

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
( Н И У « Б е л Г У » )

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК терапевтических дисциплин**

**РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ОКАЗАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ  
ПОМОЩИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Дипломная работа студентки

очной формы обучения  
специальности 31.02.01 Лечебное дело  
4 курса группы 03051520  
Лиманской Яны Валерьевны

Научный руководитель  
к.б.н., преподаватель Кычина Е.С

Рецензент  
Старшая медицинская сестра  
Неврологического отделения  
ОГБУЗ «Шебекинская ЦРБ»  
Шатова.Л.Ф.

БЕЛГОРОД 2019

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ПРОБЛЕМЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАССТРОЙСТВОМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	5
1.1.Понятие, этиология, патогенез расстройства пищевого поведения .....	5
1.2.Клиника расстройства пищевого поведения, история развития .....	8
1.3. Организация и проведение лечебно-диагностической помощи и ухода за пациентами с расстройством пищевого поведения, профилактика заболевания .....	21
ГЛАВА 2 «ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ ФЕЛЬДШЕРА В ВЫЯВЛЕНИИ ФАКТОРОВ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКИ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ» .....	28
2.1 Характеристика базы исследования .....	28
2.2 Анализ результатов анкетирования.....	29
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	39
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	40
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	42
Приложение 1 .....	43

## ВВЕДЕНИЕ

С каждым днем растет количество заболеваний расстройства пищевого поведения.

Стиль питания является отражением эмоционального и физического состояния человека. Удовлетворение голода вызывает чувство безопасности и благополучия. Расстройство питания - сложная проблема, сочетающая в себе психологические и физиологические факторы. Физиологический фактор – это проблема, которая связана с нарушением метаболизма, кахексией, усиленной физической нагрузкой на организм. Психологическим фактором являются тяжелые эмоциональные переживания и проблемы с социальной адаптацией и контролем поведения. Основными видами расстройств пищевого поведения являются компульсивное переедание, нервная анорексия и булимия. Эти виды сочетают в себе следующие параметры: заботу о контроле собственного веса, искажение образа своего тела, изменение ценности пищи в иерархии потребностей человека.

**Актуальность проблемы:** в настоящее время проблема расстройства питания стала особенно актуальной во всем мире в связи с быстрым ростом числа людей, которые имеют избыточный вес или имеют повышенное желание похудеть. Культ пищи, переедание или наоборот диетомания, острое внимание людей, особенно молодежи, к своему телу и внешнему виду, следование завышенным стандартам красоты являются дефектными формами психоэмоциональной адаптации человека к современной жизни.

**Цель:** определение этапов организации, методов и оказание психологической помощи фельдшером людям с расстройством питания.

**Объект исследования** – пациенты с расстройством пищевого поведения.

**Предмет исследования** - статистика исследования нарушения питания.

**Гипотеза:** оказание психологической помощи людям с нарушением питания будет эффективно, если будут проведены:

- первичная профилактика, которая предусматривает здоровый образ жизни (организация правильного режима дня и питания, спорта),
- предупреждение обострений нарушения питания

**Задачи исследования:**

1)Изучить, теоретически обосновать проблему людей с расстройствами пищевого поведения;

2)Определить роль фельдшера в оказании психологической помощи, влияющей на формирование навыков по улучшению качества жизни пациента с расстройствами пищевого поведения;

3)Изучить, определить и реализовать условия организации оказания психологической помощи, направленной на профилактику, как условия формирования навыков по улучшению качества жизни пациента с расстройством питания.

**Методы исследования:**

1. общетеоретический;
2. статистический;
3. аналитический;
4. анкетирование.

**База исследования:** ОГБУЗ «Областная клиническая больница святителя Иосафа» г . Белгорода.

**Время исследования:** 2019 год.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ПРОБЛЕМЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАССТРОЙСТВОМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ.

## 1.1. Понятие, этиология, патогенез расстройства пищевого поведения

Пищевое поведение включает в себя индивидуальные привычки человека, связанные с едой, эмоции, полученные от пищи, разнообразие продуктов. Пищевые привычки складываются из обычаев семьи, жизненного опыта, религии, тенденций моды, экономических и личных причин. Психологический аспект также оказывает большое влияние на режим питания. Например, потребность в еде может быть вызвана хорошими эмоциями ( радость, смех) или негативными ( страх, грусть). Расстройство пищевого поведения - группа психогенных поведенческих синдромов, характеризующихся отклонениями при употреблении пищи. Среди них выделяют основные заболевания: психогенное переедание, анорексию и булимию. Причины нарушения питания.

-Психологические особенности. Расстройства формируются на основе эмоциональной неустойчивости, вины, низкой самооценки, внушаемости, зависимости от мнения окружающих.

-Микросоциальные условия жизни. Важную роль в формировании расстройства пищевого поведения играют семейные пищевые привычки – отсутствие режима питания, пристрастие к сладким продуктам, а также методы воспитания – чрезмерная забота, авторитаризм, использование продуктов питания в качестве инструмента для наказания или поощрения. В подростковом и молодом возрасте замечания родителей, сверстников, супругов относительно внешности становятся значимыми.

-Стресс. Психогенное повышение или снижение аппетита, механическое обжорство без голода возникают как способы компенсации эмоционального

стресса. Постепенно изменение приема пищи и его результат становятся независимыми источниками стресса.

-Социальная ценность. Непосредственно навязанные "идеалы" красоты-стройности, хрупкости, худоба формируют пищевые расстройства.-  
Наследственная предрасположенность. Генетически передаются особенности физиологических процессов, которые формируют основу извращенного, пониженного или повышенного аппетита, развития полноты. К ним относятся гормональный дисбаланс, нарушения передачи нейромедиаторов.-  
Психические заболевания. Они часто выявляются при шизофрении, биполярном расстройстве, депрессии, психопатии. Такие случаи характеризуются выраженными клиническими признаками, резистентностью к терапии [3].

Диагностика. Первичное диагностическое обследование часто проводят через 1-3 года после возникновения расстройства, когда пациент обращается к врачу из – за появления соматических симптомов-желудочно-кишечных расстройств, значительного изменения веса, слабости. Диагностика проводится психиатром, клиническим психологом, соматическими специалистами. Специфическими методами исследования являются:

1.Беседа. Психиатр выясняет историю болезни, симптомы заболевания. Спрашивает о привычках питания, отношении пациента к своей внешности и существующих стрессовых ситуациях. Разговор может проводиться в присутствии близкого родственника, так как сами пациенты склонны отрицать наличие расстройства и лежащих в его основе психологических проблем.

2.Личностный опросник. Исследование направлено на выявление черт характера, эмоциональных состояний, социальных проблем, способствующих развитию расстройства питания. Определяется низкая самооценка, зависимость от мнения окружающих, склонность к самообвинению, стрессу, психологическая дезадаптация.

3.Проективные методики. Помимо опросников проводятся тесты на рисование и интерпретацию. Позволяют выявить скрытые пациентом негативные тенденции-страх набрать вес, отторжение собственного тела, потребность в положительной оценке окружающих, импульсивность, отсутствие самоконтроля. Применяется тест выбора цвета, рисунок "Автопортрет", тематический апперцептивный тест. С целью дифференциальной диагностики-разграничения психогенных расстройств с соматическими заболеваниями-назначается консультация гастроэнтеролога, невролога, нефролога, гематолога, терапевта. Перечень диагностических методов определяется с учетом клинической картины осложнений. Проводятся лабораторные исследования, инструментальные исследования желудочно-кишечного тракта и других внутренних органов.

Патогенез. Патологические изменения в расстройствах питания происходят на двух уровнях-психическом и физиологическом. Изначально существует конфликт между основной потребностью в еде и реальными человеческими желаниями, возникающими в результате социальных отношений, адаптации к стрессу, самооценки. Желание формирует одержимость, определяющую мотивы и поведение. При анорексии доминирует идея похудения, при нервной булимии – страх набрать вес, при психогенном переедании – желание расслабиться, избежать стресса. Вслед за психическими изменениями нарушается процесс переработки и усвоения пищи, развивается дефицит питательных веществ [1].

Классификация расстройств пищевого поведения:

-Нервная анорексия. Для нее характерны: доминирующая идея похудения, строгие ограничения по объему и калорийности пищи, истощение. Сопровождается риском смерти.

-Нервная булимия. Проявляется приступами переедания с последующим чувством вины и насильственным избавлением от пищи посредством рвоты и применением слабительных и мочегонных средств. Вес остается стабильным или медленно увеличивается.

-Компульсивное переедание. Обжорство возникает в ответ на стрессовую ситуацию, фиксируется в поведении как способ избавления от стресса.

-Психогенная рвота. Приступы развиваются на фоне сильных эмоций. Сопровождают соматоформные заболевания, ипохондрические и диссоциативные расстройства, беременность.

-Поедание несъедобного неорганического происхождения. В эту группу входят взрослые, питающиеся мелом, глиной, листьями несъедобных растений. Нарушения приводят к серьезным соматическим заболеваниям.

-Психогенная потеря аппетита. Тяга к пище уменьшается при длительной депрессии, интенсивных переживаниях, сопровождающих психотравму.

