

Содержание

Предупреждение о содержании книги	19
Заявление об ограничении ответственности	20
Об авторах	22
Благодарности	25
Коллин	25
Дженнифер	26
Введение	27
История Коллин	29
История Дженнифер	36
Глава 1. Я просто на диете?	43
Заметки в дневнике	54
Глава 2. “Недостаточно больны”: разбираемся подробнее	57
Заметки в дневнике	65
Глава 3. Начало восстановления	67
Биопсихосоциальная модель	72
Заметки в дневнике	76
Глава 4. Измените свои мысли	77
Не нужно бояться калорий	77
Мантры для борьбы со страхами перед калориями	78
ВСЕ продукты можно	78
Все о тех самых макронутриентах	79
Смотрим в глаза страху перед “неприемлемой едой”	86
Заметки в дневнике	90

Глава 5. Все о чувствах	91
Поговорим об эмоциях	92
Эмоции важны	94
Заметки в дневнике	96
Глава 6. Переедание	99
Что мы понимаем под перееданием	99
Развенчиваем мифы	99
Выходим из тени	100
Факторы, провоцирующие переедание	101
Факторы, провоцирующие ваше переедание	103
Выздоровление от приступообразного переедания	103
Справляемся с эмоциями	107
Сострадание к себе	107
Заметки в дневнике	108
Глава 7. Здоровье в любом размере	109
ИМТ. Индекс измерения бреда	110
Теория точки равновесия	111
Ваш идеальный вес	112
Об исследовании	112
Стигматизация веса	113
Стигматизация веса в лечении расстройства пищевого поведения	115
Здоровье в любом размере	116
Заметки в дневнике	120
Глава 8. Относимся к полноте позитивно	121
Кейт Дэнси, <i>терапевт</i>	122
Шира Роуз Розенблют, <i>дипломированный специалист в области диет, терапевт</i>	128
Аарон Флорес, <i>диетолог, сертифицированный специалист в области доверия своему телу</i>	132
Кейтлин Андерле, <i>терапевт</i>	137

Глава 9. Травма	141
Заметка в дневнике	147
Несколько слов о сексуальной травме	147
Шаги для обретения силы	148
Заметка в дневнике	149
Глава 10. Орторексия	151
Разница между здоровым питанием и орторексией	154
О чем вам врет орторексия	155
Трудности излечения	156
Как выкарабкаться	157
Заметки в дневнике	160
Глава 11. Выходим из затруднительного положения	161
О чем вам врет РПП	163
Действенные способы выбраться	165
Вы заслуживаете большего	168
Заметка в дневнике	169
Глава 12. Близкие люди важны	171
Привыкаем просить о помощи	176
Если близкие по каким-то причинам раздражают вас	178
Заметка в дневнике	178
Глава 13. Образ тела	181
Заметки в дневнике	195
Глава 14. Угнетение спортом	197
Тревожные признаки нездоровых отношений с физическими нагрузками	197
Заметки в дневнике	210
Глава 15. Интуитивное питание	211
Заметки в дневнике	218
Декларация свободы от нарушенного пищевого поведения	218

Глава 16. Поиск смыслов	221
Упражнение	222
Перспектива 90 лет	222
Пять самых распространенных сожалений умирающих	223
Жизнь — боль	224
Ищем смыслы	224
Связь со смыслом и целью	225
Информационно-просветительская деятельность	227
Что в итоге	228
Заметки в дневнике	228
Глава 17. Подведем итоги	231
Список литературы	234

2 “Недостаточно больны”: разбираемся подробнее

Вы их видели. Знаем, что видели. Статьи в журнале *Glamour* о девушках с ограничительными расстройствами пищевого поведения, сопровождаемые их фотографиями (исхудавшие тела). Жизненный фильм о девушке с экстремально низким весом, страдавшей от анорексии и вступившей в единоборство со смертью; затем девушка чудесным образом взяла себя в руки и излечилась от расстройства пищевого поведения. Мы знаем, что вы их видели, потому что мы *все* (люди с расстройствами пищевого поведения — *примеч. ред.*) должны быть похожи на них. СМИ любят смаковать истории о людях с диагнозом анорексия, и это усиливает действительно тревожную тенденцию, когда все другие типы и формы расстройств пищевого поведения чаще всего не распознаются и не лечатся. Такое искаженное освещение в СМИ также способствует тому, что многие люди считают, будто они “недостаточно больны”, чтобы им можно было поставить диагноз РПП.

