

Антикризисный консультационный
психологический центр

"Я АКТИВ!"



БАЗОВЫЙ КУРС ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ПСИХОЛОГОВ

**РПП в практике
психолога:**

**от диагностики к
эффективной помощи**

Антикризисный консультационный
психологический центр

"Я АКТИВ!"



Антикризисный консультационный психологический центр «Я АКТИВ!»

Оказание бесплатной психологической помощи

Сайт: www.center-active.ru



Страница в вк <https://vk.com/iactivecenter>



YouTube: <https://www.youtube.com/@center.active54>



почта: info@active-coach.ru

адрес: 630055, Новосибирск, М.Джалиля 3/1, оф 522



Об авторе

Светлана Ковешникова



- Психолог-сексолог
- Консультант по детско-родительским отношениям
- Клиент-центрированный терапевт

“Психолог в моём понимании — это не безучастный интерпретатор событий жизни клиента, а участливый проводник, который готов разделить непростые эмоции и пройти этот сложный путь вместе с клиентом, помогая и поддерживая».

Современный спектр РПП: Основные категории

РПП — это группа тяжелых психических расстройств, характеризующихся искаженным отношением к еде, собственному телу и весу.

Нервная анорексия (НА)



- **Суть:** Панический страх набора веса и искажение образа тела.
- **Поведение:** Жесткие ограничения, экстремальные диеты, отказ от еды даже при истощении.
- **Маркер:** Часто скрывают болезнь; гордятся сверхконтролем. (Эго-синтонность).

Нервная булимия (НБ)



- **Суть:** Потеря контроля над питанием с последующим чувством вины.
- **Поведение:** Приступы переедания + компенсация (рвота, слабительные, спорт).
- **Маркер:** Вес часто в норме. Огромное чувство стыда.

Компульсивное переедание (КП)



- **Суть:** Еда как способ заглушить эмоции без попыток очищения.
- **Поведение:** Поглощение больших объемов пищи до дискомфорта, тайная еда.
- **Маркер:** Сильнейший стресс и отвращение к себе после приступа.

