

# Содержание

<b>Отзывы о книге</b>	16
<b>Сокращения</b>	27
<b>Благодарности</b>	29
<b>Вступление</b>	31
Немного обо мне	31
Почему так важны медицинские осложнения РПП	36
Кому пригодится эта книга	37
Структура книги	39
<b>Часть I. Нехватка калорий</b>	43
<b>Глава 1. Вид с высоты птичьего полета. Что происходит, когда вы морите себя голодом</b>	47
Введение	47
Мозг пещерного человека и метаболизм	47
Голодание и гормоны	50
Голодание и головной мозг	51
Что происходит, когда в нашем баке заканчивается топливо	52
Пищевая реабилитация	53
“Идеальный ребенок”	54
<b>Глава 2. Организм впадает в спячку</b>	59
История Мэдди	59
Краткий экскурс	61
Начало работы с пациентом	63
Экономия тепла	64
Ортостатические показатели жизненно важных функций	65
Сердце спортсмена или сердце голодающего человека	66
Голодающий разум	68
Гастропарез	70
Лечение гастропареза	73

---

Запор	75
Лечение запора	77
Нормальные результаты анализа крови	79
История Мэдди. Финал	80
Дом в огне, или Как бороться с “Я в порядке”	83
<b>Глава 3. Гормоны и кости</b>	87
История Джоша	87
История Ани	88
История Айдена	89
Краткий экскурс	90
Научная теория потери минеральной плотности костей и гипоталамического гипогонадизма	91
Диагностика потери минеральной плотности костей	94
Лечение	98
Физические нагрузки и потеря минеральной плотности костей	104
Мужчины	104
Линейный рост (или “Вопрос высоты”)	107
Менструация	108
Гормональные контрацептивы	110
История Джоша. Финал	112
История Ани. Финал	113
История Айдена. Финал	114
Упражнения в период реабилитации	115
<b>Глава 4. Пустой бак</b>	119
История Марии	119
Краткий экскурс	120
Внезапная остановка сердца и гипогликемия	121
Отказ костного мозга вследствие голодания	125
Патологии печени	126
Кожа, волосы и ногти	128
История Марии. Финал	130
Водоносный горизонт, контрольные перечни и реформатирование ожиданий	132
<b>Глава 5. Крайние степени проявления</b>	137
История Джессики	137
Краткий экскурс	139
Дисфагия	141
Аутофония и лагофтальм	143

Панкреатит	144
Синдром верхней брыжеечной артерии (ВБА)	146
Лечение синдрома ВБА	147
Острое расширение желудка	149
Патологические вагинальные кровотечения	150
Физическая слабость и риск падений	151
История Джессики. Финал	151
Басня о крепости посреди ядерной пустоши и история о перфекционисте и благодарном победителе	153
<b>Глава 6. Начинаем есть заново</b>	157
История Тейлор	157
Краткий экскурс	159
Гиперметаболизм при пищевой реабилитации	160
Рефидинг-синдром. Фосфор и отек	163
Синдром недостаточного питания	167
Начинаем есть	168
Продукты питания для облегчения гастропареза	169
Назогастральные зонды и начало лечения в больничном стационаре	172
Хирургические зонды искусственного питания	174
Полное парентеральное питание	176
Микроэлементы — витамин В1 и цинк	177
Целевой диапазон массы тела	178
История Тейлор. Финал	181
Метафора о воздушном шарике и “страшные продукты”	183
<b>Часть II. Чистки</b>	187
<b>Глава 7. Вид с высоты птичьего полета. Что такое чистки.</b>	
<b>Почему они приводят к медицинским проблемам</b>	189
Введение	189
Зачем люди переедают и чистятся	190
Рвота	191
Злоупотребление слабительными	192
Злоупотребление диуретиками	193
Особенности характера	193
Уровень калия — не универсальный показатель	194
Две стороны монеты	196

