

От автора

Меня зовут Ирина Ушкова. Я клинический психолог, специализируюсь на расстройствах пищевого поведения и помогаю людям налаживать отношения с едой и собственным телом. В моей работе я постоянно встречаю людей, у которых мысли о питании, весе и внешности занимают так много места, что на остальную жизнь почти не остается сил. Для них я и написала эту книгу.

Она адресована тем, кто устал от диет, перееданий, чувства вины после еды и постоянного недовольства собой. Тем, кто уже знает о своем расстройстве пищевого поведения, и тем, кто пока только замечает, что отношения с едой стали сложными. А еще — близким, которые хотят лучше понять происходящее и поддержать дорогого человека.

Перед вами второе, переработанное и дополненное издание. В первом издании я рассказывала, как устроены расстройства пищевого поведения и какие шаги помогают восстановить питание, уменьшить страх перед едой и научиться бережнее относиться к своему телу. Эти задачи остаются

приоритетными и сейчас. Но я хотела дополнить книгу темами, без которых разговор о пищевом поведении был бы неполным.

В этом издании появилась отдельная часть для родителей. Расстройства пищевого поведения встречаются и у подростков, а трудности с едой и недовольство телом могут долго оставаться незамеченными или восприниматься как обычные возрастные переживания. Я расскажу, на что стоит обратить внимание, как снизить риск развития РПП и как поддержать ребенка, если он уже заболел.

Еще одна новая тема – особенности питания при синдроме дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и аутизме. Чувствительность к вкусам, запахам и текстурам, трудности с распознаванием голода или организацией приемов пищи могут делать привычные рекомендации неудобными и даже невыполнимыми. Поэтому здесь мы будем искать способы наладить питание с учетом этих особенностей.

Наконец, мы поговорим о том, как жить в мире, где кажется, что все вокруг делают уколы для похудения. Как относиться к чужому снижению веса, справляться со сравнением и сохранять собственные ориентиры, когда обещания изменить тело звучат отовсюду.

Мне хочется, чтобы эта книга помогла вам лучше понять себя или своего близкого и увидеть, какие шаги можно предпринять. Чтобы еда перестала быть ежедневным испытанием, а забота о теле оставляла место для самой жизни – отношений, интересов, работы, отдыха и удовольствия.

ГЛАВА 1

РПП — это серьезно

Расстройства пищевого поведения — это группа психиатрических заболеваний, при которых люди чрезмерно сфокусированы на собственном весе и стараются влиять на него несамыми здоровыми способами.

Речь о жестких ограничениях в питании, чрезмерных тренировках, злоупотреблении лекарствами и компенсаторным поведением.

Отдельные нездоровые формы поведения, по которым сейчас диагностируют пищевые расстройства, известны еще со времен Древнего Рима. Мужчины во время пиршеств вызывали у себя рвоту, чтобы можно было продолжить переедание. В Средние века известны случаи нервной анорексии: женщины морили себя голодом из религиозного фанатизма.

Современные стереотипные представления о внешности создают особо питательную почву для развития таких расстройств. Согласно статистике, число больных РПП в

мире в 2013–2018 годах удвоилось по сравнению с началом 2000-х и составило почти 70 млн человек¹. Минимум одно расстройство в течение жизни переживают приблизительно 2,2 % мужчин и 8,4 % женщин, то есть практически каждая десятая женщина. Пандемия ухудшила ситуацию с РПП и одновременно усложнила оценку их распространенности. Данные показывают рост выявленных случаев, потребности в помощи и ухудшение симптомов у многих людей с РПП. Особенно убедительны результаты для девочек-подростков. В британском исследовании медицинских записей более 9 млн молодых людей число впервые зарегистрированных РПП за первые два года пандемии было на 42,4 % выше ожидаемого у девочек 13–16 лет и на 32 % – у девушек 17–19 лет².

Мы видим отчетливую тенденцию, что РПП не обходят стороной никого, эта группа заболеваний молодеет и стареет буквально на наших глазах. Первые мысли о похудении и недовольство телом могут появляться уже в 7–9 лет. В 10–12 лет резко возрастает частота диетического поведения и ограничений в еде. Около 15–20 % случаев нервной анорексии начинаются до 12 лет³. А в одном исследовании описаны случаи первого возникновения РПП в возрасте от 40 до 77 лет⁴.

1 Galmiche M., et al. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review // URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31051507/>.

2 Trafford A. M., et al. Temporal trends in eating disorder and self-harm incidence rates among adolescents and young adults in the UK in the 2 years since onset of the COVID-19 pandemic: a population-based study // URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37352883/>.

3 Eating Disorders // URL: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/eating-disorders>.

4 Beck D., et al. Truly late onset of eating disorders: a study of 11 cases averaging 60 years of age at presentation // URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8953326/>.

