**БУЛІМІЯ. КОМПУЛЬСИВНЕ ПЕРЕЇДАННЯ. АЛІМЕНТАРНЕ ОЖИРІННЯ**

Лекція № 10

План

1/ Порівняльна характеристика булімії та компульсивного переїдання з аліментарним ожирінням.

2/ Компульсивне переїдання: діагностика, профілактика, корекція, лікування.

3/ Порушення метаболізму при компульсивному переїданні.

4/Основні форми психоемоційної підтримки.

**Булімія** — це психоемоційний розлад, що супроводжується нав’язливим циклом переїдання і очищення організму.

**Компульсивне переїдання (Binge Eating Disorder — BED) -** психічний розлад харчової поведінки, який проявляєтьсянападами безконтрольного переїдання з швидким поглинанням великих об’ємів їжі до виникнення відчуття дискомфорту.

**Аліментарне ожиріння** — наслідок тривалого дисбалансу між споживанням і витратою калорій, яке призводить до патологічного накопичення жиру. Ці стани суттєво впливають на якість та тривалість життя, потребують мультидисциплінарного підходу в профілактиці, корекції та лікуванні.

**Порівняльна характеристика булімії та аліментарного ожиріння**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Критерій** | **Булімія** | **Аліментарне ожиріння** |
| Визначення | Психічний розлад харчової поведінки, що характеризується переїданням та подальшими спробами позбутися їжі (блювання, проносні, голодування, надмірні фізичні навантаження) | Хронічний стан надлишкового накопичення жирової  тканини внаслідок постійного надмірного споживання калорій та низької фізичної активності |
| Причини | Психоемоційні стреси, депресія, невпевненість у собі, соціальний тиск щодо зовнішності | Надмірне споживання калорійної їжі, низький рівень фізичної активності, спадковість, гормональні порушення |
| Тип харчової  поведінки | Періоди переїдання з подальшою компенсацією (наприклад, викликання блювання) | Постійне або регулярне переїдання без компенсаційних дій |
| Ризики для здоров’я | Порушення електролітного балансу, серцеві аритмії, виразки стравоходу, стоматологічні проблеми, депресія, ризик суїциду | Цукровий діабет 2 типу, артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, артрити, апное уві сні, зниження тривалості життя |
| Психоемоційний стан | Виражена тривога, почуття провини, низька самооцінка | Часто супроводжується депресією, комплексами щодо зовнішності, соціальною ізоляцією |
| Лікування | Психотерапія (когнітивно-поведінкова терапія), медикаментозне лікування антидепресантами, робота з дієтологом | Дієтотерапія, збільшення фізичної активності, психотерапія, медикаментозна корекція (за потреби), баріатрична хірургія |
| Поширеність | Частіше серед жінок 15–35 років, зростає у країнах із культом худорлявості | Висока у всіх вікових групах, особливо у країнах з високим рівнем життя |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
|  |  | |  |

**Компульсивне переїдання (КП) -** психічний розлад харчової поведінки, який проявляєтьсянападами безконтрольного переїдання до виникнення відчуття дискомфорту, почуттів провини та сорому. Тригерами виникнення КП є: стрес, депресія, тривога. КП, як порушення харчової поведінки призводить до ожиріння, поглиблення тривожності, депресії та виникнення серцево-судинних ризиків.Лише в ХХ ст. його почали визнавати, як серйозний психоемоційний та медичний розлад, а не просто «погану звичку» в харчуванні Про неконтрольовані напади переїдання згадували ще у працях лікарів XIX ст.,але ці явища сприймали, як «звичку до обжерливості» чи ознаку слабкості характеру. З середини ХХ ст. **у** 1959 р. психіатр Альберт Сторфер першим описав феномен "binge eating" у пацієнтів з ожирінням. Він помітив, що деякі люди переїдають нечерез голод, а через стрес, тривогу або депресію, і ці напади супроводжуються почуттям сорому. З 1970 р. почали системно вивчати різні типи переїдання, порівнюючи їх з анорексією і булімією і вперше виділили компульсивне переїдання, як окремий психоемоційний розлад. У 1994 році DSM - IV (діагностичний посібник психічних розладів США) визнав компульсивне переїдання, як тимчасовий діагноз, що потребує подальшого вивчення. Офіційне визнання КП у 2013 р. в DSM-5 (Американська психіатрична асоціація) Binge Eating Disorder офіційно визнали окремим клінічним розладом харчової поведінки, нарівні з анорексією і булімією.