EDNOS / Неуточненные

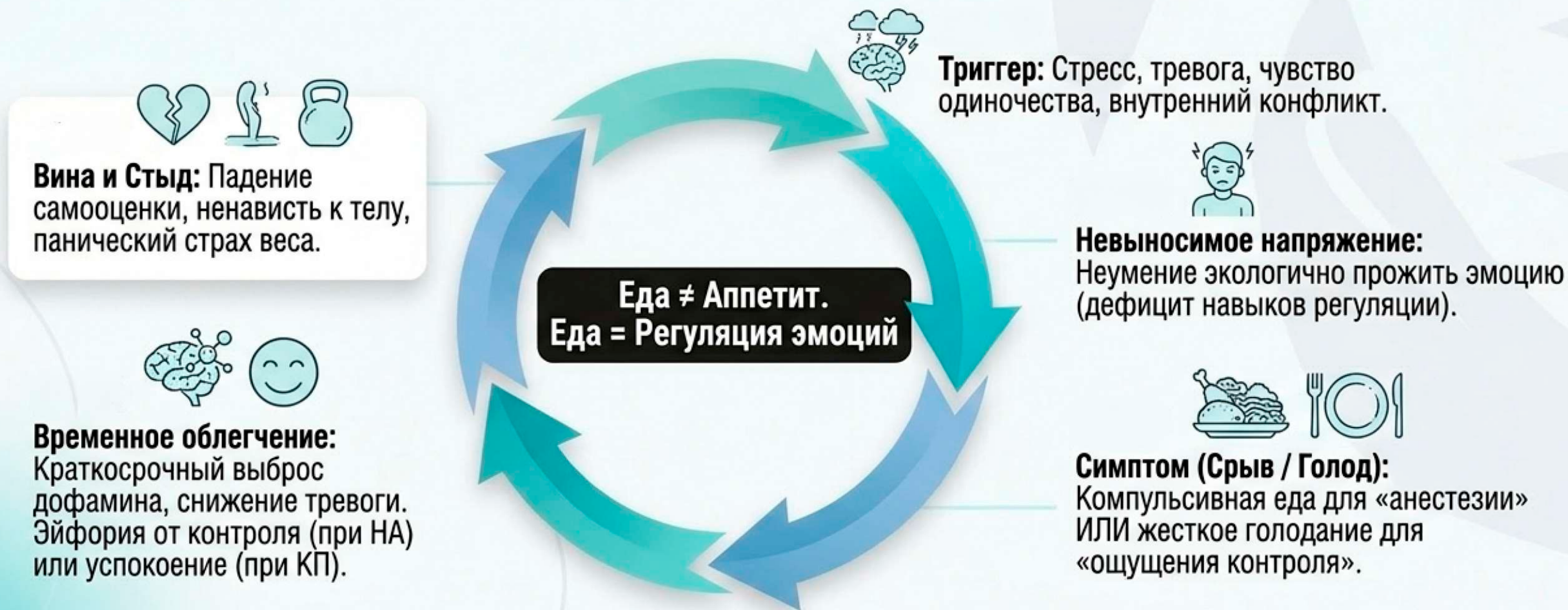


- **Суть:** Атипичные формы (анорексия при нормальном ИМТ, орторексия).
- **Поведение:** Смешанные симптомы, субклинические проявления.
- **Маркер:** Самая частая группа в амбулаторной практике.



Механизм РПП: Почему это не вопрос «силы воли»

Нарушение пищевого поведения всегда функционирует в контексте системы убеждений клиента, создавая иллюзию безопасности.



Инсайт для психолога: Борьба напрямую с едой не работает. Наша цель — разорвать цикл, обучив клиента новым навыкам проживания стресса.



Масштаб эпидемии: Почему РПП актуально как никогда

в 12 раз

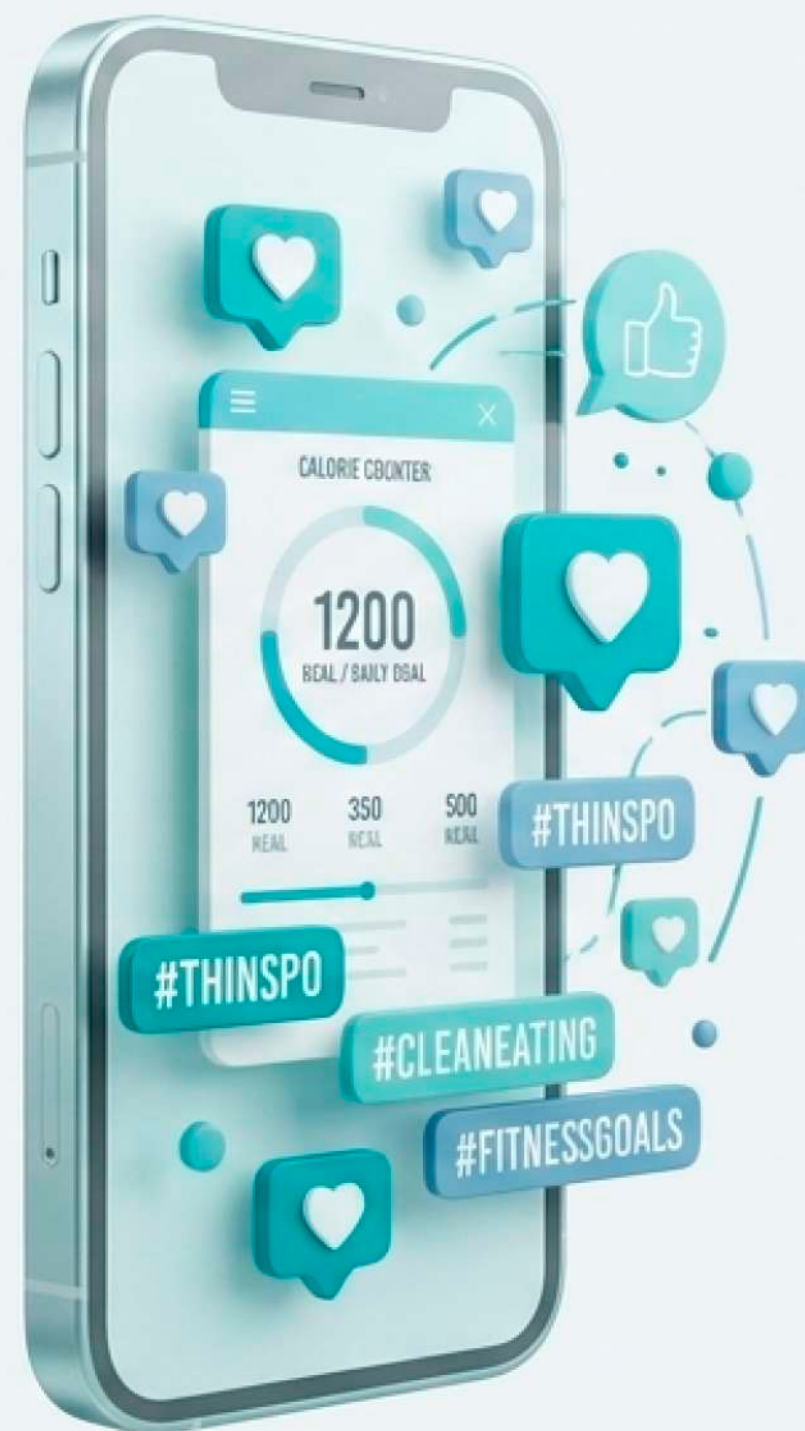
смертность при РПП выше, чем у людей без этих расстройств (самая высокая летальность в психиатрии).