Дело в следующем: недостаточный вес — один из симптомов расстройства пищевого поведения. ОДИН ИЗ. И, что более важно, это симптом, отсутствующий у большинства людей с РПП. Именно так! Вы правильно прочитали. Большинство людей с расстройствами пищевого поведения никогда не попадают в категорию людей с недостаточным весом по ИМТ¹ (попутное замечание: ИМТ — абсолютная чушь, мы поговорим об этом позже).

Почему же этому одному симптому расстройства пищевого поведения уделяется так много внимания? Почему все верят, что если кто-то не похож на ходячий скелет, то он не болен по-настоящему?

Мы утверждаем, что наша культурная одержимость потерей веса порождает последующую одержимость анорексией с низким весом. Будем реалистами: как общество, мы *очарованы* худобой. Мы романтизируем истощение, потому что романтизируем контроль. Наш акцент

¹Индекс массы тела (ИМТ) — величина, позволяющая соотнести степень соответствия веса человека его росту и тем самым косвенно судить о том, является ли масса тела недостаточной, нормальной или избыточной. Используется при определении показаний к лечению. — *Примеч. перев.*

на принципе “упорнее/лучше/быстрее/сильнее” прославляет занятость, достижения и контроль. И анорексия рассматривается как само воплощение контроля [*Gard & Freeman, 1996*].

Мы не просто разглагольствуем. Не попробуешь — не узнаешь, как говорится. Подавляющее большинство исследований расстройств пищевого поведения сосредоточено на анорексии. Большинство стационарных пациентов с расстройствами пищевого поведения страдают анорексией. Во многих планах регулируемого медицинского обслуживания предусмотрено, что для получения страховки, покрывающей лечение, человек должен иметь низкую массу тела. Всю модель лечения расстройств пищевого поведения снесло потоком увлечения анорексией. И это не нормально [*Mulders-Jones & Mitchison, 2017*].

Как насчет людей, страдающих ограничительным поведением и никогда не терявших вес? Как быть с теми, кто страдает ограничительным поведением и продолжает жить в большом теле? Как быть с людьми, у которых основные симптомы расстройства пищевого поведения — приступы переедания, рвота или злоупотребление слабительными/мочегонным? Как быть с теми, кто борется с навязчивыми физическими нагрузками и выглядит “подтянутым” (что бы это ни значило), но не истощенным? Как насчет девушек, у которых никогда не прекращались месячные? Как насчет тех, кто никогда не терял вес, но попал в ловушку одержимости едой во имя “здоровья”?

Мы официально заявляем, что каждый, кто попадает в одну из этих категорий, страдает. Даже если у него не диагностировано расстройство пищевого поведения. И кстати, можем ли мы немного поразглагольствовать о системе диагностики РПП? Потому что она, простите наш французский, в некотором роде *xp*новая*.

Коллин

Скажу непопулярное: я действительно была *более* несчастна и подавлена (и, возможно, “более больна”) моим расстройством пищевого поведения, когда у меня не было дефицита массы тела. Именно так. Не поймите меня неправильно, времена, когда я была истощена, были отстойными. Это действительно так. Но люди вокруг беспокоились. Они спрашивали, все ли со мной в порядке. Врачи были добры и заботливы. Проще говоря, люди замечали, что мне

нужна помощь, и они мне ее оказывали. Но я поняла, что в те периоды, когда я возвращала прежний вес и так же сильно боролась с РПП ментально и эмоционально, ну, в те периоды я была более предоставлена сама себе. Большинство людей даже не думали о том, чтобы бросить мне спасательный круг. Казалось, если на моем теле не отражается тот факт, что я тону, то это никого не волнует и никто об этом не знает. Казалось, что недостаточный вес — единственный путь к “достаточно плохому” состоянию. Это чушь, потому что я страдала независимо от того, сколько весила. Вот почему в наши дни я много выступаю за то, чтобы мои клиенты были признаны “достаточно больными”. Я постоянно напоминаю людям: вы расстроены из-за своих отношений с едой и своим телом? Отлично. Вы больны. Мне плевать на то, что у вас нет “дефицита веса” по стандартам ИМТ. Вы больны. И вы тоже. Конец истории.

