

СИЛА/СЛАБОСТЬ

СПРАВОЧНИК ПО РАССТРОЙСТВАМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Финн Скордеруд



Финн Скордруд

СИЛА/СЛАБОСТЬ **СПРАВОЧНИК ПО РАССТРОЙСТВАМ** **ПИЩЕВОГО** **ПОВЕДЕНИЯ**



Москва 2022

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

Представляем вам серию книг, необходимых как специалистам, так и всем, кто хочет найти себя в нашем сложном противоречивом мире. Это:

- классические монографии и учебники;
- современные работы по психиатрии и психологии;
- учебные пособия по актуальным психологическим дисциплинам;
- популярная и просветительская литература по психологии.

Предлагаемые издания расширят научные горизонты практикующих специалистов, а также познакомят с возможностями психологической науки всех тех, кому интересна данная тематика. Не замыкайтесь в себе, не оставайтесь со своими внутренними проблемами, которые кажутся порой неразрешимыми!

Эти книги позволят вам открыть для себя методы психоанализа, аналитической психологии, гештальт-анализа и каждому выбрать близкое направление, подскажут выход из сложной жизненной ситуации, помогут справиться с тревогой, депрессией, внутриличностными конфликтами и изменить свою жизнь к лучшему.

Наш издательский проект создан для вас.
С радостью представляем новую книгу проекта!



*Треушникова Наталья Валериевна,
президент Союза охраны
психического здоровья*

Союз охраны психического здоровья — общественная организация, ставящая своей задачей улучшение психического здоровья россиян, повышение субъективно воспринимаемого качества жизни и рост психологического комфорта для всего населения России.

В рамках своей деятельности Союз поддерживает:

- проекты в области повышения квалификации специалистов, работающих в психиатрии и психологии;
- проекты, способствующие адаптации и повышению качества жизни людей с психологическими и психическими особенностями и направленными на профилактику психических расстройств;
- проекты по изданию и переизданию книг отечественных и зарубежных авторов, близких темам программной деятельности Союза.

Издательский дом «Городец» благодарит за оказанную помощь

в выходе издания независимую частную русскую

производственную компанию «Праймлайн» (www.prime-l.ru)

ПРАЙМЛАЙН: КОМПЛЕКСНЫЕ ЕРС-ПРОЕКТЫ

© Finn Skårderud

First published by H. Aschehoug & Co.

(W. Nygaard) AS, 2000

Published in agreement with

Oslo Literary Agency

© Д. Макаридина, перевод, 2022

© ИД «Городец», 2022

Все права защищены. Никакая часть электронной версии этой книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, включая размещение в сети Интернет и в корпоративных сетях, для частного и публичного использования без письменного разрешения владельца авторских прав.

Издание книги на русском языке было согласовано через

Banke, Goumen & Smirnova Literary Agency

Перевод с норвежского Д. Макаридиной

@ Электронная версия книги подготовлена

ИД «Городец» (<https://gorodets.ru/>)»

АВТОР

Финн Скордеруд (род. 27 октября 1956 г.) — доктор медицинских наук, норвежский писатель, психиатр, психотерапевт, адъюнкт-профессор по расстройствам пищевого поведения в Университете Южной Дании в Оденсе и адъюнкт-профессор Норвежской школы спорта в Осло. Финн Скордеруд — всемирно признанный эксперт по расстройствам пищевого поведения, соучредитель и руководитель Норвежского института ментализации, а также он

ведет частную практику и является ведущим психиатром Норвежского олимпийского комитета, работающим с элитными спортсменами.

В 2014 году Финн Скордеруд основал Институт расстройств пищевого поведения, расположенный на вилле SULT, классической югендийской вилле в Осло. Это некоммерческий фонд, который стремится быть инновационным центром передового опыта в области лечения, исследований, образования и обучения. Институт также поддерживает творческий диалог с обществом в целом посредством активного участия в искусстве, кино, литературе, театре и культуре, а также в политических дебатах по расстройствам пищевого поведения и связанным с этим темам. В 2018 году Финн Скордеруд был соучредителем датской сестринской организации SULT-akademiet.

Финн Скордеруд выпустил 20 книг, многие из которых опубликованы в Дании, более 150 глав в сборниках, многочисленные статьи, эссе, подкасты, а также подготовил или участвовал во многих радио- и телевизионных программах в области искусства, литературы, кино, психиатрии, психологии и культуры, как художественных, так и научно-популярных, регулярно пишет статьи для норвежской газеты Aftenposten и датской Information.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Перед вами амбициозная книга (какими и должны быть книги), которая претендует на то, чтобы стать полезной сразу нескольким категориям читателей. Она представляет собой попытку рассказать о моей клинической практике и теоретических наработках за почти два десятилетия изучения расстройств пищевого поведения. В облегченной форме я постарался изложить, что нам на сегодняшний день точно известно об этих расстройствах, а что мы знаем лишь на уровне гипотез. При этом основная моя амбиция состоит в том, чтобы все эти знания читатели претворили в жизнь.

Транслируя эти специализированные знания, я преследую три цели:

- **Рассказать об особенностях отдельных расстройств пищевого поведения.**
- **Раскрыв эти особенности, показать то общее, что их объединяет.**

В пищевых расстройствах отражаются хорошо знакомые нам темы: психология обыденной жизни, любовь и тоска, сложности в отношениях с другими людьми, потребность взять контроль над собственной жизнью. Каждое такое расстройство само по себе является заболеванием. Однако все они как симптом указывают на нечто иное: то общее, что скрывается за ними.

- **Продемонстрировав это общее, лишить эти заболевания флера загадочности.**

Снятие покрывала тайны, надеюсь, поможет многим разглядеть в себе потенциал для того, чтобы запустить изменения к лучшему — и ради самих себя, и ради окружающих.

В практическом отношении эта книга адресована трем группам читателей: тем, кто страдает тем или иным расстройством пищевого поведения, их близким — родителям, друзьям, любимым, и, наконец, всем тем, кого можно назвать врачами и помощниками в силу профессии или функционала.

Часть первая — «Что такое расстройства пищевого поведения?» — рассчитана на все три группы. Часть вторая предназначена врачам и медперсоналу. Третья — книга самопомощи для страдающих этими расстройствами, четвертая — для их близких. В пятой же собрана общая информация, полезная для всех.

Эту книгу можно читать по-разному: используя ее как справочник, читая от корки до корки или выбирая части и главы по мере надобности. Читателям из разных групп будет очень

полезно заглянуть в главы, написанные, условно говоря, не для них. Система перекрестных ссылок поможет сориентироваться, где можно найти информацию на ту же или родственную тему в другом разделе: иногда полезно заглядывать в карты соседу. Возможный недостаток такой структуры — это повторы. С другой стороны, лишний раз повторить самое важное никогда не помешает.

Написать эту книгу я хотел давно. Она была необходима мне как инструмент в преподавании, как руководство по практическим действиям и психологическим установкам. Какие анализы крови нужно брать? Какие вопросы задавать? А это вообще лечится? Не имея четких ответов на эти вопросы, многие медлят с лечением. В отсутствие алгоритма действий врачи часто перенаправляют пациентов к другим специалистам. Это пособие задумано как надежная платформа, от которой можно оттолкнуться, чтобы начать движение.

Я и сам медлил с написанием этой книги. Меня пугала необходимость обобщений, которых требует подобный формат. Как практикующий врач, я ежедневно вновь и вновь убеждаюсь в том, что каждый человек уникален. И ни одно расстройство не похоже на другое. Точно так же уникальна каждая семья, каждый врач, каждая система взаимоотношений между врачом и пациентом и так далее. Именно из таких ячеек субъективности и состоит вся жизнь. Это означает, что конкретные рекомендации запросто могут не сработать, поскольку не учитывают радикально субъективный опыт.

При написании этой книги я стремился соблюдать баланс между общим и частным. Возможно, тут даже нет никакого противопоставления. Ведь лучшие условия для проявления субъективности создаются именно там, где уже заложена серьезная основа из знаний и опыта.

Кроме того, я ориентировался на практику. Моя цель состояла в том, чтобы сквозь все эти сжатые предложения и схемы могли пробиться ростки живой жизни. Я стремился показать, что мой предмет — медицина — невероятно разнообразен, он охватывает

все: от естественных наук, с их строгими эмпирическими исследованиями и числами, до банальных экзистенциальных драм, интуитивных прозрений и элементарного чувства прекрасного. Медицина — потрясающе широкая сфера, однако в конце концов важно найти в ней свое место. Врач никогда не должен выходить за пределы основополагающей этики, всегда задаваясь вопросом: что будет лучше для здоровья пациента?

Моя цель одновременно скромна и амбициозна — просто внести свой вклад в изучение темы.

ЧАСТЬ I

ЧТО ТАКОЕ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ?

КАК ЭТО ПОНЯТЬ?

Ах вот оно что?

А может, просто...?

Вроде бы все очень сложно, но на самом деле многое вполне доступно пониманию.

Самое важное — попытаться понять. Чем больше мы, по собственным ощущениям, понимаем человека, тем лучше можем ему помочь. Качественная помощь — будь то самопомощь, помощь близких, друзей или специалистов — начинается тогда, когда за стеной симптомов видят личность.

Расстройства пищевого поведения кого угодно могут привести в замешательство. «Да как такое вообще возможно?» Родители ломают голову, любимые и друзья отчаиваются понять. Многие

врачи и сами не до конца могут разобраться в сути проблемы. Что уж говорить о пациентах.

КОНТРОЛЬ И САМООЩУЩЕНИЕ

Однако суть этих расстройств, думаю, ухватить все-таки можно.

При таких заболеваниях еда и тело становятся своего рода *языком, с помощью которого пациент «заговаривает» свои чувства и проблемы*. Расстройства пищевого поведения — это всегда про низкую и нестабильную самооценку. Человек не ощущает достаточного контроля над той или иной сферой жизни. Контроль над приемом пищи и собственным телом может быть попыткой контролировать реальность, чтобы улучшить самоощущение. Ведь управляя собственным телом и аппетитом, управляешь хотя бы чем-то. Или же еда и тело могут стать убежищем, куда можно спрятаться от неприятных и непонятных чувств. Укрытием, где можно отсидеться. До поры до времени.

ТЕЛО ГОВОРIT САМО ЗА СЕБЯ

Расстройства пищевого поведения — это вполне отчетливая речь тела. Оно говорит прямо и конкретно. Тот, кого *отягощает* ноша тревоги, хочет *сбросить* вес. Тот, у кого внутри царит пугающий хаос, пытается *спрятаться* от него в переедании. Тот, кто недоволен собой, пытается *перекроить себя под некий идеал*. Тот, кто тоскует о полноте любви, *наполняется* едой.

Этого-то мы часто и не понимаем: все, возможно, даже слишком просто.

ПРОБЛЕМА И РЕШЕНИЕ

Чаще всего наше поведение нацелено на то, чтобы решить ту или иную задачу. Однако иногда само решение и становится проблемой. Попытки взять над собой контроль сами могут выйти из-под контроля. Тело — это не только текст. Это еще и биология. И его невозможно вечно держать в ежовых рукавицах. Иначе можно вообще все испортить.

Расстройства пищевого поведения — это сложный ансамбль биологии и психологии. Те, для кого это, скорее, биология, позволяют телу идти своей дорогой. А многие другие, особенно те, кто уже сталкивался с определенными проблемами раньше, видят и понимают, что все дело в мыслях и чувствах, которые снова зашли куда-то не туда.

СМЕШАННЫЕ ЧУВСТВА

Основной симптом, объединяющий все расстройства пищевого поведения, — это возникновение *противоречивых, смешанных чувств* и того, что принято называть *амбивалентностью*. Человек, страдающий таким расстройством, одновременно хочет и не хочет, может и не может, осмеливается и не осмеливается. Он скован по рукам и ногам собственной двойственностью. Многие описывают это ощущение как *внутренний хаос*.

ОН / ОНА

Расстройствами пищевого поведения страдают как мужчины, так и женщины, как подростки, так и взрослые. Да, наиболее предрасположены к ним девушки и женщины. Однако это отнюдь не означает, что это «женская» болезнь. Подобный миф лишь усложняет жизнь тем мальчикам и мужчинам, которые тоже хотели бы обратиться за помощью, но стесняются признаться в том, что страдают «девчачьим» недугом. Так что сразу оговорюсь, что в этой книге подразумеваются пациенты обоего пола.

Нам нужно понять, что эти расстройства со всей их амбивалентностью вовсе не так уж непостижимы. Давайте попробуем зайти с другой стороны: расстройства пищевого поведения — это явный признак того, что человек находится в замешательстве или отчаянии.

МУЖЕСТВО И МОТИВАЦИЯ

Многие также скептически относятся к выздоровлению. Хотя они и страдают, все же им кажется, что они получают какую-то «выгоду», и им страшно от нее отказаться. В основе работы врача должна в этом случае лежать установка на *повышение мотивации*.

Качественная помощь подразумевает правильные действия и корректное отношение. Действия — это конкретные советы и техники. Отношение — это усилия, предпринимаемые для того, чтобы понять человека. Помощь должна создавать *безопасное поле* для изменений. Помощник должен возвращать *смелость* в тех, кто страдает пищевыми расстройствами: смелость поменять свою жизнь к лучшему.

Казалось бы, элементарно — и в то же время сложно.

ЧТО ТАКОЕ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ?

Когда мысли о еде и весе и нарушения пищевого поведения начинают мешать нормальной жизни и снижают качество жизни, это означает, что у человека пищевое расстройство.

ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Расстройство пищевого поведения — это психическое заболевание. У того, кто страдает таким расстройством, возникают сложности не только с отношением к еде, но и с собственными мыслями и чувствами. Иметь такое расстройство означает быть *чрезмерно обеспокоенным своим телом, весом и внешностью*. При этом человек ощущает, что эти мысли и чувства берут над ним верх. Они могут начать управлять львиной долей жизни и мешать выполнять повседневные функции. Поведение, которое сопутствует пищевому

расстройству, создает нагрузку для тела. Такого рода нагрузка сама по себе может создавать соматические (телесные) проблемы, требующие лечения.

Что значит быть «чрезмерно обеспокоенным своим телом, весом и внешностью»?

А. говорит, что она счастлива всего пять минут в день: когда она просыпается и обнаруживает, что на самом деле не поглощала ночью горы еды. Это был сон. А. чувствует себя словно бы одержимой. Ее преследуют навязчивые мысли. Ей нужно делать уроки, а она, вместо того чтобы смотреть в книгу, смотрит на свои ляжки. Она сидит и думает о предыдущем приеме пищи, о том, что опять переела, — и предвкушает следующий, понимая, как она все-таки любит еду. Но еда ей не достанется. Она ее не заслужила, у нее другие планы.

А. впервые входит в новый класс. Первое, на что она обращает внимание, — кто худее ее, а кто толще. И видит, что многие стройнее. И тогда она больше не может там находиться. Ее мир состоит из тел.

ТРИ СТРАТЕГИИ

Все пищевые расстройства — варианты одной из этих трех пищевых стратегий.

Отказник

Такой человек часто уходит «в отказ», просто отказываясь открывать рот. Часто он отрицает, что ест мало. Он может считать, что на самом деле ест достаточно, так что изнутри ощущает себя толстым. Беспокойство ему доставляет само присутствие еды в желудке, переход за границы «дозволенного» и поедание «запрещенных» продуктов.

Обжора

Обжора теряет контроль над поглощением пищи. Он может планировать свои «сессии переедания» заранее, сопровождая их определенными ритуалами, надевая определенную одежду, зажигая свечи и т. п. Или же, напротив, это может происходить очень импульсивно — например, он может начать есть продукты прямо из морозилки, набивая живот до предела. После таких эпизодов часто наступает стадия стыда и самобичевания.

Чистильщик

Такой человек часто вызывает у себя рвоту. Сразу после еды он может ставить музыку на полную громкость, включать душ или кран. И на фоне этих звуков выташнивать содержимое желудка, помогая себе двумя пальцами. Но чистильщик может и поститься. Или слишком много заниматься спортом. Или проводить чистку, в огромных количествах принимая слабительное.

Болезнь или здоровье?

Тут нет никакого или-или. Невозможно быть ни абсолютно больным, ни абсолютно здоровым. Существует лишь континуум от здоровья до серьезной болезни.

Но нам необходима структура. В медицине мы применяем диагнозы. Диагноз не является абсолютной величиной, но может меняться в зависимости от эпохи и культуры.

Отчасти под влиянием этих факторов меняются и сами болезни. Пищевые расстройства тесно связаны с современной западной культурой и менее проявлены в других обществах.

Западная культура — это культура риска, где чрезмерный фокус направлен на тело как символ психологического и социального успеха. И пищевые расстройства во многом служат «новым» феноменом. Разумеется, существуют и более ранние описания подобных явлений, однако по объему они несопоставимы с сегодняшними.

Отчасти меняются и названия болезней. Если для одного пациента определенный диагноз будет вполне точен, то для другого недостаточен. Некоторые, получив диагноз, чувствуют облегчение, услышав наконец название своей болезни. В прочих случаях диагноз может не покрывать всех симптомов. К примеру, где проходит граница между анорексиком, который время от времени переедает и часто выташнивает еду, и пациентом с булимией, который страдает недостатком веса? Многие могут вообще оказаться вне категории, как «атипичные» случаи. Но это отнюдь не означает, что они меньше страдают.

ДИАГНОСТИКА

То, какой мы ставим диагноз, зависит от того, какие системы диагностики мы применяем. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) создала диагностическую систему ICD-10, которая в норвежском здравоохранении является официальной. В научном контексте гораздо более распространена американская классификация DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). В обеих системах основной акцент делается на психическом компоненте пищевых расстройств: преувеличенное эмоциональное и ментальное беспокойство по поводу тела.

Точные диагностические критерии пищевых расстройств как по ICD-10, так и по DSM-IV приведены в последней части книги.

Ниже перечисляются главные признаки основных форм пищевых расстройств.

НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ (ANOREXIA NERVOSA)

Протест против поддержания нормального веса в соответствии с возрастом и ростом, который приводит к 15% потере веса по сравнению с нормальным. Сильный страх ожирения или набора веса, даже при его недостатке. Искаженное восприятие размера и формы тела, отрицание того, что потеря веса может привести к серьезным последствиям, сильная зависимость самооценки от веса и внешности. У девушек и женщин — прекращение менструации.

Типы

Небулимический (рестриктивный) тип: пациент с нервной анорексией не страдает повторяющимися эпизодами переедания.

Булимический тип: повторяющиеся эпизоды переедания.

Анорексия означает, что человек ограничивает себя в количестве и типе пищи. Большинство анорексиков переваривают еду, в то время как некоторые вытаскивают ее, если считают, что переели. У некоторых также случаются эпизоды переедания, когда они теряют строгий контроль над потреблением пищи. Многие

слишком интенсивно занимаются бегом или тренировками, чтобы сжечь калории.

Большинство начинают голодать, чтобы сбросить вес, но многие постепенно понимают, что больше не могут есть; оказавшись в плену самой ситуации, они начинают есть все меньше и меньше. Они теряют контроль и могут начать искаженно воспринимать собственное тело. Они больше не в состоянии трезво оценить свою худобу или полноту и сами определяют, насколько они худы или толсты.

Человек, страдающий анорексией, почти постоянно думает о еде и калориях. Голодание — это отчаянная попытка совершенно подавить в себе человеческие потребности: касается ли это еды или элементарной заботы. Можно сказать, что анорексик бессознательно боится быть отвергнутым, если он продемонстрирует свои потребности и чувства.

Многие из них считают себя сильнее других, поскольку они способны контролировать свои потребности (*в то время как здоровые люди идут на поводу у своих желаний и прихотей!*). Заставляя свое тело уменьшаться в размерах, они также, возможно, отчаянно пытаются обратить на себя внимание.

В основном анорексия развивается в подростковом возрасте, но некоторые заболевают этим расстройством и в более поздний период, часто в связи с драматическими событиями в жизни, такими как рождение детей, развод, смерть близких, изнасилование и т. д.

НЕРВНАЯ БУЛИМИЯ

Постепенно сохранять строгий контроль над приемом пищи становится непросто, и некоторые анорексики со временем могут начать страдать булимией, или перееданием. Особенно высок риск при недостаточном или слишком резком лечении, когда набор веса и/или возвращение к нормальной жизни переживается пациентом как еще бóльшая потеря контроля.

Булимию определяют как переедание с последующим очищением от еды.

Повторяющиеся эпизоды переедания. Переедание имеет несколько определений:

1) потребление пищи в определенный промежуток времени, за который принимается большее количество еды, чем считается нормальным;

2) потеря контроля над потреблением пищи за тот же промежуток времени, и человек чувствует, что он не в состоянии прекратить есть или регулировать количество пищи.

Чтобы избежать набора веса или чтобы сбросить вес, человек прибегает к вызыванию рвоты, приему слабительных или диуретиков, иногда совмещая их со строгой диетой/похудением или физической активностью. Самооценка при этом сильно привязана к весу и внешности.

Перееданием может считаться что угодно — от трех-четырех кусков хлеба до четырехчасовой трапезы (с несколькими эпизодами рвоты). В определенные периоды у пациентов могут возникать позывы к еде или кулинарным «оргиям» несколько раз за день, в другие их может быть меньше или они отсутствуют вовсе. Большинство страдающих этим видом расстройства имеют нормальный вес.

У многих булимия развивается к концу подросткового возраста или после 20 лет: в период, когда в жизни происходят серьезные изменения. Незначительная группа булимиков «дебютирует» в более позднем возрасте.

Булимик ест, чтобы утолить голод, который может быть как психическим, так и физическим. Затем наступает фаза очищения. Рвота после еды может приносить облегчение. Самое трудное позади — до поры до времени.

Для многих булимиков именно эта возможность вызвать рвоту и является важнейшим поводом к перееданию. Для других же эта часть процесса крайне унижительна и постыдна.

КОМПУЛЬСИВНОЕ ПЕРЕЕДАНИЕ

(Binge eating disorder) — «не могу остановиться»

В последние годы возникла тенденция к выделению третьего вида пищевых расстройств. Речь идет о компульсивном переедании — по-английски *binge eating disorder (BED)*. Это переедание без последующего очищения, часто приводящее к избыточному весу. Эпизоды переедания во многом схожи с булимическими. По-русски такой тип переедания называется компульсивным. Однако это название, возможно, не слишком точно: на деле это расстройство имеет мало общего с тем, что в психиатрической диагностике принято называть симптомами компульсии — такими как навязчивые мысли (если я не буду соблюдать ритуал, кто-то окажется в опасности) и навязчивые действия (пересчитывание, перепроверка и т. п.).

Переедание выделяется по классификации DSM-IV в отдельную категорию *Eating disorders not otherwise specified* — «Прочие пищевые расстройства». В ICD-10 эта группа еще не включена. Уже появилось некоторое количество научной литературы на эту тему, включая рекомендации по лечению. Избыточный вес сам по себе в настоящее время не является психиатрическим диагнозом, однако рассматривается как телесное состояние, которое может иметь последствия для психики. Учитывая, что переедание было выделено в отдельную категорию пищевых расстройств, скоро мы сможем объяснить, в какой мере определенные формы избыточного веса бывают вызваны преимущественно психическими расстройствами.

В этой картине симптомов центральное положение занимает потеря контроля — как над эмоциями, так и над поведением. Мы можем выделить следующие признаки такой потери контроля: пациент

- ест быстрее, чем обычно;
- ест до неприятного чувства перенасыщения;
- поглощает еду в большом количестве, не испытывая физического чувства голода;

- ест много в течение дня, не планируя прием пищи на определенное время;
- ест в одиночестве, поскольку беспокоится из-за количества потребляемой еды;
- испытывает чувство вины, отвращения или подавленности после переедания.

Человек, страдающий перееданием, задерживает в себе еду. Некоторые едят много в течение короткого времени, обычно потребляя жирную или калорийную пищу. Другие могут постоянно понемногу перекусывать, так что в сумме тело получает больше пищи, чем нуждается. Многие, кто страдает этим расстройством, постоянно сидят на диетах и в промежутках между периодами переедания часто устраивают строгие посты, чтобы снизить вес. Некоторым удастся сохранять вес на стабильном уровне, в то время как прочие то толстеют, то худеют, с амплитудой вплоть до 30–40 кг всего за несколько месяцев. Некоторые могут находиться в нормальном весе, однако тут мы вступаем на размытую пограничную территорию между перееданием и булимией. Некоторые знакомятся с пищевыми расстройствами именно через переедание, а для других оно становится более поздней стадией на пути от анорексии к булимии.

Еда – слабое утешение. Поэтому ее и нужно так много.

Карин Свен

(РАННИЕ) СИМПТОМЫ

Это точно пищевое расстройство? Страдает ли мой ребенок, близкий человек, друг – или я сам(–а) – расстройством пищевого поведения?

Люди, страдающие пищевыми расстройствами, часто скрывают свои привычки. Однако есть ряд симптомов — в том числе тех, что проявляются уже на ранней стадии, — которые могут свидетельствовать о том, что ваши подозрения насчет пищевого расстройства отнюдь не безосновательны.

Что же, теперь постоянно быть настороже и «держаться друг друга на мушке»? Конечно, не стоит доводить до фанатизма. Впрочем, в нашем культурном контексте подобные явления оставлять без внимания нельзя, учитывая как их широкое распространение, так и серьезность проблемы. В особенности это касается родителей. Когда вы впервые озвучите свои подозрения, первой реакцией может стать отрицание. Но определенная положительная динамика будет запущена в любом случае.

Все же лучше, когда с тобой выходят на прямое общение, чем когда тебя не замечают или делают из тебя невидимку.

Конфликт иногда лучше, чем безразличие. Многие прячут свои проблемы, втайне надеясь, что они все же будут обнаружены.

Анорексия, как правило, проявляется в потере веса. А вот булимию по массе тела распознать чаще всего не удастся — она визуально незаметна. Расстройства переедания можно определить по возникновению избыточного веса, но в зоне видимости оказывается лишь вес как таковой, а не само пищевое расстройство.

Симптомы, приведенные ниже, следует рассматривать как возможные признаки.

Сами по себе проявлениями пищевого расстройства они не являются. Вполне можно страдать расстройством пищевого поведения, не имея ни одного из них. Некоторые относятся, скорее, к анорексии, другие актуальны для булимии и прочих форм. Наблюдайте и делайте собственные выводы.

РАННИЕ СИМПТОМЫ

отношения с едой:

- человек становится одержим едой;
- читает рецепты и кулинарные книги;
- становится разборчив в еде — «это я есть не буду»;
- начинает есть меньше;
- предпочитает есть в одиночестве;
- готовит для других, но не для себя;
- выбирает почти исключительно низкокалорийную пищу;
- проявляет раздражительность и нервозность в связи с приемом пищи;
- меняет поведение в отношении еды: например, нарезание продуктов на мелкие кусочки, раскатывание их по тарелке, размазывание по краю тарелки;
- выкидывает и прячет еду — в салфетки, карманы и т. п.;
- сохраняет и накапливает еду;
- выходит из-за стола во время приема пищи или сразу же по его окончании;
- уходит в комнату или ванную после приема пищи, включает громкую музыку, телевизор, кран — или все сразу;
- пьет много воды;
- переедает;
- ест втайне;
- вызывает у себя рвоту;
- отрицает чувство голода в тех случаях, когда оно очевидно должно присутствовать;
- самооценка на основании съеденного;
- стресс и чувство вины из-за съеденного;
- плохое отношение к незапланированным ситуациям, связанным с едой;
- возникновение крайнего раздражения в тех случаях, когда приходится есть раньше или позже обычного;
- чувство голода утоляется за счет газированных напитков.

настроение и поведение:

- человек часто взвешивается;
- чрезмерно занят физической активностью — всегда готов выполнять поручения, связанные с физической нагрузкой;
- собирает информацию о похудении из журналов, книг и т. п.;
- злоупотребляет слабительными препаратами;
- носит безразмерную одежду, чтобы скрыть похудение;
- испытывает проблемы со сном;
- устанавливает для себя строгий режим дня;
- настаивает на том, что тот или иной человек «жирный», хотя это очевидно не так;
- общая раздражительность;
- неприятие самого себя;
- упрямство, «упертость»;
- отстраненность от общества;
- чрезмерная готовность помочь — часто в целях заглушить чувство вины;
- крайняя озабоченность проблемой голода в странах третьего мира;
- ярко выраженный страх набрать вес;
- прочие формы саморазрушительного поведения.

физические симптомы:

- потеря веса
- колебания массы тела;
- исчезновение месячных или нерегулярный цикл;
- головокружение, возможны обмороки;
- слабость;
- боли в желудке и чувство насыщения при приеме даже небольшого количества пищи;
- низкая температура тела, озноб;
- плохая циркуляция крови, холодные руки и стопы, долго не заживающие раны;
- синеватый цвет конечностей;

- пушистый волосяной покров на лице и в особенности на спине;
- выпадение волос на лобке и под мышками;
- волосы на голове становятся слабыми и безжизненными;
- головные боли напряжения, боли в мышцах;
- припухлость щек.

Более подробно эта тема рассмотрена в разделах

ВНУТРЕННЯЯ ЖИЗНЬ

Расстройствами пищевого поведения страдают самые разные люди. Однако при всем разнообразии у них есть и общие черты. Постоянно повторяются одни и те же базовые психологические паттерны.

Симптомы — это система коммуникации. Что же хотят сообщить пищевые расстройства своим носителям и окружающим? В чем функция и смысл симптомов?

Важнейшими служат два психологических феномена: *низкая самооценка* и *ощущение потери контроля*.

Расстройства почти всегда возникают как результат желания похудеть и активных действий по изменению своего тела. Меняя свое тело, человек принимает меры к тому, чтобы повысить самооценку и усилить чувство контроля. Разница между простым похудением и пищевым расстройством в том, что некоторые, снизив вес, останавливаются, а другие остановиться не в состоянии.

НИЗКАЯ САМООЦЕНКА

Человек, вполне довольный собой, обладающий верой в собственные силы, способный выносить разочарования и находить для себя утешение, вряд ли будет подвержен расстройствам пищевого поведения.

Низкая оценка не всегда видна невооруженным глазом. Часто как раз наоборот. Чтобы компенсировать недостаток уверенности в себе, человек ищет реализации в тех областях, где можно достичь осязаемых результатов: в школе, в спорте, среди друзей, с родителями — «покорный ребенок» и т. п. Таким образом, перед нами встает непростая задача: не дать внешним достижениям скрыть от нас внутреннюю неудовлетворенность.

Как говорится, встречают по одежке, а провожают по уму.

Для тех, кто страдает тем или иным пищевым расстройством, оно становится средством подкрепить рушащуюся самооценку. И эта мотивация сильнее проявляется при булимии, чем при анорексии. Переедание и вызывание рвоты связаны со *стыдом и презрением к себе.*

ПОТЕРЯ КОНТРОЛЯ

Чувство потери контроля может иметь множество причин и форм. Быть человеком непросто, поскольку каждый из нас вынужден искать свое место среди себе подобных. И в отношениях с другими мы выполняем то активную, то пассивную роль. Мы играем, играют с нами. Ощущение, будто мы теряем контроль, может быть вызвано неумением ориентироваться в отношениях с окружающими. Иногда оно может возникать из-за вполне конкретных переживаний, связанных с невозможностью контролировать собственное тело. Так, например, случается с теми, кто пережил физическое или сексуальное насилие: с теми, чьи границы были грубо нарушены.

Обратимся к выздоровевшим или к тем, кто находится на пути выздоровления от пищевого расстройства. Многие из них вспоминают, что расстройство возникло у них на фоне неуверенности и непонимания, кто они такие и кем должны стать, чувства безысходного одиночества, ощущения, что тебя никто не понимает, а также серьезных сомнений, нехватки слов для выражения своего состояния, смутной тревоги и чувства, что не они управляют собственной жизнью, а управляют ими. Коротко говоря, они переживали период *внутреннего хаоса и сумятицы.*

Решение они находили в том, чтобы взять под контроль прием пищи и собственное тело. Но это решение само со временем превращалось в *проблему*.

Человек, страдающий пищевым расстройством, ведет отчаянную борьбу за тотальный контроль над своими чувствами и достижениями, телом и окружающими обстоятельствами. И эта одержимость контролем сама по себе становится важнее, чем все эти объекты управления.

Пищевые расстройства дают чувство контроля, но контроля ложного — это лишь его подобие и иллюзия.

Одержимость

В начале зимы Суль, 16-летняя девушка, услышала от матери замечание по поводу веса: «Поосторожнее, а то располнеешь!» Раньше она об этом почти не думала, но теперь забеспокоилась. Она начала постоянно смотреть в зеркало, взвешиваться. Нет, теперь ее внешний вид совершенно ее не устраивал. Она стала есть намного меньше и сбросила вес — особенно быстро он снижался в самом начале. Как она была довольна! Одно из лучших достижений в жизни. «Ну наконец-то у меня хоть что-то получилось как следует».

Весной родители сильно занервничали и заговорили с ней о пищевом расстройстве. Она все отрицала. Какое еще расстройство? С ней все в порядке. Как она может чем-то страдать, если у нее вообще-то все хорошо? Ну да, иногда ей бывало не по себе. Во-первых, родители донимали своим нытьем и лезли не в свое дело. Как-то даже пытались отвести к врачу. Еще чего не хватало — идти к какому-то врачу-жирдяю. Это ее дело. Единственное, на что она согласилась, — это начала есть чуть больше, просто чтоб от нее отстали. Но и тут она нашла лазейку — часть еды она отдавала собаке, чтобы та толстела вместо нее.

Летом она отправилась в Англию на языковые курсы — ей хотелось подальше от всей этой нудятины. Но Англия не оправдала ожиданий. Она скучала по маме с папой, погода была ужасная, со сверстниками дружба не заладилась. К тому же ей не нравилась семья, в которой она жила, с этими их вечными пивными попойками. Но хуже всего

была английская еда. Она не ела ничего, ну, почти ничего. «Прошло всего несколько дней, а я уже почувствовала, что совершенно теряю контроль.

Уже не я управляла похудением, а оно стало управлять мной. Теперь я ни о чем другом и думать не могла. Мысли о еде преследовали меня целыми днями и даже ночами. Мне снилось, как я объедаюсь. В школе я ни на чем не могла сосредоточиться. Не могла ни с кем общаться — мысленно я была не здесь. Это как одержимость, настоящий кошмар».

Таким образом, при пищевом расстройстве чувство контроля становится ловушкой. Эта девушка потеряла контроль как раз над тем, что должно было помочь ей его обрести.

ПРОЧИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

НЕВОЗМОЖНОСТЬ ВЕРБАЛИЗОВАТЬ ЧУВСТВА

Человек, страдающий пищевым расстройством, часто «не чувствует самого себя». Он не знает, кто он такой. Несмотря на все свое красноречие, ему часто непросто найти слова для выражения собственных чувств. *На вопрос, что он чувствует, он часто отвечает «не знаю».* Чувства могут ощущаться как неопределенная, неприятная внутренняя тревога — безымянные аффекты. Это еще больше затрудняет ход того «внутреннего монолога», который необходим для проработки психологических конфликтов. Такую внутреннюю неразбериху человек как раз и может заглушать голоданием или перееданием.

В психосоматической медицине и теории иногда употребляется термин *алекситимия*, что означает попросту «нет слов для чувств». Это понятие используется для описания таких состояний, когда основным языком для выражения симптомов становится само

тело. Многие люди, страдающие пищевыми расстройствами, показывают результаты по шкале алекситимии выше нормы.

Неналаженный контакт со своими глубинными чувствами отражается и на контакте с собственным телом. Многие избегают физического контакта, поскольку он вызывает у них слишком интенсивные переживания, которые они не в силах переработать.

Онемение

Анна, женщина, 32 года, была поражена тем, как слабо она ощущает физический контакт при лечении у психомоторного физиотерапевта. Когда до нее дотрагивались, она ощущала покалывание, похожее на чувство онемения, когда «затекает» нога. По собственному признанию, она отрубилась контакт со всем, что находится ниже шеи; ее отношение к телу было, скорее, «теоретическим». Все ее тело сосредоточилось в голове. В ходе лечения она сперва испытала страх, а затем любопытство и восторг от тех ощущений, которые, как оказалось, способны давать ей собственное тело.

КОНКРЕТИЗАЦИЯ

Тело говорит. И в своих высказываниях оно может проявлять исключительную точность.

Пищевые расстройства — это вынесение внутренней психической жизни *вовне*. Это *конкретизация*, которая дает человеку удобный способ восприятия самого себя и жизни. В центре внимания оказывается конкретное, телесное. Переживания счастья и несчастья, успеха и поражения связываются с конкретными ощущениями от тела и от еды.

Путь взросления от детства к юности и взрослой жизни не в последнюю очередь связан с развитием способностей к *абстрактному и символическому мышлению*. Мы мыслим самих себя через образы, метафоры, исторические параллели. Абстрактное, символическое мышление высвобождает место для нюансов. А это, в свою очередь, позволяет нам воспринимать самих себя во времени и пространстве. Напротив, конкретный мир рискует оказаться бедным на нюансы: он абсолютизируется,

суживая время и пространство до здесь-и-сейчас. Такая конкретизация может дойти до — почти невероятного — буквализма.

Вознаграждение. А. не может позволить себе поесть, потому что не сделала за весь день ничего выдающегося. Еда для нее не очевидная потребность, а награда, которую она еще должна заслужить. Если она не ест, это означает только то, что она недостойна вознаграждения, поскольку не чувствует себя хорошим человеком.

Облегчение. Б. говорит, что ощущает тяжесть в голове из-за развода родителей. Ей хочется еще больше похудеть.

Очищение. В. злоупотребила слабительным после того, как съездила на выходные в гости к родителям. «Я переполнена ими, я должна избавиться от этого. Мне нужно очиститься».

Место в жизни. Г. часто слышала, что она так много из себя строит, что она доминирует и занимает слишком много места. И она начала в это верить. Она стала себя уменьшать, чтобы ее внешний размер соответствовал этому навязанному извне внутреннему самоощущению.

Чувство уверенности. Д. ощущает жизнь как нечто аморфное, текучее. Она никому не верит: ни родителям, ни друзьям, ни врачам. Единственное, на что она может полагаться, — это ее собственное исхудавшее, костлявое тело. «Мой скелет, который я могу потрогать сквозь кожу, — это то, что я знаю наверняка. Когда я набираю вес и скелет больше не просматривается, мне становится страшно».

Визуализация боли. Е. в панике и отчаянии. Ей больно, но она никак не может определить источник этой боли. Ей не хватает объяснения. «Лучше бы мне нанесли физическую травму, это я хотя бы могла запомнить. Или я бы заболела раком. Лежала бы в хосписе с белыми простынями. Это было бы хоть что-то. А сейчас единственное, что я могу в себе отследить, — это то, что я сама не знаю, что именно отслеживать». Е. занимается самоповреждением. Она режет себя бритвенными лезвиями, чтобы боль проявилась наглядно.

В ПОИСКАХ ОДОБРЕНИЯ ИЗВНЕ

Поскольку человек с пищевым расстройством зачастую не ощущает самого себя, у него нередко развивается сильная зависимость от чужого мнения. Другие становятся оракулами его судьбы. Он ищет свое отражение в их благосклонных взглядах и комментариях. «Я могу быть кем-то, только если меня одобряют».

Часто в поисках признания он стремится к достижениям — в школе, спорте, среди друзей, в кругу семьи. Поэтому именно людей, страдающих пищевыми расстройствами, часто выделяют как «самых способных». Это одна из сторон их «конкретизированного» способа справляться с жизнью: они стремятся проявлять себя там, где результаты будут видны и ощутимы. Самым конкретным доказательством того, что они справились, будет сравнение с другими: у меня получилось лучше. И многие из них раз за разом слышат, что это и есть главное в жизни.

Часто человек, страдающий пищевым расстройством, вырабатывает тонкую интуицию и наблюдательность, которая позволяет ему считывать сигналы от других. Это может проявляться как сверхчувствительность по отношению к окружающим. Разумеется, эта черта может быть весьма полезна, особенно если ты работаешь, к примеру, в сфере здравоохранения или ухода. В семейной жизни человек с пищевым расстройством часто оказывается тем, кто острее всех способен воспринять трудности близких. Но такая чувствительность несет с собой и проблемы: то, что он видит, вполне реально, но он частенько придает этому преувеличенные масштабы. К тому же он склонен видеть в ситуации максимум негатива, почти вовсе не замечая позитива. Человек, ориентирующийся на мнение извне, может пойти очень далеко по пути самоигнорирования, стремясь угодить другим.

Тревога — внутренний хаос

Исследования личности людей со склонностью к анорексии показывают, что для них характерны такие черты, как обязательность, основательность и покорность. В группе людей с симптомами булимии чаще встречаются личности, с трудом контролируемые свои импульсы. Часто это выражается в нестабильном настроении, резких перепадах — от эйфории до подавленности, от восхищения до отчаяния, эпизодах тревоги, чувстве, что все разваливается, а также высоком уровне внутреннего напряжения и беспокойства.

Функция таких ярких симптомов, как переедание, вызывание рвоты и физическая гиперактивность, заключается в том, чтобы регулировать напряжение и снижать тревожность. Единственный способ успокоиться — вымотать себя до предела.

При серьезных расстройствах личности булимические симптомы часто становятся частью общей картины. В таких случаях черты, характерные для булимии, можно рассматривать в совокупности с прочими симптомами: злоупотреблением алкоголем и веществами, самоповреждением, суицидальными тенденциями, промискуитетом и т. п. Другое название для этого синдрома — мульти-импульсная булимия.

ПЕРФЕКЦИОНИЗМ

Человек хочет стать лучше, жаждет полноценности. И один из путей к достижению этих целей — перфекционизм. Но редко кому удается достичь искомого идеала.

ИЛИ — ИЛИ

В попытках обрести контроль человек начинает все видеть в *черно-белом цвете* — *или — или, все или ничего*. Такое черно-белое мышление может выражаться в боязни съесть хотя бы немного, поскольку возникает страх потерять контроль полностью и в конечном итоге растолстеть до центнера. То же и с чувствами. Человек боится проявить гнев хотя бы немного, боясь, что просто взорвется.

Анорексик часто мыслит в таком духе: «все-или-ничего», при этом тяготея лишь к одной из сторон этой диады: *ничего*.

Для булимика тоже часто характерно такое мышление, но он реализует оба элемента: *и все, и ничего*.

А страдающий перееданием выбирает *все*.

СМЕШАННЫЕ ЧУВСТВА

Смешанные, запутанные чувства и обостренная амбивалентность — таковы основные проявления пищевого расстройства, и их нельзя игнорировать при лечении.

Расстройства пищевого поведения весьма противоречивы. Вот список возможных двойных посланий, которые они могут в себе нести:

- стать никем, чтобы стать кем-то;
- стать невидимкой, чтобы обратить на себя внимание;
- жертвовать собой ради других, чтобы спасти самого себя;
- испытывать острый интерес к еде, но при этом ничего не есть;
- жадно поглощать пищу, чтобы затем ее выташнивать;
- быть самым способным, но при этом и самым больным;
- обращаться за лечением, но сомневаться в его необходимости;

- много есть, но никогда не насыщаться;
- цепляться за родителей, а затем резко их отталкивать;
- играть роль и маленького ребенка, и отца или матери для своих родителей;
- быть тем ребенком, который «вывозит» всю семью ценой самого себя;
- быть пайнкой, который в итоге протестует громче всех;
- искать боли, чтобы ее заглушать.

Все одновременно и крутится вокруг еды, и не имеет к ней никакого отношения. Да, еда здесь находится на виду, однако лишь как отражение чего-то другого.

Возможно, это не такая уж и трудная задачка. Возможно, мы можем облегчить себе ее решение, посмотрев на поведение и коммуникацию не как на внешнюю неразбериху, а как на *четкую артикуляцию неразберихи внутренней*.

Язык тела позволяет выразить невыразимое. Своим поведением человек говорит о внутреннем замешательстве, кричит о том, что он пытается вместить в себя взаимоисключающие, невозможные требования.

Лена, 19 лет, ощущает себя одновременно и сильной, и слабой.

Перед ее силой другие пасуют. Она обольщает, просит или кричит — и они покоряются. Так она поняла, что другие для нее слишком слабы. На кого ей полагаться? В то же время сама она слишком слаба, чтобы признать свою слабость, попросить о помощи и пренебречь своей гордостью. Она уже и сама запуталась: то ли она слишком велика, то ли слишком мала.

Том, 16 лет, на первом приеме сказал, что в нем как будто два человека. Один хочет есть, а другой нет. Тот, что хочет есть, правит бал в часы между приемами пищи. А тот, что не хочет, побеждает, когда приходит время еды. Так что поесть особо не удастся. Ему это не нравится, он напуган.

МОЙ ДРУГ И ВРАГ

В процессе лечения мы имеем дело с пациентом, у которого нет устойчивой мотивации к выздоровлению. Стать лучше — значит от чего-то избавиться. Но некоторые боятся при этом выплеснуть с водой заодно и ребенка, потеряв что-то важное.

За счет чего симптом может одержать верх и как его можно победить? Пациенту хорошо дать задание написать письмо своему пищевому расстройству — сначала как «другу», а затем как «врагу». Некоторым — особенно молодым людям — такое задание может показаться странным и трудным. Для прочих же оно, напротив, может стать идеальным ответом на их внутренний запрос.

Письма, написанные в рамках такого задания, со всей ясностью демонстрируют, что, несмотря на всю кажущуюся внешнюю схожесть симптомов, их субъективные психологические функции и смыслы могут быть весьма разнообразны.

Ниже приведено несколько примеров, взятых из работы с группой пациентов, которые как раз получили такое задание: написать письмо своему пищевому расстройству как другу и как врагу. Здесь представлена как анорексия, так и булимия, и переедание. Возраст всех пациентов — старше 20 лет.

«ДРУГ»

Расставить границы

В своей совокупности эти письма дают картину того, как тело используется пациентами для *защиты своих границ*. Авторы писем затрагивают тему «границ», не давая никакого четкого определения этого понятия. Пищевое расстройство описывается как стратегия по выставлению границ там, где они ослаблены или размыты. Это в каком-то смысле заключение себя самого в определенные рамки. Жизнь — хаос. А хаос требует систематизации, иначе он становится попросту невыносим. В нашей жизни есть целый ряд способов отгородиться от других

и множество телесных практик, которые могут выполнять функцию защиты границ. Пищевое расстройство может рассматриваться как *способ отступить на шаг назад от множества взаимопротиворечащих требований* — и тем самым создать для себя площадку для обзора происходящего.

«Отказник» создает границы с помощью голодания.

«Чистильщик» избавляется от того, чем он(–а) переполнен(–а).

«Обжора» наедает себе защитную броню, чтобы отгородиться от других. Часто такое поведение возникает в результате насилия.

Одержимость едой создает изоляцию — и в плохом, и в хорошем смысле. Человек держит других на расстоянии вытянутой руки, таким образом создавая вокруг себя четко очерченное пространство, отделенное от внешнего мира.

Эмили описывает, как «сама себя заключает в рамки» с помощью конкретных шагов по изменению тела.

Эмили:

Ты... скрываешь мою мягкость, открытость и ранимость, очерчивая мои сглаженные углы острыми, резкими линиями; это уже не размытое, блуждающее «Я»; больше нет никаких сомнений, кто я есть, где мое начало и конец; моя аморфность обретает четкую форму.

Суль часто чувствует, что родители нарушают ее границы. Вторжение происходит с самых разных сторон. К примеру, отец постоянно отпускает комментарии по поводу ее внешности — насколько она красива или некрасива — и веса, а мать пытается навязаться ей в лучшие подружки. По мнению Суль, матери не хватает дружеской близости, жилетки, в которую можно было бы выплакаться и получить утешение. Но Суль не знает, как ограничить подобные поползновения от матери, ведь ей ее так жалко. Если она ее отвергнет, этим она ее обидит: чем дальше, тем больше ее мучают угрызения совести из-за того, что она плохая, никудышная дочь.

Суль:

...что касается ГРАНИЦ, тут мы с тобой были на высоте — в этом безграничном мире мы по крайней мере смогли четко обозначить свои границы. В мире, где желудок должен быть пуст, где после приступов рвоты надо принять еще и слабительное, мы с тобой были крепко уверены, что эта граница АБСОЛЮТНО НАДЕЖНА и у других не остается иного выбора, кроме как уважать те границы, которые мы установили.

ОГРАНИЧИТЬ БЕЗГРАНИЧНОЕ

Там, где границы отсутствуют, их необходимо устанавливать со всей серьезностью. Границы — это способ создания идентичности. Идентичность базируется на способности отграничить себя от других. Границы предполагают наличие определенных материальных обозначений — в данном случае в качестве символического языка используется само тело.

Стать кем-то

Нина находится в совершенно маргинальной позиции: из-за крайней слабости она в самых простых вещах зависит от помощи своего пожилого отца и тетки. Несмотря на это, она говорит о своем положении не без гордости.

Нина:

Ты придаешь мне уникальность! Меня невозможно ни с кем спутать, ведь я так четко обозначила свой силуэт, отграничив его от всего остального мира! Ты даешь мне недвусмысленную идентичность. Ни у кого больше нет точно такой же анорексии, как у меня!

Я явственно отличаюсь от других. Моя худоба делает меня не такой, как все. Мысль о том, чтобы быть обычной, приводит меня в ужас, ведь это означает быть никем.

Упрощение

Субъективное переживание утраты контроля, ощущение отсутствия границ, бессилие перед множеством взаимоисключающих требований — на все это человек пытается реагировать упрощением и редукцией, сводя все к единому знаменателю через телесно-пищевую стратегию. Посвящая себя

четко ограниченному проекту, касающемуся тела и еды, человек испытывает иллюзию целостности, ощущение завершенности.

Суль:

Я помню, что, когда ты пришла, мир был таким сложным, все было всего лишь «возможно»; мать с отцом, возможно, собирались развестись; мы собирались, возможно, переехать за город; мне, возможно, собирались подарить собаку — а я была одновременно вроде и вовлечена во все это, и слишком мала, чтобы что-либо понять. Кругом одна ДВОЙСТВЕННОСТЬ. В то же время все постепенно скатывалось в хаос; все шло не так; и все было «не так, как я думаю», — так мне говорили. Мир казался мне сложным, а они возражали, что это не так. У матери с отцом все было не так уж плохо: разве я не видела все эти коробочки конфет и букетики цветов, которые он ей дарил? А потом явилась ТЫ, ты была совершенно невидимой, такой же невидимой, как я, когда все шло не так. Вместе мы справлялись почти со всем. Ты сразу стала защищать меня, знала меня вдоль и поперек. Это было так прекрасно. ...перестав ЕСТЬ, я как будто сбежала от домашних проблем, от своего статуса «благополучной» директорской дочки, которой завидуют в школе, и это было невероятно... Наконец мне удалось найти способ УПОРЯДОЧИТЬ мир, который до этого находился в полном хаосе.

В качестве ключевой проблемы многие люди, страдающие пищевыми расстройствами, указывают *отсутствие общей картины* — кто я такой и каково мое место в отношениях с другими людьми.

Предсказуемость

В тесной связи с *потребностью в упрощении и в обзоре общей картины* находится потребность в *предсказуемости*.

Нина живет одна. Каждый день она соблюдает один и тот же рацион, тщательно рассчитывая вес и калорийность пищи. Она ходит на работу, но вынуждена отказываться от предложений, которые предполагают нарушение ее жесткого распорядка. Поэтому после работы она остается одна. Никаких походов в кино или театр, почти полное отсутствие социальных контактов.

Нарушение диеты — будь то в количестве или типе пищи — представляет для нее серьезную опасность. Ее жизнь сводится к максимальной конкретике, мельчайшим деталям. Наличие строгих ритуалов может создавать иллюзию контроля, лежащую в предсказуемости.

Нина:

В анорексическом состоянии я придерживаюсь установленного рациона, сохраняя вес на крайне низком уровне, и это создает то чувство безопасности и стабильности, которого мне всегда не хватало в жизни.

В своих текстах Нина выводит на первый план то, что очень часто встречается при анорексии: *ярко выраженный страх перед переменами как таковыми*. Она неоднократно признавалась, что понимает, что ее вес находится на критически низком уровне, опасном для жизни, и что она не исключает для себя мысль вернуться к нормальному весу. Однако в таком случае ей бы хотелось просто проснуться в один прекрасный день и обнаружить, что вес снова в норме. То, что пугает ее больше, чем вес, — это сам переход в состояние трансформации. Это означало бы отпустить вожжи, уйти от тех пищевых и телесных ритуалов, которые дают ей определенное чувство контроля, и броситься очертя голову в опасную непредсказуемость. Мысли о переменах провоцируют у нее фантазии о полной потере контроля — как над пищей и весом, так и над своими чувствами. За то время, пока Нина страдает расстройством пищевого поведения, она прошла через приблизительно двухлетний период булимии и лишнего веса. Это время для нее было очень болезненным, и она смертельно боится пережить это снова.

Нина:

Хватит с меня перемен. Я хочу, чтобы все оставалось, как есть, чтобы моя жизнь была как можно более предсказуемой.

Очищение

Суль хочет, по ее собственным словам, быть *безупречной*. Ей необходимо ощущение чистоты. Колеблясь между анорексией и булимией, она очищает себя тремя способами. В определенные

периоды она отказывается от еды. В другие — вызывает у себя рвоту и принимает слабительное. И вдобавок к воздержанию от еды и питья она также избегает общения, часто изолируясь в своей квартире.

Суль:

Я стала такой ЧИСТОЙ — не запятнанной ни едой, ни болтовней с другими людьми, ни грязью на теле.

К рвоте она прибегает, как правило, в ситуациях повышенной социальной активности, когда пытается установить дружеские связи и ищет сексуального контакта с мужчинами. Рвота — это для нее одновременно и ритуальное очищение, и выражение физически неприятного переживания переполненности. В определенных ситуациях она вызывает у себя рвоту перед тем, как пойти на важную встречу, например на собеседование.

Забвение

В состав стратегии по выстраиванию границ входят и попытки избавления от мыслей и чувств — попытки забыть. *Беата* страдает перееданием. У *Пауля* булимия.

Беата:

Вместо того чтобы испытывать страдания из-за первой любви, я встретила тебя, Переедание, и ты помогло мне о них забыть.

...Каждый раз, когда мне было одиноко, когда я чувствовала себя потерянной или боялась что-то утратить, ты захватывало меня, вытесняя все, что я должна была бы переработать, чтобы стать целостным человеком.

Пауль:

Ты помогаешь мне блокировать негативные мысли, чувства и переживания. У меня нет времени думать ни о чем другом, кроме как о том, сколько я ем и как часто тренируюсь — на тебя уходит вся моя энергия и внимание.

Анестезия

Очень схожую функцию имеет заглушение переживаний психической боли и беспорядочных чувств — ослабить страх и выпустить напряжение. При пищевом расстройстве человек

испытывает (не)приятное онемение, приглушая и пряча собственные чувства.

Лина:

Когда мысли и чувства устраивают кавардак у меня в голове, а тело наполняется тревогой, тогда появляешься ты. Часто тебе приходится переходить на крик, чтобы перекричать шум в моей голове, но ты готова идти на это, чтобы помочь мне. Ты ведешь меня на кухню, спокойным голосом разъясняя, что собираешься со мной делать. Я и так все знаю, но мне приятно это слышать.

Постоянно присутствует легкий страх, что в этот раз не сработает, но ты меня успокаиваешь. К счастью, холодильник почти забит, об этом ты сегодня позаботилась заранее. С утра, за завтраком, ты напомнила мне о том, что нужно закупиться, чтобы хватило на весь день. Что бы я без тебя делала? Я беру первое, что попадает на глаза, и запихиваю в рот. Ты была права, это сработает и сейчас. Скоро я окажусь в царстве Пустоты. Мои руки пихают еду в рот, ты со мной, а остальное — Пустота. Нет ни вкусов, ни запахов, ни звуков. Никаких мыслей, никаких чувств. И никакой тревоги.

Опьянение

При голодании у многих возникает особое тонкое ощущение, когда чувства одновременно и притуплены, и эйфорически обострены. *Нина* описывает два свойства такой эйфории: с одной стороны, это чувство триумфа из-за того, что обходишься без еды; с другой — физиологически обусловленное головокружение. Она признается, что ранее испытывала голодные галлюцинации. Однажды она гуляла по улице Карла Юхана, главном променаде Осло, и почувствовала, будто парит над улицей, не касаясь ногами земли. Она ощутила невыразимую легкость.

Нина:

Ты меня опьяняешь. Чтобы не чувствовать мучительного страха, мне приходится постоянно опьяняться тобой. Но я признаю, что это стратегия страуса. Нельзя убегать от реальности.

Ты как ядовитый наркотик, который на время дает приятное, но опасное опьянение. На заднем плане всегда маячит адское пламя.

Подобные функции пищевых расстройств крайне сходны с тем, что мы обнаруживаем у многих алкоголиков и наркоманов. Есть много техник опьянения: химические вещества, звуки, танцы, эротические или иные формы коллективных ритуалов. Функция опьянения — в поиске *экстатического сознания*. Для некоторых экстаз означает вдохновение, восхищение и восторг, в то время как для других это скорее *тайм-аут* и уход от каждодневных проблем.

Некоторые, кроме того, извлекают из опьянения некий *духовный* опыт — выход за пределы повседневности.

В лексиконе многих организаций самопомощи при пищевых расстройствах различные формы симптоматического поведения включены в раздел «Пищевая зависимость», что еще раз подчеркивает сходство такого поведения с алкоголизмом и наркоманией.

Внимание

Унн страдает анорексией.

Унн:

Своей худобой я демонстрирую две вещи: я показываю им, что на - что-то способна, и привлекаю внимание. Кроме того, я показываю им, что больна. А мне это необходимо. Тогда они обращаются со мной более бережно.

Алиби

Пауль:

У меня много чего не получается. Видимо, из-за этого у меня и развилась булимия. При этом булимия дает оправдание моим неудачам. Вот такой замысловатый круговорот.

«ВРАГ»

При учете всего сказанного у многих актуализируется образ «друга-предателя». Чем дальше, тем серьезнее могут становиться психологические, социальные и физические последствия.

Луна:

Ну вот ты и получила, чего хотела: мы снова одни. Только я и ты — и пакет еды из супермаркета. У меня нет врагов, зато есть друг, который причиняет мне боль. А это куда хуже.

Бессилие и зависимость

В письмах хорошо описывается чувство потери контроля.

Эмили:

Ты обещала быть мне другом, наставником и учителем. Помогать мне в тех трудностях, которые мне предстояло пройти. Но ты обманула меня самым ужасным, непростительным образом. Цена за наши отношения оказалась слишком высока, и теперь я на игле, я зависима от твоей ужасающей силы, от твоих искушений. Ты втянула меня в свой злоеущий мир, в город пустых, неприветливых, неодолимо высоких зданий, где наши голоса отдаются эхом, когда мы вместе идем вдоль неуютных тротуаров. В твоём городе так просто заблудиться и потерять ориентиры — где горизонт, где верх, где низ?

Ухудшение здоровья

Нина:

Ведь ты отбираешь у меня жизнь, любовь, яркие цвета, сам вкус жизни. Ты разрушаешь мое здоровье, делая из меня мумию. Иссохшее растение на грани смерти — вот кем я стала. Где-то там, внизу, в области матки, я ощущаю две сморщенные изюминки — когда-то это были мои яичники.

Самоистощение

То, что вначале может казаться самоотчуждением, постепенно, следуя почти неумолимой закономерности, заслоняется саморазрушением и самоистощением.

Пауль:

Мое непреклонное стремление к тому, чтобы изменить свое тело, захватило все мое внимание и энергию. Печально то, что ты не являешься для меня подходящим, здоровым «спасательным кругом». Ты уводишь меня от изначальных проблем, так что я теперь уже не знаю, что с ними делать. Ты как прогнившая доска, которая

медленно, но верно проваливается и тянет меня ко дну вместе с собой. Я так устал.

Социальная изоляция

Многие пишут о том, что с пищевым расстройством у них создаются суррогатные отношения, которые замещают отношения с людьми. Пауль — один из многих, для кого реальные отношения оказались слишком тяжелы.

Пауль:

Ты устранила всех и вся. Сначала я потерял свой круг общения, потом способность ставить цели, затем близость с родственниками и окружающими людьми — и наконец, самого себя...

Когда ты уходишь, я стою голый, продрогший, совершенно одинокий и незащищенный перед окружающим миром. У меня нет контроля, у меня нет кожи, каждый день для меня как открытая рана, где все мне чуждо и незнакомо.