---

<b>Глава 8 201. Как чистки физически влияют на организм</b>	201
История Клэр	201
Краткий экскурс	202
Разрушение зубов	203
Синдром Барретта и ГЭРБ	204
Промывание	205
Руминация	205
Кровотечения в верхнем отделе ЖКТ	207
Околоушные железы и опухание лица	208
Последствия злоупотребления слабительными	209
Последствия злоупотребления диуретиками	211
Немного о функции щитовидной железы	212
Гипотиреоз	212
Гипертиреоз	213
Синдром эутиреоидной патологии	213
Злоупотребление щитовидными гормонами	214
Злоупотребление таблетками для похудения	215
История Клэр. Финал	216
Хватит равняться на худший день в своей жизни	217
<b>Глава 9. Электролиты и отказ от чисток</b>	219
История Мануэля	219
Краткий экскурс	221
Скорая помощь — спасти жизнь, но не спасти пациента	222
Калий	224
Лечение гипокалиемии	227
Бикарбонат и хлорид	227
Низкий натрий и низкий волемический статус (обезвоживание)	229
Низкий натрий и нормальный волемический статус	230
Низкий натрий и высокий волемический статус	231
Лечение гипонатриемии	232
Высокий натрий и несахарный диабет	232
Магний	234
Кальций	234
Функция почек. Азот мочевины крови и креатинин	235
Отказ от чисток	236
Псевдосиндром Барттера	237
Лечение псевдосиндрома Барттера	239
История Мануэля. Финал	243
Метафора о губке и поиски самосострадания	244

---

<b>Часть III. Пышнотелые пациенты</b>	247
<b>Глава 10. Компульсивное переедание (КП) и стигма лишнего веса</b>	251
История Джанет	251
Краткий экскурс	253
Вес и здоровье	254
Низкое качество медицинской и хирургической помощи	255
Передовая практика	258
Здоровье в любых размерах	258
Бариатрическая операция	263
Как постоять за себя	264
История Джанет. Финал	265
Пару слов о привилегиях и смена нарратива	268
<b>Часть IV. Неизмеримые осложнения. (самые настоящие медицинские проблемы, которые современная медицина не способна измерить)</b>	271
<b>Глава 11. Синдром раздраженного кишечника (СРК) и связанные состояния</b>	275
История Эмили	275
Краткий экскурс	277
Лечение СРК	279
Избыточный бактериальный рост в тонком кишечнике	282
Лечение СИБР	283
Дисфункция тазового дна	285
Дисфункция тазового дна и СРК	286
Кишечная микрофлора	287
Пробиотики	290
История Эмили. Финал	292
Собака на улице	293
<b>Глава 12. Синдром постуральной ортостатической тахикардии (СПОТ) и связанные состояния</b>	295
История Беллы	295
Краткий экскурс	296
Три формы СПОТ	298
Пару слов об активации тучных клеток	300
Лечение синдрома АТК	301

Синдром Элерса–Данлоса	303
Базовые принципы лечения всех разновидностей СПОТ	304
Медикаментозная терапия СПОТ	305
Хроническая усталость и СПОТ	307
Действия при синкопе (обмороке или потере сознания)	307
История Беллы. Финал	308
Быть свидетелем	309

## **Часть V. Особые категории пациентов** 311

### **Глава 13. Сахарный диабет 1-го типа с сопутствующим расстройством пищевого поведения (СД1-РПП)** 313

История Энтони	313
Краткий экскурс	315
Два типа сахарного диабета	315
Что значит высокий сахар	316
Несколько важных определений	316
Развитие РПП у пациентов с СД1	317
Распространенность и последствия СД1-РПП	319
Лечение отеков	320
Коррекция гипергликемии	322
Выбор между амбулаторным и стационарным лечением	322
История Энтони. Финал	324

### **Глава 14. Расстройство избегания/ограничения приема пищи (ARFID)** 325

История Джексона	325
Краткий экскурс	326
Медицинские последствия расстройства избегания/ограничения приема пищи (ARFID)	326
История Джексона. Финал	327

### **Глава 15. Орторексия и непереносимость пищевых продуктов** 329

История Уитни	329
Краткий экскурс	330
Почему жиры и углеводы полезны для здоровья	331
“Чистое питание”, “детоксикация” и другие бессмысленные модные тренды	332
Несколько слов об аллергиях, целиакии и непереносимости пищевых продуктов	335

---

Лечение орторексии	336
История Уитни. Финал	337
<b>Глава 16. Профессиональные спортсмены</b>	339
История Ребекки	339
Краткий экскурс	340
Относительный дефицит энергии в спорте	342
Разрешение на участие в соревнованиях	343
Расстройство пищевого поведения есть или нет	344
История Ребекки. Финал	345
<b>Глава 17. Пациенты мужского пола</b>	347
История Хорхе	347
История Мартина	347
Краткий экскурс	348
Сложные причины расстройств пищевого поведения у мужчин	349
Мышечная дисморфия (бигорексия)	350
Мужчины с РПП больны не меньше, чем женщины	351
Неэффективность измерений индекса массы тела (ИМТ)	351
История Хорхе и Мартина. Финал	354
<b>Глава 18. Гендер и сексуальные меньшинства</b>	357
История Дерека	357
История Ти Джей	358
Краткий экскурс	359
Сексуальные меньшинства и расстройства пищевого поведения	360
Гендерные меньшинства	362
Гендерные меньшинства и расстройства пищевого поведения	364
Уникальные медицинские факторы	366
История Дерека. Финал	368
История Ти Джей. Финал	369
<b>Глава 19. Женское половое и репродуктивное здоровье</b>	371
История Анджелы	371
Краткий экскурс	372
Секс	373
Как расстройства пищевого поведения влияют на репродуктивную функцию	374