РАССУЖДЕНИЯ О ДИАГНОСТИКЕ ПИЩЕВОГО РАССТРОЙСТВА. В настоящее время для диагностики пищевых расстройств мы используем *Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам-5* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5, DSM-5). Это руководство разделяет диагнозы на анорексию, булимию, приступообразное переедание, а также содержит диагноз избегающего ограничительного расстройства приема пищи (ИОРПП)². Система классификации требует, чтобы люди соответствовали определенным критериям, чтобы получить право на диагноз каждого конкретного расстройства пищевого поведения.

Поговорим об анорексии. Для постановки человеку диагноза анорексия у него должны быть следующие признаки.

А. Постоянное ограничение потребления пищи, ведущее к значительному снижению массы тела (в контексте минимально ожидаемого для возраста, пола, темпа развития и физического здоровья).

²Избегающее/ограничительное расстройство приема пищи (ИОРПП) (англ. avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) — разновидность расстройства пищевого поведения, впервые было введено в *DSM-5*. Характеризуется сознательным отказом или ограничением потребления продуктов, когда человек руководствуется определенными критериями, такими как цвет пищи, размер, запах, вкус, текстура, прошлый негативный опыт и т.д. — *Примеч. перев.*

- Б. Сильный страх набрать вес или поправиться либо устойчивое поведение, препятствующее набору веса (даже если вес значительно снижен).
- В. Нарушение восприятия веса или формы своего тела, чрезмерное влияние формы тела и веса на самооценку, или стойкое отсутствие признания серьезности текущей низкой массы тела.

Американская психиатрическая ассоциация, 2013

Для постановки диагноза булимии необходимо наличие следующих признаков.

- А. Повторяющиеся эпизоды переедания.
- Б. Повторяющееся компенсаторное поведение (например, рвота, злоупотребление слабительными, мочегонными средствами, голодание или чрезмерные физические нагрузки).
- В. Приступы переедания и компенсаторного поведения происходят в среднем не реже одного раза в неделю в течение трех месяцев.
- Г. На самооценку неоправданно влияют форма и масса тела.

Американская психиатрическая ассоциация, 2013

Критерии для постановки диагноза компульсивного переедания.

- А. Повторяющиеся эпизоды переедания.
- Б. Приступы переедания происходят в среднем не реже одного раза в неделю в течение трех месяцев.

Американская психиатрическая ассоциация, 2013

Для диагностики избегающего/ограничительного расстройства приема пищи (это новое расстройство пищевого поведения, выявленное в последние несколько лет), критерии следующие.

- А. Стойкая неспособность удовлетворить соответствующие потребности в питании и/или энергии, связанная с одним (или более) из следующих признаков.
 1. Значительная потеря веса (или неспособность достичь ожидаемой прибавки в весе либо замедление роста у детей).
 2. Значительный дефицит веществ в питании.

3. Зависимость от энтерального питания или пероральных пищевых добавок.
 4. Заметное нарушение психосоциального функционирования.
- Б. Отсутствие доказательств нарушения восприятия веса или формы своего тела.

Американская психиатрическая ассоциация, 2013

Зачем мы это вам рассказываем? Чтобы показать, насколько узки и произвольны на самом деле эти категории. Например, когда речь идет о диагностике анорексии, что означает “значительное снижение массы тела”?

У людей разные объемы и формы тела. То, что будет значительно низкой массой для одного человека, может быть естественным размером для другого. Как выглядит значительно низкий вес, если человек просто более крупный? Такие критерии нелепы и субъективны. Исследования показывают, что у людей, демонстрирующих все остальные признаки анорексии, за исключением низкой массы тела, возникают такие же медицинские и психиатрические осложнения, как и у тех, кто полностью соответствует критериям анорексии [Golden & Mehler, 2020].

А как насчет булимии? Разве психологическое воздействие от приема пищи и вызова рвоты один раз в полторы недели намного меньше, чем от приема пищи и такого же разгрузочного дня раз в неделю? Почему мы видим только черное и белое?