## **1.2. Клиника расстройства пищевого поведения, история развития**

Компульсивное переедание-это постоянное неумеренное неконтролируемое поглощение огромного количества пищи в течение небольшого часового периода, происходящее на нервной почве.

Компульсивное переедание характеризуется длительным приемом пищи (до 2 часов), при этом количество пищи значительно больше, чем среднестатистический человек способен съесть за данный период времени в аналогичных обстоятельствах. При обжорстве человек теряет контроль во время еды, он не может остановиться и не может контролировать количество съеденного [8].

Признаки психогенного переедания.

1. Частое желание наполнить желудок как можно больше, независимо от того, есть ли чувство голода.
2. Получение полного удовлетворения только после приступа обжорства.
3. Постоянные навязчивые мысли о еде. Мысли о предстоящем меню на завтрак или обед вызывают полное удовольствие и предвкушение.

5. Отсутствие адекватного восприятия себя: зависимый от пищи не замечает в себе излишней худобы или ожирения.
6. Постоянное чувство вины после переедания. Часто попытки компенсировать чувство вины либо другими перееданиями либо слишком строгими ограничениями в рационе. Например, человек ставит условие, что в течение трех дней он не будет есть вообще.
7. Находить оправдания своему поведению, которые кажутся убедительными человеку. Например, если очередной приступ обжорства вызван стрессовой ситуацией, страдающий пищевой зависимостью уверяет себя, что у него есть все основания успокоить свои нервы при помощи еды.
8. Отказ от посещения заведений общественного питания (кафе, ресторанов). Как правило, человек боится, что он не справится со своим аппетитом, и ему будет стыдно перед окружающими его людьми.

Причины. Психологический комфорт, который достигается за счет еды. Согласно пирамиде Маслоу, чувство безопасности находится на второй стадии основных потребностей человека (сразу после физиологических потребностей). Безопасность дает вам ощущение спокойствия и комфорта, которого трудно достичь при наличии каких-либо проблем или мелких неприятностей. Многие пытаются успокоить нервы любимым делом, общением с друзьями, спортом, а кому-то еще помогают вредные привычки - курение, алкоголь, чрезмерное употребление кофе и так далее. В частности, когда человек ест, он чувствует себя в безопасности, это принцип одного из наших врожденных инстинктов. Кроме того, еда с детства является приятной ассоциацией с родительской заботой, ведь во взрослом возрасте многие пытаются компенсировать ей любые негативные эмоции [12].

- Поощрение себя едой. Эта причина, во многих случаях, также начинается в детстве, когда родители обещают конфеты, мороженое или другую сладость для выполнения нелюбимых вещей ребенка: сделать уроки, убрать в комнате, поесть суп и так далее. Этот метод поощрения вызывает привыкание из-за того, что вместе с лакомством ребенок получил порцию

похвалы и одобрения. Благодаря этому образуется ассоциативный ряд, и взрослый надеется получить одобрение на свой поступок, но получает просто что-то вкусное, купленное им в магазине или заказанное в кафе. Поскольку желание одобрения и похвалы не было удовлетворено, человек ест еще больше, подсознательно надеясь таким образом восполнить недостающие эмоции. Это порочный круг.

- Социально-культурные причины имеют большую популярность в последние десятилетия в связи с появлением каких-либо модельных стандартов. Если человек не соответствует им, это вызывает у него отрицательные эмоции, и он пытается «заесть» их.

- Пристрастие к любому составляющему элементу пищи. Многие генетически модифицированные вещества, искусственные приправы и специи вызывают привыкание, которого иногда люди не замечают. Например, многие любители продуктов из ресторанов быстрого питания отмечают тот факт, что они готовы съесть огромное количество наггетсов, чизбургеров и подобных блюд, при этом обычно у них нет такого невероятного аппетита.

-Опыт голодания. Особенно трудная причина, с точки зрения психологии. Человек, который по какой-то причине был вынужден отказать себе в нормальной еде, испытывает трудности с адаптацией к новым условиям. Даже если ему не нужно ограничивать себя, он старается съесть как можно больше. Параллельно у многих людей с этой проблемой возникает особый трепет перед едой, который сопровождается чрезмерным накоплением пищи [2].

Осложнения компульсивного переедания:

- гипертоническая болезнь;
- нарушение гормонального фона;
- закупорка артерий;
- метаболический синдром;
- избыточный вес;

- ослабление иммунитета;
- высокий уровень сахара в крови;
- сердечно-сосудистые заболевания.

Психогенное переедание нарушает генетическую структуру. Человек, страдающий этим расстройством и отказывающийся от лечения, оставит своим потомкам ожирение, диабет и сердечно-сосудистые заболевания. Также затрагиваются гены, ответственные за производство макрофагов, защищающих организм от инфекций и других заболеваний. Учитывая столь опасные структурные изменения на генетическом уровне, необходимо во время начать лечение данного заболевания.

Нервная анорексия-это психическое расстройство питания, когда человек сознательно отказывается от еды, чтобы похудеть или поддерживать низкий вес [20].

История развития анорексии. В конце XIX века английский врач Уильям Галл и французский психиатр Шарль Ласег, изучая различные причины анорексии, заметили, что данное заболевание в основном наблюдается у детей из зажиточных семей. Они самостоятельно пришли к общему выводу, что своим отказом от еды, дети хотят привлечь внимание родителей, которые полностью переложили ответственность и заботу о них на нянь и гувернанток. Также, было обнаружено, что развитию отвращения к пище способствуют такие черты как перфекционизм, ранимость, стремление к идеалу, сильная зависимость от общественного мнения. Чрезмерная опека родителей или наоборот отсутствие внимания с их стороны приводят к одному результату – заниженной самооценке ребенка и его дезадаптации в социуме. Для того, чтобы завоевать похвалу, внимание общества, такие дети обычно идут даже на крайние меры, в том числе и отказ от пищи. Кроме того, другой причиной является подражание кумиру или подиумным моделям. Стандартным примером является история иностранной девушки, которая настолько сильно подражала кукле Барби, что отказалась от нормальной еды

и перешла на бумагу. С тех пор добровольный отказ от питания стал называться синдромом Барби [15].

Стадии нервной анорексии.

I. На первом этапе человек начинает воображать, что у него есть лишний вес, из-за которого он стал объектом колких замечаний и унижений, что вызывает у него сильный психологический дискомфорт. Его постоянно беспокоит вопрос похудения, поэтому взвешивание и его результаты занимают большую часть его времени – это первые симптомы, которые указывают на то, что начинает развиваться анорексия. На этой стадии заболевание лечится.

II. Больной категорично настроен похудеть: депрессия проходит, но остается твердое убеждение, что у него действительно есть лишний вес, который срочно необходимо убрать. Пациенты начинают взвешиваться по несколько раз в день.

III. У больных формируется стойкое отвращение к еде, а также наблюдается потеря веса до 50%. Наступает анорексия. Однако даже на этой стадии больные уверенно заявляют, что отлично себя чувствуют и не признают наличие у себя опасного заболевания.

Причины возникновения.

- подражание девушкам с обложек модных журналов, кумирам
- незрелость личности, отсутствие жизненных целей
- частые депрессии
- конфликты с окружающими
- постоянная тревожность, стрессы
- хронические заболевания желудочно-кишечного тракта

Типичные симптомы нервной анорексии:

- масса тела ниже ожидаемой на 15%, индекс массы тела менее 17,5;
- задержка физического развития в период полового созревания: остановлен рост; не увеличена грудь, нет менструаций у девочек; замедляется развитие половых органов у мальчиков;

- искажение восприятия собственного тела, страх ожирения как навязчивая идея;
- потеря веса провоцируется человеком следующими способами: отказ от еды, искусственное вызывание рвоты после каждого приема пищи, применение слабительных, мочегонных средств или таблеток для снижения аппетита, чрезмерные физические нагрузки;
- эндокринные расстройства, симптомами которых являются аменорея у женщин, снижение полового влечения у мужчин (на поздних стадиях заболевания), повышение уровня кортизола, гормона роста, проблемы с выработкой тиреоидного гормона и секрецией инсулина [7].

#### Психологические причины:

- депрессия;
- долгое рассматривание себя в зеркале;
- ежедневные взвешивания;
- бессонница;
- неправильные пищевые привычки: (едят стоя, нарезают продукты на маленькие кусочки, поглощают их только в холодном виде или термически необработанными);
- неправильные установки: «при росте 180 см и весе 50 кг я хочу весить 30 кг»;
- заниженная самооценка;
- отрицание проблемы;
- отсутствие на общих трапезах;
- панический страх набрать вес;
- постоянное ощущение собственной полноты;
- прекращение общения;
- раздражительность, необоснованный гнев, обида на всех окружающих;
- резкие перепады настроения ;
- увлеченность темами, которые так или иначе связаны с едой и похудением: диетами, миром моды.

Последствия анорексии.

1. Болезнь сердца. Голодание, переедание и очищение приводят к дисбалансу электролитов. Электролиты, такие как натрий, калий и хлорид, помогают регулировать сердцебиение.

Когда человек страдает от дегидратации, уровень таких электролитов, как калий, снижается, что может привести к аритмии сердца. Хотя во многих случаях аритмия безвредна, иногда она может быть очень опасной и даже привести к остановке сердца.

