детям. Для

учащихся в случае необходимости должна быть предусмотрена возможность как краткосрочного, так и долговременного консультирования после кризисной ситуации. Следует помочь пострадавшим и членам их семей вернуться в образовательную среду.

Важно помнить о том, что в кризисной ситуации происходит разрыв целостности человека на всех четырех уровнях проявления им себя: когнитивном, ролевом, социальном и личностном:

1. **Когнитивный разрыв** проявляется в непонимании того, что произошло.
2. **Ролевой разрыв** можно рассматривать как неспособность пострадавшего исполнять свои функции в семье и на работе.
3. **Социальный разрыв** – отдаление от семьи и друзей.
4. **На личностном** уровне разрыв характеризуется как неспособность отдавать себе отчет в происшедшем физически или эмоционально.

Для того, чтобы преодолеть эти разрывы, прежде всего, необходимо:

- информирование, объяснение, структурирование, осмысление (эти шаги направлены на преодоление когнитивного разрыва);
- нахождение и предложение любой роли с целью мобилизовать его активность (ликвидация ролевого разрыва);
- помощь в нахождении контакта и поддержки (устранение социального разрыва);
- определение того, что не изменилось (личностный разрыв).

Учителя могут помочь учащимся справиться со своими реакциями на кризисную ситуацию целым рядом разнообразных форм деятельности в зависимости от возраста детей. В таких случаях эффективно распространение памяток об оказании помощи пострадавшим среди учащихся, родителей, персонала образовательной организации.

Для младшего школьного возраста рекомендуется игра, являющаяся неотъемлемым средством выражения чувств и переживаний ребенка, групповая дискуссия, элементы арт-терапии; чтение вслух; активные игры.

В более **старшем возрасте**, в средней школе, могут применяться арт-терапия, ролевое моделирование.

Важно, чтобы **специалисты** образовательных организаций отдавали себе отчет в том, что кризисная ситуация может в течение длительного времени влиять как на учащихся, так и на самих сотрудников. Проблемы дисциплины часто имеют корни в непроработанных переживаниях горя, потери, тревоги. Должно быть проведено, по крайней мере, одно групповое занятие со всеми сотрудниками, чтобы отследить динамику переживаний и дать возможность людям поделиться своими чувствами. Кроме того, проанализирован и пересмотрен кризисный план.

Направления работы педагога-психолога с родителями подростка

Главный стрессор для подростков – семейные конфликты, в которые включаются изменения гормонального фона, экологические стрессоры,

проблемы самоидентификации у подростков. В работе с родителями психолог образовательной организации:

- информирует о признаках психологического неблагополучия, о влиянии травматического события на психику ребёнка (как о закономерностях, так и возможных возрастных и индивидуальных реакциях, их динамике), о профессиональной помощи специалистов, работающих с травмой;
- консультирует родителей и даёт рекомендации по вопросам взаимоотношений с ребёнком;
- повышает психологическую компетентность родителей по вопросам суицида помогает избежать состояния растерянности и беспомощности, помогает предотвратить неадекватные реакции родителей на суицидальную попытку ребёнка;
- активизирует поддерживающие ресурсы семьи. Работает с чувствами родителей, возникшими в связи ситуацией (по их запросу).

Психолог включает родителей, как участников образовательного процесса на всех этапах профилактической работы, информирует родителей о возможных реакциях ребёнка на травму, о взаимодействии с ним, о ситуациях, когда взрослые могут справиться самостоятельно, когда, к кому и по каким адресам следует обратиться за профессиональной помощью.

Работа с семьёй подростка, оказавшегося в трудной жизненной ситуации, должна носить комплексный характер. Как правило, если в семье есть поддерживающие ресурсы, заинтересованность в помощи, отсутствует фактор алкоголизации, педагог-психолог может справиться сам. Если это неблагополучная, алкоголизирующая семья или семья, в которой один из родителей имеет психиатрический диагноз, педагог-психолог не справится самостоятельно. Необходимо разделить ответственность (на консилиуме) со специалистами службы сопровождения, медиками и др. В работе со случаем суицида психолог привлекает родителей на начальном этапе, по желанию подростка они могут присутствовать на последующих консультациях. Если суицидальная попытка напрямую связана с семейными отношениями, психолог осуществляет коррекционную работу, направленную на изменение детско-родительских отношений, направляет семью к семейному психологу. В случае необходимости направляет родителей к психиатру, наркологу и др. специалистам.