DSM-5 пытается решить эту проблему с помощью категории “другие расстройства пищевого поведения и приема пищи” (иначе известные как ДРПП), которые, по сути, являются “всеобъемлющим” диагнозом расстройства питания. Это диагноз, свидетельствующий о том, что “у вас есть некоторые симптомы одного расстройства пищевого поведения и приема пищи, возможно, другие симптомы, но технически вы не подходите ни под одну из категорий”.

Дело в том, что другие расстройства пищевого поведения и приема пищи — один из самых распространенных диагнозов РПП. В связи с этим вопрос: если один из самых распространенных диагнозов расстройства пищевого поведения — это диагноз, при котором симптоматика клиентов не подходит ни под одно из известных заболеваний, может быть, вся система нуждается в капитальном ремонте?

Хорошая новость в том, что медицина все больше движется в сторону континуальной модели для обсуждения расстройств пищевого поведения. Это значит, что в будущем (возможно, в *DSM-6?*) может появиться один зонтичный диагноз расстройства пищевого поведения, что, по нашему скромному мнению, будет *гораздо лучше*.

Итак, суть нашей тирады о *DSM*, особенно в контексте этой главы, заключается в том, что диагнозы расстройства пищевого поведения не являются конечной целью, когда речь идет об осознании наличия проблемы. На самом деле, на протяжении всей книги, когда мы используем термин “расстройство пищевого поведения”, пожалуйста, знайте, что мы имеем в виду: *нарушение питания, мешающее качеству вашей жизни. Не важно, есть диагноз или нет.*

Если вы когда-нибудь думали, что “недостаточно больны” (для диагностирования РПП — *примеч. ред.*), утешьтесь тем, что не только вы так думаете. Можем честно сказать, что не встречали ни одного человека, страдающего от расстройства пищевого поведения, у которого не было бы такой мысли. Но в следующий раз, когда поймаете себя на подобном, помните: эта мысль говорит о том, что вы на самом деле “достаточно больны”, потому что это довольно нездоровая мысль. В конце концов, здоровые люди не стремятся быть больными.

Наиболее показательным фактором для любой проблемы психического здоровья является следующий: оказывает ли проблема негативное влияние на ваше социальное, эмоциональное или физическое благополучие? Итак, вот он — единственный нужный вам ответ: оказывают ли негативное воздействие на вашу жизнь ваши отношения с едой и/или телом? Если ответ положительный (а если вы читаете эту книгу, мы на 99,9% уверены, что это так), то поздравляем: вы достаточно больны.

Дженнифер

О господи, борьба с установкой “я недостаточно больна” — это то, что я переживала много раз в процессе выздоровления. Я не соответствовала представлениям о том, как, по моему мнению, “выглядит” человек с расстройством пищевого поведения. За время своего расстройства я сильно похудела, но поскольку не выглядела истощенной, люди не слишком беспокоились обо мне. Помню, как в самом начале я сказала подруге, что думаю, что у меня может быть проблема,

а она ответила: “Ты не выглядишь слишком худой, ты отлично выглядишь!”. Позже мое РПП вторило, что я не “настолько больна”, чтобы продолжать страдать. В конце концов, мне пришлось отказаться от этого убеждения, потому что я была действительно несчастна. Я стала больше узнавать о расстройствах пищевого поведения и о том, что у них действительно “нет физического облика”, а также постоянно отвечать голосу в моей голове, что, безусловно, мне помогло. Для меня также было важно продолжать делать шаги навстречу выздоровлению даже в те моменты, когда мой разум твердил мне, что я “не настолько больна”. Так что позвольте мне прокричать это: независимо от того, какой у вас вес, ВЫ НА 100% БОЛЬНЫ.