Продовжується активне вивчення КП (BED) у галузях психіатрії, психології, дієтології. Встановлено, зв’язок КП з депресією, тривожними розладами, стресом, гормональними порушеннями. У США, Канаді та країнах Європи працюють спеціалізовані клініки та програми терапії КП (BED).

Сучасне діагностування компульсивного переїдання проводиться відповідно офіційним критеріям діагностики за **DSM – 5.** **Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів.**

Діагноз виставляється, якщо відмічаються: **1/ Повторювані епізоди переїдання**: людина за короткий час з’їдає значно більше їжі, ніж більшість людей в аналогічних умовах та під час епізоду виникає відчуття втрати контролю над процесом споживання іжі. **2/ Наявність хоча б трьох із наступних ознак під час епізодів:** - Дуже швидке споживання їжі; - **Їжа у великих кількостях**, навіть без фізичного голоду - **Переїдання на самоті** через почуття сорому - **Почуття огиди до себе**, депресії чи провини після переїдання. 3**/ Частота** (**напади переїдання відбуваються не менше ніж 1 раз на тиждень протягом 3 місяців);** 4/ **Відсутність регулярного компенсаторного поведінкового компонента** (тобто людина не викликає блювання, не приймає проносні, не голодує та не займається надмірними фізичними навантаженнями після нападів).

**Додаткові сучасні методи діагностики.**

- Спеціалізовані анкети та тести: Binge Eating Scale (BES) тест на визначення тяжкості переїдання

- Eating Disorder Examination (EDE) - клінічне інтерв’ю - DE-Q - опитувальник для самостійного заповнення

**Медичне обстеження**:

* Оцінка ІМТ (індексу маси тіла)
* Біохімічний аналіз крові (глюкоза, інсулін, ліпідограма)
* Гормональна панель (за показами)
* Обстеження на супутні психоемоційні розлади (депресія, тривога)

**Діагностика КП:**  - - - Психотерапевт / психіатр (основний діагноз) - Дієтолог / ендокринолог (оцінка метаболічного стану) - - Клінічний психолог (анкетування, тести)

Діагностика КП - це поєднання клінічного опитування, анкетних методів і оцінки фізичного стану організму. Вона допомагає не лише виявити проблему і оцінити її ступінь та вплив на здоров’я. В діагностиці застосовується Binge Eating Scale (BES) - це стандартизований психометричний опитувальник, створений для оцінки поведінкових та емоційних особливостей, пов’язаних із компульсивним переїданням, а також для визначення ступеня тяжкості цього стану. Опитувальник розроблений у 80-х роках минулого століття, американськими клініцистами Г. Гормлі і К. Бекером спеціально для пацієнтів із ожирінням та підозрою на BED. Складається він з 16 пунктів. Кожен пункт містить 4-5 варіантів відповідей, що описують ситуації або почуття, пов’язані з переїданням. При опитуванні особа обирає той варіант, який найточніше відображає ії поведінку та емоції. У результаті застосування проводиться оцінювання:

* Кількості і частоти епізодів переїдання
* Емоційний стан до, під час і після переїдання
* Почуття провини, втрати контролю
* Усвідомлення проблеми переїдання .

У результаті застосування опитувальника інтерпретують отриманий загальний бал BES який визначає ступінь тяжкості переїдання:

* ≤ 17 балів - відсутні ознаки компульсивного переїдання;
* 18–26 балів - помірна схильність до переїдання;
* ≥27 балів - виражене компульсивне переїдання, є ризик BED.

Цей стандартизований психометричний опитувальник, застосовують: - у психотерапевтичній практиці

- у центрах зниження ваги

- для самодіагностики пацієнтів

- у скринінгових медичних програмах

Опитувальник є простим у використанні, можна пройти онлайн або на папері, підходить як для дорослих так і для підлітків та дає швидке уявлення про тяжкість розладу.

**Висновок.** Тест на визначення тяжкості переїдання BES — доступний, надійний і валідований інструмент, який допомагає швидко виявити схильність до компульсивного переїдання і визначити, чи потребує людина психотерапевтичної допомоги.