---

Как расстройства пищевого поведения влияют на исход беременности	376
Как беременность влияет на расстройства пищевого поведения	377
История Анджелы. Финал	378
<b>Глава 20. Пациенты старшего возраста</b>	381
История Патриции	381
История Джо	382
Краткий экскурс	383
Медицинский прогноз	383
“Попытка — не пытка”	385
История Патриции. Финал	386
История Джо. Финал	387
<b>Глава 21. Расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ</b>	389
История Шелли	389
Краткий экскурс	391
Еда — это не зависимость	392
Причины распространенного сочетания РПП и зависимостей	393
Лечение и исходы	394
История Шелли. Финал	396
<b>Глава 22. Помощь пациентам, которые отказываются от лечения. От принудительного лечения до хосписа</b>	399
История Эланы	399
Краткий экскурс	401
Обзор стратегии	403
Мотивация на добровольное лечение	403
Юные пациенты, которые отказываются от помощи	404
Рычаги влияния родителей	405
Лишение дееспособности	406
Гражданская принудительная госпитализация	407
Взрослые пациенты, которые отказываются от помощи	409
Минимизация вреда	410
Паллиативная помощь и хоспис. Разберемся в терминологии	411

Паллиативная помощь при тяжелых стойких психических заболеваниях	412
Хоспис	413
История Эланы. Финал	415
<b>Заключение. Как каждый из нас может внести вклад в благое дело</b>	417
Хватит говорить о своем теле	417
Хватит говорить о теле других людей	419
Формируем культуру питания в семье	420
Физические нагрузки без привязки к фигуре и внешности	421
Отвечаем вопросом на вопрос	421
“Я просто хочу, чтобы мои дети были здоровыми и их не дразнили”	423
“Я ошибался и хочу исправиться”	424
Мне кажется, что у моего друга проблема	426
Безопасное пространство для всех, независимо от фигуры	427
<b>Список литературы</b>	429

# Вид с высоты птичьего полета

## Что происходит, когда вы морите себя голодом

---

### Введение

Когда я обсуждаю тему голодания и то, как голод влияет на человеческий организм, с пациентами и их родственниками в клинике, обычно я начинаю с так называемой концепции “мозга пещерного человека”. Мозг пещерного человека — это та часть нашего мозга, которая отвечает за поддержание повседневных жизненных функций нашего тела и заботится о нас как о млекопитающих, а не как о разумных человеческих существах, способных думать и говорить. Мозг пещерного человека контролирует в числе прочего нашу температуру тела, процессы пищеварения, кровяное давление, уровни половых гормонов и в некоторой степени первобытные животные реакции на мир вокруг нас.

### Мозг пещерного человека и метаболизм

Когда наш мозг пещерного человека замечает, что организму не хватает еды, ему невозможно объяснить, что вы голодаете из-за того, что расстройство пищевого поведения навязывает вам свои издевательские правила питания, что бесконечные насмешки внутреннего голоса или травля со стороны окружающих заставляют вас садиться на строгую диету. Или что все девчонки с работы на этой неделе делают себе “разгрузочный день”. Мозг пещерного человека просто не в состоянии этого понять, ведь единственный логический вывод, который он может из этого сделать, звучит следующим образом: “Мы голодаем. Нам нужно спасти свою жизнь”.

Люди как биологический вид смогли выжить в этом мире не в последнюю очередь благодаря своей уникальной и поразительной способности переносить голод. Нашим предкам часто приходилось сталкиваться с нехваткой еды, поэтому в процессе эволюции наш мозг пещерного человека научился очень чутко реагировать на этот стрессор.