Негативная реакция окружения

Симптомы пищевого расстройства не только проявляются в отношении человека к окружающим, но и влияют на их отношение к нему. Заболевание может усиливать ощущение «невидимости», поскольку на виду находятся конкретные поведенческие признаки расстройства, а не сама личность, стоящая за ними.

Нина:

Моя мать умерла рано. Новая жена отца меня невлюбила. Отец с мачехой никогда не признавали, что они не в состоянии исполнить самые элементарные, базовые обязанности по отношению ко мне. Они убеждены, что так называемые проблемы в нашей семье вызваны исключительно моим пищевым расстройством. Я сама стала «проблемой». Расстройство на самом деле было моей реакцией на недостаток любви от них. Вот с этой проблемой им и стоило разобраться. Но моя болезнь позволила им уйти от необходимости взглянуть в глаза этой беспощадной реальности.

Пищевое расстройство — это *овеществление* эмоций и отношений. Становясь социальной и семейной реальностью, «это» привлекает к себе внимание, оставляя в тени стоящие за ним механизмы и целого человека как такового.

«Сначала у меня возникло чувство одиночества. А затем мне действительно стало одиноко!»

СТЫД

Стыд — важный аффект при расстройствах пищевого поведения. Причем он является одновременно и причиной, и следствием.

Постыдное расстройство

- стыд быть самим собой;
- стыд из-за неудач — недостигнутых целей;
- стыд из-за невозможности есть — что, по мнению многих, является самой простой и естественной вещью на свете;
- стыд из-за переедания — обжорства;
- стыд из-за рвоты;
- стыд, возникший в результате насилия.

СТЫД, СТОЯЩИЙ ЗА ПИЩЕВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Глубокий стыд — это боль, вызванная мнением человека о самом себе, что он не заслуживает любви. Стыд — опасный аффект, поскольку его часто скрывают. *Природа стыда такова, что постыдным является уже то, что ты испытываешь стыд.* Стыдным может быть секс, стыдным может быть поражение, но еще стыднее — говорить о своем стыде. Человек, переживающий тревогу или скорбь, получает от своего окружения сочувствие и заботу. А человек стыдящийся может ожидать только презрения, что делает стыд еще более тяжелой ношей.

У этого аффекта есть различные степени и формы. В психиатрии мы встречаем такое понятие, как *глубокий ранний стыд*, связанный с презрением и ненавистью к самому себе. Человек считает, что он ничего не заслуживает. Упреки в адрес самого себя могут доходить до самовысмеивания. Стыдиться можно *чего-то* — точно так же, как вину можно чувствовать за *что-то*, а при глубоком стыде человек стыдится всего своего существа. Страх, вызывающий подобный стыд, — это страх перед тем, что тебя разоблачат и узнают, каков ты на самом деле. Импульс, вызываемый стыдом, — уйти, исчезнуть. За самоубийством стоит много глубинного стыда.

Стыд может быть основным чувством, вызывающим пищевое расстройство, вполне конкретными проявлениями которого становятся самоуничтожение и телесное самоповреждение.

МАСКИ СТЫДА

Стыд маскируется под другие типы поведения, «пристегиваясь» к ним. Он может переходить в ярость из-за поражения, страх очередной неудачи и зависть к другим, кому, похоже, все удастся.

Ниже приведены некоторые из масок, под которыми может выступить стыд. Их объединяет то, что они, как правило, приводят к одному и тому же результату, образуя «замкнутый круг стыда» и подтверждая отсутствие взаимности.

Грандиозность

Человек демонстрирует свою независимость и неуязвимость. Ему никто не нужен. Это представление о том, что тебе никто не нужен, — одно из самых грандиозных представлений, какие только могут существовать. Прожить без пищи могут разве что боги и духи. Уход в голодание дает ложное ощущение победы над своими инстинктами. Однако в долгосрочной перспективе это невозможно, и в конечном итоге человек остается один на один со своим стыдом из-за неудачи в реализации этой фантазии.

Презрение

Презрение к другим может быть одним из способов укрепить свое самоощущение. Однако самоощущение, основанное на таком фундаменте, долго не устоит.

Прокрастинация

Откладывание, промедление, ничегонеделание. Человек боится приступить к действию, да и не видит в этом никакого смысла.

С Паулем было очень сложно назначить встречу. Он постоянно нарушал договоренности. На самом деле он хотел прийти. Но в итоге просто не решался. Не хватало сил. И тогда он стыдился еще больше. Свой способ общения с людьми он нашел в интернете. Там он мог защититься от разоблачения. Там он мог быть, кем хочет, избегая разоблачающих взглядов других людей.

Отсутствие стыда

Когда стыд совершенно отсутствует, это часто может означать как раз-таки присутствие сильного, но отрицаемого стыда. Бесстыжее поведение — это стратегия, призванная защитить от стыда. Человек активно ищет способы обороны от *неопределенного стыда* в *стыде конкретном*: в злоупотреблении веществами, в применении власти, в унижительных формах сексуальности. Или в нанесении шрамов. Так стыд, таящийся внутри, выводится наружу.

Приспособленчество

Часто такой способ защиты и спасения самого себя при пищевых расстройствах мы видим у тех, кто отчаянно стремился к *благополучию и стабильности в качестве компенсации*. Но сколько бы поощрений, успехов и любви ни получал впоследствии человек, страдающий такого рода стыдом, где-то внутри у него постоянно зудит убеждение в том, что на самом-то деле его невозможно любить. Ведь он показывал лишь свое *ложное «Я»*, а одобрение в адрес ложного «Я» не дает подпитки «Я» *истинному*.

РАЗНИЦА МЕЖДУ

АНОРЕКСИЕЙ, БУЛИМИЕЙ И ПЕРЕЕДАНИЕМ

Являются ли различные типы расстройств пищевого поведения отдельными психиатрическими феноменами или вариантами одной и той же психологической проблемы?

В пользу второго можно найти множество аргументов; немаловажную роль играет тот факт, что многие пациенты переходят из одной диагностической группы в другую.

Однако в любом случае имеют место серьезные различия, которые врачам следует учитывать при нахождении подхода к лечению.

АНОРЕКСИЯ

Анорексик замыкается в себе. Его стратегия — *изоляция и инкапсуляция*. Он как будто делает из своего тела клетку или переносную монашескую келью, куда можно удалиться, чтобы наслаждаться своей аскезой и отрицанием собственных потребностей. И входа туда нет больше никому, разве что избранным.

«Нет» еде — это зачастую «нет», адресованное родителям, друзьям и врачам.

Поведение такого человека часто предсказуемо.

Анорексик пытается заморить свои потребности голодом.

Воздержание может быть проще, чем умеренность. На языке психоанализа — в рамках психодинамического подхода — можно сказать, что психологическая защита анорексика ригидна.

БУЛИМИЯ

Летняя идиллия

*Стоит теплый летний денек,
сверкающая вода так и зовет
искупаться. Девушка
с анорексией пробует пальцем
воду, но не решается войти. Она
стоит одна у воды, мучимая
сомнениями. А девушка
с булимией, не задумываясь,
бросается в воду, но постоянно
то вбегает, то выбегает. Она
никак не может обрести покой
и удовлетворение. Ее
мечта — совершить настоящий
заплыв, чтобы потом заслуженно
отдохнуть вместе с остальными.
Но до этого не доходит.*

Этот образ вдохновлен
работами психолога
Шарлотте Бюль

Многие люди, страдающие булимией, воспринимают самих себя как неудавшихся анорексиков.

Часто те, кто ранее имел анорексическое расстройство в течение короткого или длительного периода, романтизируют его и тоскуют по тем временам. «Тогда я был сильнее. А теперь я слаб».

Булимик не меньше анорексика стремится к некому абсолюту, но «срывается». Он пытается, но у него никак не выходит: «Завтра у меня все получится». Срывы становятся горьким подтверждением его низкой самооценки. *А в нашей культуре такое поведение имеет низкий морально-психологический статус.*

У булимика мы часто встречаем эмоциональную нестабильность, которая проявляется в его колебаниях между недоеданием

и последующими срывами. Рывдания и смех сменяют друг друга, а внезапные изменения настроения выматывают. Он переживает из-за собственной нестабильности и оттого, что импульсы и желания внезапно берут над ним верх. Он может ощущать, что он как будто эмоционально «протекает, как решето». Импульсы мгновенно находят реализацию: *Он ест или прибегает к другим действиям, чтобы избавиться от беспокойства и неприятных чувств.* Он может одновременно и фанатично верить в лечение и врача — и не иметь ни малейшей веры. У булимиков также чаще, чем у анорексиков, встечаются проблемы с алкоголем.

Булимик и поддается, и противостоит своим потребностям — в переедании и очищении.

С психодинамической точки зрения это можно сформулировать так: защита булимика столь же ригидна, как анорексика. Однако в ней много дыр, и сквозь них «задувает», причем иногда очень сильно.

В расстройствах пищевого поведения отражаются проблемы в сфере близких, доверительных отношений.

Как анорексик, так и булимик в большей или меньшей степени боятся «вторжения» и «поглощения». Анорексика часто пытаются избавиться от этого страха, проявляя избегающее или закрытое поведение. Поверхностный социальный контакт может удаваться им замечательно, но только при условии, что длится он недолго и не переходит на слишком личный уровень. Они могут страдать от этого одиночества, которое сами же создают, однако в не меньшей степени они страдают и от страха не справиться с близостью. *Потребность в близости заглушается конкретными поведенческими стратегиями, такими как пост, физическая нагрузка или перфекционизм в работе.*

Телесный контакт, в том числе прикосновения физиотерапевта или другого врача, может быть им неприятен. Сексуальных контактов у них, как правило, немного.

Потребности и ощущение собственной беспомощности могут переноситься — проецироваться — на других. Они пытаются

избавиться от собственной низкой самооценки, презирая других. Если уж надо жить, то не такой банальной жизнью, как у родителей. Врача они ни во что не ставят.

Булимики более активны и деятельны как в своем довольно интенсивном поиске близости, так и в отвержении слишком тесного контакта. Если анорексик в межчеловеческих отношениях прохладен, то булимики способны на недолгие проявления теплоты. У булимиков, как правило, более широкий опыт половой жизни, чем у анорексиков. Булимики четко осознают свои потребности в отношениях и могут считать их разрушительными. Их иногда так сильно захватывают эмоции, что они считают себя небезопасными для других людей — в том числе для врача. *Дилемма между тоской по близости и желанием защитить других от проявлений своей тоски — часть их болезненной амбивалентности.*

В то время как анорексик склонен к проекциям, булимики, скорее, выбирают интроекцию: их внешние действия недостаточны для того, чтобы избавиться от болезненных чувств, и они направляют их на самих себя, что проявляется в депрессии, стыде, самобичевании, а иногда и самоповреждении.

Булимикам сложнее контролировать свои взрывные импульсы, что приводит к тому, что одной из опасностей в их случае периодически может быть *самоубийство*.

ПЕРЕЕДАНИЕ — Binge Eating Disorder (BED)

Ниже приведен пример одного из многих пациентов, кто пошел печальным путем — в отсутствие лечения или при неудавшемся лечении.

В 16 лет она стала анорексичкой. Это была настоящая трагедия. Семья была в отчаянии, все были вымотаны. В больницу она не попала, но ситуация была критической.

К 18 годам ее вес постепенно нормализовался. Многие вздохнули с облегчением. «Наконец-то она выздоровела». А сама она была в отчаянии. В отчаянии от того, что на самом деле ей стало только хуже. Она была все так же одержима мыслями о еде, весе

и внешности, и они продолжали ею управлять. Но при этом потеряла одну способность: она сдалась и потеряла способность контролировать собственный вес. Сдалась. Она чувствовала себя слабой и жалкой. Ее все так же мучило пищевое расстройство, но внешне это уже было незаметно. «Видимо, она выздоровела», — говорили тетушки. Еще больше ее приводило в отчаяние, что она не осмеливалась им обо всем рассказать. Ее мучило сильное чувство вины за все те страдания, которые она причинила родителям. Теперь они улыбались, и ей не хватало духу снова их разочаровать. Ее приводило в отчаяние то, что она делала на самом деле: объедалась и выташнивала еду и пила слабительные.

Когда ей исполнилось **30 лет**, она уже больше так не могла. Она выташнивала еду на протяжении 12 лет, в основном втайне от всех. Но теперь у нее уже не хватало на это сил. Все чаще она стала засыпать после еды, не успевая вытошнить съеденное. Постепенно она освоилась в этом новом состоянии. Она завязала. Но прекратить переедать ей никак не удавалось. Это была зависимость. Голод был невыносимый, она набирала вес. Она чувствовала себя ужасно, но черт побери! Зависимость взяла над ней верх.

Переедание называют также булимией без очищения. Однако не менее точным названием было бы *bulimia nervosa* без компонента *nervosa*. Это подразумевает, что одержимость своим телом, весом и внешностью присутствуют не в равной степени, если смотреть на это обобщающим научным взглядом. Основным критерий для определения переедания как расстройства пищевого поведения — это чувство *потери контроля*. Человек больше не может контролировать свой голод и количество потребляемой еды.

Количество еды определяется нашими эмоциональными потребностями. С помощью еды и, в частности, жира человек выстраивает вокруг себя защитную стену. Сложные чувства, фрустрации, отчаяние, недостаток близости и любви, сексуальные чувства, гнев и печаль — все это проглатывается вместе с едой.

Поскольку человек часто не справляется с тем, чтобы обеспечить собственные потребности, расставить границы как в отношениях с другими людьми, так и во взятых на себя обязательствах, еда становится одной из тех немногих сфер, где он может как-то себя порадовать.

Переедая, человек идет на поводу у своих потребностей: он ест бесконтрольно. Чувства заменяются едой — и, таким образом, потребности не закрываются.

ОБРАЗЫ ТЕЛА

Хорошо знакомая всем картинка: истощенная девушка стоит перед зеркалом и видит там себя толстой. При анорексии искаженное восприятие образа тела встречается особенно часто.

При анорексии искажение восприятия собственного тела является частью диагноза, но оно встречается и при других расстройствах пищевого поведения. Что представляет собой образ тела? И что такое искаженный образ тела? Это психическое расстройство или всего лишь незначительная ошибка восприятия? Применимо ли это понятие в принципе?

ДА — поскольку оно описывает часто наблюдающийся клинический феномен.

НЕТ — поскольку мы не вполне понимаем, что имеем в виду, применяя этот термин. И поскольку это явление часто отсутствует даже при анорексии. Есть много примеров, когда анорексик имеет реалистичное восприятие своего тела: «Я слишком худой (-ая)». Кроме того, это не специфический признак только расстройств пищевого поведения. Искаженное восприятие своего тела встречается, например, у мужчин, занимающихся бодибилдингом, хотя в этом случае бодибилдеру кажется, что его тело меньше, чем на самом деле.

То, что человек при недоедании и пищевом расстройстве считает себя слишком толстым, необходимо рассматривать в связи

с художбой как эстетическим идеалом. Культурный идеал влияет на интерпретацию действительности у тех, кто испытывает неуверенность в себе и имеет нестабильное ощущение собственного тела. А что же с теми случаями, когда искаженное восприятие тела возникает в большей степени не из-за давления культуры?

Один из признаков того, что расстройство образа тела связано не столько с ложными представлениями и когнитивными искажениями, сколько с аффектами, — это различия между ответами пациентов, насколько большим они *ощущают* себя и что они *думают* о своих габаритах. На уровне чувств они ощущают себя больше, чем когда мы апеллируем к разуму — к тому, что они думают.

При диагностике пищевых расстройств вместо термина «искаженный образ тела» (предыдущая версия согласно DSM) используется формулировка «искаженное восприятие размера и формы тела» (DSM-IV — диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам IV издания).

Недовольство собственным телом

У людей, страдающих пищевыми расстройствами, нет какого-то одного, постоянного ошибочного восприятия собственного тела. Как и у многих других — не страдающих пищевым расстройством, — образ своего тела отличается у них неуверенностью и нестабильностью.

Такая ошибка восприятия должна рассматриваться в связи с негативными аффектами, направленными на самого себя и свое тело, в том культурном контексте, где форма и внешний вид тела имеют символическую ценность. Комбинация культуры, ориентированной на телесность, и низкой самооценки приводит к росту подобных искажений.

Недовольство собственным телом — это трагический побочный эффект нашей цивилизации. Люди тратят уйму времени и ресурсов на улучшение своего внешнего вида и внутреннего состояния («здоровье»). Однако основной фокус направлен не на позитивные стороны тела, а на недостатки: на то, чего у человека

нет. Нетерпимость к внешности, весу и формам тела, доходящая до настоящего моббинга, особенно часто встречается среди молодых девушек.

МЕТОДИКА ИЗМЕРЕНИЯ

Существует несколько методов оценки степени искажения. Речь может идти о том, чтобы оценить размер определенных частей тела или всего тела в целом. Вполне ожидаемо, что искажения у женщин в основном связаны с теми частями тела, к которым особенно щепетильно относятся в нашей культуре, — с животом, бедрами и ляжками.

Можно давать пациентке простые задания: например, нарисовать собственный силуэт; показать руками, насколько широкой она себя видит; выбрать картинку, которая лучше всего отражает ее внешность; двигать светящиеся индикаторы по горизонтальной раме, чтобы отметить, как ощущается ширина тех или иных частей тела, а также использовать другие, более продвинутые видеотехники.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПОЛЬЗА?

В клинической работе искаженное восприятие образа тела полезно главным образом тем, что оно напоминает нам, как мало реального контакта пациент с пищевым расстройством имеет с собственным телом и его истинным объемом. Он не знает самого себя. Вот образ, который позволяет понять, как ощущение нехватки контроля переживается на вполне конкретном телесном уровне: *человек теряет контроль и ощущает, как будто его раздувает. Он не чувствует собственных границ, тело размывается.*

При контакте с пациентом может быть полезно время от времени напоминать себе о том, насколько в своих попытках сориентироваться в реальности он или она далеко ушли от этой самой реальности. В качестве методов укрепления контакта с телом хорошо подходит *физиотерапия* и различные формы телесно-ориентированной психотерапии. Как правило, искажения образа тела уходят по мере общего выздоровления.

В хорошие дни она чувствовала себя еще более-менее. В другие дни ее раздражало почти все, а особенно мучило, что она чувствует себя большой, «как слон». Она занимала слишком много места. В хорошие дни она об этом почти не думала. А когда на плохие дни выпадали встречи с психиатром, она чувствовала, что заполняет все его кресло. Время от времени после сессий ей становилось лучше. А иногда ее охватывал страх, и тогда она снова ощущала себя огромной. В конце концов она заметила, что это связано, среди прочего, с тем, насколько безопасно она чувствовала себя на сессиях. Чем сильнее было чувство безопасности, тем лучше было ее самоощущение.

МОДЕЛИ ОБЪЯСНЕНИЯ

Мы воспринимаем мир через призму моделей. Теории помогают нам упорядочить мир. Существует множество различных моделей, с помощью которых пытаются объяснить расстройства пищевого поведения: все они говорят об одном, но по-разному. В практической работе такое многообразие необходимо.

Когда кто-то агрессивно отстаивает одну точку зрения в пику другой, это производит удручающее впечатление, как будто одна модель совершенно исключает другую. Эта книга основана на представлении о том, что могут быть полезны самые разные модели, поскольку каждая из них учитывает различные стороны такого явления, как пищевые расстройства, и способна адекватно описать отдельные его аспекты. Опасность возникает лишь тогда, когда одна модель начинает претендовать на всеобъемлющее объяснение.

ПСИХОБИОЛОГИЯ

К сожалению, в настоящий момент о биологических причинах пищевых расстройств нам пока известно недостаточно. *Большая исследовательская дилемма состоит в том, являются ли биологические отклонения при расстройствах пищевого поведения причиной, следствием или и тем и другим одновременно.* Описать биологическое явление не значит объяснить его. Очевидно, что строгое телесное самоограничение неизбежно приводит к тем или иным биологическим отклонениям. Но каково соотношение между биологическим отклонением и психологией?

Некоторые гипотезы крайне спекулятивны, прочие имеют более серьезную доказательную базу. Самые актуальные исследования сосредоточены на *нейрогормонах и нейротрансмиттерах* — этих гонцах на службе у центральной нервной системы, — а также на генетике.

Современные гипотезы:

- Существует ли биологическая склонность к потере веса? Саморегуляция тела, контролирующая чувство голода и насыщения, здесь не учитывается. Подобные модели вращаются вокруг *серотонина* — одного из химических «гонцов», участвующих в регуляции как аппетита, так и настроения.
- Аутозависимость. В качестве механизма запуска пищевого расстройства, в особенности анорексии, предлагаются собственные «морфины» тела — *эндорфины*. Голод предположительно вызывает выброс эндорфинов, а они имеют обезболивающий эйфорический эффект и вызывают привыкание. Человек стремится к чувству голода и становится от него зависим. Данный тезис следует рассматривать как спекулятивный.
- Анорексия, вызванная физической активностью. Активная физическая деятельность в сочетании с диетой (как, например, у спортсменов) может запускать стрессовые реакции, которые на следующей своей стадии приводят

к снижению аппетита, а также анорексическим мыслям и чувствам. Так создается замкнутый круг, и говорить о желаемом снижении веса не приходится.

ПСИХОАНАЛИЗ

В такой теоретической модели, как психоанализ, детство и период взросления рассматриваются как фундамент формирования и личности в целом, и психических расстройств. С течением времени возникло несколько вариаций психоанализа: более чем за столетие с момента публикации прорывных текстов Зигмунда Фрейда это дерево пустило множество ветвей. В современном психоанализе много внимания уделяется такому вопросу, как игнорирование потребностей ребенка. Пищевые расстройства лишь одно из многих возможных проявлений *нехватки*. Так, тело становится психологической картой незакрытых потребностей.

Мы как родители должны относиться к таким моделям трезво и отстраненно, поскольку эти тексты накладывают на нас большую ответственность. Постарайтесь воспринимать их как повод к размышлению и не давайте им вселить в вас недоверие к себе и своей роли взрослого.

Психология самости — новое ответвление психоаналитической мысли. Здесь она приводится в качестве примера, поскольку ее понятия актуальны в контексте пищевых расстройств как клинической реальности. Психология самости — теория об образовании ощущения самости, а также его искажениях. Центральным является понятие *эмпатии* — способности видеть потребности ребенка. Ребенок нуждается в том, чтобы его *отражали*. Видя, что нас видят, мы обретаем способность увидеть самих себя и стать самими собой.

Ребенок рождается с примитивной, зачаточной самостью, где «Я» *поляризовано*. Один полюс связан с амбициями, «грандиозным Я», которое нуждается в одобрении. Другой полюс — это наши идеалы, «идеализированный образ родителя»: мы становимся - кем-то, ориентируясь на идеалы. Третий полюс — «альтер-эго»:

мы стремимся стать кем-то, ориентируясь на тех, кто готов предоставить нам успокаивающее ощущение сходства.

В ходе развития отношений ребенка с близкими эта полярность смягчается и в идеале реструктурируется в зрелое, целостное «Я». Зрелость обретается в ощущении, что ребенка видят и одобряют, и выражается в компромиссе между фантазиями о грандиозности и величии, с одной стороны, и зависимостью и тревожной беспомощностью — с другой. Однако при регулярных нарушениях эмпатии в ходе воспитания возникает риск формирования незрелого «Я», в котором продолжают присутствовать остатки примитивной душевной жизни ребенка, а ощущение величия соседствует с ничтожностью. Человек может чувствовать себя на высоте, но одного незначительного нарушения границ будет достаточно, чтобы привести его ранимое «Я» в полное отчаяние. Самоощущение при этом будет нестабильным, шатким. Мы можем узнать в этом описании пациентов с анорексией, которые голодают, чтобы получить одобрение, и хотят, чтобы другие восхищались их грандиозным проектом: быть особенными. Или пациентов, страдающих перееданием, которые начинают голодать, подражая кому-то, стремясь к некоему идеалу и желая его разделить.

При фрустрации и нарушении границ появляется риск возникновения *чувства опустошения и страха распада личности: фрагментации*. Симптомы при этом свидетельствуют о попытке *укрепить самоощущение и обрести целостность*. Это описание во многом совпадает с тем, что мы наблюдаем при пищевых расстройствах, когда симптомы оказываются не только проблемой, но и попыткой решения проблемы более глубокой. Стремление к целостности может проявляться в успешном осуществлении своего телесного проекта, а предотвращение распада личности — в переедании и очищении от еды.

Смысл этой теоретической традиции не в том, что родители все делают неправильно. Все родители совершают ошибки. Речь идет о *регулярном* нарушении эмпатии.

Ее может быть «слишком мало»: отсутствующие, избегающие родители, погруженные в собственные проблемы; неумение сказать «нет»; замена контакта с родителями на гаджеты и т. п.

Или ее может быть «слишком много»: преувеличенная близость, гиперопека, приоритет собственных потребностей над потребностями ребенка.

Ребенок вынужден приспосабливаться к родителям, иногда искаженно. Подобные модели дают нам описания того, что мы наблюдаем при расстройствах пищевого поведения: попытки приспособиться к внешнему миру — и быть «послушным ребенком». Ребенок стремится получить внимание и одобрение. Он тянется к признанию, как растение тянется к солнцу, и при нехватке одобрения начинает слишком сильно стараться в попытках его заполучить. У человека развивается *ложная личность*: он подстраивается под окружающих, но теряет контакт с *самим собой*. Подобные стратегии могут работать какое-то время, но хватает их ненадолго. За внешней маской благополучия могут развиваться такие симптомы, как депрессия, опустошенность и ощущение бессмысленности жизни. Контроль над телом становится способом спастись и отгородиться от этих чувств.

НАРУШЕНИЕ РАЦИОНА

Человек, страдающий пищевым расстройством, часто находится в замешательстве. Возможно, это замешательство связано с тем, что эмпатии было ни слишком мало, ни слишком много — а одновременно и много, и мало. Такие смешанные чувства при пищевом расстройстве могут быть внешним отражением нарушения эмоционального рациона.

ТЕОРИЯ АФФЕКТОВ

Согласно *теории аффектов*, определенные базовые аффекты, такие как стыд, страх, радость, вина, энтузиазм, гнев, печаль, заложены в нас с рождения. Она описывает, каким образом эти аффекты затем развиваются в ходе *интераффеktivного взаимодействия* между ребенком и его ближайшим окружением.

Таким образом, теория аффектов описывает формирование человека от ребенка до подростка и взрослого. Аффекты являются психобиологическими реалиями. Аффектом называют собственно телесные реакции, в то время как *чувства* подразумевают способность идентифицировать эмоции как формы личных переживаний. Теория аффектов частично интегрирована в некоторые вариации современного психоанализа.

Расти — значит разделять аффекты с другими. Подобное регулярное аффективное единение способствует формированию «Я». С помощью аффектов (*аффективной настройки*) родители способны разделить с ребенком его переживания, дать ему одобрение и способствовать образованию сенсорно-моторной модели, которая позже станет основой для его самоощущения. Аффективная настройка создает ощущение гостеприимного, знакомого мира.

Регулярный срыв аффективной настройки может привести к тому, что чувства начнут восприниматься как опасные или незнакомые. Таким образом, они не встраиваются в то «Я», которое при этом развивается и структурируется. Угроза неизвестности — это, возможно, то же, что в нашей книге называется «невозможностью вербализовать чувства».

Следующие формы срыва аффективной интеграции могут быть особенно актуальны в связи с пищевыми расстройствами.

Дифференциация аффектов и способность к самовыражению

Важно уметь разграничивать различные аффекты. Голод и гнев — не одно и то же. Такая способность помогает ребенку учиться *выражать себя и выстраивать границы*. Человек, страдающий пищевым расстройством, не знает своих чувств, поскольку не научился их разграничивать. Ребенок демонстрирует некую потребность, однако ее не замечают, или не одобряют, или же вовсе удовлетворяют иную потребность. Когда ребенок не знает, что он чувствует, ему легко потерять ощущение собственной реальности, упасть в *дереализацию*. Ведь ребенок *не знает*. Это может выражаться в *искажении образа тела*.

Объединение противоположных чувственных переживаний

У человека, страдающего пищевым расстройством, есть только да и нет, или — или. Согласно теории аффектов, способность к объединению противоположных чувств развивается, когда родители принимают множество различных чувств ребенка, а не только некоторые.

Принятие аффектов и использование чувств как сигналов

Принятие всей личности ребенка на протяжении времени создает фундамент для образования у самого ребенка способности выносить и регулировать собственные чувства. При благоприятном развитии чувства воспринимаются как сигналы об изменении состояния — в отличие от искаженного развития, когда чувства могут ощущаться как тревожные знаки распада и разрушения.

Непринятые чувства могут быть вытеснены или *экстернализованы*. Нехватка разделенных переживаний может привести к чувству стыда, поскольку собственные потребности могут восприниматься как незнакомые и поэтому неприемлемые. В особенности у булимиков можно наблюдать отсутствие способности регулировать внутреннее напряжение. Булимический ритуал может восприниматься именно как *снятие напряжения*.

СЕМЬЯ: ТЕОРИЯ СИСТЕМ

Общие аспекты: Теории о межчеловеческих отношениях и взаимодействиях в социальных системах развивались параллельно с информационным обществом. Формировалось все более глубокое понимание интеракции как двустороннего процесса внутри сети. Для понимания мира вокруг нас недостаточно моделей, оперирующих *линейными* причинно-следственными связями, от А к В и С. Необходимы такие модели, которые в большей степени отражают сложность структуры мира, основанные на *круговой* взаимообусловленности, где А, В и С участвуют в трехстороннем взаимодействии, и любое изменение в одном элементе или в отношениях между двумя элементами

влияет на всю систему. Особенно четко это проявляется в семье. Мы живем в тесном взаимодействии и всегда являемся созданиями других людей и сами их создаем. Кроме того, мы сами формируем те ответы, которые получаем.

Частные аспекты: Существует ряд семейных, или системных, моделей пищевых расстройств. Впрочем, более правомерно говорить, скорее, о набросках моделей, поскольку *семья, в которой присутствует пищевое расстройство*, не существует как четко отграниченный фактор причинности. Понятия, которые используются в таких теоретических построениях, говорят о недостаточной дифференциации потребностей отдельных членов семьи, а также о нечетко построенных рамках для успешной *индивидуации*: способности и возможности выстраивать внутренние и внешние границы, различать между своим и чужим, быть уверенным в том, что является *моими* ощущениями, *моими* потребностями, *моими* фантазиями, *моими* правами, *моими* обязанностями и *моим* телом. Прочие понятия — это *гиперопека*, *ориентация на достижения и избегание конфликтов*. Еще одно — *триангуляция*: в этой ситуации ребенок оказывается втянут в конфликты между взрослыми, причем эти конфликты часто отрицаются и «сливаются» через ребенка.

Возникает вопрос: не является ли наша современная семейная культура сама по себе, с ее идеалом либеральной, открытой семьи — с нечеткими границами, фактором риска для возникновения драмы вокруг контроля и границ, которая в итоге выливается в пищевое расстройство?

КОГНИТИВНАЯ ТЕОРИЯ

Так называемую *когнитивно-поведенческую терапию (КПТ)* многие считают эффективным средством лечения при булимии и переедании. Такая форма терапии является систематизированным набором мер, направленных на изменение пищевого поведения пациента и ментальных установок, глубоко укоренившихся в его сознании. Теоретический фундамент когнитивных подходов носит характер, скорее, описания, чем объяснения. Они лишь в очень ограниченной степени объясняют,

почему у кого-то развивается пищевое расстройство, а другие благополучно этого избегают. Модели, выстроенные на вопросе «как», а не «почему», вообще дают хорошие описания факторов формирования и развития заболевания.

Когниция — значит «мышление». Когнитивная психология занимается исследованием того, каким образом человек понимает и осознает самого себя, других и свое окружение. Основной акцент делается на *ментальных паттернах*, «автоматических мыслях», *искажениях мышления, системах верований, ожиданиях и отношении к чему-либо*. Эта традиция утверждает, что мышление обусловлено социальными обстоятельствами, то есть семьей, кругом друзей и культурой, которая так убедительно проповедует преимущества худобы с точки зрения эстетики, здоровья и морали.

В рамках данного подхода важнее всего выявить ключевую мысль, которая у многих становится предпосылкой к пищевому расстройству: «Мне совершенно необходимо похудеть». Именно она запускает систему замкнутых кругов. Эту идею необходимо опровергнуть и оставить навсегда.

ФЕМИНИЗМ

В основе феминистской теории пищевых расстройств лежит понятие *протеста*.

Протест — понятие довольно непростое, поскольку ассоциативно связано с волей и знанием: с осознанным противостоянием чему-то. Пищевые расстройства, как правило, не могут быть названы осознанным протестом; скорее, это отсутствие контроля над своими психологически значимыми активами. Есть не только сходства, но и очевидные различия между *голодовкой* — за право участия в голосовании, права заключенных, политическое убежище, в общем, за какую-либо идею — и *психологически обусловленным голоданием*, нацеленным на психическое выживание и на то, чтобы стать другим. *Тот, кто владеет своими активами, может от них отказаться. Однако*

у человека с пищевым расстройством нет такой возможности: эти внутренние активы, скорее, управляют им, чем он ими.

Феминизм связан с борьбой женщин против мужского мира. Однако в феминистской литературе о пищевых расстройствах речь идет о протесте не только против отцовского начала, но и против начала *материнского*.

Тело матери

Пищевое расстройство понимается как установление границ и стремление *не стать как мать*, как способ сформировать свое собственное тело в противовес материнскому, как протест против навязчивой матери, а также как движение в сторону иной женственности. Феминистская теория во многом опирается на психоаналитические модели.

Тело отца

В феминистской традиции также существует представление о женщине как жертве патриархата. Патриархальное начало может выражаться в похотливом мужском взгляде или мужском презрении ко всему женскому. История женщины пишется как хроника *объективации ее тела*. Требование иметь совершенное тело понимается как приспособление к мужскому желанию. Кроме того, патриархальная модель может выражаться во вполне конкретных атаках и преследованиях.

ДИССОЦИАЦИЯ

Под диссоциацией подразумевается *расщепление психики*. Этой теории около 100 лет. Французский психиатр Пьер Жане в конце XIX века лечил пациентов с симптомами анорексии и булимии. Одно представление или комплекс представлений — *идея фикс* — отделяется от остальных, уходит из-под контроля и начинает жить собственной жизнью. Именно эта идея фикс заставляет человека отказываться от еды или, наоборот, переедать и выташнивать пищу. Жане видел в этом вариант *истерии* и лечил с помощью *гипноза*.

Поскольку подобные представления о диссоциативных нарушениях переживают ренессанс, растет интерес и объем знаний о травмах и сексуальном насилии. В ортодоксальном психоанализе рассказы о травмах долгое время толковались как фантазии, и целый ряд травм обесценивался. Сегодня такие рассказы воспринимаются гораздо более серьезно, и возникает потребность в понимании того, каким образом психика перерабатывает, вытесняет и в конце концов подвергает расщеплению такие болезненные переживания.

При пищевых расстройствах о диссоциации могут свидетельствовать следующие высказывания:

«Я как будто становлюсь другим человеком».

«Я как будто расколот (-а) надвое».

«Во мне сидит демон, который отказывается есть».

«Я ничего не помню о своем переедании».

Установлена статистическая взаимозависимость между *булимией* — *сексуальным насилием* — *самоповреждением* — и *диссоциацией*. В данной связи диссоциация означает «дыру» в оперативной повседневной памяти. Сейчас, когда тема диссоциации вновь активизировалась, в качестве метода лечения используется гипноз.

МОДЕЛЬ ЗАВИСИМОСТИ

Эта модель прежде всего основывается на сходствах между пищевыми расстройствами и зависимостью от алкоголя, медикаментов и наркотических веществ. С этой точки зрения эта модель, скорее, базируется на наблюдениях, чем на полноценно разработанной теоретической модели причинно-следственных взаимосвязей. Данная модель применима прежде всего к булимии и перееданию. Многие люди, страдающие этим расстройством, сами говорят о своем сходстве, например, с алкоголиками. Булимики и люди, страдающие перееданием, могут, как зависимые люди, говорить о «тяге», «зуде», потере контроля, одержимости, использовании вещества для регулирования настроения и чувств, тайном употреблении, продолжении

употребления, несмотря на опасные социально-медицинские последствия, а также демонстрировать амбивалентное отношение к лечению. Кроме того, среди булимиков очень часто встречаются случаи злоупотребления алкоголем и веществами.

В качестве контраргумента против этой модели можно сказать, что она описывает лишь ограниченное число черт, присущих пищевым расстройствам, игнорируя или преуменьшая значение прочих важных факторов. Несложно представить себе такую подгруппу, где именно момент «злоупотребления» при переедании будет центральным. Однако существует также много случаев, которые не вписываются в эту модель.

С практической точки зрения разница в следующем: при зависимости от алкоголя или веществ человек, скорее всего, должен будет бросить полностью, а вот есть ему в любом случае придется как минимум раз четыре в день.

ТЕЛЕСНЫЕ СИМПТОМЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ

Нагрузка на тело очень велика. В худшем варианте телесные повреждения и симптомы могут даже привести к летальному исходу. При этом поражает, как много на самом деле способен вынести человеческий организм.

...начали выпадать волосы, мучительно болела голова, шалили нервы. Днем я писал, обернув руки тряпками, просто потому, что не терпел ощущения на них собственного своего дыхания.

Кнут Гамсун. Голод

Когда человек освобождается от симптомов пищевого расстройства, его телесные функции, как правило,

нормализуются, за исключением тех случаев, когда расстройство длилось в течение слишком долгого времени.

АНОРЕКСИЯ И БУЛИМИЯ

При существенном недоедании страдают все органы: «все усыхает». Организм экономит силы, и тело переходит в режим энергосбережения. Пациент мерзнет, снижается температура тела, замедляется пульс, понижается кровяное давление. Единственный адекватный способ устранить эти симптомы — это начать больше есть. Повышенное потребление энергии в этом случае способствует нормализации телесных функций, ускорит метаболизм, повысит температуру тела и, наконец, приведет к росту массы.

При нормализации питания и веса бóльшая часть негативных симптомов и последствий устраняется. Однако есть исключения:

- остеопороз;
- замедление роста, если пациент долгое время питался недостаточно в подростковые годы;
- повышенный риск бесплодия (инфертильности).

Нервная система

При недоедании мозг тоже худеет — теряет в размере. *Недоедание приводит к вторичным искажениям психики, которые по своей природе очень напоминают первичные психические симптомы, проявляющиеся при пищевых расстройствах.* Пищевое расстройство как стратегия поведения, таким образом, приводит к усилению психической боли.

ПСИХОЛОГИЯ ГОЛОДАНИЯ

Многие исследования, посвященные добровольному голоданию у здоровых испытуемых, демонстрируют, что уже вскоре после начала голодания у них стали наблюдаться:

- эмоциональная нестабильность;
- общее снижение настроения;
- вялость;
- асоциальность;
- снижение концентрации и ухудшение памяти;
- повышенная одержимость едой;
- потеря чувства голода;
- навязчивые действия и ритуалы;
- странное поведение;
- «булимические» черты.

Многолетнее недоедание создает риск долгосрочных негативных последствий, таких как *нарушение когнитивных функций*, в том числе ухудшение памяти. В случаях, когда недоедание длится несколько десятков лет, доказано раннее появление симптомов *деменции*.

Также возникает риск повреждения периферических нервов — локальный паралич и потеря чувствительности, поскольку нервы оказываются недостаточно защищены от окружающих их тканей.

Баланс жидкости и электролитов

Недостаточное поглощение пищи и жидкости, частая рвота и злоупотребление слабительными средствами могут приводить к нарушению баланса электролитов. Электролиты — это соли, присутствующие в теле человека, которые играют ключевую роль в поддержании кислотно-щелочного баланса. Симптомы могут проявляться особенно ярко при сочетании рвоты со злоупотреблением медикаментами.

Один из самых долгосрочных — это недостаток калия, или *гипокалиемия*.

СИМПТОМЫ И ПРИЗНАКИ ГИПОКАЛИЕМИИ

Сердечно-сосудистая система

Учащенный пульс, повышение общего периферического сопротивления сосудов, изменения в ЭКГ: уплощение зубцов Т, отрицательное значение сегментов ST, повышение зубцов U, удлинение интервала QT.

Нервно-мышечная система

Усталость, вялость, снижение сухожильных рефлексов, «покалывание», парез/паралич, судороги.

Психика

Раздражительность, вялость, апатия.

Желудочно-кишечный тракт

Непереносимость глюкозы.

Почки и мочевыводящие пути

Снижение почечного давления, повышение суточного диуреза/никтурия, легкая форма несахарного диабета.

Пищеварительная система

Тошнота, рвота, запор, кишечная петля.

Беата упала в обморок посреди улицы. Это вызвало серьезное беспокойство у окружающих, и ее увезли на скорой. В истории болезни у нее уже оказалось три подобные ситуации. Хаотичный паттерн пищевого поведения, с периодами голодания, перемежавшимися эпизодами переедания и рвоты, создали в ее организме дисбаланс электролитов.

При нормализации пищевого поведения и питания баланс электролитов и естественный кислотно-щелочной баланс тоже быстро приходят в норму. При этом в результате потери кислой среды из-за рвоты количество микроэлементов в моче становится минимальным, что создает почву для *инфекций мочевыводящих путей*.

Сердечно-сосудистая система

Истощенное сердце менее выносливо. Кроме того, возрастает риск нарушений сердечного ритма, остановки сердца и летального исхода. При истощении, а также в течение некоторого времени после нормализации веса необходимо воздерживаться от сильных физических нагрузок.

При булимии основное воздействие на функционирование сердечно-сосудистой системы идет за счет гипокалиемии, спровоцированной расстройством.

Прием более чем 40 г «Эметина», что соответствует 30 мл детского рвотного средства, может вызвать осложнения, изменения в ЭКГ и нарушения сердечного ритма.

Мышечная система

Нарушение баланса электролитов может проявляться в таких симптомах, как усталость. Кроме того, пациенты как с анорексией, так и с булимией и перееданием, как правило, вдобавок к своей пищевой проблеме также страдают мышечными заболеваниями — в форме болей от мышечного перенапряжения, онемения и одеревенелости.

Чрезмерная физическая активность может вызвать синдром отсроченной мышечной боли (крепатуру) и симптомы, обычно возникающие при превышении физической нагрузки.

Пищеварительная система

Когда голодающий пытается начать есть более «обычную» еду, очень часто у него могут возникать *резь в желудке, колики и преждевременное насыщение*. Также среди страдающих перееданием распространены *боли при рефлюксе*.

Вздутие и распирание кишечника может также вызывать *запоры*, которые очень тяжело переносятся данной категорией пациентов. Запускается замкнутый круг: злоупотребление слабительными средствами нарушает нормальное функционирование кишечника, что, в свою очередь, приводит к еще большему злоупотреблению.

При рвоте довольно часто возникают легкие воспаления пищеварительной трубки — *эзофагит*, а трещины в трубке приводят к рвоте с кровью.

Отрыжка содержимого желудка может происходить и вне непосредственных эпизодов рвоты, что вызвано хроническим ослаблением сфинктерных мышц в нижней части пищевой трубки.

При недоедании по еще не выясненным причинам могут повышаться показатели содержания серы в энзимах печени. Таким образом, возникает риск развития ожирения печени и, наконец, цирроза печени.

Гормоны

При недоедании уровень половых гормонов снижается как у девушек и женщин, так и у юношей и мужчин.

У девушек и женщин пропадает менструация. Невозможно поддерживать менструальный цикл, если доля жировой ткани в организме составляет менее 20%. Кроме того, на цикл оказывает воздействие как физический, так и психический стресс, поэтому у многих женщин в спорте высших достижений нет месячных. Быстрая потеря веса и нерегулярное питание при булимии также могут приводить к нарушению менструального цикла.

Когда вес нормализуется, многие пытаются восстановить цикл. На это могут уйти годы. Необходимо стабилизировать свой вес на более высоком уровне, чем это в принципе физиологически возможно. Поэтому в основном рекомендуется медикаментозная терапия гормональными препаратами.

Длительное недоедание может также приводить к долгосрочному замедлению роста. Однако во многих случаях происходит рост «вдогонку», когда нормализуется потребление калорий. Насколько такой запоздалый рост способен привести к тому же финальному уровню роста и развития, который имел бы место и при отсутствии пищевого расстройства, зависит от длительности этого запоздалого роста и от показателей гормонов, в особенности половых, которые воздействуют на центры роста в длинных трубчатых костях.

У взрослых женщин, ранее страдавших анорексией, наблюдается сужение таза, что повышает риск кесарева сечения при родах.

Остеопороз и хрупкость костной ткани

В последнее время уделялось много внимания здоровью костей при пищевых расстройствах, потому что об этом нам известно значительно больше. Снижение костной массы, остеопения и, следовательно, повышенный риск остеопороза после наступления менопаузы хорошо известны на собственном опыте женщинам, находящимся в так называемом климаксе. Прослеживаются явные параллели между состоянием здоровья

женщин после менопаузы и последствиями пищевых расстройств, такими как недостаточная плотность костной ткани.

Снижение здоровья костной ткани при пищевых расстройствах особенно связано с женским половым гормоном эстрогеном. Количество эстрогена в крови зависит от достаточной доли жировой ткани в теле. Однако недостаток эстрогена как таковой не является полноценным объяснением рассматриваемого явления. Действует еще один механизм: повышение уровня гормона кортизола у недоедающих пациентов приводит к остановке образования костной ткани и ускоряет декальцификацию скелета. Еще один механизм приводится в действие за счет недостатка кальция и витамина D.

Здоровье костной ткани — это феномен, который еще изучается учеными. При предклимактерических остеопении и остеопорозе нет особых оснований для оптимизма: вряд ли удастся восстановить то, что отсутствует. Зато есть основания надеяться, что удастся замедлить или остановить дальнейшее разрушение тканей за счет увеличения числа эстрогенных препаратов.

Как-то зимой Нина пришла на прием с обеими руками в гипсе. Она поскользнулась на льду. Анорексией она страдала уже 20 лет. Прошло 15 лет, прежде чем она решилась на лечение, после чего ее психическое состояние значительно улучшилось. Она вновь ощутила желание жить и захотела восполнить упущенное. Однако в этом ее остановили последствия анорексии: она страдала недержанием кала и запорами, вызывавшими у нее панический страх. И кроме того, у нее диагностировали остеопороз.

Кровь и иммунная система

У пациентов с анорексией часто наблюдается анемия, «малокровие», из-за замедления метаболизма и дефицита железа, витаминов и протеинов. Железодефицит может быть вызван кишечными кровотечениями, которые происходят в результате злоупотребления слабительными средствами.

Сокращение числа белых кровяных телец, лейкопения, играет важную роль в иммунной системе. Общее ухудшение

состояния — частый симптом при недоедании или неправильном питании.

Недостаточность витамина К и/или факторы свертывания, зависящие от витамина К, могут приводить к *усилению кровотечений*.

Ротовая полость

В особенности при булимии, когда при частой рвоте ротовая полость подвергается воздействию едкой желудочной кислоты, могут возникать повреждения зубов и десен.

ИЗБЫТОЧНЫЙ ВЕС

Когда пищевые расстройства приводят к избыточному весу, возникает риск следующих осложнений.

Сердечно-сосудистые заболевания

Избыточный вес как таковой не является болезнью, однако он может приводить к развитию определенных симптомов. Если рассматривать ожирение изолированно, то сложно определить, какую роль оно играет в возникновении сердечно-сосудистых заболеваний. Однако повышенное давление, курение и жирная еда представляют собой серьезные факторы риска.

Повышенное кровяное давление

На вопрос о том, влияет ли снижение веса у людей с избыточной массой тела на понижение давления, можно однозначно ответить «да».

Сахарный диабет

У людей с избыточным весом возникает риск развития *неинсулинозависимого диабета (сахарного диабета II типа)*. 80–90% тех, у кого эта форма диабета развивается во взрослом возрасте, страдают ожирением. Большой объем жировых тканей негативно воздействует на эффекты инсулина на углеводный обмен, что вызывает нетолерантность к глюкозе и диабет II типа у людей с соответствующей предрасположенностью.

Болезни желчевыводящих путей

Избыточный вес повышает вероятность возникновения камней в желчном пузыре.

Болезни суставов и снижение подвижности

Артроз и изношенность суставов могут вызывать боли. Механические ограничения, накладываемые лишним весом, приводят к тому, что люди с ожирением более предрасположены к несчастным случаям.

Рак

У мужчин избыточный вес повышает риск развития рака кишечника и простаты, а у женщин — рака груди и матки.

Заболевания дыхательных путей

Затрудненное дыхание может быть обусловлено весом грудной стенки. *Синдром Пиквика* — так называют склонность засыпать в дневное время. Потребность спать днем возникает из-за недостатка ночного сна, а он, в свою очередь, вызван недостаточной вентиляцией легких. Люди с таким синдромом часто встают «не с той ноги», испытывая головную боль, раздражительность, снижение трудоспособности и потенции.

Нарушения менструального цикла

Многие исследования демонстрируют наличие связи между степенью ожирения и нарушениями менструального цикла.



последствия булимии





ЦИФРЫ ГОВОРЯТ САМИ ЗА СЕБЯ

Обычно больше обращают внимание и говорят об анорексии — и действительно, природа этого заболевания такова, что оно визуально очень заметно, иногда вплоть до драматизма. Однако тут важно напомнить, что булимия и переедание встречаются в несколько раз чаще.

Большинство булимиков имеют нормальный вес. Это значит, что чаще всего это заболевание невозможно заметить невооруженным глазом. Люди, имеющие серьезную симптоматику, могут скрывать свои проблемы в течение многих лет. И это на сегодняшний день одна из самых глубоких медицинских проблем, связанных с расстройствами пищевого поведения.

ЧАСТОТНОСТЬ

Когда мы сегодня говорим о росте случаев пищевых расстройств в западной культуре, речь идет главным образом о двух вещах:

- реальный рост заболеваемости за последние три-четыре десятилетия;
- рост интереса и, следовательно, внимания к случаям заболеваний, которые иначе остались бы незамеченными.

Рост особенно заметен внутри подгрупп булимии и переедания. *Самыми быстрыми темпами растет количество случаев хаотичного пищевого поведения*, в то время как рестриктивные анорексические стратегии составляют все меньшую долю общего роста.

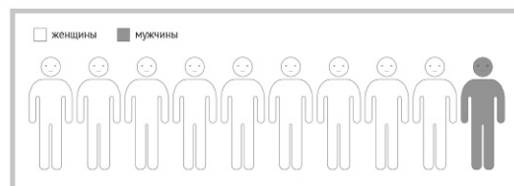
При соблюдении строгих требований к методике и диагностике, многие международные исследования приходят к следующим выводам по суммарным числовым показателям заболеваемости анорексией и булимией: примерно 2% женского населения на Западе в возрасте от 15 до 45 лет. Случаев анорексии — 0,2–0,5%. Если брать в расчет и третий диагноз, расстройства переедания (BED), общее число случаев возрастет — впрочем, невозможно сказать точно, насколько.

Сколько пациентов находится в терапии?

Ту или иную форму лечения проходят около 30% женщин с анорексией. *При этом доля булимиков в терапии, согласно имеющимся данным, намного меньше — всего около 6%!²*

Половое распределение

Пищевые расстройства затрагивают прежде всего женщин. Распределение по полам выглядит так: около 90% девушек и женщин и 10% юношей и мужчин.



Встречаются и отклонения от этого полового разделения:

Дети до пубертатного возраста. Булимия редко возникает у детей, однако *предпубертатная анорексия — early onset*

anorexia — это хорошо задокументированное, хотя и редкое детское заболевание. Это расстройство намного чаще поражает мальчиков — около 30% случаев.

Переедание (Binge eating disorder)³. Здесь доля мужчин, согласно американским исследованиям, составляет 35%.

Наркотическая зависимость. Среди наркоманов встречается очень много случаев пищевых расстройств, в особенности булимии. Подобные симптомы чаще всего проявляются в период отказа от веществ. Таким образом, переедание и вызывание роты — это те темы, на которые следует обратить внимание в рамках программ реабилитации, в группах и т. п. Кроме того, здесь процентная доля мужчин гораздо выше, более 40%⁴.

О ПОДСЧЕТЕ

Считать не так-то просто. Числа используются в качестве аргументов и доказательств. Но мало говорится о том, откуда они берутся. Как можно определить пищевые расстройства? Насколько репрезентативна группа респондентов? Могут ли числа переноситься из одного контекста в другой?

Величина числовых показателей зависит от метода исследования. Можно получить более высокие показатели по частотности заболевания, применяя опросники вместо диагностических интервью. Это следует трактовать как довольно объемный «подлесок» из субклинических случаев, «почти-диагнозов» в тех случаях, где у человека действительно могут иметься серьезные проблемы. Среди тех, кто отвечает критериям диагностики, есть многие, кто хаотично смешивает еду и эмоции и практикует болезненные методы похудения.

Пример. Норвежское исследование методом опросника (которое было проведено дважды с интервалом в год) выявило в Осло и губернии Акерсхус сначала 8% девочек с уровнем симптомов, сопоставимых с пищевыми расстройствами, а затем 9%¹.

В рамках практической медицины, таким образом, необходимо сформировать понимание того, что клинические диагнозы «булимия» и «анорексия» являются крайним проявлением тех значительных трудностей с собственным телом и самоощущением, которые испытывает все население в целом и женщины в частности.

ДЕМОКРАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

Анорексию раньше считали «болезнью богачек», а по-английски неофициально называли *Doctor's Daughters' Disease* — болезнью докторских дочек. В норвежских исследованиях утверждалось, что анорексия преимущественно встречается в высших слоях

общества (Askvold 1982), в Швеции писали, что отцы таких девочек в основном являются «ревнителями традиционных ценностей» — судьями, ректорами и руководителями предприятий (Theander 1970). Это можно объяснить, в частности, тем, что культура высшего и среднего класса была более ориентирована на внешние достижения.

В рамках демократической культуры демократизируются и наши болезни. Сегодня культура более однородна с точки зрения идеалов и образа жизни и больше не существует особого перекося в социальном распределении пищевых расстройств. Не в последнюю очередь это обусловлено тем, что больше внимания стали уделять булимии. Булимия служит каналом выхода для целого ряда эмоциональных проблем, которые затрагивают самые разные слои общества. Ее проще «подхватить», чем анорексию, но стоит ею заболеть, как она начинает жить своей собственной жизнью.

ГЛОБАЛИЗАЦИЯ

Пищевые расстройства не имеют расовых или этнических границ. Однако особый риск их возникновения, похоже, создается в западной, потребительской культуре. Сильный акцент на субъективность, самореализацию, мифы о свободе, приспособляемость, достигаторство и коммерциализированная культура телесности, существующие на Западе, представляют собой угрозу. Сегодня западные заболевания распространяются по всему миру, затрагивая всех тех, кто ориентируется на наши идеалы и образ жизни.

Существует много примеров того, как иммигранты быстро перенимают эту западную культуру, вместе со всеми ее патологиями.

ЗОНЫ РИСКА

Особенно часто пищевые расстройства встречаются в тех сообществах, где преобладает одержимость эстетикой тела и распространено понятие о теле как о личном достижении:

- танец и балет;
- модельный бизнес;
- спорт высших достижений.

ФИЗИЧЕСКОЕ И СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ

Целый ряд исследований сходятся на том, что около 30% людей, страдающих пищевыми расстройствами, ранее подвергались физическому и сексуальному насилию. Это примерно сопоставимо с уровнем заболеваемости в других группах психиатрических пациентов, но выше, чем среди обычного населения.

В рестриктивной группе анорексии — небулимического типа — показатели несколько ниже, чем в группе с симптомами булимии.

ХОД БОЛЕЗНИ

Как протекает заболевание?

Мы исходим из того, что около 60% доходят до полного выздоровления. Остальные же подразделяются на две группы.

- Состояние улучшается, но присутствуют остаточные симптомы или иные психические заболевания.
- Примерно у 20% пациентов заболевание протекает тяжело, переходя в хроническую форму: длительные симптомы, осложнения и снижение качества жизни.

Некоторые пациенты излечиваются сами по себе — так называемое *спонтанное выздоровление*, — однако не стоит полагаться на такой исход и основывать на этом свой подход к лечению. Однозначно нет!

СМЕРТНОСТЬ

Анорексия — это психиатрическое заболевание с самым высоким уровнем смертности!

Один из методов измерения показателей смертности — *стандартизованные коэффициенты смертности*,

SMR: смертность в определенной группе населения рассчитывается в сравнении со смертностью в другой сопоставимой группе обычного населения. В скандинавском исследовании по анорексии указан коэффициент SMR около 7⁵. В других странах показатели еще выше.

В Европе анорексия — третья по распространенности причина смерти среди девочек-подростков: после несчастных случаев и рака.

Около одной трети или половины случаев — это самоубийства, остальные вызваны медицинскими осложнениями от недоедания и так называемыми естественными причинами. О смертности от булимии нам пока известно слишком мало. Она возросла, однако нельзя сказать точно, насколько. Смерть от булимии может быть вызвана остановкой сердца из-за нарушения баланса электролитов. Кроме того, здесь тоже есть большой риск самоубийства, который дополнительно усиливается, если булимия сочетается со злоупотреблением алкоголем и веществами. Доказано, что булимички с избыточным весом чаще совершают попытки самоубийства, чем булимички с нормальным весом.⁶

У тех, кто находится в интенсивной терапии, смертность ниже, чем у тех, кто не проходит лечение.

КТО ПОДВЕРЖЕН ЭТИМ РАССТРОЙСТВАМ?

«Почему она этим заболела?»

«Почему у него это расстройство?»

Однозначных ответов тут нет. Расстройства пищевого поведения могут быть вызваны целым комплексом причин, и их можно назвать *многофакторными*.

Можно изолировать множество факторов риска. Однако как эти факторы взаимодействуют друг с другом — как работают механизмы риска? Одна из моделей, объясняющая возникновение

пищевых расстройств, — это упорядочивание факторов по трем уровням:

факторы предрасположенности;

запускающие факторы;

усугубляющие факторы.

ФАКТОРЫ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ

Уязвимость

Есть различные уязвимые точки, которые в совокупности с запускающими факторами могут привести к развитию пищевого расстройства. Подобная уязвимость может быть совершенно неспецифична — в том смысле, что она необязательно должна относиться к теме еды. *Например:*

- **Генетическая предрасположенность**

Из исследований, выполненных по близнецовому методу, мы знаем, что существуют генетические предпосылки, которые повышают вероятность развития как анорексии, так и булимии. Однако нам мало известно о том, как именно это работает. Здесь генетические механизмы гораздо сложнее, чем в том, что касается, например, наследственного цвета глаз. И что именно здесь наследуется? Мы не знаем.

- **Свойства личности**

С пищевыми расстройствами связан ряд определенных личностных свойств. Нам известно, что такие черты личности, как *перфекционизм, невротизм и ригидность* являются факторами предрасположенности для анорексии, в то время как импульсивность связана с булимией. Существует различие между *позитивным и негативным перфекционизмом*, и при пищевых расстройствах мы чаще всего наблюдаем негативную разновидность. Человек предъявляет крайне строгие требования к собственным достижениям, и его старания никогда не бывают достаточными! Основная задача здесь — снизить требования и принять, что *ты уже достаточно хорош (-а)*. Позитивный

перфекционизм проявляется в стремлении сделать все в высшей степени правильно — и гордиться результатом.

- **Взаимодействие с родителями в раннем возрасте**

Разумеется, родители очень важны для детей, и наши самые ранние и близкие связи формируют нашу личность. *Отсутствие родителей, гиперопека, непредсказуемое поведение, нечеткость и излишняя податливость в коммуникации, размытие личных границ* — все это может помешать развитию у ребенка здорового чувства защищенности.

Родительская депрессия

С. была золотым ребенком. До того как заболеть анорексией, она была ответственной, излишне услужливой и угодливой. И она любила всех смешить. На семейных поездках она с заднего сиденья автомобиля травила шутки и пела, чтобы развеять подавленную атмосферу или улучшить общее настроение, когда мать с отцом ссорились. В ходе сеансов терапии — после длительного лечения и серьезных улучшений — одной из центральных тем для обсуждения стало то, насколько на нее могла повлиять глубокая послеродовая депрессия, поразившая мать в первые два года после ее рождения. Физически мать присутствовала, однако ментально она была замкнута в своем мирке. Она была едва живой. У С. постоянно было ощущение, будто ей чего-то не хватает, будто ей чего-то недодают. В то же время, став идеальным ребенком, она научилась обращать на себя внимание родителей, получать признание и похвалу. Она развила в себе талант развлекать других, принося в их жизнь радость и создавая живость там, где ее не было. Но в один прекрасный день силы ее покинули. «Я живу, но не своей жизнью», — говорила она. «У меня есть тело, но оно мне не принадлежит. За счет своего стремления угодить я предоставила его в распоряжение другим, сделав его общим. Возможно, анорексия стала моей отчаянной попыткой сформировать собственное тело и собственную жизнь».