Помимо частоты сердечных сокращений анорексия влияет на размер сердца. Когда люди голодают и теряют вес, они теряют не только жир, но и мышечную массу.

Голодание вызывает энергетический кризис, и в ответ на это организм буквально тормозит и пытается спасти те остатки энергии, которые необходимы для выполнения основных жизненных функций. Помимо замедления обмена веществ, замедляет сердечный ритм и вызывает брадикардию. Если средняя частота сердечных сокращений составляет около 80 ударов в минуту, то частота при анорексии может достигать 25 ударов в минуту.

2. Остеопения и остеопороз. Отсутствие крепких костей в критический период развития роста у подростков и детей.

3. Неврологические нарушения. В тяжелых случаях у человека с этим заболеванием возможно повреждение нерва, которое коснется головного мозга. В результате возникают следующие нарушения: онемение конечностей, припадки, бессвязное мышление.

В результате сканирования головного мозга больных выяснилось, что он претерпевает изменения в структуре или аномальную активность во время болезни. Некоторые повреждения могут длиться всю жизнь.

4. Анемия.

Из-за голода может возникнуть анемия. Эта проблема в первую очередь связана с очень низким уровнем витамина B12.

5. Заболевания желудка. Анорексия создает большую нагрузку на пищеварительную систему. Вздутие живота и запор-очень распространенные проблемы при анорексии.

Поскольку анорексия часто сочетается с булимией, постоянная рвота может подвергнуть пищеварительную систему воздействию избыточной желудочной кислоты и привести к воспалению пищевода, гастриту и язве.

6. Отказ органов. На поздних стадиях анорексии органы человеческого тела просто перестают работать. Одним из первых показателей является высокий уровень ферментов печени.

Чтобы предотвратить это, вам нужно немедленное потребление калорий.

7. Аменорея и бесплодие. Гормональные изменения, возникающие при анорексии, могут иметь очень серьезные последствия для женщин. Уровень репродуктивных гормонов снижается, а уровень гормонов стресса увеличивается. В результате возникает аменорея, вследствие чего у женщин прекращаются менструации и овуляции.

При наступлении беременности значительно возрастает риск выкидыша, рождения недоношенного ребенка и ребенка с врожденными пороками развития.

8. Диабет. У молодых людей с сахарным диабетом 1 типа, уровень сахара в крови может представлять повышенный риск. Особенно опасным является состояние, известное как диабулимия – когда человек намеренно снижает суточную дозу инсулина в целях снижения веса.

Очень высокий уровень сахара в крови приводит к диабетическому кетоацидозу, при котором накапливаются кетоны, что может привести к коме и смерти.

9. Психологическое расстройство. У подростков и молодых людей анорексия может увеличить риск психических заболеваний, таких как тревога и депрессия.

10.Суицидальное поведение. По данным исследования, риск самоубийства у женщин с анорексией в 57 раз выше, чем у других женщин. Нередки случаи злоупотребления алкоголем и наркотиками [18].

10. Другие последствия.

- Синяки без причины
- Кариес и обесцвечивание зубов
- Ослабление иммунитета
- Головокружение
- Сухая кожа, ломкие волосы и ногти
- Эндокринные нарушения
- Обмороки
- Отёки
- Высокий уровень холестерина
- Гипогликемия
- Повреждение или отказ почки
- Плешивость
- Низкое кровяное давление
- Постоянное ощущение холода
- Мышечные спазмы
- Панкреатит
- Чувствительность к свету и звуку
- Пожелтение кожи

Нервная булимия - это психическое заболевание. Оно проявляется приступами переедания, во время которых человек поглощает огромное количество пищи за 1-2 часа, иногда до 2,5 кг. При этом он не ощущает ее вкуса и не ощущает ощущения насыщения. После такого пищевого срыва приходит чувство раскаяния, и булимик пытается исправить ситуацию. Для этого он вызывает рвоту, принимает слабительные или мочегонные средства, использует клизмы, активно занимается спортом или придерживается строгой диеты. В результате организм истощается и развивается целый букет

заболеваний, которые могут привести к смерти. У человека, страдающего булимией, есть две навязчивые идеи. Он мечтает о еде часами и тщательно выбирает свои любимые деликатесы в магазине, чтобы насладиться ими, когда придет время. Праздники всегда проходят в одиночестве. Вторая навязчивая идея: «мне нужно похудеть». Женщина кажется себе толстой, даже если у нее дефицит веса. Она фанатично следит за модой, хочет иметь фигуру модели. Постоянно рассуждает на тему похудения, диет и правильного питания. Люди попадают в порочный круг. Голодовки, хронический стресс, усталость - тяжелое бремя на плечах. Когда напряжение становится непосильным, возникает нервный срыв, который вызывает приступ обжорства. Во время еды возникает эйфория, ощущение легкости. Но после этого возникает чувство вины, физический дискомфорт и панический страх поправиться. Это вызывает новую волну стресса и попытку похудения [22].

История развития. «Булимия» в переводе с греческого означает «бычий голод». Это жадное, неконтролируемое и чрезмерное употребление пищи, что носит характер периодически возникающих эпизодов неконтролируемого «пищевого опьянения». С древних времен в любой культуре существовали люди, склонные к такому заболеванию. Исследователи обычаев первобытных племен описывают ритуальное поведение, которое было связано с вынужденными постами между удачной охотой и последующим пиром, в котором участвовало все племя, поедающее огромное количество пищи с промежуточной рвотой. Вытеснение булимии анорексией обострилось в 60 - е годы в связи с «синдромом Твигги» - введением в массовую культуру нового секс-символа: образа хрупкой девушки с мальчишеской фигурой. Молодежь Запада отреагировала эпидемией анорексии. Через полтора десятилетия, когда в массе развились булимические последствия аноректических расстройств питания, появился термин «булимарексия». Однако выделение психиатрами булимии как самостоятельного расстройства произошло лишь в последней четверти XX века, когда после появления

статьи Рассела булиimia получила соответствующий статус в психиатрической классификации [1].

Причины булимии.

1. Психологическая травма в детстве: ребенок не получил достаточно родительской любви и внимания в детстве; родители поощряли ребенка едой за хорошее поведение или отличные оценки. В таких ситуациях у ребенка формируется представление о том, что основным способом получения удовольствия является еда. Есть - безопасно, приятно и доступно. Но эта установка нарушает основное правило здорового питания - есть нужно только когда голоден, иначе пищевой центр начинает отказывать.

2. Низкая самооценка, которая основана на недостатках внешнего вида: родители внушили ребенку, что он слишком толстый и нужно худеть, чтобы стать красивым; критика сверстников или тренеров по поводу внешнего вида и избыточного веса; осознание девочкой-подростком, что ее тело не похоже на модель на обложки журнала.

3. Последствия стресса и повышенной тревожности. Приступы булимии могут появиться после стрессовых ситуаций. В этот период человек пытается забыться с помощью еды, чтобы придать себе хоть немножко удовольствия.

4. Недостаток питательных веществ. Среди булимиков очень много женщин, которые постоянно придерживаются диеты. Это ограничение в еде приводит к тому, что человек не может думать ни о чем другом, кроме еды. Подсознание берет ситуацию под контроль и дает разрешение есть в резерве. Тело, как оно понимает, скоро раскается, и тогда снова начнутся голодные времена.

5. Защита от удовольствий. Бывает, что человек не привык доставлять себе удовольствие. Он считает себя недостойным счастья или убежден, что за приятными моментами всегда следует возмездие. В этом случае приступы булимии играют роль самонаказания после сексуального удовольствия, отдыха или приятной покупки.

6.Наследственность. Если булимия поражает несколько поколений одной семьи, то говорят о генетической предрасположенности к этому заболеванию. Причиной может быть унаследованная склонность к периодическому перееданию. Это обусловлено особенностью эндокринной системы и отсутствием гормонов, контролирующих аппетит или гиперчувствительность рецепторов пищевого центра в гипоталамусе. В большинстве случаев человек, страдающий булимией, не может осознать, что толкает его на атаку. Если вы найдете этот триггер, вы сможете принять меры, чтобы держать свой аппетит под контролем, не допуская срывов [24].

Признаки булимии.

1.Постоянные разговоры о лишнем весе и здоровом питании. Поскольку фигура человека становится центром самооценки, все внимание сосредоточено на этой проблеме. Хотя часто булимик не страдают от лишнего веса.

2. Навязчивые мысли о еде. Человек, как правило, не афиширует, что он любит поесть. Наоборот, он тщательно скрывает этот факт и официально придерживается здорового питания или какой-то новомодной диеты.

3. Периодические колебания веса. Человек, страдающий булимией может восстановить 5-10 килограммов, а затем быстро похудеть. Такие результаты обусловлены не тем, что переедание прекратилось, а тем, что принимаются меры по избавлению от съеденных калорий.

4. Вялость, сонливость, нарушение памяти и внимания, депрессия. Мозг испытывает дефицит глюкозы, а нервные клетки страдают от недостатка питательных веществ. Кроме беспокойства о лишнем весе и приступах переедания тяжелая ноша ложится на психику.

