



# Содержание

<b>Предисловие</b>	21
<b>Благодарности</b>	25
<b>Введение</b>	27
Немного о тексте	31
<b>История Марсии</b>	33
<b>ЧАСТЬ I. Как обнаружить расстройства пищевого поведения?</b>	41
<b>Глава 1. В зоне риска. Как распознать расстройства пищевого поведения и не пропустить их развитие?</b>	43
Нервная анорексия	44
Анорексия и подобные ей расстройства. Краткая история	45
Типы анорексии	45
Распространенные триггеры	46
Анорексия у детей	46
Общие черты и представления об анорексии	47
Психические проблемы, сопутствующие анорексии	48
Распространенность анорексии	50
Лечение анорексии	50
Нервная булимия	51
Булимия. Краткая история	51
Типы булимии	51
Распространенные триггеры	51
Общие представления о булимии	52
Вызов рвоты	53
Голодание и чрезмерные физические нагрузки	54
Проблемы, сопутствующие булимии	54
Распространенность булимии	55
Лечение булимии	55
Компульсивное переедание	56
Компульсивное переедание. Краткая история	56

Распространенные триггеры	57
Характеристики человека, страдающего компульсивными перееданиями	58
Распространенность приступов переедания	59
Атипичные расстройства пищевого поведения	60
Анорексия, булимия, приступы переедания и атипичные расстройства пищевого поведения не являются взаимоисключающими	61
Есть ли у вашего ребенка расстройство пищевого поведения?	61
Выводы	65
<b>Глава 2. Вредные привычки или опасное поведение?</b>	67
Различие между нарушением пищевого поведения и развернутым расстройством пищевого поведения	68
Почему стоит беспокоиться из-за нарушений пищевого поведения?	68
Насколько распространены нарушения пищевого поведения?	71
Классификация нарушений пищевого поведения	71
Намеренное самоограничение	71
Рвота	75
Приступы и переедание	75
Неорганизованное пищевое поведение	76
Нарушение пищевого поведения. Факторы риска	76
Нарушение пищевого поведения. Течение болезни	82
Когда стоит начать предпринимать меры?	82
Какие меры необходимо принимать?	82
Выводы	85
<b>Глава 3. “Предупрежден, значит вооружен!”</b>	
<b>Сила превентивных мер</b>	87
Превентивный означает “уменьшающий риск”	87
Эмоциональная и “социальная” защита вашего ребенка	88
Вооружите ребенка знаниями и информацией	99
Для этого необходимо развивать “медиа-грамотность”	100
Покажите, что вас не заботят идеалы стройного тела	102
Обдуманно подходите к выбору врача для ребенка	102
Как создать у ребенка позитивное отношение к еде, размеру и весу своего тела?	103
Выводы	107

<b>Глава 4. Семья на передовой</b>	109
Пищевые расстройства и меняющаяся роль семьи	110
Как семья может помочь?	111
Прекратите винить себя и переступите через гнев	111
Выступайте единым фронтом	112
Роль сиблингов в оказании помощи	113
Не забывайте заботиться и о себе	113
Будьте “за” ребенка, а не “против” него	114
Придерживайтесь правила: “Работать заодно, а не сговариваться”	114
Готовьтесь к бунту	116
Будьте гибкими	117
Сражайтесь с болезнью, а не с ребенком	119
Сопереживайте, будьте последовательны и позвольте ребенку чувствовать себя в безопасности	120
Андреа и ее история	121
Не забывайте о других своих детях	123
Выводы	124
<b>Глава 5. Мальчики — в зоне риска</b>	125
Общие черты и представления о расстройствах пищевого поведения у мальчиков	126
Отличаются ли расстройства пищевого поведения у мальчиков и девочек?	127
Мальчики. Факторы защиты	127
Мальчики. Факторы риска	128
Вина и молчание: препятствия лечению	129
Анорексия у мальчиков	129
Булимия у мальчиков	130
Компульсивные переживания у мальчиков	131
Нарушения пищевого поведения у мальчиков	132
Мальчики и “Комплекс Адониса”	132
Мальчики и плотность костной ткани	135
Методики лечения для мальчиков	136
Гомосексуалисты и расстройства пищевого поведения	136
Выводы	137

<b>Глава 6. Медицинские последствия расстройств пищевого поведения</b>	139
Чего ожидать от первого визита к врачу?	140
Осложнения, которые могут быть вызваны анорексией	140
Рост	141
Половое созревание	141
Проблемы с желудочно-кишечным трактом	142
Низкое давление, головокружение, гипотермия и снижение концентрации внимания	142
Адаптация организма к голоданию: волосы, ногти, кожа и мышцы	143
Проблемы с сердцем	144
Проблемы с костями	146
Определение плотности костей	147
Восстановление плотности костной ткани	148
Влияние анорексии на фертильность	149
Изменения состава крови	150
Дисбаланс жидкости и холестерина	151
Дисбаланс веществ	153
Гормональные нарушения	153
Нарушения работы головного мозга	154
Зоны особого внимания	156
Сложности с восстановлением кормления	156
Результаты анализов вашего ребенка слишком хороши, чтобы быть правдой?	157
Постоянное наблюдение, или “все и сразу”	158
Осложнения, которые могут быть вызваны булимией	158
Баланс электролитов и минералов	158
Проблемы со слюнными железами	160
Проблемы с зубами	161
Проблемы с гортанью и пищеводом	162
Проблемы с руками и глазами	163
Проблемы с желудочно-кишечным трактом	164
Проблемы с кишечником	165
Нарушение баланса жидкости	165
Проблемы с почками и поджелудочной железой	167
Нарушение менструального цикла, фертильность и беременность	167

Несколько слов о рвотном корне (ипекакуане)	168
Нарушения работы мозга	169
Отказ от инсулина: соблазн для диабетиков	169
Осложнения, которые могут быть вызваны компульсивным перееданием	169
Ожирение	169
Диабет 2-го типа	170
Проблемы с желудочно-кишечным трактом	170
Выводы	171

## **ЧАСТЬ II. Время действовать** 173

<b>Глава 7. Разбиваем лед: как начать разговор?</b>	175
Сложный разговор Моники и Карен	176
Планируйте разговор заранее	179
Поставьте себя на место ребенка	179
Не ищите виновного	180
Слова, которые “работают”	180
Начните разговор	181
Узнайте, что беспокоит вашего ребенка	181
Делитесь своими чувствами	183
Делитесь информацией	183
Переходите к решению проблемы	184
Играйте роль Чирлидера	185
Станьте “голосом разума”	185
Будьте готовы обсуждать вес	186
Преодолевайте отрицание	187
Подготовьте почву для следующего разговора	187
Будьте готовы к диалогу на протяжении всего периода восстановления	188
Если первая попытка провалилась	188
Слова, которые работают для друзей	189
Как друзья могут помочь?	189
Когда стоит обратиться к родителям друга или к другим взрослым?	193
Что делать, если друг отрицает свои проблемы?	193
Если вы переживаете, что честность может нанести вред вашей дружбе	194
Выводы	195

<b>Глава 8. Избегаем ловушек: как нормализация вашего собственного отношения к своему телу и питанию может помочь вашему ребенку?</b>	197
Генетика и расстройства пищевого поведения	198
Важнее, чем генетика, — то, что родители делают и говорят	199
Несколько слов о желании винить себя	199
Оцените ваше собственное отношение к питанию и телу	200
Как пищевые привычки родителей моделируют отношение ребенка к еде и своему телу	201
Привычки родителей и их собственное пищевое поведение	202
Критика родителями веса, внешности и пропорций тела своего ребенка	203
Замечания по поводу того, как и сколько ест ваш ребенок	203
Одобрение и поощрение диет	203
Влияние культуры	204
Менопауза в сочетании с ростом беспокойства о весе и пропорциях тела	205
Как сами родители воспринимают свое тело, и как это влияет на восприятие ребенком своего тела	207
Восприятие тела у детей	208
Мальчики и восприятие тела	208
Раннее взросление и его влияние на восприятие тела	209
Как родителям научиться принимать свое собственное тело?	210
Если вы не в силах бросить диеты	211
Если сами родители страдают расстройством пищевого поведения	213
Почему дети, родители которых страдают расстройством пищевого поведения, находятся в зоне большего риска?	213
Как оградить ребенка от ваших собственных нарушений пищевого поведения?	214
Выводы	215
<b>Глава 9. За пределами семьи: друзья, школа и летний лагерь</b>	217
Друзья	218
“Разговоры о жире” и опасные друзья	218
Как поступать с опасными друзьями?	219
Не изолируйте ребенка от опасных друзей	220