50–75%

уровень **коморбидности** РПП с тяжелой депрессией.

90%

пациентов составляют **подростки и молодые люди** (преимущественно 12-24 лет).



«Культура диет»:

Стигматизация веса (фэтфобия) и трансляция идеи «худоба = успех, любовь, контроль».



Соцсети: Алгоритмы, создающие эхо-камеры РПП-контента (фитнес-блоги, одержимость калориями, ретушированные идеалы).



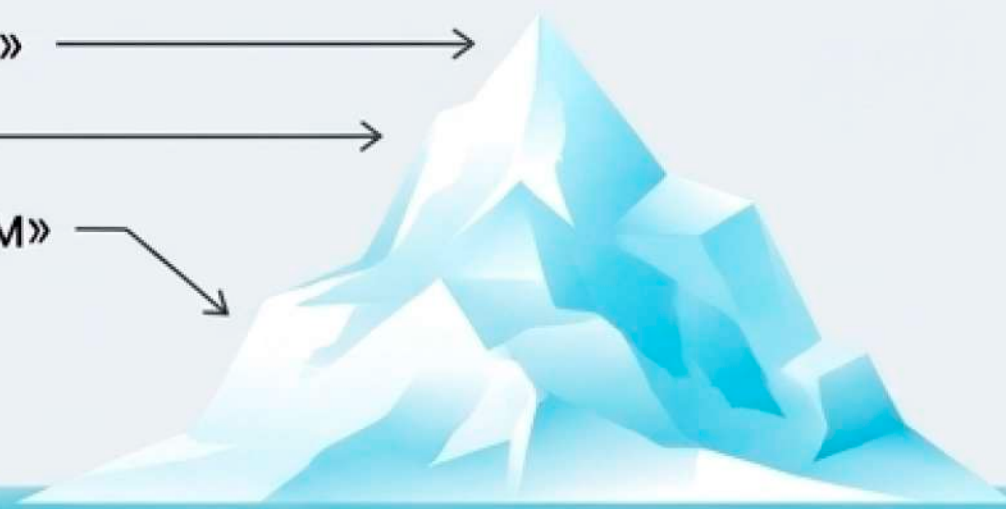
Орторексия: Тренд на «чистое питание», который социально одобряется, но часто маскирует начало тяжелых ограничительных расстройств.



Что мы слышим vs. С чем мы работаем

Поверхностный запрос клиента

- «Я просто хочу скинуть 5 кг, помогите мне взять себя в руки» —————→
- «Ненавижу свое тело и отражение в зеркале» —————→
- «У меня нет силы воли, я не могу остановиться есть вечером» ————↘
- (Жалобы на ЖКТ, усталость, проблемы с зубами — частые завуалированные симптомы).



Глубинная психологическая реальность

Перфекционизм и зависимость от оценок:

Самоценность определяется исключительно цифрой на весах.

Утрата контроля: Жизнь кажется хаосом, еда/вес — единственное, чем клиент может иллюзорно «управлять».

Травматический опыт: Еда как безопасный «буфер» между клиентом и болезненным внешним миром.