**Eating Disorder Examination (EDE). *Клінічне інтерв’ю для діагностики розладів харчової поведінки***— це структуроване клінічне інтерв’ю, яке вважається «золотим стандартом» для виявлення та оцінки розладів харчової поведінки (РХП): анорексії, булімії, компульсивного переїдання (BED). Розроблене Фейрберном і Купером (Великобританія) у 1980-х роках, постійно оновлюється. ЕDE - це клінічне інтерв’ю, яке дозволяє глибоко і якісно оцінити стан харчової поведінки, виявити компульсивне переїдання та супутні проблеми. Рекомендується для використання у спеціалізованих психотерапевтичних центрах, клініках психіатрії, дієтологічних центрах. Проводиться у форматі бесіди за чітким протоколом. Складається з 4 основних субшкал, які оцінюють:

* 1. Обмеження харчування (Dietary Restraint)
  2. Заклопотаність їжею (Eating Concern)
  3. Заклопотаність масою тіла (Weight Concern)
  4. Заклопотаність формами тіла (Shape Concern)

При опитуванні визначають кількість і частоту нападів переїдання, які стосуються останніх 28 днів:

* Поведінкові стратегії для контролю ваги (блювання, проносні, надмірні вправи)
* Ставлення до свого тіла, ваги, їжі
* Емоції, які виникають під час та після їжі.

Відповіді оцінюються за шкалою від 0 до 6:

* 0 — симптом відсутній
* 6 — виражений щоденний прояв

Далі вираховують бали за кожною субшкалою та загальний профіль. Переваги к*лінічного інтерв’ю для діагностики розладів харчової поведінки:*

* Важається точним інструмент для виявлення РХП
* Можна оцінити ступінь вираженості симптомів
* Підходить для діагностики, планування лікування та моніторингу терапії.

Недоліки:

* Потрібен навчений фахівець для проведення
* Тривалість інтерв’ю — 45-60 хвилин
* Не завжди зручно для скринінгу великих групах

.

EDE-Q — опитувальник для самостійного заповнення.

Опитувальник обстеження розладів харчової поведінки (EDE-QS)

Трьохфакторний опитувальник харчування, TFEQ-R18).

Опитувальник обстеження розладів харчової поведінки (Eating Disorder Examination Questionnaire,

EDE-QS) є коротким, надійним і дійсним показником тяжкості симптомів розладу харчової поведінки, який працює подібно до EDE-Q і який підходить для використання сеансового моніторингу результатів у лікуванні та дослідженнях складається з 12 запитань.

**Порівняльна характеристика компульсивного переїдання та ожирінням**

**Конец формы**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Критерій** | **Компульсивне переїдання** | **Ожиріння (аліментарне)** |
| **Визначення** | Психічний розлад харчової поведінки, що проявляється епізодами неконтрольованого переїдання без подальшої компенсації (як при булімії) | Хронічний стан надлишкового накопичення жирової тканини в організмі |
| **Основна причина** | Психоемоційні проблеми, стрес, депресія, тривога, внутрішній дискомфорт | Тривале надмірне споживання калорій, низька фізична активність, генетична схильність |
| **Тип харчової поведінки** | Напади переїдання (багато їжі за короткий час) із відчуттям втрати контролю | Регулярне або постійне переїдання, частіше повільного характеру |
| **Ризики для здоров’я** | Ожиріння, діабет 2 типу, серцево-судинні захворювання, депресія, тривожні розлади | Діабет 2 типу, гіпертонія, ішемічна хвороба серця, остеоартрит, апное сну |
| **Психоемоційний стан** | Після нападів — почуття провини, сорому, пригніченість | Часто — низька самооцінка, депресія, тривожність, соціальна ізоляція |
| **Особливості перебігу** | Наявність чітких епізодів переїдання з втратами контролю | Накопичення ваги відбувається поступово, без виражених епізодів переїдання |
| **Лікування** | Психотерапія (особливо когнітивно-поведінкова), медикаментозна підтримка (антидепресанти, стабілізатори настрою), дієтолог | Дієта, фізична активність, психотерапія, медикаментозне лікування (за потреби), хірургічні методи |
| **Поширеність** | Частіше серед жінок та осіб з депресією чи тривожними розладами | Висока в усіх вікових групах, особливо в країнах із високим рівнем життя |

|  |
| --- |
|  |

**Компульсивне переїдання** — це психоемоційний розлад, що може призводити до ожиріння, але не завжди супроводжується ним одразу.