5. Лопаются кровеносные сосуды в глазах. Красные пятна или прожилки на белке глаза под конъюнктиву появляются после повреждения кровеносных сосудов во время рвоты, когда кровяное давление временно поднимается.

Последствия булимии.

1. Хроническое обезвоживание (возникает из-за постоянной искусственной рвоты и длительного приема диуретиков) приводит к нарушению водно-электролитного баланса. Это означает, что организм испытывает острый дефицит кальция, солей калия, что может нарушить сократительную способность мышц, в том числе сердечной. У тех, кто болен булимией, из-за нарушения работы сердца и почек возникают многочисленные отеки. Также у них наблюдаются: тахикардия, увеличенные лимфоузлы, одышка и слабость.

2. Нарушается обмен веществ, эндокринная система. Уровень щитовидной железы и паращитовидной железы падает, в то время как кортизол, гормон стресса, растет. Также снижается выработка женских гормонов, что может привести к нарушениям менструального цикла у женщин.

3. Пищеварительная система начинает работать неправильно: возникают гастриты и язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Слизистая оболочка рта и пищевода постоянно воспаляется. Состояние зубной эмали ухудшается, вплоть до полного разрушения зубов. В пищеводе образуются язвы, которые трудно поддаются лечению и могут привести к серьезным проблемам вплоть до рака.

4. Значительно ухудшается состояние волос и ногтей, волосы становятся тонкими, сухими, ломкими и безжизненными. Без своевременного лечения ослабляется костная и мышечная ткань.

5. Нарушается работа нервной и сердечно-сосудистой систем. Пациенты постоянно испытывают беспокойство, не могут спать. Биологические ритмы тела меняются [18].

### **1.3. Организация и проведение лечебно-диагностической помощи и ухода за пациентами с расстройством пищевого поведения, профилактика заболевания**

Лечение компульсивного переедания.

1. Избавьтесь от нездоровой пищи. В доме не должно быть продуктов, которые могут нанести вред вашему здоровью. Не накапливайте нездоровые и готовые к употреблению продукты на полках вашей кухни. Это обычно несбалансированные продукты, которые содержат большое количество калорий, углеводов и сахара. Сделайте сознательное усилие иметь только здоровую еду на вашей кухне.

2. Готовьте себе еду и ешьте только свежую. Возможно, вы привыкли, что ваш обед состоит из пачки печенья или мороженого. Вам придется приложить сознательные усилия и принять решение, после чего вы уберете все нездоровые продукты со своей кухни.

3. Удалите нездоровую пищу из всех мест, где вы могли бы скрыть это.

4. Будьте активны и не позволяйте себе скучать. Люди, которые страдают от переедания, едят даже тогда, когда они не голодны, чтобы "заесть" скуку. Если у вас есть свободное время и вы не знаете, что делать, выходите из дома, выгуливайте собаку, гуляйте в близлежащем парке или катайтесь на велосипеде. Скука может привести к нездоровой жажде пищи.

5. Регулярные физические упражнения повышают стрессоустойчивость и помогают справиться со стрессом.

6. Соблюдайте здоровое питание. Не пропускайте прием пищи. Выбирайте продукты с высокой пищевой ценностью. Начните день со здорового завтрака, а затем сбалансированного обеда и ужина. Правильно питаясь весь день, вы сможете контролировать свою нездоровую тягу к еде.

7. Ведите пищевой журнал, который поможет вам определить случаи приема пищи, когда вы просто заедали "стресс". Кроме того, благодаря ведению такого журнала, можно будет сделать выбор в пользу здорового питания.

Кроме того, помимо упоминания количества съеденной пищи, вы можете включить информацию о своем настроении, чувствах и эмоциях. Запишите, ели ли вы в одиночестве или с друзьями, и какие действия вы делали в дополнение к еде. Также запишите информацию о времени и месте приема пищи. Благодаря этому у вас будет полное понимание проблемы пищевого поведения.

8. Практикуйте глубокое дыхание. Глубокое дыхание помогает расслабиться и справиться со стрессом. Многие люди с расстройством питания также страдают от тревожных расстройств. Очень часто причиной переедания становится беспокойство. Для многих людей основным триггером для запуска переедания является состояние стресса. Научившись справляться со стрессом, у вас вряд ли возникнет желание переесть.

9. Занимайтесь йогой. Йога требует осознанности в каждом движении. Кроме того, во время занятий используются различные дыхательные техники.

10. Высыпайтесь. Нарушение сна обычно связано с расстройством питания. Некоторые химические вещества, которые влияют на наш аппетит также играют важную роль в регулировании сна. Правильный режим сна способствует гормональному балансу, что положительно влияет на аппетит.

11. Следуйте определенным ритуалам перед сном, чтобы настроить правильный режим сна. Ложитесь спать в одно и то же время и следуйте заведенному порядку перед сном. Со временем вы почувствуете сонливость, когда просто начнете обычные для вас действия.

12. Откажитесь от дневного сна. Если вы спите днем, вам будет труднее спать ночью. Если вы чувствуете усталость в течение дня, боритесь с сонливостью, пока не наступит подходящее время для сна.

13. Сходите к психотерапевту. Психотерапия является одним из наиболее эффективных способов лечения психогенного переедания. Психотерапия может включать когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), которая направлена на выявление и изменение способов мышления, способных вызвать переедание. Самосознание является основной целью данного вида

терапии; благодаря КПТ пациенты могут выявлять факторы риска и избегать их. Когнитивная терапия также способствует формированию здоровых привычек.

14. Межличностная психотерапия помогает людям с компульсивным расстройством лучше взаимодействовать с друзьями, семьей и другими. Из-за этого люди с компульсивным перееданием могут строить здоровые отношения с другими, что важно для поддержания хорошего эмоционального здоровья. Эмоциональная поддержка чрезвычайно важна для людей, которые имеют неконтролируемую тягу к пище.

15. Присоединитесь к группе людей, страдающих от навязчивого переедания, чтобы получить их поддержку. Из-за этого вы не будете чувствовать себя одиноким. Кроме того, чужой опыт поможет вам справиться с подобными проблемами. У вас будет возможность общаться с людьми, которые испытывают подобные чувства. Вы сможете почувствовать от них необходимую поддержку и получить знания, которые научат вас справляться с проблемами [6].

Лечение анорексии.

- Диетическое лечение. Это особенно важно после выписки, когда масса тела в больнице приходит в норму. Специальная диета не требуется, но важно предотвратить потерю веса. Важно, чтобы пациент ел открыто, желательно вместе с остальными членами семьи, за общим столом. Пищевая реабилитация - это постепенное расширение рациона, когда пациент начинает есть все доступные продукты. Излечение считается полным, когда пациент перестает делить продукты по калорийности и отказываться от тех, которые имеют высокую энергетическую ценность.

- Психологический фактор. Следует понимать, что основная проблема больного (особенно анорексия подросткового возраста) заключается не в желудке, а в голове. Анорексия - это только симптом, тяжелое проявление психологических проблем пациента. В основе расстройства лежат гнев, чрезмерное чувство обиды, глубокое разочарование в собственной личности,

неспособность достичь "идеальных" с точки зрения пациента пропорций тела. При этом духовная составляющая жизни полностью отрицается, больной считает себя недостойным внимания, признания и похвалы окружающих. Психиатры рассматривают анорексию как вариант самоповреждения, когда агрессия индивида направлена внутрь. В этом аспекте лечение детской и подростковой анорексии особенно сложно, так как проблема исходит от родителей. Подросткам с анорексией не хватает любви и понимания в своих семьях, они часто одиноки и разделены стеной неприятия с самыми близкими людьми [21].

-Медикаментозное лечение. Есть дополнительные препараты, разработанные специально для лечения анорексии. Как правило, это препараты из группы мягких нейролептиков широкого спектра действия и антидепрессанты. При гиперактивности пациентов, чтобы снять нервное напряжение и уменьшить негативное отношение к лечению, показан валиум ночью, а также небольшие дозы мягких препаратов в течение дня, например, френолон. Эти препараты также повышают аппетит. Прежде всего, при истощении необходимо привести организм в норму, то есть активизировать его пищеварительную систему, обмен веществ, улучшить функционирование внутренних органов.

Поскольку длительное ограничение в пище сильно влияет на состояние пищеварительного тракта, выработку ферментов и их активность, а также на размеры желудка и микрофлоры кишечника, необходимо активировать эту систему на самом первом этапе. Строго говоря, если сам желудок изначально здоров, у него нет проявлений язвенной эрозии или обострения гастрита, то нет необходимости использовать какие-либо «желудочные» препараты. Вполне рационально увеличение количества пищи, взятой для возвращения желудка к его первоначальным размерам.