Важно: В отличие от других расстройств, симптомы РПП (похудение, сверхконтроль) часто воспринимаются клиентом как позитивные и защитные. Это основа сильнейшего сопротивления терапии.



Инфографика: Сравнительный профиль типов РПП

Критерий оценки	Нервная Анорексия (НА)	Нервная Булимия (НБ)	Компульсивное переедание (КП)
Ключевая цель клиента	Иллюзия тотального контроля, страх еды	Избавление от вины за съеденное	Утешение, снятие напряжения
Динамика веса	Экстремальное снижение, ИМТ ниже нормы	Нормальный вес или небольшие колебания	Склонность к избыточному весу / ожирению
Отношение к терапии	Отрицание: «Я здорова, не лечите меня» (Эго-синтонность)	Стыд: Скрывают, но хотят избавиться (Эго-дистонность)	Отчаяние: Запрашивают помощь в похудении, а не в психике
Соматические флаги	Аменорея, зябкость, обмороки, лануго	Проблемы с зубами, отеки лица, знак Рассела	Проблемы с ЖКТ, нарушения сна, одышка
Главный риск	Смерть от истощения / остановка сердца	Суицид, разрыв пищевода, дисбаланс электролитов	Тяжелая депрессия, метаболический синдром

Первичные «красные флаги»: анатомия скрытого расстройства

На что обратить внимание практикующему психологу уже на первой сессии



Тело и физиология

- Значительные колебания веса (при булимии вес часто в пределах нормы!)
- Жалобы на постоянный холод (зябкость), слабость, головокружения.
- «Знак Рассела» (мозоли на костяшках пальцев от вызывания рвоты).
- Истончение эмали зубов, отечность околоушных желез.
- Ломкость ногтей, выпадение волос, пушковые волосы (лануго) на теле.



Поведение и ритуалы

- Ритуализация еды: нарезание на микроскопические кусочки, долгое пережевывание.
- Избегание совместных приемов пищи («я уже поел(а) по дороге»).
- Обязательные походы в туалет сразу после еды.
- Компульсивный спорт: тренировки через боль или усталость (как способ «отработать» еду).



Речь и когниции

- Сверхценность веса: самооценка жестко привязана к цифре на весах или размеру одежды.
- Искажение образа тела («я толстая» при объективном истощении).
- Жесткое деление продуктов на «чистые/грязные», «хорошие/плохие».
- Агрессия или сильная тревога при попытке обсудить рацион.



Важно: Диагноз РПП не ставится только по внешнему виду. «Красные флаги» — это повод для направленного, но деликатного скрининга.

Глубокий скрининг: Опросник EAT-26 (D. Garner, P. Garfinkel)

Золотой стандарт оценки пищевых предпочтений и риска клинического РПП

Механика оценки

Суть методики

26 вопросов, выявляющих стремление к худобе, страх набора веса, компульсивные тенденции и булимические паттерны.

Подсчет баллов (Шкала Лайкерта)

«Всегда» = 3 балла, «Обычно» = 2 балла, «Часто» = 1 балл. Остальные варианты = 0 баллов.

(Вопрос №26 оценивается в обратном порядке)



Высокий риск клинического РПП. Требуется углубленная диагностика и, возможно, подключение врача-психиатра.

Совет из практики: EAT-26 подвержен эффекту социальной желательности. Клиент может намеренно занижать симптомы (диссимуляция). Если балл < 20, но вы видите «красные флаги», продолжайте диагностику. Тест — это повод для диалога, а не вердикт.



Экспресс-диагностика: Тест SCOFF (J.M.E. Walsh)

5 быстрых вопросов для кризисной сессии или работы в условиях ограниченного времени

S **SICK:** Вызываете ли вы у себя рвоту (чувствуете тошноту), потому что ощущаете неприятное чувство переедания?

C **CONTROL:** Беспокоит ли вас то, что вы теряете контроль над тем, сколько вы едите?

O **ONE STONE:** Потеряли ли вы более 6 кг за последние 3 месяца?

F **FAT:** Считаете ли вы себя полным(ой), в то время как окружающие говорят, что вы худой(ая)?

F **FOOD:** Можете ли вы сказать, что еда занимает доминирующее место в вашей жизни?

Statistics Badge

Критический порог:
**2 и более
положительных
ответа**

Чувствительность 100%,
специфичность 87.5%
(в отношении выявления
анорексии или булимии).