Покажите, чему можно научиться на чужом примере	221
Интересуйтесь, с кем дружит ваш ребенок	222
Если вашего ребенка критикуют и дразнят	223
Друзья-помощники	224
Школа	224
Помощь школьного персонала	225
Школьные программы или активности, которые могут спровоцировать расстройство пищевого поведения	226
Летний лагерь	227
Готовьтесь заранее и задавайте вопросы	227
Пребывание в лагере и нарушение режима питания	227
Обсудите вашу ситуацию с персоналом лагеря перед отъездом ребенка	228
Воспринимайте поездку в лагерь как тест	229
В каком случае стоит запретить ребенку посещать лагерь?	229
Отъезд в колледж	230
Стоит ли отпускать ребенка с расстройством пищевого поведения в колледж?	230
Выбор правильного колледжа	231
Встреча с местными специалистами	232
Пребывание в колледже и нарушение режима питания	233
Отъезд в колледж не означает — взросление	233
Выводы	235
<b>ЧАСТЬ III. Использование метода Модсли</b>	237
<b>Глава 10. Подход Модсли: лечение нервной анорексии</b>	239
Роль братьев и сестер в подходе Модсли	242
“За” и “против” подхода Модсли	242
Что насчет психотерапии?	244
Модсли и тренировка семейного приема пищи	245
Выводы	246
<b>Глава 11. Прием пищи и перекус при участии родителей: интерпретация подхода Модсли к анорексии, ориентированная на питание</b>	247
Первый прием пищи при участии родителей	249
Что подавать?	249
История Джесси	252



Быть готовым к последствиям	255
Выясните, что нужно, чтобы заставить вашего ребенка поесть, а затем сделайте это	256
Повысить угрозу госпитализации	257
Контролируйте только питание вашего ребенка	257
Держите свой гнев и разочарование под контролем	258
Убедитесь, что у вас есть силы, чтобы посвятить себя этой задаче	259
ПУР и поддержка братьев и сестер	260
Значимость взаимной поддержки и единого фронта	261
Воздержитесь от критики	261
Наблюдение за весом, добавление калорий	262
Выводы	264
<b>Глава 12. Использование ПУР и подхода Модсли в лечении булимии и компульсивного переедания</b>	265
Предотвращение приступов переедания и вызывания рвоты	267
Использование соглашений как средства сотрудничества	271
Метод “сейфа”	273
Наблюдение за кухней	275
Готовьте еду и закуску для вашего ребенка, когда это возможно	275
И вновь — принимайте своего ребенка, обвиняйте болезнь	276
Выводы	277
<b>Глава 13. Рассказ матери: как ПУР помог в борьбе моей дочери против анорексии</b>	279
<b>ЧАСТЬ IV. Руководство по здоровому питанию</b>	285
<b>Глава 14. Нормализация питания с помощью плана приема пищи</b>	287
Основные части плана приема пищи	289
Сложные углеводы	292
Почему сложные углеводы важны	292
Основная роль углеводов: защита запасов белков и предотвращение вредного жирового обмена	293
Голодный обмен веществ и отсутствие аппетита	293
Включение сложных углеводов в план приема пищи	294

Фрукты и овощи	295
Почему важны фрукты и овощи	295
Включение фруктов и овощей в план приема пищи	296
Фрукты и овощи — “важные персоны”	296
Защита от чрезмерного употребления	297
Фрукты, овощи и ребенок с анорексией	298
Кальций	298
Почему важен кальций?	299
Включение кальция в план питания	299
Белки	303
Почему важен белок	303
Белки предупреждают развитие приступов переедания и ускоряет обмен веществ	304
Важность протективных свойств белков	304
Почему может быть сложно употреблять достаточное количество белка	305
Белок и вегетарианство	305
Включение белка в план питания	307
Жиры	310
Почему важен жир?	310
Потребляемый жир и жир в организме — это одно и то же?	311
Голодание и обмен веществ	311
Включение жиров в план питания	312
Предупреждение о порциях	313
Перекусы	314
Использование перекусов	314
Еда для удовольствия	314
Почему еда для удовольствия важна?	314
Включение еды для удовольствия в план питания	315
Выводы	317
<b>Глава 15. Как извлечь максимум из плана питания</b>	319
Советы о том, как сделать, чтобы план питания работал	320
Добавление того, чего не хватает	320
Правило трех	320
Правило одной миски	321
Обычно подаются нормальные размеры порций	321
Ешь, когда голоден. Остановись, когда сыт	323

Регулировка голода и сытости у ребенка, которому необходимо набрать вес	324
Регуляция голода и сытости у ребенка с нормальным и избыточным весом	324
“Систематическое питание — сейчас” означает:	
“Свобода — потом”	325
Ни один из продуктов не является запрещенным	327
Неидеальное питание — идеально хорошо	328
Сделайте план питания для вашего ребенка индивидуальным	328
Сделайте постепенные улучшения своей целью	329
Будьте уверены в советах при выборе еды	330
Относитесь к плану питания как к домашнему заданию	330
Пример плана питания: история Белинды	331
Подходы родителей, которые помогают с планом питания	332
Проявляйте терпение	332
Будьте твердыми, не участвуйте в “сговоре” с болезнью	333
Поощрения и наказания: должны ли вы их использовать?	334
Отстаивайте свои собственные пищевые привычки	336
Наблюдение за весом для снижения тревоги, связанной с ним	337
Ваша цель — помощь в восстановлении и возвращение вашему ребенку контроля над питанием	338
Приспособление плана питания для ребенка с анорексией	339
Включение калорий в план питания ребенка с анорексией	339
Когда ваш ребенок достиг здорового веса	340
Ускоренный метаболизм при анорексии: когда обмен веществ с очень медленного изменяется на очень быстрый	341
Не принимайте гнев вашего ребенка на свой счет	344
Приспособление плана питания для ребенка с булимией	344
Объяснение плана питания: почему компенсаторное поведение не помогает	344
Способствуйте экспериментам с планом питания	346
Измените план питания и ваше участие в нем для поддержания успеха	346

Добавьте продукты, которыми ваш ребенок переедает	347
Призывайте к правильному перекусу	348
План питания для пациентов с булимией постарше	349
Адаптация плана питания для ребенка, имеющего лишний вес, с приступами переедания	349
Объясните, что план питания “узаконивает потребление пищи”	349
Запретите все диеты и программы по снижению веса	350
Прекратите критиковать: дайте шанс плану питания	351
Когда требуется помощь специалиста?	353
Выводы	354

## **Глава 16. Стратегии управления физическими нагрузками**

<b>нагрузками</b>	355
Насколько чрезмерно? Первые предупреждающие сигналы	357
Анорексия и тренировки	360
Анорексия и ограничения в тренировках	361
Булимия и тренировки	364
Компульсивные переедания и физическая нагрузка	367
Как родители могут помочь нормализовать тренировки	368
Расскажите вашему ребенку об опасности чрезмерных тренировок	368
Оцените готовность вашего ребенка к сотрудничеству	369
Составление плана тренировок	370
Когда ребенку можно разрешить тренировку?	373
Когда ваш ребенок игнорирует ограничения тренировок	373
Организованные занятия спортом и РПП	375
Контролируйте тренеров и других взрослых людей, участвующих в спортивных занятиях вашего ребенка	376
Будьте особенно внимательны, если ваш ребенок занимается “спортом, требующим стройности”	377
Когда запрещать своему ребенку принимать участие в спортивной команде	378
Разговаривайте с тренером и педиатром вашего ребенка	379
Как оградить своего ребенка от организованного спорта	379
Выводы	380

