РАЗДЕЛ X. ПСИХОЛОГИЯ

Валлис И.

Расстройства пищевого поведения и EMDR

doi: 10.18411/scienceconf-06-2021-19

Аннотация

В статье рассматривается понятие пищевого поведения, проявление и причины пищевых нарушений.

Ключевые слова: пищевое поведение, пищевые нарушения.

Abstract

The article discusses the concept of eating behavior, the manifestation and causes of eating disorders.

Keywords: eating behavior, eating disorders.

Мне как EMDR психотерапевту, а также моим коллегам приходится работать с самыми разными пациентами, ПТСР – далеко не единственный случай в моей практике. Ко мне также обращаются люди с расстройствами пищевого поведения, и эти случаи являются самыми сложными при лечении. Пациенты с РПП ...

Расстройства пищевого поведения-это серьезные психические заболевания, которые затрагивают миллионы людей независимо от расы, возраста, национальности или пола и несут значительные личные, семейные и социальные издержки. (Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007 Feb 1;61(3):348-58. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.03.040. Epub 2006 Jul 3. Erratum in: *Biol Psychiatry*. 2012 Jul 15;72(2):164. PMID: 16815322; PMCID: PMC1892232.) Поразительно, что данные расстройства затрагивают и самые "молодые" группы населения - детей (Rozzell, K., Klimek, P., Brown, T., & Blashill, A. J. (2019). Prevalence of eating disorders among us children aged 9 to 10 years: data from the Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) study. *JAMA pediatrics*, 173(1), 100-101.). Несмотря на сложность интеграции всех данных о распространенности РПП, самые последние исследования подтверждают, что РПП широко распространены во всем мире, особенно среди женщин. Кроме того, средневзвешенные значения распространенности РПП увеличились за исследуемый период с 3,5% в период 2000-2006 годов до 7,8% в период 2013-2018 годов (Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavalacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*, 109(5), 1402-1413.). Помимо этого, среди пациентов с РПП наблюдается самая высокая смертность в сравнении с другими расстройствами (Agras, W. S. (2001). The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 371-379.) Несложно предположить, что наблюдаемая тенденция продолжает увеличиваться, что представляет огромную проблему для общественного здравоохранения и медицинских работников.

Нам не хватает полного понимания этиологии расстройств пищевого поведения. Мы сталкиваемся со значительными ограничениями в нашей способности предотвращать, выявлять и лечить этот класс расстройств. Однако появляется все больше исследований, посвященных механизмам, лежащим в основе данных расстройств. Рассмотрим расстройство переедания.

В современной науке вопрос о том, являются ли расстройство переедания – импульсивно – компульсивным остается дискуссионным. Однако существующие данные указывает на следующий характер данной патологии:

1. Усиленное подкрепление от приема пищи или же усиленная мотивация и побуждение к приему пищи.
2. Увеличение количества съедаемой пищи, необходимого для чувства насыщения, толерантность.
3. Отсутствие контроля приема пищи, человек не может остановиться.
4. На прием пищи затрачивается большее количество времени.
5. Обуславливание и формирование привычек, связанных с едой и пищевыми стимулами.
6. Дистресс и дисфория, испытываемые при ограничении приема пищи.
7. Очень быстрое или массивное употребление пищи при отсутствии голода, до состояния дискомфорта перенасыщения.
8. Переедание продолжается вопреки знанию о негативных физических и психологических последствиях, вызванным избыточным потреблением пищи.
9. Употребление пищи в одиночестве, чувство вины или подавленности.
10. Компульсивное переедание может происходить с последующим вызовом рвоты или без нее.

Однако внутренняя механика компульсивного переедания своеобразна. Тяга к еде – своеобразный импульс, запускающий механизмы, не дающие организму регулировать пищевое поведение. Пациенты с перееданием имеют разный уровень тяги к той или иной пище, однако все эти импульсы заканчиваются перееданием. Пациенты, страдающие от переедания, сталкиваются с разными подобными импульсами в разных ситуациях. Уровень же самой тяги также варьирует с каждым случаем. При работе с такими пациентами необходимо снижать и регулировать уровень тяги для преодоления компульсии и роста внутреннего контроля.

Дефицит контроля над едой – один из самых значимых симптомов у пациентов с РПП. Контроль дает им способность регулировать, а значит появляется здоровое место внутреннего контроля, которое генерализуется не только на еду, но и на всю жизнь в целом.