Профилактическая работа с родителями включает:

- информирование об особенностях подросткового возраста;
- развитие коммуникативной компетентности и формирование навыков конструктивного общения с подростком;
- обучение приемам и способам ненасильственного воспитания;
- формирования навыков разрешения конфликтных ситуаций;
- развитие эмпатии, рефлексии и личностной;
- развитие саморегуляции и обучение способам снятия эмоционального напряжения.

Сопровождение семьи в ситуации суицидоопасного поведения подростка

Алгоритм психологического сопровождения семьи:

1. Создание психологических условий для адекватного восприятия родителями ситуации, связанной с проблемами в развитии их ребенка;
2. Создание у родителей психологической готовности к длительной работе по его развитию, коррекции и поддержке личности подростка;
3. Освобождение родителей от чувства вины, преодоление стрессового состояния семьи (в первую очередь, угнетенного, часто депрессивного состояния матери);
4. Создание и поддержание по возможности нормального климата в семье (хотя бы непосредственно во время консультирования).

Три шага по восстановлению семейных связей:

1. Обеспечение безопасности подростка через выбор родителями мер, предотвращающих суицид:
 - Вовлечение и поддержка родителей суицидента;
 - Обеспечение взаимодействия между членами семьи и семьи с психологом;
 - Если нет возможности взаимодействовать с родителями – привлечение соседей, родственников;
 - Обеспечение госпитализации при необходимости.
2. Помощь в ведении открытого диалога между подростком и родителями. Помощь в сплочении семьи вокруг ребёнка.
3. Стимулирование открытого обсуждения проблем, спровоцировавших суицид. Система Дж. Сарджента:
 - Психолог присоединяется к родителям («Я понимаю ваше беспокойство»), подчеркивает их силы и положительные аспекты общения с ребёнком);
 - Психолог помогает родителям быть спокойными, проявлять заботу, понять причину («Что ты чувствовал?», «Что тебя привело к этому?», «У нас крепкая семья, и мы сможем тебе помочь»);
 - Психолог помогает родителям терпеливо выслушать подростка;
 - Психолог помогает родителям показать подростку, что они правильно его поняли, проясняет значение сказанного для каждого, побуждает родителей признать важность сказанного подростком для них и говорить об их готовности к изменениям.
4. Помощь родителям и подростку в приобретении личностной зрелости. Психолог помогает родителям и подростку определить конкретные изменения в поведении:
 - В чём теперь будет проявляться забота родителей о ребёнке (открытое общение, избегание гиперопеки, потакания, запрет рискованного поведения)?

- Родители будут поощрять подростка принимать на себя ответственность за свои поступки, неудачи не будут воспринимать как катастрофы;
- Родители будут заботиться о собственных потребностях (если суицид был связан с ответственностью за отношения с родителями);
- Родители не будут изображать из себя «правильных», а открыто смогут говорить о своих проблемах.

5. Трудности и ошибки в работе с семьей:

- Опасность восприятия родителей как злодеев, а ребёнка как жертвы.
- Родители снижают серьёзность суицида – («Тема серьёзная и Вам больно об этом говорить»);
- Агрессивная реакция родителей – психолог интерпретирует как беспокойство за подростка;
- Ребёнок замыкается – если родители слишком равнодушно слушали его, родители недостаточно убедительно говорят о том, что они готовы к изменениям («Я им верю»);
- Ребёнок минимизирует проблему – психолог: «Мне кажется, что говоришь это, чтобы отстали, но не можешь сказать о реальной проблеме», «Хочешь узнать, что родители думают на самом деле?», предлагает родителям представить самую страшную причину суицида, затем предлагает ребёнку раскрыть свою причину;
- Семья протестует против действий психолога – психолог слишком усилил эмоции.

Авторитетный стиль воспитания. Наиболее эффективен в воспитании подростков.

Признаки авторитетного стиля воспитания:

- Родители задают стандарты, но соотносят их с возможностями подростка;
- Родители эмоционально тёплые и устойчивые;
- В семье значимо самоуправление и саморуководство (родитель – помощник в самоуправлении);
- Родители обсуждают, объясняют, но не критикуют и не дают советов, если подросток не просит;
- Родители устанавливают правила и границы с учётом мнения подростка после открытых переговоров;
- Родители избегают ненужной борьбы за власть;
- Родители не воспринимают реакции подростков как личное оскорбление;
- Родители не защищают подростка от последствий его действий.

Следует помнить, что авторитетное воспитание – это характер взаимоотношений родителя с ребёнком, а не набор навыков. Психолог может использовать суицидальную попытку, предпринятую подростком как возможность для положительных изменений в семье и развитии ребёнка.

