

К ВОПРОСУ КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОГЕННОГО ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

О.И. Хвостова

Государственный институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк

Под адекватным пищевым поведением (ПП) понимается такое пищевое поведение человека, когда потребление пищевых веществ по составу, количеству, форме, способу употребления и приготовления соответствует пищевой потребности организма в питательных веществах и энергии в зависимости от состояния ферментных систем, энергозатрат, биоритмов, особенностей пищевой мотивации; повышения двигательной активности [2].

Во многих развитых странах отмечается значительное увеличение числа больных с нарушением ПП, следствием чего является возникновение многочисленных алиментарно-зависимых заболеваний. Таких как ожирение, болезни сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и др. Причем, отмечаются большие сложности в изменении сформированного пищевого поведения даже лицами с тяжелыми заболеваниями, несмотря на интенсивное обучение их коррекции питания и даже непосредственную угрозу жизни при невыполнении требований.

У большинства пациентов наблюдаются нарушения психологических форм пищевого поведения, способствующих усилению влечения к пище [3]. Известно 3 типа нарушения пищевого поведения: эмоциогенное пищевое поведение, экстернальное пищевое поведение и ограниченное пищевое поведение [1, 5].

Эмоциогенное ПП может быть представлено пароксизмальной формой (компульсивное пищевое поведение) либо перееданием с нарушением суточного ритма приема пищи (синдром ночной еды). При нем человек принимает пищу не потому, что голоден, а потому что неспокоен, тревожен, раздражен, у него плохое настроение, он удручен, подавлен, обижен и т. д. Другими словами стимулом к приему пищи является не голод, а эмоциональный дискомфорт. Человек заедает свои горести и несчастья. Показано решающее значение для становления подобного типа пищевого поведения наследственной дисфункции церебральных систем, регулирующих пищевое поведение. Наибольшее значение в этой дисфункции имеет серотонинэргическая недостаточность. Прием пищи в состоянии эмоционального дискомфорта способен привести к усилению активности серотонинэргических систем мозга. Так, вслед за потреблением повышенных количеств высокоуглеводной легкоусваиваемой пищи в крови увеличивается уровень глюкозы, что ведет к гиперинсулинемии. В условиях по-

следней гематоэнцефалический барьер становится проницаем для триптофана – в ЦНС, увеличивается уровень триптофана, что ведет к усилению синтеза серотонина. Серотонин является нейромедиатором мозга, который участвует в формировании насыщения и эмоционального комфорта. Учитывая указанную зависимость, вполне возможно назвать высокоуглеводную пищу лекарством, эмпирически найденным больными. Равноценное значение в формировании эмоциогенного пищевого поведения имеют, и особенности воспитания с раннего детского возраста, когда прием пищи стандартно использовался родителями для успокоения ребенка. Немаловажную роль играют и особенности личности больного – высокая социальная ориентированность, высокая стрессодоступность, склонность к тревожно-депрессивным реакциям, психическая незрелость.

Таким образом, одновременно с диетотерапией, медикаментозным лечением должна проводиться коррекция пищевого поведения методами психотерапии. Психотерапия является тем способом, с помощью которого можно реально переориентировать человека на иной образ жизни, изменить его личностные установки.

Цель настоящей работы – достижение стойкого снижения веса на длительный период путем формирования нового рационального стереотипа пищевого поведения и выработку индифферентного, безразличного и спокойного отношения к пище при стрессе, используя методики нейролингвистического программирования.

Поставленная задача достигается тем, что проводятся анализ анамнеза, анкетирование (Вознесенская Т.Г., 2004), анализ дневника питания, диетотерапию с исключением высококалорийных продуктов и рациональную психотерапию снижения веса без нарушения здоровья. При анализе анамнеза и путем анкетирования выявляют тип нарушения пищевого поведения и при выявлении эмоциогенного типа ПП проводят лечение, направленное на разрыв цепочки (связи) "стресс-еда", повышение устойчивости к стрессу, проводят рациональную психотерапию для осознания проблемы пациентом, формируют активную положительную социально значимую мотивацию на достижение конечной цели – снижение веса за установленный промежуток времени на рекомендуемое количество килограмм. Заключают контракт, при котором ответственность за лечение делят между собой врач психотерапевт и пациент.

После этого начинается первый психотерапевтический сеанс: погружают пациента в трансовое состояние и проводят сеанс внушения, корригируя эмоциональную сферу.