Интеграция в беседу:

Не задавайте эти вопросы как строгий анкетер. Вплетайте их в естественный диалог: «Слушай, а бывает такое, что кажется, будто еда начинает управлять твоей жизнью?».



Дифференциальная диагностика: с чем путают РПП?

Разграничение симптомов для выбора верного протокола терапии

Параметр	Расстройства пищевого поведения	Клиническая депрессия	ОКР / Тревожность
Отношение к еде и аппетит	Голод ЕСТЬ, но он жестко подавляется или сменяется компульсивным срывом.	Истинная потеря аппетита и вкуса к еде (пища воспринимается как «картон»).	Еда избегается из-за страха подавиться, отравиться или страха микробов.
Уровень энергии	Гиперактивность, истощающие тренировки несмотря на физическую слабость.	Психомоторная заторможенность, апатия, нехватка сил на базовые дела.	Энергия истощается на выполнение изматывающих защитных ритуалов.
Фокус навязчивостей	Эго-синтонные (принимаемые как часть себя) мысли о фигуре, весе, калориях.	Глобальные идеи самообвинения, вины, тотальной бессмысленности.	Эго-дистонные (чуждые, пугающие) мысли. Страх причинить вред.

Клинический маркер: При депрессии человек худеет, потому что у него нет сил жить и есть. При анорексии человек не ест, потому что процесс контроля веса заменяет ему смысл жизни.



Преодоление барьеров: отрицание и диссимуляция

Особенности работы с клиентами, которые активно скрывают симптомы РПП

Над водой (Соматоформные маски):

Жалобы на вздутие, тяжесть в животе, хронические запоры, пропавшую менструацию, аллергии, желание «просто правильно питаться».

Под водой (Скрытая реальность):

Навязчивый панический страх потолстеть, тайный прием слабительных, секретные эпизоды переедания, самовызывание рвоты, ненависть к телу.

Почему они скрывают симптомы?

- **Анорексия:** Симптом дает иллюзию безопасности и контроля (Эго-синтонность).
- **Булимия и КП:** Глубокое чувство стыда и вины за потерю контроля (Эго-дистонность).

Тактика для психолога

- ✓ **Избегайте лобовых атак:** Спрашивайте косвенно («Как вы себя чувствуете, если приходится пропустить тренировку?»).
- ✓ **Не спорьте о весе:** Фокусируйтесь на эмоциональном страдании и усталости, а не на цифрах на весах.
- ✓ **Среда без осуждения:** На первых этапах не пытайтесь «отобрать» защиту (РПП), покажите, что вы понимаете, зачем она нужна.



Архитектура терапии: Протокол СВТ-Е (К. Фэйрберн)

Золотой стандарт доказательного подхода. Фокус — на сверхценности веса и формы тела, а не на цифрах на весах.



Фокус для практикующего психолога: КБТ-П работает не как классическая разговорная терапия. Это директивный, структурированный протокол. Наша главная мишень — деструктивная установка «моя ценность = мой вес».

"Я АКТИВ!"



Пищевой дневник: Смена парадигмы

Инструмент работы с эмоциями, а не калькулятор.
Фиксация на КБЖУ усиливает тревогу.

☒ Деструктивный дневник

Яблоко — 52 ккал, 10 г угл.

Съела лишнее, нужно
отработать

Итого: 1100 ккал

Цифры, граммы, тотальный контроль
и чувство вины. Усиливает симптоматику РПП.

☒ Терапевтический дневник

Время: 14:30. **Контекст:** одна дома

Эмоция: одиночество, тревога

Мысли: «Я никому не нужна»

Компенсация: Да/Нет

Время, контекст, эмоции, мысли до/после.
Выявляет паттерны (например, «заедание» стресса).

Совет специалисту:

Обучите клиента заполнять колонку «Эмоции/События». На сессии анализируйте именно эти данные — они покажут, какую психологическую функцию выполняет переедание или отказ от еды.



Регулярное питание: Биологическая стабилизация

Без восстановления физиологического ритма психотерапия бесполезна.

Мозг в состоянии голода не способен менять когнитивные установки.



Планирование

Еда планируется заранее.
Никаких спонтанных пропусков.