Культура и природа питания. Нарушения пищевого поведения у детей и подростков

Под пищевым поведением понимается ценностное отношение к пище и её приёму, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа (Менделевич, 2005). Иными словами, пищевое поведение включает в себя установки, формы поведения, привычки и эмоции, касающиеся еды, которые индивидуальны для каждого человека.

Пищевое поведение определяют не только потребности, но и полученные в прошлом знания. Хотя потребность в энергии и создает такое биологическое влечение, как чувство голода, на конкретное поведение (что человек будет есть) влияют сформировавшиеся привычки и стратегии мышления (Фрэнкин, 2003).

Нарушения пищевого поведения ещё не так давно были известны лишь узким специалистам в области психиатрии и клинической психологии. Однако за последнее десятилетие представления о нарушенном пищевом поведении, стали известны не только более широкому кругу специалистов, но и многим людям, которые не имеют никакого отношения к психологии и другим наукам о человеке.

Прежде чем начать подробно говорить о формах нарушений пищевого поведения, хотелось бы немного очертить контекст, в котором мы будем рассматривать нарушения пищевого поведения в детском и подростковом возрастах. Нас главным образом интересуют факторы риска развития нарушений пищевого поведения, критерии диагностики, а также формы возможной терапии и коррекции нарушений пищевого поведения.

Чтобы начать размышлять о нарушениях питания, необходимо остановиться на понимании того, что представляет собой процесс поглощения пищи, что такое питание с точки зрения психолога. С точки зрения физиолога всё достаточно очевидно, питание – это форма пополнения энергетических ресурсов организма. Для психолога все выглядит сложнее.

Питание можно рассматривать в следующих контекстах:

- контакта с миром (первая форма контакта наряду с дыханием);
- формы режимного отсчёта (приёмами пищи часто регламентируется режим дня ребенка и взрослого);
- отношений в семье и особенно отношений с матерью как с основным «кормильцем»;
- проекции семейной истории и традиций страны, народности;
- пищевой моды, что особенно характерно для детей младшего школьного и подросткового возраста.

Даже такой краткий список контекстов для анализа проблем питания показывает, что разные формы нарушения питания (ребёнок или взрослый не желает следовать традициям, отказывается от привычной формы контакта, искажает восприятие пищи, не принимает то, что дают ему близкие) – это

уже симптом какого-то более глубокого психологического процесса, нежели просто нарушение аппетита.

В своей практике детские психологи особенно часто встречаются с разными формами симптомов, которые могут говорить о чём-то, что происходит в жизни ребенка и может быть закодировано в симптоме. Поэтому важно не только знать, какие симптомы к какой форме пищевого расстройства относятся, но и уметь размышлять в контексте языка симптома, учиться декодировать пищевые симптомы ребёнка, а также взрослого человека и семьи в целом. Кроме того, нужно помнить, что варианты различных симптомов постоянно расширяются, а список расстройств пищевого поведения неуклонно растёт.

Дифференциальная диагностика пищевого нарушения у детей и подростков

Обратимся к диагностическим критериям разных форм пищевых расстройств. На данный момент многие исследователи признают, что диагностические критерии пищевых расстройств далеки от совершенства. В особенности это касается диагностики детей младшего школьного и подросткового возраста. Эта проблема выражена наиболее ярко, так как связана с объективными сложностями самоотчета и сложностью сбора информации.

Помимо прочего, расстройства пищевого поведения почти всегда сопровождаются симптомами депрессии или тревоги, а также разными формами зависимостей. Это характерно для подростков и для взрослых и также может усложнять диагностику.

Анорексия

В своих основных симптомах анорексия подростков схожа с расстройством, которое может быть обнаружено у взрослых. Собственно, диагноз «анорексия» редко ставят детям младше 12 лет, но тем не менее первые симптомы анорексии изредка встречаются уже в возрасте семи-восьми лет.

Нервная анорексия, согласно диагностическим критериям МКБ-10, характеризуется следующими проявлениями:

- Желание постоянно снижать вес и отказ поддерживать массу тела на уровне минимальной нормы для данного возраста и роста. Если при начале болезни потеря веса достигается за счет ограничения общего количества пищи, отказа от высококалорийных и жирных продуктов, то в дальнейшем к этому могут присоединиться очистительные процедуры (вызывание рвоты, неоправданное применение мочегонных и слабительных средств). Используется также чрезмерная физическая активность;

- сильный страх перед увеличением массы тела или возможностью потолстеть, даже если вес не достигает нормы. Важно отметить, что этот

страх не уменьшается при постоянном процессе снижения веса, а даже усиливается по мере дальнейшего похудения;

- нарушение восприятия собственного веса или формы тела, чрезмерное влияние веса и формы тела на самооценку (дисморфомания/дисморфофобия);

- начавшаяся в предпубертатный период нервная анорексия может привести к позднему появлению менструации. Если анорексия появляется уже в период половой зрелости, то при сильной потере веса одним из симптомов становится аменорея (отсутствие месячных в течение нескольких менструальных циклов).