Когда мы потребляем недостаточно калорий, мозг пещерного человека замедляет скорость обмена веществ, чтобы тело сжигало меньше топлива. Мы еще вернемся к этому вопросу и подробнее обсудим его во второй главе, но вкратце этот процесс выглядит примерно так. Частота сердцебиения снижается, кровяное давление падает, скорость пищеварения замедляется, к конечностям приливает меньше крови, мы чувствуем себя слабыми, разбитыми и лишенными сил, необходимых, чтобы справляться с повседневными задачами. Организм пытается замереть на месте и сохранить как можно больше дефицитной энергии. Это повышает наши шансы на то, чтобы пережить голодные времена и дотянуть до того момента, когда снова появится возможность поесть. Кроме того, мозг пещерного человека будет отчаянно стремиться поддерживать массу тела неизменной.

А теперь разберемся с тем, *что такое* метаболизм, о котором так много и часто говорят и вокруг которого расплодилось столько псевдонаучных и ложных мифов. Хотя в общем и целом под словом “метаболизм” подразумеваются все биохимические процессы в нашем теле, направленные на поддержание жизнедеятельности, я предпочитаю использовать этот термин в более узком смысле как синоним того, что научным языком принято называть “интенсивность основного обмена веществ”. Фактически это то количество калорий, которое наше тело должно тратить каждый день просто на то, чтобы существовать. Большая часть нашего суточного расхода калорий приходится на то, чтобы поддерживать свою температуру тела в районе 36,6 градусов Цельсия. Кроме того, калории тратятся на пищеварение, работу органов и выработку гормонов. Иными словами, то количество калорий, которое организм затрачивает на поддержание стабильной температуры тела, не сравнится даже с самой изнурительной тренировкой в спортзале.

То, как именно мозг пещерного человека реагирует на внезапный дефицит энергии — в высшей степени индивидуально и зависит от генетических факторов каждого человека. Это значит, что если четыре человека одинакового веса и возраста ограничат потребление калорий одной и той же суточной нормой и станут двигаться с одной и той же скоростью, физиологические реакции организма у всех четверых будут, скорее всего, рази-

тельно отличаться. У первого человека замедлится скорость сердцебиения, но сохранится нормальное пищеварение и энергичность. У второго пульс останется в норме, зато мгновенно затормозятся пищеварительные процессы. Третий быстро сбросит много килограммов, а четвертый не похудеет ни на грамм.

Такая генетическая вариативность часто становится мучительной проблемой для моих пациентов. Многим из них приходится сталкиваться с пренебрежительным непониманием со стороны врачей и общества в целом из-за того, что, несмотря на серьезное психическое расстройство, которое толкает их на катастрофические нарушения нормального пищевого поведения, внешне они “выглядят нормально”, а значит “не заслуживают” достаточного беспокойства и внимания медиков и других людей. Другим пациентам приходится страдать из-за того, что, невзирая на расстройства пищевого поведения, их организм может похвастаться настолько мощной защитной генетикой, что физические признаки недоедания внешне практически не проявляются. К сожалению, это лишь подливает масла в огонь расстройства и заставляет еще громче звучать тот самый внутренний голос, который нашептывает человеку, что на самом деле “с ним все в порядке — это очевидно, стоит только посмотреть на себя в зеркало — и нужно всего лишь еще немного поднажать, чтобы, наконец, сбросить ненавистный вес”.

Есть еще одна категория людей, которые отказываются признавать, что медицинские проблемы в организме могут развиваться уже с самых первых дней расстройства пищевого поведения, невзирая на крупный исходный вес. Такие люди сравнивают себя с фотографиями своих “товарищей по несчастью” в Интернете, которые выглядят куда “болезненнее” (как правило, читай: “худее”), чем они, и думают, что они-то точно не могли перешагнуть порог медицинских осложнений, ведь они весят больше. Все эти пациенты страдают из-за чувства того, что на самом деле они “недостаточно больны”.

Причины подобной вариативности кроются в генетических хитросплетениях, которые науке еще только предстоит доподлинно выяснить. Очевидно, что у разных людей заложена разная генетическая восприимчивость к тому, что я привыкла в широком смысле называть “внешними воздействиями”. Объясняя этот момент пациентам, я часто привожу им в качестве примера одну достаточно распространенную ситуацию. Представим двух мужчин. Первый умирает в 35 лет от печеночной недостаточности после десяти лет запойного алкоголизма, а второй в свой 90 день рождения хвастается родным, что тайна его долголетия кроется “в еже-

дневной порции хорошего виски”. В чем разница между этими двумя алкоголиками? Единственное разумное объяснение заключается в генетике, которая сделала первого более восприимчивым к внешним воздействиям, чем второго.