- **Отношения в семье**

Факторами риска здесь служат *наследственные психические заболевания, алкоголизм, конфликты и потери*. При булимии и переедании *проблема лишнего веса, уже существующая в семье*, также может стать фактором предрасположенности.

Часто обсуждается вопрос о том, существуют ли определенные паттерны взаимодействия в семье, которые могут вызывать развитие пищевых расстройств, например *излишняя близость в семье или, напротив, неумение разговаривать о своих чувствах* и т. п. Однако такого рода спекуляции часто не находят научных доказательств. Впрочем, мы все знаем, что отношения в семье могут как укреплять самоощущение и чувство защищенности, так и с легкостью их разрушать.

Мать с отцом постоянно ссорились. Громкие скандалы чередовались с периодами холодного отвержения. А. втягивали в эти конфликты. Оба родителя поверяли ей свои чувства, спрашивали у нее совета. А. буквально разрывало надвое: ей казалось, что она может понять обе стороны, и обоим было жалко. Она заняла нейтральную позицию, пытаясь угодить обоим, но считала, что ей это не удастся, ведь ссоры и периоды охлаждения продолжались. По ее мнению, в этом была ее вина. Всю свою юность она была «семейным терапевтом» для собственных родителей. Она боялась отлучаться из дома, потому что родители без нее снова начнут нападать друг на друга. А. чувствовала себя неудачницей. Ее анорексия во многом была вызвана тем, что она не разрешала себе есть, «ведь она этого не заслужила». Она чувствовала себя недостойной и не позволяла себе почти ничего.

- **Травмы**

- **Культура**

- ориентация на внешний вид;
- идеальная фигура;
- противоречащие требования к роли женщины;
- неправильный режим питания.

ЗАПУСКАЮЩИЕ ФАКТОРЫ

Это те самые «последние капли», после которых чаша переполняется, или «триггеры». Например:

- **потеря и конфликт;**
- **моббинг, издевательства;**
- **резкое похудение до критического уровня;**
- **ранний пубертат.**

Ей было десять, когда у нее начались месячные. Она была выше всех мальчиков в классе. Грудь у нее выросла гораздо раньше, чем у других девочек. Она чувствовала себя непохожей на других и хотела стать меньше. И она начала худеть.

- **поздний пубертат**

Можно ли заработать пищевое расстройство от диетического питания Nutrilite или кембриджского питания? Речь идет о порошковых смесях для похудения типа Very Low Calory Diets — с очень низким содержанием калорий. Производители и распространители, конечно же, ответят «нет»: ведь пищевые расстройства являются проявлением глубинных конфликтов. «А вот и нет», — возразим мы; это отчасти правда, однако продукт для похудения может стать той самой последней каплей, которая спровоцирует расстройство. Подобные продукты с суточной нормой потребления 400 ккал оказывают на человека серьезную нагрузку как физически, так и психически. И некоторые не выдерживают, в частности, из-за факторов предрасположенности. Не будет преувеличением утверждать, что случаев пищевых расстройств стало бы меньше, если бы подобные продукты вышли из употребления.

Другие девочки уже созрели, обрели женственные формы. А она задержалась — плоская грудь, невыразительная, по ее мнению, внешность. Другие девочки интересовались мальчиками. А она нет, да и мальчикам она была не особенно интересна. Она чувствовала себя иной. Неудачницей.

- **высокие требования к достижениям;**

- **травмы — особенно актуально для спортсменов**

Он тренировался каждый день и однажды порвал ахиллесово сухожилие. Тренировки прекратились. Он заскучал. Ему стало ясно, что спорт для него был не только приятным времяпрепровождением, но и способом избавиться от беспокойства и тревожности. А теперь тревожность вернулась. И он набрал несколько килограммов, хотя ел примерно столько же, сколько и раньше. От этих лишних килограммов нужно было избавиться как можно быстрее, и он напруг все силы.

- **Изменение условий жизни (переезд, языковой курс за рубежом)**

УСУГУБЛЯЮЩИЕ ФАКТОРЫ

Чем дальше, тем хуже

- **Физиология**

Психические симптомы недоедания.

Психические симптомы как следствие физиологических последствий булимического переедания и очищения кишечника.

- **Психология**

Симптомы имеют определенную «выгоду».

- **Семья и среда**

Расстройства провоцируют конфликты в семье.

Благополучные семьи рискуют стать менее благополучными, если у одного из членов возникает пищевое расстройство, поскольку оно берет власть над всей

семьей. Начинаются ссоры, раздражение, родители мечутся между агрессией и отчаянием, братьям и сестрам не хватает внимания, а девочка или мальчик, страдающий расстройством, часто ощущает тяжкий груз вины — вдобавок к другим своим непростым чувствам.

- **Негативное влияние среды**

Человек с расстройством становится проблемой, и с ним обращаются соответственно.

Или: В определенных сообществах, зонах риска, может оказаться так, что человека с пищевым расстройством могут начать превозносить за стройность и усердные тренировки. Таким образом, то, что фактически является нездоровым поведением, вызывает восхищение.

СПОРТ

Соревновательный спорт создает условия высокого риска для возникновения пищевых расстройств.

Высокая частотность пищевых расстройств в данной среде может рассматриваться как сумма двух факторов:

- спорт — культура риска, способствующая развитию пищевых расстройств;
- люди, предрасположенные к пищевым расстройствам, активно вовлекаются в спортивную культуру, находя ее для себя очень привлекательной.

«РОДСТВЕННЫЕ КУЛЬТУРЫ»

Спорт и пищевые расстройства объединяют некоторые общие предпосылки:

- тело рассматривается как инструмент для достижения успеха и мастерства;
- акцент на питание, вес и фигуру;

- фокусировка на конкретных, четко определенных целях;
- преодоление границ.

КУЛЬТУРА РИСКА

Различные факторы:

- переделывание тела;
- культура достижений;
- страх неудачи;
- групповое давление;
- физиологический стресс;
- кому принадлежит твоё тело(?);
- травмы;
- чрезмерные тренировки;
- комментарии от новых тренеров и авторитетов;
- ухудшение достижений.

В спортивной среде до сих пор живо множество мифов о том, что снижение веса означает рост достижений. По большому счету, это неверно. Во многих ситуациях при умеренном снижении массы спортивные достижения действительно могут улучшиться. Но получится ли у человека остановиться? Ведь дальнейшая потеря веса будет означать риск ухудшения достижений.

Прыжки — один из крайне немногих видов спорта, где снижение веса на самом деле может поспособствовать тому, что спортсмен начнет прыгать на большее расстояние. Поэтому этот вид спорта также стал зоной риска для возникновения пищевых расстройств у мужчин.

Показатели норвежского спорта высших достижений

Эти цифры взяты из исследований Юрунн Сюннгот-Борген из Высшей спортивной школы Норвегии⁸.



46% женщин в эстетических видах спорта страдают пищевыми расстройствами.

Похудение как фактор риска внутри сообщества

Исследования по группам населения показали, что частотность пищевых расстройств в определенной группе пропорциональна частотности похудения как поведенческой стратегии в этом же сообществе⁷.

Вполне ожидаемо, что среди девушек и женщин показатели особенно высоки в эстетических видах спорта. К ним относятся аэробика, гимнастика на турнике, ритмическая спортивная гимнастика, прыжки в воду, танец и др. Однако неожиданным для многих может показаться тот факт, что и в таких видах спорта, как гандбол и футбол, пищевые расстройства тоже нередки. Это доказывает, что расстройства пищевого поведения — это не только про идеалы стройности. Тело здесь рассматривается как средство демонстрации достижений.

ЭТОТ МАНЯЩИЙ СПОРТ

Многие стремятся в спорт из-за возможностей. Для некоторых людей с пищевыми расстройствами приход в определенные виды спорта ощущается как «возвращение к родному психотипу». Приходя в тот или иной спорт, человек с расстройством пищевого поведения может стремиться как к здоровому, так и к нездоровому применению собственного тела:

- повышение самооценки;
- спорт как приятное занятие;

- физическая активность как симптоматичное поведение — «сжигание калорий»;
- физическая активность как регуляция внутреннего напряжения и беспокойства;
- поиск альтернативной среды общения.

Среди спортсменов, страдающих пищевыми расстройствами, есть примеры, когда дети или подростки из неблагополучных семей с такими проблемами, как алкоголизм и насилие, стремятся убежать от жизни с домашними. В спортивном сообществе, где тренеры и наставники тобой интересуются, многие из них обретают идеал взрослого, на которого можно опереться.

Физические нагрузки

Серьезные физические и психические нагрузки приводят к тому, что у спортсменов могут появиться медицинские осложнения.

Обзор по женским и мужским видам спорта.

Виды спорта с весовыми категориями — тяжелая атлетика, дзюдо, карате и др.

Вполне ожидаемо, что среди девушек и женщин показатели особенно высоки в эстетических видах спорта. К ним относятся аэробика, гимнастика на турнике, ритмическая спортивная гимнастика, прыжки в воду, танец и др. Однако неожиданным для многих может показаться тот факт, что и в таких видах спорта, как гандбол и футбол, пищевые расстройства тоже нередки. Это доказывает, что расстройства пищевого поведения — это не только про идеалы стройности. Тело здесь рассматривается как средство демонстрации достижений.

ТРИАДА ЖЕНСКОГО СПОРТА

пищевые расстройства/хаотичное пищевое поведение

нарушение менструального цикла

снижение минеральной плотности костной ткани/
остеопороз

ЧТО ЖЕ ТАКОЕ НОРМА?

Большую проблему в спортивной культуре представляет собой неоднозначность границ между нормой и отклонением. В спорте существует тенденция нормализовать то, что другим показалось бы ненормальным, например не придавать значения тому, что человек вызывает у себя рвоту. И молодые атлеты не всегда могут получить у тренеров и наставников адекватную помощь, поскольку те сами практикуют нездоровые техники и не знают, где проходит граница.

ВСЕ НЕ ТАК СЕРЬЕЗНО?

Встречаются ли облегченные варианты пищевых расстройств в соревновательных видах спорта? Есть большой соблазн ответить отрицательно. У некоторых пациентов искажения пищевого поведения, очевидно, обусловлены биологическими нарушениями из-за экстремальных тренировок и техник снижения веса. Однако по собственному клиническому опыту я могу сказать, что спортсмены болеют точно так же, как прочие пациенты с пищевыми расстройствами. За внешне благополучным поведением может скрываться серьезное заболевание и жизнь, полная отчаяния.

Эта глава написана совместно с Юрунн Сюннгот-Борген из Высшей спортивной школы и Центра спорта высших достижений.

ПОЧЕМУ ИМЕННО ЖЕНЩИНЫ?

90% людей, страдающих пищевыми расстройствами, — это девушки и женщины. В психиатрии подобное половое разделение не имеет аналогов.

Сто лет назад истерия тоже рассматривалась как женская болезнь, однако не было подобного перекоса. Кое-что здесь может разъяснить биология. Но не все. Основное внимание следует уделить изучению психологических и социальных условий *женственности* в наше время.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ

Существует ли биологическое обоснование для объяснения причины, почему в пищевых расстройствах настолько преобладают женщины? Строго говоря, нет. Однако определенные биологические факторы могут делать женщин более уязвимыми, учитывая, что культура требует от них быть стройными.

Биологически женщины более предрасположены к колебаниям веса и росту массы тела. В женском теле массовая доля жира вдвое больше, чем в мужском, и ее увеличение, как правило, связано с переходными этапами в женском жизненном цикле, такими как пубертат, беременность и менопауза. Кроме того, у женщин метаболизм — обмен веществ — медленнее, чем у мужчин, что затрудняет снижение веса. Похудение само по себе часто замедляет обмен веществ, что может приводить к хорошо известному эффекту, который так раздражает многих женщин: невозможности похудеть.

И, кроме того, существует еще множество факторов, неизвестных нам, по крайней мере, пока.

Жизнь, не оставляющая следов?

Чтение журналов, задающих тренды для девушек и женщин, — занятие не для слабонервных. Ты одновременно должна и проявлять творческий подход к карьере, и усердие в работе, и быть заботливой многодетной мамой, умеющей вкусно готовить, оставаясь при этом здоровой, стройной, упругой, вдобавок жить активной и захватывающей половой жизнью, причем так, чтобы ничто из вышеперечисленного не оставляло на тебе никаких следов. Но ведь с годами мы меняемся, вкусная еда влияет на фигуру, вино и загар ухудшают качество кожи, поцелуи вызывают прилив крови к щекам, а после активной работы и ночных развлечений остаются круги под глазами. А от улыбок возникают морщины.

ОТКРЫТОЕ ТЕЛО

Женское тело по природе более открыто, чем мужское.

Физиология

Женское тело хрупко и подвержено внешнему воздействию, например насилию.

Эстетический объект

Женское тело в большей степени, чем мужское, рассматривается как эстетический объект, подверженный оценке и осуждению.

Недостижимый идеал?

Нужно быть похожей и на мать, и на отца?

Быть молодой женщиной — значит жить под двойным гнетом ожиданий. С одной стороны, женщине предъявляют традиционные требования к женственности, связанные с заботливостью и сексуальной привлекательностью. С другой стороны, от нее требуют порвать с традициями, открыться новым вариантам выбора и большей свободе. Здесь женщина встречается с другим, диффузным набором требований,

в частности более настоятельным требованием развивать в себе умение создавать *собственную* жизнь. К традиционным женским добродетелям добавляются новые мужские идеалы: креативность, эффективность, самостоятельность.

НО НЕ ЗАБЫВАЙТЕ!

Расстройства пищевого поведения не чисто женские заболевания. Эти расстройства не имеют психологической привязки к полу и охватывают всех — как женщин, так и мужчин, однако все же в основном женщин.

КУЛЬТУРНАЯ ФРУСТРАЦИЯ

Каков «культурный» компонент в таком культурно обусловленном заболевании, как пищевые расстройства? По сути расстройства пищевого поведения являются этническим недугом современного Запада.

Мы — продукты своей эпохи, а сама эпоха складывается из суммы всех нас, в ней живущих. Один индивид отражается во множестве других, а это множество, в свою очередь, выкристаллизовывается в отдельном индивиде. Посредническим звеном здесь служит семья. Нелегко найти точные формулировки для того, чтобы обозначить все те связи, которые соединяют человека, страдающего пищевым расстройством, с культурой, внутри которой он живет: они многочисленны и сложносоставны.

ЧЕЛОВЕК КАК ОТКРЫТАЯ СИСТЕМА

Если бы меня спросили, чем я хочу заниматься, когда вырасту, думаю, я бы ответила, что хочу спасти экосистему. Но про себя я бы подумала, что сперва мне надо похудеть.

Анна Б. Енсен.
Из черновиков

Современная западная культура наполнена *тревогой*. Мы живем в уникальную культурно-историческую эпоху, которая заимствует свои идеалы и коллективные представления из эфемерной сферы: из будущего. Суть современности — стремление порвать с традициями, поставив на их место *перемены* и *преобразования*, при этом не задерживаясь в настоящем. Таким образом, тревога становится предпосылкой существования всей этой культуры, а вовсе не случайным побочным эффектом. Сочетание восторженности и страха, характерное для современности, хорошо выражено в этой фразе:

Единственное стабильное состояние — нестабильность.

Понятие «кризис самоидентификации» применяется не только к отдельным индивидам, но и к целым культурам. Устаревшие идентичности подлежат демонтажу и переформированию. Именно это дает современному обществу его мощную энергию и продуктивность, создавая для каждого индивида условия, где он может ощущать воодушевление и расширение. Однако тревожная обстановка вокруг также может создавать внутреннее беспокойство.

Внешняя фрагментация отражается на внутреннем мире, запуская адскую машинерию мыслей и чувств. И мы теряем ощущение контроля над самими собой и окружающим миром.

ГОЛОД ПО СИМВОЛАМ

Там, где границы обозначены недостаточно четко, их необходимо провести. Такое понятие, как *голод*, в рамках разговора о пищевых расстройствах может толковаться символически как голод по *четким знакам*. Границы — это инструмент производства идентичности. А идентичность базируется на способности отделять себя от других. Границы же подразумевают определенные знаковые обозначения. Тело, воспринимаемое в своей конкретной материальности, боится быть использованным в качестве символического инструмента. Или, как выражаются в нашу эпоху информационных технологий: становится *дисплеем*. При пищевом расстройстве человек сам

отделяет себя границей от неопределенности, закрепляя ее своей личной подписью, буквально прописанной в плоти и крови.

Отталкиваясь от конкретно-материальной природы тела, культура в то же время предписывает ему задачи, лежащие вне плоскости традиционной телесности. На конкретном уровне язык тела выражается в том, что оно на своей поверхности транслирует глубинные сообщения, затрагивающие сферы эстетики, этики и психологии. Стройное женское тело привлекательно как воплощенный идеал красоты. Однако, будучи эстетическим идеалом современности, стройность также является символическим проявлением *самоконтроля, дисциплины, эффективности и силы духа.*

ИДЕАЛЬНОЕ ТЕЛО

ЧИСТОТА

Невольно возникает вопрос о том, что роднит средневековую святость и нервную анорексию XX века. Идеал стройности для современной анорексички имеет тот же статус, что для средневековой святой имел Господь Бог, и здесь можно говорить об одинаково сильной фиксации на отношениях между «Я» и Богом/идеалом стройности, проникнуть в суть которых у непосвященных нет ни малейшего шанса. «Жир» вызывает у современных женщин такой же страх, который у благочестивых христианок прошлых эпох вызывал «дьявол». Иными словами, «стройность» и «святость» являются двумя идеалами чистоты, и их необходимо рассматривать как идеалы, задаваемые соответствующим общественным строем и исторической эпохой.

Сюзанне Брэггер. Драгоценный шелест.

Сборник эссе.

На вопрос «что важнее, гены или джинсы?», основанный на созвучии английских слов *genes* и *jeans*, можно с уверенностью

ответить, что «джинсы» не менее важны.

Западная культура доходит до крайностей в своей одержимости телом как знаком личного и общественного успеха. Много внимания уделяется стройности как идеалу красоты. Однако достижение идеала требует самых разных форм самодисциплины, далеко не всегда здоровых. Да и нашу безграничную одержимость здоровьем тоже вряд ли можно назвать здоровой. Аналогичная дисциплина присутствует у спортсменов, с их стремлением все дальше раздвигать границы возможного.

Пищевые расстройства необходимо рассматривать в связи со строжайшим диктатом стройности, который формируется рекламой и медиа. Медиаиндустрия, с ее более или менее ложной пропагандой похудения и отретушированными фотомоделями, без сомнения, фактор риска.

Болезнь перекидывается на детей

В Швеции провели исследование среди семилетних детей. 27% девочек сказали, что задумывались о похудении, а 20% уже пробовали сидеть на диете⁹.

Исследования населения показывают, что частотность пищевых расстройств в определенной группе пропорциональна распространенности в ней стратегий похудения.

То, что в центре внимания оказываются только идеальные тела, приводит к еще большему недовольству своим телом. Многие работают над телом, чтобы достичь некоего идеального состояния, фокусируясь при этом не на том, что у них уже есть и что хорошо получается, но на том, чего не хватает.

В то же время многие люди, страдающие пищевыми расстройствами, вовсе не ориентируются ни на идеалы красоты, ни на модели из журналов и с рекламных щитов.

ВИЗУАЛЬНАЯ КУЛЬТУРА

То, что идеалы, предъявляемые нам в рекламе и медиа, имеют над нами такую власть, во многом обусловлено тем, что мы сами постоянно находимся в поиске ориентиров, на которые

стремимся быть похожими. Еще одна причина заключается в том, что мы живем в визуально-ориентированную эпоху, когда визуальные медиа занимают доминирующее положение в повседневной жизни. Наша культура — это культура взгляда, и, живя в ней, мы подвергаемся массовой бомбардировке визуальными образами. Мы гораздо больше смотрим, чем пробуем на ощупь. Друг друга мы воспринимаем сквозь призму созерцающего взгляда: *глубоко и в то же время поверхностно.*

ВЕЧНАЯ МОЛОДОСТЬ

Взросление характеризуется глубокой амбивалентностью и парадоксальностью. Если учитывать нашу преданность идее *развития*, вполне логично, что мы мифологизируем юность как фазу жизни, когда человек еще формируется. *Молодое* для нас равно витальное. Молодость — это само воплощение духа современной эпохи. Она стала тем эротизированным эстетически-коммуникативным мифом, на который ориентируются взрослые. У этого есть как приятные, так и проблематичные аспекты. Состояние взрослости не заложено в нас от рождения. Тело растет само по себе, а вот эмоциональное развитие подразумевает, что мы у кого-то учимся. *Проблематичная сторона вопроса заключается в том, что сложно взрослеть в ситуации, когда так называемые взрослые настаивают на том, что они сами еще молоды.* У молодых не получается идти по проторенной дорожке, и они вынуждены создавать и писать свою жизнь с нуля. А это означает не только свободу и эксперименты, но и ранимость, и ощущение, что тебе не на кого положиться. Человек оказывается в уязвимом положении.

БЕСПОКОЙНАЯ СЕМЕЙКА

Современная семейная жизнь тоже весьма неоднозначна и полна двойных посланий. С одной стороны, семья имеет довольно размытую структуру, и в таких нестрогих рамках возникает потребность получать больше — больше любви. И может создаваться ощущение, что этой обязанности транслировать любовь нет конца и края: когда же, наконец, будет достаточно?

Кроме того, современная семья в не меньшей степени связана и с кризисом ожиданий, на почве которого возрастает неблагодарность: человеку не хватает внимания и одобрения, и его постоянно преследует ощущение нехватки.

Еще один неоднозначный момент в семье — это нечетко выстроенная иерархия. Традиционная вертикальная структура семьи, где родители находятся наверху, а дети внизу, превращается, скорее, в горизонтальную, когда все составляют одну команду. Это укрепляет дух товарищества, но в то же время лишает детей чувства защищенности. Насколько комфортно дочери слышать, что мать называет ее своей лучшей подругой?

Мария, 17 лет:

Мне всегда приходилось заботиться о родителях. Я никогда не рассчитывала на то, что они смогут справиться сами. Это, наверное, странновато, но по-другому я не могу. Это как в школе: когда надо работать в группе, я беру все на себя. И вскоре все начинают ждать от меня этого. Я довольно сильно устала.

ИНДИВИД ПЕРЕД ЛИЦОМ ОЖИДАНИЙ

Мы живем в индивидуалистической культуре. Современный индивид — это *психологизированный*, рефлексирующий человек, и его следует рассматривать в контексте так называемой *интернализации и индивидуализации*. Интернализация выражается в том, что внешние силы, такие как Бог и дьявол, короли и епископы, отступают на второй план, а внешние конфликты, таким образом, переходят во внутренние. При этом ни Бог, ни дьявол не умирают — они просто трансформируются в аспекты психики человека, его внутренние качества и противоречия. Это ставит перед человеком непростую задачу: поддерживать психический *самоконтроль*, дабы сохранять целостность. Индивидуализация же подразумевает выделение индивида из группы в качестве юридического, этического и психологического актора.

Расплачиваться за это часто приходится одиночеством, ощущением, что ты «один в поле». Основной акцент делается на мифе о *свободной самореализации*: якобы только от нас зависит,

добьемся мы желаемого или нет. Однако подобный миф, разумеется, не более чем миф. Обратная сторона этой медали — недовольство собой из-за того, что у нас что-то не получается и мы достигаем меньших результатов, чем ожидали. К человеку в индивидуалистической культуре предъявляются сильно завышенные требования: *самореализация, создание собственного имиджа, самоконтроль, самостоятельность* и т. п. Постоянно быть настолько занятым собой может быть весьма утомительно.

И многие не выдерживают такого напряжения. Пищевые расстройства можно рассматривать как спасительную уловку, как метод само-объективации с целью сохранения себя как субъекта: только хужоба дает мне право быть кем-то. Тело и телесные ритуалы становятся ареной для достижений и одновременно зоной для отступления.

ЕДА БЕЗ ГРАНИЦ

Язык как заразная болезнь

Чтобы понять суть того или иного заболевания, полезно осознавать болезнь не только как биологический процесс, но и как нарратив. Создавая вокруг заболевания определенную терминологию, давая наименования, ставя диагнозы и составляя описания, мы таким образом формируем особую реальность болезни.

Болеют многие, причем часто диффузными заболеваниями. Поскольку вокруг болезни существует некое повествование, мы не можем игнорировать тот факт, что экзистенциальная тревога и психическая боль в принципе нередко выражаются через нарратив. Тревога требует четкости в определении и описании симптоматики, а заболевания — щепетильности в подборе языковых средств из современного арсенала. Язык сам по себе заразен.

Возможно, если бы у нас были иные нарративы, неспецифические заболевания выражались бы в других симптомах.

Еда — это всегда нечто большее, чем то, что лежит на тарелке. Она питает не только тело, но и душу. Это коммуникативная система со своими ментальными образами, обычаями, ситуациями, правилами такта и хорошего тона. Еда — это семья, взросление, воспоминания.

Сегодня культура совместной семейной трапезы в нашем обществе претерпевает изменения. Не остается никаких рамок. За последнее десятилетие в норвежских семьях стало на одну совместную трапезу в неделю меньше. Совместной трапезе как институту социализации угрожают личные отношения между индивидом и едой. Появилось понятие *snacking*, обозначающее хаотичные пищевые привычки и частое потребление еды мелкими порциями. Вместо приема пищи в определенное время

человек может перекусывать по многу раз за день, то и дело подходя к холодильнику или отправляясь за едой на улицу. Фастфуд — яркий пример «еды без границ», поскольку он доступен 24 часа в сутки. Наша еда отражает культуру постоянной занятости.

С биологической точки зрения, стоит также задуматься о том, что хаотично организованный прием пищи нарушает тонкий биологический баланс внутри организма.

А не ввести ли заново школьный завтрак?

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

Skårderud, F 1991. *Sultekunstnerne*. Oslo. Aschehoug

Skårderud, F 1994. *Nervøse spiseforstyrrelser*. Oslo.

Universitetsforlaget

Skårderud, F 1998. *Uro*. Oslo. Aschehoug

Solheim, J 1998. *Den åpne kroppen*. Oslo. Pax

ЧАСТЬ 2

ВРАЧАМ: НЕ НАВРЕДИ

ПОЛЬЗА ЛЕЧЕНИЯ

Важно не терять оптимизм: лечение действительно помогает. А самая эффективная форма лечения — это разговорный метод. Медикаментозная же терапия играет в работе с пищевыми расстройствами весьма ограниченную роль.

Разговоры могут проходить в различных форматах.

Один на один, в группе или вместе с родственниками пациента. При стационарном лечении важнейшим моментом становится групповая терапия. Все перечисленные форматы имеют равную пользу. Однако некоторые нюансы указывают на то, что для детей и молодежи работа вместе с семьей несколько более эффективна.

Разговоры также могут проводиться в русле различных научно-теоретических традиций.

Психоаналитически ориентированная психотерапия, семейная терапия, когнитивно-поведенческий метод, телесно-ориентированная психотерапия, психомоторная физиотерапия, а также терапия выразительными искусстваами, применение гипноза и т. п.

Несмотря на все различия между моделями и методами в разных традициях, все же между терапевтическими культурами в рамках практического подхода прослеживается явное сходство. Хотя для описания проводимых действий используются разные термины, по сути многое совпадает. Это обусловлено самой природой пищевых расстройств: различные традиции просто подстраиваются под реальность. Бессмысленно считать свой ход мысли правильным, если лечение при этом не работает. На сегодняшний день некорректно утверждать, что в научном сообществе существуют серьезные разногласия относительно подходов к пищевым расстройствам.

Разговоры могут проходить в самых разных профессиональных контекстах.

С медсестрой, врачом общей практики, школьным психологом-консультантом, в службах психологической и психиатрической помощи, у физиотерапевта и т. п.

ЧТО ЗНАЧИТ ЛЕЧИТЬ

Лечить пищевые расстройства означает:

- **создавать достаточно безопасные терапевтические отношения;**
- **видеть за симптомами личность;**
- **быть посредником при «переводе» еды и телесности на язык чувств и отношений;**

- способствовать развитию и укреплению навыков самоисцеления у пациентов с пищевыми расстройствами;
- учитывать, что заболевание затрагивает не только самого пациента, но и его близких.

СОЗДАТЬ ДОВЕРИТЕЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ

В терапии существуют специфические и неспецифические факторы. Специфические факторы можно отследить: они касаются содержания и техник. Неспецифические сложнее поддаются описанию, однако являются основополагающими и связаны с качеством терапевтических отношений.

Анорексик может постепенно раскрыться только в безопасных отношениях, а булимик только во взаимодействии с надежной фигурой чувствует, что может начать прорабатывать свой стыд и самобичевание. В лечении важна как техника, так и *личный подход*.

РАЗГЛЯДЕТЬ ЗА СИМПТОМАМИ ЛИЧНОСТЬ

Разумеется, устранение симптомов стоит в приоритете, однако необходимо помнить о том, что это лишь *одна из целей* лечения.

Более глобальная цель состоит в том, чтобы добиться того, чтобы пациент с пищевым расстройством обрел смелость познакомиться со своими чувствами и реакциями, лучше узнал самого себя и нашел наименования для безымянных проявлений своей внутренней жизни и отношений с другими людьми. *Насколько близкий контакт пугает, настолько же он жизненно необходим.*

У всех нас есть потребность, чтобы нас *видели*. Замечая лишь внешние симптомы, терапевт смотрит, но не видит. Лечение анорексии, которое сводится лишь к увеличению массы тела, оставляет пациента с нерешенной проблемой. Да, телесное здоровье улучшится, однако пищевое расстройство может никуда не уйти, а состояние пациента может лишь ухудшиться, с серьезным риском развития булимии.

Терапевт с односторонним подходом, который смотрит на внешнее поведение и симптомы, попадает в ту же ловушку, что и пациент. Драматический внешний конфликт захватывает как родителей, так и друзей, и врачей.

ПОДГОТОВИТЕЛЬНАЯ РАБОТА

Существует много путей к цели и целый ряд терапевтических традиций, которые имеют положительный эффект. Опытные терапевты, попробовавшие различные школы и методы, могут сами задавать себе рамки. Однако в работе с пищевыми расстройствами рекомендуется строго соблюдать методические указания, чтобы сделать лечение более эффективным. Многие рекомендации, приведенные в этом издании, касаются подготовительной стадии лечения и установления устойчивого альянса между терапевтом и пациентом.

Возникает соблазн сказать, что бóльшая часть этой вводной работы заключается в том, чтобы привести пациента в такое состояние, которое позволит ему лучше воспринять традиционные формы разговорной терапии, подводящей к «лечению как таковому».

Рекомендуемые здесь методические подходы соответствуют двум главным чертам пищевых расстройств:

- **Мотивация к лечению нестабильна**
Это заставляет уделять особое внимание мотивационной работе.
- **Тело становится ареной психофизиологических конфликтов**
Отчасти речь идет о том, что физиологические предпосылки и соматические симптомы выходят на первый план как первоочередные задачи, отчасти — об одержимости едой и телом. Пациент, страдающий пищевым расстройством, в столь сильной степени живет в собственном теле — как физически, так и психически, — что оно тем самым превращается в арену встречи с ним. *На практике мы*

говорим о выведении в фокус внимания определенных симптомов. Для многих это само собой разумеющееся, однако во многих психотерапевтических традициях больше внимания уделяется непосредственно проблемам, лежащим в основе расстройства, а не их симптоматическим проявлениям.

ПРЕЖДЕ ВСЕГО

**Прежде всего мы сталкиваемся
с беспокойством и недоверием.
Так как же начать лечение?**

Некоторые пациенты с пищевыми расстройствами сами ищут помощи. Но многие этого не делают. Эта глава посвящена главным образом тем, кто сам не обращается за помощью и кого необходимо на это мотивировать.

Она будет актуальна для учителей, школьных психологов, преподавателей физкультуры, тренеров, капитанов спортивных команд, сотрудников медицинских служб, а также школьного педагогически-психологического аппарата и всех тех, кто находится на переднем крае борьбы с пищевыми расстройствами.

Те же принципы относятся и к родственникам, близким и друзьям.

ЦЕЛИ

На раннем этапе установление контакта с пациентом преследует несколько целей:

- **Создать безопасную среду, изнутри которой можно было бы дать адекватную оценку ситуации.**
Действительно ли мы имеем дело с пищевым расстройством? Насколько оно серьезно? Если же это не пищевое расстройство, необходима ли человеку в любом случае медицинская помощь?
- **Мотивировать пациента к изменениям.**

- **Необходимы ли дальнейшие консультации? Или человек способен справиться самостоятельно?**
- **Поощрять контакт с лечащим персоналом.**

КАК СФОРМИРОВАТЬ ОТНОШЕНИЯ

- **Установите контакт.**
Спланируйте беседу. Продумайте, какие слова вы будете использовать и какие формулировки будут больше всего располагать к продолжению разговора.
- **Продемонстрируйте обеспокоенность.**
Вместо того чтобы обвинять пациента: «Ты страдаешь пищевым расстройством», лучше проявить обеспокоенность: «Я беспокоюсь за тебя. Давай вместе попробуем рассеять это беспокойство?»
- **Что делать, если пациент не идет на контакт?**
Это, скорее, правило, чем исключение. Сообщите, что собираетесь вернуться к той же теме через какое-то время — и сделайте это!
- **Не действуйте за спиной у пациента, но информируйте его напрямую.**
- **При малом весе и снижении веса.**
Возможно, важно будет настоять на взвешивании и в конечном итоге полном осмотре или убедиться в том, что кто-то следит за весом пациента.
- **Несовершеннолетние пациенты: когда следует проинформировать родителей?**
Чем быстрее, тем лучше. Однако многие боятся и всеми средствами избегают того, чтобы вовлекать родителей. Ситуация, когда родители в течение многих месяцев или даже лет не знают о том, что у их ребенка булимия, неприемлема. Поэтому необходимо мотивировать пациента на разговор об этом. Возможно, придется поставить ультиматум: «Либо ты сам (-а) поговоришь с ними до четверга, либо я звоню им в среду». Можно с согласия

ребенка самому проинформировать родителей о проблеме или пригласить семью на общую беседу. При этом план беседы подготовить совместно с юным пациентом.

- **Показывайте пример, четко обозначая свои границы.**

Выражайтесь ясно, выполняйте договоренности и сообщайте, что вы считаете допустимым, а что недопустимым. При необходимости спрашивайте совета у коллег или медперсонала.

ПЕРВОЕ ЗНАКОМСТВО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Скажем прямо: цель первой встречи с пациентом — сделать так, чтобы состоялась вторая.

Психотерапевтический подход вписан в более широкий ряд контекстов, чем непосредственно психотерапевтические беседы. Этот подход должен быть фундаментом деятельности любого лечащего специалиста, в том числе в соматической медицине. Наиболее *этична* позиция *слушающего*. Это не означает, что надо молчать, однако вы должны быть открыты и расположены к общению.

- **Проявляйте эмпатию.**

Эмпатию определяют как попытку поставить себя на место другого, не ставя его на место.

- **Давайте позитивный отклик.**
- **Обращайтесь с симптомом тактично.**
- **Ставьте перед собой реалистичные цели.**

Маловероятно, что до следующего приема переедание и выташнивание сократятся или что истощенный пациент начнет набирать вес. Однако у вас может получиться шаг за шагом способствовать изменениям.

- **Демонстрируйте профессионализм.**

Опыт лечения пищевых расстройств показывает, что терапевт должен демонстрировать определенную экспертность, ведь *осведомленность и опыт создают ощущение защищенности*. Кроме того, в рамках безопасных отношений эта экспертность должна быть сбалансирована открытым, вопросительным тоном без намека на всезнайство. Пациенты очень по-разному воспринимают свои заболевания, и врач не может знать ничего наверняка, пока не предложит пациенту озвучить собственную версию.

СОКРАТИЧЕСКИЙ МЕТОД ВЕДЕНИЯ ДИАЛОГА

- используйте выражения собеседника, подбирайте понятные ему слова;
- демонстрируйте готовность сотрудничать;
- проявляйте честность;
- проявляйте дружелюбное любопытство;
- концентрируйтесь на заданных темах;
- соблюдайте систематичность;
- сохраняйте терпение.

ИНТЕГРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАЗГОВОРОМ

При *сближении* с пациентом крайне важны *активность, конкретика и ясность*.

Эти три вещи отражают основные черты пищевых расстройств.

ИНТЕГРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАЗГОВОРОМ ПРИ ПИЩЕВЫХ РАССТРОЙСТВАХ

- **Поведение.** Меняем пищевые привычки.
- **Педагогика.** Просвещаем пациента о питании и пищевых расстройствах.
- **Мышление (когнитивные установки).** Бросаем вызов укоренившимся ментальным паттернам.
- **Чувства.** Связываем еду и тело с чувствами.
- **Отношения.** Проясняем отношения с другими.

АКТИВНОСТЬ

Активность врача может *снижать тревожность*. В отличие от пациента, который потерял контроль, терапевт на первых порах берет на себя контроль в контексте лечения.

Пассивность и отстраненность врача может фрустрировать пациента, которому, возможно, не хватает здоровой способности выражать свои чувства вербально. Толерантность ко внутреннему напряжению уже снижена. О чем мне говорить? Что он обо мне думает? Может активироваться пресловутый страх перед неудачей. Активность также означает, что врач берет на себя ответственность за поднятие «стыдных» вопросов, таких как рвота. *Непринужденно обсуждая подобные слова и темы, можно снять напряжение вокруг неприятных вопросов.*

Есть риск, что активность перейдет в доминацию и неумение слушать. Врач может занять слишком много места в процессе, не оставляя пациенту пространства для собственного развития.

ЯСНОСТЬ

В противовес размытости, нечеткости границ, двойственности и хаосу пациент нуждается в ясности. А ясность в том числе подразумевает особый акцент на *предсказуемости* действий.

КОНКРЕТИКА

Пациент находится в заложниках у конкретики. Но она также может использоваться в благих терапевтических целях. Работа с изменением пищевых привычек и веса необходима сама по себе, однако она может быть полезна и для того, чтобы помочь пациенту познакомиться со своими чувствами в том конкретном контексте, в котором он их проживает.

СМОТРЕТЬ С РАЗНЫХ СТОРОН

Нужно видеть пациента целиком. Ведь он полностью себя не знает. Одна пациентка мне как-то сказала: «Мне как будто одновременно три года и шестьдесят». *Она чувствовала себя и маленьким покинутым ребенком, и ребенком, разросшимся до больших размеров.*

Если мы видим только одну сторону — «маленького ребенка», мы рискуем взять на себя слишком много контроля, обесценивая и нарушая автономию личности.

Если же мы смотрим на пациента исключительно как на самостоятельного взрослого, мы можем тем самым серьезно переоценивать его или ее силы. С одной стороны, такая переоценка ведет нас к игнорированию нужды пациента в помощи: «Следующая беседа через три недели». Это может восприниматься как отвержение.

Другая ловушка заключается в том, чтобы излишне концентрироваться на негативных моментах в поведении и мотивациях пациента. В терапевтическом языке это выражается в таких — *плохих* — словах, как «манипулятивность», «упорство», «упрямство». Терапевтическая беседа рискует превратиться в поле боя. Меры, принимаемые врачом, могут быть восприняты как оскорбительные. Такие слова, как «страх» или «отчаяние», охватывают более широкий спектр состояний.

Вполне возможно — и часто так и случается — быть одновременно и сильным, и слабым, и жертвой, и агрессором. Внешне поведение пациента может казаться проявлением

силы, однако внутренне он слишком слаб, чтобы попросить о помощи и озвучить свои потребности.

ИСКУССТВО ПЕРЕГОВОРОВ

Переговоры — интересная часть терапевтической работы. Двойственности пациента мы можем противопоставить собственную терапевтическую двойственность.

Мы высказываемся четко, явно подчеркивая, что определенные вещи не обсуждаются: при анорексии необходимо набрать вес. А если булимик хочет научиться лучше себя контролировать, ему необходимо есть чаще.

В то же время мы проявляем гибкость. Внутри этих непререкаемых рамок мы можем свободно обсуждать пути достижения поставленной цели. Чтобы продемонстрировать наше понимание противоположных потребностей пациента — в автономии и в то же время в зависимости, — мы можем пользоваться методом балансировки между «брать» и «давать».

ТЕРПЕНИЕ

И, разумеется, необходимо терпение: мы должны вновь и вновь напоминать себе о том, что для многих пищевое расстройство — это нечто большее, чем просто болезнь. Это образ жизни.

СИМПТОМЫ В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ

На самых первых беседах пациент может чувствовать, будто попал в какое-то ядовитое облако. Ему больно, при этом невозможно разглядеть контуры этого нового ландшафта. Хочется изменений, но непонятно, как к ним прийти. Суть пищевых расстройств заключается в том, что они делают невидимой личность, стоящую за ними. Если симптомы делятся уже долгое время, личность заслоняется еще больше. Симптомы ее «съедают», и пациент все больше и больше перенимает идентичность «анорексика» или «булимика». При систематическом подходе лечащего врача — с применением вопросов, замечаний,

комментариев — личность *вновь выходит на первый план*. Однако это постепенный процесс: резко набрасываясь на эмоционально чувствительные темы, вы рискуете спровоцировать у пациента тревогу — и при этом семена, которые вы хотите посеять, падут на бесплодную почву, поскольку она еще попросту не готова.

Изучение симптомов и попытки с ними справиться — это также путь к расширению психологического репертуара. *Изучая, мы учимся различать*. Отыскивая отличия, мы начинаем яснее различать контуры. Мы хотим не просто описать симптомы, но и выявить взаимосвязь между ними. Ведь все взаимосвязано. Пищевое поведение связано с чувствами и отношениями. *Происходит, по сути, переводческая работа*. Постепенно формирующийся навык различения становится частью построения более целостного «Я» и обретения более уверенного чувства контроля.

Есть ли разница между чувствами в разные дни недели?

А в выходные? Когда тебе лучше всего?

С кем ты в такие моменты проводишь время?

Как другие люди влияют на то, как и что ты ешь? Кто эти люди?

В каких ситуациях ты ощущаешь свое тело слишком большим?

Бывают ли ситуации, которые вызывают у тебя особенно сильное желание похудеть?

ВЕРБАЛИЗОВАТЬ СВОИ ЧУВСТВА

Есть два взгляда на неспособность к вербализации своего внутреннего мира.

- Определенные чувства и реакции, которые могут быть поименованы, оказались вытеснены, забыты или подавлены, но при благоприятных обстоятельствах их вновь можно извлечь на свет.
- Языковые обозначения существуют лишь в зачаточной форме, и им необходимо *обучиться*.

Одно вовсе не исключает другое. Однако в терапевтической работе с пищевыми расстройствами второй подход, как правило, будет преобладающим. Цель работы здесь заключается не столько в том, чтобы что-то «извлечь», сколько в том, чтобы что-то «вложить».

Развитие способности говорить о самом себе занимает в ходе лечения немало времени: необходимо углубляться в детали, повторять заново, углублять и уточнять уже выясненное — вновь и вновь.

СТАТЬ ЗНАТОКОМ САМОГО СЕБЯ

При лечении пищевых расстройств — как и при других психических расстройствах — благоприятно создавать атмосферу *любопытства и интереса*, культивируя *общий исследовательский дух*. Цель — способствовать самовосстановлению пациента.

Роль терапевта состоит в том, чтобы в качестве эксперта сделать пациента экспертом по самому себе. Вместо того чтобы говорить: «Тебе надо сделать то-то и то-то», — эффективнее использовать иные формулировки: «Если представить, что ты бы попробовал вот это, как думаешь, как бы для тебя это ощущалось? Смог бы ты с этим справиться? У тебя есть какие-то соображения насчет того, что могло бы облегчить — или усложнить — тебе задачу? Хочешь попробовать?»

ДАЛЬНЕЙШИЕ ЭТАПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Продолжайте исследовать эмоциональный ландшафт, чтобы укрепить способность пациента *различать, толковать и справляться* со своими чувствами и нуждами.

Кто я сейчас и кем я хочу стать? Самосознание невозможно, если у нас нет хоть какого-то представления о том, кем мы являемся. Где проходит граница между мной и тем, чего я хочу, а также тем, что, по моему мнению, другие хотят от меня? Что я знаю? Что думаю? Что мне нужно?

Цель лечения заключается в том, чтобы наполнить слово «Я» четким и ясным содержанием.

Альтернативные способы справляться с тревогой. Примеры: позвонить другу, выйти из дома, совершить пробежку, поболтать по телефону, навестить кого-нибудь, прописать свои чувства и т. п.

Не выражать эмоции действием. Если контакт с самим собой не налажен, может быть не просто понимать разницу между желанием и его непосредственной реализацией. При выздоровлении человек научается переживать неприятные чувства наравне с приятными, не переводя их в конкретные внешние проявления. Стоит лишь признать собственные чувства, и они уже перестают казаться столь угрожающими.

Социальные отношения. Тематизируйте и стимулируйте социальные контакты. Пациентка заглушает переизбыток боли разбитого сердца? Она прячется за едой, когда не осмеливается на близкие отношения? Мешает ли ей стыд за свое пищевое расстройство стать ближе к другим?

Заранее подготовиться к рецидивам и вытерпеть их.

ВРЕМЯ

На все требуется время. Важно быть реалистами: терапевтическая работа зачастую занимает несколько лет. В хорошем терапевтическом альянсе без особых осложнений очень многого часто можно достичь за первый год. Цель состоит в том, чтобы взять симптомы пищевого расстройства под более строгий контроль и добиться того, чтобы больше внимания уделялось глубинным факторам, влияющим на ситуацию.

ЧТО ЗНАЧИТ БЫТЬ ВРАЧОМ

Врач — это не костыль для пациента. Любой врач испытывает чувства к своим пациентам: как позитивные, так и негативные, как приемлемые, так и неприемлемые. В психоанализе те чувства, которые пациент пробуждает в терапевте, называются *переносом*.

Перенос — это, разумеется, проявление собственной жизненной истории врача, его уязвимостей и белых пятен. Но один из компонентов значения понятия «перенос» — это то, какие чувства мы «несем» в себе по отношению к пациенту. В работе с пищевыми расстройствами некоторые реакции провоцируют больше, чем другие.

Размывание границ. Человек, склонный к хаотичности и размытости, ищет четких границ и ясности. Поведение пациента с пищевым расстройством может вызывать у врача ощущение сильного давления и угрозы. Это может провоцировать у него как *страх*, так и *гнев*. Есть печальные примеры, когда врачи реагируют неадекватно — наказаниями, контролем или отвержением. *Пациент действует импульсивно, а врач умножает это на два.*

Скука и пустота. Пищевое расстройство может рассматриваться как оскудение жизни. Это своего рода духовный минимализм. Пустота, скука, безынициативность и отсутствие фантазии могут в конце концов повлиять и на лечащего врача. Можно с достаточной долей уверенности заявить, что чувствительный пациент это поймет и, будучи замкнут в своей собственной проблеме, преувеличит проблему. *Умеренная, деликатная вербализация подобных переносов может очень серьезно продвинуть лечение вперед.*

Тело терапевта. У врача тоже есть тело. Врачу тоже может быть как уютно, так и неуютно в собственном теле. Многие врачи худеют, другие довольны своим весом. Сосредоточенность пациентов с пищевыми расстройствами на телесности может приводить к тому, что и врач тоже начнет обращать больше внимания на то, что и как он ест. Как терапевты мы должны смириться с тем, что многие пациенты смотрят на наши тела оценивающим взглядом и спектр их эмоций варьируется от восхищения и зависти до осуждения и презрения.

Активность может означать ориентировку: врач «подает» и показывает «меню» возможностей. Лечение разговором может быть нацелено не только на формирование новых смыслов, но и на раскрытие уже имеющихся:

— *И каково тебе было тогда?*

— *Не знаю, ничего особенного.*

— *Позволь мне предложить несколько вариантов. На что больше похожи твои чувства?*

Как ты считаешь, ты испытывала страх, гнев, печаль или радость?

— *Думаю, в основном страх и немного печаль.*

«Сколько можно говорить о еде?»

Хочется задать встречный вопрос: а почему бы не использовать разговоры о еде и теле как способ добраться до эмоциональной жизни пациента?

У психотерапевта на образование уходят годы. А заучить таблицу по питанию занимает пару часов. Это скучно, но необходимо. Люди, страдающие пищевыми расстройствами, часто испытывают отчуждение от самих себя. Для них будет полезно общение с человеком, который явно лучше ориентируется в том конкретном ландшафте, где им приходится жить.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОСТЬ

Пищевые расстройства бросают вызов междисциплинарному характеру медицинского аппарата. Но нужно помнить, что лучшее враг хорошего. Ограниченный доступ к определенным компетенциям может стать оправданием тому, что пациентам с пищевыми расстройствами не оказывается необходимая помощь: ведь лучшее враг хорошего.

Стоит также учесть следующее: поскольку многие пациенты, страдающие пищевыми расстройствами, ощущают хаос и внутреннюю разорванность, возможно, не самая лучшая мысль навязывать им разорванность еще и внешнюю, направляя их ко множеству различных специалистов. Вероятно, лучше все же будет работать только с одним.

Таким образом, важно напомнить, что междисциплинарность подразумевает не наличие множества специалистов, а концентрацию компетенций из разных профессиональных групп в одном. На практике междисциплинарность может означать следующее.

Отдельный специалист стремится получить знания из других областей. Например, психологу будет полезно узнать о соматических и психических последствиях недоедания и неправильного питания.

У отдельного специалиста есть консультанты и наставники, к которым он может обратиться.

НАСТАВНИЧЕСТВО

Строго говоря, любой врач должен иметь возможность получить наставничество от других специалистов. Это необходимо для

повышения квалификации. Но не менее важно помнить, что гораздо легче «переварить» непростые чувства пациента, когда у тебя самого есть с кем поделиться своими чувствами.

ЗАВЕРШЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ

Завершающая фаза может быть непростой, поскольку она открывает путь чувствам отверженности и беспомощности. Сроки завершения лечения необходимо определять совместно с пациентом, оговаривая их заблаговременно: от десяти часов до трех месяцев. Конец терапии не должен быть привязан к достижению определенного веса или частотности возникновения симптомов, например снижения тошноты до трех раз в неделю. *Вне зависимости от того, какие замечательные терапевтические отношения у вас сложились, у пациента все равно может возникнуть чувство, что его игнорируют как целостную личность.*

ПАЦИЕНТ-«ПАИНЬКА»

Бывают дети-«паиньки», а бывают и такие пациенты. Это те самые пациенты, которые стремятся произвести хорошее впечатление и заслужить симпатию врача, которые избегают конфликтов и берут ответственность на себя. Они ищут одобрения, подстраиваясь под других. *Такие пациенты заявляют об улучшении своего состояния, хотя это неправда.*

Степень осведомленности о подобной проблематике зависит от осознанности и опытности терапевта. *Прояснить ситуацию поможет прямой разговор.*

«У тебя есть чувство, что ты должен мне угодить?»

«Ты боишься, что я разочаруюсь в тебе, если ты не выздоровеешь?»

«Ты боишься меня расстроить?»

«Как мы можем вместе добиться того, чтобы этого избежать?»

«Тебе бывает страшно сказать прямо, если что-то, что я предлагаю, тебе не подходит?»

О МОТИВАЦИИ

Мотивация меняться возникает постепенно. Это не какая-то «вещь», которой пациент уже обладает, а нечто, что создается в процессе диалога. Исследования психологических изменений при пищевых расстройствах дают нам некоторые ориентиры, на которые можно опираться в ходе лечения.

Ключевая цель мотивирующих бесед состоит в том, чтобы преимущества и недостатки ситуации формулировал не врач, а сам пациент.

ФАЗЫ ИЗМЕНЕНИЙ

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РАЗМЫШЛЕНИЯ

ОБДУМЫВАНИЕ

ПОДГОТОВКА/ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЯ

СОВЕРШЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ

ПРОФИЛАКТИКА

ЗАВЕРШЕНИЕ

Многие пациенты с пищевыми расстройствами, особенно молодые, при первичном контакте с медицинским аппаратом находятся на стадии *предварительных размышлений*. Они сами лишь в незначительной степени осознают свою проблему, и беспокоятся за них в основном другие. Таким образом, в этот период актуальнее всего информация, а практические советы по изменениям могут оказаться преждевременными. В фазе *обдумывания* у пациента уже возникает ощущение, что с ним что-то не в порядке, и хочет с этим разобраться. Это гораздо более прочное основание для формирования альянса. Полезно указывать пациенту на неоднозначность ситуации, не выделяя исключительно негативные стороны пищевого расстройства.

Следующая стадия — *подготовка/принятие решения*, и здесь многие уже намерены измениться, но не знают как. На этом уровне, а также на стадии совершения действия пациенту необходима как практическая, так и эмоциональная поддержка. Это непростое время, когда человек нуждается в помощи не

только медицинского персонала, но и родственников, и друзей. Кроме того, в этот период происходит внутренняя работа, проводится анализ отношений с другими людьми. В ходе выздоровления состояние может быть нестабильным, возможны более или менее сильные рецидивы, и в этом случае целесообразно принимать меры по *профилактике*, что подразумевает, среди прочего, понимание, что не все потеряно, даже если в какой-то период наблюдается ухудшение.

Данная модель нелинейна, и некоторые пациенты могут колебаться между фазами возникновения мотивации и принятия решения.

ОТКРЫТЫЕ И ЗАКРЫТЫЕ ВОПРОСЫ

Закрытый вопрос — это вопрос, подразумевающий простое да/нет или короткий ответ. Когда необходимо создать атмосферу открытости в непростой ситуации, обилие закрытых вопросов может стать препятствием.

Открытый вопрос требует более развернутого ответа, может подразумевать уточнения и переспрашивания. Здесь цель заключается не столько в получении точного ответа, сколько в побуждении собеседника к *саморефлексии*: «Не мог бы ты развернуть мысль?»

ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ: ЗА И ПРОТИВ

Необходимо поднимать тему амбивалентного отношения к выздоровлению. Есть несколько методов.

УПРАЖНЕНИЕ

- **Качели**

Возьмите листочек и нарисуйте качели. На одном конце напишите «за», а на другом «против» пищевого расстройства. Для одних это упражнение может оказаться полезным, а другим такая игровая форма покажется сложной.

СТРУКТУРА МОТИВИРУЮЩЕЙ БЕСЕДЫ

1. Открытый вопрос:

— Можешь еще немного рассказать о том, что с тобой делает пищевое расстройство?

— Давай еще немного поговорим о том, почему тебе кажется, что без него ты не справишься.

2. Рефлексивное слушание:

— ...нужно что-то сделать с...

— ...что это единственный метод высвободить тревогу, который тебе известен...

3. Подведение итогов:

— Подводя итоги: ...ты хочешь от этого избавиться, но боишься не справиться. Ты говоришь, что чувствуешь себя слишком слабой. Когда возникает эта тяга, она как будто не оставляет тебе выбора. И поначалу тебе кажется, что это даже хорошо. Но в то же время ты говоришь, что ты все же не полностью беспомощна. Если ты заранее продумываешь, как тебе отвлечься, становится легче. Например, ты говорила о том, чтобы больше гулять, возможно, выходить на пробежку. Я правильно тебя понял?

4. Дополнительные открытые вопросы:

— Что еще ты можешь сказать на тему того, как это отражается на твоём здоровье?

— Что еще тебя беспокоит в отношениях с друзьями?

5. Поддержка пациента в процессе:

— Тебе через многое пришлось пройти, и наверняка говорить об этом непросто. Это требует смелости и открытости.

— Я считаю, что ты достаточно ярко проявляешь те силы, которые тобой управляют. Я понимаю, что это непросто, но я убежден, что, если ты попытаешься дать им названия, тебе это будет полезно.

(Основано на книге Прескотта и Бёртвейта.
Консультирование с упором на изменения.
Справочник. Норвежское управление
по вопросам зависимости, 1995.)

• Мой друг и враг:

Еще один метод — дать пациенту задание написать письмо своему пищевому расстройству сначала как другу, а затем как врагу.

- **Пять лет спустя:**

Третий метод — это предложить пациенту представить себя через несколько лет — с пищевым расстройством и без него. Вот ответы одной пациентки:

Пять лет спустя: без булимии

- Возможно, в моей жизни есть мужчина?
- Познакомиться со своим телом
- Мышцы больше не ноют так сильно
- Мысли немного успокоились
- Осмеливаюсь на большее
- Есть средства путешествовать

Пять лет спустя: с булимией

- Устаю и прячусь от всех
- Денег нет
- Тело болит
- Нет сил на отношения
- Выброшено еще несколько лет жизни
- Разочаровала родителей

ЧЕГО ЛУЧШЕ НЕ ДЕЛАТЬ

- **Не вступайте в конфронтацию.**
- **Не выходите из себя.**
- **Не стоит «перетягивать канат», споря о корректном диагнозе.**
- **Не задавайте много вопросов подряд.**
- **Не занимайтесь морализаторством, не критикуйте, не проповедуйте и не осуждайте.**
- **Не будьте авторитарны и не настаивайте на том, что вы всегда правы.**

ДРУГИЕ ФОРМЫ ОТКРЫТЫХ ВОПРОСОВ

Такие вопросы эффективны как для индивидуальных, так и для семейных, и групповых бесед.

Вопросы о будущем

В состоянии серьезного кризиса кажется, будто время застыло и никакого будущего не существует. В своих вопросах вы можете вновь «ввести» категорию будущего времени:

- *Как почувствуют себя твои родители, когда ты выздоровеешь?*
- *Как ты думаешь, чем ты будешь заниматься через два года?*

Позиция наблюдателя

Заходя в роль наблюдателя, можно более четко увидеть то, что ранее находилось в слепой зоне:

- *Если бы у тебя была такая возможность, что бы ты сделал по-другому?*
- *Какие советы ты бы дал сам себе, если бы был на моем месте?*
- *А как думаешь, что думает он?*

Изменение контекста

В тупиковых ситуациях человеку кажется, что стакан наполовину пуст, и ему или ей необходима помощь, чтобы увидеть, что тот наполовину полон. Можно попытаться взглянуть на ситуацию с совершенно неожиданной стороны:

- *Что тебя больше всего пугает в выздоровлении?*
- *Кому выгоднее всего та сплоченность, которая сейчас возникла в семье?*

Вопросы со встроенными утверждениями

- *Если бы ты обняла ее, вместо того чтобы выйти из кухни, как ты думаешь, что бы она почувствовала?*

Прояснение различий

- *Печаль возникла у тебя до или после пищевого расстройства?*

Гипотетические вопросы

- *Если она проявляет страх, что вы будете ее игнорировать, если она вернется к нормальному весу, что вы можете сделать, чтобы*

убедить ее, что этого не произойдет?

— Если она прикрывает свою неуверенность высокомерием, как ей можно помочь стать увереннее?

Исключающие вопросы

При том или ином расстройстве в фокусе внимания оказывается то, что перестало работать как надо. Однако бывают ситуации, когда дела идут лучше.

— Когда, по твоим ощущениям, тебе лучше всего удается контролировать прием пищи? В такие моменты ты одна или с кем-то?

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

William R. Miller & Stephen Rollnick 1991. Motivational interviewing. New York. The Guilford Press.

Janet Treasure & Anne Ward 1997. A practical guide to the use of motivational interviewing in anorexia nervosa.

European Eating Disorders Review, 5 (2), 102–114.

Janet Treasure & Ulrike Schmidt 1998. Clinician's guide to Getting Better Bit(e) by Bit(e). London. Psychology Press.

РАЗНИЦА МЕЖДУ АНОРЕКСИЕЙ, БУЛИМИЕЙ И ПЕРЕЕДАНИЕМ

Принципы лечения во всех трех случаях довольно схожи между собой. Однако в каждом случае необходимо слегка корректировать сам стиль терапии.

АНОРЕКСИЯ

В лечении анорексии часто приходится сталкиваться с отказом: отказом принять реальность, в том числе терапию. Поэтому терапевту нужно быть «экстравертом»: поскольку пациент закрыт

в своем внутреннем пространстве, его необходимо выманить наружу. Терапевт-экстраверт приглашает пациента присоединиться к его активности. Многие пациенты во время приема могут вести себя так, будто они мерзнут не только физически, но и психологически. Они нуждаются в тепле.