В детском и раннем подростковом возрасте не все диагностические критерии анорексии могут быть обнаружены. Возникают сложности при попытках оценить влияние расстройства на когнитивную и эмоциональную сферу. Нельзя использовать критерий аменореи как одного из важнейших при диагностике анорексии у взрослых. Также, в связи со сложностями самоотчета, нельзя достоверно оценить степень выраженности дисморфомании и депрессии. Кроме того, дети просто не могут оценить степень влияния отказа от пищи на их физическое и эмоциональное состояние, тогда как для подростков и юношей, страдающих анорексией, искажение понимания ущерба является диагностическим критерием.

В младшем школьном возрасте дети в большей степени используют навязчивые действия, т.е. очень строгие и жесткие ограничения и самоконтроль в сфере физических упражнений, тогда как «взрослая» болезнь больше проявляется в отказе от пищи. У мальчиков, страдающих анорексией, симптомы болезни в первую очередь проявляются в чрезмерных физических нагрузках.

Булимия

Название болезни происходит от греческого *bous limos*, что означает «бычий голод». Это заболевание впервые может встретиться в возрасте 13 лет, однако описаны единичные случаи болезни, проявившиеся в 11-12 лет, но все такие случаи наблюдались у девочек после первой менструации. Таким образом, булимия проявляется позже, нежели анорексия, и крайне редко обнаруживается у подростков до наступления половой зрелости.

Булимию характеризуют следующие признаки:

- приступы неуправляемого аппетита, обильного поглощения пищи, ощущение отсутствия контроля над процессом приёма пищи (более двух раз в неделю);

- приступы переедания сопровождаются острым чувством вины и стыда.

- за приступами обжорства следуют попытки избавиться от съеденного.

Подростки используют разные формы очистительного поведения – искусственно вызываемую рвоту, чрезмерное использование слабительных

или мочегонных средств. Для снижения веса после обильных трапез прибегают к строгой диете и чрезмерным физическим нагрузкам.

В отличие от анорексичных подростков, подростки, страдающие булимией, обычно держат вес в пределах нормы для их возраста и роста. Тем не менее симптомы дисморфофобии являются схожими. Кроме того, подростки боятся набрать вес, отчаянно хотят похудеть, недовольны размерами и формой своего тела. Присутствуют и физиологические нарушения, вызываемые эпизодами «чистки», такие как нарушения баланса электролитов, заболевания желудочно-кишечного тракта, а также стоматологические заболевания.

Как и в случае анорексии, основные критерии детской и подростковой булимии соответствуют критериям расстройства, встречающегося у взрослых. Однако и здесь мы встретим сложности диагностики, связанные с когнитивной незрелостью детей и подростков, а также с невозможностью вычленить основной поведенческо-когнитивно-эмоциональный комплекс булимии: острый аппетит – переедание – чувство вины и ощущение потери контроля – вызывание рвоты или иные формы очистительного поведения.

Сложность ранней диагностики связана ещё и с тем, что вред, который подросток может наносить своему здоровью, часто не очевиден окружающим его взрослым, поскольку вызывание рвоты и прием препаратов для «очищения» организма от последствий пищевых приступов, как правило, совершаются подростками в строгой тайне и долгое время, не имеют внешних проявлений.

Факторы риска развития нарушений пищевого поведения и первые симптомы расстройства

Для психолога, работающего с детьми и подростками, особенно важно выявлять первые симптомы именно специфических расстройств питания, которые потенциально можно предсказать уже в младшем школьном возрасте, а также факторы риска развития нарушений питания. К таким факторам риска относятся в первую очередь особенности характера личности ребенка, семейная предрасположенность и специфика семейной системы, в которой растет ребёнок. Кроме того, сам подростковый возраст является фактором риска, что связано с задачами развития в данном возрасте.

Характер ребёнка.

Когда мы говорим о характере ребёнка как о факторе риска для развития расстройства пищевого поведения, то подразумеваем некоторые устойчивые особенности его личности, которые были у него на протяжении всей жизни. Это особенности, которые при наложении на проблематику подросткового возраста становятся фактором риска развития нарушения пищевого поведения.

К таким особенностям относятся стремление нравиться окружающим и получать одобрение, обсессивность и склонность к обсессивным реакциям,

эмоциональная лабильность и ригидность эмоциональных реакций, зависимость самооценки от внешних факторов.