<b>Глава 17. Управление рецидивом</b>	<b>383</b>
Методы управления рецидивом	384
Снятие клейма с рецидива	384
Проанализируйте рецидивы: какие ситуации являются для вашего ребенка опасными?	385
Ограничение приема пищи	386
Столкновение с опасными продуктами	386
Преждевременное прекращение питания по плану	387
Опасное настроение	388
Опасные места	389
Стресс	391
Опасные мысли: угроза образу тела	392
Непреднамеренные изменения в весе и питании	393
Изменения в регулярных тренировках	394
Распознавание рецидива: какие ранние предупреждающие признаки?	395
Борьба с неожиданным: методы предотвращения развивающегося рецидива	396
Вернитесь к плану питания	396
Выпишите подробный план питания	396
Найдите слабые места в плане питания своего ребенка	397
Примечание о самоконтроле	398
Напоминание о самостоятельном взвешивании	398
Когда вам следует обратиться за помощью к специалисту?	399
Выводы	400
<b>Глава 18. Когда вы сделали все, что смогли: профессиональная помощь, и как ее использовать</b>	<b>403</b>
Как узнать, когда вы сделали все, что могли	404
Когда существует физическое или сексуальное насилие	407
Обращаться за помощью — не стыдно	408
Как получение профессиональной помощи влияет на вашу роль родителей?	410
Совместное использование планов питания и тренировок с поддержкой специалиста	410

Какой специалист нужен вашему ребенку?	411
Как найти специалиста, знающего метод Модсли	413
Польза командного лечения	413
Выбор момента первого взаимодействия	414
Подход “ступенчатой заботы”	415
Каким должен быть специалист	416
Ведущие методики и направления	417
Специалист — мужчина или женщина. Кто лучше для вашего ребёнка?	418
Какое образование должно быть у специалистов	418
Как профессиональная помощь для вас может помочь выздороветь вашему ребенку	419
Плата за лечение: вы можете это себе позволить?	419
Исполнять роль “управляющего по делам”	421
Психотерапия: как она может помочь	422
Семейная терапия	423
Групповая терапия	424
Когнитивная поведенческая терапия	425
Консультирование по питанию	425
Лекарства: новая эра в лечении РПП	426
Как вы сможете понять, работает ли лекарство?	428
Когда стоит рассмотреть лечение в больнице или специализированной клинике	429
“За” и “против” лечения в специализированной клинике	431
Какую искать больницу или специализированную клинику	432
Выводы	433
<b>Глава 19. В заключение</b>	<b>435</b>
<b>Библиография</b>	<b>441</b>

■ ЧАСТЬ I ■

**КАК ОБНАРУЖИТЬ  
РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО  
ПОВЕДЕНИЯ?**





## Глава 1

### В зоне риска. Как распознать расстройства пищевого поведения и не пропустить их развитие?

**Т**ринадцатилетняя Рут была уравновешенным ребенком, училась “на отлично” и любила играть в футбол. Ее мама Сюзан немного переживала, что в последнее время дочь потеряла в весе, однако убедила себя, что между Рут и фотографиями девушек с расстройствами пищевого поведения, которые она видела по телевизору и в журналах, нет ничего общего. Ее Рут не была похожа на скелет, обтянутый кожей: наоборот, она выглядела милой, спортивной, подтянутой и полной энергии. Однажды, убираясь в комнате дочери, мама случайно нашла ее дневник и решила прочесть несколько страниц. Так Сюзан узнала, что накануне вечером дочь вызывала у себя рвоту. Она “тренировалась” уже несколько недель, и это впервые у нее получилось. После этого Рут написала, что, когда один раз получилось, вызывать рвоту уже не так сложно, и теперь она обязательно продолжит это делать. Сюзан еще раз прокрутила в голове изменения, недавно произошедшие с дочерью: периодические головокружения, резкое уменьшение количества потребляемой пищи. А еще Рут с энтузиазмом готовила торт на

день рождения брата, но отказалась попробовать даже маленький кусочек. Сюзан поняла, что она упустила зарождающееся расстройство пищевого поведения, и если не помочь дочери сейчас, то это может стать угрозой для ее жизни.

Многие знают, как выглядят истощенные анорексией люди. Многие способны распознать и явные признаки хронической булимии: опухшие щеки и частые визиты в ванную после приема пищи. Но распознать расстройства пищевого поведения на ранней стадии — до появления этих очевидных признаков — намного сложнее. В этой главе мы поговорим о различных типах расстройств пищевого поведения и признаках, которые помогут выявить их на ранней стадии.

Как мы отмечаем на протяжении всей книги, хотя мы разделяем анорексию, булимию и компульсивные переедания на отдельные категории, часто люди переходят от анорексии к булимии или наоборот, или даже проявляют все признаки расстройств одновременно. Я советую родителям не отвлекаться, пытаясь понять, какой диагноз правильный, а просто как можно раньше принять меры, если они подозревают, что у ребенка расстройство пищевого поведения.

## **Нервная анорексия**

Дети, страдающие нервной анорексией, отказываются поддерживать даже минимально нормальную массу тела. Они боятся набрать вес, и страх этот подкреплен — прежде всего — искаженным представлением о своем теле. Неважно, насколько худой на самом деле является девочка, она все равно кажется себе толстой и непривлекательной. Как правило, чем больше килограммов она теряет, тем сильнее искажаются ее представления о своем теле. Больные анорексией, не достигшие полового созревания, необязательно будут намеренно терять вес. У одних нехватка веса будет следствием резкого увеличения роста, другие не будут расти или у них будет задержка в росте, пока они не станут правильно питаться.

Если девушка страдает анорексией после полового созревания, то у нее прекращается менструация: в теле, изможденном голодом, уровень эстрогена достигает минимальных показателей. У девочек препубертатного возраста анорексия может отсрочить наступление первой менструации или затормозить весь процесс полового созревания. В любом случае, нехватка эстрогенов — это серьезный риск

для здоровья костей. У мужчин кости также могут пострадать из-за гормональных изменений, вызванных голоданием. В случае мальчиков, страдающих анорексией, понижение уровня тестостерона иногда приводит к уменьшению плотности костей.

### **Анорексия и подобные ей расстройства. Краткая история**

Добровольное голодание — это расстройство, известное еще со времен Средних веков. В европейских источниках XIII века упоминаются женщины-святые, которые держали пост и отказывались от еды в рамках религиозных практик. В 1689-м был зафиксирован самый ранний случай того, что сейчас принято называть нервной анорексией. Речь шла о 16-летнем мальчике из Англии.

К 1970-м годам термин “нервная анорексия”, обозначающий потерю аппетита, вызванную эмоциональными причинами, использовался для описания добровольного отказа от пищи. Подобные случаи были наиболее распространены среди верхушки среднего класса, в основном среди девушек из Европы и Америки. Однако историк Джоан Брумберг (Joan Jacobs Brumberg), автор книги *Fasting girls* (Голодающие девушки) утверждает, что современная анорексия сильно отличается от этих случаев. В первую очередь, из-за появления стандартов красоты, а также “массовой озабоченности диетами и поддержанием стройного женского тела в современной культуре”.

### **Типы анорексии**

Существует два типа анорексии. Первый — это ограничительный. В этом случае люди теряют массу тела, отказываясь от пищи, голодая или занимаясь длительными и изнуряющими тренировками, чтобы избавиться от калорий. Второй тип — переедание с очистительным поведением. Эти люди также ограничивают себя в еде, но для них характерны приступы переедания с последующими попытками избавиться от съеденного. Это может быть рвота, потребление слабительных или мочегонных средств, а также клизмы. Также у некоторых из тех, кто страдает этим типом анорексии, объективно нет приступов переедания, но они все равно “очищаются” после любого приема пищи, пусть даже речь идет о небольших порциях.