Желание быть больным само по себе когнитивное нарушение, и оно напрямую связано с биологическими и химическими аспектами самого нарушения питания. Исследования, проведенные среди людей, страдающих расстройством пищевого поведения, показали у них необычно высокий уровень изменения реакции на боль, интенсивности эмоций, изменения в чувствах голода и сытости, а также оценки формы тела/образа тела. Это говорит о том, что часть мозга, которая чувствует боль, связанную с физическими и психологическими переживаниями, функционирует неправильно (что отчасти может объяснять “эффект онемения”, о котором говорят многие люди с расстройствами пищевого поведения). Таким образом, человек, страдающий от РПП, может иметь физические или психические нарушения, но его мозг этого не чувствует. В результате люди могут быть на самом деле серьезно больны, но их мозг (и в особенности та часть процессов в мозге, связанная с нарушением пищевого поведения) все еще питает их мыслями о том, что они “недостаточно больны” [Alkazemi et al., 2018; Wagner et al., 2015].

Говоря простым языком, вы никогда не будете достаточно больны, потому что таких людей не бывает. Тот “больной”, за которым вы гонитесь, — исчезающий вид, мираж. Мы откровенно говорили с теми самыми людьми, которые могли бы сниматься в фильмах о расстройствах пищевого поведения, с людьми, которым ставили назогастральный зонд, с теми, кто проходил лечение энное количество раз и т.д., и знаете, что? Все они повторяют одну и ту же фразу.

“Я просто никогда не считал себя достаточно больным”.

Вот почему, когда в голову приходит мысль, что вы “недостаточно больны”, важно осознанно переработать и признать тот факт, что это внутренний голос вашего расстройства пищевого поведения. Именно так. Это РПП проявляет себя очень хитро, оно как будто шепчет: “Недостаточно больны”, — и вы все больше и больше скатываетесь в бездну РПП.

Если хотите выздороветь, вы должны немедленно бросить вызов этой мысли. Спросите себя: “Что значит “болен достаточно”? И почему я хочу быть больным? Что я получу от того, что буду достаточно болен? Чего я добьюсь, если буду самым больным?”.

Каждый, каждый раз бросайте вызов подобным мыслям. Не позволяйте внутреннему голосу расстройства пищевого поведения запугивать вас, заставляя думать, что быть больным — значит быть счастливым.

Итак, небольшое напоминание о том, что ваше расстройство пищевого поведения — реальный и обоснованный опыт, даже если...

- Ваш вес никогда не был слишком низким.
- Вы никогда не были в стационаре.
- Вы восстановили свой вес.
- Ваши анализы в норме.
- Вас никогда не кормили через назогастральный зонд, вы никогда не употребляли добавки “Ensure”³, никогда не были на пороге смерти.
- Вам говорили, что вы “не похожи” на человека с расстройством пищевого поведения.
- Вы никогда не были на приеме у психотерапевта.
- У вас нет поразительно тревожной “истории, когда вы были на самом дне” вашего РПП.

³Ensure — бренд пищевых добавок и заменителей еды, производимых компанией “Abbott Laboratories”. — *Примеч. перев.*

- Вы не ограничиваете себя в употреблении определенных продуктов и не считаете калории.
- Вы не ощущаете на себе давления средств массовой информации или общепринятой культуры питания.
- Ваши друзья или семья не знают о вашей проблеме.
- Ваши друзья или близкие не верят вам.
- Вы любите есть определенные блюда/ с нетерпением ждете приема пищи.
- Вы не боитесь потреблять в пищу определенные продукты.
- Вы не боитесь потреблять в пищу определенные продукты, хотя другие люди могут думать иначе.
- Не следуете моделям поведения, о которых чаще всего говорят при обсуждении расстройств пищевого поведения.
- Вы не занимаетесь физическими упражнениями.
- Ваше выздоровление идет как по маслу.
- Ваша жизненная история/пол/этническая принадлежность/идентичность не совпадают с наиболее распространенным представлением о расстройствах пищевого поведения в СМИ или письменных источниках информации.

В итоге это значит — запретить/истребить/искоренить образ “недостаточно больного” в себе. Спорьте с этой мыслью без усталости, когда она приходит вам в голову. Вы больны. Уже достаточно. На этом точка.

Викторина: как определить, что вы “достаточно больны”.

1. Ваши отношения с едой и/или своим телом негативно влияют на качество вашей жизни?

Да — вы “достаточно больны”.

Нет — отлично. Продолжайте жить своей жизнью.

Заметки в дневнике

1. Ваше расстройство пищевого поведения пытается убедить вас в том, что значить быть “достаточно больным”?