Второй психотерапевтический сеанс проводят с использованием нейролингвистического программирования. Для этого пациент излагает красочное и подробное описание желаемой функции, представляет достижение рекомендуемого снижения веса. Психотерапевт отмечает положительные, эмоциональные и вегетативные проявления и формирует условно рефлекторную связь тактильным контактом. Под руководством психотерапевта пациент воображает "часть личности", ответственную за сохранение спокойствия при стрессовых ситуациях и отсутствие повышенного употребления при этом продуктов. Затем врач психотерапевт вступает в коммуникацию с названной "частью личности", активизирует внимание пациента на желаемом результате и закрепляет возникшие физиологические реакции с помощью тактильного контакта и подкрепляет выработанный условный рефлекс. Психотерапевт обозначает связь с определенными физическими ощущениями, соответствующими отрицательному или положительному ответу и их появление в "части личности" при установлении тактильного контакта, предлагает пациенту выбрать новые способы поведения, направленные на сохранение спокойствия при стрессовых ситуациях и отсутствие повышенного употребления при этом продуктов. После получения согласия "части личности" отвечать за эту функцию, которое психотерапевт отслеживает по физиологическим проявлениям и закрепляет условным тактильным контактом, пациент предлагает новые способы реагирования при стрессовых ситуациях без повышенного употребления при этом продуктов, анализирует их и выбирает не менее трех наиболее реально достижимых для него способов. "Часть личности" принимает на себя ответственность за автоматическое осуществление этих новых способов пищевого поведения в дальнейшей жизни пациента и при получении положительного ответа со стороны "части личности" заканчивают второй сеанс психотерапии.

На третьем сеансе проводят поведенческую

психотерапию, используют методику нейролингвистического программирования "Смещение якорей" с формированием индифферентного и спокойного отношения к пище при стрессе.

Назначают гипокалорийную диету с пониженной калорийностью 1000 ккал в первый месяц, 1200 ккал во второй месяц с последующим доведением ее до величины соответствующей норме потребности организма.

Таким образом, предложенный способ коррекции при эмоциогенном типе нарушения пищевого поведения реорганизует внутренние процессы человека. Благодаря максимальному использованию ресурсов и свободному потоку коммуникаций внутри пациента, а так же привлечение творческих способностей личности, вырабатывается индифферентное, безразличное и спокойное отношение к пище при стрессе. Пациенты учатся отличать чувство голода от эмоционального дискомфорта, а также повышается устойчивость к стрессовым ситуациям.

Лечение проводят курсом 3 сеанса, сеансы через 3–5 дней. Повторное поддерживающее лечение 1 сеанс в неделю в течение 3 месяцев, путем проведения первого трансового сеанса на закрепление рациональной формы пищевого поведения. Пациенты находятся на динамическом наблюдении, на протяжении 6 месяцев. За этот период у большинства пациентов удастся не только добиться снижения массы тела, но и, главное, сформировать и закрепить более рациональный тип пищевого поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вознесенская Т.Г., Сафонова В.А., Платонова Н.М. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2000. – № 12. – С. 49–52.
2. Креславский Е.С. // Терапевтический архив. – 1984. – Т. 56. – № 10. – С. 104–107.
3. Крылов В.И., Лаптева Е.Н. // Клиническая медицина. – 1997. – № 3. – С. 44–46.
4. Мезерене Р.В. // С – П. – 1993. – № 2(5). – С. 64–65.
5. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты / Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М.: Медицинское информационное агенство, 2004. – 456 с.
6. Van Strien T. et al. // Int. J. Eating Disord. – 1986. – Vol. №2. – P. 188–204.

Khvostova O.I. modification of the emotiogenous type of eating behavior // Vestnik of Volgograd State Medical University. – 2005. – № 3(15). – P. 65–66.

The article presents psychotherapeutic approaches for the modification of emotiogenous eating behavior in patients with overweight. Rational psychotherapy and hypnosis are used during the first treatment session modifying patients emotional type. Neurolinguistic programming – reframing is conducted during the second treatment session. Neurolinguistic programming of "anchor displacement" for training the indifferent response to food under stress condition is performed during the third treatment session. Such succession of approaches has been found to be more efficacious. These approaches enabled to reduce excessive body weight in our patients, and above all, to develop and maintain a more rational mode of eating behavior.