Стремление нравиться окружающим, быть одобряемым и принимаемым в некоторой степени свойственно всем людям, независимо от возраста. Однако если желание нравиться, быть «хорошим» является основным средством, с помощью которого ребёнок и подросток удовлетворяет свои потребности, то данная особенность может становиться проблемной чертой характера: если подросток крайне сильно зависим от того, насколько он «хороший», то данная черта уже становится фактором риска. Это связано с тем, что в такой ситуации ребёнок не ощущает в себе возможности удовлетворять свои потребности самостоятельно, ему для этого нужно что-то дополнительное, внешнее, будь то лояльность родителей, учителей или сверстников. Далее стремление быть «хорошим», вполне вероятно, будет переходить в желание быть всё лучше и лучше, что, в свою очередь, может реализовываться через улучшение своего внешнего вида, фигуры и провоцировать развитие нарушений пищевого поведения.

Обсессивность и склонность к обсессивным реакциям – одна из форм невротических реакций, которые могут быть свойственны детям, находящимся в группе риска развития нарушений пищевого поведения, склонность к обсессивному мышлению, компульсивным реакциям, ритуалам. Тревожность ребёнка/подростка при определённых обстоятельствах может разряжаться через навязчивые ритуалы, мысли и действия. В попытках справиться со страхами или тревогой дети могут формировать какие-то ритуальные действия, самостоятельно придумывать ритуалы, при выполнении которых тревога на время отступает.

В случае если ребёнок, склонный к обсессивным реакциям, примет решение снижать вес или сформирует сверхценную идею относительно каких-то правил питания, возникает высокий риск развития стойкого расстройства питания. Здесь же следует отметить ригидность мышления как связанную с обсессивностью специфику организации мыслительных процессов. Ригидность мышления может усложнять процесс психотерапии и психологической коррекции в случае нарушений пищевого поведения.

Специфика эмоциональной сферы.

Тревожность ребёнка может быть фактором риска для развития нарушений питания, поскольку тревожный ребенок постоянно ищет способ эту тревогу «усмирить», что порождает разные формы невротических реакций, которыми могут быть разные формы obsessions, сверхценных идей и т. п.

Здесь ещё стоит упомянуть о противоречивой и опасной особенности эмоциональной проблемы ребёнка – эмоциональной лабильности на фоне ригидности. Эмоциональная лабильность – это особенность нервной системы, для которой характерна неустойчивость настроения, т. е. стимул, который может сменить настроение с хорошего на плохое, может быть крайне слабым, незаметным для окружающих. При этом в случае ригидности эмоций человек будет надолго «застрывать» в негативном настроении,

сопротивляться попыткам окружающих поднять его настроение, порадовать. Таким образом, наложение данных особенностей на подростковый возраст создает риск развития депрессивного состояния или расстройства.

Такие дети, впрочем, как и взрослые с подобными особенностями, испытывают сильные страдания, а также чувство бессилия и беспомощности перед своими эмоциями, которые их захватывают. В данной ситуации риск развития нарушений питания также высок. Это связано, во-первых, с тем, что еда, особенно сладкая и обильная, дает временное ощущение облегчения страдания. Известно, что метаболиты глюкозы используются для синтеза серотонина и сладкое дает краткосрочное изменение фона настроения. Однако при регулярной сахаротерапии неизбежно начинает увеличиваться вес. Это, в свою очередь, провоцирует подростка, с одной стороны, на поиск средства снижения веса, а с другой – снижает фон настроения. Таким образом может сформироваться замкнутый круг, причиной которого является специфика эмоциональной сферы, а результатом может стать булимия, анорексия или компульсивное переедание.

Низкая самооценка является, по сути, общим местом и фактором риска развития самых разных расстройств и неврозов. Однако в контексте нарушений пищевого поведения данный феномен играет особую роль. Низкая самооценка на фоне других обстоятельств является фактором, который может форсировать формирование нарушений. Другими словами, если ребёнок считает себя ненужным, некрасивым, то он существенно более податлив любым идеям преобразования и улучшения себя, а именно в этих идеях берёт своё начало мотивы снизить вес или изменить свое питание.

При этом важно понимать, что особенности характера ребёнка могут иметь совершенно разные степени выраженности. Ребёнок с характером, в котором заложены факторы риска для развития нарушения пищевого поведения, может развить их, а может и не развить, и здесь уже многое зависит от той среды, в которой он развивается.

Подростковый возраст.