Помимо этого, работа с тягой к еде – это своеобразное взаимодействие с внутренними защитами пациентов. Защиты – это механизмы или стратегии, используемые для взаимодействия с реальностью и сохранения образа себя. С защитами необходимо работать постепенно, начиная с самых верхних слоев, медленно добираясь до самой сути. Это требует большого терпения и подготовки, однако это приносит большие результаты. Помимо этого, защиты – это попытки уберечь себя от опасности, мнимой или реальной. Появление защит – результат процедурного научения, необходимый для столкновения с реальностью. В терапии защиты определяются как соматические, когнитивные и эмоциональные переживания, блокирующие течение терапии (Seijo, 2016). Однако на защиты стоит смотреть не как на сопротивление, а как на цель того, от чего они защищают.

Одним из показательных примеров защиты служит голод. Пациенты, у которых наблюдается данная защита, зачастую не осознают телесные ощущения и эмоции и путают их с чувством физического голода. За пределами этой защиты стоит эмоциональная пустота, которую человек пытается заполнить едой. Пациенту необходимо определить, назвать и осмыслить то, что приводит к ее появлению.

Прокрастинация – состояние, при котором пациент откладывает важные задачи и обязанности, которые заменяются процессом принятия пищи. Это считается одной из самых блокирующих защит.

Страх потери веса – еще одна проблема у пациентов с РПП. Она наблюдается у тех пациентов, которые сфокусированы на необходимости сбросить избыточный вес. Нормальный вес и его поддержание определяется как опасность. Дойдя до нужного веса, они сталкиваются с ощущением пустоты и подавленности, и затем снова попадают в замкнутый круг набора и потери веса. Этот процесс не является осознанным и исходит из процедурного научения. Необходимо работать со страхом, в первую очередь выявляя его, а затем ослабляя его.

Чувство стыда – это крайне болезненное чувство, с которым сталкиваются пациенты с РПП, зачастую ощущая его с самого раннего возраста. Стыд связан с ощущением неполноценности и с травмой унижения. Зачастую это перекликается с травмой из-за избыточного веса, которая происходит уже в раннем детстве. Из-за оскорблений, давления со стороны социума и семьи сесть на диету, презрения и неуважения пациент начинает ощущать, что с ним что-то не так.

Зачастую у пациентов с РПП также присутствует чувство вины, причины которого субъективны. Оно появляется после многолетнего цензурирования и осуждения. Таким образом человек наказывает себя с помощью еды.

Отсутствие мотивации для диеты. В одном из проведенных исследований 76% из группы в 2000 человек с проблемами избыточного веса и ожирением говорят, что их не устраивает их вес, и они хотели бы в среднем сбросить около 10 килограммов менее, чем за несколько месяцев.

— 81% из опрошенных потерпели неудачу в попытках сбросить вес.

— 75% ранее уже сидели на диете.

Так происходит, так как для пациента с РПП еда – это подмена тех потребностей, которые приносили бы человеку внутреннее удовлетворение. Это же является одной из главных причин, почему диеты не работают для таких пациентов. Ограничение в еде воспринимается ими как элемент жертвенности, отказ от удовольствия от еды – главный триггер. К тому же, когда вес стабилизируется благодаря здоровому питанию и физическим нагрузкам, мотивация снижается.

Однако если бы ожирение с РПП и перееданием были бы связаны только с едой, то изменение пищевого поведения легко решило бы эту проблему. Было обнаружено, что эмоциональное насилие, физическое пренебрежение и сексуальное насилие являются важными предикторами расстройств пищевого поведения (Kong, S., & Bernstein, K. (2009). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 18(13), 1897-1907.). Недавние исследования также связывают ПТСР с РПП, указывая на то, что примерно 75% находящихся в терапии женщин имеют в анамнезе травматизацию, и 50% от этого числа страдали от ПТСР. Самой же частой травмой пациентками указывалось насилие. Также была выявлена корреляция: чем раньше произошла травматизация, тем сильнее выявлялась степень нарушения. Сексуальное насилие в детстве – один из главных факторов, способствующих ожирению во взрослом возрасте (Gustafson, T. B., & Sarwer, D. B. (2004). Childhood sexual abuse and obesity. *Obesity reviews*, 5(3), 129-135.).

