

Прегорексия: стратегия психотерапии при расстройстве пищевого поведения у беременных женщин

Pregorexia: A Psychotherapy Strategy for Eating Disorders in Pregnant Women

doi: 10.17816/CP6642

Информация

Natalya Fomicheva

ANO Center for Applied Research Russian Society of Psychosomatics, Moscow, Russia

Наталья Фомичева

АНО «Центр прикладных исследований “Русское общество психосоматики”», Москва, Россия

ABSTRACT

Pregorexia refers to an eating disorder observed in pregnant women characterized by the adoption of extreme dieting and workout regime during pregnancy meant to ward off weight gain and keep body shape under control. Psychological factors such as a distortion of how one perceives their own body, concerns about visible signs of pregnancy, and fear of gaining weight have been identified as some of the underlying causes of pregorexia. This condition may have detrimental effects, such as stunted fetal growth, spontaneous miscarriage, and development of anemia by the pregnant woman.

АННОТАЦИЯ

Прегорексия — расстройство пищевого поведения у беременных женщин, проявляющееся в ограничениях в питании и увеличении физических нагрузок в период беременности для контроля веса и объемов тела. В качестве психологических причин прегорексии отмечаются нарушения образа тела, беспокойство по поводу внешних признаков беременности и страх набора веса. Негативные последствия прегорексии могут проявляться в задержках внутриутробного развития плода, спонтанных самопроизвольных абортах, развитии анемии у женщины.

Keywords: *pregorexia; eating disorders; pregnancy; body image*

Ключевые слова: *прегорексия; расстройства пищевого поведения; беременность; образ тела*

ВВЕДЕНИЕ

Прегорексия — это расстройство пищевого поведения, развивающееся у женщин в период беременности и постродовой период и проявляющееся в ограничениях в питании, компенсаторном поведении (вызывание рвоты, употребление диуретиков или слабительных препаратов) и увеличении физических нагрузок в пре- и постнатальный периоды для контроля веса и объемов тела [1]. На сегодняшний день, несмотря на то что прегорексия является серьезным нарушением, имеющим пролонгированные последствия

как для самой женщины, так и для ее ребенка, существует ряд проблем как с диагностикой, так и с возможными стратегиями психотерапевтического лечения [2]. В МКБ-11 и DSM-5 прегорексия относится к категории «неуточненные/другие расстройства пищевого поведения» [3, 4].

Распространенность прегорексии (по данным имеющихся исследований от 0,6% до 27,8%) [5] и недостаточность ее своевременной диагностики могут оказывать негативное влияние на течение беременности, приводить к нарушениям развития плода

и ухудшению физического состояния беременных, в частности, среди рисков у беременной можно выделить обезвоживание, нарушения в работе сердечно-сосудистой системы. Среди последствий прегорексии также необходимо отметить плацентарную недостаточность, приводящую к замершей беременности и выкидышам, преждевременные роды, гипотрофия новорожденных, омфалоцеле и гастрошизис у младенца, дефекты нервной трубки, в том числе анэнцефалия [6].

Место прегорексии в структуре нарушений пищевого поведения:

Отсутствие достаточного количества эпидемиологических исследований прегорексии не позволяет точно определить частоту возникновения данного расстройства. Отмечается, что у 25% беременных есть отдельные признаки нарушения пищевого поведения, а распространенность расстройств пищевого поведения среди них достигает 5-7,5% [7].

К факторам риска, увеличивающим вероятность развития прегорексии в пре- и постнатальный период, относят [8]:

- наличие эпизодов нарушений или расстройств пищевого поведения в анамнезе;
- наличие других психических расстройств, таких как депрессивные эпизоды, тревожное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство;
- наличие эпизодов сексуализированного и/или физического насилия в прошлом;
- нарушенный образ тела (телесное дисморфическое расстройство);
- незапланированность беременности;
- наличие аддикций;
- отсутствие социальной поддержки в период беременности.

Помимо факторов риска, связанных с индивидуально-психологическими и физиологическими особенностями, необходимо отметить средовое влияние, которому подвергаются беременные женщины. Окружение беременной, как ближайшее, так и расширенное, а также средства массовой информации транслируют идеи о необходимости постоянного контроля за весом и объемами тела, невозможности доверять внутренним ощущениям и переживаниям, обязательности сохранения внешней привлекательности и соответствия стандартам красоты. В постнатальный период развитие прегорексии может быть спровоцировано

давлением со стороны окружающих по поводу необходимости скорейшего возврата к «добеременному» телу с одновременным сохранением грудного вскармливания и фокусировкой на удовлетворении потребностей младенца. Противоречащие друг другу послания о необходимости быть одновременно идеальной матерью и идеальной женщиной приводят к хроническому эмоциональному стрессу, что влечет за собой использование ограничений в питании, очистительных практик, компульсивной физической активности в качестве инструментов эмоциональной саморегуляции.