## **Распространенные триггеры**

Начало нервной анорексии часто может быть спровоцировано стрессовыми событиями: первым днем в школе, летнем лагере или колледже, насмешками по поводу веса, разрывом с бойфрендом, отказом быть принятым в футбольную команду — или проблемами в семье (например, разводом родителей). Другие общие факторы риска могут возникать у детей в семьях состоятельных и образованных родителей: ранние проблемы с питанием, низкая самооценка, невротизм (перепады настроения, повышенная эмоциональная чувствительность или приступы страха), гиперопека матери, родственников с анорексией или булимией (особенно, если это родитель или сиблинг, т. е. брат или сестра). К слову, однояйцевые близнецы находятся в особой зоне риска: если у одного разовьется расстройство пищевого поведения, то другой с высокой вероятностью тоже будет ему подвержен. Предпосылкой для возникновения анорексии может стать и сексуальное насилие в детстве (более подробно об этом описано в главе 18).

## **Анорексия у детей**

Долгое время считалось, что анорексия редко развивается до наступления полового созревания. Несмотря на отсутствие конкретных данных, терапевты и диетологи все чаще сталкиваются со случаями анорексии у детей препубертатного периода. Несмотря на то, что исследователи пока не зафиксировали увеличение количества именно детей, больных анорексией, все чаще специалисты диагностируют анорексию у девочек в возрасте до шести лет. Многие дошкольники ассоциируют худобу с чем-то хорошим, переживают о том, как не набрать вес и садятся на диеты для самосовершенствования.

Я работала с детьми от пяти лет до подросткового возраста и сталкивалась с разными случаями анорексии. Эксперты солидарны во мнении, что расстройства пищевого поведения вызывает комбинация генетических факторов (подробнее о генетике и расстройствах пищевого поведения речь пойдет в главе 8) и факторов окружающей среды. Среди детей, которых я лечила, анорексия была спровоцирована целым спектром разных жизненных ситуаций: попытками получить помощь, когда возникали нарушения в общении внутри семьи; переводом на домашнее обучение против воли ребенка; одиночеством после отъезда старшего брата или сестры в колледж; разводом родителей; болезнью в семье; диетой матери; булимией отца; постоянны-

ми замечаниями тренера, друзей или родных по поводу веса — или просто тем фактом, что другие девочки в школе ограничивают себя в питании. Недавно 13-летняя пациентка рассказала мне, что ее знакомство с булимией началось в летнем лагере. Одна из девочек учила других вызывать рвоту, чтобы потом они могли все вместе переедать.

Несмотря на увеличение количества детей, больных анорексией, родители могут быть спокойны. Исследования показывают, что те, кто проходит курс лечения в детстве и ранней юности, имеют более благоприятный прогноз, чем те, чье расстройство началось в более позднем возрасте.

### ***Общие черты и представления об анорексии***

На ранних стадиях анорексии ребенок становится одержим подсчетом калорий и жирности продуктов. Он исключает из рациона продукты, которые способствуют увеличению массы тела. Иногда девочки “ударяются” в вегетарианство, обосновывая это желанием “есть более здоровую пищу”, хотя по сути это является лишь способом контролировать прием жирной пищи. Больной анорексией всегда интересуется этикетками товаров и постоянно испытывает навязчивый страх съесть что-то жирное. Другие больные, особенно в юном возрасте, не тратят время на подсчет калорий и жира, а просто ограничивают прием пищи. Многим больным свойственно питаться только определенными продуктами, к потреблению которых они подходят с некой ритуальностью: например, делят еду на маленькие порции и жуют каждый кусочек определенное количество раз. Или же пьют диетические газировки и другие напитки, просто чтобы заполнить желудок не едой.

Не все люди с анорексией думают, что они толстые. Некоторые могут считать себя стройными, но все равно хотеть быть еще стройнее. Девушек часто волнуют “проблемные места” их тела, которые кажутся им слишком крупными.

Чаще всего это живот, ягодицы и бедра (подробнее о восприятии тела и анорексии описано в главе 8). Человек, страдающий анорексией, постоянно боится набрать вес и именно поэтому часто взвешивается, рассматривает свою фигуру в зеркале или изобретает собственные методы “замеров”. Одна из моих пациенток рассказала, что перестает считать себя толстой только тогда, когда на руках отчетливо выступают вены. Другая чувствовала удовлетворение только если монета помещалась у нее во впадине между ключицами. Регулярное измере-

ние объема бедер или талии с помощью сантиметра также является распространенной практикой. Наряду с ним существует и “лежачий метод”: больной ложится и проверяет, насколько глубоко проваливается живот между тазовыми костями. Пациенты рассказывали, что они клали на тазовые кости линейку, чтобы убедиться, что живот и линейка не соприкасаются друг с другом.

Из описанного выше видно, что страдающие анорексией — это одержимые личности, во много перфекционисты, которые не остановятся на достигнутом. Даже будучи образованными и адекватными людьми, они постепенно полностью “переключаются” и формируют свою самооценку исключительно за счет своего тела и его форм. Потеря массы тела становится для них признаком самодисциплины и большим достижением, а возвращение, наоборот, расценивается как провал и плачевный результат нехватки самоконтроля.

Страдающие анорексией часто считают себя экспертами по части питания и физических нагрузок, однако многие имеют неверные представления. Те, кто знает, что анорексия способна нанести вред здоровью, часто отказываются верить в то, что страдают этим заболеванием. Чем позже они осознают, что больны — тем сильнее успевают укорениться паттерны голодания, и тем тщательнее они стараются утаить свое поведение, отрицая любые проблемы со здоровьем.

Люди с анорексией обычно не просят о помощи и часто отрицают наличие у себя этого заболевания. Поэтому родители и другие члены семьи должны быть внимательными: если они подозревают у ребенка расстройство пищевого поведения, то вмешиваться нужно очень аккуратно и деликатно.

### ***Психические проблемы, сопутствующие анорексии***

Другие проблемы, вызванные голоданием, включают в себя депрессию, социальную самоизоляцию, раздражительность и бессоницу.

Обсессивно-компульсивное поведение также распространено среди страдающих анорексией. Оно проявляется в навязчивых мыслях о еде, внезапном интересе к кулинарии. Многие собирают рецепты, делают запасы еды — но при этом не едят ее. Подростки, у которых есть работа, часто работают в сферах, связанных с едой.

С одной стороны, сфера общепита — эта та область, в которой есть много доступной для тинэйджеров работы. Но, вполне возможно, что расстройства пищевого поведения отчасти “подталкивают” их в эту сферу.

Бетани рассказала мне, что, работая в местном магазине мороженого, она часто пробиралась в морозильное помещение и тайком ела мороженое, даже несмотря на невыносимый холод. При этом она никогда не позволяла себе делать это в присутствии других. Как видно из этой истории, сознание голодающего человека полностью фокусируется на еде, и он перестает обращать внимание на все остальное.

Как упоминалось ранее, многие больные анорексией — перфекционисты, часто страдающие обсессивно-компульсивным расстройством. Однако эти поведенческие черты не приходят к ним вместе с болезнью. Люди, склонные к перфекционизму и обсессивному поведению, находятся в зоне риска, но одно не всегда следует из другого. Исследователи полагают, что обсессивно-компульсивное поведение — как в случае с Бетани — может быть вызвано или усилено голоданием, но при этом не являться чертами личности самого больного. Именно поэтому наряду с восстановлением веса необходимо общение с психиатром, чтобы он диагностировал наличие или отсутствие этих расстройств.

Пациенты, страдающие анорексией, могут не любить есть на публике, страдать от чувства бесполезности, быть зависимыми от окружения, часто им тяжело выражать свои эмоции. Страдающие приступами переедания плохо контролируют свои импульсивные действия, поэтому более склонны к употреблению алкоголя и наркотиков, постоянным перепадам настроения или таким занятиям, как мелкое воровство.

Существует мнение, что более серьезные вторичные расстройства психики наблюдаются у тех, кто заболел анорексией непосредственно накануне полового созревания. У пациенток, заболевших анорексией раньше, возможно, меньшим было влияние сверстников или социо-культурального давления, и тогда более вероятно, что расстройство пищевого поведения является вторичным по отношению к базовым эмоциональным проблемам (чрезмерно перфекционистский характер, низкая самооценка или обсессивно-компульсивные черты, например), а не наоборот, как это бывает обычно.

