

## **ДУМКИ, ЩО РУЙНУЮТЬ ТІЛО: ФІЗІОЛОГІЯ ТА МИСЛЕННЯ ПРИ РОЗЛАДАХ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ**

Розлади харчової поведінки це ті психічні відхилення, які протікають у тиші. Саме тому, навколо них багато стигм та упереджень. Говорити про них таки варто: необізнаність у даній сфері стала причиною того, що анорексія, булімія та інші харчові розлади мають найвищий відсоток смертності (голод, самогубство) серед визнаних Міжнародною класифікацією хвороб (МКБ-10) психічних розладів. У даній статті поговоримо про фізіологічні процеси та психологічні будяки, які пов'язані із розладами харчової поведінки, а також — про ефективний та перспективний метод профілактики та терапії цього порушення.

Речовини, які входять в контакт із нашим організмом змінюють свідомість, здійснюючи вплив на нейромедіатори (гормональну систему винагород) організму. Звісно, це не лише опіюїди: навіть шматок шоколаду впливає на наш гомеостаз. І саме через це виникає відомий стереотип: РХП це про їжу. Проте при РХП їжа це не об'єкт залежності, а лише одежина: поверхневий прошарок проблеми. Як правило, харчові залежності уособлюють приховані психологічні проблеми, що розвивалися підсвідомо протягом тривалого часу. Проблематика харчових розладів в тому, що зміни відбуваються не під зовнішнім впливом речовини, а зсередини. Засіб існування (їжа) водночас стає засобом самопокарання, вивільнення накопиченої травмуючої напруги, та, врешті, саморуйнування.

За дослідженнями Національного Медичного Університету США (NCBI) було встановлено, що в людей хворих на анорексію при виборі їжі в кілька разів підвищується діяльність тієї частини мозку, що відповідає за контроль та зміну природньої поведінки та системи реакцій (дорсальна частина смугастого тіла). Із цим відкриттям відбувся прорив у дослідженні загадкового розладу: зміна харчової поведінки відбувається на рівні нейронів. Психіка змінює власний

базовий «код» або алгоритм інстинктивної поведінки таким чином, що людина спрямовує всі зусилля на руйнування власного організму. Саме через дію цієї частини мозку у людей з РХП спостерігаються структурні та функціональні зміни у мозку, а особливо у його частинах, що відповідають за емоції, мотивацію та цілеспрямовані дії. Як наслідок можуть змінюватись психічні процеси, а неадекватна оцінка реальності буде підкріплюватися зоровими та іншими чуттєвими органами.

Травлення все ж відіграє значну роль. Те, як ми їмо, впливає на те, як ми почуваємось і думаємо. Сум та тривога майже завжди супроводжують розлад харчової поведінки. Відомо, що серотонін потрапляє в мозок із кишківника, закріплюючись до глюкози. Ситуацію дефіциту або надлишку цукрових елементів людина створює сама, проте надалі справа може вийти з під її контролю. Людина потрапляє до замкненого кола цукрової депресії. Тривожні та нав'язливі думки створюють «туман в голові», який спотворює сприйняття людиною себе і не дозволяє їй розв'язувати психологічні вузли.

Що відбувається зі структурою мислення людини, що ув'язнена у власних думках? Отже, якщо їжа — це одержина, то що можна вважати за корінь розладу харчової поведінки?

Перше, на що слід звернути увагу це надмірний контроль та причини, через які людина може вважати його життєво необхідним. Контроль може бути тимчасовим способом впорядкувати внутрішній хаос, тривогу. Людина застосовує його тоді, коли вона стикається із травмуючим досвідом, коли її життя виходить з-під контролю. В якості шкідливого механізму копінгу людина переспрямовує бажання втримати контроль над власним життям на простіші аспекти — наприклад, на власну харчову поведінку.

Розлад харчової поведінки це — втеча в тіло від негативних емоцій — страхів, провини, сорому.

За МКБ-10 та DSM-5, спостерігається висока коморбідність харчових залежностей та obsесивно компульсивного

розладу. Компульсія на кшталт дієтичного обмеження, виснаження тіла надмірними тренуваннями, приймання слабильних та блювання є засобом відволіктись від глибших страхів та комплексів. Це неконтрольована поведінка, яка дозволяє суб'єкту на певний час вимкнути мислення, діяти автоматично та ігнорувати нестерпні почуття.