Точно так же происходит и в моей практике. Когда ко мне обращается пациент со стабильной массой тела и практически без медицинских проблем, невзирая на расстройство пищевого поведения, первое, что я делаю в такой ситуации, это признаю и подтверждаю, что этот человек болен и точно так же, как и другие, нуждается в адекватном лечении и помощи. Обычно я объясняю такое явление “заточенным на выживание” генофондом, благодаря которому его мозг пещерного человека необыкновенно эффективно справляется с задачей защиты его организма от последствий голода. Но бывают и обратные ситуации, когда медицинские осложнения развиваются у людей в самом начале расстройства, и таких пациентов я обычно характеризую как “генетически чувствительных”. Им повезло, что они обратились за помощью к врачу до того, как расстройство пищевого поведения усугубилось и привело к непоправимым последствиями. Иными словами, каждый раз, когда мне приходится сталкиваться с примерами кардинально разных клинических картин РПП, я традиционно связываю их с фактором “генетической вариативности”.

## **Голодание и гормоны**

Существует еще один жизненно важный способ, посредством которого мозг пещерного человека реагирует на голодание, кроме замедления метаболизма. Это происходит через радикальные изменения нашего гормонального фона. Когда мы морим себя голодом, наш мозг пещерного человека приходит к гениальному выводу: “Так, я вижу, что мы голодаем. У нашего организма стресс: ему приходится тратить на свою активность слишком много энергии, которую неоткуда получать. Очевидно, сейчас не самое лучшее время для того, чтобы делать детей”. Таким образом, у подростков и взрослых в период голода часть головного мозга, которая называется гипоталамус, фактически “откачивает” процессы выработки гормонов назад во времени, в результате чего уровни половых гормонов в организме снижаются до препубертатного состояния. Этот процесс называется *гипоталамическим гипогонадизмом*. В третьей главе этой книги мы еще подробнее поговорим о том, как голодание приводит к низкому уровню эстрогена с менструальными нарушениями у женщин и к низкому уровню тестостерона у мужчин. Более того, сложное биохимическое

взаимодействие высоких уровней гормонов стресса и низких уровней половых гормонов потенциально приводит к развитию одного из необратимых медицинских осложнений продолжительного недоедания, к которому редко оказываются готовы сами пациенты: к потере минеральной плотности костей.

## Голодание и головной мозг

Наконец, последнее немаловажное изменение, которое происходит в мозге пещерного человека в ответ на голод, заключается в повышенной тревожности и бдительности. Если у вас есть домашние животные, вспомните, как ваш питомец вел себя в последний раз, когда за окном бушевала сильная гроза. Наверняка, из-за грома и молнии животное решило, что его жизнь находится в опасности, и даже спустя какое-то время после того, как непосредственная физическая угроза миновала, вело себя нервно и насторожено. Подумайте о том, как ваш кот испуганно забился под кровать с широко открытыми от страха глазами, распушенным хвостом и выпущенными когтями. Мозг животного понимает только одно: “Я в опасности. Я уязвим. Я могу не пережить встречу с этой угрозой”. Этот первобытный страх заставляет его перейти в режим максимальной бдительности и активировать все свои защитные механизмы. Собственно, это именно то, что происходит с мозгом пещерного человека, когда тело не получает достаточно еды.

Руководствуясь тем же принципом, мозг человека, который недоедает, ощущает себя в опасности и непрерывно сканирует мир вокруг себя на предмет потенциальных угроз. Это перманентное состояние “боеготовности” делает его мышление более ригидным, заставляет отчаянно сопротивляться любым изменениям и, собственно, большую часть времени жить в постоянном страхе. Мне часто доводилось слышать от пациентов фразы наподобие “Я в ужасе от мысли о том, что уже практически обед”. Обычно я стараюсь успокоить их тем, что та первобытная, животная тревога, которую они сейчас испытывают, не просто не является частью их личности, но даже практически не связана с расстройством пищевого поведения, от которого они страдают. Это всего лишь физиологическая реакция голодающего мозга, и в такой период человеку очень важно верить и помнить о том, что его психологическое состояние улучшится само собой, как только он начнет нормально питаться.

Та же животная часть голодающего мозга не дает пациентам спать по ночам, ведь на уровне первобытного инстинкта их мозг все время занят одной и той же мыслью: “Быть настороже. Держать оборону. Может случиться что-то страшное. Анализировать информацию. Мы точно в безопасности?” Зачастую на осознанном уровне это выражается в болезненном процессе бесконечного прокручивания в голове воспоминаний о том, что и сколько человек съел в течение дня, как много он двигался, сколько калорий сжег... Согласитесь, далеко не те мысли, которые способствуют спокойному и беззаботному сну. Я часто люблю повторять пациентам, что голодный человек просто не может нормально спать, потому что всю ночь напролет его мозг занят лихорадочным обдумыванием “резервных планов спасения”. Осознанное понимание этого факта обычно способствует более эффективной пищевой реабилитации.