Поскольку пациенту не хватает *живости*, терапевту, возможно, придется делиться своей — до поры до времени.

БУЛИМИЯ

С пациентом-булимиком терапевт часто играет роль «сортировщика» тех чувств, с которыми тот не справляется, за счет своей стабильности, устойчивости и спокойствия. *Пациенту необходим человек, способный его вытерпеть.*

Многим булимикам может казаться, будто они «перекипают через край» во время приема, и им необходима твердость терапевта как тормозящий фактор. Если они чувствуют, что их не притормаживают, у них часто возникает чувство стыда и они могут забросить лечение.

Их отношение к еде может переноситься на терапию: они восторженно и жадно «пожирают» врача. А потом наступает страх пресыщения, и они избавляются от всего только что поглощенного.

ПЕРЕЕДАНИЕ

Вопрос пациентам с избыточным весом: «Будет ли снижение веса одной из целей лечения? Нет?!»

Большинство таких пациентов имеют богатый опыт диет, курсов и порошкового питания. Важно, чтобы лечение не превратилось в еще одну диету — *опять двадцать пять*, а, напротив, стало тем пространством, где можно освободиться от всего этого — *чем-то новым*. Цель состоит в обретении контроля над своими чувствами и над едой. Именно с этим и следует работать! Когда эта цель будет достигнута, пациент сам сможет добиться нужного веса.

Любые исключения из этого основополагающего правила должны быть хорошо продуманы. Особенно это касается самых молодых пациентов.

Нами, терапевтами, тоже управляют стереотипы — о весе. Важно рефлексировать на тему собственных предубеждений и отличать медицинские риски и собственные морально-эстетические установки относительно лишнего веса. Многие пациенты с перееданием, обращаясь за помощью, просят помочь им в снижении веса. Возможно, они ожидают согласия врача, но в то же время в глубине души надеются на отрицательный ответ на такой запрос. Вероятно, они просто нуждаются в большем принятии, в первую очередь принятии самого себя.

ПРИМЕР: АНОРЕКСИЯ

«Мне нужно снова начинать с нуля. Я абсолютно не умею жить».

Анну на лечение анорексии направил врач-терапевт. Ей тогда было 17. Родители на тот момент были в разводе уже пять лет. Анна с 14-летним братом жила вместе с матерью.

Условия лечения

Ее лечили в детской психиатрической поликлинике. Один и тот же психиатр отвечал за отслеживание соматического состояния, семейные беседы и общение с родителями, а также вел консилиумы. Анна регулярно ходила на прием к клиническому диетологу-физиотерапевту. Кроме того, она согласилась на еженедельную психотерапию с женщиной-психологом. Психодинамически ориентированная психотерапия велась под руководством психиатра. В течение всего курса лечения она не прекращала учиться в школе и затем в университете.

Диетотерапия

Анна и клинический диетолог-физиотерапевт встречались с различной частотой: между приемами могло пройти от недели до нескольких недель. В одни периоды они совместно оговаривали рацион, в другие нет.

Ход лечения

Изначально у пациентки была слабая мотивация к лечению. Она считала, что родители, «как всегда», слишком сильно за нее беспокоятся. Однако она резко потеряла в весе и острее ощутила боль от потери контроля, что повысило ее мотивацию.

За два года симптоматическая картина значительно улучшилась, хотя, по мнению родителей, улучшения происходили слишком медленно. Было интересно наблюдать за тем, как Анна совершала внезапные прорывы в обсуждаемых темах, осознаниях и способах взаимодействия с окружающими. Она как будто неуклонно шла в гору, останавливаясь на четко обозначенных террасах, как в китайских горах с рисовыми полями. *Совершая эти психологические прорывы, она одновременно открывалась для все более и более разнообразного рациона.*

Ее успехи в рамках терапии имеют поразительное сходство с фазами развития ребенка: от зависимости к самостоятельности. В еде она постепенно перешла от жидких и пюреобразных блюд к более твердым. По собственным выводам по итогам двух лет, для нее это было все равно что учиться жить с нуля.

ПЕРВЫЕ ТРИ МЕСЯЦА

В ходе нескольких вводных семейных бесед были согласованы условия лечения: еженедельная индивидуальная психотерапия, а также семейные беседы примерно один раз в месяц. Отношения между отцом и матерью были напряженными, и они вдвоем пару раз посетили психиатра. Брат также дважды участвовал в беседах. На семейных приемах мы пытались оговорить правила организации питания. Вокруг этой темы возникали конфликты. Анна хотела, чтобы еду ей подавала мать: она считала, что родители настолько поглощены собой, что слишком мало помогают ей в жизни, и, по ее мнению, теперь настала ее очередь, чтобы ее обслуживали. Она обвиняла родителей в том, что они не сдерживают обещаний. В то же время она сама хотела решать, что она будет есть — в минимальных порциях. В конце концов они пришли к соглашению, что мать будет помогать ей соблюдать

план питания, разработанный совместно с диетологом-физиотерапевтом.

В разговорах с психологом Анна постоянно искала одобрения своих чувств в отношении родителей: «Я плохо себя веду с ними?», «Это странно?» Часто она испытывала к матери сильный гнев, и эта ярость ее пугала.

Анна любила развлекать собеседника: она много говорила, шутила. Но ее веселость была неубедительной, скорее натянутой.

3–6-Й МЕСЯЦЫ

Совместное соблюдение плана питания шло тяжело. Анна брала верх над матерью, и дальше так продолжаться не могло. Вес упал, и была установлена нижняя граница, которая уже означала бы госпитализацию. Анна ее перешла, и психиатр немедленно отправил ее в медицинское отделение. В больнице ее перевели на зондовое питание. Она рассказала психиатру, который ее навещал, что нижнюю границу она перешла намеренно, чтобы испытать своих врачей. Смогут ли они сдержать свое слово? Слово они сдержали, и для Анны это означало серьезное повышение кредита доверия к лечащему персоналу.

Ее не раз пытались припугнуть, говоря, что она находится на грани жизни и смерти. Смерть была одновременно соблазнительной и абсолютной границей. Анна вовсе не хотела умирать, но в то же время считала, что наконец по-настоящему - чего-то достигла.

Недели, проведенные в больнице, стали для нее временем размышления. Она больше не оставалась такой гиперактивной, как раньше, когда у нее была музыка, учеба в школе, друзья. Больница, где ее ограничивал внешний контроль, дала ей одновременно и паузу, и защиту. По ее словам, она чувствовала себя как в игре-угадалке. Сидя на балконе, смотрела на город. Как ей вести себя там, во внешнем мире? Что естественно, а что нет? Что они думают обо мне?

Ей становилось все грустнее. Она спрашивала саму себя: «Кто я?» И отвечала: «Я вижу чистый лист и думаю: «О, да здесь ничего

нет». Я ничего не чувствую, в этом вся проблема». Она описывала чувство отчуждения от самой себя.

6–12-Й МЕСЯЦЫ

При выписке из больницы она лишь незначительно набрала вес, однако стала лучше сотрудничать с врачами. Анне все еще хотелось, чтобы отец с матерью помогали ей с питанием, но врачи этого не одобряли. Это вызывало слишком много столкновений с матерью и недопонимание с отцом. Теперь Анна взяла на себя больше обязательств в отношении диетолога-физиотерапевта.

Психиатр рекомендовал психологу не поддаваться на изящные формулировки Анны. Не является ли ее активность на приеме лишь проявлением ее общей установки на достижения? Не является ли эта активность защитой от неприятных чувств? Возможно ли сделать так, чтобы на приеме Анна вела себя спокойнее?

Ее печаль все возрастала. *Ей было одиноко.* Во многом это было связано с переживаниями из-за того, что родителям сложно выполнять ее требования. Было ли так и раньше? В то же время Анна считала, что сама виновата в своем одиночестве. Ведь она и до этого блефовала, притворяясь, что все отлично. И теперь она начала обдумывать, какую функцию выполняют ее симптомы: *«Когда дует ветер, он словно продувает меня насквозь. Анорексия — это шипы, которые я выставляю наружу, чтобы защититься».*

12–15-Й МЕСЯЦЫ

Она сама попросила составить более детальный план питания. Ей были необходимы четкие рамки. Если их не было, она скатывалась в утомительные ритуалы, связанные с тренировками и едой.

В то же время она ощущала страх потерять свою анорексию: *«Делать первый шаг опасно. Я стою на распутье. Одна дорога мне хорошо известна — там все заканчивается хуже некуда. А вот другая дорога, со звуками, запахами, возможностями, новыми переживаниями... со смелостью полюбить себя... Еда отнимает*

у меня очень много времени и позволяет ни о чем не думать. Кроме того, из-за анорексии во рту у меня возникает привкус крови. Это дает мне возможность немного пострадать, чтобы затем позволить себе сделать, что хочется».

15–18-Й МЕСЯЦЫ

Дела с едой теперь пошли на лад. Она ела регулярно, но довольно однообразную пищу. Семейные беседы уже не нужно было проводить так часто.

На приеме она стала вести себя намного спокойнее, но все же «взбрыкивала», если затрагивалась какая-то эмоционально непростая тема. Ее чрезвычайно занимали отношения с другими людьми. Она искала свою версию и стремилась получить подтверждение того, что ей можно испытывать такие чувства без угрызений совести.

Она четче обозначила свое «Я» — осмелилась больше быть собой, вместо того чтобы прятаться за ролью активной, прилежной девочки. Теперь она могла бросить вызов психологу: *«Да вы же все равно понимаете, о чем я»*. За эти месяцы она съехала от родителей. Сначала она жила в почти совсем пустой квартире, и лишь с течением времени она решилась наполнить ее предметами. Ей хотелось обозначить свой собственный вкус, следуя своим желаниям, создавая собственное психофизическое пространство. *«Я не могу смотреть на вышитое матерью одеяло, меня охватывает чувство вины за ее труд»*.

18–21-Й МЕСЯЦ

«Мое тело». Она стала обращать больше внимания на свое тело, будто обнаруживая его впервые и осознавая, что это не просто средство реализации проекта по голоданию, но иместилище чувств, полное неожиданностей. Она сама приходила на прием к психомоторному физиотерапевту, с осторожностью стала поднимать тему сексуальности. В этот период она была еще далеко от цели, и все же...

План питания она уже не соблюдала и ела в основном мучное, овощи и рыбу. С диетологом-физиотерапевтом никаких четких

договоренностей у нее не было, но она знала, что всегда может ему позвонить в случае необходимости. По ее собственным словам, она наконец была в состоянии набирать вес, одновременно обретая все большую целостность: *«Я как омлет, который начинает загустевать снизу»*.

В отношениях с близкими она стала менее напряженной, ушли яркие приступы ярости. Она чувствовала, что теперь больше понимает, кто они и чего можно от них ожидать, *а также, что немаловажно, чего ожидать не приходится*. Видеть их в этом новом реалистичном свете было отчасти грустно, но по крайней мере это был реалистичный взгляд.

21–24-Й МЕСЯЦ

«Мне хочется мяса. Может, я смогу его переварить?»

Она решилась закончить лечение спустя два года. Вес был чуть ниже нормы. *«Теперь я готова, и пришло время попрактиковаться в жизни в реальном мире»*.

ПОСЛЕСЛОВИЕ

С психиатром она поддерживала лишь крайне ограниченную связь, когда ей необходимы были назначения на прием к гинекологу, чтобы получить противозачаточные таблетки, и т. п. Она стала жить с парнем. Через пять лет она вновь связалась с врачом и попросила курс психотерапии. Она хотела проработать свои отношения с любимым человеком и другими людьми. *«Меня все еще слишком легко застать врасплох»*. Проблемы с едой не беспокоили ее уже несколько лет.

ПРИМЕР: БУЛИМИЯ

«Одно сплошное брожение. Как будто в этой стране только и занимаются тем, что гоняют туда-сюда по трубам неприятные чувства».

Линн страдала булимией восемь лет, с 16-летнего возраста. Это становилось все более утомительным, и она поняла, что нуждается в помощи. Ей посоветовали сходить на первичный прием к *врачу общей практики*, который интересовался пищевыми расстройствами и имел опыт в их излечении. Линн работала медсестрой на полную ставку, но в последнее время все чаще пропускала свои смены, за что ей уже стали делать замечания. Жила одна.

Условия лечения

Терапевт был единственным лечащим врачом. Интенсивное лечение пищевого расстройства продолжалось в течение года. Вначале врач провел общий осмотр и назначил анализ крови. За первые месяцы анализы крови проводились регулярно, каждые две недели, поскольку периодически наблюдались умеренные отклонения. Ближе к завершению лечения такие анализы уже не назначались.

ПЕРВЫЕ ТРИ МЕСЯЦА

Наконец-то ей помогут! Оглядываясь назад, Линн понимает, что булимия была лишь поводом для общего выздоровления. Она была больна уже давно, и теперь это должно было закончиться — лучше всего прямо завтра. Врач оказался рациональным, умеренным человеком. По его мнению, булимия — это главным образом «вопрос дозировки», и выздоровление тоже должно происходить дозированно. Они обсуждали, как сформулировать реалистичные цели. Она была слегка разочарована медлительностью терапевта. Он предложил ей составить план лечения на первые три месяца, после которых они вместе подведут итоги. Основной упор в этом первичном плане делался на попытках сосредоточиться на переедании и тошноте — и добиться снижения симптомов.



Первичные меры

Одной из самых первых мер стал анамнез питания: что она ела? Линн поступала так же, как многие булимикки: вечно худела, пропускала приемы пищи, питалась очень мало и однообразно, а затем срывалась один-два раза в день. *«Ничего, зато завтра у меня все получится. Вообще ничего есть не буду».*

Педагогика

Терапевт педагогично разъяснил ей, как она с чисто физиологической точки зрения «напрашивалась» на переедание. И как это на следующем круге приводило к тошноте, стыду, презрению к самой себе и, наконец, к еще большей потребности вновь попытаться на следующий день: опять двадцать пять.

Терапевт строго объяснил ей, что невозможно выздороветь от булимии, если пропускаешь завтрак! Он объяснил, как она может взять под контроль собственный вес с помощью регулярного питания. Они обсудили возможность включения в рацион легкого завтрака и небольшого перекуса на ланч. Она согласилась, хотя и с некоторой неуверенностью. И даже если бы она была уверена в целесообразности этого, она не была уверена в своей способности соблюсти этот новый режим. *Ведь чувство насыщения было для нее одним из самых неприятных.*

Укрепление терапевтических отношений

Они не стали составлять подробный план питания, однако врач настоял на завтраке и заставил дать ему обещание, чем она будет завтракать: миской мюсли с йогуртом. Теперь ей стало казаться, что он слишком торопится. Ей точно нужно делать именно так? Но он ей нравился. Они обсудили, как важно, чтобы она не боялась быть с ним честным. Так они пришли и к первой дискуссии о ее отношении к другим. Она скрывала свои проблемы, боясь, что если она будет жаловаться, то не понравится людям. *«Да и на что мне жаловаться? Ведь многим намного хуже, чем мне. Я же вижу это в больнице каждый день».*

Иногда ей удавалось позавтракать, иногда нет. Но ей пришлось признать, что в те дни, когда она ела что-то на завтрак и ланч, она была бодрее и тяга к перееданию немного снижалась. Но сытость все еще внушала ей ужас. Чувство наполненности было для нее невыносимо. Она хотела плоский живот. Так она и жила между Сциллой и Харибдой.

Журнал питания

Терапевт ввел более систематический метод отслеживания паттернов и функций пищевого расстройства. Цель была двойной: с одной стороны, максимально точно их выявить, а с другой — заложить основы для работы по «переводу» с языка еды и тела на язык чувств и отношений: см. далее.

Осознание

Заполнение такого журнала требует от пациента, во-первых, времени и внимания. А во-вторых, свои собственные записи заставят его столкнуться с тем, как на самом деле обстоят дела. При первой проверке Линн сказала, что забыла заполнить журнал. Врач подчеркнул, что это важная часть лечения — набраться смелости вербализовать свое поведение — и что это также является важным материалом для их бесед. Он предупредил, что это лишь временная мера, чтобы запустить процесс лечения.

ПРИМЕР ЖУРНАЛА

ВРЕМЯ	КОЛИЧЕСТВО И ТИП ПИЩИ	Пе	Рв	Сл	Др	В ОДИНОЧКУ ИЛИ С КЕМ-ТО	МЫСЛИ И ЧУВСТВА
07.30	1 каша на 1/2 упаковки	-				Собираюсь на работу одна	Усталость после выходных
12.00	1 яблоко 3 хлебца	-				Линн на работе, предпочитаю есть одна, чтобы избежать комментариев, все время улыбаюсь (это довольно утомительно)	Сегодня надо на тренировку
16.00	1 яблоко морковное	-				Домо, опять одна	Надо было поспать, но не было сил, грусть, усталость
19.00	ленишки по тунцам, много	+	+			Все еще одна дома	Ты закончила есть? Лепешки по тунцам, немного попробовала — почувствовала урчание желудка, они вкусненькие, и я съела все выпущенное
21.00							Решаю вызвать рвоту, он еще немного и вытаскиваю
23.00	Суп! Много лепешек, сыр, много красного вина	+	+			Во время еды позвонили в дверь. Лепешки на пол, чтобы меня не было видно. Это был Фред, дочка, он помнит, что я была дома. Черт!	Выпущено. Грустно. Сколько еще я так пропущу? Неважно себе. Это ботаника. Чем мне заняться завтра?

Пе - перекармливание. Рв - рвота. Сл - слабительные средства.
 Др - другое, например физическая активность для сжигания калорий.

Быть на виду

Линн начала заполнять журнал. Ей было трудно открыть доктору все неприглядные моменты. Но он это понял и тематизировал именно это: отношения между ними. Он сказал, что готов вынести и принять все это. И все наладилось.

Различия

Это было интересное и непростое время. В их беседах возникали новые темы: еда и отец, еда и друзья, мать, страх разоблачения, когда все узнают, какой ты ужасный человек, и т. д. В журнале питания она отслеживала изменения. Врач также с самого начала предложил ей попытаться выбрать определенные дни, когда она будет особенно следить за тем, чтобы питаться регулярно — четыре раза в день, — не переедая и не вызывая у себя рвоту. Они согласовали дни — четверг и воскресенье. В эти дни — неважно, удастся ей это или нет — она должна была уделять особое внимание самонаблюдению и записывать свои чувства. Как она себя чувствует? Ей лучше или хуже?

Семья

Доктор предложил, чтобы родители тоже как-нибудь пришли на прием. Линн была против. Он попытался немного надавить на нее, но она почти не поддавалась. Тогда он устроил ролевую игру, расставив стулья для матери и отца. «Давай притворимся, что они здесь», — сказал он и попросил ее говорить со стульями так, как будто там сидят ее родители. Простой, но зачастую эффективный

метод «пустого стула». Он также обсудил с Линн, кто для нее является самыми важными людьми в жизни. Нужно ли вовлечь - кого-то еще? Пока нет, ответила она. Дело в том, что она мало с кем общалась близко: за несколько лет она почти полностью изолировалась. Однако поверхностных контактов у нее как раз было очень много.

3–9-Й МЕСЯЦ

Ей удалось добиться большего контроля над едой, и она была довольна.

Кризис выздоровления

В это же время начался пугающий период, который терапевт назвал «*кризисом выздоровления*». Начали проявляться чувства, как будто она стала приоткрывать крышку и эмоции стали вылезать совершенно бесконтрольно. Ее мотало туда-сюда: однажды она зарыдала, увидев, как мать играет с ребенком. Нервы были будто обнажены. И тут пришло чувство *печали*. Она почувствовала одиночество. Возникла *скорбь* — по тем годам юности, которые она потеряла впустую. Кроме того, появился *гнев*, и тут ей захотелось снова захлопнуть крышку, ведь гнев очень сильно ее пугал. Но хуже всего был момент, когда пришло ощущение *пустоты*, бессмысленного ничто.

Беспокойство

В ходе совместной работы Линн постепенно стала понимать, что ее булимия — это во многом бегство от собственных чувств. Свое беспокойство она заглушала едой, а большинство чувств — в том числе положительных — она устраняла вместе с той же едой, вызывая у себя рвоту. «*Пойду поговорю с большим белым другом*», — говорила она, отправляясь к унитазу. Вместе с терапевтом им удалось впервые описать те множественные роли, которые расстройство играло в ее жизни. Многие были связаны с отношениями с мужчинами. Она хотела близости и стремилась к ней, но в то же время боялась. Ей казалось, что такой жалкий человек, как она, рано или поздно все равно будет

отвергнут. Ей была невыносима мысль о том, что она раскроется перед кем-то, а затем столкнется с отвержением.

Не молчать

Через какое-то время одной из основных тем бесед стал страх высказаться открыто. Первая, кому она решилась открыться, была мать. Мать знала о том, что у дочери булимия, но ходила вокруг да около, избегая этого вопроса. Но когда мать попросила у Линн совета, как ей самой похудеть, Линн потеряла всякое самообладание и пришла в ярость.

Взглянуть страху в лицо

Врач давал ей домашнее задание: спокойно сидеть какое-то время после еды, по-настоящему ощущая насыщение, и учиться его не бояться. «Если хочешь излечиться от страха полетов, придется летать», — говорил он. «А тот, кто боится чувства сытости, должен есть досыта».

Уязвимость

В этот период она также почувствовала страх перед выздоровлением. «Если у меня не будет булимии в качестве оправдания и защитного маневра, за чем же я буду прятаться?» Врач приободрил и успокоил ее: «Там, впереди, тебя ждет более насыщенная жизнь».

Когнитивные паттерны

Врач также уделял особое внимание выявлению того, что он называл... *ригидным мышлением*. Невозможно жить, постоянно имея плоский живот. Нужно ли ей быть лучше всех? Когда она будет достаточно хороша? Способна ли она себя похвалить? И признать, что полупустой стакан также наполовину полон и т. д. Доктор призывал ее к большей гибкости мышления именно в тех вопросах, где у нее сложились абсолютно железобетонные мнения и привычки. «Во всем важна правильная дозировка», — говорил он.

9–12-Й МЕСЯЦ

Дела с едой пошли еще лучше. С врачом пациентка встречалась уже не еженедельно, а раз в две-три недели.

Консолидация

Теперь главной задачей стало закрепление успехов. Легко соскользнуть в рецидив, особенно когда с последнего приема уже прошло какое-то время. При возникновении неприятных чувств Линн ощущала искушение прибегнуть к еде. Несколько раз случалось, что она действительно это делала, но зато она понимала, как и почему так поступает. Особенно трудно ей было в дни непосредственно перед менструацией, когда и телом, и настроением управляли гормоны.

Альтернативные способы

Они обсуждали иные способы, с помощью которых можно было бы заглушить беспокойство. Линн набралась смелости и договорилась с двумя коллегами, что в подобных ситуациях будет звонить им. А их задача будет поддерживать с ней беседу - какое-то время, подтверждая тем самым, что ей вовсе не обязательно использовать еду, чтобы успокоиться.

ПОСЛЕСЛОВИЕ

Линн до сих пор посещает того же врача. Их встречи нерегулярны. Она освободилась от своего пищевого расстройства. После смерти бабушки она впала в такое отчаяние, какого не испытывала никогда в жизни. «Попробую прибегнуть к еде», — подумала она. Она несколько раз переедала и вызывала у себя рвоту.

«Больше это не работает. Этот способ себя исчерпал».

«Теперь я вижу себя в отношениях».

ПРИМЕР: ПЕРЕЕДАНИЕ

«Я постоянно жую. Ем помалу целый день, как корова на пастбище».

ЗАПРОС

Осне страдала перееданием. Это длилось уже восемь лет.

У нее был лишний вес — вполне естественное явление при ежедневном переедании. В подростковом возрасте вес скакал туда-сюда, как йо-йо. Но после бесконечных курсов по похудению, порошкового питания и готовых заказных меню она устала держать себя в ежовых рукавицах. Она была одним из живых примеров того, на чем держится весь таинственный успех индустрии похудения: что никаким успехом там и не пахнет. Все это не работает, и именно за счет этого и удается поддерживать вечную потребность в новых диетах и курсах. Это часть не решения, а самой проблемы.

Осне ела понемногу целый день. Вызывать у себя рвоту ей никогда не нравилось, несмотря на усердные попытки. Она отчаивалась над едой, стыдилась из-за нее и все больше нуждалась в том, чтобы заглушать свои чувства неограниченными порциями. Так она очутилась в замкнутом круге и потеряла контроль над собой.

Ее жизнь превратилась в ад. Но в то же время она позитивно оценивала свои аппетиты. Вообще-то она любила и даже обожала жизнь. И ее сексуальность раньше давала ей очень много. Ее чувство юмора скрашивало их беседы с терапевтом. Причем ее шутки действительно были смешными, это не был просто метод избежать серьезного разговора.

Она обращалась к частному психиатру, который ранее уже работал с пищевыми расстройствами в рамках психотерапии. Она пришла на первый прием с запросом на то, чтобы избавиться от своего пищевого расстройства — и похудеть!

КОРРЕКТИРОВКА ЗАПРОСА

Психиатр размышлял примерно так:

«Первая очевидная ловушка заключается в том, что если я отвечу на этот запрос, я уже обесценю свою роль серьезного

специалиста. Здесь важно продемонстрировать, что я могу помочь изменить ситуацию с пищевым расстройством, но вопросами похудения не занимаюсь. Если я соглашусь на помощь в похудении, я низведу самого себя до уровня одного из десятков коучей по питанию, с их порошковыми диетами и меню с доставкой на дом. Мне необходимо укрепить свой фундамент в качестве серьезного психотерапевта. Прося помочь ей похудеть, она, конечно же, рассчитывает на мое согласие. Но, возможно, подсознательно она как раз хочет отказа.

Возможно, она просто нуждается в большем принятии, которого сегодня так не хватает. Она рассказала, что муж отказывает ей в сексе, поскольку не хочет «трахать гору жира». Она больше не появляется перед ним обнаженной. Близкие друзья как-то раз отпустили комментарий по поводу того, что она заливает еду соусом — и она подлила еще. Если идешь против течения, значит, ты еще жив.

А может, ей просто нужна передышка? Представь, что ее глубинное желание — получить всецелое одобрение себя, со всем своим жиром. Возможно, именно сейчас этот жир ей необходим? В конце концов, и зимы в этой жизни бывают холодными. Может, ей нужна помощь в том, чтобы сместить фокус с изнуряющей поверхностности на иные ценности? Возможно, она ожидает ответа «да», но подсознательно хочет услышать «нет»? Все может быть. Если я отвечу «да» на ее запрос похудеть, я самонадеянно перепрыгну через все эти вопросы. И тогда я буду исходить из заданной нормы, в то время как задача как раз в том, чтобы освободиться от чужих норм, которые во многом и составляют для нее проблему».

Психиатр изложил свои мысли Осне, не теряя авторитетного тона.

НАЗВАТЬ ВЕЩИ СВОИМИ ИМЕНАМИ

И вот они начали. В течение двух лет они встречались на приеме еженедельно.

В ходе бесед они много занимались вербализацией. Переедание может иметь множество толкований. Некоторые в самом процессе еды обретают чувство защищенности. В еде легко можно обрести забвение: забыть о других людях, о вчерашнем и завтрашнем дне. Другим защищенность дает сам жир. Ты становишься мягким и округлым, сглаживаешь углы и характерные черты — выравниваешься, обретаешь щедрость. А для некоторых защита состоит в том, чтобы уйти с рынка четко определенных норм телесности и сексуальной привлекательности. У тех, кто пережил инцест или насилие, есть веские основания для того, чтобы покинуть сферу сексуальности.

Поначалу Осне плохо разбиралась в своем переедании. Постепенно она связала переедание со своим общим ощущением контроля — незнанием себя и нежеланием знать. Переедание давало ей чувство онемения, которое позволяло ей избавиться от этого неприятного беспокойства. Позже она выразилась по-другому. Она ела, чтобы навредить себе. Ее внешность разрушалась параллельно со внутренним миром. Внутри она чувствовала себя уродливой, и ее внешность наилучшим образом отражала ее самооощущение.

Кроме того, еда для нее была протестом против того, чтобы соответствовать чужим ожиданиям. Им хочется видеть одну определенную версию ее, а она считает, что они этого не заслуживают. Осне разрывалась надвое: да, она хотела снизить вес, но в то же время стоило ей снова сесть на диету, как ей начинало казаться, что она теряет себя и позволяет «им» выиграть.

Все-таки еда — это хоть что-то в отсутствие чего-либо еще. Когда она чувствовала особенную пустоту в душе, это все же было лучше, чем ничего. У нее было несколько периодов, когда она вообще ничего не ела. Она подтвердила, что отказ от еды и переедание на самом деле об одном. Отказ от еды — это попытка «заколдовать» пустоту, спародировав ее. *«Я чувствую пустоту внутри и заполняю ее своим голодом»*. А переедание — это способ заковать пустоту, наполнив ее. *«Я чувствую себя пустой и наполняю себя какими угодно пустыми заменами»*.

Таковы были ее рассуждения постфактум; когда же она ела, она описывала ощущение, будто находится в чьей-то власти, лишенная способности мыслить и рассуждать. Но ей помогло и осознание «задним умом». Чем больше ей удавалось вербализовать, тем больше она ослабляла власть симптома над собой. Постепенно она заговаривала его до полного изничтожения. Для терапевта было удовольствием вновь наблюдать, как язык и диалог становятся тем сверлом, которое постепенно разрушает ту пугающую массу, которой поначалу представляется пациенту его симптом.

Сон

Осне рассказала свой сон.

Она ехала на машине одна. Приехала в маленький городок, в котором было что-то призрачное. Ей было страшно. И вот появились люди. Постепенно скопилась на улицах и в домах собралась целая толпа. У всех был на шее бандаж, который носят для расслабления шейной мускулатуры после травмы. Она спросила, зачем он им. Они ответили: «Если убрать бандаж, голова упадет на плечи».

Для Осне смысл сна был совершенно ясен. Она знала, что этот сон представил образ ее страха перед выздоровлением.

За несколько недель Осне постепенно снизила вес. Ее черты стали более проявлены — как телесно, так и в эмоциональной жизни и отношениях. Появилось больше открытости, но в то же время и больше страха. Напряжение в комнате при приеме нарастало почти до предела. Затем наступали периоды, когда она вновь уходила в переедание. На приемах присутствовала лишь формально. Вновь возвращалось что-то неясное, отягощающее. Между Осне и психиатром встали еда и это ощущение тяжести.

Наконец был выявлен паттерн, и им удалось и этому дать наименование. Впрочем, психиатр посчитал целесообразным еще пару раз порекомендовать рецидивы. Вне зависимости от того, последует она совету или нет, велика вероятность удачного исхода. Если ей удастся сознательно пойти на рецидив, она перестанет быть лишь жертвой, а, наоборот, проявит активность.

Будет управлять процессом, а не наоборот. А если она не последует совету, это будет означать лишь то, что она не станет переедать.

СОМНИТЕЛЬНАЯ ХУДОБА

В ходе лечения Осне похудела. Никто не жаловался на худобу как «побочный эффект» лечения. Все было в порядке.

Однако у психиатра возникли определенные сомнения. Он рассуждал примерно так.

«Стала ли она больше самой собой? Хотела ли она стать именно такой? Или просто нашла более авторитетный ориентир, на который можно равняться? Может, она просто научилась лучше подстраиваться?»

А как насчет моей позиции? Насколько явно я транслировал послание о том, что худоба — признак успеха и самоконтроля? На публику я говорю о толерантности, но насколько это правдиво? Сам я худой. Довольно здоров и выгляжу соответствующе. Это вечно актуальная тема в психотерапии: насколько пациент подстраивается под свои представления об ожиданиях терапевта. Могу ли я скрыть тот факт, что и во мне тоже укоренены предрассудки, хотя я и не вполне готов это признать?

Может, я напрасно тревожусь? Возможно, ей как раз удалось стать ближе к себе истинной, избавившись от значительной части себя. Может быть, избыточный вес и не был частью ее «Я», а лишь реакцией, бессознательным протестом и движением наперекор чужим ожиданиям. По зрелом размышлении я думаю, что Осне пришла именно в ту точку, где ей и следует быть: к началу более свободной жизни».

Книги

Осне также была благодарна и за другой вид вербализации — за книги тех первопроходцев, которые в семидесятые годы назвали ее тип избыточного веса пищевым расстройством. Одной из них была психолог-феминистка из Англии Сюзии Орбах, с ее книгой «Жир — это феминистская тема». Позднее многие — как

женщины, так и мужчины — поспособствовали вербализации этой темы, составлению описаний и накоплению знаний о проблеме. Найти наконец четкое обозначение своего расстройства, даже если это психиатрический диагноз, — это уже шаг в сторону ощущения собственного достоинства. То название, которое Осне встретила в описаниях, составленных другими, придало ей гораздо больше ценности в собственных глазах, чем если бы она просто была «жирной».

Корректные названия могут спасать жизни.

Лечение завершилось, и в течение этих двух лет она развелась с мужем.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТРАДИЦИИ

ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Психодинамическая психотерапия основывается на *психоанализе* как теоретически-терапевтической традиции. В этой теории детство рассматривается как формообразующий фактор, влияющий на личность и симптомы. Цель этой традиции состоит не только в коррекции симптомов, но и в более долгосрочных изменениях личности. В живом *диалоге* происходит освоение или создание адекватного языка для выражения чувств и мыслей. Разговор формирует новые нарративы, что способствует расширению психического пространства. Недостаточно просто «изучить» этот язык в педагогическом понимании. Он должен быть *прожит и эмоционально проработан* в рамках отношений между пациентом и терапевтом. Крайне важную роль играет *перенос*: основные конфликты из жизни пациента разыгрываются в пространстве терапии и тематизируются в диалоге.

Такая терапия традиционно долгосрочна, однако существуют и сокращенные формы, ориентированные на отдельный симптом или тему. Реализуется как индивидуально, так и в группах.

СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ

Семейная терапия имеет множество вариантов применения. В рамках этой традиции используются теории и знания о семье как *социальной системе*. Некоторые традиции больше сконцентрированы на ролях и иерархических построениях внутри семьи, выстраивании границ. Другие больше интересуются системами семейных убеждений и *представлением о себе*: «мы вот такие». Терапия нацелена на то, чтобы открыть пациентам новые модели, которые, возможно, будут работать более эффективно.

Самое важное здесь — это активировать вербализацию внутри четко очерченных рамок. В ходе терапии выявляется позиция одного из членов семьи по отношению к другим. Методика этой терапии — это беседы со взаимными вопросами, практические задания, изучение альтернативных паттернов поведения; пациенты учатся прислушиваться к мыслям собеседников, что-то совместно создавать, например описывать прошлое и будущее своей семьи в форме сказки. Одна из самых непростых задач семейной терапии — понять, каким образом можно развить в отдельно взятой семье ту креативность, которая станет для нее средством дальнейшей самопомощи. Очень важен сам способ задавания вопросов: они должны быть открытыми и подразумевать несколько вариантов ответа.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ — cognitive behavioral therapy (CBT)

Зачастую КПТ основывается на терапевтических инструкциях, включающих план лечения и прогресса на определенное число сессий. Такая ориентация на инструкции делает эту форму терапии хорошей почвой для научных исследований. Опубликовано много академических изданий по терапии, доказывающих эффективность КПТ, особенно при булимии и компульсивном переедании (*binge eating disorder*).

Популярность этого метода также связана с тем, что он чаще всего подразумевает краткосрочное лечение — около 20 сессий за период от трех до шести месяцев. В эффективности КПТ можно

быть абсолютно уверенным. Нет уверенности лишь в том, насколько метод эффективен в сравнении с другими, поскольку успешность лечения в других методических традициях гораздо менее изучена.

Когнитивно-поведенческая терапия — это система мер, направленных на распространение знаний, изменение поведения в отношении еды и тела, а также изменение образа мысли. Опираясь на *когницию* — *мышление*, эта традиция делает основной акцент на выявлении и коррекции дисфункциональных и автоматических паттернов мышления, связанных с пищевым расстройством. Например: «Если я не могу контролировать вес, значит, я не могу контролировать ничего». «Только худые могут быть счастливы». «Я не могу ничему радоваться, поскольку тогда у меня это отберут».

Индивидуальное или групповое лечение.

ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Терапевты, работающие в рамках телесно-ориентированной психотерапии, владеют методами и вербальной, и телесной терапии. Существует несколько традиций, однако в основном они сводятся к центральному понятию *телесной памяти*. Тело обладает собственной памятью, и переживания, которые «сохраняются в тканях тела», можно вновь вызвать к жизни с помощью терапии.

При телесно-ориентированном лечении терапевт может массировать или нажимать на определенные зоны тела, чтобы активировать витальность пациента, например, выявляя мышечные блоки и напряжения. Или же пациент сам выполняет упражнения, работая над ощущением собственной телесности.

(ПСИХОМОТОРНАЯ) ФИЗИОТЕРАПИЯ

Пациента часто мучают боли в мышцах и ощущение «блоков» в теле. В этом случае терапевт естественным образом приходит на помощь. *Психомоторная* традиция, вдохновленная психоанализом, выступает за целостный взгляд на тело и душу. Тело

рассматривается как *зона проявления* состояний психики. Важную роль играет *дыхание*. Отпустить дыхание — значит отпустить себя, дать себе больше свободы. Используются такие методы, как массаж, прикосновения, дыхательные упражнения, определенные позиции, простые движения для обучения навыку различения собственных состояний, игра и т. д. Немаловажен и диалог, в ходе которого задаются вопросы, комментируются ощущения от различных действий и обсуждаются различные вытекающие отсюда темы.

Телесно-ориентированная психотерапия и физиотерапия предъявляют строгие требования к знаниям, опыту и интуиции терапевта. В рамках этих форм лечения терапевт в буквальном смысле вплотную приближается к пациенту, который как раз принадлежит к группе, для кого близость представляет проблему. Для таких людей процесс может казаться слишком быстрым и разоблачающим. В то же время телесная работа может, как никакой другой метод, дать доступ к самой сердцевине пищевого расстройства. По-новому ощутить свое тело, например, почувствовать защищенность в безопасных рамках терапии, может для пациента означать завоевать его заново.

ГИПНОЗ

Гипноз овеян мифами и легендами. Как форма лечения он пережил пик популярности еще до психоанализа, но в последние годы начался своего рода ренессанс. Гипноз может стать полезной составляющей лечения, особенно при булимических состояниях. *Гипнотический транс* не подразумевает никаких «или — или», скорее, это вопрос степени. Есть несколько сфер его применения.

- Прямые внушения, нацеленные на устранение симптомов.
- Управление «Я».
- Раскрытие прошлого опыта.

Анорексии часто бывают настолько озабочены темой контроля, что боятся отдаться на волю терапевта таким способом. Напротив, многие пациенты с булимией более «открыты» к такой терапии и очень хорошо поддаются гипнозу.

ТЕРАПИЯ ВЫРАЗИТЕЛЬНЫМИ ИСКУССТВАМИ

Так называемые *экспрессивные формы терапии* действуют на границе между медициной и искусством. С помощью эстетических техник терапевт пытается вывести на первый план личные переживания и осознания пациента. Существует широкий набор практик терапии выразительными искусствами при пищевых расстройствах. В рамках такой терапии осуществляется попытка создания *иного языка*. При пищевых расстройствах рецидивы служат языковой формой выражения в отсутствие подходящих слов. Они свидетельствуют о сниженной способности к вербализации *собственной* версии происходящего, и тут необходим более интуитивный, спонтанный язык.

Формы самовыражения могут быть разнообразны: танец, музыка, театр, изобразительное искусство, фольклор и ритуалистика, повествовательное искусство и применение масок. Как правило, терапия выразительными искусствами проводится в группах.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

ПО ТЕРАПИИ ВЫРАЗИТЕЛЬНЫМИ ИСКУССТВАМИ

Åse Minde og Unni Storeng 1994. *Fra kokong til sommerfugl*. Oslo. Ad Notam Gyldendal.

СОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ

КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

АНАМНЕЗ — сбор данных

В дополнение к остальной информации будет очень полезно собрать следующие данные.

- **История изменений в весе**

Когда началась потеря веса? Какой у пациента был максимальный и минимальный вес? Как быстро произошла потеря веса? Если пациент несовершеннолетний, можно запросить копию графиков веса из детской поликлиники.

- **Анамнез питания**

Что, когда и в каком количестве ест пациент? Запишите. В терапевтической работе эту задачу можно назначить клиническому диетологу-физиотерапевту, медсестре и т. д.

- **История менструации**

Возраст при *менархе* — первой менструации?

Никогда не было менструации? Есть ли менструация сейчас?

Не забудьте спросить, принимает ли пациентка противозачаточные таблетки, которые провоцируют регулярные кровотечения в отсутствие биологических оснований для регулярной менструации.

ТЕКУЩИЙ СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС

У пациентов-анорексиков часто наблюдается бледность, худоба, просматриваются кости. А «пухлые щеки» могут быть вызваны опухолью слюнных желез, которая возникает как от голодания, так и от рвоты.

И у анорексиков, и у булимиков, часто вызывающих у себя рвоту, могут наблюдаться повреждения зубной эмали и слизистой оболочки полости рта, а также ранки, шрамы или «корочки» на фалангах пальцев, с помощью которых они провоцируют рвоту.

Анорексики часто мерзнут, отчасти из-за того, что у них недостаточно жира, который выполняет функцию терморегуляции, но также и из-за того, что температура тела в целом снижается. Им может быть зябко даже в жаркий летний день, а зима становится для них и вовсе настоящим мучением. Часто у них наблюдается слабый сердечный рефлекс и пульс от 40 до 60 ударов в минуту. Кровяное давление снижается до 75/55 мм рт. ст., и оно трудно поддается измерению.

Волосы на голове безжизненные и жидкие, иногда усиливается выпадение волос. Часто встречается пушной волосяной покров, *лануго*, на лице и теле, как у младенцев.

Кожа становится сухой и пупырчатой, на руках и ногах наблюдается *цианоз* — синюшная окраска — и похолодание конечностей. С истощенного пациента важно снимать носки — на пальцах ног могут быть плохо заживающие ранки из-за плохого периферического кровообращения. Кожа может выглядеть желтоватой, неестественного цвета, в том числе на ладонях. Это может быть вызвано нехваткой витамина А, (*гипер*)каротинемией, которая возникает вследствие скопления этого витамина в организме из-за снижения скорости метаболизма. Морковь может усугублять подобное явление.

Мышцы вялые, мышечная масса снижена. Нередко возникают опухоли, так называемые *голодные отеки*, особенно на ступнях. Рефлексы ослаблены. Грудь уменьшается в размере, при сохранении самой железистой ткани. Матка сжимается.

Булимики могут часто жаловаться на утомляемость, головокружение, головные боли и тошноту. У пациентов с синдромом переедания и последующего очищения наблюдаются резкие перепады сахара в крови.

Для всех групп пищевых расстройств характерно возникновение мышечных зажимов.

НЕДОЕДАНИЕ – СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ

НЕТДА комментарии

А. озноб	☐	☐	_____
Б. усталость	☐	☐	_____
В. нарушения сна	☐	☐	_____
Г. угнетенное состояние	☐	☐	_____
Д. слабость	☐	☐	_____
Е. запор	☐	☐	_____
Ж. боли в животе	☐	☐	_____
З. потеря волос	☐	☐	_____
И. ночное мочеиспускание	☐	☐	_____
К. кровоточивость десен	☐	☐	_____
Л. боли	☐	☐	_____
М. снижение концентрации	☐	☐	_____
Н. другое	☐	☐	_____

НЕДОЕДАНИЕ – ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ

	НЕТ	ДА	комментарии
А. сильная потеря подкожного жира	☐	☐	_____
Б. сильное снижение мышечной массы	☐	☐	_____
В. пролежни	☐	☐	_____
Г. сухая, трескающаяся кожа	☐	☐	_____
Д. ломкие расслаивающиеся ногти	☐	☐	_____
Е. лануго (пушная волосная покров)	☐	☐	_____
Ж. пульс в покое < 50	☐	☐	_____
З. систолическое давление < 100	☐	☐	_____
И. периферический цианоз (посинение)	☐	☐	_____
К. увеличение слюнных желез	☐	☐	_____
Л. плохое состояние зубов/десен	☐	☐	_____
М. отеки под глазами	☐	☐	_____
Н. отеки голеней/стоп	☐	☐	_____
О. другое	☐	☐	_____

ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ РВОТЕ			
	НЕТ	ДА	комментарии
А. разъедание зубной эмали	☐	☐	_____
Б. увеличение слюнных желез	☐	☐	_____
В. шрамы/ранки на косточках/фалангах	☐	☐	_____
Г. другое	☐	☐	_____

ВЕС

Терапевту необходимо серьезно относиться к проблеме веса, при этом не позволяя ей себя сковывать. Если врач идет на работу со страхом, не потерял ли его пациент вес, это значит, что он потерял свою терапевтическую свободу.

Взвешивание — ситуация, провоцирующая тревогу

Вот что происходит очень часто и чего можно избежать, не давая пациенту взвешиваться дома.

Девушка с анорексией переходит на поликлиническое лечение. Всем известно, что при определенном весе ее госпитализируют. И этого она стремится избежать любой ценой. Ее взвешивает дома мать. Если весы показывают оговоренный показатель, при котором девушку должны госпитализировать, дочь угрожает самоубийством, чтобы мать не сообщила ее реальный вес врачам. Мать понимает, что попала в совершенно невозможную ситуацию, когда при обоих раскладах дочери угрожает смерть. Она соглашается врать о ее весе, надеясь, что в следующий раз он хотя бы немного увеличится..

Важно, чтобы специалист, взвешивающий пациента, понимал и уважал деликатность ситуации. Нужно стараться не раздражаться из-за того, что пациент медлит зайти на весы, и проявлять понимание к тому, что для него это может быть непросто, и т. д. И помните, что даже добродушные насмешки далеко не всегда бывают уместны.

Двойственная природа веса

Некоторые вообще не хотят взвешиваться, другие, напротив, заходят на весы по много раз в день. Взвешивание связано с амбивалентностью самого пищевого расстройства. Если пациент потерял в весе, его может расстроить, что он никак не может вырваться из цепких лап похудения. Если же вес увеличился, он впадает в отчаяние из-за чувства потери контроля или размывания своей «особой» идентичности. Многие устанавливают для себя магические числа — 35, 40, 50, — которые особенно сложно преодолеть.

Четкие договоренности

Важно заключать максимально четкие договоренности по весу и взвешиванию. Размытость, «скрытность» или плавающая стратегия создадут дискомфорт для всех.

Внезапные взвешивания быстро могут превратиться в злоупотребление властью со стороны терапевта.

Взвешивать должен один и тот же человек

Процесс взвешивания можно сделать более комфортным, назначив ответственным за него одного человека.

Как часто проводить взвешивание?

Редко бывают ситуации, когда взвешиваться необходимо больше одного раза в неделю. Обычно это касается пациентов, госпитализированных из-за крайнего недоедания. Частые взвешивания повышают сосредоточенность на весе, и оба — и врач, и пациент — начинают фокусироваться на гектограммах, что не является хорошей практикой. При разнице в 2–3 г от одного взвешивания к другому считается, что вес остался прежним.

Используйте одни и те же весы

Показатели на различных весах могут слегка разниться. Важно не создавать у пациента фрустрации, которая может возникнуть из-за взвешивания на разных весах. У него и так достаточно поводов для беспокойства.

Один и тот же минимум одежды

Взвешиваться следует в трусах и, возможно, тонкой майке. Носки нужно снимать, поскольку так вы параллельно сможете осмотреть конечности на предмет плохой циркуляции крови в периферических венах, которая приводит к образованию незаживающих ранок. Добавляя больше одежды, вы рискуете исказить показатели, так как одежда повлияет на вес. Но в первую очередь у самого пациента может возникнуть искушение корректировать свои показатели за счет одежды, предметов и т. п. *Врач, которого легко обмануть, не вызывает доверия.*

Когда нужно взвешиваться?

Лучше всего с утра. Очень многие — из анорексических соображений — хотят взвешиваться на пустой желудок. Взвешивая пациента рано утром, вам будет легче убедить его принимать пищу в первой половине дня. Если взвешивание будет происходить во второй половине дня или вечером, пациент вряд ли будет есть до него.

Взвешивание следует планировать на самое начало или конец приема: в последнем случае вы избежите того, чтобы весь разговор прошел под знаком полученных показателей. При лечении в поликлинике, однако, между взвешиванием и обсуждением последних результатов может пройти от недели до нескольких недель.

Кому можно сообщать вес?

Это зависит от ситуации. Если пациент молодой, лучше и надежнее, чтобы его вес был известен всей семье. Однако в определенных ситуациях бывает важно очертить границы; иногда стоит освободить родителей от подобной ответственности, чтобы они лучше тратили свои силы на поддержку. Но следите за тем, чтобы такого рода тайны в рамках терапии не привели к деструктивным отношениям.

Некоторые пациенты не хотят знать собственный вес и предпочитают стоять спиной к шкале весов. Этого следует избегать, поскольку знание самого себя и собственного

тела — взаимосвязей между питанием, активностью и движением — часть процесса обретения контроля над собой.

Какой вес считать оптимальным?

Намного проще ответить на вопрос, какое увеличение веса желательно. С психофизиологической точки зрения хорошим будет прирост около полукилограмма в неделю. Более быстрый набор веса может создать у пациента чувство потери контроля. Исключение составляют пациенты с крайним истощением.

На практике набор веса идет медленнее. Что именно подлежит взвешиванию и оценке, щепетильный вопрос, поскольку к чисто медицинским соображениям здесь примешиваются морально-эстетические. Для терапевта нормализация веса пациента важна по медицинским причинам, и один из признаков, что ситуация становится удовлетворительной, — это нормализация менструального цикла у девушек и женщин. *А что кажется терапевту красивым или некрасивым, вообще не играет никакой роли.*

Существуют разные методы расчета, которые показывают, где находится вес пациента по отношению к норме.

- В детских поликлиниках используются перцентильные схемы. Многие берут показатель в 2,5 перцентиле в качестве нижней границы нормального веса.
- Соотношение роста и веса тоже приемлемый, но реже применяемый показатель.
- На сегодняшний день чаще всего используется ИМТ — индекс массы тела (*BMI, Body Mass Index*).

$\text{ИМТ} = \frac{\text{ВЕС (кг)}}{\text{РОСТ} \times \text{РОСТ (м}^2\text{)}}$	ИМТ
Пример: У человека с ростом 1,67 м и весом 57 кг ИМТ составит около 20,4.	Пониженный вес < 19,0
$\frac{57}{1,67 \times 1,67} = 20,4381$	Нормальный вес 19,0–24,9
	Избыточный вес 25,0–29,9
	Ожирение > 30,0

ИМТ

ИМТ применяется ВОЗ, а также академическими исследователями, работающими с пищевыми расстройствами. Слабость данного инструмента обусловлена разницей между типами строения тела. Следует учитывать, что ИМТ лучше всего применим ко взрослым и не так точен в случае юных растущих пациентов.

ИМТ менее 16 свидетельствует о серьезном недостатке веса. Такой ИМТ может иметь, например, человек с ростом 170 см и весом 46 кг.

ИМТ менее 14 часто применяется в качестве критерия для госпитализации. Это соотношение роста 170 см и веса 40,4 кг.

Следует с осторожностью использовать в лечении границы веса. Установить нижнюю границу, например, как критерий госпитализации, целесообразно. Однако устанавливать границы на набор веса может стать непростой задачей. Зачастую лучше попытаться договориться с пациентом об *изменении веса и краткосрочных целях*, чем закладывать цели далеко вперед.

ВНИМАНИЕ! В назначениях, записях и журналах бессмысленно указывать вес без указания роста.

Многим знакома следующая ситуация: при госпитализации пациент весил 33 кг, что крайне мало. Удовлетворительная норма веса составляет около 43 кг. Молодой девушке сообщают, что она будет лежать в больнице, пока не достигнет показателя 43 кг. С одной стороны, конкретная цифра 43, названная в данный момент, пугает ее и может снизить ее готовность к сотрудничеству. С другой — набор веса идет медленнее, чем планировал главный врач. Проходят месяцы, а до веса 43 кг все еще далеко. Все кончается тем, что главврач решает выписать пациентку. Таким образом, врачи нарушают договоренности, что создает недоверие.

Взвешивание может иметь позитивный эффект

Пациенту, а также терапевтическим отношениям в целом может пойти на пользу, чтобы за взвешивание и проведение бесед отвечал один и тот же человек. Он может ощущать внутреннюю разорванность и фрагментарность, и вряд ли расщепление терапии на множество специализаций и функций будет иметь положительное воздействие. Будет хорошо, если один и тот же человек сможет принять пациента *всецело* — со всеми рыданиями из-за веса и размышлениями о том, кто он и кем хочет стать.

Ситуация взвешивания дает хороший повод для того, чтобы показать, что вы понимаете пациента, продемонстрировать *эмпатию*. Кроме того, здесь вы можете показать как свои знания, так и отношение к пациенту.

Многие боятся негативных последствий низкого веса, например ограничений в движении. Некоторые непосредственно перед взвешиванием пьют много жидкости. Вместо того чтобы отчитывать их за это и видеть в этом предательство, лучше объяснить им без всякого предубеждения, что вы знаете, что такое часто случается. *Нам интересен не столько сам вес, сколько изменения в весе.*

«Если ты сегодня выпил побольше жидкости, можешь запомнить это количество и выпить столько же в следующий раз? Или еще лучше: выпей поменьше, но сообщи мне, насколько меньше, чтобы мы могли это учесть».

Для некоторых это будет облегчением: увидеть, что кто-то знает и понимает их проблемы. И, возможно, они смогут признаться в том, что немного поддались искушению, не чувствуя, что упали лицом в грязь.

Нужно ли взвешивать, когда нет недостатка веса?

Зачем? Цель состоит в том, чтобы выйти из-под тирании веса. И очень редко бывают ситуации, когда врачам стоит продолжать эту практику.

Отдельные программы лечения булимии, впрочем, предусматривают регулярное взвешивание. За этим стоит соображение, что знание показателей веса способствует лучшему

контролю над ним. Если взвешивание используется как часть лечения, его применение должно быть очень хорошо обосновано.

Анализ крови

См. далее.

Помимо стандартных, могут быть основания для назначения более подробных анализов, в том числе лабораторных исследований по эндокринологическим показателям, чтобы исключить дифференциальные гормональные диагнозы.

ПРОЧИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ЭКГ

При госпитализации по соматическим причинам это рутинно. Но и при госпитализации пациентов с пищевыми расстройствами в психиатрические отделения это тоже должно быть обычной практикой. При лечении в поликлинике ЭКГ также следует проводить пациентам с недоеданием. При нормальном весе это будет лишь вишенкой на торте, однако при частой рвоте и злоупотреблении слабительными средствами важно отслеживать нарушения электролитного баланса.

КТ-коронарография / КТ-ангиография церебральных сосудов

В абсолютно специализированных отделениях, работающих с серьезными и долгосрочными синдромами анорексии, это исследование должно быть стандартной практикой, особенно при атипичных вариациях пищевых расстройств. В работе со сложными случаями анорексии, когда наблюдается лишь незначительный прогресс, важно исключить опухоли гипофиза и прочих частей мозга. Важно не слишком сосредотачиваться на тех показателях, которые демонстрируют уменьшение размеров мозга: это нам уже известно, ведь мозг худеет вместе с телом.

АНАЛИЗ КРОВИ

Лабораторные показатели			
СОЭ		Цинк	
Гемоглобин		Алкилфосфаты	
Эритроциты		АСАТ	
Лейкоциты		АлАТ	
Гематокрит		Амилаза	
Железо		Тироксин	
Ферритин		Т3	
Калий		Свободный Т4	
Натрий		ТТГ	
Хлорид		Креатинин	
Кальций		Мочевина	
Фосфат		Уровень сахара натощак	
Магний			

УЗИ яичников

Ультразвуковые исследования яичников можно проводить как через влагалище, так и через живот. Последнее особенно актуально для молодых пациенток, не имевших половых контактов. Такого рода исследования могут показать состояние гормонов, а также поспособствовать в работе по набору веса у тех пациенток, которые хотят нормализовать телесные функции и вернуть менструацию, в том числе из-за желания иметь детей.

Измерение плотности костной ткани

Распространение знаний о здоровье костей приводит сегодня к тому, что измерение плотности костной ткани все больше применяется в диагностике и лечении пищевых расстройств. Кроме того, эти анализы общедоступны.

Рентген кисти для определения потенциала роста скелета

С помощью этого исследования можно убедиться в наличии или отсутствии потенциала роста у молодых пациентов с анорексией. Подтверждение того, что все еще есть возможность вырасти на несколько сантиметров, может мотивировать пациента на более быструю нормализацию веса.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

АНОРЕКСИЯ

Нервную анорексию впервые диагностировали в Англии в 1872 году и во Франции в 1873 году. В течение нескольких десятилетий это нервное заболевание продолжало привлекать определенное внимание. Однако годы между Первой мировой и вплоть до послевоенных лет после Второй мировой оставили нам крайне мало описаний анорексии. Это обусловлено, среди прочего, тем, что данные расстройства диагностировали, причем, как правило, ошибочно, как болезнь Симмондса. Болезнь Симмондса — нарушение выработки гормонов в гипофизе — очень редкое заболевание.

В последние десятилетия анорексия все больше рассматривается в группе нервных расстройств. Однако наличие такого явления, как болезнь Симмондса, служит напоминанием о том, что не все, что выглядит как пищевое расстройство, им обязательно является. Важно учитывать возможность нескольких дифференциальных диагнозов.

Эндокринная (гормональная) система

- Тиреотоксикоз.
- Дисфункция гипофиза.
- Болезнь Аддисона.

Пищеварительный аппарат

- Болезни кишечника.
- Заболевания печени и поджелудочной железы.

Опухоли и инфекции

- Рак.
- Опухоль мозга.
- ВИЧ/СПИД.
- Иные длительные инфекционные заболевания.

Психика

- Глубокая депрессия с отказом от еды.
- Горевание и посттравматические реакции, сопровождающиеся снижением аппетита.
- ОКР — обсессивно-компульсивная симптоматика, которая включает мысли и ритуалы, касающиеся еды.
- Психотические бредовые идеи относительно еды и тела.
- Серьезные поведенческие отклонения.

БУЛИМИЯ И ПЕРЕЕДАНИЕ

При булимии следует учитывать, что актуальным дифференциальным диагнозом может оказаться так называемая зимняя депрессия — *сезонное аффективное расстройство, САР (Seasonal affective disorder, SAD)*. При подобных состояниях в пищевом поведении могут наблюдаться сезонные паттерны, с увеличением объема потребляемой пищи — особенно углеводов — в зимний период.

Эндокринная (гормональная) система

- Избыточный вес на фоне гипотериоза (нарушение функции щитовидной железы).
- Болезнь Кушинга.

«Тяга к углеводам»

Тяга к углеводам — повышенная потребность в потреблении углеводов — на фоне зимней депрессии имеет несколько разных сопутствующих проявлений:

- ожирение на фоне тяги к углеводам;
- перед менструацией — у пациенток с булимией рецидивы часто случаются непосредственно перед месячными;

- абстинентный синдром при отказе от табака.

Генетика

- Синдром Прадера-Вилли

Из всех генетических заболеваний именно так называемый синдром Прадера-Вилли чаще всего вызывает ожирение. Эта врожденная болезнь проявляется в таких симптомах, как пониженный мышечный тонус, некоторая задержка физического и психического развития, развитие ожирения в раннем детстве, а также преувеличенный интерес к еде и сильно повышенный аппетит.

В дифференциальной диагностической работе важно помнить о том, что одним из основных критериев определения пищевого расстройства как нервного заболевания является следующий.

Чрезмерная озабоченность телом, весом и внешностью.

В большинстве указанных дифференциальных диагнозов этот критерий отсутствует.

ДИЕТОТЕРАПИЯ

Диетотерапия — это специализированная компетенция, которой владеют клинические диетологи-физиотерапевты. Однако базовые ее принципы могут и должны изучаться и применяться в рамках других специальностей, работающих с пищевыми расстройствами.

Цели диетотерапии:

- **обеспечить достаточное потребление здоровой еды;**
- **обеспечить регулярность питания;**

- **создать надежную систему питания, дающую большее чувство контроля;**
- **сохранять контроль и в то же время гибкость;**
- **познакомить пациента с собственными потребностями и научить его их закрывать.**

ОНИ НЕ РАЗБИРАЮТСЯ В ЕДЕ!