Зачепити варто і тему сексуальності як аспекту прийняття власного Я. Погані стосунки дівчини із власною жіночністю можуть формувати в неї дисморфофобію, розлад сприйняття власного тіла, який здебільшого супроводжує розлад харчової поведінки. Прихильники психоаналізу стверджують, що частини тіла ще в дитинстві набувають глибокого, образного змісту. Тато, наприклад, може все — тому що він чоловік. А про те, що він чоловік, говорить його тіло, постать, чоловічі принади. Мати — має округле, м'яке тіло. Вона тепла, має стегна, жіночий животик, груди, лоно. Вона асоціюється із задоволенням, прийняттям, приємністю та ніжністю. А отже — її тіло теж. Таке підсвідоме уявлення про частини нашого тіла вкладаються в нас через емоції у спілкуванні з батьками. Якщо прийняття та тепла немає, наш стосунок до власного тіла порушений. Особливо страждають на дисморфофобію надчутливі, емпатійні люди: вони відчувають емоції через тіло.

Якщо в родині дівчинки відсікаються будь-які прояви цікавості до тіла, до жіночності та сексуальності, то дитині дають зрозуміти, ця тема — збочена, а отже і цікавість до неї є неправильною. Це — філософія цілковитого неприйняття, яка призводить до хронічного почуття сорому. Жінка не може не помічати своє тіло, своє тепло, м'якість, ніжність, проте це видається їй чимось недобрим. Вона соромиться цих частин тіла, думок, а отже — соромиться себе. Бути жінкою для неї — означає бути слабкою та вразливою, а досвід каже: цього не можна.

Кожен шлях — індивідуальний. Неможливо констатувати єдину причину виникнення розладу харчової поведінки: біологічні задатки, виховання чи травматичний досвід. Саме тому, у терапії важливий індивідуальний підхід до роботи з емоціями, глибинними травмами та дефіцитами.

Перспективний напрямок у терапії розладів харчової поведінки — Когнітивно-поведінкові техніки: вони спрямовані на боротьбу з такими психологічними блоками як чорно-біле мислення, узагальнення та катастрофізм, фокусування на негативі та відмежування від позитивного досвіду, передчасні висновки, розуміння усіх наслідків подій як свою провину або навпаки — думки про власну нездатність змінювати хід життя. Фіксовані, деструктивні думки — один з основних психологічних симптомів розладів харчової поведінки.

Спеціалісти із когнітивно-поведінкової терапії виділяють три рівні розлагодженого мислення: автоматичні думки, проміжні та глибинні переконання. Автоматичні думки це практично безперервний, неусвідомлюваний потік, що знаходить свій відбиток в емоціях. Проміжні переконання — це внутрішня система правил людини («якщо..., то...»), які вона сприймає як загальні умови свого існування. Людина з анорексією, наприклад, може мати таке проміжне переконання: «Якщо я контролюватиму свою вагу, я контролюватиму своє життя.» Автоматичні думки та проміжні правила утворюються від глибинних переконань. Здебільшого, такі уявлення про світ формуються в дитинстві та закріплюються із життєвим досвідом. Важливо працювати із мисленням людини через усі 3 рівні, звертаючи увагу на її індивідуальний шлях та ресурси.

Ми й не помітили, як суспільство почало обертатись навколо дієт, а розлади харчової поведінки, як їх супутники, стали майже прийнятими. Віктор Франкл писав: «Кожному часу потрібна своя психотерапія». Ми живемо у час динаміки, а отже наше щастя — це невпинний рух. Психотерапія нашого часу динамічна, але не варто забувати й про емпатійне, індивідуальне ставлення до людини, що страждає в думках. У майбутніх дослідженнях ми плануємо розробити методики КПТ, орієнтовані специфічно на деструктивні думки про тіло, їжу та відчуття себе. Для цього ми будемо спиратимусь на результати тестування клієнтів клініки розладів харчової поведінки.