Следует заметить, что сам подростковый возраст является фактором риска для развития нарушений пищевого поведения. Это связано в первую очередь с тем, что меняется тело и характер подростка. Лавинообразные изменения, которые обрушиваются на ребёнка, могут стать сильнейшим фактором риска для развития нарушений пищевого поведения и других форм расстройств. При этом если в младшем школьном возрасте имели место такие особенности характера, как обсессивность, желание нравиться другим, потребность в контроле, депрессивность и т. п., то в период подросткового кризиса уровень риска развития нарушений пищевого поведения возрастает. Если говорить о том, что является первым шагом на пути к расстройствам пищевого поведения, то это попытка сравнить свой внешний вид с другими и соотнести себя с какой-то группой (красивая/некрасивая, модная/немодная, стройная/полная и т. д.). По сути это именно те вопросы, которые становятся центральными в подростковом возрасте. Подростковый возраст – это период, когда ребёнок начинает не просто быть «объектом» оценки со стороны

учителей и взрослых, но начинает сам себя оценивать, сравнивать, критиковать. Таким образом, этот возраст – прекрасная почва для развития именно расстройств пищевого поведения. Это связано ещё и с тем, что подросток не просто пытается сравнить и оценить себя, он ищет способы менять себя и «делать» себя.

Внешний вид подростков – зона, которая становится своего рода «рупором». Через свой внешний вид подросток пытается сообщить что-то окружающему миру. И если некоторые выбирают своеобразную одежду, чтобы показать, что они принадлежат к какой-то группе, то часть детей, желая примкнуть к «красивым», начинает экспериментировать с питанием. Внешний вид помогает формировать идентичность через ассоциирование себя с группой.

Таким образом, уже только этого достаточно для появления риска развития пищевого нарушения как результата попыток изменения себя и адаптации себя, своего тела под идеал желаемой группы.

В подростковом возрасте формируется идентичность, ребёнок исследует свои особенности, задает себе вопросы и сам отвечает на них: «Кто я?», «Какой я?» и, что особенно важно для темы расстройств пищевого нарушения, «Каким я хочу быть?». Формируется иллюзия «Буду стройной – стану красивой» и т. д.

Кроме того, важнейшим для подросткового возраста является процесс общения со сверстниками, построения первых отношений с противоположным полом. И здесь, разумеется, тема красоты, стройности (особенно для девочек) является средством достижения успеха.

Подростковый возраст в психологическом смысле является периодом, когда развитие становится стремительным и интенсивным. Однако заметные изменения происходят не только в поведении подростка. Это период сильных физических изменений, которые порой становятся причиной сложного отношения подростка к своей внешности.

В подростковом возрасте можно наблюдать существенные физические изменения – скачки роста, которые проявляются в резком возрастании темпа физического роста ребёнка. Девочки (основная группа риска для развития нарушений пищевого поведения) первыми прибавляют в росте. Кроме того, у них раньше появляются женственные формы, что вызывает массу чувств и переживаний, поводов для оценки себя и сравнения себя с другими, первых мыслей о своих размерах, а, следовательно, о методах их коррекции.

Разумеется, скачок роста – психологически непростой феномен, это сильное физическое изменение, к которому нужно адаптироваться. Причем адаптироваться нужно не только самому подростку, но и близким, которые его окружают, а также сверстникам. Скачок роста вызывает сильное смущение как у подростка, так и у окружающих. Подростку приходится привыкать к своему новому телу; кому-то это дается легко, кому-то сложнее.

Согласно исследованиям, именно период полового созревания является фактором риска для появления первых симптомов расстройства пищевого поведения. У подростка, стоящего на пороге изменений своей жизни, часто

именно контроль массы тела является метафорическим способом контроля этих неконтролируемых изменений. Психологи рассматривают анорексию как способ остаться ребёнком, ведь одним из диагностических критериев является именно наступление аменореи, т.е. девушка телесно как бы возвращается в доподростковый возраст, снова становится девочкой. Часто это происходит в связи с тем, что роль девушки, возможность идентифицировать себя с женщиной бессознательно очень пугают девочку-подростка, а ограничения в питании дают возможность влиять на этот процесс. Таким образом, анорексию можно рассматривать как попытку затормозить наступающие изменения.

Причины сопротивления взрослению у девочек могут быть самыми разными. Это либо личностные особенности, либо семейная ситуация – конфликтность родительской пары и т. п.

Общение со сверстниками.

Также фактором риска возникновения нарушений пищевого поведения является ценность общения со сверстниками, социальной успешности. Девочки-подростки в компаниях начинают сравнивать друг друга, и критерий стройности является строгим мерилем «качества».