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ПРЕГОРЕКСИИ

В силу недостаточной изученности возможностей психотерапии прегорексии как отдельного нарушения пищевого поведения рекомендуется использование когнитивно-бихевиоральной терапии (CBT-AN, CBT-E) [The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders]. В собственной практике мы с коллегами также используем методы терапии принятия и ответственности (ACT), диалектико-бихевиоральной терапии (DBT), а также методы экспрессивной терапии (арт-терапевтический подход) и семейное/партнерское консультирование [9].

Личный опыт и опыт моих коллег в рамках психотерапевтической работы с прегорексией показывают целесообразным выделение следующих мишеней психотерапевтического воздействия:

- образ тела, включающий в себя interoцептивную осознанность, эмоциональный, когнитивный и поведенческий компоненты, восприятие своего тела в пространстве; быстрые и зачастую плохо предсказуемые изменения образа тела в процессе беременности и постродового периода могут вызывать серьезные эмоциональные переживания [10, 11] для совладания с которыми женщины могут прибегать к ограничениям в питании, компенсаторному поведению и избыточным физическим нагрузкам;
- гестационная доминанта, особенно в случае наличия гипогестогнозического или тревожно-депрессивного типа [12];
- дисфункциональные установки относительно образа жизни в период беременности и постнатальный период;

- параметры пищевого поведения, включая такие компоненты как ограничение количества пищи, наличие проверочного поведения относительно телесных изменений, компенсаторное поведение (вызывание рвоты, использование диуретических и слабительных препаратов, физические нагрузки с целью «отработки» потребляемых калорий);
- система социальных связей и эмоциональная окрашенность межличностных взаимодействий, включая отношения с медицинскими специалистами, осуществляющими сопровождение женщины в период беременности и постродовой период.

Для диагностики нарушений пищевого поведения у беременных женщин и в постнатальный период представляется возможным использование следующих опросников: «Опросник образа тела», EAT-26, Шкала оценки пищевого поведения [13, 14, 15].

В силу временных ограничений в сочетании с рисками для здоровья как самой беременной, так и плода представляется целесообразным формулировать цели и задачи психотерапии с акцентом на поведенческих изменениях (отказ от ограничений в питании, очистительных практик, подсчета калорий, увеличение количества и диапазона потребляемых продуктов питания).

В начале психотерапевтического взаимодействия рекомендуется [16] ведение дневника питания с фокусировкой на эмоциональном состоянии до и после приема пищи и отслеживанием чувств голода и насыщения, фиксация эпизодов очистительного поведения, эпизодов компульсивного взвешивания и анализ триггеров, запускающих негативный эмоциональный фон. Ведение дневника питания помогает клиенткам повысить осознанность о нарушениях пищевого поведения и событиях, которые их провоцируют, а также идентифицировать и классифицировать ситуации, связанные с приемом пищи на трудные и управляемые. В качестве дополнительных инструментов в психотерапии прегорексии используется обучение техникам телесной релаксации и практикам осознанности (mindfulness) для снижения уровня тревожности в целях предотвращения эпизодов нарушений пищевого поведения. Данные интервенции активно используются в психотерапии других расстройств пищевого поведения, поэтому представляется целесообразным их

включение в психотерапию прегорексии [17, 18, 19, 20, 21].

Помимо фокуса на поведенческих изменениях в рамках терапии принятия и ответственности (Acceptance and commitment therapy) предлагается уделить внимание работе с ценностной сферой [22, 23].

В качестве ценностей-мишеней выбираются ценности физического здоровья и материнства, в дальнейшем, базируясь на ценностях осуществляется постановка целей и задач и увеличение паттернов ценностно-ориентированного, мотивированного поведения.

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

- Необходимы психопрофилактические мероприятия при наступлении беременности у женщин, имеющих эпизоды нарушений и расстройств пищевого поведения в анамнезе.
- Необходимо взаимодействие психологов, нутрициологов и гинекологов для организации процесса ведения пациенток с прегорексией.
- При подозрении на нарушения пищевого поведения у беременной женщины и/или в постнатальный период необходимо проведение всесторонней оценки ее состояния, включающее в себя историю изменения веса и роста, паттерны пищевого поведения (ограничения количества и калорийности потребляемых продуктов, избегание приемов пищи, компульсивное переедание, пережевывание, выплевывание, регургитация), паттерны компенсаторного поведения и других способов регуляции веса (чрезмерные физические упражнения, очистительное поведение, такое как самоиндуцированная рвота, злоупотребление диуретическими и слабительными препаратами, применение медикаментов для снижения веса), оценку значимости сферы питания, веса и формы тела, наличие/отсутствие в анамнезе расстройств пищевого поведения и ответ на психотерапию, наличие вторичных социально-психологических нарушений, связанных с пищевым поведением и внешним видом.
- Необходимо учитывать, что женщины с прегорексией могут сознательно скрывать свои симптомы или не осознавать степень тяжести расстройства и потенциальный вред здоровью, как ее собственному, так и здоровью плода.