**Ожиріння** - фізіологічний стан, який може бути наслідком компульсивного переїдання або інших факторів (переїдання без компульсивних нападів, низька фізична активність, гормональні порушення).

**Поширеність компульсивного переїдання (BED — binge eating disorder)**

Компульсивне переїдання набуває все більшого поширення у сучасному суспільстві, особливо в країнах із високим рівнем життя, хронічним стресом і культом зовнішності. Він є більш поширеним, ніж анорексія чи булімія. За різними даними, **від 1,9% до 3,6% дорослого населення** мають компульсивне переїдання. У жінок в 2 рази частіше, ніж у чоловіків. Щодо поширеності в США найбільше проведено досліджень: за даними Національної асоціації з розладів харчової поведінки (NEDA, США):

* 3,5% жінок
* 2% чоловіків
* 1,6% підлітків страждають на КП.

КП може розвинутись у будь-якому віці, частіше всього з 18 до 25 років. Офіційна статистика по компульсивному переїданню в Україні відсутня. За опитуваннями та спостереженнями психотерапевтів: відмічають у 10-15% людей з ожирінням, які мають ознаки компульсивного переїдання. Насторожує тенденція поширення КП серед підлітків і молоді. Причинами є:

* Хронічний стрес
* Високий темп життя
* Культура «емоційного заїдання» проблем
* Соціальний тиск щодо зовнішності
* Доступність висококалорійної їжі
* Збільшення рівня депресій і тривожних розладів.

Найменша поширеність компульсивного переїдання (BED) спостерігається в деяких країнах Східної Європи та Північної Європи. Згідно з дослідженнями, у Румунії рівень поширеності BED є одним із найнижчих серед досліджених країн. ​

**Порівняльна таблиця поширеності BED у різних країнах**

| **Країна** | **Поширеність BED (%)** |
| --- | --- |
| **Румунія** | 0,2 |
| **Італія** | 0,7 |
| **Німеччина** | 0,5 |
| **Франція** | 1,7 |
| **США** | 2,6 |
| **Бразилія** | 4,7 |
| **Мексика** | 1,6 |

Ці дані свідчать про те, що країни з нижчим рівнем урбанізації та меншою західною культурною експозицією можуть мати нижчу поширеність компульсивного переїдання. Однак важливо враховувати, що в багатьох країнах, особливо з низьким і середнім рівнем доходу, BED може бути недостатньо діагностованим через обмежений доступ до психіатричної допомоги та культурні особливості, які впливають на визнання та повідомлення про розлади харчової поведінки.

**Профілактика компульсивного переїдання:**

**1/ Формування здорових харчових звичок**

* Регулярне харчування 4-5 разів на день невеликими порціями
* Не пропускати сніданок
* Контролювати розмір порцій
* Їсти без телевізора, телефона, щоб краще відчувати насичення

**2/ Емоційна грамотність**

* Навчитися розпізнавати свої емоції (злість, сум, тривогу, радість)
* Розділяти голод **фізичний** і **емоційний**
* Пам’ятати: їжа — не засіб розрадити чи заспокоїти

**3/ Методи боротьби зі стресом**

* Дихальні вправи
* Медитація
* Прогулянки, фізична активність
* Хобі та творчість замість «заїдання» тривоги

**4/ Робота з самооцінкою**

* Приймати своє тіло та поважати себе незалежно від ваги
* Не порівнювати себе з іншими
* Обмежити споживання контенту з нереалістичними стандартами краси

**5/ Раннє виявлення і консультування**

* При наявності епізодів переїдання або «заїдання» емоцій
* Уникати самокритики та сорому за зриви — краще розібратись у причинах

**6/ Освітні програми**

* Поширення інформації про компульсивне переїдання у школах, колективах, медзакладах
* Навчання основ здорового ставлення до їжі

Профілактика компульсивного переїдання - це про турботу емоційного стану, навчання слухати своє тіло та вчасно реагувати на стрес без їжі.