Заметим, что девочки, которые имели лишний вес с более раннего возраста, реже попадают в группу риска по пищевым расстройствам. Такие дети уже с детства адаптируются, хотя зачастую и дисфункционально, к своим особенностям. Напротив, очень стройные девочки или девочки с нормальным телосложением оказываются в группе риска, и именно таким детям в первую очередь приходит в голову идея «сесть на диету», начать голодать. На фоне интенсивного роста любые способы коррекции веса могут стать триггером для расстройства пищевого поведения (при наличии других факторов риска).

Особенности семейной ситуации как фактор развития расстройств пищевого поведения.

Семейная ситуация, в которой растёт ребёнок, также является фактором риска для развития нарушений пищевого поведения. Этот риск становится более выраженным при наступлении именно подросткового возраста.

Если говорить о нарушениях питания, то сложности, связанные с отказом от пищи, чаще встречаются при гиперопекающем, контролирующем стиле воспитания. И, напротив, сложности, связанные с перееданием, булимией и компульсивным перееданием, обнаруживаются у детей, которые испытывали дефицит внимания со стороны близких, особенно со стороны матери. При этом, говоря о нарушении питания в целом, большинство исследователей указывают, что дети, у которых впоследствии будут развиваться нарушения пищевого поведения, испытывают недостаток близкого контакта с родителями. При этом такие дети за счёт своей потребности «нравиться», как правило, хорошо учатся и не доставляют родителям других сложностей. Именно эмоциональная холодность, недоступность матери является важной отличительной чертой семей, в

которых у детей может развиваться анорексия или другие формы нарушений пищевого поведения.

Говоря о семейных факторах риска для развития нарушений пищевого поведения детей, следует упомянуть о том, что любые дисфункциональные способы коммуникации в семьях, высокая конфликтность родительской пары, зависимость одного из родителей, созависимые отношения в родительской паре могут стать факторами риска развития нарушений пищевого поведения в подростковом возрасте.

Таким образом, отдельные особенности жизни и развития в подростковом возрасте, которые присутствуют в жизни любого ребёнка, в сочетании с дисфункциональной семейной системой могут стать факторами риска формирования расстройств пищевого поведения.

Особенности психолого-педагогической работы с детьми и подростками с расстройствами пищевого поведения

Прежде чем начать рассматривать методы психологической работы с расстройствами пищевого поведения, важно отметить следующий момент: в связи с тем, что пищевые расстройства являются чрезвычайно опасными для здоровья ребёнка, необходимо, чтобы при работе с пищевыми проблемами психолог консультировался с психиатром, находился в постоянном контакте с ним.

Сталкиваясь с проблемами пищевых нарушений у детей и подростков, родители в большинстве случаев не понимают важности происходящего и не могут вовремя заметить надвигающуюся проблему. Пищевые нарушения формируются постепенно, и, как правило, к психологу родители обращаются уже тогда, когда проблема становится очевидной и сильно выраженной, часто очень запущенной. Как мы уже отмечали, расстройства питания, особенно характерные для подросткового возраста, с одной стороны, трудно поддаются диагностике в связи с особенностями возраста (сложно оценить ощущения, трудно дать полноценный отчёт о намерениях и планах). С другой стороны, подростки утаивают симптомы, а кроме того, сегодня стали социально желательными и одобряемыми все действия, связанные с коррекцией питания, а также любые действия по поддержанию себя в «форме».

Задача психолога при столкновении с проблемами пищевого нарушения у ребёнка младшего школьного возраста или подростка – понять, какой риск для здоровья ребёнка существует и какой вред уже нанесен его физическому состоянию. Такую информацию необходимо получить и исследовать совместно с педиатром. Кроме того, важно понимать, что область применения психологической коррекции при наличии нарушений пищевого поведения весьма ограничена, хотя и обширна.

В ситуациях, когда нарушения пищевого поведения подвергаются только медицинскому лечению, прогноз по излечению, как правило, неудовлетворительный. В сочетании с психологической работой можно

добиться более высоких результатов. В связи с тем, что нарушения пищевого поведения, в особенности анорексия и булимия, вызывают крайне серьезные медицинские последствия вплоть до летального исхода, в случае обнаружения психологом этих симптомов необходима консультация психиатра.

Одним из основных и наиболее результативных подходов к работе с нарушениями пищевого поведения заслуженно считается системно семейный. Когда мы говорим о «лёгких» формах пищевых расстройств, часто именно отношения между членами семьи, а также отношения ребёнка с другими членами семьи либо провоцируют нарушения питания, либо являются ресурсом для коррекции, а чаще всего совмещают эти две негативные функции. Безусловно, в данной парадигме необходима специальная подготовка, и потому есть смысл остановиться на некоторых понятиях, которые особенно важны при работе в семейном системном подходе.