Итак, подведем итоги. Наш мозг пещерного человека отвечает за контроль “животных” физиологических функций нашего тела — тех процессов, на которые мы не можем осознанно влиять, как бы нам этого ни хотелось. Когда люди пробуют садиться на разные новомодные диеты (такие, как, к примеру, так называемая “палеодиета”, якобы направленная на то, чтобы “ублажить первобытного человека внутри нас”), они забывают о том, что, несмотря на все блага цивилизации, настоящий мозг пещерного человека в нашей черепной коробке никуда не девается, и его не так просто обмануть. Это сложный эволюционный механизм, который выработался в нас за многие сотни лет и методом болезненных проб и ошибок научился эффективно спасать человека от “голода”. Запомните раз и навсегда: наше тело не любит, когда мы голодаем.

## **Что происходит, когда в нашем баке заканчивается топливо**

А теперь давайте поговорим о более широкой концепции органической дисфункции, которую мы подробно разберем в четвертой главе книги. Это состояние начинается развиваться тогда, если “топливный бак” нашего организма оставался пустым слишком долго. Когда в баке заканчивается топливо, многим органам и системам нашего организма просто не хватает энергии на то, чтобы нормально функционировать. Едва ли не самым опасным и смертоносным примером последствий продолжительного голодания является гипогликемия — падение уровня сахара в крови.

Но это еще не все. Наш костный мозг, который обычно отвечает за кроветворение, в условиях голодания больше не может нормально вырабатывать клетки крови из-за недостатка питательных элементов. Наша печень, которая выполняет в организме сразу несколько жизненно важных функций, начинает сдавать и отказывать. Наша кожа и волосы также принимают на себя огромный удар, заставляя пациента выглядеть намного старше своего реального возраста. Тонкие, ломкие волосы, хрупкая кожа, которая покрывается синяками и рвется от малейшего механического воздействия, медленно заживающие раны — все это последствия систематического голодания. В пятой главе мы рассмотрим экстремальные формы органической дисфункции, обусловленной истощением. Эти наиболее серьезные осложнения, как правило, развиваются у пациентов с большим дефицитом массы тела или в результате резкого стремительного похудения.

Но есть и хорошие новости. Пищевая реабилитация поможет решить все эти проблемы. Пациенты, их родственники и врачи должны помнить о том, что главный акцент при диагностике и лечении медицинских осложнений всегда должен делаться на первопричине состояния, а не самих органах, нарушения в работе которых были вызваны голоданием. Медицинские осложнения расстройств пищевого поведения — это проблемы, которые развились в организме из-за катастрофически неправильного питания, и решаться они должны через коррекцию пищевых привычек.

## Пищевая реабилитация

Третий основной механизм, который лежит в основе медицинских осложнений при голодании, непосредственно связан с процессом пищевой реабилитации — комплексом мероприятий, направленных на то, чтобы помочь пациентам, привыкшим морить себя голодом, снова научиться нормально удовлетворять физиологическую потребность в пище. Эксперты по расстройствам пищевого поведения еще какое-то время назад отказались от термина “возобновление кормления” из-за его в некоторой мере унижительного и обидного звучания. Ему на смену пришло понятие “пищевая реабилитация”, которое я лично и предпочитаю использовать в соответствующем контексте.

У пациентов, которым необходимо восстановить нормальную массу тела, часто наблюдается поразительное ускорение обмена веществ. Человеку, который продолжительное время ограничивал себя в пище, что привело к замедлению обменных процессов в организме, для восстановления

нормальной работы органов и набора массы тела может потребоваться намного больше калорий, чем он может себе представить. О том, как человеческое тело реагирует на еду после продолжительного голодания, мы поговорим в шестой главе этой книги.

В общем и целом попытки пациента вернуться к нормальному питанию часто сопровождаются медицинскими осложнениями, а временами даже таят в себе смертельную опасность. “Загрузить” достаточно калорий в пищеварительную систему, которая из-за голода практически полностью остановилась, довольно проблематично чисто с механической точки зрения. Критические сдвиги электролитного и жидкостного баланса в отсутствие грамотного врачебного наблюдения при особо неблагоприятном стечении обстоятельств могут привести к гибели пациента в результате падения уровней фосфора или застойной сердечной недостаточности. Именно эти критические процессы, связанные с электролитным и жидкостным балансом, и лежат в основе того, что в медицине принято называть “рефидинг-синдромом” (синдром возобновленного питания). Таким образом, для безопасной пищевой реабилитации необходим тщательный мониторинг и медикаментозная коррекция таких электролитных и жидкостных сдвигов.