Таким чином, компульсивне переїдання — це дуже поширений і недооцінений розлад. Багато людей соромляться або не усвідомлюють свою проблему, тому реальна кількість випадків може бути значно вищою за офіційні дані. Компульсивне переїдання — розглядають, не як індивідуальну слабкість, а як медичну проблему, яка потребує не лише дієтичної корекції, а комплексного підходу в корекції та лікуванні

**Порушення метаболізму при компульсивному переїданні**

**Ко**мпульсивне переїдання - це не тільки психологічна проблема, а й серйозне порушення метаболізму, яке підвищує ризик хронічних захворювань зі сторони шлунково - кишечного тракту, ендокринної та серцево-судинної систем.Конец формы

**1/ Порушення вуглеводного обміну**

* Надмірне вживання солодкого та борошняного → **постійні скачки глюкози** в крові.
* Організм реагує **підвищеним виділенням інсуліну**.
* З часом формується **інсулінорезистентність** — тканини стають нечутливими до інсуліну.
* Результат:  
  🔸 **Підвищення рівня глюкози крові**  
  🔸 Ризик розвитку **цукрового діабету 2 типу**

**2/ Порушення жирового обміну**

* Надлишок калорій → **активне відкладення жиру**, особливо у черевній області (вісцеральне ожиріння).
* Зростає рівень **тригліцеридів і холестерину** в крові.
* Формування **дисліпідемії** (порушення ліпідного профілю), що підвищує ризик: 🔸 Атеросклерозу  
  🔸 Інсульту  
  🔸 Інфаркту

**3/ Порушення білкового обміну**

* Надмірне споживання калорій часто супроводжується **недостатнім споживанням білка**.
* Це призводить до:  
  🔸 Зниження м’язової маси  
  🔸 Порушення регенерації тканин  
  🔸 Зниження імунітету

**4/ Гормональні зміни**

* **Порушення секреції лептину** — гормону, який регулює відчуття ситості.  
  Через постійне переїдання рецептори до лептину стають менш чутливими → людина не відчуває насичення.
* **Підвищення рівня кортизолу** (гормону стресу) → стимулює апетит і накопичення жиру.

**5/ Порушення водно-електролітного балансу**

Надмір солодкої, соленої, жирної їжі затримує рідину в організмі, що

може призводити до набряків, гіпертонії, загальної втоми.

Одним із важливих підходів в корекцїї компульсивного переїдання є психоемоційна підтримка.Начало формы

**Основні форми психоемоційної підтримки включають:**

* **Психотерапію**
* **Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)**  
  Допомагає змінити негативні думки про себе, їжу та тіло, розпізнати тригери переїдання.
* **Емоційно-фокусована терапія**  
  Допомагає краще усвідомлювати та виражати емоції без компенсації їжею.
* **Діалектично-поведінкова терапія (ДПТ)**  
  Ефективна при емоційних зривів і неконтрольованих нападах їжі.

**Психологічні групи підтримки**

* Групи людей зі схожими проблемами харчування.
* Обговорення переживань, обмін досвідом, взаємопідтримка.
* Формування відчуття «я не один». **Навчання навичкам боротьби зі стресом** Техніки релаксації: медитація, дихальні вправи.
* Контроль емоційного стану без «заїдання» стресу.

**Робота з самооцінкою**

* Формування позитивного образу тіла.
* Зниження самокритики та вимогливості до зовнішності.

**Мотиваційне консультування**

* Робота над постановкою реалістичних цілей.
* Підтримка мотивації під час лікування.

​Сучасні програми профілактики компульсивного переїдання (BED) спрямовані на зменшення ризиків розвитку розладу, формування здорових харчових звичок та зміцнення психологічної стійкості. Найефективніші підходи та ініціативи, що застосовуються у США та інших країнах.​ Це освітні програми для молоді, такіі як:

**1/ *The Body Project*,** спрямовані на зниження незадоволеності тілом та запобігання розвитку розладів харчової поведінки. Вони базуються на дисонансі між особистими цінностями та соціальними ідеалами краси, що допомагає учасникам критично оцінювати нереалістичні стандарти зовнішності. ​

**2/ Цифрові інтервенції**.Веб- та мобільні програми, такі як *Recovery Record*, надають користувачам інструменти для самостійного моніторингу харчової поведінки, емоційного стану та отримання підтримки. Ці платформи дозволяють користувачам відстежувати свої звички, отримувати поради та взаємодіяти з фахівцями. ​