История публикации:

Статья поступила: 24.04.2023

Статья принята: 19.06.2023

Публикация: 27.06.2023

Финансирование: Статья была написана без дополнительного финансирования.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Цитировать:

Fomicheva NS. Pregorexia: a psychotherapy strategy for eating disorders in pregnant women. *Consortium Psychiatricum*. 2023;4(2):CP6642. doi: 10.17816/CP6642

Информация об авторе:

***Наталья Сергеевна Фомичева**, канд. психол. наук, руководитель АНО «Центр прикладных исследований “Русское общество психосоматики”»

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-9098-7464>

E-mail: natalya.fomicheva.psy@gmail.com

*Автор, ответственный за переписку

Список литературы

1. Tuncer E, Bayindir GA, Keser A. The importance of pregorexia awareness. *Clinical and Experimental Health Sciences*. 2020;10(3):186–190.
2. Mander A, Pawlikowska A, Szuster EM, Całkosiński A, Kostrzewska P, Majewski M. The pregorexia — anorexia during the pregnancy. *Journal of Education, Health and Sport*. 2019;9(5):137–144.
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington VA: American Psychiatric Association; c2013.
4. Easter A, Bye A, Taborrelli E, Corfield F, Schmidt U, Treasure J, Micali N. Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy? *European Eating Disorders Review*. 2013;21(4):340–344. doi: 10.1002/erv.2229.
5. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*. 2012;14(4):406–414. doi: 10.1007/s11920-012-0282-y.
6. Sebastiani G, Andreu-Fernández V, Herranz Barbero A, Aldecoa-Bilbao V, Miracle X, Meler Barrabes E, et al. Eating disorders during gestation: implications for mother's health, fetal outcomes, and epigenetic changes. *Frontiers in Pediatrics*. 2020;8:587. doi: 10.3389/fped.2020.00587.
7. Mathieu J. What is pregorexia? *Journal of the American Dietetic Association*. 2009;109(6):976–979. doi: 10.1016/j.jada.2009.04.021.
8. Crone C, Fochtmann LJ, Attia E, Boland R, Escobar J, Fornari V, Golden N, Guarda A, Jackson-Triche M, Manzo L, Mascolo M, Pierce K, Riddle M, Seritan A, Uniacke B, Zucker N, Yager J, Craig TJ, Hong SH, Medicus J. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2023;180(2):167–171. doi: 10.1176/appi.ajp.23180001.
9. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2006;67(8):1285–1298. doi: 10.4088/jcp.v67n0818.
10. Goodman JH, Chenausky KL, Freeman MP. Anxiety disorders during pregnancy: a systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2014;75(10):e1153–84. doi: 10.4088/JCP.14r09035.
11. Skritskaya TV. Value orientations of women during pregnancy [dissertation]. Novosibirsk: Novosibirsk State Pedagogical University; 2002. p. 162. Russian.
12. Ilchik OA, Sivukha SV, Skugarevsky OA, Suikhi S. Russian-language adaptation of the “Eating Behavior Assessment Scale” methodology. *Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology*. 2011;1:39–50. Russian.
13. Zolotareva A.A. Psychometric properties of the Body Image Assessment Scale (approbation on the Russian sample). *Experimental psychology*. 2023;16(1):201–210. doi:10.17759/expsy.2023160112. Russian.
14. Shah MW, Ahmad T, Khan M, Sun G. Global research trends, top-100 most cited studies, and network visualization of eating and feeding disorders research from 1900–2020: a historical bibliometric analysis. *Electronic Journal of General Medicine*. 2022; 19(3):em368. doi: 10.29333/ejgm/11839.
15. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Bohn K, Hawker DM, Wales JA, Palmer RL. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*. 2009;166(3):311–319. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08040608.
16. Alberts HJ, Thewissen R, Raes L. Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*. 2012;58(3):847–851. doi: 10.1016/j.appet.2012.01.009.
17. Arch JJ, Craske MG. Mechanisms of mindfulness: emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour Research and Therapy*. 2006;44(12):1849–1858. doi: 10.1016/j.brat.2005.12.007.
18. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003;84(4):822–848. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822.
19. Dalen J, Smith BW, Shelley BM, Sloan AL, Leahigh L, Begay D. Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary Therapies in Medicine*. 2010 Dec;18(6):260–264. doi: 10.1016/j.ctim.2010.09.008.
20. Brooker JE, Webber L, Julian J. et al. Mindfulness-based training shows promise in assisting staff to reduce their use of restrictive interventions in residential services. *Mindfulness*. 2014; 5(5):598–603. doi: 10.1007/s12671-014-0306-2.
21. Sandoz EK, Wilson KG, DuFrene T. Acceptance and commitment therapy for eating disorders: a process-focused guide to treating anorexia and bulimia. New Harbinger Publications; c2011.
22. Mervin PM, Tsuker NL, Wilson KG. ACT for Anorexia Nervosa. A Guide for Clinicians. Saint Petersburg: LLC Dialectica; c2022. Russian.