### **“Идеальный ребенок”**

Мне часто приходится слышать вопрос: “Как началось это расстройство пищевого поведения?” Конечно же, на этот вопрос не существует простого ответа, ведь расстройства пищевого поведения — это сложнейшая проблема, и для того чтобы разобраться в причинах болезни каждого отдельно взятого пациента, необходима слаженная работа целой команды специалистов. Как бы то ни было, та информация, который мы располагаем на сегодняшний день, указывает, что расстройства пищевого поведения зачастую возникают в результате сочетания наследственных (генетических) особенностей темперамента и внешних, социально-экономических факторов. Новая диета или случайное непреднамеренное похудение становится той искрой в сухой траве, от которой разгорается лесной пожар. В то же время у каждого пациента своя уникальная история и свой жизненный путь, который привел его к расстройству пищевого поведения.

Тема того, как проблемы чисто медицинского характера сначала возникают из-за эмоционального дистресса, а затем сами способствуют развитию расстройств пищевого поведения, вызывает у меня огромный профессиональный интерес. За многие годы работы, когда мне доводилось слушать истории пациентов и пытаться посмотреть на мир их глазами, у меня сформировался примерный нарратив, который позволяет более-менее достоверно описать тот путь, который в конечном итоге приводит человека к расстройству. Иногда я рассказываю эту историю своим пациентам, чтобы отдать должное их нелегкому психологическому опыту и подчеркнуть, как халатность со стороны системы здравоохранения не позволяет человеку вовремя получить столь необходимую ему помощь.

Я расскажу эту историю и в этой книге так, как если бы я читала ее вам вслух. Жила-была одна маленькая девочка, которая с самого детства росла смышленным и чувствительным ребенком с хорошо развитой интуицией. Входя в комнату, она сразу замечала и понимала, что чувствуют другие люди и что у них на уме. А еще для нее была очень важна оценка окружающих — даже больше, чем для обычного среднестатистического человека. Стоило кому-нибудь похвалить ее, как она тут же расплывалась в улыбке. Стоило кому-то раскритиковать ее, даже совсем чуть-чуть, как она тут же замыкалась в себе, как улитка.

Возможно, эта маленькая девочка выросла в обычной любящей семье, а возможно, у нее было сложное детство. Может, кто-то из ее родителей злоупотреблял алкоголем или наркотиками, имел проблемы с самоконтролем или страдал от повышенной тревожности. Возможно, у нее был брат, у которого вечно были проблемы с поведением, или сестра, которая чем-то тяжело болела, и именно они поглощали все внимание родителей.

Иногда, если у нашей девочки возникала проблема, например болел живот, кто-то из родителей просто добродушно говорил: “Не переживай, с тобой все нормально!” Может, в этот момент ее отец на секунду оторвался от телефона, и эти слова сами собой невольно сорвались у него с губ. Может быть, ее матери было самой тяжело справляться с проблемами дочери, и она сказала эту фразу, чтобы успокоить саму себя. Или ее родители просто чуть-чуть устали от сверхчувствительной реакции дочки на окружающий мир и просто хотели помочь ей хоть немного научиться держать удар.

Неважно, прозвучала ли эта фраза вслух вообще, но наша девочка усвоила, что всем, включая ее саму, лучше, когда у нее “все нормально”. Она очень старалась. Она была умной, и ей очень хотелось угодить всем вокруг. Поэтому она натягивала на лицо лучезарную улыбку и всегда вела себя весело и жизнерадостно (или по крайней мере вежливо и тихо). В любом случае она была организованной, мотивированной, сознательной и, самое главное, никогда не создавала проблем. Родители, учителя, тренеры — все всегда называли ее “идеальным ребенком”, и при этих словах она светилась от гордости.

Но несмотря на все это, она по-прежнему оставалась все той же сверхчувствительной девочкой. Она смотрела на мир сквозь призму своих острых внутренних переживаний, и ни одна эмоция окружающих не могла укрыться от ее “эмоционального радара”, как от бдительного взора многоглазого Аргуса — стража древнегреческой богини Геры. Будь то дискуссия в школе на тему глобального потепления, случайно подслушанный скандал родителей или ссора с друзьями — она пропускала все это через себя и всегда очень волновалась, переживала и тревожилась. Она никогда не пыталась выразить все эти переживания словами, потому что у нее всегда должно было быть все нормально.