Часто можно услышать, что нет особого смысла разговаривать о еде с людьми, страдающими пищевыми расстройствами, поскольку они сами о ней все знают. Чушь! Зачастую они разбираются в таблице калорий, но даже не знают, какие вещества им требуются. На консультациях по питанию они часто учатся буквально с нуля, усваивая базовую информацию о разнообразии питания, телесных функциях, необходимости наличия жира и т. д. Не давайте пациенту напутствия «ешь нормально». Многие из них уже давно потеряли всякое представление о «нормальности».

Не стоит также советовать пациенту «есть здоровую пищу». Многие из них превратно толкуют понятие «здоровой еды» как обезжиренной.

ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ АНОРЕКСИИ

Важно понять, что набор веса может занять много времени. Если этот процесс идет медленно, вопреки ожиданиям, это необязательно означает, что пациент с вами не сотрудничает: просто на это требуется много энергии.

ВАЖНЫЕ СВЕДЕНИЯ О МЕТАБОЛИЗМЕ

При анорексии снижается потребление пищи и, соответственно, замедляется обмен веществ. Это проявляется, среди прочего, в пульсе и температуре тела. Тело как бы переводит себя в режим экономии энергии. Вначале вес снижается быстро, но затем процесс замедляется. Пациентка видит, что она и ест мало,

и нужно ей мало! Поэтому ей будет непросто принять какие-либо увеличения объемов питания.

Таким образом, важно разъяснить пациентке телесные функции и «чрезвычайные меры» при недоедании. Кроме того, важно заранее предупредить ее, что за первые дни лечения, когда она будет потреблять больше пищи, она может набрать пару кило. Частично это будет жидкость, которая временно скапливается в организме из-за недоедания. Теперь важно будет поддерживать новый регулярный уровень калорий. Если это удастся, ускорится и обмен веществ — тем самым поднимется потребность в калориях, вес уменьшится и стабилизируется, а также снизится объем жидкости.

Если вы разъясните все это заранее, это может укрепить ваш терапевтический альянс: «мой врач в этом эксперт». Если же вы не будете информировать пациентку, она почувствует себя обманутой, поскольку испугается, что вес будет расти с той же скоростью, как в первые дни после начала правильного питания, и будет вести себя резко. .

Вместо того чтобы слишком сильно фокусироваться на цифрах и гектограммах, необходимо постараться показать пациентке связь между ростом объема пищи и общим улучшением состояния и функций организма. Тогда она будет чувствовать себя более осведомленной.

Дополнение, а не замена!

В нормальном рационе важную роль играют фрукты и овощи. Для пациентов этой категории они тоже полезны, но как дополнение к остальной еде, а не как замена. Этот вид продуктов содержит мало калорий. Правило при работе с пищевыми расстройствами состоит в том, что фрукты и овощи должны быть лишь дополнением к прочей пище!

Исключение: авокадо и бананы являются хорошими источниками энергии, как и орехи.

Начиная диетотерапию пациента с недоеданием, помните, что объем пищи должен расти постепенно.

Такое постепенное изменение питания — профилактика довольно редкого, но опасного для жизни *синдрома возобновленного кормления (refeeding syndrome)*. Этот синдром бывает вызван в том числе слишком быстрым ростом объема жидкости, циркулирующей в организме, что может дать чрезмерную нагрузку на сердце, ослабленное долгосрочной нехваткой питательных веществ.

Анамнез характера питания может дать довольно реалистичную картину потребления пищи. Опираясь на этот метод и обсуждая с пациентом, какие продукты для него приемлемы, можно составить план питания, включающий в себя как минимум вдвое больше предыдущего уровня потребления калорий. Грубо говоря, можно будет достичь уровня чуть меньше 1000 ккал. Обычно пациент в состоянии столько съесть. Можно подождать пару дней, пока потребление достигнет нужного уровня, но не дольше. Может найтись множество оправданий для отказа от еды, но именно здесь терапевту необходимо проявить настойчивость.

Объем питания должен повышаться постепенно, предпочтительно на 2–300 ккал в неделю.

ЗОНДОВОЕ ПИТАНИЕ

Если достичь результата с помощью обычной еды не получается, может возникнуть необходимость в зондовом питании. Это уже требует лечения в стационаре. При лечении анорексии применяются *вентрикулярные зонды*, которые вводятся через нос в желудок и не вынимаются до окончания применения данной меры лечения.

Высказывались аргументы в пользу того, чтобы проводить зондовое питание в том же ритме, что и обычное, то есть утром, в первой половине дня, второй половине и вечером. Такое пожелание сохранить ритм принятия пищи, как ритуал, вызвано благими намерениями, однако в реальности оно упирается в потребность медленного введения питания. Если жидкость поступит в организм слишком быстро, это может вызвать боли в животе, вздутие и тошноту. Если в принципе приходится прибегнуть к зондовому питанию, это уже свидетельствует о чрезвычайной ситуации, при которой о трапезе как ритуале давно нет и речи.

Зондовое питание может вызвать целый ряд психологических реакций. Для некоторых это оскорбительно. Другие воспринимают это как освобождение: избавляет их от ответственности доносить запретную еду до своего рта. В этом случае стоит обратить особое внимание на процесс перехода с зондового питания на обычное.

При использовании зондового питания лучше всего применять электрический насос. Он позволяет еде поступать в организм равномерно, а также лучше контролирует нехватку микроэлементов. Начинать нужно медленно. 50 мл в час — хорошая скорость для первого дня. Затем ее можно постепенно повышать, но нецелесообразно делать это быстрее, чем на 150–200 мл в час.

Если потребление пищи было минимальным, необходимо начинать с достаточной осторожностью. В первые сутки предлагается ввести 500 ккал (500 мл) и затем ежедневно повышать дозировку на 100 ккал. Исходя из опыта, для успешного

набора желаемого веса потребуется суточная доза между 2000 и 3000 ккал. Будет эффективнее, если перейти на более калорийные составы, чем стандартные. Есть готовые растворы, сделанные из расчета 1,5 ккал/мл по сравнению со стандартными 1 ккал/мл.

Один из методов — комбинация зондового питания с небольшими порциями обычной еды. В этом случае утром и в первой половине дня пациент принимает пищу обычным способом, а вечером переходит на зондовое питание. Противоположный вариант — зондовое питание с утра и обычные трапезы днем и вечером — часто не работает. Сложно мотивировать пациентку с анорексией съесть больше, после того как она уже получила свою дозировку.

Зондовое питание — это медицинская мера, которая применяется по необходимости. Важно не воспринимать его как поражение. Надо так надо.

ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

Иногда используется внутривенный ввод питания — так называемое *парентеральное питание*. Внутривенное питание может поступать в периферические вены или через *центральный венозный катетер, ЦВК*, в крупные шейные вены.

Но лучше этого избегать, оставляя эту меру для чрезвычайных ситуаций, когда пациент, например, разрывает или выбрасывает зонд.

Еда должна поступать в желудок!

ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ БУЛИМИИ И ПЕРЕЕДАНИИ

Большая и важная проблема при булимии — это налаживание регулярного приема пищи, минимум четыре раза в день. Если

удается внедрить такую регулярность, у многих пациентов снижается тяга к еде.

СОСТАВЛЕНИЕ РАЦИОНА И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПИТАНИЮ

Нужно ли составлять рацион? И да, и нет.

Рацион, или план питания, — это терапевтическая мера, которую, как и другие подобные меры, необходимо применять в индивидуальном порядке и *своевременно*. Всегда существует риск, что все эти рационы просто будут выброшены в мусорную корзину. В идеале лучше обходиться без рационов, однако они могут задавать внешнюю структуру как для пациента, так и для всей семьи. Это нечто, на что можно опираться, как на костыль.

Предлагая рацион, вы часто можете столкнуться с отказом, а затем — спустя несколько месяцев или лет — пациент сам к вам приходит и говорит: «Теперь он мне нужен».

При лечении в стационаре, где задействовано много людей, с помощью плана питания можно упорядочить лечебную практику, сделав ее более прозрачной.

Символизм еды

Конкретная еда часто символизирует чувства и отношения. «Нечеткая» еда пугает больше, чем четкая. Перемолотая еда, например каши и пюре, воспринимается как менее понятная, чем картошка и мясо отдельно. Замороженная рыба в кубиках кажется более безопасной, чем свежая рыба из моря.

Есть риск того, что рацион приведет к формированию невротических, ригидных привычек: взвешивание в граммах, тщательный подсчет калорий, постоянное перечитывание плана питания. При этом пациентка будет следить за тем, чтобы ни в коем случае не превысить рацион ни на грамм или калорию. Минимальный рацион воспринимается ею как максимально возможный. Поэтому объемы лучше указывать приблизительно: в кусочках, стаканах, ложках, штуках. Взвешивания еды следует изгнать. Однако в отдельных ситуациях взвешивание и подробные

данные могут быть необходимы для того, чтобы задать определенную нижнюю границу. Ведь пациентка может выбирать все более маленькие стаканчики, выискивать самые маленькие картофелины и нарезать хлеб так тонко, что он буквально рассыпается.

План питания должен содержать примерное время приема пищи. *Может быть целесообразно указать максимальную длительность трапезы.* Ковыряние в еде и бесконечное затягивание процесса может сильно действовать на нервы окружающим.

Для тех, кто начинает переходить на более нормальное питание, характерны проблемы со вздутием живота и коликами. Поэтому старайтесь исключать из рациона те продукты, которые чаще всего приводят к вздутию: отруби и цельнозерновой хлеб, различные виды капусты, лук обычный и порей, бобовые.

Рекомендуется применять витаминные добавки в обычных дозировках, исходя из действующих в Норвегии рекомендаций. Рыбий жир рекомендуется принимать по 5 мл/день. В рыбьем жире содержится доля необходимого организму жира, а также ряд витаминов, сжигающих жир, которые плохо всасываются кишечником при обезжиренном питании. В плане потребления кальция важны молоко и сыр. Такие минеральные добавки, как железо, цинк и магний, выписываются по усмотрению врача.

Диетотерапия — это наставничество. Однако необходимо также договариваться с пациентом, а это требует терпения, причем немалого.

ЦИФРОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ

Сейчас существуют специальные цифровые программы по выстраиванию питания и составлению рационов. Хорошее решение — сесть за компьютер вместе с пациентом и разработать план питания совместно. Такие программы дают четкие визуальные иллюстрации потребления энергии, распределения питательных веществ и т. д. Можно наглядно увидеть, сколько энергии дают небольшие прибавления к рациону: еще один

кусочек сыра, чуть больше масла, молоко с небольшой долей жира вместо обезжиренного, маргарин и т. д.

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

Физическая активность и тренировки тоже могут стать частью лечения, в том числе при анорексии. Однако при этом должны соблюдаться строгие требования к оценке медицинских показателей пациента.

При традиционных методах лечения анорексии пациентов ограничивают в физической активности и в крайних случаях переводят на постельный режим. Цель состоит в том, чтобы снизить потребление энергии организмом. Однако такие ограничения вовсе не обязательно соблюдаются пациентами, и они часто тайно занимаются той или иной формой физических упражнений.

На сегодняшний день приходит постепенное осознание пользы физической активности, если, конечно, речь идет не о гиперактивности и обсессивном сжигании калорий.

ИСКУССТВО ЗАБЫВАТЬ

Применяя при лечении физическую активность, мы стремимся сформировать *другое тело*, без пищевого расстройства. Эффективное применение собственного тела — один из способов избавиться от навязчивых мыслей о нем. *Двигаясь правильно, мы также приводим в движение мысли и чувства — и смещаем точку фокусировки.* Как правило, нам наиболее комфортно в нашем теле, когда мы о нем меньше всего думаем.

В ЗАЩИТУ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

- Движение приносит радость. У некоторых пациентов есть опыт занятий спортом, который может быть связан как с позитивными, так и с негативными переживаниями; постарайтесь вывести на первый план хорошие моменты.
- Физическая активность как одна из терапевтических мер может давать пациентам ощущение, что они приобрели нечто новое, и это способно улучшить сотрудничество: для них это воспринимается как «да» после бесконечных «нет», с которыми они сталкивались. Вместо того чтобы бороться, мы пытаемся работать совместно.
- Нехватка подходящих слов для выражения чувств. Обычный разговор может казаться трудной ситуацией. Физическая же активность — это чистое действие, и поэтому она может восприниматься как более комфортное пространство для сотрудничества. Совместное совершение действий может улучшить терапевтические отношения.
- Использование собственного тела позволяет больше есть, избавляя пациента от «угрызений совести». Чувство усталости работает как оправдание для того, чтобы что-то съесть.
- Физическая активность сама по себе, разумеется, в правильной форме и дозировке, может способствовать укреплению здоровья.
- Введение большего объема физической активности параллельно с набором веса может стать мотивацией для большего потребления калорий при недоедании.
- Физическая активность способствует *улучшению контроля* над собственным весом. Это касается в том числе булимии и переедания.
- Коллективные переживания.
- Наслаждение природой.

ВИДЫ АКТИВНОСТИ

Активность должна быть:

- Приносящей радость.
- Социальной.
- Связанной с упражнениями на расслабление и осознание своего тела.
- Не требующей особой подготовки — при недоедании.
- Не соревновательной.
- Ориентированной на овладение техникой.

При анорексии отдельные виды активности должны оцениваться компетентным медицинским персоналом и дозироваться индивидуально.

У Кайи, 19 лет, была серьезная анорексия в течение пяти лет. Физическая активность, в частности игры с мячом и тренировки в бассейне, были важной частью той программы лечения, которую она проходила. Кроме того, в программу входила верховая езда в горах: «В первый день я думала только о том, как я выгляжу на лошади. А спустя пару недель меня больше заботило, как себя чувствует лошадь».

МЕДИКАМЕНТЫ

Не существует «волшебной таблетки».

Нет никаких специальных медикаментов от пищевых расстройств. Однако препараты для лечения нервной системы — психофармакологические средства — могут оказать эффект.

Медикаментов, в показаниях которых значилась бы анорексия, не существует. Есть медикаменты, борющиеся с побочными симптомами других базовых заболеваний, таких как депрессия и тревожность.

При булимии и переедании определенный эффект могут оказывать антидепрессанты.

Лекарства не являются достаточным средством лечения и должны всегда рассматриваться как дополнение к терапевтическим беседам.

Большая часть методов лечения пищевых расстройств — в особенности анорексии — заимствована из психиатрии. Терапевтические меры избирались как исходя из отчаяния и самообмана, так и на основании научных данных. Это и кровопускание, и различные диеты, и изолирование пациентов, и лоботомия. Была испробована большая часть психофармакологических средств.

АНОРЕКСИЯ

При использовании медикаментов при анорексии их следует направлять на купирование других симптомов, таких как тревожность, депрессия и психотические состояния. Антипсихотики — *нейролептики* — использовались широко, но *эффективность их не доказана*. К примеру, нет достаточных оснований считать, что нейролептики способны излечивать *искажение образа тела*.

БУЛИМИЯ И ПЕРЕЕДАНИЕ

При булимии и переедании *антидепрессанты* имеют доказанный, хотя и ограниченный эффект. Под эффектом имеется в виду снижение частоты эпизодов переедания и тошноты. Эффективны различные формы антидепрессантов, однако основное внимание направлено на новейшие группы препаратов — *селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)*. Это обусловлено в том числе и тем, что их побочные эффекты, степень токсичности, а также вероятность летального исхода при передозировке ниже, чем у многих препаратов предыдущего поколения.

При булимии медикаменты оказывают двоякий эффект:

- *антидепрессивное воздействие*, поскольку у многих пациентов с булимией наблюдаются синдромы депрессии;
- *«антибулимическое» воздействие*, так как активное вещество серотонин также воздействует на регуляцию аппетита. Препараты способствуют снижению аппетита и уменьшению риска переедания.

Эффекты ограничены, и есть тенденция к возобновлению симптомов после отмены препарата. У нас нет данных о том, на какие категории пациентов медикаменты оказывают эффект, а на какие нет. Судя по опыту, некоторые сами прерывают медикаментозное лечение, поскольку их мучают побочные эффекты или снижение общей чувствительности. «Мне не хватает моих чувств, пусть даже ужасно негативных».

В Норвегии на данный момент зарегистрирована лишь одна группа антидепрессантов, которая может быть официально назначена при булимии. Речь идет о *флуоксетине*. Есть основания полагать, что за следующие несколько лет будет одобрено еще несколько групп препаратов.

Точные показания к применению этого препарата в каталоге медикаментов формулируются так: «Краткосрочное лечение нервной булимии в тех случаях, когда эффекта одной только психотерапии пациенту оказывается недостаточно». Флуоксетин продается под марками Fluoxetin®, Fontex®, Nycoflox®.

Обычная дозировка при депрессии и навязчивых состояниях составляет 20 мг в день, принимается с утра. При булимии как основном показании ежедневная однократная доза составляет 60 мг. При возникновении дискомфортных побочных эффектов дозировка может быть поделена на утренний и вечерний прием. Максимальная суточная доза 80 мг.

Кишечные препараты

Это чистое купирование синдромов. Таких пациентов часто мучают колики и вздутие, и такого рода средства могут отпускаться без рецепта. Ceolat®, Minifom®, Siloxan®.

СЛАБИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

Назначать слабительные средства и лаксанты следует с особой осторожностью из-за серьезной опасности злоупотребления! Прием таких препаратов в больших объемах наносит вред кишечнику и его моторным функциям.

При работе с пищевыми расстройствами большая проблема состоит в том, что эти препараты отпускаются без рецепта.

Калий

При булимии проблему составляет *нарушение баланса электролитов*. Рвота и злоупотребление слабительными препаратами в особенности часто приводят к *гипокалиемии*.

Лучший способ регулирования уровня калия — это регулярный прием нормальной пищи. Если это затруднительно, то гипокалиемия затягивается и становится серьезнее, и тогда необходимо восполнение калия в организме. Однако это следует делать только на основании сывороточных маркеров. При назначении подобных препаратов следует обратить внимание на то, что показатели могут быть превышены, и тогда речь идет о *гиперкалиемии*. Как гипо-, так и гиперкалиемия могут приводить к серьезным последствиям для организма.

Эстрогенотерапия

Всего за несколько лет мы получили множество данных о негативных последствиях *аменореи* — отсутствия менструации. Снижение веса, слишком маленькая доля жира в питании, обилие физической активности, иногда в сочетании с психическим стрессом, приводит к приостановке менструации при пищевых расстройствах — так называемая вторичная аменорея. Среди самых известных последствий — остеопения и остеопороз, снижение костной массы и плотности костной ткани.

Рекомендуется медикаментозная замена половых гормонов, которые перестали вырабатываться из-за похудения или тренировок. Эффект предсказать сложно. Поврежденный скелет сложно поддается восстановлению, но многое говорит о том, что эстрогенотерапия способна затормозить дальнейший распад.

Гормональное лечение может проводиться как в форме гормональных добавок, например Trisekvens®, так и в форме противозачаточных таблеток, если пациентке также важен превентивный эффект.

Мотивировать пациентку на подобное лечение может быть непросто.

- В основе психологической динамики, стоящей за пищевым расстройством, может лежать желание избавиться от женственности, регрессировав в состояние ребенка, на раннюю стадию развития. Прием медикаментов, которые возвращают природную женственность, может восприниматься враждебно.
- При эстрогенотерапии регулярно возникают кровотечения.
- Лечение способствует изменению в распределении жира и феминизации, так что многим пациенткам ошибочно кажется, что они толстеют.

Страх перед препаратами, кроме того, способствует повышению восприимчивости к их эффектам и побочным эффектам. Впрочем, опыт показывает, что многие удовлетворены лечением, если на него соглашаются. Самое сложное — принять решение о том, чтобы его начать. Удовлетворение имеет несколько составляющих:

- снижается чувство вины за то, что своим пищевым поведением наносишь своему телу непоправимый вред;
- перестаешь чувствовать себя такой непохожей на других;
- получаешь меньше упреков от родственников и друзей, которые беспокоятся из-за вреда здоровью, который может причинить пищевое расстройство.

ИЗБЫТОЧНЫЙ ВЕС

Orlistat (Xenical®) — новая таблетка для похудения, препарат от лишнего веса. Orlistat воздействует за счет снижения всасывания

жира в пищеварительную систему. Для назначения этого препарата официально одобрены следующие показания: «В сочетании с низкокалорийной диетой назначается пациентам с опасным уровнем ожирения и ИМТ от 30, а также лицам с избыточным весом и ИМТ от 28 при наличии факторов риска».

В связи с пищевыми расстройствами есть особые основания ожидать злоупотреблений! Поэтому очень важно, чтобы врач строго придерживался официально одобренных критериев для назначения препарата и не давал заставить себя выписать рецепт пациентам, у которых избыточный вес не представляет опасности для здоровья. Orlistat нельзя принимать при беременности и кормлении. Кроме того, он запрещен для детей.

НЕОБХОДИМО ЛИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ?

Любой медикамент — это химия и в то же время гораздо больше, чем просто химия. Выписывание рецептов — часть отношений между врачом и пациентом, существуют хорошие и плохие способы это делать. В лучшем случае медикаменты могут иметь двойную пользу:

1. Непосредственный эффект от препарата.
2. Сотрудничество между пациентом и врачом принимает такую форму, что препарат становится частью самоисследования. Фоновая цель при работе с пищевыми расстройствами — повышение общей восприимчивости к своим ощущениям: «Сейчас я чувствую, что можно уменьшить дозу». «А теперь я думаю, что мне снова нужно какое-то время принимать препараты».

ВНИМАНИЕ! – СОВЕТЫ ПО МЕДИКАМЕНТОЗНОМУ ЛЕЧЕНИЮ

- Не создавайте у пациента нереалистичных ожиданий по поводу эффективности препарата! Неоправданно высокие ожидания приводят к разочарованиям. А терапевты, которые обещают больше, чем могут исполнить, тем самым наносят вред терапевтическому альянсу.

- При самом первом контакте предложение выписать рецепт может восприниматься пациентом так, будто его проблемы не принимают всерьез: «От меня отмахнулись».
- Медикаменты могут стать частью избегающего поведения по отношению к собственным потребностям и конфликтам. В центре внимания оказываюсь уже не «я» и не «мы», а препарат.

Противозачаточные таблетки

Убедитесь, что эти препараты принимаются таким образом, чтобы пациентка их не выташнивала.

При булимии противозачаточные не являются надежным средством контрацепции.

- Принимаются ли лекарства по рецепту? Очень многие пациенты с пищевыми расстройствами с большой неохотой принимают что-либо внутрь: «А вдруг я от этого растолстею?» Некоторые могут притворяться, будто принимают выписанные им медикаменты, хотя на самом деле пьют их нерегулярно или вовсе от них отказываются.

Пациент может превышать дозировки препарата, если он оказывает эффект снижения аппетита (так называемые СИОЗС, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина).

- Точно оговорите, когда и как следует принимать лекарства. Не имеет смысла принимать их тогда, когда они, скорее всего, будут вытошнены. Для многих наилучший выход — пить препараты с утра.
- Работают ли лекарства? Крайнее недоедание, неправильное питание и большие дозы слабительных препаратов влияют на всасывание и общий эффект. Много указывает на то, хотя точных данных об этом нет, что, к примеру, антидепрессанты имеют сниженный эффект на истощенных анорексиков.

- Пищевые расстройства означают потерю контроля. У многих вдобавок начинаются проблемы со злоупотреблением. Будьте осторожны, назначая препараты, вызывающие привыкание.
- Оцените риск самоубийства и передозировки у нестабильных пациентов.
- Серьезно отнеситесь к побочным эффектам и дайте пациенту реалистичные сведения. Препараты группы СИОЗС могут иметь побочные эффекты на сексуальную жизнь: снижение либидо и способности получать оргазм. Многим врачам хорошо удается доносить эту информацию до мужчин и намного хуже — до женщин-пациенток. Для некоторых хорошая половая жизнь может быть очень важной составляющей ее качества, даже если в остальном она представляет собой полный хаос.

«Мой врач казался таким уверенным, и я искренне хотела, чтобы все получилось. Он сказал, что эти лекарства действуют на большинство пациентов. Мне так хотелось, чтобы все удалось, чтобы я могла показать ему, что я справилась, и у меня была сильная мотивация. Почему я обязательно должна попасть в незначительный процент тех, на кого эти препараты не действуют? Когда я поняла, что мое состояние не сильно улучшается, я почувствовала себя вдвойне неудачницей. И не решилась об этом рассказать. Я врала, говоря, что лекарства помогают».

КОГО ПРИВЛЕКАТЬ К ЛЕЧЕНИЮ?

В терапевтической работе зачастую важно не только то, кто участвует в беседе, но и то, что говорится.

Месседж состоит из высказывания и контекста, и структура лечения может быть настолько же решающим моментом, как

и содержание.

Самая распространенная форма терапии — *контакт один-на-один*. Есть основания полагать, что такая форма используется слишком часто, причем нередко безосновательно: «просто так повелось». Выдергивать пациента из привычного ему контекста, чтобы работать в ограниченном терапевтическом пространстве, не слишком эффективно. *Разум изолировать невозможно*, и необходимо повышать осведомленность о пользе и необходимости работы в более широком составе, чем только с тем человеком, который непосредственно демонстрирует симптомы.

Болея, ребенок иногда берет на себя ответственность *проявить симптом* всей семьи, находящейся в разладе или кризисе. Он становится *делегатом*. В такой ситуации индивидуальный контакт без активного вовлечения родителей может работать на сегментацию конфликтов. Есть много примеров тому, что если присутствует вся семья, у ребенка могут начаться быстрые улучшения, а для родителей лечение принимает форму парной терапии.

Мы, терапевты, обладаем определенными свободами. У нас есть свобода выбирать среди множества форм терапии. Мы можем разговаривать с пациентом один-на-один, приглашать всю семью, общаться только с родителями, только с детьми, с парами отец/дочь или мать/дочь, с друзьями, в группах и т. д. Утверждая, что на самом деле никаких свобод у нас нет, мы тоже не врем. Но часто так происходит потому, что мы сами не осмеливаемся нарушить привычную рутину.

У нас есть свобода, и ею необходимо пользоваться. Пациентам она необходима, поскольку дает им гибкость. Она нужна и нам, чтобы убрать ощущение тупика и усталость. Если вы зашли в абсолютный тупик, самое время очень тщательно обдумать, стоит ли и дальше продолжать в том же духе.

Варьировать различные терапевтические формы очень полезно. Каждая из форм позволяет услышать новые голоса и более четко

увидеть, какую роль расстройство выполняет в межличностных отношениях. Это движение от хаоса к ясности.

СИСТЕМА ЛЕЧЕНИЯ

Психические проблемы, как правило, вовлекают в свою орбиту других участников: не только семью, близких и друзей, но и лечащих специалистов. В сложных ситуациях количество специалистов и их диверсификация могут расшириться. Пациент может стать центром необозримой сети отношений, позиций и мер. Иногда все эти нити стягиваются в одном направлении, иногда их тянут в разные стороны. Всегда есть риск попасть в ситуацию типа «лебедь, рак и щука».

Бесспорно, очень многие пациенты, страдающие пищевыми расстройствами, получают слишком ограниченную помощь или не получают ее вовсе. Но в то же время некоторым ее слишком много.

В подобных ситуациях целесообразно собрать различных специалистов и очень четко распределить между ними ответственность, чтобы совместно сформировать иерархию принятия решений и, возможно, пресечь некоторые из терапевтических мер. Цель — максимальная прозрачность для всех.

КАК РАБОТАТЬ С РОДСТВЕННИКАМИ

Работа с родственниками должна происходить эффективно и тактично. Если пищевым расстройством страдают дети и подростки, это совершенно очевидно. А вот при работе со взрослыми пациентами об этом часто забывают.

РОДСТВЕННИКИ КАК ВРАГИ

История излечения пищевых расстройств — красноречивый пример *враждебности врачей к родственникам пациентов*. С тех пор как в 1870-х годах начали ставить диагноз «анорексия», хорошим терапевтическим тоном считалось ограждать детей-анорексиков от их родителей. Семья считалась вредоносной средой.

Со временем эта практика по понятным причинам ушла в прошлое. Однако она иногда и сегодня проявляется во врачебных буднях, хотя и не в столь строгой форме. Подобный режим изоляции может быть оправдан в отдельных ситуациях.

- Несомненно, существуют семьи, которые действуют на ребенка крайне разрушительно.
- Есть также пациенты, которые в своем стремлении к поиску собственного пространства ищут *место и время*, которое было бы *свободно* от родителей и родственников.

Но с принципиальной точки зрения подобная практика ограждения должна применяться только в тех случаях, когда уже совершались попытки общения с семьей, но они показали свою несостоятельность.

СЕМЬЯ ЗНАЕТ ЛУЧШЕ

Хорошие аргументы в пользу того, чтобы активно вовлекать родственников.

- Они лучше знают. Кризис, возможно, снизил уровень их знаний, однако задача терапевта как раз состоит в том, чтобы *вернуть семье пациента веру в то, что она все знает и может*.
- Одна голова хорошо, а несколько лучше.
- Можно разделить ответственность, страх и боль.
- Отверженные родственники вряд ли смогут проявить творческий подход.

- При отвержении родственники могут начать «саботировать» лечение, в том числе через поиск других специалистов.
- Конфликт между врачом и родственниками может загнать пациента в конфликт лояльности, когда его будет тянуть то в одну, то в другую сторону.
- Кроме самого пациента, страдают и его близкие. И этим людям тоже необходимо, чтобы их видели, заботились о них, учитывали их мнение и при необходимости также предлагали помощь.
- Исследования лечения анорексии показали, что вовлечение семьи в лечение пациентов до 18 лет более эффективно, чем индивидуальная терапия.¹
- Из опыта работы с молодыми пациентами, страдающими пищевыми расстройствами, мы знаем, что качественное сотрудничество с родственниками снижает необходимость в длительной госпитализации.

ОТ БЕСПОРЯДОЧНОГО ГВАЛТА — К РАВНОПРАВИЮ ГОЛОСОВ

У расстройства множество разных голосов. Как правило, с разных сторон озвучивается много мыслей о причинах расстройства и его значении. И это может превратиться в *какофонию*. Мнений становится так много, что они создают хаос:

Дочь не ест и не может объяснить почему; отец думает, что дело в неумении матери выстраивать границы; мать думает, что причина в ее собственных ошибках и недостаточном присутствии отца; сестра считает, что это простое упрямство; учитель — что это давление моды в среде друзей; психолог объясняет это с психодинамической точки зрения как отклонение в развитии; врача общей практики интересует, бывали ли в роду по отцовской линии аффективные расстройства; у медсестры складывается ощущение, что вокруг приема пищи в этой семье постоянно возникают конфликты — и т. д.

На самые первые встречи целесообразно позвать пациентку вместе с родственниками, а время према потратить на то, чтобы

как раз экологично систематизировать все мнения, существующие по поводу этой проблемы.

Беседу можно проводить по следующим принципам:

- *Циркулярность.* Опрашивайте мнения по кругу, проявляя искреннее любопытство.
- *Равенство.* Тратьте примерно равное количество времени на выслушивание разных версий.
- *Нейтралитет.* Проявляйте уважение ко всем высказываниям.

Темы:

- Какая проблема сейчас для тебя важнее всего?
- У тебя есть мысли по поводу того, почему это так? Если да, какие?
- Ты пыталась как-то решить эту проблему?
- Что сработало лучше всего? А хуже всего?
- Какие у тебя идеи насчет дальнейших действий?
- Кто в семье больше всего поддерживает твои мнения? А кто меньше всего?

Многие семьи приходят и говорят, что «испробовали все». На самом деле они испробовали лишь ограниченное число приемов — одно и то же снова и снова, до изнеможения. В ходе беседы выясняется, что уже было сделано, и тогда родственники, возможно, начинают рассматривать третий или четвертый варианты.

Выявление множества различных мнений может стать началом решения проблемы. При хорошем раскладе какофония превращается в *полифонию*, и в этом многоголосии уже не запутаешься. Цель состоит не в том, чтобы все пришли к единому мнению, а в том, чтобы предоставить площадку для высказывания различных версий.

Следующий этап

- Вместе наметить конкретные, четко определенные цели на ограниченный период времени: например, до следующей встречи. Будьте конкретны. Необходимо четко распределять роли. Например, если мать слишком раздражает, когда отец помогает дочери с приемом пищи, она должна уйти из дома.
- Оговорить устройство терапевтического пространства: кто и как часто с кем будет встречаться? Например, сыну, страдающему булимией, предлагается еженедельно ходить на индивидуальный прием к психологу. А каждые два месяца семья присоединяется к этим встречам, чтобы оценить текущее положение дел.

КОГДА ПАЦИЕНТ НЕ ПРИХОДИТ

При работе с молодыми людьми задавайте себе следующие вопросы. Что мы будем делать, если она откажется ходить на прием? Забросим лечение? Или попросим родителей вновь выйти на связь, когда им удастся уговорить своего протестующего ребенка?

Жесткие требования, чтобы сам носитель симптома обязательно присутствовал на приеме, могут привести к пренебрежению страданиями и отчаянием родителей. То, что кто-то один в семье проявляет самые яркие синдромы, не означает, что хуже всего именно ему.

Приглашайте родителей, а также братьев и сестер. Встречи с родственниками могут быть очень полезны. Не стоит недооценивать потенциал позитивных изменений, заложенный в подобной практике.

СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ?

Когда вы собираете вместе всю семью для терапевтического сотрудничества и запуска изменений, это, строго говоря, уже семейная терапия. Впрочем, с этим понятием стоит обходиться осторожно. «Семейная терапия» — это непростая деятельность,

и само словосочетание может вызвать страх неудачи у не слишком опытных специалистов. Кроме того, оно может спровоцировать протест и у членов семьи: в нем они слышат подспудное послание, что с их семьей что-то не так. «Работать совместно», «делиться идеями», «слушать друг друга» — хорошие альтернативные выражения, которые можно использовать для вовлечения.

Грубо говоря, лучшая семейная терапия — это та, которая так не называется. Не используя этот ярлык на самых первых встречах, вы можете создать атмосферу открытости к изменениям и новым инсайтам.

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ВСЕЙ СЕМЬИ

В детско-юношеской психиатрии существуют определенные возможности для госпитализации родственников. Речь идет о трех-четырёхнедельной госпитализации всех членов семьи. Это создает благоприятные условия для наблюдения, а также для интенсивной работы по изменению ситуации.

ГРУППОВАЯ ТЕРАПИЯ

Групповая терапия — очень эффективная форма лечения пищевых расстройств, она активно используется в разных странах. Это касается как булимии, так и переедания.

Психические симптомы возникают в результате неблагоприятных межличностных отношений, и исцеление может произойти за счет исправления этих отношений. Групповая терапия нацелена на то, чтобы запустить такие целительные системные процессы. При недостаточном финансировании здравоохранения групповая терапия — эффективная форма использования ресурсов.

ПОЧЕМУ ЭТО РАБОТАЕТ

Выявлен целый ряд терапевтических факторов при работе в группах. Эти факторы в той или иной степени присутствуют во всех терапевтических группах, вне зависимости от рамок или целей.

- **Надежда.**
Некоторые в своем лечении продвинулись дальше, чем другие, и могут рассказать о возможностях выздоровления.
- **Сходство.**
- **Советы и информация.**
- **Альтруизм.**
Радость, что можешь помочь другим.
- **Навыки социализации.**

Взаимное обучение навыкам общения.

- **Обучение на чужих примерах.**
- **Катарсис.**
Возможность высказать свои чувства в принимающей среде.
- **Коррективная проработка первичных семейных конфликтов.**
На поверхность выходят застарелые конфликты, становясь предметом проработки и изменений.
- **Обнаженная экзистенция.**
За ширмой различных симптомов проявляются экзистенциальные темы.

Различные группы для пациентов с пищевыми расстройствами

- **Психодинамические.**
- **Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ).**
- **Педагогические (психообразовательные).**
- **Телесная терапия / работа с образом тела.**

- **Терапия выразительными искусстваами.**
- **Самопомощь.**
- **Поддерживающие / профилактические.**

Работа в группах может проводиться в самых разных формах. Это или *открытая* структура, когда новые члены присоединяются после ухода старых, или *закрытая и/или ограниченная по времени*, например 20 встреч. Разделение между работой непосредственно с симптомами пищевого расстройства и с объемом более общей — над изменением личности — особенно ярко проявляется в рамках психодинамической традиции.

Групповой метод — очень подходящая форма терапии в диспансерах и социальных службах.

ПРОБЛЕМНЫЕ МОМЕНТЫ

Состав группы

«Достаточно разношерстная» группа — хороший вариант. Различия запускают динамику. Однако слишком большие различия могут затруднять коммуникацию. Это касается как возраста, так и картины симптомов и степени их серьезности. Выбор обусловлен контекстом работы. В реальности иногда вполне возможно собрать «чистые» группы, например исключительно по булимии, но докторам также часто приходится «работать с тем, что есть». Существует много удачных случаев совмещения анорексии, булимии и переедания в рамках одной группы.

В чисто анорексических группах терапевтам часто приходится быть активными, отдающими. Собираясь в группу, анорексики больше замыкаются в себе, становятся более пассивными и труднее идут на контакт.

Размер группы

Оптимальное число участников — от 6 до 10.

Соматический риск

Пациенты с серьезной степенью заболевания могут оказывать деструктивное воздействие на группу. То же касается и таких

крайних проявлений, как *суицидальные тенденции*.

КОНКУРЕНЦИЯ

Пациенты с пищевыми расстройствами определяют самих себя через внешность, телесность. Сравнение и конкуренция — обычные для них тенденции. С этим важно работать при групповой терапии. Если эту тему не вынести на обсуждение, это может привести к разрушительным процессам: анорексик будет сравнивать себя с другими пациентами с аналогичной проблемой. Кто самый худой? Глядя на булимика и слушая его рассказы, анорексик думает: «Таким я ни в коем случае стать не должен». А булимик, глядя на истощенных анорексиков, мечтает стать таким же.

И наоборот: если супервизорам группы удастся тематизировать эту конкуренцию, ее можно будет превратить в солидарность.

ХОРОШАЯ ШКОЛА ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Терапевтам полезно организовывать групповую работу. Это очень эффективный метод расширения своих знаний о пищевых расстройствах. Сходства и различия в формировании и функциях симптомов, личностная вариативность, формы взаимодействия и т. д. — все это здесь проявляется очень наглядно.

ПРОСТРАНСТВО ИСЦЕЛЕНИЯ

ПЕРВЫЙ УРОВЕНЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Обращение к врачу общей практики — не только первый и самый очевидный, но часто и наилучший вариант.

Процесс лечения начнется быстрее, поскольку медицинские услуги на этом уровне более доступны. Кроме того, многим легче согласиться на прием у терапевта или медсестры, чем у психиатра.

В политике здравоохранения необходимо вывести в приоритет задачу развития компетенций в сфере лечения пищевых расстройств у врачей на первом уровне оказания медицинской помощи. Эффективность подобных мер уже доказана.

ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Врач-терапевт, *интересующийся* пищевыми расстройствами и обладающий соответствующими знаниями, может предоставить пациенту с пищевым расстройством полноценную помощь — при необходимости совместно с другими специалистами.

Повышение квалификации

Формирование такой услуги требует повышения квалификации персонала. Логично, что предоставлением всего необходимого для этого — преподавателей, консультантов — должны заниматься врачи, работающие уже на *втором уровне*.

Консультирование и наставничество

Практика автоматического перенаправления пациента к психиатру может быть предотвращена за счет того, что специализированные службы будут консультировать врачей как по общим, так и по конкретным вопросам. *Если заинтересованные в своем деле врачи-терапевты готовы взять на себя подобную лечебную ответственность, тем более важно, чтобы они получали быстрый ответ от специалистов-консультантов.*

Перевод к другому специалисту

Эта мера актуальна при долговременном отсутствии улучшений, резком усугублении симптомов или возникновении таких

осложнений, как драматические семейные конфликты, серьезные расстройства личности или суицидальные тенденции.

ДИСПАНСЕРЫ

Диспансеры играют очень важную роль при первичном контакте. Поскольку они являются частью школьной медицинской службы, их сотрудники зачастую владеют информацией, имеют налаженный контакт с учителями и учениками и могут проводить *профилактику на ранних стадиях*. В *детских диспансерах* некоторых норвежских муниципалитетов имеется хорошая практика, когда медсестра или медбрат часто оказываются первым лицом, которого оповещают о возможном наличии пищевых нарушений. Диспансеры служат хорошим связующим звеном с врачами следующего уровня, и есть множество примеров, когда все лечение проводится в диспансере.

Кроме того, в диспансерах есть все условия для проведения профилактической работы. То, что старшие школы во многих местах Норвегии не оснащены подобными службами, несомненно, является проблемой.

Некоторые диспансеры занимаются ведением беременности и патронажем новорожденных. *Матерей необходимо информировать о такой проблеме, как пищевые расстройства.*

ШКОЛА И ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ СЛУЖБЫ

Многие учителя и школьные консультанты прекрасно справляются с помощью подросткам, страдающим пищевыми расстройствами. На практике важно уметь различать то, с чем взрослый действительно может помочь сам, — поддерживающие беседы и создание мотивации к лечению, — и те симптомы, при которых уже необходимо передавать ребенка в руки медицинских служб. В профилактической работе школа играет решающую роль.

Частью школьной системы в Норвегии являются *психолого-педагогические консультативные службы*, «ПП». В этих организациях работает множество хорошо образованных, опытных специалистов, и необходимо поощрять их к большему участию в терапевтической деятельности. В очень многих ПП-

службах выносятся лишь диагностические оценки, а детей с пищевыми расстройствами перенаправляют дальше. Впрочем, реальная практика в той или иной службе всегда зависит от человеческого фактора.

ВТОРОЙ УРОВЕНЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ПОЛИКЛИНИКИ

Психиатрические поликлиники в системе детской и подростковой, а также взрослой психиатрии изначально обладают всеми предпосылками для проведения терапевтической работы. Однако на практике граница «18 лет» проводит водораздел между различными медицинскими учреждениями. Это может означать, что процесс, который уже был хорошо налажен в детско-подростковой психиатрической клинике, прерывается, и пациент сталкивается с необходимостью выстраивать новую систему отношений. Поэтому в разных странах, в том числе в Швеции, делаются попытки выстроить *вневозрастную систему лечения*.

ВРАЧИ ЧАСТНОЙ ПРАКТИКИ

Очень много качественной терапевтической работы проводится частными психологами и психиатрами. В рамках частной практики у врача больше свободы, в том числе в том, что касается *долгосрочного лечения*. Доступность таких услуг крайне важна. На лечение пищевых расстройств могут уходить годы, поэтому важно, чтобы врач мог следить за ходом заболевания на разных стадиях. В нашей культуре вечной спешки, которая предъявляет высокие требования к эффективности, необходимы такие защищенные пространства для «долгих бесед». Однако услуги частных специалистов очень неравномерно распределены

географически и редко бывают доступны за пределами крупных городов.

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Когда требуется госпитализация? На усмотрение врача. Однако тут необходимо соблюдать определенные базовые правила.

В ситуации опасности для жизни госпитализация — оптимальная медицинская мера. Прежде всего это касается пациентов с крайней степенью истощения. Очень немногих госпитализируют из-за медицинских осложнений булимии. Другими основаниями для госпитализации могут быть опасность самоубийства и серьезные семейные конфликты.

Госпитализация может разрушить порочный круг, стать для пациента необходимой передышкой и дать ему чувство заботы. Однако некоторые воспринимают это как агрессивное вмешательство. Госпитализация может проводиться как в терапевтические и детские — *педиатрические*, — так и в психиатрические отделения.

К сожалению, есть ряд примеров, когда пациентов, как мячик, начинают перебрасывать между психиатрией и медициной, поскольку каждая из сторон считает, что этим случаем лучше заняться другой. Подобная практика недопустима для современного здравоохранения в государстве всеобщего благосостояния. В сегодняшней норвежской медицине между различными частями больничной системы заключаются договоренности о сотрудничестве на уровне губерний (фюльке).

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ УСЛУГИ

В Норвегии на сегодняшний день существуют психиатрические отделения, специализирующиеся на лечении расстройств пищевого поведения.

ПРИЧИНЫ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СОМАТИЧЕСКУЮ КЛИНИКУ

Опасная и резкая потеря веса:

- индекс массы тела (вес/рост × рост) менее 14;
- пульс ниже 40;
- температура тела ниже 36 °C;
- систолическое кровяное давление ниже 80 мм рт. ст.;
- обезвоживание;
- клинические показания, исходя из актуальных пищевых паттернов, а также социальной и семейной ситуации вокруг приема пищи.

Драматический замкнутый круг переедания и рвоты

Серьезным сигналом опасности становятся медицинские осложнения, в том числе гипокалиемия.

ПРИЧИНЫ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ БОЛЬНИЦУ

Серьезный психологический стресс:

- драматический конфликт в семье;
- вымотанность помогающего персонала;
- иное серьезное психиатрическое заболевание;
- опасность совершения самоубийства;
- социальная изоляция;
- общее измождение и отчаяние;
- мультиимпульсная булимия.

Проблемы с сотрудничеством при поликлиническом лечении:

- сотрудничество не работает;
- лечение имеет незначительный эффект в течение долгого времени;
- недостаток поликлинических услуг.

ПОДГОТОВКА К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

К госпитализации нужно готовиться. В идеале терапевт должен отслеживать состояние пациента еще в течение какого-то периода. При анорексии, когда вес достигает опасного уровня и/или начинаются соматические осложнения, пациенту и семье необходимо объяснить, что такое состояние требует госпитализации. Внезапное и резкое решение о госпитализации может быть воспринято как *нарушение личных границ*, в то время как четкое предупреждение о том, что, если вес при следующем взвешивании не достигнет определенной отметки, то последует госпитализация, позволит пациенту решить, будет он сотрудничать или нет.

Госпитализация — это не наказание, а помощь. Необходимо дать пациенту ощущение безопасности, заранее описав ему, что его может ожидать в больнице. Не стоит обещать слишком много и создавать нереалистичные ожидания. При плановой госпитализации в психиатрические отделения имеет смысл применять *профилактические меры*, а также проводить экскурсию по отделению. Важно, чтобы врачи заранее связались друг с другом и договорились об условиях и целях лечения.

Что касается несовершеннолетних пациентов, тут важно включить родителей в процесс госпитализации. Испуганные дети могут оказывать очень сильное давление на своих родителей, стремясь избежать госпитализации, и те рискуют встретиться с серьезной моральной дилеммой. Могут возникать ссоры. Некоторых родителей необходимо сориентировать относительно серьезности состояния их ребенка. Иногда они просто закрывают на это глаза, утешая себя тем, что все будет хорошо. Но они готовы «сделать еще один шаг».

Правильная подготовка может в значительной степени снизить необходимость применения параграфов о принудительной госпитализации, указанных в норвежском Законе о защите психического здоровья. Принудительная госпитализация многими может быть воспринята как крайне унижительная.

ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ ТЕРАПИЯ СРЕДОЙ

Хорошая терапия средой — это искусство, как и всякая качественная терапия. Важнее всего в терапии средой соблюдать баланс между четкими, надежными правилами и знанием о том, когда из этих правил можно сделать исключение.

При терапии средой пациенту задаются определенные рамки, чтобы создать пространство для принятия чувств и реакций внутри этих рамок и по их поводу.

Такого рода терапию лучше всего проводить в той среде, где есть владеющие этой техникой специалисты. Эта культура лечения используется как в психиатрии, так и в органах опеки, вытрезвительных учреждениях и т. д. Однако основные ее принципы хорошо применимы и в иных контекстах.

Признак качественной терапии средой — это «гибкость структуры». Задаются четкие рамки, однако внутри этих рамок существует открытый диалог и обсуждение. Тема, которая постоянно поднимается в связи с терапией средой, — *необходимость индивидуального подхода*. Вполне реально выстроить последовательную программу лечения внутри этого метода. Но не факт, что она подойдет большинству пациентов. Пользуясь военной терминологией, можно сказать, что тут выигрываешь в битве, но проигрываешь в войне. С другой стороны, слишком высокая степень индивидуализации лечения может привести к тому, что персонал запутается в практиках и рутинах.

В данном справочнике подчеркивается необходимость в индивидуализированных решениях, основанных на диалоге с пациентом и, по возможности, с родственниками. Противопоставление *сила/слабость* может использоваться как

путеводная нить и в терапии средой: пациенту с пищевым расстройством необходимо, чтобы кто-то был сильнее его, то есть чтобы кто-то увидел его слабость и что-то ей противопоставил. Это создает чувство защищенности. С другой стороны, важно уметь озвучивать свои потребности. Это важно для формирования чувства автономности, а ощущение, что тебя замечают и слышат, не так важно для создания мотивации к переменам. С противостояния начинать не стоит.

СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНОРЕКСИИ

Строго говоря, любая терапия должна базироваться на *терапевтическом контракте*, более или менее явном. При лечении анорексии он должен быть эксплицитно проявлен как результат диалога с пациентом и, по возможности, с его родственниками, причем он должен быть ограничен временными рамками, которые пересматриваются в ходе совместных оценок прогресса после определенных этапов. Лучше всего составить контракт в письменной форме и заверить подписью пациента.

Терапевтический контракт оговаривается заранее, включая его сроки, или составляется при поступлении пациента на лечение. При этом более целесообразно определить длительность лечения исходя из времени, а не из количества килограммов.

Терапевтический контракт может включать в себя такие пункты, как:

- **План питания.**
- **Кто будет кормить?**
Будут ли пациента кормить, или он возьмет на себя ответственность сам?
- **Отсутствие доступа к кухне.**
- **Совместные трапезы в строго определенные часы.**
Важно, чтобы при приеме пищи присутствовал персонал. В соматической больнице обычно едят в палате, и в этом случае также необходимо присутствие персонала.
- **Длительность приема пищи.**

Максимум полчаса!

- **При риске искусственно вызываемой рвоты: сидеть спокойно определенное количество времени в присутствии персонала.**

Для многих анорексиков рвота неактуальна, поэтому для них будет унизительно, если их будут сопровождать в туалет. Такие вещи требуют тщательного наблюдения и качественной диагностики. Демонстрация пациенту обоснованного доверия к нему будет способствовать укреплению терапевтического альянса.

- **В каком объеме и формах возможна физическая активность?**
- **Расписание бесед с врачом, психологом и т. д.**

СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БУЛИМИИ

Контроль направлен в основном на сам прием пищи, в особенности на время после него.

- **Альфа и омега:** регулярный прием пищи.
- **Как можно более нормальное питание.**
- **Сопровождение после приема пищи** (длительностью до часа) для предотвращения рвоты, компульсивных занятий спортом и т. п.
- **Альтернативный способ:** время после приема пищи можно посвятить беседам / групповым встречам, вместо того чтобы предотвращать очищение. В этом случае ваша цель — запустить диалог и сформировать эмоционально понятный способ разговаривать о том, что происходит здесь-и-сейчас.

М. госпитализировали в психиатрическое отделение. При поступлении был диагностирован риск самоубийства, однако реальной причиной была ее стремительно развивавшаяся булимия. Она считала, что ей больше подходит, чтобы ей давали разрешение на то, чтобы иногда переедать

и вытаскивать еду, чем накладывали полный запрет. Когда ограничительные меры были строгими, именно эта запретность и провоцировала у нее волчий аппетит. Ею овладевала мысль о том, чтобы вновь переест и обмануть персонал. Она просто не могла иначе. Она сама понимала и озвучивала это в диалоге с терапевтом, что ей необходимо принять тот факт, что это периодически может происходить и что ей необязательно погружаться из-за этого в самобичевание.

По ее мнению, в отделении ей оказывалась качественная помощь, прежде всего через создание безопасной среды, где она чувствовала, что ее принимают и понимают. Ей помогли понять собственные симптомы и их функцию, изучить их и вывести на поверхность сознания. Дома она работала по другой схеме: с симптомами нужно бороться! После того как она поняла, что усердные попытки родственников помочь ей за счет введения строгого контроля абсолютно не работают, ее охватило чувство вины и презрение к самой себе. «Они все для меня делают, а я ничего не делаю взамен». Она ощущала себя дурной, неблагодарной, и это давало ей повод заедать свои болезненные чувства.

Карусель булимии пришла в движение.

СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЕДАНИЯ

На практике для данного пищевого расстройства в Норвегии не существует стационарных программ лечения. Иногда подростков все же госпитализируют в те очень немногие психиатрические отделения, что существуют в стране, особенно если переедание является одним из нескольких симптомов, свидетельствующих о плохом состоянии психики. Помимо психотерапевтических услуг и терапии средой, в этих отделениях принимаются меры по регулированию питания и физической активности.

В других странах, в том числе в США, где понятие *binge eating disorder* более глубоко укоренено в каждодневной клинической и научной практике, существуют соответствующие программы

лечения, в основном дневной стационар. Многие из них основываются на когнитивно-поведенческой терапии, зачастую групповой, в сочетании с физической активностью.

НЕОБХОДИМОСТЬ В НАСТАВНИЧЕСТВЕ

Нужно учитывать необходимость даже опытных клиницистов в наставничестве.

Лечащему персоналу стоит быть готовыми к определенным «выкрутасам». Пациенты этой категории — особенно анорексики — обычно славятся тем, что могут провоцировать конфликты среди персонала. То, что персонал делится на два лагеря, уже почти классика. *Двойственность и противоречивые чувства, свойственные пациентам, как будто бы оказываются заразительны.* Склонность пациентов к черно-белому мышлению может привести к тому, что они начинают делить персонал на плохих и хороших. Некоторых они делают своими любимчиками и идеализируют, например дарят им подарки и пишут письма с благодарностями, а других жестко отвергают.

Сама ситуация госпитализации зачастую вызывает реакцию страха и отторжения. Это может на внешнем уровне проявляться в форме бесконечных «переговоров» о темпе набора веса, в таком «саботаже», как рвота, пробежки, тайное выкидывание еды или вынимание зонда; в «манипуляциях», нацеленных на то, чтобы разделить персонал, заключая противоречащие друг другу договоренности, а также в прочих формах «протеста» против лечения. Кавычки здесь используются для того, чтобы напомнить о том, что такое поведение вызвано не столько злым умыслом, сколько страхом.

Перед специалистами стоит задача не вовлекаться в эти ригидные позиции и конфликты. Недостаток опыта может приводить к тому, что персонал тоже начинает на все это реагировать, применяя морализаторство, демонстративное отвержение или наказания. Или, напротив, неразборчивое сочувствие и инфантилизацию пациентов.

Задача наставника состоит в том, чтобы передать знания о психологии пищевых расстройств, а тем самым и понимание

подобного поведения. Где есть понимание, там уже нет мистификации, и персоналу легче увидеть, в какие психологические игры он рискует вовлечься. Идеализация и отвержение — естественные стратегии, и очень важно, хотя и непросто, не позволять втягивать себя в эти игры.

Кроме того, задача наставника — обеспечить всеобщее соблюдение плана лечения. Как только один человек из персонала согласится на то, чтобы слегка смягчить правила, конфликт гарантирован. Важная функция наставника — помочь персоналу найти правильные формулировки для обсуждения своего поведения и своих реакций.

Еще одна задача наставника — научить персонал эмпатическому, а не агрессивному способу разговора о пищевых расстройствах. Такие слова, как «манипуляции» и «саботаж», не способствуют сотрудничеству с пациентами.

Очень многие отделения сталкиваются с тем, что им бывает непросто переучить себя и попросту *полюбить этих пациентов!* Все еще существует мнение, что такого рода пациенты — это беда.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Отделение неотложной терапии, с его напряженным режимом работы, не лучшее место для лечения, требующего тщательности и предсказуемости. В терапии необходимо находить компромисс между идеалом и реальностью. Отделению необходимо задать конкретные локальные цели, которые соответствуют возможностям персонала. Когда пациента по плану должны сопровождать во время приема пищи и в течение часа после, а персонала на месте не оказывается, это порочная практика! Многие пациенты приходят в отчаяние от того, насколько легко оказывается обмануть систему.

В некоторых терапевтических отделениях пациентам с анорексией задается слишком строгий режим наказаний и поощрений. При постельном режиме при определенном наборе веса разрешается расширять диапазон действий, например совершать телефонные звонки или выходить на короткую

прогулку. Мы этого не рекомендуем. Человек — это нечто большее, чем просто цифра на весах. В таких условиях человек может быстро набрать вес, но велики шансы, что так же быстро все эти килограммы сойдут с него после выписки. К тому же, возможно, вы таким образом «создали» булимию или переедание. *На место одной пищевой «адаптивной стратегии» после ее саботажа приходит другая.*

В терапевтических отделениях сформировалась культура быстрого принятия решений большим количеством ответственных лиц. Терапевтические меры могут очень быстро корректироваться: «с сегодняшнего вечера — зондовое питание», «завтра выписки», «начинаем прием лекарств». Все это не идет на пользу данной группе пациентов.

Сформируйте такой терапевтический контакт, где целей будет немного, зато они будут просты и реалистичны. Привлекайте к лечению диетологов-физиотерапевтов, которые есть в большинстве крупных больниц. ПОСПЕШИШЬ — ЛЮДЕЙ НАСМЕШИШЬ.

ДЕТСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Педиатрическое отделение — очень подходящая арена для сотрудничества с родственниками. Многие педиатры обладают хорошими психосоциальными компетенциями, имеют опыт и понимание человека как целостной системы. Часто один из родителей остается ночевать в больнице, и это должно или по крайней мере может стать очевидным поводом к углублению сотрудничества. Во многих отделениях работает персонал, который проходил повышение квалификации именно по этой проблематике, и там уже заданы соответствующие режим и структура лечения, заведены *процедурные журналы*.

На практике большую проблему представляет то, что высшая возрастная граница во многих детских отделениях — 14 лет. Это означает, что основные возрастные группы — с 14 до 18 лет — не получают услуг, специально рассчитанных на подростков. Есть риск, что подросток, госпитализированный в терапевтическое

отделение, будет лежать в одной палате с пожилым пациентом с деменцией. Возможно, еще большая проблема, бросающая тень на больничную систему, — это ситуации, когда, к примеру, 15-летний пациент с тревожностью и пищевым расстройством может попасть только во взрослое психиатрическое отделение, где больные иногда ведут себя очень агрессивно.

В детских отделениях лишь редко встречаются юные пациенты с детской анорексией — *early onset anorexia* (*ранняя анорексия*) или «*предпубертатной анорексией*», а также самые маленькие с такими пищевыми расстройствами, как *pica* (поедание несъедобного) и руминация.

ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Как правило, при госпитализации в психиатрические отделения преследуется более амбициозная цель, чем в обычные медицинские: не просто спасти пациенту жизнь, а предоставить полный спектр терапевтических услуг. Особенно трудная задача для психиатрических больниц — соблюдение четкого соматического распорядка и сотрудничество с соматическими службами.

Важную часть терапии средой, как правило, составляют групповые занятия. Вместе с персоналом пациент может проработать свои реакции на близкое общение и социальные отношения. *Вряд ли стоит напоминать о том, что главное в подходе к пациенту — это постепенность и дозированность, чтобы не создать эмоционального перенапряжения.*

ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР

Эта модель в Норвегии слишком редко используется в работе с пищевыми расстройствами. В других странах подобные модели показывают очень хорошие результаты. Дневной стационар зачастую означает баланс между достаточным объемом заботы и необходимостью поддерживать обычную жизнь.

Б. страдала анорексией уже шесть лет. К концу пятого года она решила обратиться в поликлинику, поверив в возможность

излечения. Она пришла к частному психиатру, но не смогла справиться с весом. Ей хотелось выздороветь, но каждый раз, когда ей нужно было принять решение о приеме пищи, мужество ее покидало. Она была одна и не могла справиться со своей проблемой без помощи. Психиатр сказал «стоп». Он был против продолжения поликлинического лечения с таким низким весом. Ей необходима была серьезная помощь, но ее охватывала паника при одной мысли о том, что ей круглые сутки придется находиться в больнице.

Вдвоем они в течение нескольких дней искали возможные решения. После двух приемов в психиатрическом отделении ее приняли в качестве пациентки дневного стационара. Она приходила в 8 утра и оставалась до 15. В течение этого времени она ела три раза в день с постепенным расширением рациона. В течение до получаса после приема пищи ее сопровождал персонал, чтобы исключить очевидный риск вытаскивания еды. По ее просьбе ее освободили от групповой терапии в отделении.

Такая схема лечения превзошла все ожидания. Через три недели она вернулась на работу. Вес немного увеличился, хотя и незначительно. Но самое важное — ей удалось нарушить свои старые привычки в отношении еды.