В большинстве случаев после нормализации пищевого поведения, дети восстанавливают и свое эмоциональное состояние. Они учатся лучше справляться с эмоциональными проблемами и становятся более стойкими. Несмотря на то, что расстройства бывают болезненными, ужасными и сложными, мои пациенты часто описывали их преодоление, как хорошую “закалку” собственного характера.

### **Распространенность анорексии**

В последнее время число случаев заболевания анорексией среди девочек подросткового возраста растет. Анорексия занимает третье место среди хронических болезней у девушек этого возраста (после избыточного веса и астмы). Если говорить о взрослых, то распространенность анорексии почти не изменилась за последние годы. Однако стоит иметь в виду, что многие страдающие анорексией не знают своего диагноза и не получают необходимого лечения. По данным исследований, 1–4% женщин в Америке страдали анорексией в разные периоды своей жизни.

Распространенность детской анорексии, несмотря на отсутствие официальной статистики, продолжает увеличиваться. Родителям стоит помнить, что вопреки распространенному мнению, анорексией страдают и мальчики. Мужчины составляют всего одну десятую общего количества взрослых людей, страдающих анорексией. А вот среди подростков с анорексией мальчиков уже одна треть. Это значит, что родители мальчиков тоже должны обращать внимание на подозрительное поведение своих детей (более подробно речь пойдет в главе 5).

### **Лечение анорексии**

Курс лечения зависит от каждого конкретного случая — особенно, если до этого пациент не получал никакой помощи. Некоторые больные восстанавливаются после небольшого периода; другие проходят через сменяющие друг друга стадии набора и потери массы тела, а для третьих изменения становятся заметными постепенно, лишь после продолжительного лечения. Часто больные анорексией “переключаются” на булимию или компульсивное переедание. Анорексия способна привести к летальному исходу: чаще всего смерть наступает в результате истощения организма или низкого уровня калия. Анорексия также может подтолкнуть больного к суициду. Из-за столь высокой угрозы для жизни, важно распознать анорексию на ранних стадиях. Исследования показали, что чем раньше больной получает помощь, тем выше у него шанс выжить. Сейчас существуют эффективные методы лечения расстройств пищевого поведения. Люди, страдающие анорексией, часто не признают у себя наличия этого заболевания или пытаются скрыть его. Это приводит к потере драгоценного времени между фактическим появлением болезни и началом ее лечения.



## Нервная булимия

В отличие от больных анорексией, изнуряющих себя голодом, люди с булимией подвержены периодическим приступам переедания, которые чередуются с периодами компенсации, во время которых больной пытается “избавиться” от съеденного.

Для этого больные булимией могут провоцировать приступы рвоты, использовать слабительные средств или диуретики, а также сидеть на диетах и проявлять чрезмерное увлечение физической активностью.

### **Булимия. Краткая история**

Поведение, напоминающее булимию, упоминается в ряде античных источников (римский vomitorium был специальным местом для совместного “облегчения” между сытными трапезами). Однако сама булимия — явление относительно современное. Это слово заимствовано из греческого языка и может быть переведено как “бычий голод”. Веками булимией называли чрезмерный, ненасытный голод. Современная булимия — чередование периодов переедания и насильственной “очистки” организма — стала известна в 1930-е годы. Частота этого заболевания увеличилась после Второй мировой войны, а к 1960-м стала рассматриваться как одна из характеристик анорексии. В 1970-х булимия достигла масштабов эпидемии среди молодых девушек, поэтому ее стали рассматривать как отдельное расстройство пищевого поведения. В 1979-м году термин “нервная булимия” был окончательно введен в научный оборот.

### **Типы булимии**

Существует два типа булимии: с компенсаторным поведением и без него. В первом случае после очередного приступа переедания больной вызывает у себя рвоту или употребляет диуретики/слабительные средства. По второй типу больной не прибегает к насильственной очистке организма, а компенсирует переедание чрезмерными занятиями спортом или голоданием.

### **Распространенные триггеры**

Приступы переедания могут быть спровоцированы как депрессией, так и ненасытным чувством голода, возникшим после диеты или по-

стоянной “очистки”. По сути, булимия — это замкнутый круг. Обычно возникновению булимии предшествует стрессовое событие. Например, ребенок впервые покидает родной дом, сталкивается с постоянной критикой по поводу веса, переживает болезнь или смерть в семье, девушка расстается с парнем или начинает учебу в старшей школе. Также провоцирующими событиями могут быть первая менструация, первый половой контакт или аборт. Если кто-то из близкого окружения (родители, братья или сестры) страдают булимией, депрессией или алкоголизмом, это также увеличивает риск из-за комбинации генетических и внешних факторов.

### **Общие представления о булимии**

Самооценка человека с булимией, как и больного анорексией, почти полностью зависит от размеров и массы его тела. Больные булимией намеренно уменьшают количество потребляемой еды, что рано или поздно приводит к срыву, и развивается приступ переедания. Больные булимией воспринимают этот “срыв” как провал, хотя потребность в еде — это нормальная потребность истощенного организма. После приступа переедания вновь наступает период жесткого ограничения, который заканчивается срывом и новым приступом переедания. При переедании человек съедает намного больше, чем мог бы съесть за определенный период времени. Приступы переедания могут начаться в одном месте, а закончиться в другом. Например, больной может начать неконтролируемо есть на вечеринке или в ресторане, а закончить уже в одиночестве, сидя в комнате или ванной. Разные люди во время приступов фокусируются на разной еде, но чаще всего это сладкие, калорийные продукты. Когда начинается приступ, больной ест быстро, не контролируя себя, и продолжает до тех пор, пока не почувствует дискомфорт или даже боль, вызванную чрезмерным количеством еды.

Страдающие анорексией гордятся своей способностью жестко контролировать количество потребляемой пищи, а вот больные булимией всегда переживают из-за своего поведения или даже стыдятся его. Они пытаются скрыть свою проблему и, как правило, им это удается. Больные булимией могут воровать еду, чтобы съесть ее тайком, тратить все деньги на покупку еды и обязательно включают душ на максимум, чтобы никто не слышал, как они будут “очищаться” после приступа.

Пока больные анорексией упиваются своей силой воли, страдающие булимией во время приступов теряют всякий контроль. Их приступы, особенно на ранних стадиях расстройства, могут приводить их в ярость. Более того, они могут вызвать диссоциацию — чувство, что ты не хочешь жить в теле, которое наносит себе такой вред. После приступа резко портится настроение, наступает депрессия, и больной снова начинает ненавидеть себя.

Родителям бывает сложно распознать булимию: ребенок не доводит себя до явного истощения, а приступы переедания и “очистки” тщательно скрывает. По данным некоторых исследований, булимия начинается у детей (особенно, эти данные верны для мальчиков), которые весят больше, чем их ровесники.

### **Вызов рвоты**

Очистка или провоцируемые приступы рвоты — компенсация приступов переедания. Такое “очищение” используют 80–90% страдающих булимией. Вызов рвоты приносит мгновенное облегчение, освобождение от острого чувства дискомфорта, которое наступает после приступа переедания. Подобное “очищение” дарит чувство “отмены” калорийного ущерба, нанесенного телу. После очистки больные булимией вновь ощущают контроль над своим телом и на время возвращаются в нормальное состояние. Они чувствуют себя легкими, их живот снова становится плоским. Кажется, будто они “стерли” или решили свою проблему. Обычно за очисткой следует диета: ограничивается потребление калорий, жирной пищи и других продуктов, которые могут спровоцировать новый приступ. Но после очистки также может начаться и новый приступ переедания, который закончится новой очисткой — и так далее. Дети и подростки большую часть времени находятся под присмотром родителей, поэтому в их случае подобные циклы не могут длиться долго. У более взрослых людей, предоставленных самим себе, цикл “приступ — очистка” может длиться часами. Мои пациенты, учащиеся колледжа, рассказывали о том, что могли переедать и очищаться на протяжении целого дня или вечера.

Страдающие булимией чаще всего вызывают рвоту, засунув пальцы или ложку в рот, что стимулирует рвотный рефлекс. Но они могут также использовать слабительные средства или диуретики, а иногда — клизмы или сироп рвотного корня (ипекакуана).