С кишечником тоже все довольно просто. После периода длительного голодания развивается сильнейший дисбактериоз, поэтому необходимо восстановить естественную микрофлору. Это достигается при приеме

бактериологических препаратов, таких как бифидумбактерин, бификол. Так как продукция ферментов снижается, а также снижается их активность, то для улучшения пищеварения необходимо назначать ферментные препараты - мезим, панкреатин. Эти препараты, попадая в двенадцатиперстную кишку, улучшают и ускоряют пищеварение, поскольку содержат необходимый набор пищеварительных ферментов. Для стимуляции аппетита можно использовать ряд распространенных методов. Самое безобидное средство - это горечь. Она раздражает слизистую оболочку желудка, тем самым рефлекторно повышает аппетит. Можно рекомендовать такие лекарственные растительные средства, как горькая настойка, аптечный сбор, корневище айры, горькая полынь, корень одуванчика. Эти настои и отвары применяют за 30 минут до еды в индивидуальных дозах. Из более серьезных препаратов можно выделить периактин. Это лекарство увеличивает аппетит путем блокирования действия серотонина и гистамина, которые блокируют деятельность центра голода в мозге. Одним из старых методов повышения аппетита является использование инсулина. Введение 5-10 единиц инсулина подкожно через 20 минут после введения повышает аппетит за счет снижения сахара в крови. Витаминотерапия в лечении анорексии также занимает достойное место. Среди витаминов, влияющих на аппетит, можно выделить витамин В12 и его биологически активные модификации, а также аскорбиновую кислоту (витамин С). Бывает, что недостаток витаминов может привести к потере аппетита и, соответственно, к похудению. Препараты, содержащие железо, также влияют на аппетит. В стационаре часто применяют для восстановления водно-электролитного баланса организма капельницы. В домашних условиях различные лекарства содержат витамины и полезные макро-и микроэлементы. Чаще всего это витамины группы В, особенно В12, аскорбиновая кислота, а также препараты, содержащие калий, кальций и железо [10].

Обычно для лечения такого тяжелого психического заболевания назначают антидепрессанты и нейролептики, а также седативные и антигистаминные препараты.

Часто при лечении анорексии назначают препараты, улучшающие аппетит, способствующие восстановлению и нормализации обмена веществ и массы тела.

Из антигистаминных препаратов обычно назначают ципрогептадин, который стимулирует аппетит. Лекарствами от анорексии, влияющими на повышение аппетита являются френолон, элениум.

Прием антидепрессантов и нейролептиков поможет избавиться от депрессии, часто сопровождающей заболевание. Но их также следует использовать в комплексной терапии, включающей консультации с психологом и психотерапевтом. В списке запрещенных антидепрессантов находится флуоксетин-препарат, который многие пациенты используют для снижения аппетита, тем самым провоцируя развитие и прогрессирование анорексии [9].

В диетическом питании при лечении анорексии следует придерживаться некоторых правил:

1. Не употреблять алкоголь, никотин или кофеин.
2. Пить большое количество очищенной или минеральной воды в день, около 1,5-2 литров.
3. Белковая пища должна быть только высокого качества. В качестве источника белка лучше всего использовать натуральные ингредиенты: яйца, мясо, молочные продукты, белковые и овощные коктейли. Однако стоит знать, что белковые продукты не следует вводить на начальных этапах и постепенно, так как они считаются тяжелыми для организма.
4. Исключить из ежедневного рациона рафинированные сахара: сладкие газировки, конфеты.

Лечение булимии.

1. Психоанализ булимии. Психоаналитик выявляет причины, вызвавшие изменение пищевого поведения, и помогает их осознать. Это могут быть конфликты, возникшие в раннем детстве, или противоречия между бессознательным влечением и сознательными убеждениями. Психолог анализирует сны, фантазии и ассоциации. На основе этого материала он раскрывает механизмы заболевания и дает советы о том, как противостоять атакам.

2. Когнитивно-поведенческая терапия при лечении булимии считается одним из наиболее эффективных методов. Этот метод помогает изменить мысли, поведение и свое отношение к булимии и всему, что происходит вокруг. Человек учится распознавать приближение приступа и сопротивляться навязчивым мыслям о еде. Этот метод идеально подходит для тревожных и подозрительных людей, которые булимия приносит постоянные психические страдания.

3. Межличностная психотерапия. Этот метод лечения подходит для людей, у которых булимия связана с депрессией. Он основан на выявлении скрытых проблем в общении с другими людьми. Психолог научит вас, как выходить из конфликтных ситуаций.

4. Семейная терапия булимии помогает улучшить семейные отношения, устранить конфликты и наладить правильное взаимодействие. Для человека, страдающего булимией, помощь близких очень важна, и любое небрежно брошенное слово может вызвать новый приступ переедания.

5. Групповая терапия булимии. Специально обученный психотерапевт создает группу людей, страдающих расстройством пищевого поведения. Люди делятся своей историей болезни и опытом борьбы с ней. Это дает человеку возможность повысить самооценку и понять, что он не одинок и другие тоже преодолевают такие трудности. Групповая терапия особенно эффективна на заключительном этапе, чтобы предотвратить повторные случаи переедания.

6. Мониторинг приема пищи. Врач настраивает меню так, чтобы человек получал все необходимые питательные вещества. В небольших количествах

вводят те продукты, которые пациент ранее считал для себя запрещенными. Это необходимо для того, чтобы сформировать правильное отношение к еде.

7.Рекомендуется вести дневник. Туда надо записывать количество съеденной пищи, и указывать, есть ли желание снова поесть или были позывы к рвоте.

8.Медикаментозное лечение.

Из препаратов очень хорошо зарекомендовали себя-селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. Эти средства обладают антидепрессивным действием, могут значительно снизить аппетит пациента, и это очень важно, особенно на начальной стадии развития булимии. К ним относятся селекс, пароксетин, флуоксетин, циталопрам, фенибут, венлафаксин;

-Трициклические антидепрессанты - имипрамин, амитриптилин;

-Противорвотные препараты, такие как метоклопрамид, реглан, зофран [20].

## **ГЛАВА 2 «ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ ФЕЛЬДШЕРА В ВЫЯВЛЕНИИ ФАКТОРОВ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКИ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ»**

### **2.1 Характеристика базы исследования**

Социологическое исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иосафа», методом анкетирования. В составе больницы работают: 22 специализированных отделения на 960 коек, консультативная поликлиника на 600 посещений в смену; перинатальный центр; диагностический центр; параклинические отделения; отделение санитарной авиации; прочие структурные подразделения и вспомогательные службы. Исследование проводилось в отделении гастроэнтерологии в два этапа:

На первом этапе уровень осведомленности девушек о расстройстве пищевого поведения определялся методом анкетирования. Полученные данные позволили разработать стратегию, которая направлена на повышение знаний девушек о профилактике расстройства пищевого поведения. Были определены возможные способы информирования населения о профилактике расстройств пищевого поведения средним медицинским работником: индивидуальные беседы с пациентками; групповые беседы, плакаты, буклеты, создание презентаций.

На втором этапе были определены наиболее подходящие методы передачи информации пациенткам о профилактике расстройства пищевого поведения в форме санитарно-просветительных бесед и разработке буклетов.

После проведенной санитарно-просветительской работы с пациентками был проведен повторный опрос на предмет выявления результата усвоения полученной информации по расстройству пищевого поведения, проведено сравнение до и после проведения нашей работы с последующей оценкой ее эффективности.

В результате исследования выявилась эффективность проведенной санитарно-просветительной работы среди пациенток. Также повысился уровень знаний девушек об этом заболевании и его профилактике.

## **2.2 Анализ результатов анкетирования**

Проведя анкетирование, пациентки ответили следующее: На вопрос: «Бойтесь ли вы употреблять пищу в общественных местах (ресторан, кафе)?» 80% респондентов ответили, что испытывают страх перед употреблением пищи в общественных местах, 20% ответили, что не боятся есть в общественных местах (Рис. 1).

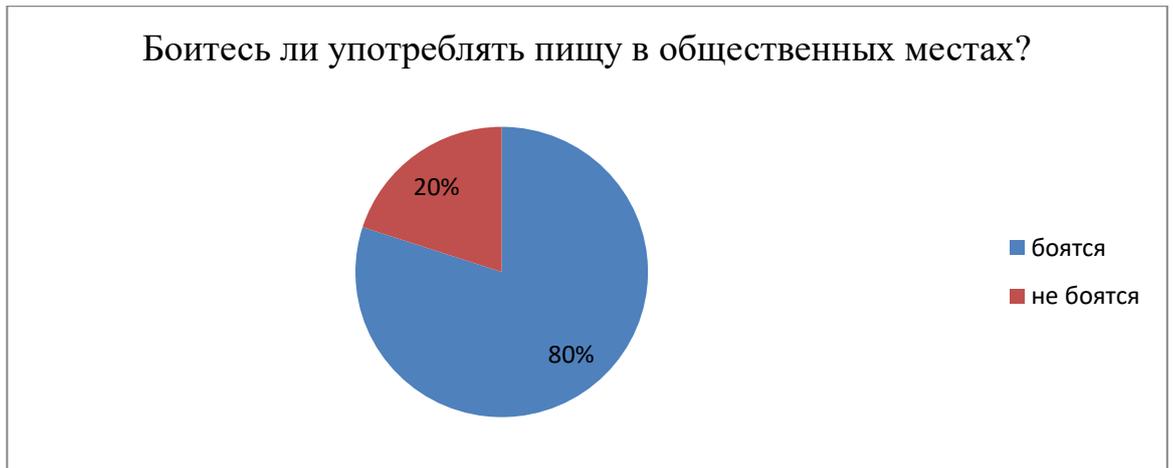


Рис. 1. Употребление пищи вне дома.