Опыт нового взаимодействия с едой — что очень важно, с поддержкой и сопровождением — также стал поворотным пунктом, облегчившим дальнейшую работу с психиатром.

РОЛЬ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Если врач представляет психиатрические службы:

При госпитализации в педиатрические и терапевтические отделения часто не хватает психиатра. Такая необходимость понятна, и лучшим ответом на этот запрос будет обучение персонала посредством общих встреч, наставничества и повышения квалификации. Формальную и профессиональную ответственность за это должен нести главврач отделения. Вряд ли у терапевта получится стать в больничном отделении «засланным казачком» — это может привести к недопониманию и хаосу. Кроме того, врача из поликлиники пациент может сделать

защитником своих интересов: «Пожалуйста, поговорите с ними!» Контакт с пациентом лучше сразу переводить в другую форму, отличающуюся от поликлинического лечения: врач может приходить с «дружескими визитами».

При госпитализации в психиатрические отделения лучше всего, если врач из поликлиники присутствует где-то на заднем плане, однако может принимать участие лишь в ограниченном числе обсуждений, в основном связанных с госпитализацией и выпиской. Схема терапии средой настолько сложна, что возникает необходимость снизить вероятность какого бы то ни было расщепления и нечеткой коммуникации.

ЮРИДИЧЕСКОЕ ПРИНУЖДЕНИЕ

Госпитализация должна происходить с согласия пациента, и в очень многих случаях это выполняется. *Судя по всему, существует взаимосвязь между уровнем знаний и клинического опыта в сфере лечения пищевых расстройств и частотой применения принудительной госпитализации.*

Однако в определенных сложных ситуациях без применения параграфов о принуждении не обойтись. Норвежский Закон о защите психического здоровья можно толковать в том смысле, что такое вмешательство допускается при таких случаях анорексии, когда пациент сам не в состоянии оценить необходимость в лечении и существует серьезная опасность причинения вреда здоровью или летального исхода. Принудительная госпитализация, согласно § 5, происходит при наличии *серьезных психических нарушений*, что на практике истолковывается как психоз. Однако понимание этого пункта было расширено и теперь включает анорексию. Согласно § 3 при *подозрении* на психическое заболевание человека могут удерживать в больнице до трех недель. Закон о защите психического здоровья подлежит пересмотру в 2001 году¹.

Согласно этому закону, несовершеннолетних до 16 лет можно госпитализировать с согласия родителей. Если сам ребенок в возрасте старше 12 лет отказывается, необходимо участие

Контрольной комиссии. Кроме того, на основании Закона об охране детства, дети до 18 лет также подлежат принудительной госпитализации.

Закон о защите психического здоровья и Закон о принудительной госпитализации не предусматривают лечебного принуждения в форме *принудительного кормления*. Исключения составляют ситуации, когда использование принудительного или внутривенного кормления против воли пациента необходимо для купирования острых состояний с угрозой для жизни. Применение принуждения в таких ситуациях обусловлено § 47 Уголовного кодекса о *чрезвычайном праве*.

ПРОЩЕ ВОЙТИ, ЧЕМ ВЫЙТИ

Для некоторых госпитализация становится поворотным пунктом. Они осознают серьезность своего положения, и начинаются улучшения. А другим этого недостаточно. Важно быть реалистом и не разочаровываться, если после первой госпитализации последует еще несколько.

У СТОМАТОЛОГА

Зубной врач одним из первых может обнаружить расстройство пищевого поведения. Хотя не существует повреждений зубов, которые были бы свойственны исключительно пищевым расстройствам, есть целый ряд признаков, которые должны вызвать у специалиста подозрение.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗУБОВ ПРИ ПИЩЕВЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Четкой взаимосвязи между возможными повреждениями зубов и степенью серьезности, а также длительностью пищевого расстройства не наблюдается. Как правило, встречаются следующие стоматологические симптомы.

Эрозия эмали

В особенности относится к булимии. Сильное воздействие кислоты приводит к размягчению эмали и ускорению ее износа. Кислота может поступать как извне, из продуктов питания, так и изнутри, от частой рвоты.

Кариес

При РПП описано частое возникновение дыр в зубах. Впрочем, у некоторых повышенный риск кариеса снижается за счет преувеличенной, возможно, перфекционистской, заботы о гигиене ротовой полости.

Увеличение слюнных желез

Как при анорексии, так и при булимии периодически могут увеличиваться слюнные железы. Причины появления этих доброкачественных и, как правило, безболезненных опухолей не до конца ясны. При анорексии они могут быть вызваны неправильным и недостаточным питанием. В английском языке для этого существует понятие *nutrition mumps* — «пищевая свинка».

Булимическое переедание, за которым следует рвота, может вызывать опухоли как признак «перенапряжения» системы слюнной секреции. Иногда увеличение слюнных желез визуально заметно и свидетельствует о том, что пациент находится в активной фазе переедания-очищения. В лабораторных анализах можно обнаружить повышенный уровень сывороточной амилазы.

Увеличенные слюнные железы могут восприниматься как косметический недостаток теми, кто и так уже чувствует себя слишком толстым. В некоторых ситуациях это приводит к улучшениям: пациент пытается нормализовать свое питание, чтобы предотвратить образование «круглых щек».

Периодонтальные повреждения

Налет может вызывать воспаления как десен (гингивит), так и тканей, примыкающих к корням (периодонтит).

Воспаление десен

Такого рода повреждения могут иметь ряд причин:

- Отчасти это повреждения из-за искусственной рвоты: царапины, сделанные пальцами или другими предметами, которые вводятся в рот и глотку для вызывания рвотных спазмов.
- Из-за кислоты, выделяющейся при рвоте, образуются ссадины и язвочки в ротовой полости и на языке, в глотке и на губах. Возрастает риск возникновения грибковой инфекции (оральный кандидоз) и потери вкуса.
- Пищевой статус. В частности, обезвоживание — слишком маленький объем потребляемой жидкости, злоупотребление слабительными препаратами и рвота — могут приводить к нарушению баланса электролитов, сухости слизистой оболочки, возникновению трещин на губах и т. п.
- Такой симптом, как сухость во рту, может усиливаться из-за побочных эффектов определенных медикаментов, в том числе антидепрессантов, а также от таких психических феноменов, как тревога и депрессия.

ПАЦИЕНТАМ С ПИЩЕВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

ЧТО ДЕЛАТЬ

- Пейте молоко, воду или чай вместо фруктовых соков и газированных напитков.
- Старайтесь пить меньше фруктовых соков, газированных и кислых напитков перед сном и в ночное время.
- Пробовали пить из трубочки? Так вы можете ограничить контакт кислых напитков с зубами и ротовой полостью.
- Пользуйтесь жидкостью с фтором.
- Регулярно чистите зубы, но не сразу после рвоты. В этом случае есть риск того, что зубная паста может разъесть эмаль. Лучше полоскать рот жидкостью с фтором.
- Регулярно проверяйтесь у стоматолога.

СТОМАТОЛОГУ

- Многие пациенты стесняются и скрывают свои симптомы, и между приемами могут проходить годы. Из-за страха — «аж зубы сводит» — многие избегают обращаться к стоматологу. «Меня разоблачат». Если вы знаете/подозреваете пищевое расстройство, важно установить регулярный контакт с пациентом. Инициативу стоматологу стоит взять на себя.
- Предложите позвонить врачу-терапевту или медсестре, чтобы записаться на прием.
- Не бойтесь поднимать тему пищевых расстройств. Гораздо опаснее ее замалчивать.
- Озвучивайте возможности финансовой поддержки лечения.

ФИНАНСОВАЯ ПОДДЕРЖКА

В Норвегии пациенты с повреждениями зубов из-за пищевых расстройств имеют право на определенную помощь от государства. Для получения такой поддержки необходимо заявление от врача, подтверждающее диагноз «пищевое расстройство», а также врачебное описание состояния зубов и финансового статуса. Более подробно о финансировании лечения и его объеме можно узнать в социальных службах.

СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА

Спортивные врачи, менеджеры и тренеры должны повышать свою квалификацию в сфере пищевых расстройств.

У профессиональных спортсменов, как правило, есть доступ к медицинским услугам, однако есть основания предполагать, что *многие из тех, кто страдает пищевыми расстройствами, в недостаточной степени пользуются возможностями излечения своих психических проблем.*

Отчасти это происходит из-за непонимания, насколько на самом деле эти проблемы серьезны. Это непонимание дополнительно усугубляется спортивной средой, где болезненные методы регуляции веса зачастую воспринимаются как должное.

Другая возможная причина в том, что у этих спортсменов может быть негативный опыт столкновения с системой здравоохранения. От многих требуют, чтобы они прекратили или значительно сократили тренировки. Такие советы в адрес людей, которые уже вложили огромное количество времени и сил в свои спортивные достижения и которые воспринимают спорт как свою естественную социальную среду, совершенно необдуманны.

Для врача хорошим способом укрепления терапевтического альянса будет расширение своих знаний о структуре спортивного сообщества, а также, по возможности, о требованиях в отдельных видах спорта.

ТЕМЫ ДЛЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРОРАБОТКИ

- Прояснение ролей. Спортсмены встроены в крупные системы. Им важно понимать, кто главный, поэтому следует избегать ситуаций, когда от тренера и от врача исходят противоречащие друг другу предписания.
- Врачу следует постараться получить разрешение спортсмена на его сотрудничество с тренером и менеджерами, если не предлагается иных хорошо обоснованных методов работы. Многие спортсмены боятся, что их могут выгнать из команды, если станет известно, что у них проблемы с питанием.
- Альтернативный режим тренировок — важная часть лечебных мер. Спортсмен, страдающий пищевым расстройством и не имеющий возможности «пользоваться своим телом», чувствует себя особенно плохо. Составление специального режима должно быть медицински обосновано.
- Врач совместно с тренером и спортсменом должен оценить возможность участия в состязаниях. В большинстве случаев

в острой фазе заболевания от состязаний рекомендуется отказаться.

- Какие цели будут по-настоящему реалистичны? Возможно, цели и амбиции придется подкорректировать.

Возможные положительные факторы при работе со спортсменами

- Они привыкли к соблюдению режимов и программ и сотрудничеству, что может помочь в работе над выздоровлением.
- Рост достижений может стать для них хорошей мотивацией для того, чтобы избавиться от симптомов.
- В спорте высших достижений реже встречаются серьезные расстройства личности.

Возможные отрицательные факторы при работе со спортсменами

- Родители с «промытыми мозгами».
- Однобокий социальный опыт.
- Культура конкретики. Однобокая ориентация на достижения при низком интересе к психологии и сложности собственной личности.

Две карьеры

А. мигрирует туда-сюда по пограничной территории между анорексией и булимией. И скрывает это. На первом приеме она принялась извиняться за то, что занимает чужое место. Ведь у нее, строго говоря, нет никаких проблем. Или все-таки есть? Она ни в чем не была уверена. В то же время ей было стыдно, ведь она не могла просто взять себя в руки и перестать переедать и вызывать рвоту. Она любила поесть и впервые задумалась о том, чтобы снизить потребление, только тогда, когда тренер как-то раз упрекнул ее в обжорстве, когда она пришла с одной булочкой в руке и другой во рту.

Первый этап лечения состоял в том, чтобы четко понять, что речь все-таки идет о пищевом расстройстве, и смотивировать пациентку выйти из него. Помимо методов нормализации питания, в беседах часто возникала тема «отсутствия границ». Она почти не умела говорить «нет», что приводило к проблемам: большую часть своего времени она тратила на вещи, которыми вообще не хотела заниматься. Она осмелела и стала чаще отказывать, что дало ей больше удовлетворения. За полгода она взяла контроль над своими симптомами. Ей был выдан рацион, чтобы она могла следить за питанием.

По мере того как она избавлялась от своих пищевых нарушений, повышалось и настроение, и достижения в спорте на выносливость.

Б. была молодой и многообещающей спортсменкой, от которой ждали многого. Чтобы учиться в спортивной гимназии, она уехала далеко от дома. Спорт был всей ее жизнью. Но будущее было туманно: неужели всю свою молодость она потратит на то, чтобы вот так усердно — а со временем и еще усерднее — тренироваться? Как-то она заполняла анкету, в которой был вопрос: «Чем ты готова пожертвовать ради спорта?» Она восхищалась своим тренером, но одновременно боялась его. Он был строг и постоянно напоминал команде, что им стоит быть поосторожнее с питанием, но они толком не изучали, какие вещества им на самом деле нужны. Она начала ограничивать себя в еде. Это работало. Но через какое-то время она угодила в порочный круг: из-за того, что она слишком мало ела, снизились ее достижения. Свои поражения она компенсировала тем, что все-таки что-то ей удастся: она в состоянии контролировать свой рацион и вес. И она стала есть еще меньше. Весна превратилась в хаос: голодание, обмороки, еще более строгое голодание в наказание. «Я голодала как будто бы для того, чтобы найти - какое-то оправдание своим поражениям в спорте». Что ее удивило, так это то, что другие вообще почти не комментировали ее очевидное снижение веса.

Хочу на волю

В спорте высших достижений бывает, что спортсмены более или менее осознанно «прибегают» к пищевому расстройству, чтобы получить передышку от напряженной спортивной жизни. Они боятся рассказать своим честолюбивым родителям, менеджерам, тренерам или товарищам по команде, что хотят завязать. Но если у них появляется диагноз, которым можно прикрыться, выход из спорта кажется более легитимным, а жизнь за его пределами — намного более приятной и привлекательной.

Поэтому целесообразно в безопасной атмосфере спросить у пациента, не хочет ли он выйти из профессионального спорта.

Когда она приехала домой на каникулы, родители приняли меры и отвели ее к врачу. Там она честно призналась, что больше не может выносить строгую дисциплину спортивной жизни. В течение всего нескольких месяцев и питание, и вес пришли в норму. Через несколько недель она записалась на фитнес, чтобы держать себя в форме, и совершенно прекратила заниматься соревновательным спортом.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

Стоит с оптимизмом смотреть на потенциальный эффект профилактической работы в рамках таких специализированных культурных сообществ, как спорт (высших достижений). Такие сообщества легко обозримы, и с ними возможно наладить хорошее сотрудничество.

Очень хорошей профилактической мерой может стать исключение из картины определенных тренеров. *Некоторые чересчур честолюбивые тренеры и менеджеры могут представлять опасность.* Да, у них действительно получается вырастить нескольких топ-звезд, но при этом они разрушают здоровье

многих других. В некоторых видах спорта может появиться необходимость изменения правил.

Нужны ли весовые категории в спорте с прыжками?

Нужно ли установить нижнюю возрастную границу для участников крупных чемпионатов по эстетическим видам спорта?

Эта глава была написана совместно с Юрунн Сюннгот-Борген из Норвежской высшей спортивной школы и Центра спорта высших достижений.

ВОЗМОЖНА ЛИ ПРОФИЛАКТИКА?

Да. Но не стоит наивно полагать, что будет легко. Самая эффективная профилактика — это, конечно же, информирование. Но насколько она эффективна? Какого рода информацию стоит распространять? И не может ли она оказать обратный эффект?

«Говорить об этом» — уже очень хорошая форма лечения. Но необязательно столь же хорошая профилактика, поскольку она рискует стать просто «болтовней».

Профилактика в медицине работает по принципу «честного слова». Там, где есть четко определенные факторы риска, можно успешно проводить профилактику. Один пример этому — вакцинация, другой — ремень безопасности в машине. При пищевых расстройствах риски очень разнообразны, что затрудняет поиск простых и эффективных стратегий.

Профилактическая работа при пищевых расстройствах наталкивается на серьезные методические вопросы: кому, что и где? Доклады, брошюры или фильм о пищевых расстройствах вовсе не обязательно выполняют профилактическую функцию. Возможно, совсем наоборот! Большое внимание к пищевым расстройствам

может делать из них *горячую, популярную тему*, превращая в модный тренд. Чем более знаменито расстройство, тем больше оно привлечет пациентов. Диффузные заболевания найдут своих приверженцев. Распространенность культуры похудения, к сожалению, приводит к тому, что истощенная девушка воспринимается как «сильная»: ей удалось выдержать диету, с которой многие сорвались. Для них худоба служит признаком психологического аристократизма.

- **Пищевые расстройства связаны с низкой и нестабильной самооценкой, вызванной недовольством собственным телом. Целью профилактики, таким образом, является повышение самооценки и избавление от недовольства телом.**
- **Частотность случаев похудения в отдельно взятом сообществе зависит от частотности пищевых расстройств. Вторая цель профилактики — снизить количество худеющих.**

Таким образом, стратегии профилактической работы будут направлены, во-первых, на общее повышение здоровья и, во-вторых, на более специализированные стратегии, связанные конкретно с пищевыми расстройствами.

ШКОЛА И МОЛОДЕЖНЫЕ ОБЪЕДИНЕНИЯ

Школа — одно из лучших мест для *просветительской работы*. Кроме того, для этого подходят молодежные клубы и организации, религиозные объединения, а также детские диспансеры.

Возможные темы:

Как повысить самооценку и уверенность в себе? Как справляться со стрессом?

В государственных профилактических проектах в Норвегии в последнее время снизился объем информации о пищевых

расстройствах как заболеваниях — «*негативный месседж*» и, наоборот, на первый план вышла информация по улучшению здоровья — «*позитивный месседж*».

Информация о психофизиологических эффектах пубертата

О формах и здоровом жире. Мы живем в иллюзии о том, что молодежь сегодня так много знает о теле, пубертате, сексуальности и т. д. Но часто она знает поразительно мало о естественных изменениях в теле в подростковом возрасте, а также о телесных потребностях.

Осознанное потребление визуальных образов. Изучение идеалов, подаваемых в медиа

Мы живем в визуально-ориентированной культуре. Со всех сторон нас стимулируют нормами идеальной жизни и идеального тела. Эти манипулятивные образы нас ослепляют. Понимание того, каким образом нас обманывают медиа, не только полезный, но и необходимый навык.

При профилактической работе по просвещению и изменению установок ученики должны быть активно вовлечены в диалог, а не просто оставаться пассивными потребителями информации.

РОЛЬ РОДИТЕЛЕЙ

Самоощущение во многом формируется в семье

Каким образом родители влияют на формирование отношения к телесности и самоощущения? Является ли похудение важной частью жизни в семье? Разговоры о похудении, комментирование внешнего вида, а также выставление на видное место продуктов для похудения — все это транслирует явный месседж о том, что в жизни имеет первостепенную важность.

Как можно улучшить общение между детьми и родителями?

Регулярные совместные трапезы.

...И ДРУГИЕ ВЗРОСЛЫЕ

Тренеры, менеджеры и другие взрослые авторитетные люди в малых сообществах с повышенным риском РПП оказывают влияние на формирование установок у молодежи как в плохом,

так и в хорошем смысле. В то же время в таких закрытых сообществах можно провести в жизнь конкретные меры, как показал опыт работы с норвежским спортом высших достижений.

ДИЛЕММЫ

Профилактика, наряду с другими медицинскими мерами, может иметь побочные эффекты.

При терапевтической работе необходимо понимать, что всякое явление многогранно. Если какая-то мера работает хорошо, это не значит, что в большем объеме она будет работать лучше. Препарат, который оказывает положительное воздействие при одинарной дозировке, может в двойной дозировке оказаться ядовитым. Нужно учитывать, что серьезная сосредоточенность на правильном, здоровом питании, моционе и т. д. может действовать как стрессовый фактор, увеличивая озабоченность телом, которая может превратиться в недовольство. Правильные месседжи не всегда правильно воспринимаются.

На Западе вес в целом растет. Проблемы со здоровьем, возникающие в результате ожирения, позиционируются как общественная проблема. Мы находимся в ситуации, когда люди, стремящиеся проводить профилактическую работу по пищевым расстройствам и снижать озабоченность похудением, вступают в конфликт интересов с теми, кто занимается профилактикой ожирения и поощряет озабоченность снижением веса.

В практической профилактической работе рекомендуется использовать образовательные и справочные материалы Министерства по социальной политике и здравоохранению, разработанные Руни Бёрресен «О культуре, теле и коммуникации». Они доступны для заказа в Государственной экспедиционно-издательской службе.

САМОПОМОЩЬ

Помогая другим, мы помогаем себе — это общеизвестно. Именно этот принцип лежит в основе развивающегося сейчас движения групп самопомощи при пищевых расстройствах.

В Норвегии есть множество таких групп. Большинство из них проводятся под патронажем заинтересованных организаций: IKS — Группы по интересам для женщин с пищевыми расстройствами и ROS — Национального консультационного центра по пищевым расстройствам.

Эти организации предлагают целый ряд активностей, где самопомощь — лишь одна из форм. В том виде, в котором группы самопомощи функционируют сейчас в Норвегии, они скорее дополнение, чем альтернатива специализированным услугам. Однако сам факт наличия таких групп свидетельствует о несовершенстве системы профессиональной медицинской помощи.

Самопомощь при пищевых расстройствах, как правило, проводится в групповой форме. Это небольшие, основанные на добровольном участии группы, призванные дать участникам поддержку и ободрение и создать для них безопасную среду, свободную от предрассудков, где участники могут свободно озвучивать свои трудности и тревоги, а также свои радости и победы.

САМОПОМОЩЬ РАБОТАЕТ

потому что:

- учит помогать себе через помощь другим;
- способствует пониманию пищевых расстройств на собственном опыте;
- делает участников ролевыми моделями друг для друга;
- способствует росту ответственности;
- демистифицирует расстройства;
- дает социальную поддержку;

- дает доступ к информации;
- служит ареной, где можно опробовать свои новые достижения;
- служит местом, где можно «облегчить душу» — исповедаться;
- создает единство на идеологических основаниях.

В Норвегии информацию по ведению подобных групп предоставляют IKS (интер-муниципальные компании) и ROS (Национальный консультационный центр по пищевым расстройствам).

Тактика запугивания в пропаганде малоэффективна. Образы крайне истощенных анорексиков могут вызвать у группы повышенного риска следующие реакции:

- Какое отношение это имеет ко мне? На что мне жаловаться, раз кому-то настолько хуже?
- Я недостаточно худая. Даже в этом я неудачница.

СЛОЖНЫЕ СЛУЧАИ

КОГДА РЕБЕНОК ОТКАЗЫВАЕТСЯ ЕСТЬ

У детей встречается множество разных форм атипичного пищевого поведения.

Некоторые из них серьезны и требуют лечения, другие следует рассматривать как личные особенности.

ПИЩЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА У САМЫХ МАЛЕНЬКИХ

Ниже представлены крайне редкие заболевания.

Pica

Речь идет о поедании несъедобного, например краски, гипса, волос или одежды. Как правило, дебют заболевания приходится на возраст от 12 до 24 месяцев, и в ходе взросления синдромы постепенно снижаются. Однако в редких случаях это расстройство может продолжаться вплоть до подросткового и взрослого возраста. К возникновению pica предрасполагает умственная отсталость или недостаток заботы. Краткосрочные варианты pica бывают у беременных, и в этом случае этому есть, разумеется, органическое обоснование: например, анемия из-за недостатка железа.

Детская руминация

У детей руминация имеет форму постоянной рвоты без тошноты. Желудок выталкивает обратно неперевавленную пищу. Это заболевание начинается в первый год жизни и ведет к потере веса или недостаточному его набору. Как правило, выздоровление происходит спонтанно, однако эта болезнь может быть и смертельной.

Ситуация осложняется тем, что рвота у ребенка заставляет родителя чувствовать свою несостоятельность как кормильца. Поэтому взрослый отстраняется, более или менее осознанно, так что у ребенка возникает еще и эмоциональное «недоедание».

ДЕТСКАЯ АНОРЕКСИЯ

К сегодняшнему дню описано уже много случаев так называемого *раннего дебюта* или *предпубертатной анорексии*. Она затрагивает детей в возрасте от 6–7 до 12–13 лет. Последствия могут быть драматическими.

Во-первых, потому, что у ребенка до наступления пубертата по-другому *распределяется жир*, чем у подростка, что может ускорить процесс похудения.

Во-вторых: поскольку у детей быстрее ухудшается соматическое состояние, они также быстрее вступают в то, что называется

поздней стадией заболевания, которая зачастую сопровождается явными симптомами депрессии. Нередко возникает вопрос, является ли депрессия первичным или вторичным синдромом. Появляется ли она вследствие анорексии или именно депрессия изначально и запустила анорексию? *Этот вопрос необходимо проработать.*

Булимия у детей младшего возраста почти не встречается.

ПРОЧИЕ ФОРМЫ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ

При ниже описанных синдромах отсутствует основная черта, свойственная классическим пищевым расстройствам: одержимость едой, весом и внешним видом тела.

Их частотность среди мальчиков и девочек почти одинакова, что также отличает их от анорексии и булимии

Расстройство избирательного питания

Питание сводится к крайне ограниченному спектру пищевых продуктов — всего около пяти-шести. Как правило, это еда, богатая углеводами. У таких детей, на первый взгляд, нет проблем, и они не проявляют каких-либо явных психических симптомов. Важно следить за тем, чтобы кривые роста соответствовали нормальному развитию. Кроме того, врачам или консультантам приходится сталкиваться с проблемой родительской обеспокоенности. С запросами о селективном приеме пищи также часто обращаются воспитатели детских садов.

Пищевая фобия

Здесь речь идет о страхе перед едой, особенно определенными ее типами, например твердой или комковатой. Детей пугает не вес, а еда сама по себе. Их может мучить страх тошноты, рвоты или отравления. Часто это служит симптомом иного психического расстройства. Нередко такой синдром встречается у травмированных детей.

Рестриктивное питание

Это так называемые *недоедалки*. Они едят мало в течение долгого времени, иногда до нескольких лет. Возможно, им просто требуется меньше, поскольку у них другой обмен веществ. Во взрослом возрасте многие из них вполне благополучны, хотя и сохраняют худобу и продолжают так же мало есть. При осмотре важно исключить наличие других отягощающих психических факторов. Если произошел резкий сдвиг с нормального к рестриктивному приему пищи, важно рассматривать потерю аппетита как сигнал *депрессии*. Кроме того, время от времени такие дети устраивают настоящую *голодную забастовку* — более или менее осознанный и контролируемый протест.

Лене, 11 лет, диагностировали анорексию. Спустя несколько месяцев диагноз сняли. Среди персонала и охраны она прослыла «забастовщицей». Когда с ней был кто-то из персонала, она ела исправно: сосиски, сладости. Не было никаких признаков одержимости весом или страхом «разжиреть». А вот с родителями она есть переставала. В ходе бесед с родителями удалось выявить глубокий внутрисемейный конфликт, сформировавшийся из-за насилия матери по отношению к дочери.

Таким образом, сложно разграничить это расстройство с ***Food avoidance emotional disorder*** — отказом от еды, вызванным эмоциональным расстройством. Здесь на первый план выступают психические симптомы, а потеря аппетита лишь одно из их проявлений.

У Юна, 11 лет, умерла его любимая собака всего спустя месяц после смерти дедушки. Он то и дело плакал, проявлял грусть, стал хуже спать, и в школе ему стало сложнее концентрироваться. Как вербально, так и телесно он выражал отчаяние и безнадежность, и родителей очень пугало, что он говорит о смерти. Он не хотел есть и потерял три килограмма за два месяца.

Семейный терапевт направил Юна вместе с семьей в психиатрическую поликлинику для детей и подростков.

Переедание

У некоторых детей ненасытный аппетит, и у них появляется избыточный вес. Попытки посадить такого ребенка на диету, как

правило, не увенчиваются успехом. Со своей стороны, они почти не стараются владеть собой и не демонстрируют обеспокоенности собственным весом.

При диагностике этот «орешек» необходимо раскусить. Является ли это расстройство наследственным? Как у родителей обстояли дела с весом до пубертата? Врачу важно выяснить все детали, в том числе определить, насколько переедание связано с ситуациями, когда ребенок чувствует себя не на своем месте. Не сталкиваемся ли мы с тем явлением, которое на хорошем или не очень русском называется «утешительной едой»? Каковы пищевые привычки в семье? Страдают ли перееданием другие члены семьи? Каково их социальное положение? Как правило, пищевое расстройство переедания — *binge eating disorder* — дебютирует в детстве и раннем подростковом возрасте.

Нужно ли детям худеть? Если да, то этим вопросом должны заниматься врачи и медперсонал!

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

Rachel Bryant-Waugh & Bryan Lask. Eating disorders. A Parents' Guide. London. Penguin, 1998.

МУЖЧИНЫ

В терапевтической практике при сравнении пищевых расстройств у мальчиков и мужчин, а также у девушек и женщин поражают скорее сходства, чем различия.

Хотя нам пока недостаточно об этом известно, высказываются предположения о том, что в последние годы пищевые расстройства у мужчин стали встречаться чаще. При этом и мужское тело подвергается все большей эстетизации. Однако, несмотря на рост культурного давления на маскулинную телесность с целью ее изменить и смоделировать, все же эстетический идеал здесь более связан с экспансией, чем с редукцией: силуэт «перевернутый треугольник» и мускулистый торс.

В то же время важно помнить, что пищевые расстройства вовсе не ограничиваются эстетической идеализацией.

ТЕНЕВАЯ СТАТИСТИКА?

Разговор о теневой статистике может показаться бессмысленным, ведь она как раз в тени и нам о ней ничего не известно. Но, предполагая, что у мужчин может встречаться значительное число скрытых случаев пищевых расстройств, мы не в последнюю очередь имеем в виду, что пищевые расстройства рассматриваются прежде всего как чисто женские заболевания. Это останавливает мальчиков и мужчин, чтобы обратиться за помощью. Страдать пищевым расстройством и так непросто, а тут тебя еще и могут заклеить «девчонкой».

ОДНАКО СУЩЕСТВУЮТ И НЕКОТОРЫЕ РАЗЛИЧИЯ

- У мальчиков и мужчин чаще в анамнезе встречается избыточный вес.
- У мальчиков и мужчин чаще есть опыт моббинга.
- У мальчиков и мужчин пищевое расстройство может начинаться с «работы» над собственным телом. Жир может пугать их из соображений здоровья, а не красоты. Или же они могут проводить манипуляции над собственным телом в спортивных целях, например в спорте с весовыми категориями, а также в видах спорта с прыжками.
- Группой риска являются гомосексуалы: среди них РПП встречаются чаще, чем среди гетеросексуальных мужчин. Этот вопрос обсуждается довольно деликатно, из страха усилить предрассудки о гомосексуалах как о «феминизированных» мужчинах. Однако нет ничего дискриминирующего в констатации факта, что определенные субкультуры внутри гомосексуального сообщества в своей тенденции воспринимать тело, одежду и идентичность предметом эстетически-знаковой игры зашли уже довольно далеко.

РАЗМЫТАЯ ГЕНДЕРНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ?

В работе с пищевыми расстройствами у мужчин можно встретиться с такими явлениями, как страх перед половой жизнью, нежелание вступать в сексуальные связи и неуверенность относительно своей гендерной идентичности. Во многих случаях именно размытость гендерной идентичности служит дебютом пищевого расстройства.

БЕСПЛОДИЕ

При анорексии у мужчин снижается уровень мужского полового гормона *тестостерона*. Из изученных случаев следует, что нормализация веса не приводит к нормализации уровня гормонов, в результате чего нарушается сперматогенез. Таким образом, анорексия у мужчин приводит к риску бесплодия — инфертильности.

ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСЫ ДЛЯ МУЖЧИН:

www.something-fishy.org (дата обращения: 31.06.2021).

www.clubs.yahoo.com/clubs/maleeatingsdisorders (дата обращения: 31.06.2021).

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ

Беременные женщины, страдающие пищевыми расстройствами, представляют серьезную проблему для медицины. Как мать, так и дитя подвергаются при этом высокому риску. Однако беременность также может стать важным шагом к выздоровлению.

ПСИХОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Беременность — это период как *телесной, так и психологической трансформации*. Беременность действует как психологическое «увеличительное стекло», выводя на поверхность те темы, которые,

казалось, давно неактуальны. Женщине, которая до этих пор была только дочерью, предстоит стать матерью, и это изменение статуса может всколыхнуть детские воспоминания.

Чувства и мысли могут пойти в новом — неизведанном и пугающем — направлении. Вполне естественно бояться, что с ребенком что-то может случиться, и ставить под вопрос свои материнские способности. Кроме того, беременность влияет на настроение.

В семейной жизни все встает с ног на голову, в том числе меняется роль отца. Золотое правило семейной психологии гласит, что кризисы — как позитивные, так и негативные — часто возникают, когда в семье меняется число ее членов.

УЛУЧШЕНИЕ СИМПТОМОВ

Часто при беременности происходит улучшение. Беременность — это новая жизнь, и с этой новой жизнью приходит и новая ответственность. Теперь женщине приходится думать не только о самой себе.

Многим в процессе беременности удается оборвать ассоциативную связь «худоба = счастье» и тем самым улучшить свой образ тела. Некоторых женщин беременность полностью избавляет от пищевого расстройства, а у некоторых симптомы могут возвращаться после рождения ребенка.

ОСЛОЖНЕНИЯ

- повышенный риск смерти плода и выкидыша;
- повышенный риск преждевременных родов;
- повышенный риск сложных родов;
- больше осложнений у матери, например высокое давление;
- *гиперемесис* — тяжелая тошнота при беременности;
- низкие показатели по шкале Апгар: метод оценивания здоровья новорожденного;
- низкий вес новорожденного;
- пороки развития, повреждения средней линии, такие как заячья губа;

- чувство вины у матери из-за того, что она не смогла справиться с симптомами и защитить плод.

РОЛЬ МАТЕРИ

Многие женщины, страдающие пищевыми расстройствами, — замечательные матери. Однако пищевое расстройство подразумевает риск того, что у ребенка впоследствии будут непростые отношения с едой.

- Чрезмерная озабоченность матери едой и собственным телом, а возможно, и другие психические симптомы при их наличии ограничивают ее способность заботиться о ребенке. Особенно критическое время наступает непосредственно после эпизодов переедания, когда человека охватывает раздражительность и подавленность.
- Мать с пищевым расстройством может кормить ребенка неправильно. Например, она может недокармливать ребенка из страха, что он станет слишком «жирным», а не стройным. Или наоборот: заботясь о том, чтобы ребенок не заболел таким же пищевым расстройством, как она, мать его перекармливает.
- При приеме пищи может присутствовать сильный стресс, в результате чего у ребенка возникает нарушение питания.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Стоит стремиться к полному отсутствию медикаментозного лечения при беременности и кормлении. Это особенно актуально для трех первых месяцев — *первого триместра*, той фазы, когда формируются органы ребенка. Какие медикаменты можно прописывать, следует оценивать в каждом отдельном случае, в зависимости от препарата и степени тяжести состояния.

При булимии иногда прописывают антидепрессанты типа СИОЗС. Данные средства не должны применяться при беременности и кормлении.

Не лишним будет напомнить о том, что успокаивающие бензодиазепины — Valium, Vival, Stesolid, Sobril, Allopam и т. п. — могут нанести плоду вред, аналогичный вреду от *врожденного алкогольного синдрома*.

РЕКОМЕНДАЦИИ

«Это не жир, это ребенок!»

Помощь матерям в том, чтобы сохранять реалистичное отношение к потребности младенца в утробе в питании, представляет собой настоящую педагогическую проблему. Желательно как можно раньше сформировать у матери представление о зародыше как об индивиде.

Рацион

Будьте особенно осторожны при диетотерапии. Может понадобиться составить письменный обзор того, что на самом деле ест мать. И может быть очень полезно вновь ввести использование рациона.

Над выздоровлением нужно работать

Необходимо подготовиться ко времени после рождения ребенка. Если во время беременности наблюдались улучшения, все равно важно быть готовым к риску возникновения рецидивов.

Сотрудничество между специалистами

Лечащему персоналу и диспансеру/врачу необходимо работать в связке. В особо сложных случаях может понадобиться часто общаться с родильным отделением и возможна более ранняя родовая госпитализация.

ВНИМАНИЕ!

- Многие женщины, страдающие пищевыми расстройствами, скрывают или недоговаривают о своих симптомах. Персоналу диспансеров и родильных отделений и врачам необходимо знать о подобных проблемах, чтобы

соответствующим образом вести беседы с пациентками об их пищевых привычках и отношении к своему телу.

- Прерывание лечения. Когда беременные женщины с тяжелыми пищевыми расстройствами прерывают лечение, важно попытаться восстановить с ними контакт или по крайней мере убедиться в том, что они обратились к другому врачу.

Интернет-ресурсы о беременности:

www.something-fishy.com/pregnancy.htm (дата обращения: 01.06.2021).

www.barnimagen.com (дата обращения: 01.06.2021).

ДИАБЕТ

Предполагается, что пищевые расстройства больше распространены среди тех, кто страдает от инсулинозависимого сахарного диабета.

Инсулинозависимый сахарный диабет, ИСД, — это нарушение углеводного обмена в организме. Он проявляется в форме *гипергликемии*, повышения уровня глюкозы в крови, и *гликозурии*, наличия глюкозы в моче. Один из симптомов — снижение веса. Лечение заключается в *регуливании рациона и моциона, а также во введении инсулина* для приближения уровня сахара в крови к нормальному.

При плохом регулировании ИСД может иметь долгосрочные последствия для здоровья. Группа пациентов с «коморбидным диагнозом», когда, например, колебания уровня глюкозы вызваны переизбытком и очищением, особенно предрасположена к возникновению такого рода последствий: повреждение сетчатки, дисфункция почек, высокое кровяное давление, нервные расстройства и т. д.

КОНТРОЛЬ И ЕЩЕ РАЗ КОНТРОЛЬ

Факторы риска при наличии пищевых расстройств у диабетиков:

- Сильный упор на самоконтроль и самостоятельность. Чем может обернуться такое раннее взросление для тех, у кого диабет дебютирует в детском возрасте?
- Сосредоточенность на диете и информации о составе питания.
- Сосредоточенность на собственном теле и физической активности.
- Хроническая болезнь как дополнительная нагрузка на психику.
- Чувство, что ты «не такой, как все».
- Семья живет с серьезным заболеванием, и дисфункциональные черты, в том числе гиперопека, могут усиливаться.

ПИЩЕВОЕ РАССТРОЙСТВО КАК ПРОТЕСТ

Техника похудения

Некоторые диабетики с пищевым расстройством используют отказ от инсулина или уменьшение дозы как метод снижения веса.

Самоповреждение

Некоторые больные с РПП также прибегают к самоповреждению. Провоцирование *гипокликемии* с резким снижением сахара в крови и шоком — путем передозировки инсулином или отказа есть после инъекций — может использоваться как способ нанести себе вред.

Контроль окружающих

Отказ сотрудничать в регуляции уровня сахара может использоваться пациентом как средство контролировать свое окружение.

РЕКОМЕНДАЦИИ ВРАЧАМ

- Если регулировать содержание сахара при ИСД сложно, это должно стать для вас сигналом тревоги: возможно, причина в пищевом расстройстве?
- Средние показатели глюкозы в крови в последние один-два месяца демонстрирует лабораторный анализ на гликозилированный гемоглобин.
- Необходимо мотивировать диабетиков на частое измерение сахара в крови.

Врачи могут прописывать быстросействующий инсулин, чтобы справиться с искусственно вызванными колебаниями глюкозы в крови, в том числе рекомендовать пациентам вводить инсулин при эпизодах переедания.

- Междисциплинарное сотрудничество.

Интернет-ресурсы о диабете:

www.diabetes.no (дата обращения: 01.06.2021).

www.diabetes.org (дата обращения: 01.06.2021).

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Наличие коморбидного диагноза, когда пищевое расстройство сочетается с личностным, означает как ухудшение жизни, так и повышенный риск хронизации заболевания.

Размышления о пищевых расстройствах в сочетании с расстройствами личности довольно быстро приводят нас к теме поверхности и глубины. Является ли пищевое расстройство всего лишь выражением более глубоких внутриличностных конфликтов? И не на него ли следует направлять лечение? Или же

все-таки на первом плане стоят симптомы пищевого расстройства как таковые, и поэтому следует сконцентрироваться на том, чтобы снизить именно их?

Ответ — и да, и нет.

Личность многогранна, и диагностического языка может быть недостаточно для того, чтобы охватить всю ее сложность. В психиатрии попытки определения личности можно разделить на три группы: это *выделение личностных черт, описание структур личности, а также определение личностных расстройств.*

В последние пару десятилетий в психиатрии наблюдается большой интерес к теме личностных расстройств. Диагностика здесь сталкивается с некоторыми этическими проблемами, поскольку подобный диагноз характеризует не отдельные симптомы, а всего человека. От диагностических суждений до осуждения один шаг: «Да она просто истеричка!», «Ну, он типичный пограничник», «Классический психопат!»

Симптомы могут быть изменчивы, а черты личности более стабильны. Личностная диагностика связана не только с этическими, но и с практическими трудностями. Часто при дебюте болезни пациенты с пищевыми расстройствами еще настолько юны, что не приходится говорить об установившейся личности. И каково соотношение между личностью и симптомами? Например, при булимии потеря контроля и импульсивность можно спутать с нестабильностью, характерной для нестабильного (*пограничного*) *расстройства личности.*

Известно, что психические симптомы, возникающие в результате неправильного или недостаточного питания, могут быть ошибочно истолкованы как личностные отклонения.

При пищевых расстройствах особенно актуальны три категории расстройств личности: *пограничное расстройство личности, нарциссическое расстройство личности и истероформное расстройство личности.*

Сочетание пограничного расстройства и булимии более или менее идентично другому явлению: *мультиимпульсная булимия.*

При мультиимпульсной булимии хаотические пищевые привычки являются лишь одной из форм потери контроля над импульсами, наряду со злоупотреблением алкоголем и веществами, самоповреждением, промискуитетом и т. д.

ПОЧЕМУ РЕЛЕВАНТНА ДИАГНОСТИКА ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ?

Коморбидный диагноз часто осложняет терапевтическую работу, установление сотрудничества, требуя от врача двойного терпения и структурированности. При личностных расстройствах улучшения в одной сфере, например в еде, необязательно означают общее улучшение. Снижение симптомов в одной сфере может означать обострение в другой. Все это заставляет врача всегда держать в голове целостную картину.

Работа с подобными коморбидными диагнозами зачастую бывает специализированной, а перспектива излечения — долгосрочной.

НАСИЛИЕ

Физическое и сексуальное насилие — это абсолютно буквальное переживание потери контроля, когда нарушаются границы тела.

Совершенно очевидно, что насилие и/или сексуальные домогательства могут привести к серьезным последствиям для психики. Чаще всего эпизоды сексуального насилия над детьми происходят в форме совращения, когда взрослым создается атмосфера близости и нежности. Жертву сбивает с толку эта смесь заботы и насилия. В то же время обычно ребенок чувствует себя целиком или отчасти виноватым. Переживание насилия подвергает угрозе самоидентификацию человека:

Почему именно я вызвала у взрослого такую сильную ярость?

Почему именно я спровоцировала у него сексуальное желание?

Жертва страдает вдвойне: сначала от боли при насилии, а затем от самобичевания, презрения к себе, вины и стыда. Стыд — это сковывающее чувство, которое может заставить ребенка сомневаться в собственной адекватности, в своих переживаниях и вообще в своем существовании как таковом. И возникает риск повторения: некоторые травматик в определенные периоды своей жизни проявляют такое *эротизированное поведение*, которое повышает риск новых насильственных эпизодов.

Впрочем, формы взаимосвязи между пищевыми расстройствами и эпизодами насилия не вполне ясны и могут быть многочисленны.

Возможный вариант:

ПИЩЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА ВОЗНИКАЮТ ВСЛЕДСТВИЕ НАСИЛИЯ.

Это кажется логичным, ведь у каждого своя логика: тело, подвергшееся насилию, стало грязным, и его необходимо очистить. Вызывание рвоты и прием слабительных становится и вполне конкретным, и символическим способом избавиться от - чего-то, что изначально пришло извне. А отказ от еды — способом как можно меньше соприкасаться с чем-то чуждым. Стыд и презрение к себе приводят к тому, что человек не может позволить себе даже самое необходимое. Такие симптомы могут быть проявлением желания наказать самого себя или заявить другим: «Смотрите, насколько меня это разрушило». Или же ритуалы, связанные с едой, могут стать способом вернуть себе контроль хотя бы частично.

Еще один возможный вариант:

ПИЩЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА И НАСИЛИЕ — РАЗНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОДНОЙ И ТОЙ ЖЕ КУЛЬТУРЫ.

Речь идет, скорее, о *взаимодействии факторов*, чем о *причинно-следственных связях*. В социальном и семейном поле,

возникающем вокруг обоих явлений, мы найдем схожие проблемы: нечеткость коммуникации, неумение решать конфликты и трудности с автономией. Часто могут присутствовать такие факторы риска, как злоупотребление алкоголем и веществами, а также наследственные психические заболевания. Нарушение границ и замешательство могут проявляться сразу на нескольких уровнях.

При этом глубоко травмированный пациент может и не демонстрировать большинство из тех психологических черт, что описаны в этой книге.

Лене, 24 года, не просто не повезло в жизни. Она пережила сексуальное насилие со стороны собственного отца. Ее отправили в приемную семью, и там то же самое совершил приемный отец. В следующей приемной семье все повторилось! Среди прочего, ее принуждали к оральному сексу. О своем теле она говорила так, будто его не существует. Ведь оно ей вообще не принадлежало. Ей постоянно хотелось сладкого, и она объедалась шоколадом и конфетами. Но она как будто страдала от своего рода непереносимости, и еда сама выходила назад. Иногда ее преследовали мучительные образы пениса во рту.

Во время лечения она в течение короткого периода занималась проституцией. Из этого ей удалось выпутаться. Затем она случайно забеременела. Она все еще не могла есть в достаточном объеме, и ее пришлось госпитализировать за четыре месяца до родов.

- Врач должен с особой осторожностью и уважением относиться к личным границам пациента — как физическим, так и психическим.
- Необходимо учитывать значение пола терапевта.
- Общий совет: будьте особенно осторожны с вопросами, которые связывают эпизоды насилия и булимическое поведение.
- Серьезные травмы могут приводить к регрессии и снижению способности к символическому мышлению.

- При сочетании опыта насилия и пищевых нарушений чаще встречаются диссоциативные расстройства.
- При таком коморбиде также чаще встречается самоповреждение.

САМОПОВРЕЖДЕНИЕ

Пищевые расстройства означают нанесение вреда собственному телу. Когда мы говорим о самоповреждении или самомутиляции, нам тут же приходят в голову другие формы самоистязаний: порезы, расцарапывание кожи и ожоги. Все это может проявляться параллельно с пищевым расстройством.

Эти два явления многое объединяет. Как пищевое расстройство, так и самоповреждение превращают психическую боль в физическую и защищают или отвлекают от психических страданий. При булимическом поведении самоповреждение встречается чаще, чем при рестриктивных формах анорексии.

Бью себя, чтобы успокоиться

Анна, 21 год, сидя на приеме, сильно щиплет себя, а иногда расчесывает кожу до крови. Когда ей не удается заснуть, она ставит на кожу прищепку, чтобы успокоиться. «Когда меня накрывает беспокойство и голова как будто куда-то несется, я отыгрываюсь на ногах и ступнях — бью их, пока не успокоюсь. Или подкладываю себе в обувь камешки. Это немного помогает. Я успокаиваюсь. Это дает мне четкую точку, куда я могу поместить свою тревогу».

Та форма, которая описывается как родственная пищевым расстройствам, — это *легкая самомутиляция*, в отличие от более серьезных форм, которые мы видим при психотическом поведении. Это могут быть драматические повреждения, опасные для жизни. *Легкая же самомутиляция, как правило, не имеет суицидальной подоплеки.*

СПОСОБНЫ ЛИ МЫ ЭТО ПОНЯТЬ?

- Причинение боли самому себе может применяться для того, чтобы регулировать внутреннее напряжение. Оно может отвлекать от гнева, тревоги, отчаяния и чувства пустоты.
- Пищевые расстройства связаны с ощущением потери контроля. Когда человек сам наносит себе повреждения, это может давать иллюзию контроля. Ведь ты сам совершаешь это действие, а рана явно свидетельствует о том, где именно болит.

«Я расчесываю запястья, потому что это дает мне ощущение силы, как будто я контролирую собственную судьбу».

- Самоповреждение может принимать форму заботы о себе.

«Я ухаживаю за своими ранами, как мать, меняющая пеленки своему ребенку».

- В ряде случаев самоутилизации у пациентов в анамнезе есть насилие, сексуальные домогательства, физическая боль или серьезные хирургические операции. Все эти события могут приводить к чувству отчуждения от тела как от чего-то дурного, с чем невозможно смириться. Причинение себе боли может восприниматься как способ почувствовать себя более целостным и приглушить это ощущение «выхода из тела».
- Самоповреждение может быть нацелено на то, чтобы создать баланс между внутренним самоощущением и внешней самопрезентацией.

«Внутри я ощущала себя одинокой и уродливой. Совершенно никчемной. Мне нужны были какие-то изменения извне. И я обожгла себя, чтобы сделать себя уродливой и внешне».

- В связи с сексуальным насилием и инцестом самоутилизацию можно рассматривать как способ психологической защиты ребенка от насильника. Так дети сами берут на себя ответственность за нанесение боли. Насильники часто угрожают детям, обвиняя их в неполноценности. Эти обвинения интернализируются жертвами, и они проявляют это вовне, наказывая себя телесно.
- Нанесение повреждений может вызывать приятные воспоминания о той заботе, которую человек получал, когда болел или был травмирован.
- Самоповреждение, как правило, скрывают. Однако последствия могут быть и видимыми, и тогда это работает как призыв о помощи.

ЛЕЧЕНИЕ

Принципы лечения не отличаются от принципов, применяемых при пищевых расстройствах. Самое важное — обратить внимание на эту тему. Самоповреждение связано со стыдом, и если вы не спросите, оно так и может остаться в тайне. Нужно быть особенно внимательным в тех случаях, когда у пациента имеется история физического или сексуального насилия.

В больницах и институтах следует учитывать, что самоповреждение — это «заразная» форма поведения.

АЛКО- И НАРКОЗАВИСИМОСТЬ

Между алко- и наркозависимостью и пищевыми расстройствами существует взаимосвязь. У людей с пищевым расстройством повышается риск злоупотребления алкоголем или веществами, а люди алко- и наркозависимые, в свою очередь, скорее рискуют заболеть расстройством пищевого поведения.

Подобная взаимосвязь касается прежде всего булимического поведения.

ОТ ПИЩЕВОГО РАССТРОЙСТВА К ЗАВИСИМОСТИ

- Для того чтобы заглушить тревогу и беспокойство, еды оказывается недостаточно, и многие постепенно переходят на алкоголь, медикаменты и наркотические вещества. С возрастом проблема только возрастает. В одном шокирующем исследовании описывается, что к 35 годам половина опрошенных уже имела проблемы с алкоголем.²
- Алко- и наркозависимость могут быть одной из многих форм отыгрывания, связанных с *мультиимпульсной булимией*.
- Врачи должны с особой осторожностью выписывать препараты, вызывающие зависимость.
- Терапевт должен определить, находятся ли определенные проблемы в приоритете или их все можно решать на равных. Такого рода выводы важны по той причине, что наркология отделена от остальных частей системы здравоохранения.

ОТ ЗАВИСИМОСТИ К ПИЩЕВОМУ РАССТРОЙСТВУ

- Показатели частотности булимии среди алко- и наркозависимых крайне высоки — от 15% до 30%.³
- Очень многие пациенты — мужчины. Разделение по половому признаку, свойственное для остальных случаев РПП, здесь не действует.
- Учреждения, где лечат зависимости, например анонимные собрания для наркоманов, должны обращать особое внимание на культуру питания. Есть много примеров коллективного переедания среди клиентов таких организаций.

СИТУАЦИЯ В СЕМЬЕ

Среди ближайших родственников таких пациентов — и вновь это касается булимии, а также анорексии булимического типа (при которой присутствуют эпизоды переедания) — чаще встречается алко- и наркозависимость.

ПОРОЧНЫЙ КРУГ

Под воздействием алкоголя или веществ человек, страдающий пищевым расстройством, может особенно остро ощущать свою никчемность. Потребность заглушить эти чувства и избавиться от дискомфорта возрастает, что приводит к новым эпизодам переедания и рвоты. Так запускается «карусель» пищевого расстройства...

Алко- или наркозависимый, который соблюдает трезвость в ходе лечения, начинает переедать и, возможно, набирать вес. И это вызывает у него желание вновь начать пить или употреблять, поскольку чаще всего употребление связано с похудением.

ОСТОРОЖНО!

Молодые люди — особенно девушки — используют амфетамин, экстази и «модные» наркотические вещества как средства для похудения.

ЧАСТЬ 3

**ПАЦИЕНТАМ:
ПОМОГИ СЕБЕ САМ**

МЫ ЖДЕМ ПЕРЕМЕН

Избавление от пищевого расстройства можно сравнить с путешествием.

В этом путешествии очень много неопределенности. Хочу ли я вообще ехать? Куда я направляюсь? Что означает выздоровление, точно ли там будет настолько лучше? Реально ли это для меня? Цель может казаться настолько же идеальной, настолько и недостижимой. И путь к этой цели осложняется множеством сомнений — «не знаю».

Имеет смысл напоминать себе: необязательно постоянно держать в голове конечную цель. Другие могут помочь тебе осветить путь, чтобы разглядеть ближайшие метры дороги. А когда ты их преодолеешь, тебе откроются новые перспективы.

На пути к выздоровлению необходимы помощники, такие как:

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ

Пищевые расстройства связаны со страхом и тревогой. У человека может быть множество представлений о том, что произойдет, если начать питаться по-другому, если немного ослабить строгий контроль, если не объедаться. Во многом такие страхи обусловлены недостатком знаний, в том числе знаний о том, как работает тело.

Знание — это и способность понимать письменные описания чувств и мыслей других людей с пищевыми расстройствами, воспринимать идеи о причинах и рисках, отслеживать ход мысли врача и т. д. Знание высвечивает связи там, где раньше не было видно ни зги. Чувство *узнавания* при чтении текста может принести радость: наконец кто-то смог выразить словами то, что я ощущаю.

Знание — сила и власть, в данном случае над самим собой.

В этой книге содержится немало знаний как о теле, так и о душе. Чтение этого раздела о самопомощи будет неполным, если ты не заглянешь и в остальные разделы. Поэтому очень рекомендую прочитать всю книгу, хотя бы по диагонали.

МУЖЕСТВО

Без мужества и мотивации нам с места не сдвинуться. Ведь само слово «мотивация» происходит от латинского *movere* — «двигать».

Но куда?

В сторону изменения себя. Чтобы меняться, необходимо *мужество*. Пищевое расстройство — это замкнутое, удушающее пространство, которое укорачивает, а иногда и забирает жизнь. Но такая замкнутость дает некоторым чувство контроля над всем внутри этого ограниченного пространства. Мир снаружи кажется манящим, но в то же время пугающим.

Мужество состоит в том, чтобы справляться со своими чувствами и внутренней тревогой, не заглушая ее голоданием, перееданием, очищением или тренировками.

Мужество понять, что ты можешь питаться по-другому.

Мужество обнаружить, что ты можешь справляться и с горестями, и с радостями, если решишься поддаться им и испытать их сполна.

Мужество сблизиться с другими людьми. Часто интенсивность пищевого расстройства служит заменой качественной близости.

Мужество открыто требовать чего-либо, говорить о своих нуждах и говорить «нет» другим людям.

Мужество получать от людей другой тип внимания, чем тот, что ты получаешь, будучи больным и ослабленным.

Мужество доверять собственному телу. Тело в гораздо большей степени способно к саморегуляции, чем многие думают.

Мужество жить так, как тебе хочется, а не так, как, по твоему мнению, от тебя ожидают другие.

Но с другой стороны: хватит ли у тебя смелости рискнуть?

Если пищевое расстройство — это так прекрасно, что ты скучаешь по нему в процессе выздоровления, захочется ли тебе к нему вернуться?

ДРУГИЕ

Я бы еще добавил: *мужество* просить о помощи других — родителей, любимых, друзей, коллег, врачей. Некоторые не просят о помощи, не считая свою проблему достаточно серьезной, другие — потому что считают, что не заслуживают помощи, третьи — из гордости, ведь они справятся сами,

и наконец, четвертые, очень многочисленные, — потому что стыдятся своей проблемы. Одиночество — одно из самых болезненных чувств, и нужно выйти из его заколдованного круга. Каждому кто-то нужен, и силу проявляет как раз тот, кто решается озвучить просьбу о помощи.

ДНЕВНИК

Путь выхода из пищевого расстройства может стать одним из самых значительных этапов твоей жизни. Хорошим подспорьем на этом пути станет дневник, который может помочь тебе лучше познакомиться с собой. С его помощью ты можешь *остановиться, изучить и испробовать на вкус новое состояние*, и главное — разглядеть под слоем тумана очертания ландшафта: четких взаимосвязей, осознаний и паттернов.

Когда ешь для самого себя или для других, запускаешь механизм языка. В тебе может быть много таких чувств и мыслей, о которых ты и не подозреваешь, пока не попытаешься письменно их сформулировать.

ОТКРЫТЫЕ ВОПРОСЫ – И ТВОИ ОТВЕТЫ

На следующих страницах приведен ряд вопросов и заданий, которые могут помочь тебе в самоисследовании. Некоторые вопросы тебе не подойдут, а над другими ты, возможно, задумаешься. Зачастую намного важнее задать хороший вопрос, чем получить ответ. Так или иначе, важнее всего, чтобы это были твои собственные ответы.

ЦЕЛИ

Тело: принимать свое тело, слышать его сигналы и потребности.

Питание: различать разницу между едой и чувствами. Научиться вновь понимать сигналы организма о голоде и сытости и начать жить в соответствующем режиме. Обрести больше контроля за счет более регулярного и здорового питания.

Личностный уровень: обрести больше контроля благодаря более глубокому знакомству с собой.

Отношения: внести необходимые корректировки в близкие отношения. Расставить более четкие границы в правильных

местах.

ДЛЯ НАЧАЛА

Купи себе новую, совершенно пустую тетрадь для записей.
Ниже даются конкретные рекомендации, что с ней делать.

ПРИЗНАЕМ ПРОБЛЕМУ

Прежде чем дойти до признания того, что у тебя действительно есть пищевые нарушения, ты можешь прибегать ко множеству уловок — как в отношении самой себя, так и в отношении тех, кто о тебе беспокоится:

ОТРИЦАНИЕ

ГНЕВ

ОТВЕРЖЕНИЕ

ОБЕСЦЕНИВАНИЕ

ОТЧАЯНИЕ

Как правило, признать наличие проблемы легче всего тем, кто страдает перееданием. То, что ты набиваешь желудок едой, а затем провоцируешь у себя рвоту, уже очень явственно свидетельствует о том, что что-то не в порядке. Других можно водить за нос годами, но себя обмануть очень трудно, когда каждый день общаешься с «белым другом».

Анорексикам признание дается труднее, поскольку они на самом деле могут думать, что это не проблема, а достижение. *Ситуация еще больше осложняется, когда за свое болезненное поведение человек получает одобрение от окружающих — других худеющих, которые пока еще не достигли такого вопиющего уровня худобы.*

Если родители, друзья или партнер высказывают беспокойство, возможно, тебе стоит задуматься о том, чем именно оно вызвано.

И как ты можешь помочь им перестать беспокоиться? Например, можно согласиться на осмотр у врача. Или, может быть, ты хочешь, чтобы они продолжали беспокоиться? В таком случае, зачем тебе это нужно? *Возможно, есть другие способы получения внимания?*

ДАВАЙТЕ ВОСПРИНИМАТЬ «ПОЧЕМУ» ВСЕРЬЕЗ

В процессе выхода из пищевого расстройства важен не только вопрос «как», но и «почему». К признанию необходимости перемен приводят определенные *чувства*. Не бойся вывести их на поверхность. Как ты чувствуешь себя на самом деле?

Возьми чистую тетрадь и попробуй выполнить некоторые из следующих упражнений, а лучше все. Не спеши — можешь отвести на это несколько дней, а затем вернуться к тому, что ты написала.

УПРАЖНЕНИЯ

- Возьми чистый лист, раздели его на две половины вертикальной линией. Слева запиши аргументы в пользу того, чтобы оставаться с пищевым расстройством — напиши «Нет» переменам. А справа напиши «Да» и запиши аргументы в пользу выздоровления.
- Вариация первого упражнения — напиши два письма: одно «моему пищевому расстройству как другу», а второе «моему пищевому расстройству как врагу».
- Представь свою жизнь через три года:

— напиши, как твоя жизнь будет выглядеть с РПП.

— напиши, как твоя жизнь будет выглядеть без РПП.