### ***Голодание и чрезмерные физические нагрузки***

Больные булимией могут компенсировать приступы переедания голоданием в течение целого дня (или дольше), а также повышенными физическими нагрузками. Чрезмерное увлечение физическими нагрузками означает, что человек вовлекается в них в неподходящее время или в неподходящем месте. Например, ребенок просыпается посреди ночи и начинает бегать на месте или на остановках во время загородной поездки бегает вокруг машины. Иногда ребенок изнуряет себя, несмотря на травмы и медицинские осложнения. Мой совет родителям: если ваш ребенок занимается физическими упражнениями больше часа или больше раза в день, если его физические нагрузки превышают рекомендованные тренером, то стоит начинать волноваться (более подробно о физических нагрузках описано в главе 16).

### ***Проблемы, сопутствующие булимии***

Пациенты, страдающие булимией, более склонны к депрессиям или тревожным расстройствам. Однако нередко перемены настроения и чувства тревожности лишь совпадают с развитием расстройства пищевого поведения. После успешного лечения булимии эти расстройства могут и исчезнуть. Взрослые люди, страдающие булимией, имеют большую склонность к злоупотреблению веществами: подобное поведение наблюдается у половины пациентов. Они часто используют кофеин и никотин для контроля аппетита. Они могут также принимать таблетки для похудения или другие рецептурные препараты — по примеру их друзей или родителей.

Физическое здоровье большинства людей с булимией (если они не страдают нехваткой веса) не подвержено такому риску, как больные анорексией. Люди с булимией, наоборот, более внимательны и обеспокоены своим физическим состоянием. Они чаще жалуются на здоровье, чем люди с анорексией. Чаще всего они называют общие симптомы, вроде изжоги или чувства вздутия, не давая конкретной информации, которая помогла бы поставить верный диагноз. В некоторых случаях они не связывают эти симптомы с булимией. В других случаях, они разрываются между желанием скрыть свое расстройство и желанием бороться с ним (при помощи родителей или врача). Смущенные и стыдящиеся, они часто скрывают доказательства наличия у них расстройств.

У Кэлли, больной с хронической булимией, легко происходила рвота каждый раз, когда она наклонялась. Она не знала, что это — частый симптом, встречающийся у больных хронической булимией, и думала, что у нее заболевание пищеварительной системы. Ее мама подозревала у дочери булимию, но не была в этом уверена. Кэлли убедила маму записать ее к гастроэнтерологу, который мог бы найти корень проблемы. Но, как часто бывает в таких случаях, мама Кэлли не поделилась с доктором своими подозрениями, а сама Кэлли четко описала все симптомы, не упомянув о своей борьбе с булимией. В итоге, вместо лечения самой булимии, Кэлли выписали лекарства в связи с симптомами, вызванными булимией.

### ***Распространенность булимии***

Среди девушек-подростков и молодых женщин количество страдающих булимией составляет 1,5–5%. Количество мужчин с булимией пока точно не определено, но имеет тенденцию расти. Согласно исследованию Гарвардской медицинской школы, проведенному в 2007-м году, мужчины составляют 30% общего числа страдающих булимией.

В отличие от анорексии, рост которой, как мы считаем, наблюдается среди детей, булимия в этом возрасте возникает редко. Тем не менее, практикующие врачи отмечают, что их новые пациенты становятся все моложе и моложе. До сих пор считалось, что булимия проявляется в старшей школе или колледже. Многие пациенты, с которыми я сталкивалась в своей практике, признавались в том, что страдали булимией с шестого или седьмого класса. Исследователи не могут составить полное представление о масштабах детской булимии, потому что дети часто обращаются за помощью в более старшем возрасте или им ставят диагноз только через несколько лет после реального начала болезни.

### ***Лечение булимии***

Приступы переедания, характерные для булимии, обычно начинаются во время или после строгой диеты. Подобное самоограничение может привести к потере веса, после которой “запускается” цикл приступов переедания и очисток. Иногда человек может случайно переест, а потом попробовать очиститься, но понять, что эта практика явно не для него. В других случаях, булимия может быть эпизодической. В любом случае, без лечения она легко перейдет в хроническую

форму и осложнит жизнь человека. Как и все расстройства пищевого поведения, чем раньше начать лечение, тем выше вероятность восстановиться в полной мере.

## Компульсивное переедание

Дети и подростки периодически страдают приступами переедания, но необязательно компенсируют их методами, описанными выше.

Во время приступов переедания, как и при булимии, больные не контролируют количество потребляемой пищи. Они едят быстро, без разбора, часто даже не будучи голодными. Обычно они делают это тайком, стыдясь и испытывая чувство отвращения к себе. Однако как бы сильно ни старались, они не могут остановить переедание. Когда приступ подходит к концу, больные чувствуют смесь отвращения к себе, вины и депрессии. Как правило, приступы переедания — это последствие нескольких неудачных попыток придерживаться диет.

Компульсивное переедание можно узнать по тайному потреблению пищи, вранью о еде или просто постоянному исчезновению еды. Порой дети, не имея расстройств пищевого поведения, склонны к приступам переедания. Это может происходить из-за строгости родителей, которые ограничивают доступ ребенка к тем или иным продуктам. Если родители чрезмерно строги в этом плане, это увеличивает риск развития у ребенка расстройств пищевого поведения.

Как и больные булимией, люди с компульсивным перееданием испытывают стресс из-за своей неспособности остановиться после начала очередного приступа. Но в отличие от больных булимией, они не провоцируют рвоту, не используют слабительные средства или диуретики, не голодают и не переходят к чрезмерным физическим нагрузкам. Иногда они могут прибегать к этим “компенсаторным практикам”, но все же не так часто, как люди с булимией.

### **Компульсивное переедание. Краткая история**

Одним из первых компульсивное переедание стал исследовать Альберт Станкард (Albert Stunkard). Он отметил, что приступы переедания являются одними из старейших видов расстройств пищевого поведения: их история может насчитывать до двух тысяч лет. Компульсивное переедание упоминалось в античных источниках (у Гомера и Гиппократ), а также было описано в ранней литературе по

медицине. Однако вплоть до середины XVIII века приступы переедания не рассматривали как патологию. Только в XIX веке подобное пищевое поведение стало считаться aberrантным (отклонением от нормы). В 1959-м году компульсивное переедание было впервые описано в современной медицинской литературе. Почти сразу оно было причислено к расстройствам, схожим с анорексией. Позже, когда была описана булимия, компульсивные переедания стали относить к этому типу расстройств. И только с середины 1990-х годов компульсивные переедания стали считать особым типом расстройства пищевого поведения.

### **Распространенные триггеры**

Компульсивное переедание может быть спровоцировано депрессией, ощущением тревоги или другими эмоциями. Таким образом человек пытается “стабилизировать” или облегчить на время свое состояние. Люди могут прибегать к помощи пищи на фоне конфликтов в семье или неприятностей в школе.

Часто ребенок или подросток начинает страдать приступами после значительной потери массы тела в результате диеты. Многие исследования демонстрируют, что постоянные диеты приводят к приступам переедания. “Сидящие” на диете намеренно ограничивают себя в еде, но потом гиперкомпенсируют это съеденным во время приступа. Было проведено исследование с участием людей, которые во время Второй мировой войны были заключенными и потеряли значительную часть веса. У них приступы переедания случались более часто, чем у людей, которые не голодали в тюрьмах. Данные исследования позволяют говорить о приступах переедания как о естественной реакции организма на голодание или на его более современный вариант — на диету.

Элиза всегда была плотным ребенком, но перед началом старшей школы решила сбросить вес. Для этого она сократила потребление калорий до 300 и меньше. Но вес все равно не снижался так быстро, как ей хотелось бы. В конце концов, периоды диеты стали чередоваться приступами переедания. И подобный цикл “диета — переедание — диета” привел к тому, что Элиза стала весить больше, чем весила до диеты. Ее диета привела к противоположному результату — набору избыточной массы тела.