Ошибка думать, что худые, стройные, спортивные люди не могут страдать таким расстройством. Оно может возникнуть при любом весе, и это не только широко известная нервная анорексия. Наоборот, менее чем у 6 % людей с расстройствами пищевого поведения присутствует дефицит веса¹. А вот у людей с избыточным весом вероятность развития расстройств пищевого поведения в 2,45 раза выше, чем у пациентов с нормальным весом, но при этом диагноз им ставится вдвое реже, чем пациентам с нормальным или недостаточным весом².

Расстройство пищевого поведения не расист: оно встречается среди жителей всех континентов. Оно не смотрит, есть ли у вас диплом о высшем образовании. Одинаково «любит» людей, вне зависимости от их уровня знаний или интеллекта. РПП за равные права между мужчинами и женщинами: оно диагностируется чаще у женщин, но встречается у мужчин. При этом уровень заболеваемости расстройствами пищевого поведения среди мужчин растет быстрее, чем среди женщин³.

СМЕРТЕЛЬНЫЕ РИСКИ

У расстройств этой группы высокая летальность. Каждые 52 минуты один человек в мире умирает непосредственно от

1 Flament M. F., et al. Weight Status and DSM-5 Diagnoses of Eating Disorders in Adolescents From the Community // URL: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856715000763>.

2 <https://journalofethics.ama-assn.org/article/overreliance-bmi-and-delayed-care-patients-higher-bmi-and-disordered-eating/2023-07>

3 Gorrell S., et al. Eating Disorders in Males // URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1056499319300641?via%3Dihub>.

их последствий¹. У людей с РПП в 8,5 раза выше риск умереть от суицида, чем у остальных².

Расстройство пищевого поведения часто развивается вместе с другими психиатрическими заболеваниями, что ухудшает течение и прогноз обоих или даже нескольких расстройств. Более половины случаев РПП сопровождаются тревожными расстройствами, обсессивно-компульсивным расстройством, депрессией, зависимостями, расстройствами личности, посттравматическим стрессовым расстройством, расстройством аутистического спектра или синдромом дефицита внимания и гиперактивности³.

Иногда РПП проходит самостоятельно, без какого-либо профессионального вмешательства, но в ряде случаев переходит в хроническую стадию. Ко мне не раз обращались за помощью женщины, которые болели более 30–40 лет. При этом абсолютное большинство людей, страдающих РПП, никогда не получали профессиональной помощи. Мне хочется, чтобы люди увидели, насколько серьезна эта проблема. Оглянитесь по сторонам: как много людей в вашем окружении не переживает за свою фигуру, не худеет к отпуску или к юбилею, сколько людей без вины и тревоги едят вкусную еду? Их очень мало! Мы живем в эпоху скрытой эпидемии РПП, о которой совсем не говорят. И если ничего не предпринимать, рост этой эпидемии будет продолжаться.

1 Strategic Training Initiative for the Prevention of Eating Disorders (STRIPED) // URL: <https://hsph.harvard.edu/research/eating-disorders-striped/research-reports/economic-costs-eating-disorders/>.

2 Semchishen S. N., et al. All-cause and cause-specific mortality risk in individuals with eating disorders: systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors // URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41536100/>.

3 Hambleton A., et al. Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature // URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9442924/>.

ВИДЫ РАССТРОЙСТВ

Я расскажу о разных видах расстройств, но очень прошу вас воздержаться от соблазна поставить себе или кому-то из своего окружения диагноз. Самодиагностика обычно неточна, а порой и вредна. Диагностикой РПП занимается именно врач-психиатр, а не невролог или гастроэнтеролог. Но так как это нарушение в поведении, мыслях и способе эмоциональной регуляции, оно не поддается лечению назначением медикаментозной терапии. Поэтому психиатр нам нужен для диагностики, а лечением будет заниматься психолог или психотерапевт, причем предпочтение надо отдавать тем специалистам, у которых есть подготовка в работе с РПП, и они работают в преимущественно поведенческом подходе.

Итак, какие расстройства пищевого поведения встречаются?

Нервная анорексия — самое «популярное» расстройство, в том смысле, что самое известное, но встречается реже всех (около 1 % от общего числа расстройств). При нем человек значительно снижает вес, обычно сильно ниже здорового по сравнению со своим биологически приемлемым весом (об этом подробнее в 5 главе), сильно ограничивает себя в питании, очень боится набрать потерянные килограммы и видит себя совсем не так, как окружающие. Нервная анорексия первой появилась в международных классификаторах болезней, ее изучению посвящено большинство научных трудов.

Ее нельзя объяснить только влиянием культуры, социальных сетей или семейного воспитания. Исследования близнецов показывают, что наследуемость анорексии составляет примерно 50–60 %, то есть до 60 % риска развития этой болезни связано именно с генами, а не влиянием среды.

Знаете ли вы?