Замечаешь, что расстройство наносит вред твоему телу?

Хотя там и содержится медицинская терминология, в основном она написана понятным языком.

Спасибо за письмо.

Да, легче сказать, что «все налаживается», хотя в глубине души я знаю, что это не так. Так сложно разорвать этот круг. Еще один замкнутый круг, из которого еще сложнее выпутаться, — это то, что если я не тренируюсь, то перестаю есть.

У меня был ужасный день, потому что регулярную тренировку отменили, и из-за этого я вообще ничего не ела. А если я не ем, то все идет не так, и у меня меньше сил, чем обычно.

Знаю, что это письмо звучит так, как будто я запуталась. Я действительно запуталась. Я в тупике! Как отсюда выбраться? Я очень хочу выбраться, но просто не знаю как. Я так устала постоянно быть на грани обморока и все такое прочее. В прошлый раз, когда я упала в обморок, я поняла, что все, хватит. А ты что думаешь?

Эллен

ПАРАЗИТЫ

Посмотри на круговые диаграммы с различными сферами жизни. Так пищевые расстройства паразитически захватывают все больше места в твоей жизни.



А каково тебе? Как твоя одержимость едой и телом влияет на разные сферы твоей жизни?

Сколько времени в день ты тратишь на покупку продуктов, готовку, еду и мысли о ней?

Сколько денег в неделю ты тратишь на еду?

Есть ли группы самопомощи там, где ты живешь?

Какие существуют варианты лечения?

Кто может помочь тебе обратиться к врачу?

ХОЧУ ИЗМЕНИТЬСЯ

К каким изменениям я хочу прийти:

Самые важные причины, почему мне нужны эти изменения:

Что я могу сделать, чтобы начать:

Что я бы хотела, чтобы другие сделали для меня:

Кто:

Возможные формы помощи:

Я думаю, что мой план сработает, потому что:

Что может помешать исполнению моего плана:

Что я могу сделать, чтобы мне это не помешало:

ПРИСТУПАЕМ К ДЕЙСТВИЮ

ЕДА

Краткосрочная цель — снизить страх перед едой и сделать отношение к еде более сбалансированным за счет *регулярного* питания.

Более долгосрочная цель — научиться различать чувства и еду. Тогда будет легче есть только тогда, когда есть чувство голода, и прекращать, когда приходит насыщение. Разрешена любая еда, но не факт, что все блюда будут одинаково вкусными. Вес стабилизируется тогда, когда стабилизируется твое отношение к еде.

На практике суточная потребность в энергии при умеренной активности составляет около 2000 ккал.

БУЛИМИЯ И ПЕРЕЕДАНИЕ

Чтобы начать лучше разбираться в себе, тебе нужно в течение определенного периода фиксировать, что ты ешь/не ешь, и связать это с другими аспектами своего поведения и сферами

жизни. Это нужно делать ежедневно. Вначале тебе может быть сложно черным по белому расписать, что ты делаешь и чего не делаешь. Но тебе придется посмотреть реальности в глаза.

Поставь для себя цель на неделю. Составь реалистичный план, как ты снизишь количество эпизодов переедания и очищения. Выдели один или несколько дней, когда ты будешь особенно стараться обойтись без переедания и есть несколько раз в день. Обрати внимание на свое состояние в различных ситуациях. Когда тебе легче, а когда труднее всего? С кем ты находишься? Получается ли у тебя взглянуть на ситуацию извне?

АНОРЕКСИЯ

Где я, а где голод?

Прочти разделы этой книги, где говорится о том, что голодание делает с твоими чувствами и мышлением.

Следующее утверждение не подлежит обсуждению.

Тебе нужно больше есть. Вопрос не в том, нужно ли это делать, а в том, как.

Это самый сложный момент. Когда ты не ешь, мотивация может быть на хорошем уровне, но как только приходит время еды и ты видишь перед собой тарелку, она резко падает. Возможно, ты ощущаешь это как два разных голоса в голове: один за, а другой против.

Многим помогает наглядно представлять это как борьбу двух сил. Дай им имена. Некоторые называют их «анорексия», «демон», «худоба», «враг», «страх» и т. д.

Когда твоя здоровая часть сильнее всего? А когда берет верх больное «Я»?

Кто может помочь? Возможно, именно сейчас пришел тот момент, когда тебе необходимо признать, что нужна помощь. Без поддержки от других людей справиться очень сложно. Возможно, у тебя пока не хватает сил, чтобы достаточно часто питаться. Но когда ты даешь обязательство кому-то другому и можешь ему, например, позвонить и отчитаться о сделанном, это приносит

тебе дополнительную мотивацию, которой как раз не хватало. Вместе легче, чем в одиночку.

Тебе нужен план.

План питания — полученный от терапевта или взятый из этой или другой книги — может стать тем канатом, который поможет тебе вытянуть себя из этого болота.

Есть один метод работы, который применяется вместе с твоим терапевтом или другим помощником: на каждую встречу ты берешь с собой листок, на котором обозначены конкретные дни и приемы пищи, и вычеркиваешь все те разы, когда у тебя получилось следовать плану.

Если это не удалось, нужно оставить на листочке место для комментариев и написать, что тебе помешало.

Иди шаг за шагом. Сначала поработай над завтраком. Попробуй прочувствовать, как он дает тебе чуть больше энергии. Через несколько дней добавь еще немного. Ты увидишь, что вполне справляешься, и постепенно поймешь, что, когда ты ешь больше, твой вес не скачет. Зато у тебя пропадает озноб и в теле появляется больше жизни.

Цель состоит в том, чтобы постепенно и безопасно повышать дозировку, *учась переваривать ее как физически, так и психически*. В первые дни, когда ты начинаешь лучше питаться, у тебя вполне может болеть живот, но это быстро проходит. Помни, что фрукты и овощи хороши только как добавка к основному питанию, но отдельно их недостаточно.

Твоя цель — не просто есть больше, но потреблять более разнообразную пищу.

Тебе нужно задать себе два главных вопроса:

Почему ты так боишься еды?

Почему ты не можешь позволить себе то, что тебе необходимо?

Напоминай себе о том, что:

Тебе нужно есть в то же время, что и другие, с равномерным распределением приемов пищи в течение дня.

Ежедневно тебе требуется примерно одинаковое количество пищи.

Тебе не повредит то, что едят все остальные.

Если тебе хочется отличаться от других и быть особенной или особенным, для этого есть множество более здоровых и веселых способов.

УПРАЖНЕНИЕ

Запиши, в каких ситуациях тебя меньше всего беспокоят мысли о теле и еде.

Возможно, тебе стоит постараться чаще оказываться в таких ситуациях?

ТЕЛО

Тебе нужно вернуть себе собственное тело, которое спрятано за пищевым расстройством.

Когда ты в последний раз его ощущала?

Если тебе очень сильно не нравится твое тело, что тебя раздражает больше всего?

Можешь ли ты вспомнить, когда у тебя впервые начались эти негативные мысли? Были ли какие-то комментарии от других? От кого? Что ты думаешь о подобных комментариях?

Какому отношению к телу тебя научили дома? Что ты об этом думаешь?

Насколько на тебя влияют реклама и медиа?

Сколько лет своей жизни ты готова пожертвовать ради того, чтобы усовершенствовать какие-то части своего тела?

Как другие могли бы помочь тебе лучше относиться к собственному телу? Хватит ли у тебя смелости попросить о помощи?

Как ты сама можешь сделать для себя — для своего тела — что-то приятное?

Думала ли ты о том, чтобы лучше познакомиться с телом — через танец, йогу, тай-цзы, массаж, физиотерапию — или заняться тренировками, не направленными на самонаказание и сжигание калорий? *Поищи в интернете!*

СЕКСУАЛЬНОСТЬ

У людей, страдающих пищевыми расстройствами, можно заметить поразительное сходство между отношением к сексуальности и отношением к еде. Анорексик, как правило, отказывается и от того, и от другого. Но проблема не исчезает, если ее просто избегать, как самой еды. Булимик колеблется между полюсами «все» и «ничего». Люди, которые переедают, но без очищения, часто имеют более ровное и спокойное отношение к своим сексуальным потребностям, однако многие из них испытывают трудности из-за избыточного веса.

Сексуальность — одна из самых интимных сфер жизни, поэтому здесь особенно важно выставление границ. Хочу ли я этого? Подходит ли мне это?

У А., 24 года, почти не было сексуального опыта, хотя у нее были почти двухлетние постоянные отношения. Она страдала анорексией и уже вошла в фазу улучшения, хотя до нормального веса ей оставалось добрать еще несколько килограммов. Отчасти сексуальность ее пугала. Мысль о настолько тесной близости была невыносима. А сама мысль о том, что в ее границы кто-то вторгнется, воспринималась ею как нечто нечистое. Отчасти сексуальность просто не была для нее актуальной темой — она почти не чувствовала желаний, у нее никогда не было эротических фантазий, и она никогда не мастурбировала. Врач объяснил ей, что во многом это может быть связано с низкокалорийным питанием, недостаточным весом и низкими гормональными показателями. Желаниям необходима пища.

У Б., 34 года, была булимия. У нее был большой и положительный сексуальный опыт, но ее презрение к собственному телу доходило до предела. Она хотела секса, но боялась сближаться с мужчинами,

потому что тогда ей пришлось бы показывать им то, что она считала чудовищным. Когда у нее пару раз были отношения, она всегда раздевалась под одеялом и отказывалась обнажаться при свете. Несколько раз ей приходилось выпить, чтобы набраться смелости. Несколько раз, когда она была в сильном алкогольном опьянении, случался агрессивный секс, а однажды ее изнасиловали.

С., 28 лет, страдала анорексией. Она была замужем и описывала себя как идеальную любовницу, знающую, как доставить удовольствие мужчине. Она читала его мысли. За пять лет брака у нее самой оргазм был всего однажды, и он ее напугал. Это было неожиданное и захватывающее чувство, от которого трудно было защититься. Он приблизился к ней слишком сильно.

Д., 32 года, мучило переедание. У нее была прекрасная половая жизнь. Секс она описывала как одно из лучших переживаний в жизни, в том числе потому, что тут ей действительно все удавалось. Ее не пугала близость, она могла чувствовать всем своим существом. Проблемы появились в связи с приемом антидепрессантов. Побочные эффекты повлияли на ее способность получать оргазм, и она решила прекратить прием препаратов.

ТРЮКИ — КАК ОБМАНУТЬ СВОЕ РАССТРОЙСТВО

Убери хотя бы некоторые из множества зеркал вокруг себя.

Перестань читать модные журналы.

Вставай из-за стола, когда трапеза закончена.

Не подходи к весам чаще, чем максимум один раз в неделю. Куда их деть? Выбросить? Или отдать их кому-то до тех пор, пока ты не станешь достаточно сильной, чтобы иметь в доме весы и не злоупотреблять взвешиванием?

Если после обеда, гостей и т. п. осталось много еды, выбрасывай ее.

Не покупай еду на много дней вперед. Пусть в доме будет ровно столько, сколько нужно.

Для тех, кто переедает: повесь на холодильник листочек с надписью: «Я точно хочу есть?»

Возможно, тебе поможет думать о еде, как о лекарстве — до поры до времени.

Постарайся воспринимать каждый прием пищи как отдельное событие, вместо того чтобы вести отчетность с плюсами и минусами по дням и неделям.

ЗНАКОМСТВО С СОБОЙ

УПРАЖНЕНИЕ

Какие чувства связаны у тебя с едой?

Запиши в своей тетради те настроения и чувства, которые ты испытываешь. Пиши свободно, не спеша. Слов может быть много. Или мало, только отдельные слова, такие как «беспокойство».

В любом случае еда и чувства сплетены в единое целое. Чтобы все это распутать, нужно совершить следующий шаг и расставить приоритеты. Слева запиши те чувства, которые тебе кажутся самыми важными. *Затем напротив каждого слова запиши конкретную ситуацию или человека, которые связаны у тебя с этим чувством.*

Пример:

Страх: Боюсь, что меня все ненавидят, но особенно на работе. Смертельно боюсь выговора.

Грусть: Мне всегда становится грустно, когда я приезжаю к родителям. Даже не понимаю почему.

Радость: Чувствую радость сразу после рвоты, потому что чувствую очищение, как будто я избавилась от дискомфорта.

Стыд: Стыжусь того, что я булимик, и вообще стыжусь всего, просто потому что я — это я. Поэтому начинаю есть больше, чтобы забыться.

Продолжи список и позже повтори это упражнение снова.

КЛАССИЧЕСКИЕ ЛОВУШКИ МЫШЛЕНИЯ

На пути к выходу из пищевого расстройства тебе могут помешать неэффективные паттерны мышления. Посмотри, какие из них присутствуют у тебя. Эти установки нужно ставить под вопрос — и менять.

Все или ничего

Если я съем немного еды, я растолстею. Можно быть или худой, или жирной.

Самообман

Я не могу выйти на улицу, потому что растолстела на три килограмма и все вокруг заметят, как я разжирела.

Чрезмерная склонность к обобщению

Когда что-то идет не так, значит, все летит в черту, и не стоит даже пытаться что-либо исправить.

Магическое мышление

Стоит мне только похудеть, как жизнь станет просто волшебной.

САМООЩУЩЕНИЕ

Если человек плохо относится к самому себе, он рискует попасть в *замкнутый круг*. Возможно, ты слишком быстро изолируешься и отстраняешься от интересных сфер жизни. Скорее всего, ты негативно истолковываешь сигналы, которые подают другие люди. Возможно, ты мастер во всем различать критику, игнорируя похвалу. А если уж тебе приходится выслушивать похвалу, ты ее обесцениваешь:

«Он говорит это только из жалости».

«Он говорит это только потому, что не знает, какая я на самом деле жалкая».

«Он говорит это только потому, что я плачу ему за прием».

Таким образом, ты сама создаешь для себя негативный мир. Некоторым кажется, что так они создают себе подушку безопасности, ведь если выйти наружу, веря в хорошее, рискуешь столкнуться с разочарованием и отвержением.

УПРАЖНЕНИЕ

Задай себе вопросы:

Когда в моей жизни возникло это негативное самоощущение?

Или: было ли оно «всегда»? Связано ли плохое восприятие себя с определенными ситуациями из детства?

Какую связь я вижу между своим самоощущением и пищевым расстройством?

Если ты воспринимаешь себя негативно, не стоит ожидать, что позитивное отношение к себе возникнет само. Его необходимо выработать. Ведь негатив тоже может стать привычкой. Если ты все время ожидаешь чего-то плохого, то часто оно и случается. Но можно попасть в порочный круг, а можно в *позитивный*.

С чего можно начать

- Определи те сферы, где у тебя действительно что-то хорошо получается, и напоминай себе об этом.
- Если тобой управляет перфекционизм, можно заменить понятие «идеально» на «достаточно хорошо»: будь к себе снисходительнее.
- Не сравнивай себя с самыми лучшими.
- Наберись смелости поучаствовать в какой-либо социальной активности, на которую ты уже долгое время не решалась. Если все пройдет хорошо, в следующий раз будет легче.
- Не бойся яснее выражать свое мнение. Возможно, ты боишься, что тебя отвергнут, если ты скажешь «нет» или выразишь несогласие. Но если ты научишься четко выражать свое мнение, тогда ты как раз и получишь хорошую, понятную реакцию.

УПРАЖНЕНИЕ

ДВОЙНАЯ ЖИЗНЬ?

Посмотри на эту таблицу и подумай, насколько она отражает твою жизнь.



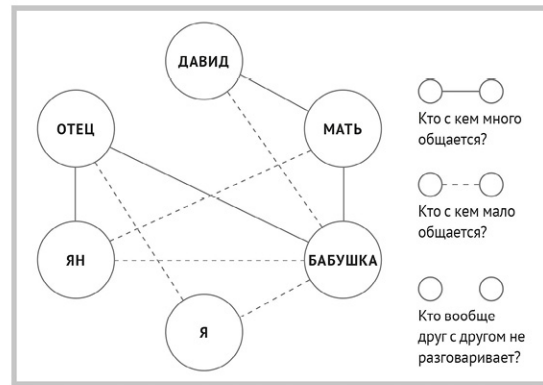
ДРУГИЕ

Пищевые расстройства говорят о проблемах в отношениях с другими. Один из способов лучше узнать себя — это начать лучше узнавать своих близких.

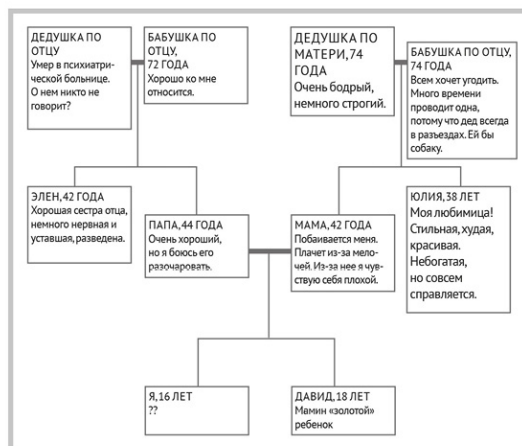
УПРАЖНЕНИЕ С ВАРИАЦИЯМИ

- Нарисуй в своей тетради кружочек, который будет символизировать тебя. Затем вокруг нарисуй такие же кружочки, которые изображают других членов семьи, расположив их ближе или дальше от себя, в зависимости от того, как ты сейчас ощущаешь дистанцию между ними и собой.
- Повтори это упражнение, но на этот раз вспомни ситуацию, какой она была до появления у тебя пищевого расстройства. Возможно, это было уже очень много лет назад. Цель этого упражнения в том, чтобы ты осознала свое восприятие отношений с семьей. Кроме того, это может помочь тебе понять, какую роль в этих отношениях сыграло пищевое расстройство.

- Если ты почувствуешь пользу от этого упражнения, можешь его повторить, каждый раз беря определенный период своего взросления.



- На следующем этапе вернись к этим рисункам. Соедини все кружки стрелочками и обозначь, как все члены семьи общаются между собой. Кто с кем общается больше всего? Кто вообще почти не разговаривает друг с другом? Каков тон их общения? Как бы тебе хотелось это изменить?
- Затем ты можешь использовать этот же метод в отношении друзей, коллег и прочих значимых для тебя людей.
- Составь семейную карту. Дополни ее своими комментариями относительно личных качеств разных членов семьи. На кого ты похожа? Кто еще похож между собой? Можешь ты отследить какие-то паттерны? Какие в семье женщины? А мужчины?
- Возможно, пришло время поговорить с близкими более открыто?



Темы к размышлению:

- Почему расстройства пищевого поведения более распространены на Западе, чем в остальном мире?
- Почему они затрагивают в основном девушек и женщин?
- Отличаются ли причины проблем в отношении к еде и телу у девушек/женщин и у мальчиков/мужчин?
- Почему сегодня пищевые расстройства более распространены, чем два-три десятилетия назад?

Ты уже обращалась к врачам? Почему нет?

Если обращалась, но адекватной помощи не получила, как это можно исправить в следующий раз?

ЧТО ДАЛЬШЕ?

НАУЧИТЬСЯ ЖИТЬ СО СВОИМИ ЧУВСТВАМИ

У Туне, 27 лет, раньше была анорексия, затем булимия, а в последние годы она страдала перееданием.

«Как-то раз я шла по парку и увидела музыканта. Ну, то есть услышала музыку. И вдруг начала плакать. Слезы лились и лились, и мне было немного неловко. Остановиться я не могла и проплакала весь день. Я плакала потому, что впервые за много лет я услышала, какой красивой может быть музыка. Так же продолжалось

и следующие недели. Я стала различать новые звуки, видеть птиц, которых раньше не замечала, утят — и я увидела людей.

Я переходила от одного злоупотребления к другому и третьему: сначала голодала, потом объедалась, потом вызывала рвоту — и потом все по новой и по новой. Это было хотя бы какое-то времяпровождение. Теперь же все было по-другому. Я все еще чувствовала себя неуверенно, люди меня пугали своим существованием, и мне было некомфортно. Но я поняла, что скоро - что-то поменяется, и знала, что если я наберусь сил и не поддамся очередному искушению забыться в еде, то, возможно, я смогу лучше почувствовать музыку и ощутить жизнь в ее полноте».

Я могла удариться в слезы из-за малейшего повода. Это было довольно утомительно. Но это были просто нервы. «Просто» нервы. Но я молодец. Я справилась.

КАК СПРАВЛЯТЬСЯ: АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ СПОСОБЫ

Во время исцеления от пищевого расстройства могут возникать периоды, когда чувства обостряются — как хорошие, так и пугающие. Чтобы вновь не обратиться к еде как к утешению, разумно будет спланировать для себя другие, более оптимальные способы справляться со шквалом эмоций. Они описаны в других разделах этой книги.

РЕЦИДИВЫ

За белой полосой следует черная. Это неизбежная часть нашего существования. Будь готова к тому, что возникнут рецидивы, или откаты. Тебе нужно:

- Отказаться от бескомпромиссного подхода «все или ничего». Это не конец света!
- При следующем рецидиве применить опыт предыдущего.

ЭТО МОЖЕТ ПОКАЗАТЬСЯ СТРАННЫМ, НО...

Если ты боишься рецидива, возможно, тебе нужно его намеренно инсценировать. Если проблема в переедании, запланируй

переедание на определенный день. При этом переедать ты сможешь исключительно в этот конкретный день. Некоторые обнаруживают, что в этом случае симптомы уже «не работают» так, как раньше.

Этот метод может укрепить чувство, что ты контролируешь еду и страх, а не они тебя.

ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ?!

Кто решает, когда наступает выздоровление? По большому счету, это можешь сделать только ты сама.

Выздоровление — это непростое понятие. Не существует четкой границы между болезнью и здоровьем. В реальности все более динамично.

В ПЛОХОМ СМЫСЛЕ

- В худшем случае выздоровление может стать еще одним негативно нагруженным требованием, которое необходимо выполнить: новой вершиной, которую как будто никак невозможно достичь.
- Другие могут говорить, что ты выздоровела, поскольку исчезли внешние симптомы, но внутри ты можешь чувствовать себя плохо; или же расстройство может перейти из тела в голову, создавая чувство, что другие не видят и не понимают твоих проблем.
- Можно заявлять, что ты выздоровела, но это будет лишь отрицанием того факта, что у тебя все еще есть проблемы. Если ты заглянешь поглубже, то поймешь, что врешь.

В ХОРОШЕМ СМЫСЛЕ

Приведу ряд признаков того, что выздоровление действительно произошло:

- выздоровление не означает наконец «похудеть»;
- выздоровление приносит с собой чувство, что ты в своей жизни не пассажир, а шофер;
- ты в состоянии признавать и выносить колебания состояния;
- общаться с помощью слов и действий, а не с помощью тела и еды;
- различать и следовать сигналам организма о голоде и насыщении;
- заботиться о своем теле, а не презирать его;
- не бояться наслаждаться близостью;
- думать, чувствовать и действовать более тонко и нюансированно;
- говорить «нет», когда это необходимо;
- говорить «да», четко зная свои истинные мысли и потребности;
- уметь искренне хвалить себя и принимать похвалу от других.

ГОРМОНАЛЬНАЯ ГАРМОНИЯ

Со строго медицинской точки зрения ты не выздоровела — как женщина — от пищевого расстройства до тех пор, пока твой вес и питание не пришли в норму настолько, что налаживаются и гормональные показатели, что на практике означает регулярную менструацию.

Отношение к еде, как правило, немного меняется по сравнению с тем, каким оно было до пищевого расстройства. Оно становится менее напряженным, но при этом, как правило, более продуманным и осознанным.

Приведу два различных определения выздоровления.

1) У тебя больше нет симптомов. Внешне ты также выглядишь здоровой. Пищевого расстройства нет. И, возможно, этого достаточно. Но достаточно ли? Может быть, на место пищевого расстройства пришли другие симптомы или формы

самоповреждающего поведения? Все ли дальше пойдет как по маслу или велика вероятность рецидивов?

2) Более глубинная фаза выздоровления — это не только освобождение от симптомов, но и обретение осознанности. Симптомы не просто побеждены, но *проанализированы*.



Ты лучше понимаешь, почему именно ты заболела пищевым расстройством, и проработала чувства, которые у тебя вызывает эта тема. Выздоровливая, мы не только идем в сторону избавления от симптомов, но и движемся к тому, чтобы справляться с более широким спектром ситуаций и лучше понимать самих себя. Мы способны достойно встретить как успехи, так и неудачи. Вероятно, это можно назвать контролем. А возможно, просто самоуважением.

ЧТО НАС НЕ УБИВАЕТ, ДЕЛАЕТ НАС СИЛЬНЕЕ

Расстройства пищевого поведения могут стать для человека настоящим адом на земле. Но многие выздоровевшие считают, что именно эти проблемы сделали их теми, кто они есть сейчас!

Победить пищевое расстройство и выйти на другом берегу здоровым — это своего рода жизненный триумф, настоящий путь героя. Болезнь обогащает тебя опытом и дает смиренное понимание всего разнообразия жизни.

Нередко происходит так, что, выздоровев, человек меняет круг общения, поскольку попросту перерос старых друзей и знакомых. Он начинает искать единомышленников, которые так же, как он, способны понять глубину жизни и тоже прошли непростой путь, сделавший их сильнее.

Пожалуй, здесь я закончу эту главу, напомнив напоследок о том, что нужно со смирением принимать тот факт, что существует бесконечное множество путей к хорошей, достойной жизни — и способов ее достижения.

Удачи на этом пути!

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

Christensen, K 1995. *Matens mysterium. Om å bli frisk av anoreksi, bulimi og tvangsspising. En selvhjelpsbok.* Oslo. Aschehoug.

ЧАСТЬ 4

РОДСТВЕННИКАМ: ПОДДЕРЖИ

СОВЕТЫ ХОРОШИЕ И ВРЕДНЫЕ

Насколько все серьезно? Что нам делать? Что говорить? Как себя вести?

Вопросов много. Давать общие советы непросто, поскольку *общее* недостаточно учитывает *частное*. Каждый человек уникален, и сложно с ходу сказать, как лучше всего ему помочь. Так же

уникальна и каждая семья, и невозможно предугадать, как будут поняты и применены такие советы. Что одной семье хорошо, то другой совершенно не подходит. Вредные советы, данные с благими намерениями, в лучшем случае будут истолкованы неправильно, а в худшем приведут к расколу и конфликтам.

Но, с другой стороны, вовсе отказываясь давать советы, мы сбрасываем с себя ответственность. Взглядам автора противоречит слишком большое количество слов типа «нужно» и «следует». И тем не менее ниже мы попытались дать возможные рекомендации, как оптимально действовать и какие подходы лучше применять.

Советы основываются на знаниях и опыте. Поэтому рекомендуем также обращаться к другим разделам книги.

РОДИТЕЛЯМ

Быть родителем непросто. Даже когда все идет в целом неплохо, многие все равно беспокоятся. И когда ребенок заболевает расстройством пищевого поведения, это может быть очень болезненно для родителей. Пищевое расстройство может коренным образом изменить жизнь семьи. Родители чувствуют бессилие, смешанное с чувством вины: «Что мы сделали не так?»

Перед родителями стоит непростая задача: попытаться разграничить *вину* и *ответственность*. В данной связи вина будет оказывать разрушительное воздействие. А ответственность будет служить напоминанием о том, что родители — самые важные фигуры для ребенка, которые часто могут стать и лучшими помощниками. Ответственность может также заключаться в том, чтобы понять, что тебе и самому необходимо изменить поведение или отношение к ситуации. Родители, скованные по рукам и ногам чувством бессилия или занимающиеся самобичеванием из чувства вины, вряд ли смогут оказать адекватную помощь дочери или сыну, страдающим пищевым расстройством, а лишь еще больше разовьют у них самих чувство вины. Ведь пищевое расстройство у многих людей сочетается с чрезмерным чувством ответственности и вины.

Если вина тянет назад, то ответственность, которую лучше всего *делить* со специалистами, ведет вперед.

Пищевое расстройство — это также повод для родителя доказать свою зрелость и способность защитить своих детей. Даже когда все идет хуже некуда, для ребенка, страдающего пищевым расстройством, будет большим облегчением увидеть, что взрослые в состоянии позаботиться о самих себе. Многие описывают РПП как «ад на земле». Работая вместе с ребенком над избавлением от пищевого расстройства, мать или отец укрепляет и собственную самооценку, ведь они осознают свою компетентность как в душевных, так и в телесных вопросах.

Необходимо помнить и о других детях в семье. Как и сами родители, они должны иметь возможность отдохнуть от проблем.

БРАТЬЯМ И СЕСТРАМ

Когда у твоей сестры или брата пищевое расстройство, это может затронуть и тебя: частые ссоры, уставшие или отчаявшиеся родители, и постоянные требования внимания от сестры или брата.

Задача здесь состоит в том, чтобы найти баланс: с одной стороны, стараться помогать адекватными способами, оказывать поддержку и проявлять больше терпения, с другой стороны, заявлять о своих правах и месте в семье и не бояться говорить о собственных потребностях.

ПАРТНЕРАМ, СУПРУГАМ И ДРУЗЬЯМ

Иметь пищевое расстройство все равно что состоять в отношениях, ведь эта связь может стать очень тесной. Поэтому в отношениях с партнером или супругом может возникать своего рода *любви́нный треуго́льник*. Партнер может чувствовать, что его обделяют вниманием, поэтому ему будет непросто проявлять понимание и терпение. Стоит подумать о том, как далеко вы готовы — и способны — зайти в роли помощника и как это может повлиять на ваши отношения. Нужно трезво оценивать, какие аспекты ваших отношений лучше передоверить специалистам.

Иначе говоря, многие партнеры замечательно справляются: и с питанием помогают, и самооценку больного стараются повысить. Некоторые отношения от этого только укрепляются, а некоторые, наоборот, сильно страдают. В партнерских отношениях может возникнуть сильный перекос, а сами они будут больше напоминать «терапию».

Как правило, большое значение имеет сексуальность. Очень часто пищевое расстройство влияет на сексуальность самым разным образом.

ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ПРИНЦИПЫ

ПЕРВАЯ ЗАПОВЕДЬ: ЗАБОТЬСЯ О СЕБЕ

Старайтесь подавать положительный пример, заботясь о собственной жизни и благополучии. Когда состояние близкого человека, страдающего пищевым расстройством (а оно зачастую нестабильно), начинает становиться барометром для вашего собственного благополучия, стоит остановиться и задать себе вопросы: «А не слишком ли я пренебрегаю собственными делами? Не слишком ли вовлекаюсь? Не несу ли я один (или одна) слишком тяжелую ношу? Можно ли эту ответственность разделить с кем-то еще?» Если вы взяли на себя большую ответственность, это может означать, что часть ответственности вы переложили на себя с плеч того, кому как раз стоит поучиться отвечать за себя.

ПОВЫШАЕМ САМООЦЕНКУ

Пищевые расстройства связаны с низкой самооценкой и неуверенностью в себе, вне зависимости от того, что сам человек думает о причинах. Для близких самое важное — найти такой подход к больному, который будет повышать его чувство безопасности и веру в себя.

Здесь важна ясность и честность. Нельзя действовать за спиной тех, кого любишь. Ложь или попытки накормить обманным путем здесь не пройдут. Пищевые расстройства можно победить, демонстрируя на практике, что на вас можно положиться.

УПРАЖНЕНИЕ

Поставьте себя на место другого человека, вне зависимости от возраста или ситуации. Чего вы хотите? Что вам приятно? Как вы бы хотели, чтобы к вам относились другие?

ЛЕЧЕНИЕ РАЗГОВОРОМ

Пищевые расстройства — это способ коммуникации с помощью тела и еды. Таким образом, необходимо вырабатывать другие способы общения с близкими, более открытые и вербальные.

В семье, с партнером или супругом, а также с друзьями действует то же правило, что и в терапии: качественная коммуникация и хорошие разговоры — лучшее лекарство.

ВЫРАЖАЙТЕ ПОЗИТИВНЫЕ ЧУВСТВА

Мы все нуждаемся в одобрении. Но некоторым нужно больше и чаще. Так что хвалите и делайте это часто! Мало кто не обрадуется, услышав слова: «Я тебя люблю».

Возможно, мы думаем, что наша любовь очевидна для того, кого мы любим. Но на деле человек может многого не замечать, особенно если у него очень низкая самооценка. У таких людей есть склонность все истолковывать в негативном ключе.

СОВЕТ

Продemonстрируйте свою заботу в письменной форме! Листочек с приятными словами или картинкой можно вложить в сумку или карман.

УМЕТЬ ВИДЕТЬ

Очень важно уметь показать, что вы *видите* своих близких. Несмотря на то, что мы не всегда знаем, что нам делать в роли матери, отца, партнера или друга, важно показывать, что вы

осознаете проблему и стремитесь помочь. Способность к эмпатии — это качество личности. Но не стоит думать, что его невозможно в себе развить. Нужно лишь постараться.

Видеть человека с пищевым расстройством — в том числе понимать, что за этим стоит гораздо больше, чем просто килограммы или число эпизодов переедания. Пытаясь заглянуть за фасад расстройства и понять его, можно глубже осознать причины, почему человек прячется за едой.

ПИЩЕВОЕ РАССТРОЙСТВО НЕ ВЫБИРАЮТ ПО ДОБРОЙ ВОЛЕ

Никто по собственной воле не обзаводится пищевым расстройством, и никому не нравится им страдать, хотя так и может казаться на первый взгляд. Да, человек может быть очень привязан к своему расстройству: больного так же сложно от него отвлечь, как влюбленного от объекта любви или скорбящего от его скорби. Близких, которые пытаются помочь, такое сопротивление может очень раздражать.

Есть основания полагать, что все, кто страдает пищевыми расстройствами, с удовольствием бы от них избавились, если бы только знали как.

СТРАХ ПЕРЕМЕН

Сопротивление переменам и сопротивление помощи — особенно на начальных стадиях — один из симптомов заболевания, как и симптом воспаления легких — затрудненное дыхание.

Близким нужно постараться это понять, разглядев за этими проявлениями страх, а не злой умысел и вредность.

Черные дыры

Серьезное пищевое расстройство можно сравнить с черной дырой в космосе: оно высасывает энергию из пространства, замыкая ее внутри.

БОЛЕЗНЬ — ЭТО ЕЩЕ НЕ ВСЬ ЧЕЛОВЕК

Пищевое расстройство стягивает на себя все внимание, уводя на второй план остальные части личности. Важно сохранять в фокусе

ее здоровые части. Если человек с анорексией врет о том, что он съел, это еще не значит, что он патологический лжец. На него во многом можно полагаться: за исключением вопросов, связанных с едой.

ДОСТИЖЕНИЯ

Очень сложно любить безусловно. *Мы должны показывать своим близким, что любим их за то, кто они есть, а не за то, что они делают.* То есть мы демонстрируем, что мы будем любить их в любом случае, а не только при условии, что они будут хорошо себя вести или правильно питаться.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ

Без профессиональной помощи *не обойтись*. Задача близких — активно мотивировать больного к тому, чтобы он обратился к врачу, в диспансер или иное учреждение.

Однако бывает, что помощи еще нужно дождаться. А иногда необходимая помощь и вовсе не приходит. Бывает и так, что помощь оказывается неэффективной. Помните, что ваша роль здесь в любом случае самая важная. Специалисты же после рабочего дня уходят в свои семьи.

К сожалению, иногда для того, чтобы получить адекватную помощь, вам придется проявлять настойчивость, даже назойливость, и устраивать сцены. Такова жизнь. Не бойтесь надоедать!

НА ВСЕ НУЖНО ВРЕМЯ

Пищевые расстройства — это надолго, иногда очень надолго. Это не меняется и тогда, когда вы получаете помощь. Некоторые могут выздороветь за несколько недель. А у многих других это занимает месяцы и даже годы. Осознав это, нужно понять и необходимость проявлять терпение. В одном научном исследовании средняя длительность лечения пищевых расстройств оценивается в три года.

БОЛЕЗНЬ ИЛИ ПРОСТО ДУРЬ?

Многим родителям детей, а особенно подростков с пищевыми расстройствами непросто отличить голос болезни от естественного стремления ребенка бросать вызов ценностям и нарушать нормы.

Иногда возникает замкнутый круг: родители настолько погружаются в подсчет калорий или поиск способа немного отдохнуть, что забывают выставлять те границы, какие они обычно естественным образом выставляют.

Постарайтесь подумать, какие границы вы бы выставили, если бы в вашей семье не было пищевого расстройства, *и не бойтесь сделать это*. Важно не забывать о том, что нормальные требования и ответственность никто не отменял. Если ребенок в семейном конфликте использует угрозу перестать есть, как оружие, это называется шантаж и голодная забастовка, и это вовсе не обязательно то же самое, что пищевое расстройство. Хотя и очень похоже. Если отказ от еды применяется как средство давления на вас, важно это четко озвучить.

Мы, родители, понимаем, что определенный протестный настрой и вызов нашим ценностям — вполне здоровые, нормальные проявления. Иногда есть основания говорить о том, что пищевое расстройство становится выражением того гнева и протеста, которые ребенок не смог выразить другими способами.

В Лондоне психолог Рэйчел Брайант-Во и психиатр Брайан Ласк в течение нескольких лет работали с детьми и подростками с очень серьезными пищевыми расстройствами. При госпитализации они часто предупреждали родителей, что, хотя прогноз и хороший, *они должны быть готовы к тому, что, выздоровев, их сын или дочь будут вести себя более агрессивно*.

Следующая иллюстрация взята из их книги: *Eating disorders. A Parents' Guide*. London, 1999. Penguin.



НАЙТИ ПРАВИЛЬНЫЙ ПОДХОД

ТОЧНО ЛИ ЭТО ПИЩЕВОЕ РАССТРОЙСТВО?

Насколько оно серьезно? Чтобы это узнать, нужно искать информацию и задавать вопросы.

ГОВОРИТЕ ОБ ЭТОМ

При подозрении на пищевое расстройство стоит завести об этом разговор. Не нужно прятать эту тему под ковер.

Лучше, если вы напрямую попросите человека подтвердить или опровергнуть ваши подозрения, чем если он будет чувствовать себя незамеченным. Продумайте заранее, что будете говорить. Ваш подход не должен быть основан на обвинениях. Вряд ли сработает фраза: «Думаю, у тебя пищевое расстройство». Некоторые почти инстинктивно ответят «нет». Лучше начните высказывать свое беспокойство, а затем свяжите его с конкретными наблюдениями.

«Я вижу, что ты сбавила вес. И ешь совсем мало. Это меня беспокоит, и нам хорошо бы поговорить об этом. Сейчас подходящий момент?»

Признайте проблему! Может быть, очень соблазнительно притворяться, что ничего не происходит, и надеяться, что все

пройдет само собой. Рассчитывать на это не стоит. В краткосрочной перспективе многие будут рады, если родители и близкие не заметят их пищевые нарушения. Но в долгосрочной перспективе это может отравить отношения, создавая у человека чувство, что его *не видят*.

ХОТЕЛИ КАК ЛУЧШЕ...

Боясь, что сделаем как лучше, а получится как всегда, и не озвучивая свое беспокойство, мы просто ничего не делаем. Но одиночество гораздо хуже.

ОТРИЦАНИЕ

На ранних этапах это вполне ожидаемо. Стыд и страх приводят к отрицанию, кроме того, человек вообще не воспринимает свое поведение как проблему. Но стоит затронуть эту тему, как мысли пойдут в определенном направлении. Можно вновь заговорить об этом через несколько дней или недель. Вы можете заранее предупредить человека, что собираетесь снова поговорить с ним об этом, например, в следующие выходные, и попросить его обдумать эту тему до этого срока.

Проблема не в том, что человек не видит решения своей проблемы.

Проблема в том, что он не понимает, что это проблема.

ЗАДАВАЙТЕ ВОПРОСЫ

Вопросы дают пространство для ответа, а утверждения замкнуты на себе.

Попробуйте быть тем, кто дает такое пространство. Спрашивайте, не нужна ли помощь. Предлагайте альтернативные варианты. Получив ответ, переспрашивайте: «Ты точно уверена, что это то, что тебе нужно?»

КАК ВЫСТРАИВАТЬ ОБЩЕНИЕ

Постарайтесь выбирать подходящие моменты для разговора. Когда присутствует большое напряжение, есть риск взрыва. Нужно сохранять спокойствие и говорить с человеком, а не о нем.

Вряд ли угрозы, принуждение и гнев принесут какой-либо результат. *Снизьте количество критических замечаний.* Можно вполне ясно выражать свое мнение, при этом не создавая впечатления, что вы ругаетесь. Конечно, не всегда легко сдержаться. Особенно при анорексии, когда человек находится на грани жизни и смерти, гнев часто служит выражением страха.

Если вы обсуждаете конкретные договоренности, например, правила и цели питания, убедитесь, что присутствует *абсолютная ясность* относительно того, о чем вы договорились.

ВЕС ПАДАЕТ!

Если вес падает с угрожающей скоростью или становится критически низким, обязательно должен быть человек, который будет отслеживать актуальный вес. Родителям детей и подростков особенно важно понять, что наличие регулярного контроля *не обсуждается*. Тут недостаточно того, что сам ребенок будет взвешиваться и отчитываться о своем весе.

Обсуждаться могут другие вопросы: кто именно и как будет взвешивать. Зачастую самое лучшее — доверить это врачу, врачам в диспансере или другому медперсоналу. Родители тоже могут это делать, но в таком случае нужно следить, чтобы не было манипуляций с весами, стоящими в ванной. Лучше хранить их запертыми и доставать только на взвешивание один раз в неделю в определенное время.

КОНСЕНСУС

Родителям особенно важно прийти к консенсусу о подходах к решению проблемы и схеме действий. Когда мать делает одно, а отец действует в совершенно ином направлении, это не только неэффективно, но и опасно.

ЭТАПЫ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

- 1. Четко определите, что необходимо изменить — поставьте реалистичные цели.**
- 2. Постарайтесь понять.**

3. Разработайте альтернативные варианты.

4. Обсудите и выберите одно решение — на определенный период.

5. Оглянитесь и оцените результаты.

6. Подкорректируйте стратегию: подтвердите правильность решения или совместно выберите другое.

СНАЧАЛА САМОЕ ВАЖНОЕ...

Совершите совместное усилие и договоритесь о четких, измеримых положительных изменениях в питании или схеме переедание/очищение, которых хотите добиться. Кроме того, определите конкретные роли других лиц в достижении этих целей.

...А ПОТОМ ВСЕ ОСТАЛЬНОЕ

Питание и тело — это лишь полдела. «Остальное» — это поиск подходящих формулировок для того, чтобы говорить о тех чувствах, которые за ними стоят.

КТО МОЖЕТ ПОМОЧЬ

Постарайтесь прийти к консенсусу относительно того, кого еще нужно проинформировать и привлечь в качестве помощников. Как правило, открытое обсуждение психических проблем — хороший мотив. Однако открытость прежде всего должна проявляться тогда, когда вы знаете, что ваша искренность будет воспринята серьезно.

Некоторые люди с пищевыми расстройствами обожглись на том, что они рассказали о своей болезни слишком многим. Даже после выздоровления многие продолжают воспринимать их как «того булимика / булимичку» или «того анорексика / анорексичку». Стоит им однажды проявить какую-то слабость в отношении еды (когда они не в форме, их тошнит или просто не хочется есть), как тут же начнутся подозрения: а не рецидив ли это?

СОТРУДНИЧЕСТВО С ДРУГИМИ

В особенности если вы имеете дело с подростками, страдающими пищевыми расстройствами, необходимо обратиться не только к медицинским работникам, но и к школьным учителям, школьным психологам-консультантам, учителям физкультуры и тренерам. Конкретно можно обсуждать с ними, например, вопрос сопровождения во время обеда в школе, альтернативную схему тренировок и т. п.

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ НА СОБСТВЕННЫЕ ПИЩЕВЫЕ ПРИВЫЧКИ

Демонстрируйте солидарность, соблюдая здоровый режим питания. Человеку, страдающему перееданием, будет лучше, если холодильник не наполнен соблазнительной едой. Сладости, которые вы собираетесь съесть на выходных ², не стоит закупать уже в четверг.

КТО ГЛАВНЫЙ?

Но не перебарщивайте с опекой. Нужно соблюдать баланс между проявлениями заботы и чрезмерной отдачей вплоть до самоотвержения.

Есть много описаний случаев, когда люди с пищевыми расстройствами начинали контролировать, что едят другие. *Такого рода контроль разрушителен для всех.* Хорошо известна склонность анорексиков кормить других. Этому может быть несколько объяснений. Кормя других, анорексик символически избавляется от груза вины за всю ту боль, которую причиняет семье. Или более очевидный мотив: человек ощущает удовлетворение, получая конкретные подтверждения того, что другие едят значительно больше. *Многие матери прибавляют в весе из-за того, что идут на поводу у своего ребенка-анорексика и едят более крупные порции.*

Когда весь класс потеет, потому что истощенный анорексик мерзнет и из-за этого помещение не проветривается, мы имеем

дело не просто с больным человеком, но с *больной ситуацией, которая усугубляет болезнь.*

ЗАПРЕТ НА ПОХУДЕНИЕ

Для профилактики пищевых расстройств нужно, среди прочего, придерживаться строгого правила: *родители никогда не должны заставлять своих детей худеть.* Похудение у детей и подростков должно исходить не из косметических, а исключительно из медицинских соображений. И в таком случае оно должно происходить под наблюдением врача. Если же родители сажают детей на диету или выражают желание, чтобы ребенок похудел, то тем самым они транслируют послание, что ребенок недостаточно хорош такой, какой он есть.

Это совершенно не означает, что не нужно бороться с нездоровыми пищевыми привычками и стимулировать физическую активность.

БУДЬТЕ ОСТОРОЖНЫ С КОММЕНТАРИЯМИ О ВНЕШНОСТИ

Слова обладают силой, которая может использоваться как во благо, так и во зло. Мы живем в эпоху крайне поверхностного отношения к телу. Все выводится на поверхность: внутренние чувства находят выражение во внешности, телесности. Комментарии, которые на первый взгляд могут показаться невинными, могут глубоко ранить. А более всего бывает, если они исходят от самых близких людей.

КОМУ ПРИНАДЛЕЖИТ ТЕЛО?

Родители, партнеры и друзья тоже имеют тела. И бывают ими очень озабочены. Необходимо продумать, какое отношение к телу вы сами транслируете. Очень многие невыносимо часто говорят о теле и похудении. Это особенно касается женщин. Так транслируются опасные послания о том, что тело — одна из самых важных вещей в этом мире.

Проблема вполне ощутимая и реальная — настолько, что многие матери, даже имеющие детей с серьезным пищевым расстройством, сами продолжают худеть. Еще одна проблема

заключается в том, что многие отцы ведут разговоры о здоровье и тренировках в нездоровом, навязчивом ключе.

Желательно не только соблюдать самодисциплину, но и проявлять деликатность. Порошки для похудения, скорее всего, лучше прятать и запирать в сейф с оружием: ведь и то и другое одинаково опасно. Возможно, лучше держать рот на замке и не рассказывать при ребенке о собственных амбициозных проектах по улучшению своего тела. *Цель состоит в том, чтобы транслировать восприятие тела как инструмента для получения удовольствия, радости и игры.*

КОМУ ЭТО НУЖНО?

Можно быть амбициозным не только за себя, но и за других. Как родители, так и партнеры могут проецировать собственные амбиции на чужие достижения. Это может касаться учебы в школе, но в еще большей степени — спортивных занятий. Спорт, танец, балет и модельные профессии связаны как с престижем, так и с рисками. Будьте осторожны и не давите на детей. Многие из тех, кто страдает пищевыми расстройствами, идут на поводу скорее у чужих, чем у своих желаний.

БЮДЖЕТ

Деньги могут стать большой проблемой, особенно когда дело касается булимии и переедания. Неважно, дочь у вас или сын, тема финансовой поддержки так или иначе возникнет. Совершенно естественно финансировать лечение, когда у них нет собственных доходов. А вот в тех случаях, когда они зарабатывают сами, оплата лечения родителями может стать палкой о двух концах. Денежный вопрос может легко отравить отношения. Больной будет ощущать дополнительное давление: ему или ей необходимо отплатить родителям с помощью выздоровления. Взрослым лучше всего отвечать за собственный бюджет самим, и нет никаких оснований для того, чтобы их злоупотребление едой оплачивалось кем-то еще.

Сожителям и супружеским парам имеет смысл установить четкие правила относительно общих расходов.

ПЕРСПЕКТИВЫ НА БУДУЩЕЕ

Надежда дает силы. Важно поддерживать в человеке надежду и оптимизм — тем более что для этого есть все основания. Почти всем становится лучше, когда они получают помощь. И большинство выздоравливают!

ПРИМЕРЫ

БУЛИМИЯ

Луна

В одной семье договорились, что родители будут пристально присматривать за дочкой, страдающей булимией, и следить буквально за каждым ее шагом после еды. Она попросила их об этом сама.

Парень Луны знал о ее проблемах. Она сама ему обо всем рассказала — мало-помалу. Но она не хотела, чтобы он как-то участвовал в контроле над ней. Это касалось только ее и родителей. Единственное, о чем она решилась его попросить, чтобы он говорил ей приятные слова, чтобы поддерживать мотивацию.

Морозилку заперли на ключ, из кладовки убрали все продукты. Родители временно взяли контроль над ее банковской карточкой. Она попросила родителей быть для нее опорой и защитой, и они ею стали. Это сработало.

Анна

В другой семье, где дочь страдала булимией, договорились, что никакого контроля не будет. Любые вторжения родителей она воспринимала как вызов. Они вели себя не слишком последовательно, проявляли импульсивность и делали все в основном по настроению. Ей они казались беспомощными. Чем больше они пытались помочь, тем больше она испытывала к ним жалость и тем хуже становилось ей самой. Она без проблем могла их обмануть, и ей не хотелось, чтобы ей лишний раз напоминали об этом.

Она попросила, чтобы ей дали шанс показать себе и окружающим, что она сама справится и возьмет над собой контроль. Это сработало.

Ханна

Ей был 21 год, но она все еще жила с родителями. Отчасти из-за того, что много денег у нее уходило на еду. Свои пищевые нарушения она скрывала в течение трех лет. Поскольку постепенно мать стала делать все больше замечаний по поводу пропажи еды, она поняла, что пришло время ей открыться. Кульминация пришла, когда она съела праздничный торт, приготовленный на 50-летний юбилей отца. Ханна с матерью договорились, что мать расскажет обо всем отцу. Самой девушке было слишком стыдно. Оба родителя были в отчаянии от того, что не узнали об этом раньше.

Когда первый шок прошел, они поспрашивали советов и втроем разработали план. Отец рано уезжал на работу, но у матери был гибкий график, и она каждый день ела вместе с Ханной легкий завтрак. Это, действительно, немного спасало от переедания в первой половине дня. Но сложнее всего становилось ближе к вечеру, когда Ханна доедала недоеденное или, считая, что съела слишком много, вызывала у себя рвоту.

Родители составили список вещей, которые Ханна могла делать после таких эпизодов: почитать книгу, посмотреть телевизор и т. д. Но варианты были не особенно интересные, и девушка не могла ни на чем сосредоточиться. Спустя какое-то время решили, что в свободные дни отец может выходить с ней на прогулку.

Они много раз так гуляли и пешком, и на велосипеде. И постепенно стали очень хорошо общаться. Они еще никогда не были так близки, и отец почувствовал, что наконец занял более правильную позицию в семье. В жестокой борьбе Ханны с самой собой эти общие старания оказали немалую помощь. Эпизодов переедания стало меньше.

Она знала, что это еще не все. Следующим шагом было разработать план действий, как ей бороться с тягой к еде, когда

родителей нет дома. Семья обратилась к психологу в психиатрической поликлинике.

Трина

Она ходила в спортивную гимназию. Ее проблемы постепенно стали очевидны, и одноклассники с ее разрешения рассказали о них тренеру, а тот, в свою очередь, получил от нее разрешение обратиться к врачу, приписанному к этой гимназии. У этого врача уже был опыт лечения пищевых расстройств, и он попросил разрешения Трины провести общую беседу вместе с родителями. Спустя несколько недель она неохотно согласилась. Эти беседы были непростыми, но принесли облегчение. Было открыто сказано о проблемах отца с алкоголем.

Врач заставил их о многом задуматься, особенно отца. Неумение себя контролировать было присуще не только Трине, но и другим членам семьи. Способен ли отец подать пример дочери, признав степень серьезности своего алкоголизма и впервые обратившись за помощью по этому поводу? Способна ли мать открыто обсуждать проблемы, вместо того чтобы заталкивать их под ковер и обесценивать серьезность булимии и бытового алкоголизма? У отца была хорошо оплачиваемая работа, и он обратился в частную наркологическую клинику. Там тоже была семейная групповая терапия, и они провели немало общих бесед.

Спустя год Трине заявила, что здорова. Она решила ограничить общение с родителями. Отцу тоже стало лучше, несмотря на периодические срывы.

Мия

Родителям позвонила медсестра, чтобы выразить свою обеспокоенность тем, что Мия слишком сильно похудела. Сначала она немного сбавила вес, но затем уже не смогла противостоять голоду, и начались эпизоды переедания-очищения. Мия очень испугалась и сама обратилась к медсестре.

После этого звонка у матери сложился пазл: она поняла, почему пищевые привычки дочери стали более странными, а настроение нестабильным. Ее охватывало то раздражение, то ярость, она

рыдала, а потом резко становилась милой и дружелюбной, как будто хотела загладить вину.

Родители обратились к частному психиатру, и он пригласил всех членов семьи, включая старшего брата. Брату время оказалось неудобным, поскольку у него был зачет. И Мия ушла в глухую оборону. Они позвонили психиатру и спросили, что им делать. Он попросил, чтобы родители пришли в любом случае.

Казалось, он очень легко воспринял то, что Мия не пришла, ведь он знал, что ситуация находится под контролем медсестры. На приемах у психиатра они поначалу вслух размышляли о том, в каком положении оказалась Мия и как ей можно помочь. Но постепенно разговор все больше смещался в сторону их собственного брака, который уже долгое время был не в порядке. Психиатр дал родителям два задания. Первое — рассказать Мие, что они согласились ходить к нему на парную терапию. Второе — попросить ее разрешения на то, чтобы медсестра и психиатр могли вместе следить за ситуацией с Мией и ее семьей. Мия согласилась.

Медсестра рассказала психиатру, что Мия, казалось, почувствовала облегчение. Да и сама медсестра ощущала себя более комфортно в роли основного врача Мии, получив возможность консультироваться у еще одного специалиста, психиатра, имеющего специальное психиатрическое образование.

АНОРЕКСИЯ

Стина

Стина устроила всем настоящий ад. Раньше она была такой милой и дружелюбной, а теперь стала молчаливой и замкнулась в себе. Она была подписана на один журнал, и обычно мать дочитывала его после нее. И вдруг она запретила матери брать журнал: «Ты что, все мое хочешь себе забрать?» Она жила вместе с матерью, отчимом, младшим братом и старшей сводной сестрой. Она стала терять в весе и ела только ту еду, которую они покупали вместе с матерью. Она навязывалась с матерью за покупками и каждый раз клала в корзину одни и те же продукты. Она настаивала на том, что они должны брать всегда одну и ту же

марку, и постоянно перечитывала информацию о калориях и жирности на упаковке. Это были исключительно продукты со сниженной жирностью. Вещи, которые в корзину клала мать, она демонстративно вынимала.

Мать пыталась спорить, но Стина совершенно обескураживала ее своей решительностью. Она садилась за стол вместе со всеми, но ела только свою еду. Стина взяла кухню под свой контроль и не позволяла кому-либо готовить для нее еду. Она готовила сама, очень обстоятельно, и вытеснила всех с кухни своими строгими минами. Когда остальные домочадцы готовили еду себе, она с ястребиной зоркостью следила за тем, чтобы они не пользовались ее утварью и не оставляли на ней следы жира. Она представляла, что частицы жира могут переместиться по кухне и осесть на ее тефлоновой сковороде.

Ею управлял компульсивный невроз. Когда мать садилась почитать газету после того, как ту подержал в руках отчим, Стина вырывала газету из рук матери и бросала в камин со словами: «Сальные пальцы». Это был не только невроз, но и плохо прикрытые ревность и ярость.

Она старалась изменить уникальный стиль поведения других, считая, что все должны есть «более здоровую пищу». Она говорила, что хочет готовить на всех, на что получила отказ. Тогда она стала следить за матерью, заставляя ее готовить для остальных низкокалорийную пищу. Мать не могла ей противостоять, что привело к конфликту между ней и приемной дочерью. Та видела в Стине избалованную девчонку, а в матери — слабачку. Приемная дочь устраивала забастовки за обедом, когда на столе царили легкие соусы, приготовленные на воде, а за столом — подавленное настроение. Это должно было - чем-то закончиться, ведь семья была на грани распада. Они обратились к врачу. Стину еле удалось уговорить пойти к «этому зануде» и сдать анализ крови. Им также сообщили, что в течение пары месяцев их вызовут в психиатрическую поликлинику для детей и подростков. А пара месяцев — это большой промежуток времени для того, кто не ест.

Отчим был занят на ответственной работе. Мать боялась нагружать его проблемами своей дочери. Ночами она плохо спала и была в отчаянии. Однажды, дойдя до ручки, она все же обратилась к нему за помощью. Он проявил понимание и связался с нужными людьми. В результате Стина всего через пару дней госпитализировали в терапевтическое отделение. Постепенно до нее начало доходить, что у нее есть проблема. Домой ее выписали через две недели. Отчим пообещал принимать больше участия в ситуации, чтобы снять часть нагрузки с жены. В больнице хотя и кормили четыре раза в день, но практических советов почти не давали. Диетолог-физиотерапевт ушла в декрет.

Родители сами составили план питания, основанный на легких продуктах, в надежде стабилизировать вес. Однажды, в тот день, когда за питание отвечал отец, Стина отказалась есть, и он потерял самообладание. Почти полчаса он смотрел на то, как она разрезает кусочек огурца еще на двадцать кусочков. Он не выдержал и сначала стал кричать, а потом ударил ее. И он сам, и Стина были в шоке. Жена прокомментировала это саркастически: «Как можно бить больного? Видно, что она тебе не родная дочь. Запомни, она не одна из твоих подчиненных».

Но этим дело не кончилось. Они обратились в поликлинику. Стина отнеслась к этому скептически, но казалось, что на этот раз она гораздо лучше понимает серьезность ситуации. Был составлен план питания, рассчитанный на умеренный набор веса, с детальными комментариями: как долго должен длиться прием пищи, кто что должен делать и говорить, а также кому не стоит вмешиваться и т. д. Врач попросил всех подписаться. Стина поставила не свою подпись, и это обнаружили. Прием закончился, и семье дали задание за выходные заставить Стину подписаться. Она поставила свою настоящую подпись только в обмен на обещание поехать на Юг.

После того как подпись была поставлена, Стина стала принимать больше участия в лечении. Был установлен более четкий и прозрачный режим, и она видела, что ей это идет на пользу. Да, она была в ярости на родителей: на мать за ее

слабость, а на отца за то, что он занял место ее родного отца. Но это была уже не та ярость, как раньше. Она поняла, что гнев частично потерял над ней власть.

Семья поддерживала регулярные контакты с поликлиникой. Ходили туда вместе, чтобы поговорить, установить правила и режим и т. д. Но у Стины был также и индивидуальный терапевт, который задавал ей вопросы, поначалу казавшиеся ей неактуальными и навязчивыми. Но он явно разбирался в теме, и ей стало любопытно.

Стина заметила, что соблюдение режима доставляет ей удовольствие. Ее одновременно и умиляло, и впечатляло, как о ней заботятся родители. Там, где она сомневалась, они сохраняли веру. Ее часто мучило чувство вины: она считала, что превращает их жизнь в ад. Но когда взрослые показали, что они действительно способны вести себя как настоящие взрослые, она почувствовала себя в безопасности. Было приятно отдаться на волю тех, кто был сильнее ее. Она отпустила контроль и наслаждалась этим. Но стоило ей сделать это и снять с себя инициативу, как стали проявляться чувства. Врач помогал ей справляться с этими чувствами: защищенность/незащищенность, тоска, грусть, страх, гнев, радость и т. д. Оказалось, что она любит своих близких.

Через два месяца они отправились на сицилийский курорт Таормина. Впервые Стина не взяла с собой весы. Она плавала в море, ощущая свое тело. С ней заигрывали итальянские мальчики, и ее удивило, что она и сама проявляет интерес. Но так и было. Может быть, это и называют желанием?