На следующий вопрос: «Возникает ли у вас желание заесть отрицательные эмоции (гнев, обида, тревога)?», 75% ответили, что возникает регулярно, 20% заедают плохие эмоции – иногда, и у 5% такое желание не возникает вовсе (Рис. 2).



Рис. 2. Влияние эмоций на употребление пищи.

На вопрос о том, стараетесь ли вы есть гораздо меньше, чем вам хотелось бы во время обычного приема пищи, респонденты ответили

следующим образом: 75% ответили – да, 20% – иногда, 5% ответили – нет (Рис. 3).

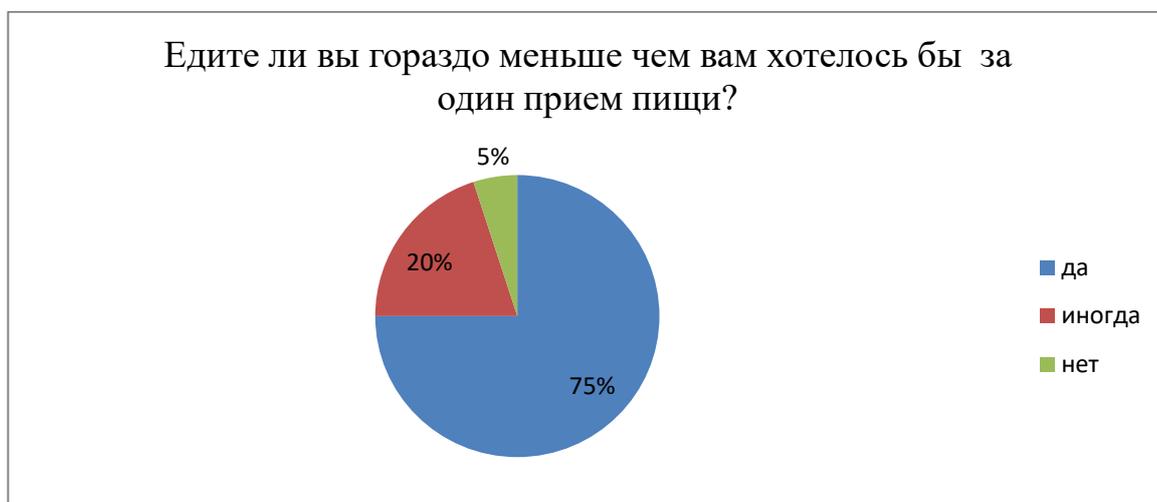


Рис. 3. Намеренное сокращение рациона питания.

На вопрос: «Подвергались ли вы насмешкам по поводу вашего веса со стороны общества ( родителей, сверстников)»? респонденты ответили так: 50% – да, 50% – нет (Рис. 4).

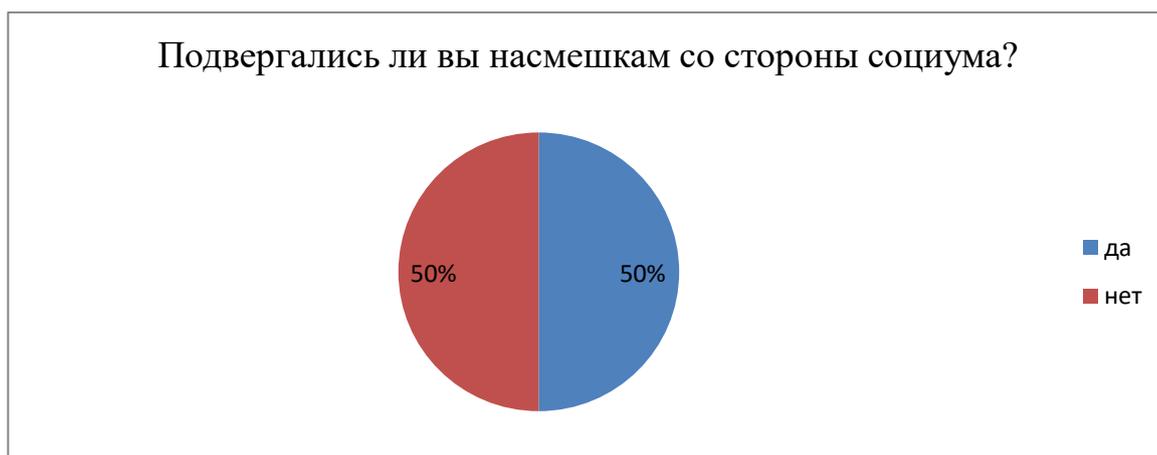


Рис. 4. Влияние общественного мнения на формирование расстройства пищевого поведения.

На вопрос о причинах, которые привели к данному заболеванию респонденты ответили: 50% девушек, что причиной их заболевания стало глубокое разочарование в собственной личности, 20% девушек указали причину – постоянное ощущение собственной полноты, еще 20% – подражание моде и 10% подвергались насмешкам соициума (Рис. 5)



Рис. 5. Причины расстройства пищевого поведения.

На вопрос о тотальном контроле питания со стороны родителей респонденты ответили: 90% – да, 10% – нет (Рис. 6).

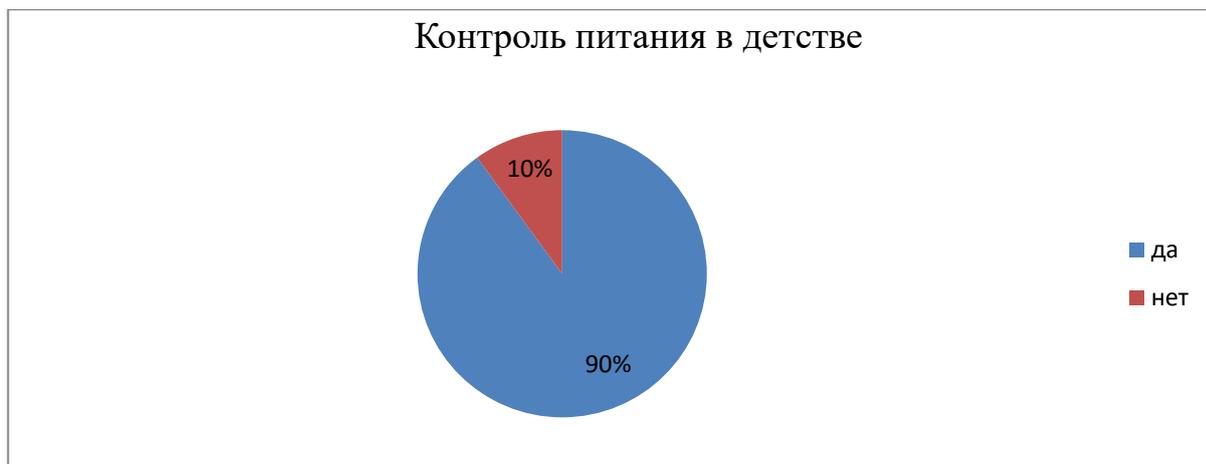


Рис. 6. Контроль питания.

На вопрос: «Часто ли родители поощряли вас едой в детстве ( за отличные оценки, хорошее поведение)?» 60% ответили – да, 20% – нет, и 20% – иногда (Рис. 7).

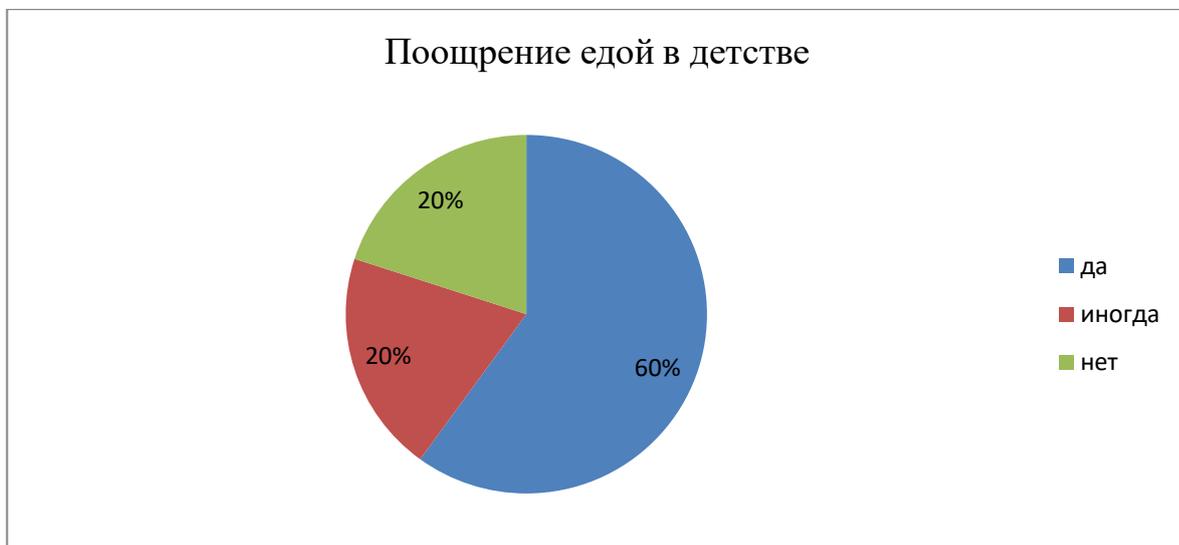


Рис. 7. Поощрение едой в детстве.