Безусловность

Еду не нужно «зарабатывать» или
«отрабатывать» тренировками.



Снижение тяги

Базовый рацион снижает
физиологическую тягу к компульсивным
перееданиям за счет стабилизации
сахара в крови.

Инсайт для психолога:

Часто клиенты (и родители подростков) считают, что «нужно просто перестать есть сладкое». Наша задача — объяснить, что именно длительные перерывы и ограничения провоцируют срывы.

"Я АКТИВ!"



Образ тела: Техника «Зеркало»

Смещение фокуса с оценивающего восприятия (body checking) на безоценочное описание.

Уровень 1: Распознавание критика

Заметить и отделить критикующий голос («толстый», «уродливый»). Это голос болезни, а не объективная реальность.

Уровень 2: Нейтральное описание

Описание фактов как судмедэксперт или художник. Фокус на цветах, формах, геометрии без оценок (например, «здесь кожа светлее», «эта линия округлая»).

Уровень 3: Функциональная благодарность

Смещение фокуса с внешности на функцию тела. Практика благодарности: «Эти ноги позволяют мне ходить», «Эти руки могут обнимать».



Важно для психолога!

Техника вызывает высокую тревогу у клиента. Эффективна только при систематической (регулярной) экспозиции, а не как разовая акция. Действуйте бережно.



Стоп-техники при срывах (Emergency Toolkit)

Навык выдерживания дистресса («точки кипения») без разрушительных действий. Серфинг на волне тяги.



Задание для сессии:

Составьте с клиентом индивидуальную «Аварийную карточку» (Coping Card). Сфотографируйте её — она всегда должна быть в галерее телефона клиента.

"Я АКТИВ!"



Метод DBT: Регуляция эмоций при РПП

РПП часто маскирует дефицит навыков эмоциональной саморегуляции. DBT учит выдерживать реальность.



Осознанность (Mindfulness)

Наблюдение за позывом к перееданию/голоданию со стороны. Способность присутствовать в моменте без немедленного импульсивного действия.



Стрессоустойчивость (Distress Tolerance)

Радикальное принятие тела, ситуации и реальности такими, какие они есть прямо сейчас, без попыток немедленно их изменить деструктивным путем.



Эмоциональная регуляция

Навык «Противоположное действие»: если страх заставляет избегать еды — нужно есть. Изменение эмоции через изменение поведения.



Межличностная эффективность

Умение выстраивать границы. Как сказать «нет» токсичным комментариям родственников о весе или навязыванию еды.

Суть метода:

Ключевая философия DBT — **диалектика**: баланс между безусловным принятием клиента и требованием изменений его поведения.



Алгоритм ведения клиента с РПП

Маршрутизация от первого запроса до ремиссии.
Профессиональные границы компетенции психолога.



Междисциплинарный подход:

РПП — это психиатрический диагноз с тяжелыми соматическими последствиями. Психолог не заменяет врача, а работает в составе мультидисциплинарной команды. Безопасность клиента — приоритет №1.



Соматические «красные флаги» (Направление к врачу/эндокринологу)

- ⚠ **ИМТ < 16:** Критическое истощение организма (показание к стационарному восстановлению).
- ⚠ **Пульс < 40 уд/мин:** Систолическое давление < 80 мм рт. ст. (высокий риск остановки сердца).
- ⚠ **Ежедневная рвота:** Опасность разрыва пищевода, обезвоживания и дисбаланса электролитов (калий, натрий).
- ⚠ **Аменорея:** Отсутствие менструаций (маркер глубокого эндокринного сбоя).

Медицинские границы: когда психолог ОБЯЗАН передать клиента

Мультидисциплинарный подход — золотой стандарт лечения РПП. Практикующий психолог не работает в одиночку.

Психиатрические маркеры (Направление к психиатру)

- ⚠ **Коморбидная депрессия:** Тяжелые депрессивные эпизоды (встречаются у 50-75% клиентов с РПП).
- ⚠ **Психотическая симптоматика:** Бред, галлюцинации (отказ от еды продиктован не страхом полноты, а паранойей или голосами).
- ⚠ **Тяжелое ОКР:** Навязчивые ритуалы, полностью блокирующие социальную адаптацию.



Важно: Голодающий мозг не способен на полноценную психотерапию (когнитивные функции критически снижены). Сначала — соматическая стабилизация, затем — глубинная психотерапия.