Раньше она страдала анорексией, и у нее еще сохранялись следы пищевого расстройства. Но с этим можно справиться. Казалось, что родители наконец расслабились. Или дело было в итальянском вине?

Айна

На самом деле Айна любила поесть, но не могла себе этого разрешить. Ее парень проявлял терпение, звонил ей по многу раз на день и подбадривал ее. Утром он будил ее, чтобы напомнить ей

позавтракать. Он говорил ей, что она прекрасна и так, но все-таки слишком худая, и она будет еще красивее, если будет есть. Он приглашал ее в рестораны и давал ей поощрительные награды, если она соблюдала план питания.

Дело шло медленно. Она знала, что с ней непросто. Часто она чувствовала, что она невыносима и злоупотребляет его добротой. Когда вес немного увеличился, а самочувствие немного улучшилось, в один прекрасный день он решился на расставание. Они оба знали, что их отношения не настолько близки, чтобы иметь будущее, и что это была лишь надолго растянувшаяся взаимная юношеская влюбленность, которая переросла в его добровольную заботу о ней. Эти отношения были терапевтическими.

Ей было очень грустно, но в то же время она почувствовала облегчение. «И тогда во мне проснулся дух противоречия. Ну, теперь уж я им покажу, что способна быть самостоятельной!»

Стен

Стену было всего 11 лет. Он быстро потерял в весе и был на три недели госпитализирован в детское отделение. После этого ему и семье выделили контактное лицо от психиатрической поликлиники для детей и подростков. Во время бесед Стен объяснил, что он как будто слышит некий голос внутри, который берет над ним контроль и запрещает ему есть. Психолог попросил его нарисовать, как он представляет себе этот голос, и мальчик нарисовал тощий зеленый скелет.

Врач сохранила этот рисунок. В присутствии Стена она вложила его в конверт и заперла в ящик стола. Вместе они старались разобраться в том, что этот скелет говорит о «жире» и как еще унижает Стена. Врач помогла мальчику различить свой «здоровый голос». Анорексию она постаралась представить как внешнюю, враждебную фигуру. Как мы можем вместе ее победить?

На некоторых беседах присутствовали родители, и там психолог разъяснила им свой подход. Они поняли предложенную модель, ведь они так и видели ситуацию: что их сына как будто подменили, что в нем зазвучал «другой голос». Они договорились,

что в промежутках между приемами он будет забирать рисунок домой. Там родители придерживались того же правила: запирали рисунок в подвале во время трапез, чтобы он не мешал ребенку.

И однажды об этом рисунке просто забыли.

ПЕРЕЕДАНИЕ

Симен

Симен был несчастным ребенком. «Ему вечно было мало еды, — говорила мать, — а теперь он еще и несчастен». Ему было 13, и у него всегда был сильный аппетит. Поначалу матери частично удавалось его контролировать, ограничивая в еде. Но по мере того, как Симен выросл, ограничивать его становилось все сложнее. Он хозяйничал и в холодильнике, и в морозилке. Позже он стал воровать деньги, чтобы покупать себе конфеты, шоколадки и пирожные.

Он страдал от избыточного веса, но не чувствовал в себе сил что-то с этим сделать. Он стал «жирдяем» — так его постоянно называли другие. Находить друзей и поддерживать дружбу становилось все труднее. В школе он всегда учился не очень хорошо. И чтобы утешиться, ел все больше. Это был замкнутый круг.

Такого рода переедание отличается от булимии тем, что в нем отсутствуют попытки очищения. Кроме того, одержимость похудением часто тоже гораздо меньше. Но, как при булимии, наблюдается явная тенденция к перееданию в эмоционально стрессовых ситуациях.

Врач общей практики обратился за помощью к клиническому диетологу-физиотерапевту, которая трудилась в муниципальной больнице. Она пыталась работать вместе с ним над снижением веса и повышением физической активности, однако это возымело, скорее, обратный эффект. Пациенту не хватило ни мотивации, ни силы для того, чтобы соблюдать ее программу. Он и здесь чувствовал себя неудачником.

Через психолого-педагогическую службу, работавшую со школой, его направили к психологу. Психолог решил сфокусироваться на низкой самооценке Симена. Они работали

над конкретными заданиями для улучшения ситуации и старались улучшить его общение со сверстниками. Но самое главное: они разговаривали друг с другом. Психолог задавал вопросы, и постепенно от Симена звучало все больше четких ответов. Оказалось, что и мать, и Симен чувствовали угрозу со стороны отца, который с ними не жил. Он ушел от них, когда Симену было два года. Но несколько раз он приходил к ним пьяный и вел себя с матерью агрессивно. Симен не понимал, почему мать, несмотря на это, все равно продолжала вести себя так, как будто она по нему скучает.

Психолог позвал на прием мать, и она подтвердила его подозрение о том, что ей было трудно быть последовательной в своем отношении к отцу Симена. Она то называла его психопатом, то говорила о том, как по нему скучает. Симен рассказывал все больше и больше подробностей о своем общении с отцом. Психолог не мог просто бездействовать, получая подобную информацию. В течение нескольких месяцев они встречались на приеме много раз, и наконец к решению ситуации привлекли службу по защите прав детей («Барневарн»), которой удалось расставить многое по местам. Был составлен свод правил, отец принял участие в паре разговоров со службой, а матери предоставили контактное лицо от «Барневарн». Симену явно полегчало.

Все эти меры привели к тому, что работа Симена с психологом пошла более спокойно. Непосредственно над регулированием питания они трудились не так уж много. В центре внимания были другие цели: повысить самооценку и расширить социальные контакты. После трехлетней работы Симен сбросил несколько килограммов. Диффузная тревога уже меньше его беспокоила. Он сказал, что ярче всего почувствовал прогресс, когда друзья позвали его вместе поехать на дачу.

ЧАСТЬ 5

ПОЛЕЗНОЕ

ГДЕ ПРОХОДИТ ЛЕЧЕНИЕ?

ПЕРВАЯ ЛИНИЯ

На первичном этапе нужно обращаться за помощью в *службы первой линии медицинской помощи*, то есть к терапевтам или в диспансеры, являющиеся частью системы школьного здравоохранения. В отдельных муниципалитетах Норвегии есть подростковые диспансеры.

- врачи общей практики;
- служба здоровья школы;
- диспансер/подростковый диспансер;
- психолого-педагогические консультативные службы;
- стоматологи;
- физиотерапевты;
- частные клинические диетологи-физиотерапевты;
- службы защиты семьи и детей;
- социальные службы;
- организации самопомощи;
- органы по защите прав детей (в Норвегии — «Барневарн»).

ВТОРАЯ ЛИНИЯ

Службы первой линии отвечают за направление пациента к врачам второй и третьей линий, а также за различные формы специализации. Можно самостоятельно обратиться к частному психиатру или психологу, однако психологу необходимо направление от врача.

- детские и подростковые поликлиники;
- психиатрические поликлиники / районные психиатрические центры для взрослых;
- муниципальные психиатрические медучреждения;

- дневной и круглосуточный психиатрический стационар;
- частные психологи и психиатры;
- клинические диетологи-физиотерапевты при больницах;
- детские отделения больниц;
- родовые отделения больниц;
- терапевтические отделения больниц;
- организации для алко- и наркозависимых.

ТРЕТЬЯ ЛИНИЯ

- В Норвегии — неврологический санаторий «Модум Бад», Викарсюнн. Групповые терапевтические программы для взрослых с пищевыми расстройствами на базе больниц. Требуется муниципальные гарантии.
- Центр детской и подростковой психиатрии, Осло. Услуги для подростков на базе больниц. Требуется муниципальные гарантии.

САМОПОМОЩЬ: КУДА ОБРАТИТЬСЯ

ГРУППА ПОДДЕРЖКИ ЖЕНЩИН С ПИЩЕВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ — IKS

Эту группу основали в 1987 году три норвежки, которые сами страдали расстройствами пищевого поведения. IKS — общенациональная норвежская организация самопомощи для женщин, которые имеют или ранее имели пищевое расстройство. Три основные цели группы:

1. Поддержка и помощь женщинам, страдающим или ранее страдавшим пищевыми расстройствами, а также их близким.
2. Информирование общественности о пищевых расстройствах и серьезности этой проблемы. Просветительская деятельность группы нацелена на профилактику дальнейшего распространения

пищевых расстройств, а также на расширение осведомленности медперсонала и обычного населения об этой теме.

3. Сохранение комплексной междисциплинарной помощи на государственном финансировании путем диалога с властями.

Головной офис IKS находится в Осло, а локальные филиалы — по всей стране. Организация существует на государственные субсидии, а также на добровольные пожертвования своих основных членов.

Работа по самопомощи в IKS основывается на том, что женщины, находящиеся на различных стадиях процесса исцеления, применяют собственный опыт и переживания для того, чтобы поддерживать друг друга на пути избавления от пищевых расстройств. Диалог с другими людьми, имеющими ту же проблему, может быть очень полезным дополнением, а иногда и альтернативой традиционному лечению.

Тот факт, что огромное большинство людей, страдающих пищевыми расстройствами, — это женщины, послужил основной причиной того, что IKS является именно женской организацией. Однако мужчины с расстройствами пищевого поведения могут обратиться в организацию по телефону и электронной почте, чтобы получить информацию и советы, а также при необходимости прийти на личную консультацию.

IKS предлагает различные формы работы, такие как группы самопомощи, тематические вечера, курсы выходного дня, а также ежегодный летний лагерь для женщин, имеющих или ранее имевших пищевые расстройства. Кроме того, проводятся курсы и тематические вечера для родственников больных и других людей, интересующихся этой темой. Газета организации *Kvinnekraft* («Сила женщины») выпускается несколько раз в год. Группа также издает платные информационные материалы — статьи, брошюры и книги.

В Осло работает бесплатная горячая линия для людей в кризисных ситуациях, а также для желающих получить информацию по пищевым расстройствам: в столице — в дневное и вечернее время, а во многих локальных объединениях по

стране — в вечерние часы. На все письма IKS отвечает лично по запросу. Кроме того, есть возможность назначить личную консультацию. Все сотрудники организации имеют собственный опыт преодоления пищевых расстройств. Все обращения обрабатываются анонимно, и вся работа ведется абсолютно конфиденциально.

В IKS есть несколько типов членства:

Основное для женщин, имеющих или ранее имевших пищевые расстройства.

Ассоциированное для всех прочих физических лиц.

Корпоративное для врачей, больниц, школ и т. д. Библиотеки могут оформить подписку на газету группы.

Адреса:

IKS центральное отделение и филиал в губернии Осло/Акерсхюс

IKS имеет местные отделения по всей Норвегии. Всю информацию можно найти на сайте www.iks.no.

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ГРУППА ПО ПИЩЕВЫМ РАССТРОЙСТВАМ (ROS) — норвежская организация, защищающая интересы мужчин и женщин, которых затронули проблемы анорексии и булимии. Основана в марте 1983 года.

Кто может вступить в организацию?

Все, кто столкнулся или ранее сталкивался с этими заболеваниями, могут стать членами организации с правом голоса. Также организацию могут поддерживать все, кто разделяет ее ценности, оформив индивидуальное или корпоративное членство (для организаций, школ и т. д.).

ЧЕМ ЗАНИМАЕТСЯ ROS?

Цели этой организации:

Повышение осведомленности. Распространение информации о пищевых расстройствах углубляет понимание этой проблемы в обществе, а также обеспечивает лучшие условия для больных.

Кроме того, будучи информированным, человек лучше способен понимать самого себя и то, что с ним происходит. Корректная и своевременно предоставленная информация может, таким образом, послужить профилактикой анорексии и булимии и предотвратить их хронизацию.

Улучшение качества медицинских услуг. ROS работает над формированием междисциплинарного подхода к лечению, который рассматривает человека как единое целое и дает каждому пациенту именно ту помощь, которая ему требуется.

Улучшение социальной поддержки. Поскольку система лечения пищевых расстройств еще недостаточно развита, анорексия и булимия часто переходят в хроническую форму, что приводит к инвалидизации пациентов. ROS занимается информированием ответственных лиц в социальных службах о том, какие последствия анорексия и булимия могут иметь для тех, кого затронули эти болезни.

ЧТО ПРЕДЛАГАЕТ ROS?

Информацию

Обратившись в ROS, можно получить важную информацию о симптомах заболеваний и их лечении. Служба отвечает на все обращения. Кроме того, ROS предоставляет докладчиков на просветительские встречи и курсы.

Литературу

Доклады, прочитанные на различных мероприятиях, проводимых под эгидой этой организации, регулярно издаются в сборниках в форме книг, а также двух периодических изданий. Кроме того, в сотрудничестве с различными специалистами были подготовлены три брошюры и справочник по организации и проведению групп поддержки и дискуссионных групп для людей, страдающих анорексией/булимией. Несколько раз в году выходит информационное издание *rosinfo*, где публикуется информация о деятельности консультативной группы, эссе и письма читателей, а также научные статьи на основе новейших исследований.

Контакты и поддержку

Тем, кого затронули эти расстройства, может оказать помощь и поддержку общение с другими людьми, находящимися в сходной ситуации. Поэтому ROS сформировал сеть контактных лиц, имеющих личный опыт анорексии и булимии. Обратившись в ROS, вы получаете имя и адрес человека, с которым можно поговорить лично или по электронной почте.

Тематические/социальные вечера

В местных группах поддержки организуются тематические и социальные вечера. Это неформальные встречи, где можно послушать доклады на различные темы, а также пообщаться и поделиться опытом.

Группы ROS

Группы ROS более формализованы, чем тематические и социальные вечера. Они подразумевают постоянное участие в программе из 12 встреч, которые проводятся весной или осенью. Цель таких групп заключается в том, чтобы предоставить людям с анорексией и булимией возможность познакомиться и обменяться опытом, дать друг другу советы и поддержку. Кроме того, цель групповой работы — повышение осознанности в том, что касается собственных и чужих реакций и потребностей. Группы ведут опытные специалисты, работающие с людьми в кризисных ситуациях.

Консультирование

Если вы хотите узнать больше о деятельности ROS или задать любые другие вопросы, сотрудники организации всегда готовы вас проконсультировать.

Муниципальные/локальные группы ROS

У ROS есть местные подразделения в различных норвежских губерниях. Узнать информацию или получить консультацию жители этих губерний могут, связавшись с ближайшим отделением ROS, которое можно найти на сайте службы www.nettros.no.

Также можно обратиться в **головной офис ROS**:

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ОБЪЕДИНЕНИЯ

Норвежский союз пищевых расстройств

Подразделение Nordic Eating Disorders Society

Объединение клиницистов и ученых

Норвежский союз пищевых расстройств был основан в Бергене в феврале 1998 года. Эта организация — национальное норвежское подразделение общескандинавского объединения по пищевым расстройствам.

Цели

Основные цели союза — расширение и систематизация знаний о пищевых расстройствах, улучшение качества методов их лечения, а также содействие в разработке эффективных стратегий профилактики. Эти цели достигаются следующими способами.

- Поддержка и продвижение научных исследований, в особенности тех, которые подразумевают сотрудничество между врачами и учеными в скандинавских странах.
- Поддержка и продвижение сотрудничества между медицинскими организациями в скандинавских странах и врачами и исследователями в сфере пищевых расстройств.
- Повышение доступности уже накопленных знаний и новейших открытий в сфере исследований пищевых расстройств для всех членов союза.
- Расширение контактов с соответствующими организациями за пределами Скандинавии.
- Создание пространства для общения и обмена опытом между скандинавскими специалистами, которые в различных формах профессионально занимаются пищевыми расстройствами.

- Одна из форм деятельности Норвежского союза пищевых расстройств — проведение конференций для специалистов. Общескандинавское объединение организует специализированные семинары по меньшей мере раз в год. Кроме того, национальные подразделения также проводят свои научные мероприятия, которые проходят в различных местных организациях, что укрепляет связи внутри профессиональной среды, расширяя ее географию. Еще одна форма деятельности союза — распространение информации через комитеты-члены общескандинавского объединения.
- Норвежское подразделение также работает со СМИ и консультирует государственные органы.

ПОЛЕЗНЫЕ АДРЕСА **В НОРВЕГИИ**

Центр пищевых расстройств в Ставангере

Мадлавейен 13

4008 Ставангер

Тел. 51 52 99 66, факс 51 56 54 41

Фонд психиатрического просвещения

Брейгате 21

4006 Ставангер

Тел. 51 93 88 00, факс 51 93 88 01

Выпускает информационные брошюры.

Overeaters Anonymous — ОА

Осло, Фредрикстад

Тел.: 901 55 748 и 903 27 006

www.oa.org

САЙТЫ О ПИЩЕВЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Страницы постоянно поддерживаются и пополняются

НОРВЕЖСКИЕ И СКАНДИНАВСКИЕ

Группа поддержки женщин с пищевыми расстройствами

www.iks.no

Лучший на данный момент норвежский портал по РПП.

Регулярно обновляется.

Консультативная служба по пищевым расстройствам

www.nettros.no

Карманный врач

www.lommelegen.no

Есть полезная информация, но сайт на стадии разработки

Доктор онлайн

www.doktoronline.no

Не очень много информации по РПП, но хорошо работает *чат-рум*.

«Хельсенетт» [Сеть здоровья]

www.helsenett.no

РПП представлены скромно, но что-то можно найти.

«Барн и маген» [Ребенок в животе]

www.barnimagen.com

О беременности и родах

www.medivia.se

Хороший обзорный шведский сайт, созданный медиками.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ САЙТЫ

Something Fishy

www.something-fishy.org

Замечательный сайт. Информативный, актуальный, разнообразный. Достойно освещает как психологические, так и медицинские темы.

Mirror-mirror

www.mirror-mirror.org

Тоже во всех отношениях замечательный ресурс, очень похожий на свой сайт-партнер Something Fishy.

Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders

www.anred.com

Информативный и выдержанный, но немного безжизненный сайт. Кратко, но хорошо изложена информация о компульсивных тренировках, спорте и пищевых расстройствах.

www.nmisp.org/eat/eat-athlete.htm

Также американский ресурс. Есть пара страниц о спортсменах с пищевыми расстройствами, но информации слишком мало.

Что такое *чат-рум*? Это интернет-сревис, позволяющий общаться в режиме онлайн. Есть несколько таких чат-румов, посвященных пищевым расстройствам, разного уровня качества. В некоторых таких чат-румах установлен свод правил, в частности запрет на публикацию рецептов похудения. А другие довольно хаотичны и непредсказуемы. В лучшем случае, здесь можно получить хорошую информацию, советы, поддержку и обзавестись новыми виртуальными друзьями. На многих приведенных выше сайтах есть ссылки на такие чат-румы. Есть чаты по анорексии, булимии, перееданию, а также чаты для родителей, врачей, консультантов и т. д.

Такие чаты интересны тем, что они представляют собой уникальную смесь близкого контакта и дистанции. Можно перейти на очень личный уровень общения, оставаясь невидимым. Многим людям, страдающим пищевыми расстройствами, такие ресурсы могут быть очень полезны.

ЛИТЕРАТУРА И ВИДЕОМАТЕРИАЛЫ

ХУДОЖЕСТВЕННАЯ ЛИТЕРАТУРА (на норвежском)

Agerholm, S 1996. *Hvitt porselen*. Oslo. Aschehoug.

Alm, B 1993. *Det tause språket*. Oslo. Cappelen.

- Baugstø, L 1997. *Speilbilder*. Oslo. Oktober.
- Beeken, C og Greenstreet, R 1998. *Kroppen er min fiende. Om Claires kamp mot anoreksia*. Oslo. Egmont Hjemmet.
- Cuong, V T 1999. BIG. Oslo. Aschehoug.
- Hede, M 1989. *Evelyn spøkelse*. Oslo. Gyldendal.
- Hornbacher, M 1998. *Dødelig ideal*. Oslo. Egmont Hjemmet.
- Johansen, S Broch 1992. *Opp av brønnen. Hvordan er det der inne? Hvor går veien ut?* Dikt. IKS.
- Lusty-Chepstow, L-A og Sveen, K 1985/1993. *Kroppens sug, hjertets savn*. Foto og dikt. Oslo. Pax.
- Nilssen, O 1998. *Innestengt i udyr*. Oslo. Samlaget.
- Nordahl, E 1997. *Den nærende — den fortærende. Spiseforstyrrede tekster*. Oslo. Vestalinne forlag.
- Nyquist, A 1993. *Ungdom*. Oslo. Aschehoug.
- Scheen, K 1993. *Månefeen*. Oslo. Gyldendal.
- Shute, J 1992. *Naturlig størrelse*. Oslo. Cappelen.

ОБЩАЯ ЛИТЕРАТУРА О ПИЩЕВЫХ РАССТРОЙСТВАХ (на норвежском)

- Andersson, M Nasset og Nilsen, L 1999. *Motvektboka FETT NOK!* Oslo. Grøndahl Dreyer.
- Buhl, C 1991. *Kampen om kroppen*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Børresen, R 1999. *Om kultur, kropp og kommunikasjon*. Undervisningsmateriale beregnet på forebyggende arbeid. Bestilles fra Statens Trykksakekspedisjon.
- Christensen, K 1995. *Matens mysterium. Om å bli frisk av anoreksi, bulimi og tvangsspising. En selvhjelpsbok*. Oslo. Aschehoug.
- Geneen, R 1998. *Det sultne hjertet — om mat og følelser, tvangstanker og skjulte behov*. Oslo. Grøndahl Dreyer.
- Karlsen, A og Olsen, B Mellin 1999. *Spiseforstyrrelser. En håndbok for foreldre og andre pårørende*. ABF og IKS.
- Skårderud, F 1991/2000. *Sultekunstnerne. Kultur, kropp og kontroll*. Oslo. Aschehoug.

Skårderud, F 1998. *Uro. En reise i det moderne selvet*. Oslo. Aschehoug.
Skårderud, F 1998. Portrett av atleten i nød. Toppidretten på divanen.
I Loland S (red.): *Toppidrettens pris*. Oslo. Universitetsforlaget.
Aase, E I Bjørheim 1999. *FRI fra spiseforstyrrelser*. Stavanger.
Psykiatrisk Opplysningsfond.

ЛИТЕРАТУРА ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ (на норвежском)

Buhl, C 1990. *Følelser og kropp. Behandling av alvorlige spiseforstyrrelser*. Oslo. Universitetsforlaget.
Buhl, C 1996. *Overvekt og slanking. Psykologisk forståelse og behandling av overvekt*. Oslo. Universitetsforlaget.
Fürst, E L'Orange 1995. *Mat — et annet språk. Rasjonalitet, kropp og kvinnelighet*. Oslo. Pax.
Johnsen, A 1995. *Vendepunkter. Om familieterapi ved spiseforstyrrelser*. Oslo. Tano.
Rosenvinge, J H, Bassøe, H H og Støylen, I-J 1991. *Spiseforstyrrelser. Anorexia nervosa, bulimia nervosa og overvekt. Forståelsesformer og behandlingsmodeller*. Oslo. Tano.
Røer, A 1996. *Nattmennesker. Systemisk, narrativ og lingvistisk tilnærming til bulimi*. Oslo. Kommuneforlaget.
Skårderud, F 1994. *Nervøse spiseforstyrrelser. En lærebok*. Oslo. Universitetsforlaget.
Skårderud, F 1997. Vekten av et selv. Spiseforstyrrelser og selvpsykologi. I Karterud, S og Monsen, J (red.): *Selvpsykologi*. Oslo. Ad Notam Gyldendal.
Skårderud, F 1998. Blandede følelser. Spiseforstyrrelser og samarbeidet med familien. I Gjærum, B, Grøholt, B og Sommerschild, H (red.): *Mestring som mulighet*. Oslo. Tano Aschehoug.
Skårderud, F og Isdahl, P J (red.) 1998. *Kroppstanker. Kropp, kjønn og idehistorie*. Oslo. Universitetsforlaget.
Solheim, J 1998. *Den åpne kroppen*. Oslo. Pax.
Minde, Å og Storeng, U 1994. *Fra kokong til sommerfugl. Metamorfosen gjennom billedterapi hos kvinner med alvorlige spiseforstyrrelser*. Oslo. Ad

Notam Gyldendal.

ФИЛЬМЫ/ВИДЕО

Det er ikke meg jeg forestiller. En film i tre deler. 60 min. En del av samme informasjonstilbud som denne boken. Rampelys/Norsk Fjernundervisning. 2000.

Matens tyranni. 27 min. Norsk filminstitutt. 1997.

This is my life. 35 min. TV-factory. 1992.

Dom fattar ingenting. Om anorexi och bulimi. 35 min. Hålsö- och sjukvårdsmedia. Stockholm. 1996.

Если вы хотите быть в курсе актуальной англоязычной литературы и видеопroduкции, можете обращаться в издательство:

Gürze Books

Индекс 2238

Карлсбад, СА 92018

США

www.gurze.com

Запросите бесплатный каталог 'Gürze Books' *Eating Disorders Bookshelf Catalogue*'.

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ЖУРНАЛЫ

Существует четыре международных специализированных журнала на английском языке о пищевых расстройствах. Все эти журналы освещают последние новости в сфере исследований и лечения РПП.

International Journal of Eating Disorders

John Wiley & Sons, Inc.

605 Third Avenue

New York, NY 10158

USA

European Eating Disorders Review

John Wiley & Sons Limited

Baffins Lane, Chichester

West Sussex

England

Eating Disorders

The Journal of Treatment and Prevention

Brunner/Mazel Publishers

19 Union Square West

New York, NY 10003

USA

Eating and Weight Disorders

Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity

Editrice Kurtis, S.r.l.

Via Luigi Zoja, 30

20153 Milano

Italia

ДИАГНОСТИКА

ICD-10

НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ

Для надежной постановки диагноза необходимы следующие условия:

- Вес тела как минимум на 15% меньше нормы (из-за потери или недостаточного набора веса) или же ИМТ составляет 17,5% и ниже. Предпубертатные пациенты могут демонстрировать неспособность набирать вес, необходимый для нормального роста.
- Потеря веса вызывается искусственно за счет избегания «толстящей» еды. Могут также присутствовать один или

несколько следующих признаков: искусственно вызываемая рвота и прием слабительных, чрезмерные тренировки, прием средств, снижающих аппетит, и диуретиков.

- Искаженное восприятие тела в форме специфической психопатологии, когда боязнь избыточного веса принимает форму навязчивой идеи и пациент сам устанавливает себе нижнюю границу набора веса.

Комплексное заболевание эндокринной системы, которое затрагивает ось гипоталамус — гипофиз — яич(ни)ки, присутствует у женщин с аменореей и у мужчин при потере сексуального интереса и потенции. (Явное исключение составляют продолжительные вагинальные кровотечения у женщин с анорексией, проходящих гормонозамещающую терапию, как правило, в форме приема противозачаточных таблеток.) Кроме того, могут наблюдаться повышенные показатели гормонов роста и кортизола, изменения в периферийном метаболизме тиреоидных гормонов и абнормальная секреция инсулина.

- Если заболевание началось в предпубертатный период, наблюдаются задержки пубертатного развития (остановка роста, которая у девушек проявляется в отсутствии развития груди и первичной аменорее, а у юношей — в приостановке нормального развития гениталий). При излечении пубертат часто проходит нормально, однако первая менструация наступает поздно.

АТИПИЧНАЯ НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ

В эту категорию попадают индивиды, у которых отсутствует один или несколько основных признаков нервной анорексии, таких как аменорея или значительная потеря веса, однако они иным образом демонстрируют довольно типичную клиническую картину. Этих пациентов, как правило, можно встретить в психиатрических отделениях соматических больниц или в службах первой линии медицинской помощи. Людей, которые имеют все ключевые симптомы, но лишь в умеренной степени,

также лучше всего определять именно в эту категорию. Данное обозначение не следует применять к пищевым расстройствам, напоминающим нервную анорексию, но вызванным диагностированным соматическим заболеванием.

НЕРВНАЯ БУЛИМИЯ

Для надежной постановки диагноза необходимы следующие условия:

- Длительная озабоченность едой и непреодолимое влечение к еде; у пациента случаются эпизоды переедания, когда он поглощает еду в большом количестве за короткий период времени.
- Пациент пытается устранить «толстящий» эффект еды одним или несколькими из следующих способов: искусственно вызываемая рвота, злоупотребление слабительными препаратами, периодическое голодание, прием препаратов, снижающих аппетит, тиреоидных препаратов или диуретиков. Если булимией страдают пациенты с диабетом, они могут пренебрегать инсулинотерапией.
- Психопатология состоит в болезненном страхе перед избыточным весом, и пациент устанавливает для себя четкую нижнюю границу веса, которая находится гораздо ниже преморбидного веса, который, по мнению врача, является оптимальным или здоровым. Часто, но не всегда в истории болезни присутствует эпизод нервной анорексии, который мог произойти несколькими месяцами или годами ранее. Этот эпизод мог как проявиться в качестве полноценной картины болезни, так и иметь более легкую, скрытую форму с умеренной потерей веса и временной аменореей.

АТИПИЧНАЯ НЕРВНАЯ БУЛИМИЯ

Данное обозначение применяется к пациентам, у которых не наблюдается одного или нескольких названных симптомов

нервной булимии, однако они иным образом демонстрируют довольно типичную клиническую картину. Как правило, это относится к людям с нормальным весом или небольшим избыточным весом, у которых наблюдаются типичные периоды переедания, за которыми следует очищение путем рвоты или приема слабительных. Также бывают частичные синдромы в сочетании с депрессивными симптомами, однако если симптомы депрессии подразумевают наличие депрессивного расстройства, необходимо поставить два отдельных диагноза.

DSM-IV

НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ

А. Пациент отказывается поддерживать вес на уровне минимальной нормы для его возраста и роста или выше (например, потеря веса доходит до показателей менее 85% от ожидаемой нормы; или же пациент не в состоянии набрать вес до нормы, необходимой для его фазы развития, что приводит к показателям менее 85% от ожидаемой нормы).

Б. Сильный страх набрать вес или растолстеть, несмотря на недостаток веса.

В. Искаженное восприятие веса и формы тела, неадекватное влияние веса и формы тела на самооценку или отрицание серьезности нынешней потери веса.

Г. У женщин в постменструальный период: аменорея, отсутствие как минимум трех последовательных циклов менструации. (У женщины диагностируется аменорея, если менструация наступает только после гормонального лечения, например эстрогенотерапии.)

Уточните форму:

Рестриктивная форма: В течение актуального эпизода нервной анорексии человек не имел регулярных пищевых «оргий» или не занимался очищением (искусственным вызыванием рвоты или

злоупотреблением слабительными средствами, диуретиками или клизмами).

Булимическая форма: В течение актуального эпизода нервной анорексии человек регулярно устраивал пищевые «оргии» или занимался очищением (искусственным вызыванием рвоты или злоупотреблением слабительными средствами, диуретиками или клизмами).

НЕРВНАЯ БУЛИМИЯ

А. Повторяющиеся эпизоды неконтролируемого переедания. Для таких эпизодов характерны следующие признаки:

1. Быстрое поглощение такого количества еды в ограниченный промежуток времени (например, в течение двух часов), которое явно превышает то количество, которое большинство людей способно съесть в течение того же времени и при сходных обстоятельствах.
2. Чувство потери контроля над потреблением пищи во время эпизода (например, ощущение, что не можешь прекратить есть или не можешь контролировать, что и в каком количестве ты ешь).

Б. Повторяющееся нецелесообразное компенсаторное поведение, призванное предотвратить набор веса, такое как искусственно вызываемая рвота, злоупотребление слабительными средствами, диуретиками, клизмами и прочими препаратами, посты или чрезмерная физическая активность.

В. Как пищевые «оргии», так и нецелесообразное компенсаторное поведение имеют место по меньшей мере два раза в неделю в течение трех месяцев.

Г. На самооценку очень сильно влияют вес и форма тела.

Д. Расстройство проявляется не только во время эпизодов нервной анорексии.

Уточните форму:

С искусственным очищением: В ходе актуального эпизода нервной булимии пациент регулярно вызывал у себя рвоту или

злоупотреблял слабительными средствами, диуретиками или клизмами.

Без искусственного очищения: В ходе актуального эпизода нервной булимии пациент прибегал к иным формам компенсаторного поведения, таким как посты или чрезмерная физическая активность, но при этом не вызывал у себя рвоту и не злоупотреблял слабительными средствами, диуретиками или клизмами.

ПЕРЕЕДАНИЕ – Binge Eating Disorder

А. Повторяющиеся эпизоды переедания. Под перееданием подразумевается:

- 1) потребление пищи в течение ограниченного периода времени, когда количество пищи превышает предполагаемую норму; при этом особенно важно обращать внимание на то, сколько времени прошло после предыдущего приема пищи, а также учитывать социальный контекст, в котором происходит прием пищи;
- 2) чувство потери контроля над приемом пищи в этот ограниченный период времени, когда у человека возникает ощущение, что он не может остановиться или отрегулировать количество потребляемой пищи.

Б. По меньшей мере три из следующих шести признаков потери контроля:

- 1) человек ест быстрее, чем обычно;
- 2) ест до неприятного чувства перенасыщения;
- 3) поглощает еду в большом количестве, не испытывая физического чувства голода;
- 4) ест много в течение дня, не планируя прием пищи на определенное время;
- 5) ест в одиночестве, поскольку беспокоится из-за количества потребляемой пищи;
- 6) испытывает чувство вины, отвращения или подавленности после переедания.

В. Явные признаки стресса в связи с перееданием или в связи с попытками контролировать прием пищи.

Г. Переедание происходит в среднем два раза в неделю в течение полугода.

Д. Не соблюдаются критерии для нервной булимии, не происходит злоупотребления медикаментами с целью предотвращения набора веса.

ПРИМЕРЫ РАЦИОНОВ

РАЦИОН ОК. 1000 ККАЛ (4,2 МДж)

Завтрак

1 бутерброд с мясной нарезкой 100
1 стакан (150 мл) нежирного молока 65
1 стаканчик (100 мл) сока 50
5 мл рыбьего жира 45

Полдник

1,5 бутерброда с мясной нарезкой 165
250 мл сока (1 упаковка) 125

Обед

1 картофелина размером с яйцо 65
1 котлета 100
немного овощей, ок. 2 ст. л. зеленого салата 20
соус (4 ст. л. мясного / 2 ст. л. сливочного) 20
1 фрукт 50

Ужин

1 бутерброд с мясной нарезкой 100
1 стакан нежирного молока 65

Всего 990 ккал

РАЦИОН ОК. 1500 ККАЛ (6,3 МДж)

Завтрак

2 бутерброда с маргарином и мясной нарезкой 300

1 стакан нежирного молока 65
5 мл рыбьего жира 45

Полдник

2 бутерброда с маргарином и мясной нарезкой 300
250 мл сока (1 упаковка) 125

Обед

1,5 картофелины 100
1,5 котлеты или большой кусок рыбы 150
немного овощей, около 2 ст. л. 20
соус (4 ст. л. мясного / 2 ст. л. сливочного) 20
1 фрукт 50

Ужин

2 бутерброда с маргарином и мясной нарезкой 300
1 стакан нежирного молока 65

Всего 1540 ккал

РАЦИОН ОК. 2000 ККАЛ (8,5 МДж)

Завтрак

2 бутерброда с маргарином и мясной нарезкой 300
1 стакан гомогенизированного молока 95
5 мл рыбьего жира 45

Полдник

2 бутерброда с маргарином и мясной нарезкой 300
250 мл сока (1 упаковка) 125
1 фрукт 50

Перекус

1 хлебец с маргарином и мясной нарезкой
или 100 мл мороженого 100
1 стакан гомогенизированного молока 95

Обед

2 картофелины размером с яйцо 135
2 котлеты, 2 куса рыбы 200
1 морковка или 3 ст. л. овощной смеси 30

соус (4 ст. л. мясного / 2 ст. л. сливочного) 20
1 стакан сока 75

Ужин

2 бутерброда с маргарином и мясной нарезкой 300
1 стакан гомогенизированного молока 95
1 фрукт 50

Всего 2015 ккал

ВРЕМЯ	КОЛИЧЕСТВО И ТИП ПИЩИ	Питательные вещества				В ОДИНОЧКУ ИЛИ С КЕМ-ТО	МЫСЛИ И ЧУВСТВА
		Пе	Рв	Сл	Др		
ЖУРНАЛ САМОНАБЛЮДЕНИЯ							

Пе - переживание Рв - работа Сл - стабилизирующие средства
Др - другое, например физическая активность для снятия напряжения

БЛАГОДАРНОСТИ

Прежде всего я бы хотел поблагодарить своих пациентов.

Кроме того, я благодарен друзьям и коллегам, которые помогали мне вдохновением, советами и замечаниями. Это касается, среди прочих, Эльзы Маргреты Берг, Юрун Сюннгот-Борген, Яна Х. Русенвинге, Пера Юхана Исдаля, Ханса Петера Фюндингсруда, Бьёрна Дюмбе, Эрленда Стандаля, Симона Вилкинсона, Бенты Энг, Кари-Брит Тюне-Ларсен и Нины Элизабет Вестер. Кристин Остерхолт оказала мне эффективную и дружелюбную помощь в работе в библиотеке Центра детской и подростковой психиатрии.

Благодарю Норвежский центр дистанционного образования и лично Фриду Т. Люсклетт и Эллен Гард, а также всю проектную

группу по пищевым расстройствам. Благодаря инициативе и финансовой помощи Центра эта книга теперь является частью информационной кампании по повышению осведомленности о пищевых расстройствах.

Мой редактор Сирикит Локерт из издательства «Аскехауг» активно работала вместе со мной над этой книгой, и наше сотрудничество было действительно очень приятным благодаря ее метким замечаниям, энтузиазму и основательному подходу. Также благодарю Айну Гриффит, которая выполнила мое основное требование к графическому оформлению издания — чтобы смысл текста легче усваивался, он должен прежде всего хорошо восприниматься визуально.

ПРИМЕЧАНИЯ

ЧАСТЬ 1

ЧТО ТАКОЕ РАССТРОЙСТВО ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ?

¹ Lavik N. J., Clausen S. E. & Pedersen W. (1991). *Eating Behaviour, Drug Use, Psychopathology and Parental Bonding in Adolescents in Norway*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 84: 387–390.

² Русенвинге Й. Х. Внутренняя служебная записка.

³ Spitzer R. L., Devlin M. J., Walsh B. T., Hasin D., Wing R., Marcus M. D., Stunkard A. J., Wadden T., Yanovski S., Agras S., Mitchell J. and Nonas C. (1992). *Binge eating disorder: A multisite field trial for the diagnostic criteria*. International Journal of Eating Disorders, 11, 191–203. Spitzer R. L., Yanovski S., Wadden T., Wing R., Marcus M. D., Stunkard A. J., Devlin, M.J., Mitchell J., Hasin D. and Horne R. (1993). *Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study*. International Journal of Eating Disorders, 13, 137–153.

⁴ Mitchell J. E., Pyle R. L., Specker S. and Hanson K. (1991). Eating disorders and chemical dependency. I Yager J. et al. (ed.): *Special problems in managing eating disorders*. Washington D. C.: American Psychiatric Press.

⁵ Нильсен, личное сообщение на основе его докторской диссертации.

⁶ Mitchell J. E., Pyle R. L., Eckert E. D. et al. (1990): *Bulimia nervosa in overweight individuals*. Journal of Nervous and Mental Disease, 178: 324–327.

⁷ Brownell K. D., Rodin J. & Wilmore (1992). *Eating, Body Weight and Performance in Athletes*. Philadelphia: Lea & Febiger.

⁸ Sundgot-Borgen J. (1999). *Prevalence of eating disorders in male and female elite athletes*. Medicine & Science in Sport & Exercise, Vol. 31. N° 5. P. 297

⁹ Шведское издание, с. 87. Брёггер С. (1986). *Драгоценный шепот*. Копенгаген, Родос. Отрывок.

ЧАСТЬ 2

ВРАЧАМ: НЕ НАВРЕДИ

¹ Dare C., Eisler M., Colahan C., Crowther R. Sr. og Asen E.: (1995). *The listening heart and the chi square: Clinical and empirical perceptions in the family therapy of anorexia nervosa*. Journal of Family Therapy, 17, 31–58.

² Beary M. D. et al. (1986). *Alcoholism and eating disorder in women of fertile age*. British Journal of Addiction, 81, 685–689.

³ Mitchell J. E., Pyle R. L., Specker S. & Hanson K. (1991). Eating disorders and chemical dependency. I: Yalger J. et al (ed.). *Special problems in managing eating disorders*. Washington D. C.: American Psychiatric Press.

¹ Последний пересмотр — версия LOV-2019-06-21-48 от 01.10.2020. — Прим. пер.

² В Норвегии существует обычай есть сладкое по субботам, ограничивая себя и детей в остальные дни. Есть даже отдельное понятие *lørdagsgodt, lørdagsgodteri*: «субботние сладости». — Прим. пер.

Какое тело?

Говорят об одержимости телом. Но каким именно телом? Ведь тел существует несколько. Человек, страдающий пищевым расстройством, не так сильно озабочен живым телом — тем, которое он ощущает в движении, ритме, эротических переживаниях, расслаблении. Это субъективное тело. Расстройства пищевого поведения — это прежде всего одержимость телом инструментальным: это

овеществленное тело, которое переделывается и перекраивается, чтобы стать другим. Это не то тело, которое дает ощущение самооценности, а то, на которое человек смотрит со стороны. Это идеальное, утопическое тело, которое видят в зеркале, взвешивают, измеряют в числовых показателях, тренируют. Это тело-объект, находящийся в поле взгляда.

Гамсуновское ощущение

Скорбь моя прошла, ее заглушил голод; теперь я ощущал в себе приятную пустоту, ничто меня не тревожило, и я радовался своему одиночеству. Я забрался на скамейку с ногами и прилег — так удобнее всего было наслаждаться уединением. Ни единое облачко не омрачало мою душу, у меня не было тягостных чувств, и мне казалось, что сбылись все мои мечты и желания. Я лежал с открытыми глазами, словно отрешившись от самого себя, мысленно уносясь в блаженные дали.

...

От голода мною овладело ликующее безумие: боль надо мной не властна, мысль не знает удержу.

...

От голода я словно охмелел и был как пьяный.

Кнут Гамсун. Голод (1890).

Пер. Юргиса Балтрушайтиса (1970).

Границы

Понятие границ постоянно возникает в дискуссиях о взрослении и воспитании. Чтобы не заикливаться на самом этом слове и не попадать в тупиковые ситуации, защищая или отвергая это понятие, имеет смысл выразить его по-другому. Граница как место встречи. Граница как идентичность. Граница как проявление четкости. Да, в выстраивании границ мы часто перебарщиваем, но слишком слабые границы — это тоже плохо. Человек может запутаться и перестать понимать, от чего ему хуже.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

Алекситимия 30

Алкогольная зависимость 45–46, 54, 72–73, 89, 92, 98, 254, 260, 262, 267–268, 285, 321

Альтруизм 208

Аменорея 347–350

Амфетамин 268

Анемия 80, 245
Анорексия 310, 313–316, 322, 347–348
Антидепрессанты 194–195, 200, 231, 254
Аппарат пищеварения 181
Артроз 81
Аффекты 30, 49, 59, 66
Аффективная настройка 66–67

Б

Баланс жидкостей 76
Белые кровяные тельца 80
Бензодиазепины 254
Бесплодие 75, 250
Бессилие 41, 46, 303
Беременность 102, 198, 213, 245, 252–255, 263, 340
Бёрресен, Руни 241, 343
Биология 13, 62–63, 102, 111–112, 169
Близость 40, 47, 54–56, 65, 92, 156, 167, 261, 273, 285, 289, 296
Болезни желчевыводящих путей 81, 83
Болезни сердечно-сосудистой системы 76–77, 81, 83
Болезнь Аддисона 181
«Болезнь докторских дочек» 87
Болезнь Кушинга 182
Болезнь Симмондса 181
Боли в желудке 25, 78
Боли в суставах 81, 83
Больница
– детские отделения 225, 325, 331
– лечение 191–198
– дневной стационар 219–227, 330
– подготовительные меры 119, 218

– терапевтические отделения 323, 331

Больницы 146, 217–218

Брайант-Во, Рейчел 309

Братья и сестры 95, 303

Брёггер, Сюзанна 107, 360

Булимия 182, 280

Бюль, Шарлотта 53

В

Вентрикулярный зонд 187

Вес при родах 79, 81

Взвешивание 122, 173–175, 177–178, 189, 218, 278

Виды спорта с весовыми категориями 99

Витамин А 170

Витамин D 79

Витамин К 80

Внутривенное лечение 188, 229

ВОЗ, см. Всемирная организация здравоохранения

Волосы 170–172, 245

Врач-терапевт 93, 119, 126, 131, 133, 135, 142–143, 199, 201, 204

Врачи частной практики 215

Врожденный алкогольный синдром 254

Всемирная организация здравоохранения, ВОЗ 17

Выкидыш 253

Выстраивание границ 43

Г

Гамсун, Кнут 45, 74

Гастроэнтеральные болезни 350

Генетика 63, 91, 183

Гингивит 231

Гипергликемия 256
Гиперкалиемия 197
Гиперемесис 253
Гипноз 71–72, 116, 167
Гипокалиемия 76–77, 196, 217
Гипоталамус 347
Гипотиреоз 182
Гипофиз 347
– отказ 181
– опухоль 179
Гликозурия 256
Гликозилированный гемоглобин 257
Головная боль 26, 32, 74, 82, 171
Головокружение 25, 44, 82
Голод 20–21, 24–25, 281, 289, 296, 352
Голодные отеки 171
Гормоны 78, 157
Гормональная терапия 197, 296, 350
Госпитализация
– подготовительные меры 218
– терапевтическое отделение 216, 223
– педиатрическое отделение, см. Детское отделение
– психиатрическое отделение 216
– специализированные услуги 216, 225, 226
– больница 217–218, 220, 225–228, 266
– подростковое психиатрическое отделение 330, 331
– принудительная госпитализация 218, 228–229
Группа поддержки женщин с пищевыми расстройствами, IKS 332–333, 340
Групповая терапия 116, 208–211

Д

Деменция 75, 225

Депрессия 83, 91–92, 182, 194–196, 231, 246–247, 349

Десны 80, 171–172, 231

Дети, пищевое поведение 245–248

Детская анорексия 85, 144, 246

Детская и подростковая психиатрия 214, 222, 225

Детское отделение 225

Дефицит железа 80

Диабет, сахарный диабет 81, 83, 256–258

Диагностика 17, 347–352

Диссоциация 71–73

Диссоциативные расстройства 71–72, 263

Диуретики 347–348, 350–351

Дифференциальная диагностика 181–183

Дневной стационар 226–227

Дневник 274

Друзья 274, 276, 278, 291, 298, 304, 306, 317

Е

Енсен, Анна Б. 105

Ж

Жане, Пьер 71

Желудочно-кишечный тракт 76

Журнал (дневник) 152, 154, 225, 274, 356

З

Заболевания кишечника 78, 181

Закон о защите психического здоровья 218, 228–229

Закон о принудительной госпитализации 228–229

Зависимость 46
Замедление роста 75
Запор 76, 78, 80, 171
Затрудненное дыхание 82
Зимняя депрессия 182
Злоупотребление веществами 200, 260, 262, 267
Знакомство:
– с собой 274–275, 286
– с другими 290–291
Зондовое питание 186–187
Зоны риска 88
Зрение 256
Зубная эмаль 232

И

Идеалы красоты 13, 31, 34, 249
Идеалы худобы 58
Идея фикс 71
Избегание конфликта 135
Импотенция 82–83
Иммунный аппарат 80
Индекс массы тела, ИМТ 176, 217
Индивидуализация 110
Индивидуация 69
Инфекция 83, 182
Инфекции мочевыводящих путей 77
Инсулинозависимый сахарный диабет (ИСД), 256–258, см. Диабет
ИСД, см. Диабет
Истерия 102, 259

К

Калий 179

Кальций 79, 190

Кариес 230

Катарсис 209

Каротинемия

Клиническое исследование 169–180

Когниция 70

Когнитивно-поведенческая терапия, КПТ 69, 165–166

Когнитивная теория 166

Когнитивные функции 75

Кожа 170

Контроль 12–13, 20–21, 27–29, 155, 184, 256–257, 261

– потеря контроля 20–21, 28, 265, 350–351

Кости

– здоровье костей 79, 80

– хрупкость костей 79

– плотность костной ткани 79, 100

– измерение плотности 150

Кровь

– анализы крови 178–179

– циркуляция 26

– сахар 256–257

– давление 74, 81, 170, 217, 256

Коликообразные боли 196

Консультативная группа по пищевым расстройствам 334, 340

Консультирование и сопровождение 213

Контрольная комиссия 229

Кризис выздоровления 155

КТ

- церебральная 179
- коронарная 179

Л

Лануго, пухообразный волосяной покров 82, 170, 172

Ласк, Брайан 309

Лейкопения 80

Либи́до, см. Сексуальность

Личность 66, 90–91

- компульсивная 90, 323
- ригидная 90

Личностное/-ая/-ые

- диагностика 260
- расстройства 259–260
- расстройства, пограничные 259–260
- структуры 67, 259
- черты 91, 260

М

Матка 171

Медикаменты 194–200, 267

Медикаментозное лечение 254

Медицинская служба 213

Медсестра 213

Междисциплинарность 134

Менопауза 79, 102

Менархе 169

Менструация 18, 78, 82–83, 100, 164

- нарушения цикла 82–83, 100

Метаболизм 74, 102, 170

МКБ-10 (то же, что и ICD-10), см. ICD

Моббинг 59, 93, 250
Модель зависимости 72–73
Мотивация 120, 136–137
Мочевыводящие пути 76
Мочегонные средства, см. Диуретики
Мужчины 85, 99, 249–251
Мультиимпульсная булимия 217, 260
Муниципальные группы по вопросам питания и здоровья 336
Мышечное напряжение 77, 171
Мышцы 139, 171

Н

Наркомания 45–46, 86
Нарциссическое расстройство личности 260
Нарушение баланса электролитов 76–77, 89, 231
Насилие 261–263
– физическое 88
– сексуальное 88
Налет 231
Неинсулинозависимый диабет, см. Диабет
Недоедание 171–172, 200, 246
Нейротрансмиттеры 63
Нейрогормоны 63
Нейролептики 194–195
Неправильное питание 134, 231, 260
Неправильный режим питания 93
– при анорексии 220–221
– при булимии 221–222
Непереносимость глюкозы 76
Нервы 76
Нервная система 75

Несахарный диабет 76

Норвежский союз пищевых расстройств 337–338

О

Обезвоживание 217, 231

«Открытое тело» 103

Общескандинавское объединение по пищевым расстройствам 337

Обсессивно-компульсивный синдром, ОКР (OCD) 182

ОКР, компульсивные расстройства 20–21, 165, 182, 221, 323

Опьянение 44–45

– зависимость 72–73, 86, 267

Оральный кандидоз 231

Орбах, Сюзи 162

Остеопения 79

Остеопороз 79–80

Опухоль 170

Опухоль мозга 182

Отклонения в поведении 182

Отсутствие стыда 51

П

Паттерны мышления 287, 291,

– автоматизированные 166

– дисфункциональные 257

Парентеральное питание 188

Пациент-«паинька» 135

Перенос 54, 132

Печень 78, 181

«Пищевая свинка» (nutrition mumps) 231

Почки 76

Предпубертатная анорексия 85

Препараты для лечения нервной системы 194

Пролежни 172

Психолого-педагогическая консультативная служба 214

Педиатрическое отделение 216, 225, 227

Переедание 143, 158, 182–183, 188, 195, 222, 248, 280, 326, 351–352

Перекусы (snacking) 111

Перекусы, частое потребление еды мелкими порциями 111

Периодонтальные повреждения 231

Перфекционизм 34

Питание 186–187

- анамнез питания 150, 169
- диетотерапия 144, 184–190
- планы питания 145, 188–190, 220, 282, 323–324
- рекомендации по питанию 188

Пища

- пищевая фобия 247
- прием пищи 324, 351
- пищевые привычки 111, 126, 248, 315

Пищевые расстройства

- биология 62, 102
- диагностика 17, 347–352
- дифференциальная диагностика 181–183
- факторы предрасположенности 90–94
- примеры 319
- профилактика 238–241
- частотность 95
- разница между 142–163
- основные формы 15–16
- телесные симптомы и последствия 74–83
- статистика 72, 249

- подходы 311–312
- усугубляющие факторы 95
- симптомы, ранние 23–26
- физические 25
- настроение/поведение в отношении еды 25

Побочные эффекты на сексуальную жизнь 200

Поведенческая терапия, см. Когнитивно-поведенческая терапия

Повреждения десен 231

Повреждения зубов 230–231

Пограничное расстройство личности 259–260

Поджелудочная железа 161

Подкожный жир 172

Половые гормоны 78

- гендерная идентичность 280

Повреждения

- телесные 74–75
- периодонтальные 231

«Послушный ребенок» 28, 65

«Покинутый ребенок» 128

Похудение 93, 95, 278, 289, 316, 326

Продукты для похудения 94, 240, 317

ППС, психолого-педагогическая служба 214

Препараты кишечные 196

Препараты, снижающие тревожность 194

Принудительное кормление 229

Принудительная госпитализация 218, 228

Промискуитет 34, 260, см. также Отсутствие стыда

Проблемы со сном 25

Простата 81

Противозачаточные таблетки 149, 199

Профилактика 136, 238–241
Психиатрическая больница/отделение 178, 214, 216
Психиатрические поликлиники 214–215
Психические заболевания 63
Психоанализ 163–166
Психобиология 62–63
Психодинамика 23
Психодинамическая психотерапия 164
Психология голодания 75
Психология самости 64
Психофармакология 194
Психическое расщепление 71
Психомоторная физиотерапия 166
Психотерапия 164–168
Психотерапия телесно-ориентированная 166
Психотические бредовые идеи 182
Пубертат 226, 240, 246, 248, 347–348
Пульс 74, 76, 82, 170, 172, 185

Р

Разговор 126–135
Рак 66, 73, 151
Ранняя анорексия (early onset anorexia) 226
– ребенок-переросток 128
– лечение разговором 127
– техника разговора 312–313
Рентген 180
Рецидив 132, 136, 294
Родители 303, 309, 316–317
Роды 252–255

- трудные 253
- преждевременные 253
- Роль матери 253–254
- Ротовая полость 80
- Руминация, у детей 245–246
- Рост «вдогонку» 79
- Рост замедленный
- Руки, ладони 170

С

- Самопомощь 242–243
- Самость
 - самоотчуждение 47
 - саморазрушение 47
 - самоистощение 47
 - презрение к себе 28, 49, 50
 - самоуничижение 50
 - самоощущение 12
 - самопомощь 242–243
 - организации самопомощи 45, 332–336
 - самоконтроль 110, 256
 - самомутиляция, см. Самоповреждение
 - самореализация 27, 87, 110
 - саморефлексия 137
 - самоповреждение 264–266
 - самоограничение 62
- Сахарный диабет, см. Диабет
- Свен, Карин 22
- Сезонное аффективное расстройство (SAD) 182
- Сексуальное насилие, см. Насилие

Сексуальность 284–285

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС, SSRI) 195, 199

Слизистая оболочка 231

Слюнные железы 230–231

Социальная изоляция 47–48

Спонтанное выздоровление 88, 245

Стандартизированные коэффициенты смертности, SMR 89

Семья

- семейные отношения 92
- семейная карта 291
- семейный конфликт 209, 216
- семейная терапия 164–165, 207
- работа с родственниками 203–207

Серотонин 63, 195

Синдром возобновленного кормления (refeeding syndrome) 186

Синдром Пиквика 66

Синдром Прадера — Вилли 183

Скелетный возраст 180

Слабительные средства 196

Службы второй линии медицинской помощи 330

Службы первой линии 330

Службы третьей линии 331

Смертность 89

СПИД/ВИЧ 182

Соревновательные виды спорта, см. Спорт

Спорт

- спорт высших достижений 78, 88, 97, 234, 236
- спортивная медицина 233–237
- спортсмены 101, 234

Стоматолог 230–232

Стопы, ступни 26

Стыд 49–51

Суицидальные тенденции, см. Суицид

Суицид

- опасность 34, 210, 213, 265

- попытки 89

Супруг/-а 304, 306

Сывороточные маркеры 196

Сюннгот-Борген, Юрунн 97

Т

Тело

- образ тела 253

- язык тела 37, 106

- комментарии о теле 40, 97

- конкретная речь тела 13, 31

- сосредоточенность на теле 174, 241

- телесно-ориентированная психотерапия 60, 166

- телесные симптомы и последствия 74–83

- недовольство своим телом 110, 241

- методы измерения 60

- температура тела 26, 170

- телесная терапия 167, 209

Тело отца, отцовство 71

Тошнота 76, 253

Теория аффектов 66–68

Теория систем 68

Терапевтический контракт 220

Терапевтические отделения 331

Терапевтические

- модели 202
- традиции 164–168

Терапия

- установка/профилактика 8, 126, 287
- телесно-ориентированная 60, 166
- педагогическая (психообразовательная) 209
- психодинамическая 164

Терапия выразительными искусстваами 116, 168

Терапия средой 219

Тело матери, материнство 71

Требовательность 91

Тиреоидные препараты 348

Тиреотоксикоз 181

Травмы 93–94

Триангуляция 69

Тяга к углеводам 182

У

Углеводы 81, 182, 246, 256

Упражнения 277, 279

- дневник 274
- семейная карта 291
- мой друг и враг 38–48
- «качели» 138

Ф

Феминизм 70

Физиотерапия 60

Физиотерапия, психомоторная 166

Физическая активность 191–193

Финансы 208, 232, 317, 332, 358

Финансовая поддержка при повреждении зубов 232

Фонд психиатрического просвещения 339

Фрагментация 106

Фрейд, Зигмунд 63

Ц

ЦВК, см. Центральный венозный катетер

Центральный венозный катетер 188

Цифровые инструменты 190

Ч

Чувства 13, 15, 36–37

Ш

Шкала Апгар 253

Школа 214, 239

Щ

Щеки 170

Э

Экспрессивные формы терапии 168

Экстази 268

Эмпатия 64–66, 124, 177, 307

Эндорфины 63

Эндокринное заболевание 347

Эстетические виды спорта 99

ЭКГ 76–77, 178–179

Эзофагит 78

Эстроген 79–80

Эстрогенотерапия 197

Ю

Юридическое принуждение 228–229

Я

Яич(ни)ки 180, 347

А

Allopam 254

С

Ceolat 196

Д

DSM (диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам) 17, 59,

DSM–IV 18, 21, 59, 349

Ф

Fluoxetin 196

Fontex 196

І

ICD-10 17, 21, 347–348

М

Minifom 196

Н

Nycoflox 196

О

Orlistat (Xenical) 198

Р

Pica 226, 245

S

Siloxan 196

SMR, см. Стандартизированные коэффициенты смертности

Sobril 254

Stesolid 254

T

Trisekvens 197

V

Valium 254

Vival 254

X

Xenical 198



www.primel.ru

-  Реализация ЕРС-проектов «под ключ», в т.ч. в сложных климатических условиях
-  Сервисное обслуживание, модернизация, ремонт действующих нефтегазовых объектов
-  Производство и монтаж сложного оборудования для нефтегазовой отрасли (локализация производства)

На правах рекламы

 50+ Инженерно-технические работники / руководители проектов	 300+ Разнорабочие и обслуживающий персонал	 25 000+ кв.м площадь цехов	 ISO Сертификация оборудования ISO, NORSOK, ASME, DNV GL
---	--	--	---

Финн Скордеруд

СИЛА/СЛАБОСТЬ

Справочник по расстройствам пищевого поведения

Выпускающий редактор *М. Маряшина*

Редактор *В. Чагина*

Корректор *Е. Полукеева*

Дизайн обложки *И. Викторов*

Компьютерная верстка *С. Новиков*

На обложке использованы иллюстрации:

TairA / www.shutterstock.com

Используется по лицензии от www.shutterstock.com

16+

Подписано в печать 15.12.2021. Формат 60×90/16

Печ. л. 23,5. Тираж 1000 экз. Заказ ???.

«Издательский дом “Городец”»

105082, г. Москва, Переведеновский пер., д. 17, к. 1

www.gorodets.ru, e-mail: info@gorodets.ru

тел.: +7 (985) 8000 366

Отпечатано в АО

«Первая Образцовая типография».

Филиал «Чеховский Печатный Двор».

142300, Московская область, г. Чехов, ул. Полиграфистов, д. 1

www.chpd.ru, тел. +7 (499) 270-73-59

СИЛА/СЛАБОСТЬ

СПРАВОЧНИК ПО РАССТРОЙСТВАМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Финн Скордеруд