**3/ Групи підтримки.** Організації, як-от *Overeaters Anonymous (OA)*, пропонують підтримку для осіб з проблемами переїдання. Програма OA базується на 12 кроках, подібних до тих, що використовуються в програмах для подолання залежностей, і надає можливість обміну досвідом та підтримки серед учасників. 4/ **Національна асоціація розладів харчової поведінки (NEDA)** в США розробляє та впроваджує програми профілактики, спрямовані на підвищення обізнаності та зменшення стигматизації розладів харчової поведінки. ​ **5/ Національна колаборація з розладів харчової поведінки (NEDC)** в Австралії підтримує розробку та впровадження програм профілактики, орієнтованих на різні вікові та соціальні групи. ​

**Ключові компоненти ефективної профілактики**

* **Розвиток емоційної грамотності**: навчання розпізнаванню та управлінню емоціями без використання їжі як засобу справляння з ними.​
* **Формування здорових харчових звичок**: регулярне харчування, усвідомлене споживання їжі та уникнення дієт, що обмежують.​
* **Підвищення самооцінки та прийняття тіла**: робота над позитивним сприйняттям власного тіла та зменшення впливу соціальних стандартів краси.​

**Висновок**. Сучасні програми профілактики компульсивного переїдання поєднують освітні, психологічні та соціальні підходи для зменшення ризику розвитку розладу. Вони спрямовані на формування здорових звичок, підвищення обізнаності та забезпечення підтримки для осіб, які можуть бути вразливими до розвитку BED.

оча основою залишається психотерапія, медикаментозна підтримка та зміна поведінки, апаратні методи додають додаткові можливості для лікування пацієнтів із стійкими формами розладу. Давайте я системно поясню:

**При компульсивному переїданні застосовують:**

**1/ когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), як н**айбільш науково -обґрунтований підхід:

* робота з **викривленими думками про їжу, вагу, тіло**;
* вивчення **пускових механізмів переїдання** (емоції, стрес, нудьга);
* формування **здорових харчових звичок**;
* навчання **регуляції емоцій без їжі**.

**Приклад техніки:** скласти список ситуацій, які провокують переїдання, і навчитися відповідати на них іншими способами (пауза, дихальні вправи, прогулянка).

**2/ Діалектично-поведінкова терапія (ДПТ).** Особливо корисна, якщо є проблеми з емоційною регуляцією. Вона вчить:

* помічати емоції до того, як виникне бажання заїсти їх;
* давати собі право на емоції;
* зменшувати імпульсивність.

**3/ Схемотерапія** досліджує глибокі несвідомі патерни (наприклад, схему «Я нікому не потрібен» чи «Я повинен бути ідеальним»), які часто призводять до переїдання як способу самозаспокоєння.

**4/ Майндфулнес та інтуїтивне харчування навчають:** усвідомлювати справжні сигнали голоду і ситості, розпізнавати різницю між фізичним і емоційним голодом.

**Як виглядає психотерапевтичний процес?**

1. Діагностика та збір історії харчової поведінки.
2. Визначення тригерів (емоційних, соціальних, поведінкових).
3. Формування стратегії підтримки (вправи, техніки релаксації, альтернативи переїданню).
4. Навчання емоційній грамотності.
5. Поступова нормалізація харчування.
6. Профілактика рецидивів.

**Допоміжні методи:**

* Арт-терапія (вивільнення емоцій без слів)
* Тілесно-орієнтована терапія (робота з тілесними відчуттями, образом тіла)
* Групова терапія (потужна підтримка для тих, хто переживає схожий досвід)

Чи потрібні ліки? У деяких випадках, коли є тривожні чи депресивні розлади, призначають антидепресанти для нормалізації настрою та зменшення компульсивних імпульсів. Але основний акцент на психотерапії. КП добре піддається корекції при системній психотерапевтичній роботі. Головне - вчасно звернутися за допомогою й пам’ятати, що це поведінковий розлад, а не «слабкість характеру».

**Самоспостереження**

**Самоспостереження** - це перший і найважливіший крок у психотерапії компульсивного переїдання. Людина не може змінити те, чого не помічає. Самоспостереження допомагає краще зрозуміти свої тригери, емоції та звички. Вправи для самоспостереження при компульсивному переїданні.