Диссоциация – еще одна проблема, с которой сталкиваются пациенты с РПП. Было выявлено, что диссоциативные переживания, вызванные травмой, могут играть важную роль в развитии расстройства пищевого поведения. Зачастую обнаруживается, что патология пищевого поведения зародилась как механизм выживания, позволяющий избежать психологического ущерба, нанесенного всепоглощающей травмой (Vanderlinden, J., Vandereycken, W., Van Dyck, R., & Vertommen, H. (1993). Dissociative experiences and trauma in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 187-193.). Существуют самые разные типы диссоциации при РПП: соматическая диссоциация, диссоциативные фантазии, алекситимия, соматоформная диссоциация. Однако ключевые моменты диссоциации у пациентов проявляются в следующем:

причинение вреда себе в связи с переживанием депрессии, чувства вины, наказания или стыда. Помимо этого, травматические переживания формируют негативный образ и способствуют самоотвержению.

Одним из главных преимуществ терапии EMDR является грамотная проработка этих травм, лежащих в основе данных психопатологий. С помощью психотерапии EMDR при работе с пациентами необходимо использовать определенную схему, структуру, которая поможет человеку вновь обрести контроль. Однако два ключевых момента, необходимых при любой работе – это доверие и безопасное внедрение в его внутренний мир. Схема работы EMDR при расстройствах пищевого поведения включает в себя:

- Терапевтический альянс.
- Необходимость обозначить и выявить тип (ы) насилия, которому подвергался пациент.
- Концептуализация насилия, лежащего в основе РПП.
- Выявление симптоматики, связанной с насилием.
- Стабилизация симптоматики РПП.
- Ослабление защитных механизмов, которые охраняют внутренний мир.
- Работа с частями и диссоциацией.
- Выявление более доступных мишеней для начала интеграции.
- Продолжение работы с самыми тяжелыми мишенями по теме насилия.

Терапевтический альянс – ключевая стадия работы с пациентами. В первую очередь необходимо определиться с исключаяющими моментами, когда пациент не хочет питаться, а также с триггерами, которые приводят к перееданию. Важно помочь человеку найти нужные ему ресурсы для того, чтобы справиться с проблемой, обратиться к его внутреннему миру за поддержкой. Также важно проработать травмы, лежащие в основе патологии, а также чувство внутренней пустоты.

Однако наиболее важный момент – это способность психотерапевта ДАТЬ ПАЦИЕНТУ ПОДДЕРЖКУ и ввести его в процесс психотерапии. Необходимо развивать теплые отношения с пациентом, предоставить ему надежную и доступную руку помощи. Современные исследования показывают, что пациенты, воспринимающие своего психотерапевта как компетентного, показывают большую удовлетворенность психотерапией (Rosenvinge & Klusmeier, 2000).

На данный момент было проведено не так много исследований по измерению эффективности терапии EMDR для данной группы пациентов. Однако в одном из них изучались краткосрочные и долгосрочные эффекты EMDR в группах пациентов с расстройствами пищевого поведения. Рандомизированный экспериментальный план сравнивал 43 женщины, получающих стандартное лечение расстройств пищевого поведения (SRT) на дому, с 43 женщинами, получающими SRT и терапию EMDR (SRT + EMDR). По результатам исследования, SRT + EMDR сообщили о меньшем беспокойстве по поводу негативных воспоминаний об образе тела и неудовлетворенности нижней частью тела при последующей обработке, 3-месячном и 12-месячном наблюдении в сравнении с SRT. Представленные эмпирические данные свидетельствуют о том, что EMDR может использоваться для лечения определенных аспектов негативного образа тела в сочетании с SRT, но необходимы дальнейшие исследования.

Таким образом, можно заключить, что расстройства пищевого поведения – тяжелая проблема, с которой необходимо бороться. Терапия EMDR направлена на выявление глубинных психологических основ данных психопатологий. Протокол EMDR направлен на работу с внутренними травмами и защитами, что зачастую является ключевым решением в работе с пациентами и, таким образом, данная психотерапия является одной из главных при работе с пациентами, у которых РПП – не просто диагноз, а серьезная травма жизни. Однако необходимо еще больше доказательной базы, что требует дальнейших исследований.