Суицидальный риск и самоповреждения при РПП

Летальность при расстройствах пищевого поведения — самая высокая среди всех психических заболеваний.

В 12 РАЗ

выше уровень смертности у клиентов с РПП по сравнению с популяцией без расстройств.

ДО 20%

летальных исходов при нервной анорексии обусловлены именно суицидом, а не истощением.

СЕЛФХАРМ (NSSI)

Выступает как механизм регуляции невыносимых эмоций (стыд, вина за срыв), заменяя или дополняя очистительное поведение.

1. Прямой скрининг:

Не бойтесь задавать вопросы прямо («Посещают ли вас мысли о том, чтобы не жить?»). Обсуждение снижает напряжение.



2. Оценка плана:

Наличие конкретного плана, доступа к средствам и отсутствие сдерживающих факторов — экстренная госпитализация.



3. Антикризисный контракт:

Разработка пошагового плана безопасности (что делать и кому звонить при пике импульса). Обязательное подключение психиатра.

Личное отношение: «Тень психолога» в терапии РПП

Риск незаметной трансляции собственных диетических установок и фэтфобии клиенту.



“Терапевт не может провести клиента дальше того места, до которого дошел сам в отношениях со своим телом».”

Блок самодиагностики (Три шкалы скрытых установок)

Шкала 1: Отношение к весу клиента

[Красный флаг]

Внутренне хвалить клиента за снижение веса.

[Норма]

Восприятие веса исключительно как биологического маркера, а не достижения.

Шкала 2: Разделение еды

[Красный флаг]

Поддерживать страх углеводов, идеи «чистого питания» и детоксов.

[Норма]

Легализация всех продуктов. Еда не имеет моральной ценности.

Шкала 3: Собственные привычки

[Красный флаг]

Психолог сам постоянно на диетах и транслирует недовольство фигурой.

[Норма]

Практика интуитивного питания, толерантность к многообразию форм тел.

Если тема веса вызывает у вас сильный личный отклик, обязательна супервизия и личная терапия перед работой с РПП.



Опыт коллег: преодоление сопротивления родителей

При работе с подростками семья — не причина болезни, а главный ресурс выздоровления (подход FBT / Модсли).

Проблема: Высокий материнский критицизм и родительское отрицание («просто капризничает») блокируют восстановление.

❌ **Ошибка** (Обвиняющая позиция)

Успешная практика (Сотрудничество) ✓

❌ Искать причину РПП в ошибках воспитания родителей.

Экстернализация болезни: «РПП — это внешний враг. Мы с вами — одна команда против РПП».

❌ Отстранять родителей от процесса питания подростка.

Делегирование контроля: Временно передать родителям 100% контроль за питанием ребенка (как за лекарством).

❌ Соглашаться с критикой родителями внешности подростка.

Остановка фэтфобии: Мягкое, но твердое пресечение комментариев о весе. Психобразование семьи.

❌ Игнорировать усталость родителей.

Валидация боли: «Я вижу, как вы истощены борьбой за жизнь вашего ребенка».

Совет: Индивидуальные встречи с подростком важны, но сессии с родителями — обязательное условие терапии до 18 лет.

Психообразование: биология голода

Важнейший этап терапии — снять чувство вины, объяснив, что срывы — это биологическая норма при истощении.



Практический инструмент: Нарисуйте этот цикл вместе с клиентом на сессии. Единственный выход — разрушить этап №1 (восстановить регулярное питание), так как физиологический голод нельзя победить силой воли.



Работа с окружением: поддерживающая среда

Как обучить близких клиента правильной коммуникации и экологичной поддержке дома.

ЧТО ДЕЛАТЬ (Поддерживающая среда)

- ✓ **Фокус на личности, а не теле:** Делать комплименты характеру, эмоциям, успехам («С тобой так интересно», «Ты сегодня радостная»).
- ✓ **Совместные приемы пищи:** Есть вместе, без гаджетов и ТВ. Демонстрировать спокойное отношение к любой еде.
- ✓ **Терпение при срывах:** Не ругать и не паниковать. Транслировать: «Это болезнь, это временно, я рядом».