На вопрос «Едите ли вы больше обычного в компании (когда едят другие)?» 90% пациенток ответили - положительно, и только 10% - отрицательно (Рис. 8).



Рис. 8. Едите ли вы больше обычного в компании.

На вопрос о том, использовали ли они какие-нибудь методы «очищения» желудка после переедания (вызывание рвоты, слабительные препараты), респонденты ответили: 80% – да, 15% – иногда, 5% – нет (Рис. 9).

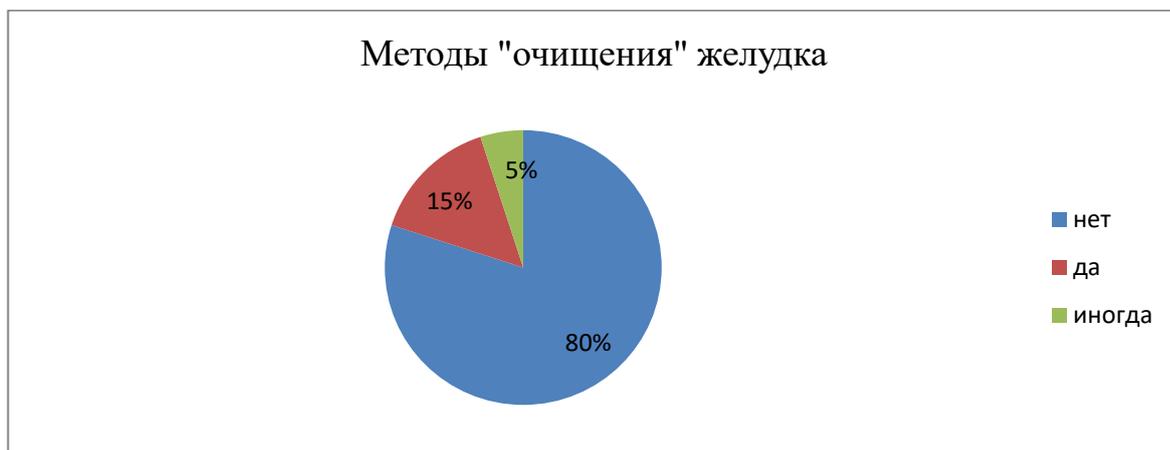


Рис. 9. Методы «очищения» желудка.

На вопрос о том, когда они видят как едят другие появляется ли у них желание поесть, девушки ответили так: 80% – да, 15% – иногда, 5%– нет (Рис. 10).



Рис. 10. Когда вы видите как едят другие.

На вопрос были ли у вас родственники или друзья, которые поддерживали особенности вашего питания, 90% респондентов ответили - да, 10% - нет (Рис. 11).

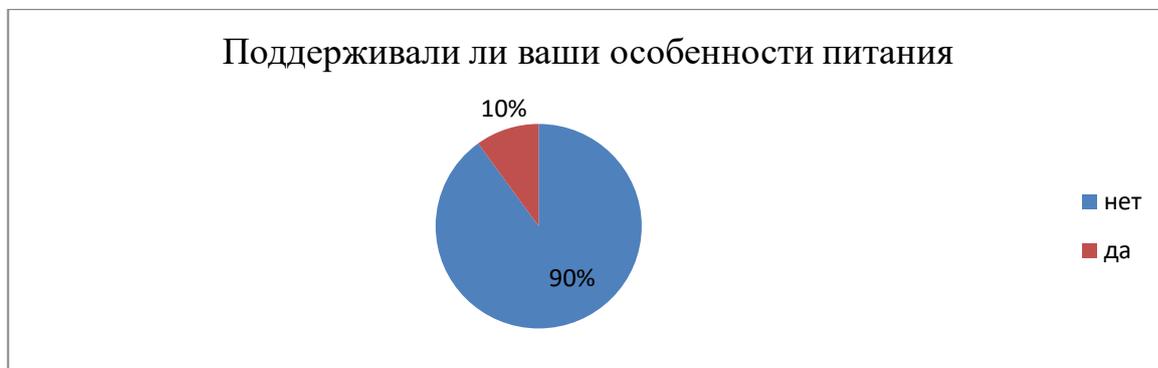


Рис. 11. Поддерживали ли ваши особенности питания.

На вопрос о том, осознают ли пациентки, что они имеют данное заболевание 80% из них ответили, что не осознают и считают себя полностью здоровыми, а 20% ответили, что полностью осознают свою болезнь (Рис. 12).



Рис. 12. Осознание своей болезни.

На вопрос по чьей инициативе вы проходите лечение респонденты ответили следующим образом: 20% из них проходили лечение по собственной инициативе, 80% – по инициативе родственников, друзей (Рис. 13).



Рис. 13. По чьей инициативе проходите лечение?

На вопрос «Изменилось ли ваше отношение к еде в настоящее время?» 70% респондентов ответили, что полностью изменилось, 20% - немного изменилось, 10% - ничего не изменилось (Рис. 14).



Рис. 14. Отношение к еде.

На вопрос о том, получаете ли вы в настоящее время удовольствие от еды, 40% респондентов ответили, что получают, 20% - не получают, 40% - затруднились ответить (Рис. 15).



Рис. 15. Получаете ли вы удовольствие от еды?

По результатам проведенного анкетирования сделаны следующие выводы:

Большая часть респондентов (30 человек) проходят лечение нервной анорексии, 15 человек страдают от булимии, и 5 человек подвержены приступам компульсивного переедания. Основными причинами нарушения пищевого поведения являются: глубокое разочарование в собственной личности, ощущение собственной полноты, а также стрессы. Кроме того, в результате анкетирования было выявлено, что причиной расстройства пищевого поведения у большинства пациенток является тотальный контроль за питанием со стороны родителей в детстве, и поощрение детей едой за различные успехи и достижения в учебе, хорошее поведение. Как показало наше исследование, большинство девушек, проходящих лечение анорексии боятся употреблять пищу в общественных местах при других людях, а у пациенток, подверженных приступам психогенного переедания и булимии

регулярно наблюдается желание «заесть» отрицательные эмоции (гнев, тревогу, обиду).

Также, было выявлено, что большинство пациенток не признают своего заболевания, считают себя полностью здоровыми и проходят лечение по инициативе родственников. Но 70% из опрошенных в течение длительного лечения удалось изменить свое отношение к еде и начать получать удовольствие от пищи.

Вследствие чего были созданы методические материалы по профилактике расстройства пищевого поведения для проведения санитарно-просветительной работы. После анкетирования и проведения санитарно-просветительной работы в виде беседы с пациентками были предложены тесты-опросники, результаты которых показывают положительную динамику после проведенной работы.

Она заключается в том, что в течение длительной реабилитации у 80% девушек, страдающих от анорексии и булимии поменялось отношение к еде, из них 40% получают удовольствие от пищи в настоящее время.

На основании вышесказанного можно сделать вывод о том, что фельдшер играет важную роль в оказании психологической помощи людям, страдающим расстройством пищевого поведения, о чем свидетельствуют результаты и анализ проведенной работы.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В средствах массовой информации много материалов о нарушениях питания. Одной из причин роста общественного интереса является трагический исход, который могут иметь эти заболевания. Распространенность подобных проблем среди девочек-подростков и молодых женщин также вызывает серьезную озабоченность. Практикующие врачи теперь понимают, что сходство между анорексией и булимией может быть столь же важным, как различия между ними. Так, страдающие анорексией, убедившись в потере веса, могут начать переедать и у некоторых из них, таким образом, может развиться булимия. И наоборот, у людей с булимией иногда развивается анорексия. Количество людей подверженных анорексии и булимии растет невероятно: худоба становится навязчивой национальной идеей. Люди склонны терять как можно больше килограммов и в результате достигают опасного края.

В результате всего, возможны две схемы питания: ограничение потребляемых продуктов и обжорство с последующим очищением желудка. Основные особенности нервной анорексии и булимии - стремление к худобе, страх набрать вес, предвзятое отношение к пище, когнитивные расстройства, психологические проблемы и проблемы со здоровьем, включая отсутствие менструальных циклов.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Коркина, М.В. Клинические варианты нервной булимии [Текст] / Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017, с. 86- 91.
2. Коркина, М.В. Нервная анорексия и нервная булимия - две болезни? [Текст] / Вопросы диагностики и лечения психических заболеваний, 2015, с. 173-180.
3. Крылов, В.И. Атипичные депрессии (клиника, диагностика, терапия) [Текст] / Рос. психиатр. Журн., с. 16-19.
4. Менделевич, В.Д. Пищевые зависимости, аддикции - нервная анорексия, нервная булимия [Текст] /Руководство по аддиктологии. - 2014, с.35.
5. Минирт, Ф., Майер П. Наркотик под названием еда [Текст] / М., Триада. - 2015, с.56.
6. Немов, Р.С. Психология [Текст] - 2014, с. 68-76.
7. Николаева, Н.О. История и современное состояние исследований нарушений пищевого поведения (культурные и психологические аспекты) [Текст] / Клиническая и специальная психология - 2015., с.45-48.
8. Мешкова, Т.А. Нарушения пищевого поведения: социальные, семейные и биологические предпосылки. [Текст] / Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2015, 253 с.
9. Пономарева, Л. Г. Современные представления о расстройствах пищевого поведения [Текст] / Молодой ученый. - 2014, с. 274-276.
10. Приленская, А.В., Приленский Б.Ю. Зависимое пищевое поведение [Текст] - 2014. - с.102-105.
- 11.Ромацкий, В.В., Семин И.Р. Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения (аналитический обзор литературы, часть I) [Текст] - 2014. - с. 61.
- 12.Сидоров, А.В. Стили пищевого поведения и психологические характеристики клиентов программ снижения веса с алиментарным ожирением [Текст] - 2015. - 26 с.