## **Характеристики человека, страдающего компульсивными перееданиями**

Приступы переедания начинаются в позднем подростковом возрасте или после 20 лет. Но в своей практике я сталкивалась с подростками и даже детьми, которые страдали от них. Люди, которым свойственно компульсивное переедание, как правило, имеют больший вес по сравнению с больными, у которых диагностированы другие расстройства пищевого поведения. Их вес также подвержен более частым колебаниям. Приступы переедания не всегда приводят к набору веса, особенно среди подростков и молодых спортсменов, у которых еще нет проблем с метаболизмом. Из-за нормального веса родители могут и не заметить, что их ребенок страдает приступами переедания.

Бывает даже сложно увидеть разницу между приступами переедания и просто хорошим аппетитом, свойственным растущему организму или молодому спортсмену. Подростки могут называть любое резкое увеличение потребляемой еды “приступом”. Чтобы потребление еды было классифицировано как приступ, человек в момент приема пищи должен испытывать чувство потери контроля над собой, а после — стыдиться своего поведения. Подобное поведение также должно повторяться.

Компульсивные переедания — особенно в случае ребенка с нормальной массой тела — не кажутся многим родителям причиной для беспокойства. Тем не менее, не рекомендуется оставлять это без внимания. При отсутствии бдительности со стороны родителей такие приступы могут перерасти в развернутое расстройство пищевого поведения. Нередки случаи, когда в результате переедания человек набирает лишний вес, который “активирует” булимию или анорексию. Компульсивные переедания негативно сказываются и на самооценке: после приступа человек чувствует себя виноватым и стыдится своего поведения.

Один из моих пациентов, 14-летний Дэвид, рассказал мне, что стал чувствовать физическую зависимость от приступов переедания. Он отчаянно хотел остановиться, но просто не мог. Те, кто подобно Дэвиду, страдают приступами переедания, не скрывают, что расстройство мешает их отношениям с другими людьми и способности быть в ладу с самими собой. Компульсивные переедания вызывают чувство ненависти к себе, отвращение к размерам своего тела, депрессию и постоянную тревогу по поводу набора веса. Как и в случае булимии,



страдающие приступами переедания больше склонны к любым злоупотреблениям.

Латрис несколько раз сидела на весьма суровых диетах, которые затем компенсировала приступами переедания. Чтобы сбросить вес, она стала принимать биодобавки с эфедрином — стимулирующим веществом, которое может вызвать проблемы с сердцем и даже привести к смерти. Латрис прочитала в Интернете, что эфедрин способствует улучшению обмена веществ, сжигает жир и снижает аппетит. Она надеялась, что так все и будет. После того, как ее врач предупредил о возможных последствиях приема эфедрина, Латрис поняла, что просто не может прекратить принимать его (более подробно об эфедрине описано в главе 5).

### ***Распространенность приступов переедания***

В отличие от больных булимией и анорексией, приступам переедания подвержены примерно равное число мужчин и женщин. Около 40% страдающих этим расстройством — мальчики и мужчины.

В США зафиксировано колоссальное увеличение числа людей с избыточной массой тела. В качестве причин часто называют недостаток физической активности, рост потребления уличной еды (джанк-фуда) и огромные порции, свойственные американской сфере общепита. Дети с избыточной массой тела, с которыми я сталкивалась в своей практике, также страдали приступами переедания, что может быть одной из причин увеличения процента полных людей (см. главы 14 и 15, в которых описана программа питания для страдающих компульсивными перееданиями).

Масштабное исследование, проведенное в Миннесоте с участием 5000 детей, показало, что среди молодого поколения 30% мальчиков и 46% девочек страдают приступами переедания. Но приступы переедания не только вносят свой вклад в дело ожирения всей страны, они также могут привести к суициду. Во время опроса среди детей и подростков, подверженных приступам переедания, 28,6% девочек и 27,8% мальчиков признались в том, что предпринимали попытки самоубийства.

Еще я заметила, что, хоть мальчиков и девочек среди моих пациентов было примерно поровну, родители обычно больше беспокоятся именно о дочерях, страдающих приступами переедания. Это связано с тем, что хороший аппетит считается нормой для мальчиков. Именно

поэтому родители часто не замечают, что их сын страдает приступами переедания (подробнее о том, как по-разному родители реагируют на булимию и анорексию своих сыновей, описано в главе 5). Мой пациент Брэд набрал почти 23 кг, пока его родители и педиатр не обратили внимание на его пищевое поведение. Родители Джинны, наоборот, проконсультировались со мной сразу же, как только узнали, что вместе с их дочерью в лагере была девочка, страдающая приступами переедания после диет. Они переживали, что их 14-летняя Джина, милая и стройная, тоже может оказаться в зоне риска. Они знали, что она переживает, что не может быть такой стройной, как хотелось бы, поэтому попросили у меня совета, как избежать осложнений.

## **Атипичные расстройства пищевого поведения**

Многие пациенты, проходящие курс лечения от расстройств пищевого поведения, имеют свою специфику расстройства. Поэтому Американская психиатрическая ассоциация создала для этих случаев отдельную категорию — АТИПИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ (АРПП). Профессиональное сообщество использует обозначение АРПП для расстройств пищевого поведения, которые не совсем соответствуют уже известным случаям. Подобные расстройства признаются отдельным обособленным классом.

У пациенток, страдающих АРПП, могут, например, проявляться все признаки анорексии, включая серьезную потерю массы тела, но при этом отсутствовать нарушение менструального цикла. Или же больные могут сохранять нормальную массу тела, несмотря на резкое снижение количества потребляемой пищи. Последнее чаще всего происходит с полными детьми: никто не подозревает у них анорексию, потому что даже из-за значительной потери веса внешне эти дети все равно не выглядят истощенными. В других случаях АРПП пациенты во время приступов могут жевать, а потом не глотать еду, а просто выплевывать ее.

АРПП особенно распространены среди подростков, чье поведение еще не успело укорениться столь сильно, как у более взрослых пациентов. Например, расстройства булимического спектра могут относиться к АРПП, если они проявляются в течение максимум трех месяцев или если периоды “переедание — рвота” случаются реже, чем два раза в неделю.

В любом случае, я всегда говорю родителям, что даже если ребенку диагностировали АРПП, это не значит, что проблемы не существует, и лечение не требуется. АРПП — подобно булимии и анорексии — может представлять угрозу для здоровья ребенка, вынуждая его испытывать также эмоциональные страдания.

## **Анорексия, булимия, приступы переедания и атипичные расстройства пищевого поведения не являются взаимоисключающими**

Несмотря на то, что мы описали разные расстройства пищевого поведения, родители должны понимать, что в жизни, оказывается, их не так просто “отделить” друг от друга. Страдающий анорексией может чередовать голодание с перееданием и даже очисткой. Это является весьма частым сценарием для ограничительного типа анорексии: после месяцев или даже лет голодания и жесткого самоконтроля больной, наконец, уступает непрекращающимся мыслям о еде и начинает переедать (или переходит к булимии). У 50% пациентов с анорексией развиваются симптомы булимии — и наоборот.

## **Есть ли у вашего ребенка расстройство пищевого поведения?**

Мы подробно описали, как выглядят сформировавшиеся расстройства пищевого поведения. Еще раз хотим отметить: чем раньше они будут обнаружены, тем легче и эффективнее их можно вылечить. Да, заметить расстройство на ранней стадии намного сложнее, чем посреди явного кризиса. Как узнать, что вашему ребенку угрожает расстройство пищевого поведения? Специально для родителей мы составили список наиболее распространенных признаков различных расстройств пищевого поведения. Это исчерпывающий список, задача которого — помочь, подсказать и указать то, на что родителям стоит обратить внимание. Необходимо во многом довериться своей интуиции и тому, что вы знаете о своем ребенке, быть наблюдательным и доверять своим родительским инстинктам. Так вы сможете более научно подойти к обнаружению возможных расстройств пищевого поведения.

Первый список — это признаки, характерные для всех расстройств пищевого поведения. Если вы отметили более восьми пунктов в любом из списков, то, скорее всего у вашего ребенка серьезные проблемы, и следует немедленно обратиться к врачу. Если вы отметили пять–восемь пунктов, следует использовать превентивные меры, о которых более подробно будет рассказано в главе 3. Не оставляйте ребенка без внимания, чтобы количество признаков не увеличилось! Если вы отметили лишь несколько признаков, но все равно беспокоитесь, лучше всего поделиться своими опасениями с врачом. Он поможет разобраться в ситуации.