ЧЕГО ИЗБЕГАТЬ (Триггерная среда)

- ✗ **Запрет на “Diet Talk”:** Строго исключить обсуждение диет, калорий и веса (даже актеров в кино или посторонних людей).
- ✗ **Не комментировать порции:** Избегать фраз «Ого, какой аппетит!» или «Уверена, что съешь все это?»
- ✗ **Не хвалить за изменения веса:** Фразы «Ты так похудела/поправилась и хорошо выглядишь!» — сильнейший триггер обострения РПП.

Кейс-стади: выход в ремиссию при компульсивном переедании

Практический пример применения протокола когнитивно-поведенческой терапии (CBT-E).



Точка А (Анамнез и Запрос)

- **Профиль:** Девушка, 22 года.
- **Симптомы:** 3-4 приступа КП в неделю (вечером, в одиночестве). Жесткие диеты днем. Дихотомическое мышление: «Съела дольку шоколада — день испорчен, можно есть все».
- **Запрос:** «Сделайте так, чтобы я перестала хотеть сладкое и похудела».



Стратегия (Интервенция)

- Шаг 1:** Деконструкция. Отказ от цели «похудеть», фокус на стабилизации психики.
- Шаг 2:** Регулярное питание. Внедрение схемы «3 основных приема + 2-3 перекуса» без пропусков.
- Шаг 3:** Мониторинг. Дневник еды и эмоций (без калорий). Поиск триггеров (усталость, одиночество).
- Шаг 4:** Когнитивная работа. Легализация запрещенных продуктов.



Точка Б (Результат через 6 месяцев)

- Полное прекращение приступов объективного переедания.
- Снижение тревоги и депрессивной симптоматики.
- Интеграция навыков эмоциональной регуляции (DBT) вместо еды при стрессе.



Чек-лист по итогам сессии

10 вопросов для самопроверки практикующего психолога после работы с клиентом с РПП.

Зона 1 — Оценка состояния клиента и рисков

- ☐ Оценил(а) ли я суицидальный риск и селфхарм на этой неделе?
- ☐ Проверил(а) ли я динамику веса (по протоколу) без эмоциональных оценок?
- ☐ Выявил(а) ли я признаки соматического ухудшения (обмороки)? Нужен ли врач?
- ☐ Обсудили ли мы эпизоды срывов с позиции исследователей, а не судей?
- ☐ Соблюдает ли клиент базовый протокол регулярного питания?

Зона 2 — Оценка терапевтического процесса

- ☐ Не скатился(лась) ли я в роль «контролирующего родителя» или спасателя?
- ☐ Использовал(а) ли я методы психообразования (биология симптома)?
- ☐ Уделили ли мы внимание работе с образом тела на этой сессии?
- ☐ Сохраняется ли у клиента мотивация, или включилось отрицание/диссимуляция?
- ☐ Понимает ли клиент свою домашнюю работу (дневник эмоций, стоп-техники)?

Выводы и золотой стандарт литературы

Фундамент для углубления навыков терапии РПП.



Главные тезисы методички

- **РПП — это не про еду:** Еда — лишь симптом и способ регуляции невыносимых эмоций и травм.
- **Сначала тело, потом психика:** При критическом истощении психотерапия не работает. Нужна мультидисциплинарная команда.
- **Среда решает:** Работа с семьей подростка и изоляция клиента от «диетической культуры» критически важны.
- **Доказательность:** Протоколы СВТ-Е, DBT и FBT (Модсли) — самые эффективные инструменты в мировой практике.

Библиотека практикующего психолога

1. К. Фэйрберн: «Как справиться с компульсивным перееданием»

2. Дж. Треже, Г. Смит, А. Крейн:
«Тренинг навыков ухода за
за близкими людьми с РПП»

3. Д. Ле Гранж, Д.Д. Лок:
«Расстройства пищевого поведения
у детей и подростков»

4. М. Линехан: «Руководство
по тренингу навыков при ПРЛ»

Антикризисный консультационный
психологический центр

"Я АКТИВ!"



Антикризисный консультационный психологический центр «Я АКТИВ!»

Оказание бесплатной психологической помощи

Сайт: www.center-active.ru



Страница в вк <https://vk.com/iactivecenter>



YouTube: <https://www.youtube.com/@center.active54>



почта: info@active-coach.ru

адрес: 630055, Новосибирск, М.Джалиля 3/1, оф 522