**1/ Рекомендують вести харчовий та емоційний щоденник** паперовий або в телефоні щодня протягом 2-х тижнів. В якому відмічати:

* Час прийому їжі.
* Що саме ти з’їв/з’їла.
* Як почувався/лась перед їжею? (емоція: сум, тривога, радість, нудьга тощо)
* Чи був фізичний голод?
* Що відчував/ла після? (провина, полегшення, сором, задоволення)
* Оцінка ситості визначається за шкалою від 1 до 10, що допомагає помітити емоційні тригери і схеми.

**2/ Сканування емоцій перед їжею (**перед тим, як взяти щось поїсти:

* Зупинись на 1-2 хвилини.
* Запитай себе:
* *Я фізично голодний/на чи мені хочеться їсти через емоції?*
* *Яку емоцію я зараз відчуваю?*
* *Що насправді хоче моє тіло — їжу чи підтримку, спокій, відпочинок?*

Важливо навчитися **розпізнавати емоційний голод від фізичного**.

**3/ Вправа "5 причин — не їсти зараз"**

Коли виникає бажання поісти Запиши **5 причин**, чому варто відкласти їжу на 10 хвилин. **Наприклад:***Я насправді не голодний/на.*  
*Я засмучений/на, і мені потрібна розмова, а не їжа.*  
*Я хочу потурбуватися про своє здоров'я.*

Це допомагає **відтягнути імпульс** і зрозуміти його справжню причину.

**4/ Арт-вправа "Мій емоційний голод".** Намалюй або опиши словами:

* *Який вигляд має твій емоційний голод?*
* *Якого він кольору, форми, розміру?*
* *Яке його ім’я?*
* *Що він хоче від тебе?*

Це образно допомагає **відділити себе від імпульсу**.

**5/ Шкала емоцій.** Перед прийомом їжі (або після нападу переїдання) оціни:

* Тривогу
* Сум
* Гнів
* Радість
* Нудьгу за шкалою від 1 до 10.

Це дозволяє побачити, які емоції найчастіше провокують переїдання. Рекомендують виконувати ці вправи без осуду для того, щоб **зрозуміти себе**, а не сварити за помилки. Так, як кожний наступний крок до усвідомлення - вже перемога!

**Самоспостереження** — це перший і дуже потужний крок до зміни компульсивної поведінки. Вправи допомагають: краще зрозуміти, що запускає переїдання, знизити автоматизм в харчуванні, відновити зв’язок зі своїм тілом і емоціями, розвинути емоційне саморегулювання.

**Вправи для самоспостереження:**

**1/ Щоденник харчових епізодів і емоцій. Мета:** ***помітити зв’язок між емоційним станом і їжею.*** Що записувати? | Час | Що я з’їв/ла | Чи був фізичний голод? (0–10) | Емоції до | Емоції після | Тригер |

**2/ П’ятихвилинна пауза перед їдою. Мета:** ***ввести момент усвідомлення перед їдою.*** Спробуйте перед кожним прийомом їжі:

* зупинитись,
* зробити 3 глибокі вдихи,
* поставити собі запитання:
* чи я справді голодний/а? (за шкалою від 0 до 10)
* чого я зараз *насправді* потребую - їжі чи підтримки, відпочинку, тепла?

Це допомагає відрізнити **фізичний голод** від **емоційного**.

**3/ Мапа емоційних тригерів. Мета:** *зрозуміти, які емоції найчастіше провокують переїдання.* Напишіть список емоцій: гнів, нудьга, самотність, сум, сором, тривога, втома. Для кожної емоції:

* Які думки в мене з’являються?
* Як це проявляється в тілі?
* Що я зазвичай роблю?
* Чи є інші способи реагування, крім їжі?

Це вправа дає **свободу вибору** в момент тригера.

**4/ Харчування з усвідомленням (mindful eating). Мета:** *повернути насолоду і контакт із тілом.* Оберіть один прийом їжі в день і зробіть його «ритуалом усвідомлення»:

* без екранів,
* жувати повільно,
* помічати смак, текстуру, запах,
* запитати себе: «Я наївся/лась?»

Так навчаються **чути** своє тіло, а не автоматично доїдати «бо так треба».