---

### СПИСОК 1. ОБЩИЕ ПРИЗНАКИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

---

- У ребенка наблюдаются явные изменения массы тела (как увеличение, так и потеря).
- У ребенка наступает раннее половое созревание или он превышает нормы роста и веса, соответствующие его возрасту (это может привести к чрезмерной озабоченности внешним видом).
- Ребенок сидит на диетах.
- Ребенок становится придирчив к еде, начинает беспокоиться о количестве жира в продуктах.
- У ребенка неожиданно возникает интерес к составу продуктов, особенно к калорийности и содержанию жиров.
- Ребенок принимает решение стать вегетарианцем.
- Ребенок отказывается от десерта.
- Ребенок пропускает приемы пищи (особенно завтраки).
- Ребенок пьет чрезмерное количество воды, диетических напитков, кофе или других безалкогольных напитков.
- Ребенок часто жалуется на чувство тяжести и вздутия, запоры, диарею, боль в желудке и тошноту, приступы рвоты.
- Ребенок врет о приемах пищи.
- Ребенок чувствует себя огорченным или виноватым после приема пищи.
- Ребенок часто переживает о размерах и формах своего тела.

- Ребенок проявляет неожиданный интерес к спорту или дополнительным физическим нагрузкам — к основным занятиям спортом.
- Ребенок стремится быть лучшим в спорте
- Ребенок увлекается “спортом для худых” (танцами, балетом, фигурным катанием, гимнастикой).
- Ребенок увлекается видами спорта, в которых есть весовые категории (рестлингом, боевыми искусствами).
- Ребенок увлекается видами спорта, в которых вес влияет на результат (спортивным бегом, бегом на лыжах).
- Ребенок проявляет склонность к перфекционизму.
- У ребенка снижается самооценка.
- У ребенка наблюдаются с перепады настроения, и он в целом выглядит менее счастливым.

Три следующих списка посвящены отдельно анорексии, булимии и приступам переедания. В каком из списков вы отметите больше пунктов, такое расстройство пищевого поведение, вероятнее всего, наблюдается у вашего ребенка (полное объяснение симптомов и лабораторные исследования, связанные с расстройствами пищевого поведения, описаны в главе 6).

---

## СПИСОК 2. РАННИЕ ПРИЗНАКИ АНОРЕКСИИ

---

- Показатель массы тела ребенка не увеличивается или становится меньше.
- Ребенок отрицает свою очевидную худобу и потерю массы тела.
- Ребенок постоянно жалуется на холод и носит несколько слоев одежды.
- Руки и ноги ребенка холодные на ощупь, иногда могут быть слегка синими.
- У ребенка наблюдается выпадение волос: больше волос остается на подушке или расческе. Сами волосы выглядят более тонкими и сухими.
- У ребенка появляется младенческий пушок на лице и теле.

- Из-за обезвоживания организма ребенок плачет без слез.
- Из-за избытка каротина, вызванного чрезмерным потреблением овощей и/или проблемами с печенью, кожа ребенка приобретает желтоватый оттенок.
- Ребенок жалуется на головокружение.
- Ребенок падает в обморок.
- Ребенок ограничивает себя в потреблении жидкостей.
- Ребенок постоянно готовит еду для других, но сам оказывается есть.

---

### СПИСОК 3. РАННИЕ ПРИЗНАКИ БУЛИМИИ

---

- Вы обнаруживаете свидетельства того, что ребенок принимал слабительные средства, диуретики или таблетки для похудения.
- Ребенок постоянно жалуется на “расстройство желудка” и то, что “еда плохо укладывается”.
- Ребенок постоянно жалуется на симптомы, напоминающие изжогу (очень частый симптом наличия у детей расстройства пищевого поведения), постоянную боль в горле, хрипоту и трудности при глотании.
- У ребенка постоянно опухшее лицо или щеки.
- На обратной стороне рук у ребенка краснота или мозоли (так называемые “рвотные мозоли”).
- У ребенка наблюдается покраснение вокруг рта из-за контакта кожи с желудочным соком.
- У ребенка появляются маленькие красные точки вокруг глаз или лопаются сосуды в глазах (это происходит в результате напряжения во время приступа рвоты).
- У ребенка портятся некогда здоровые зубы (появляется кариес). (Также смотрите следующий список).

---

## СПИСОК 4. РАННИЕ ПРИЗНАКИ ПРИСТУПОВ ПЕРЕЕДАНИЯ

---

Следующие признаки также характерны для поведения, свойственного булимии (см. список 3).

- Ребенок постоянно сидит на диетах, периодически “соскакивая” с них.
- Ребенок бесконтрольно потребляет пищу, хочет контролировать этот процесс, обещает его контролировать, но не может.
- Ребенок ест, даже когда не голоден.
- Ребенок постоянно жалуется, что объелся.
- Ребенок быстро ест.
- Ребенок много ест, когда ему грустно, он злится или находится в депрессии.
- Ребенок ест тайком.
- Из кухни и холодильника пропадает еда.
- Во время визитов к врачу отмечается, что показатели массы тела ребенка значительно выше ожидаемых.

## ВЫВОДЫ

Если после знакомства с этой главой и, особенно со списками признаков различных расстройств, у вас все равно остались сомнения по поводу пищевого поведения ребенка, я советую обратиться к местным специалистам. Терапевты, специалисты по питанию и педиатры чаще всего выслушают ваши опасения. Мой опыт показывает, что если родитель звонит мне и спрашивает совета, значит, у него есть основания для опасений.

Как видно из списков выше, наиболее очевидные индикаторы расстройств пищевого поведения — это быстрые и значительные изменения массы тела ребенка (в обе стороны), а также заметные изменения в его отношении к еде и физическим нагрузкам. Стоит обратить внимание, что обнаружить расстройства пищевого поведения у ребенка иногда может быть сложно. Часто вместо потери веса, ребенок может просто недобирать в росте или у него может наблюдаться позднее половое созревание, поэтому родители не замечают, что у него — расстройства пищевого поведения. Обнаружение признаков усложняется

еще и тем, что дети обычно скрывают наличие у них проблем с пищевым поведением.

Если ребенок боится набрать вес или боится полноты в целом, если из-за этого он ограничивает себя в еде или отказывается от жирной и калорийной пищи, — нельзя оставлять подобное поведение без внимания.

Когда вы пытаетесь разобраться в диагнозе, нужно учитывать, что существуют физиологические и психические заболевания, симптомы которых могут быть похожи на расстройства пищевого поведения. Например, синдром раздраженного кишечника, болезнь Крона, болезнь Аддисона, диабет или заболевания щитовидной железы можно спутать с расстройством пищевого поведения.

В свою очередь, психические нарушения, такие как обсессивно-компульсивное расстройство или депрессия могут приводить к отказу от еды и потере веса. Подобные заболевания лечат или медикаментозно, или с помощью психотерапии. Мы уже отмечали, что расстройства пищевого поведения могут вызывать проблемы с психикой, и что в этом случае необходимо сначала наладить питание, а затем подождать какое-то время. Возможно, тогда поведенческие и эмоциональные проблемы благополучно исчезнут. Однако необходимо отметить, что время от времени вместе с расстройствами пищевого поведения возникают и другие психические болезни. В этом случае лечить необходимо и расстройство пищевого поведения, и сопутствующее ему психическое расстройство (более подробно о применении лекарств во время лечения расстройств пищевого поведения описано в главе 18).

Если вы не находите в поведении вашего ребенка признаков расстройств пищевого поведения (например, очевидного желания сбросить вес, проблем с восприятием внешности или свидетельств того, что ребенок переедает или вызывает рвоту), но он все равно теряет вес или его периодически тошнит, необходимо пройти обследование у врача. Это позволит исключить другие объяснения. Вне зависимости от того, диагностировали ребенку физиологическое заболевание или легкую форму расстройства пищевого поведения (см. следующую главу), мы рекомендуем действовать немедленно и продуманно (более подробно о том, как действовать описано в части IV).