13. Скугаревский, О. А. Методы диагностики нарушений пищевого поведения: инструкция по применению [Текст] - 2017. - с. 27.
14. Скугаревский, О. А. Русскоязычная адаптация методики "Шкала оценки пищевого поведения" [Текст] / Скугаревский О. А., Ильчик О. А., Сивуха С. В. // Психотерапия и клиническая психология. - 2016., с. 28.
15. Семина, Т.И. Риск развития расстройств пищевого поведения у школьников и студенток [Текст] / Вестн. СибГ-МУ. 2017, с. 81-82.
16. Соловьева, А.В. Факторы риска нарушений пищевого поведения у лиц с избыточной массой тела и ожирением [Текст] // Медицинский альманах. - 2016., с. 70- 72.
17. Сорокман, Т.В. Расстройства пищевого поведения как предикторы развития ожирения у детей [Текст] // Международный эндокринологический журнал. - 2015., с.16-18.
18. Суворова, М. Как победить пищевую зависимость (Настольная книга толстушки) [Текст] / М.: Изд-во Эксмо, 2015., с.22-26
19. Струева, Н. В. Особенности психического состояния больных с ожирением в зависимости от сопутствующих нарушений сна [Текст] - 2015, с. 88.
20. Хохлов, Л. К. Нервная анорексия как расстройство многофакторной природы [Текст] - 2016., с.23.
21. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследования и применение) [Текст] - СПб.: Питер, 2015., с.88.
22. Циркин С.Ю., Гладышев О.А., Бабин А.Г. Нервная булимия: критерии и типология [Текст] / Соц. и клинич. психиатрия. - 2017., с. 68-72.
23. Юдицкая Т.А., Гирш Я.В. Комплексная характеристика типов пищевого поведения у подростков [Текст] - 2016, с. 90 - 95.

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

Анкетирование по теме «Расстройства пищевого поведения»

1. Укажите ваш возраст:

А) 18 - 20

Б) 21 - 25

В) старше 25

2. Бойтесь ли вы употреблять пищу в общественных местах? (ресторан, кафе)

А) да

Б) нет

3. Возникает ли у вас желание «заесть» отрицательные эмоции, когда вы встревожены, озабочены или напряжены?

А) да, регулярно

Б) иногда

В) нет

4. Стараетесь ли вы есть гораздо меньше, чем вам хотелось бы во время обычного приема пищи (завтрак, обед, ужин)?

А) да

Б) нет

В) иногда

5. Подвергались ли вы насмешкам по поводу вашего веса со стороны сверстников/родственников в подростковом возрасте?

А) да

Б) нет

6. Какие причины привели вас к данному расстройству пищевого поведения?

А) подражание подиумным моделям/кумиру

Б) насмешки, оскорбления со стороны окружающих (родственников, сверстников)

В) глубокое разочарование в собственной личности, невозможность достижения «идеальных» пропорций тела

Г) постоянное ощущение собственной полноты

Д) стрессовая ситуация, переживания

7. Следили ли родители за вашим питанием в детстве?

А) да

Б) нет

8. Часто ли родители поощряли вас едой в детстве (за отличные оценки, хорошее поведение, какие - либо достижения)?

А) да, довольно часто

Б) нет

В) иногда

9. Едите ли Вы больше обычного в компании (когда едят другие)?

А) да

Б) нет

В) иногда

10. Использовали ли вы методы «очищения» после переедания (искусственное вызывание рвоты, применение мочегонных или слабительных препаратов)?

А) да

Б) нет

В) иногда

11. Когда вы видите, как едят другие, появляется ли у Вас желание поесть?

А) да

Б) нет

В) иногда

12. Были ли у вас родственники/друзья, которые поддерживали особенности вашего питания?

А) да

Б) нет

13. Осознаете ли вы, что имеете данное заболевание?

А) да, полностью осознаю

Б) нет, я считаю себя здоровой

14. Вы проходите лечение по собственной инициативе?

А) да

Б) нет

15. Изменилось ли ваше отношение к еде в настоящее время?

А) да, полностью изменилось

Б) нет, ничего не изменилось

В) немного изменилось

16. Получаете ли вы удовольствие от еды в настоящее время?

А) да

Б) нет

В) затрудняюсь ответить

### Рекомендации по лечебному питанию при нервной анорексии

- У пациентов, страдающих нервной анорексией, следует оценить особенности их питания.
- При поступлении в больницу рекомендована надлежащая оценка состояния питания (упитанности). В отделениях должно быть четкое указание, определяющее, кто будет проводить такую оценку.
- Пациенты должны пройти всестороннее соматическое обследование.
- Необходимо провести детальное лабораторное обследование на момент первоначальной оценки соматического статуса и повторно при поступлении в стационар. В случае обнаружения значительных отклонений следует обратиться к соответствующим специалистам за консультацией.
- Количество пищи должно быть вначале ограниченным и увеличиваться медленно.
- Для стационарных пациентов обычно рекомендуется прибавка веса 0,5–1,0 кг в неделю.
- На ранних стадиях возобновления питания следует тщательно контролировать биохимические показатели крови, признаки сердечно-сосудистых отклонений и нарушений водно-солевого баланса; во всех случаях нарушений электролитного обмена и парентерального замещения их строго рекомендовано ЭКГ-мониторирование.
- Использование добавок, содержащих микроэлементы, рекомендовано как в амбулаторных, так и в стационарных условиях
- Дополнительное введение тиамина *per os* рекомендовано амбулаторным и стационарным пациентам при быстром прибавлении массы тела

- Зондовое кормление должно проводиться клинической бригадой опытных и квалифицированных в этой области специалистов
- Пациенты, подвергающиеся зондовому кормлению, должны находиться под тщательным наблюдением; необходимо регулярно контролировать уровень электролитов в сыворотке крови и быстро корректировать какие-либо нарушения
- Зондовое кормление следует начинать медленно, используя стандартное изотоническое - 1 ккал/мл (4,2 кДж/мл) - питание, доставляемое через назогастральный зонд небольшого диаметра
- Парентеральное введение витаминов В и С должно проводиться до начала зондового кормления
- Добавки фосфатов рекомендованы до начала зондового кормления; могут потребоваться также дополнительные добавки минералов
- При проведении зондового кормления всегда необходимо обращаться за помощью к диетологу, также рекомендуется, чтобы в каждом отделении был соответствующий письменный протокол
- Прибавка веса более 0,5 кг в неделю не рекомендуется амбулаторным пациентам
- У амбулаторных пациентов, которые добиваются прибавки веса 0,3 кг и более в неделю, должен регулярно оцениваться уровень электролитов в сыворотке крови
- Пациентов с хроническим заболеванием стоит нацеливать на низкий, но безопасный вес с целью избежать поступления в стационар и максимально повысить качество жизни
- К ограничениям в еде по религиозным мотивам необходимо относиться с уважением до тех пор, пока они не станут представлять угрозу для выздоровления. Необходимо заботиться о том, чтобы используемые лекарственные препараты и пищевые добавки не противоречили религиозным и культурным установкам пациента

# ПОСЛЕДСТВИЯ АНОРЕКСИИ

**МОЗГ И НЕРВНАЯ СИСТЕМА:** наблюдается нарушение памяти, концентрации внимания, снижается способность к обучению. Человек чувствует печаль, раздражительность, тревогу, депрессию.

**СЕРДЦЕ:** низкое кровяное давление, слабый сердечный ритм, аритмия, сердечно-сосудистая недостаточность.

**КРОВЬ:** анемия

**МЫШЦЫ И СУСТАВЫ** атрофируются, случаются разрывы малых тканей, остеопороз, опухание суставов.

**ПОЧКИ:** мочекаменная болезнь, почечная недостаточность.

**ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ:** запоры, вздутие, расстройства желудка, кровотечения, боль в желудке, гастрит, язвенная болезнь, нарушение обмена веществ.

**ГОРМОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА:** прекращение менструации, замедление развития половой системы, бесплодие, отсутствие полового влечения.

**КОЖА, НОГТИ, ВОЛОСЫ.** Волосы становятся ломкими, тонкими, редеют и выпадают. Кожа шелушится, приобретает желтый оттенок. Наблюдается рост тонких волос по всему телу. Ногти слоятся, ломаются.