Нарушение питания подростка или ребенка младшего школьного возраста – симптом, так или иначе связанный со всеми членами семейной системы, в которой развивается ребёнок. Семья как отдельный организм, функционирующий по законам системы, может быть определённым образом «заинтересована» в том, чтобы симптом существовал. Другими словами, «вторичная» выгода от симптома нужна всей семье, и для системы, основная задача которой – сохраниться и выдержать баланс между тенденциями гомеостаза и развития, «выгода» больше, чем ущерб, который переживает отдельный ребёнок в данной семье. Поэтому для работы в контексте семейной системы необходимо вовлекать в работу не только родителя, который обратился за помощью к психологу, но и остальных членов семьи. Важно исследовать наличие симптома с позиции всей семьи.

Идентифицированным пациентом (носителем семейного симптома) часто становится именно ребёнок, поскольку он наиболее чувствителен к неосознаваемым процессам в семейной системе. Пищевые расстройства становятся семейным симптомом либо, когда тема стройности имеет особую ценность в семье, либо, когда присутствуют тенденции к гиперконтролю. В случае с гиперконтролем пищевые расстройства могут также «разыгрывать» сюжет власти: подросток перестает нормально питаться, как бы демонстрируя, что не вся власть в семье принадлежит родителям. В случае с булимией очищение организма после «пищевого приступа» также является формой обретения контроля, обмана контролирующего родителя.

Таким образом, тема расстройств пищевого поведения в детской и подростковой среде весьма актуальна на сегодняшний день. Для того, чтобы вовремя оказать необходимую помощь ребёнку – важно понимать природу и особенности происхождения расстройства пищевого поведения, а также причины его возникновения. С целью коррекции обнаруженного того или иного вида расстройства пищевого поведения необходимо оказание своевременной профессиональной медицинской и психологической помощи

ребѣнку во избежание дальнейшего пагубного воздействия данного расстройства на здоровье и благополучие ребѣнка.

Литература

1. Алмазов, Б.Н. Социальное отчуждение. (Психолого-педагогический аспект.) / Б.Н. Алмазов – М.: Дата Сквер, 2010 г.
2. Болотова Н.П. Понятие семьи и ее характеристики / http://www.psychology-corner.ru/view_article.php?id=14.
3. Боулби Дж. Привязанность. Москва: Гардарики, 2003 г.
4. Вахмистров А.В., Вознесенская Т.Г., Посохов С.И. Клиникопсихологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2001, № 12.
5. Выготский Л. С. Педология подростка; изд-во БЗО 2 МГУ.
6. Гаранян Н.Г. Перфекционизм и психические расстройства (обзор зарубежных эмпирических исследований). // Современная терапия психических расстройств. – 2006, № 1.
7. Емельянова Е. В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования. СПб.: Речь, 2004 г.
8. Коньшев В. А. Питание и регулирующие системы организма. М., 1985.
9. Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В. В. Нервная анорексия. М., 1986.
10. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. Справочник практического психолога. М., 2007.
11. Меннингер К. Война с самим собой. М., 2000.
12. Нардонэ Д., Вербиц Т., Миланезе Р. В плену у еды. М., 2010.
13. Николаева Н. О., Мешкова Т.А. Нарушения пищевого поведения: социальные, семейные и биологические предпосылки. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2011, № 1 (11).
14. Николаенко А., Романова Е. Смертельная диета. М., 2007.
15. Реан А. А. Психология подростка. Полное руководство. СПб.: Прайм-Еврознак, 2003 г.
16. Сакович Н. «У последней черты». Школьный психолог № 11, 2011 г.
17. Сатир В. Как строить себя и свою семью / В. Сатир / Пер. с англ.: улучш. Изд.- М.: Педагогика – Пресс, 1992.
18. Фромм, Э. Искусство любить / Э. Фромм / Пер с англ.; Под ред. Д.А. Леонтьева.- 2-е изд. – СПб.: Издательский Дом «Азбука-классика» 2007 г.
19. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследования и применения). СПб., 1997.
20. Хорни, К. Невроз и рост личности. Борьба за самореализацию. / К. Хорни / Пер. с англ. Е.И. Замфир. - М.: Академический проект, 2008.
21. Шнейдер Л. Б. Девиантное поведение детей и подростков. М.: 2005.
22. Штейдман Э. Душа самоубийцы. М.: Смысл, 2001.
23. Эйдемиллер, Э.Г., Юстицкис, В. Психология и психотерапия семьи. / Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. - 3-е изд.- СПб.: Питер, 2002.