**5/ Список "неїстівних способів" справлятися з емоціями. Мета:** *створити набір «емоційних рятувальників».*Складіть список того, що вас заспокоює або піднімає настрій, окрім їжі:

* написати другу,
* обійняти подушку,
* прогулянка,
* теплий душ,
* зробити щось руками (малювання, глина, вишивка). Тримайте цей список під рукою. Використовуйте його до того, як переїдання виникне.  **В клінічній практиці застосовують:** 1/ **Когнітивну реструктуризацію (перевизначення думок).** Навчають виявляти автоматичні негативні думки та упередження, що викликають негативні емоції чи деструктивну поведінку. Потім ці думки піддаються аналізу:
* Чи є докази "за" і "проти"?
* Чи можна поглянути на ситуацію інакше ?
* Які реалістичніші альтернативи? Наприклад: «Я все зіпсував» → «Так, сталося неприємне, але я можу зробити висновки та спробувати інакше».

**2/ Поведінкові експерименти.** Пацієнт перевіряє свої переконання на практиці. Якщо людина боїться осоромитися в магазині - терапевт пропонує спеціально звернутися до продавця, щоб перевірити, чи справді реакція оточення буде негативною. **3/ Щоденники думок та настрою.** Пацієнти ведуть записи про свої думки, емоції та поведінку в певних ситуаціях. Це допомагає виявляти повторювані патерни й навчитися керувати ними. **4/ Експозиція (поступове зіткнення зі страхами).** Особливо ефективно при тривожних розладах, ПТСР, ОКР. Пацієнт поступово й контрольовано стикається з об’єктами чи ситуаціями, яких уникає, що допомагає знижувати рівень тривоги. **5/ Техніки релаксації та майндфулнес.** Навчання контролювати фізіологічні прояви тривоги через дихальні вправи, прогресивну м’язову релаксацію, візуалізації, практики усвідомленості. **6/ Активізація поведінки.** Особливо застосовується при депресії. Терапевт допомагає пацієнту поступово повертати приємні та корисні активності в розпорядок дня, навіть, якщо спочатку немає бажання чи мотивації. **7/ Схемотерапія (для складних випадків).** Поглиблена форма КПТ, що працює з глибинними дитячими схемами (негативними установками про себе та світ), які виникли в дитинстві і досі впливають на поведінку. **8/ Навчання вирішенню проблем.** Пацієнта навчають покроково аналізувати проблему, генерувати можливі рішення, оцінювати їх і вибирати найкраще. **Апаратне лікування компульсивних розладів переїдання 1/ Транскраніальна магнітна стимуляція (TMS).** Неінвазивна методика стимуляції кори головного мозку магнітними імпульсами. Застосовують при депресії, тривожних та компульсивних розладах. Стимулює зони мозку, які відповідають за контроль імпульсів, центр апетиту та емоційний стан. У результаті застосування знижується кількість епізодів переїдання, відмічається поліпшення настрою, зменшення компульсивного потягу до їжі.  **2/ Глибока мозкова стимуляція (DBS).** Інвазивний метод, при якому електроди імплантують у певні ділянки мозку. Застосовують переважно при тяжких формах обсесивно-компульсивного розладу (ОКР), депресії, залежностях, що не піддаються лікуванню. **3/ Біологічний зворотний зв'язок (Biofeedback).** Метод навчання людини контролювати свої фізіологічні процеси (дихання, серцевий ритм, м’язову напругу) за допомогою апаратури. У результаті поліпшується стресостійкість, зменшується тривога, як основний тригер компульсивного переїдання, навчаються контролю над емоційним напруженням без споживання їжі. **4/ Апаратне контролювання апетиту. Застосування стимуляції блукаючого нерва (VNS)**, що впливає на регуляцію апетиту і емоційного стану. Є пілотні програми використання VNS для пацієнтів з ожирінням і BED. Апаратні методи використовують переважно, як додаткове лікування, якщо психотерапія і медикаменти не дають достатнього ефекту або при тяжких, хронічних формах BED з вираженим обсесивно - компульсивним компонентом. Це перспективний напрямок у терапії компульсивних розладів, зокрема компульсивного переїдання. Найефективніші наразі: TMS - як неінвазивний спосіб стимуляції і Biofeedback — як метод релаксації та самоконтролю.Начало формы

Конец формы

Конец формы