Но у ее юной чувствительной души тоже был свой предел выносливости, ведь человек не может бесконечно копить в себе эмоции, с которыми он не умеет справляться. Девочка продолжала расти. Она стала менее гибкой, более тревожной. Придумала для себя жесткий распорядок, стала бояться перемен, начала больше требовать от себя, ударилась в перфекционизм. Когда она училась в средней школе, проснулись подростковые гормоны, ее тело начало меняться (и это ей не слишком нравилось), социальные взаимодействия стали намного сложнее. Ее чувствительное “я” не могло справиться с этим круговоротом навалившихся на нее извне эмоций без какого-то способа распознавать, систематизировать и контролировать свои реакции на них. У нее начал болеть живот. Эмоциональные перегрузки стали проявляться физиологическими проблемами в организме, которые особенно обострялись в периоды стресса: в день контрольной, когда она поссорилась с подругой, каждый раз, когда уровень беспокойства превосходил ее способность держать себя в руках.

Постоянные боли в животе привлекли внимания взрослых. Как же так, “идеальный ребенок” заболел. Родители отвели дочку к педи-

атру, который осмотрел ее, возможно, взял кровь на анализы, может, даже направил на консультацию к гастроэнтерологу, и, конечно же, сказал ей заветную фразу: “Не переживай, с тобой все нормально”. В этот раз ей было действительно обидно. Всю свою жизнь где-то в глубине души она подозревала, что с ее эмоциями что-то не так, но она прикладывала все усилия для того, чтобы научиться этого не показывать. А теперь у нее по-настоящему что-то болит, что-то не в порядке физически, и ей опять говорят, что с ней все нормально? Ее это обескуражило. Ее в очередной раз обесценили и не приняли всерьез. Родители заметили ее обиду, и к тому же симптомы не проходили, а возможно, даже, наоборот, усилились, и они отвели дочь к диетологу, чтобы проверить, не связаны ли боли в животе с непереносимостью пищевых продуктов.

Диетолог с дружелюбной улыбкой сказал ей: “Так, давайте попробуем исключить несколько продуктов из рациона. Пожалуйста, постарайся отказаться от глютена, сои, сахара и молочных продуктов” (между прочим, если бы диетолог был хоть немного знаком с расстройствами пищевого поведения, этого бы никогда не произошло). И что же сделала наша девочка, которая привыкла всегда все делать по правилам? Конечно же, она в точности последовала совету врача.

Поскольку она в кои-то веки делала что-то для себя, некая часть ее разума интерпретировала новую диету как акт заботы о себе. У нее даже на какое-то время прошли мучившие ее боли в животе. Она подумала: “Ух ты, должно быть, у меня и правда была аллергия на эти продукты! Да и вообще, я хочу быть здоровой, а в этой еде было столько всего вредного”.

В конце концов, из-за строгой диеты ее организму начало не хватать энергии. Девочка немного похудела, и люди в нашем одержимом худобой обществе сказали ей: “Ой, ты так похорошела!” Это положительное подкрепление стало той последней каплей, после которой кувшин переполнился. Девочка поклялась себе, что больше никогда в жизни даже не посмотрит на ту еду, которую ела раньше. Она со всей строгостью соблюдала новый режим питания, и, разумеется, это привело к еще большей потере веса. Это заставило ее мозг пещерного человека включиться в игру, замедлить обмен веществ и еще больше усилить тревожность. Живот снова начал болеть, и теперь, стоило ей хоть что-нибудь съесть, как она чувствовала себя просто ужасно. Для того чтобы

хоть немного выпустить скопившееся напряжение и стресс, она начала бегать по утрам. Недоедание действительно помогало ей справляться с тревогой и чувствовать себя лучше. Голод заглушал ее эмоции, и это приносило облегчение. Она стала устанавливать себе все более и более строгие правила питания, у нее появился панический страх того, что она может снова набрать вес, а тело начало казаться недопустимо большим и несуразным. В то же время навязчивые мысли о еде и весе давали ей столь желанную возможность отвлечься от ошеломляющих жизненных трудностей.

Ее семья была озадачена и растеряна. Родители только и могли, что повторять: “Погоди, ты похудела слишком сильно. Тебе нужно есть. Поешь, пожалуйста”. Они смотрели, как их “идеальный ребенок” уходит в себя, замыкается, огрызается, когда с ней пытаются поговорить, и отдаляется от семьи. В поразительно короткие сроки голос расстройства пищевого поведения стал для нее более убедительным, чем голоса всех родных и близких вместе взятых.