Нервная анорексия встречается реже, чем все другие виды РПП: менее чем 1 % всех случаев. Считается, что процент нервной анорексии в популяции остается стабильным. Британский психиатр Артур Крисп выдвинул предположение, что такое поведение, характерное для анорексии, как повышение активности, снижение ощущения голода, сосредоточенность и настойчивость, могло быть эволюционным преимуществом в условиях дефицита еды, в которой человечество формировалось. То есть, когда племя умирало от голода, один из его членов, у которого были гены анорексии, мог найти еду и спасти всех. Поэтому эти гены продолжали передаваться следующим поколениям.

Крупное генетическое исследование выявило связь анорексии не только с такими психиатрическими расстройствами, как обсессивно-компульсивное расстройство, шизофрения, депрессия, но и с метаболическими особенностями (например, более низким весом, хорошей чувствительностью к инсулину, высоким уровнем «хорошего» холестерина)¹. Поэтому сейчас нервная анорексия считается метаболическо-психиатрическим расстройством. Это исследование показывает, что некоторым людям с анорексией трудно начать есть не только из-за психологических причин, но и их организм иначе реагирует на потерю и восстановление веса. Им часто бывает сложно удержать восстановленный вес, что может приводить к хроническому течению болезни.

1 Duncan L., et al. Significant Locus and Metabolic Genetic Correlations Revealed in Genome-Wide Association Study of Anorexia Nervosa // URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28494655/>.

Нервная анорексия по показателям смертности уступает лишь зависимости от запрещенных препаратов. Смерть может наступить в результате нарушения сердечной деятельности вследствие недоедания.

Слугай из жизни

Аня всегда была отличницей, закончила школу с золотой медалью, а вуз с красным дипломом. Сейчас она работает в престижной компании, увлекается фитнесом и готовкой. Только сама свои торты и пирожные не ест — угощает друзей и коллег. Задумывается открыть свою кондитерскую. Единственное, что ее волнует, — это отсутствие менструации. Гинекологи говорят, что ничего, кроме низкого веса, не мешает ей забеременеть. Аня понимает, что ей надо больше есть, но она очень боится потерять ту форму, над которой так долго работала. Она следит за питанием, много занимается спортом. Близкие и друзья восхищаются Аниной силой воли, работоспособностью и умением оставаться всегда позитивной. Аня несколько раз теряла сознание на рабочих совещаниях, приезжала «скорая», врачи говорили, что у нее очень низкие давление и пульс. Советовали обратиться к кардиологу. Кардиолог, в свою очередь, направил к психиатру, который поставил ей диагноз «нервная анорексия» и назначил психотерапию с психологом по пищевому поведению.

У нервной анорексии существует сестра-двойняшка — **атипичная нервная анорексия**. Есть некоторая неприятная ирония в том, что она называется атипичной, но при этом встречается в разы чаще¹. При атипичной нервной

1 Hambleton A., et al. Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature // URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9442924/>.

анорексии присутствуют все симптомы, которые есть при типичной нервной анорексии, но вес может быть в рамках медицинской нормы и даже выше. В таком случае многие специалисты испытывают трудности при диагностике, и сам человек долго не может поверить, что действительно болен.

Случай из жизни

Маша с детства была крупнее сверстников. Уже в 5 лет воспитательница в детском саду советовала ей отказаться от булочки, чтобы «самой не стать булочкой». Маша выросла, но проблема веса заботит ее до сих пор. При каждом походе к эндокринологу ей советуют снижать вес и ставят диагноз «ожирение 1-й степени». Маша питается на 800 ккал, ходит по 10 тыс. шагов в день, но похудеть не получается.

Она старается одеваться так, чтобы «не подчеркивать свои недостатки». Маша очень любит путешествовать и отдыхать на морском побережье, но не может себе позволить появиться в купальнике на пляже, поэтому выбирает городской отдых.

Нервная булимия – второй по известности вид РПП, «болезнь принцессы Дианы». Для нервной булимии характерны приступы переедания, когда за короткий промежуток времени съедается нетипично большой объем пищи, вслед за которым всегда следуют разного рода компенсации: вызывание рвоты, применение слабительных или мочегонных лекарств, компенсаторные тренировки. При нервной булимии самооценка человека зависит от того, насколько удастся контролировать вес и фигуру. Нервная булимия более распространена, чем нервная анорексия. В среднем она встречается у 2 % населения.

Нервная булимия – самый скрытный вид РПП, так как в картине болезни преобладает чувство стыда: за свое, как кажется, неидеальное тело и за свои тщетные попытки контролировать питание. Люди с нервной булимией часто имеют нормальный вес и их болезнь может быть незаметной для других, что также затрудняет обращение за помощью.

Распространенно мнение, что приступы переедания, а затем компенсации, связаны с эмоциональными провокаторами. Но на практике мы чаще видим, что переедания случаются из-за недостаточного питания. А вот переедания настолько дискомфортны и пугают набором веса, что человек прибегает к попыткам избавиться от съеденного.

Компенсаторное поведение может приводить к нарушению электролитического баланса крови, которое чревато возникновением мышечных судорог, слабости, головокружению и нарушению сердечного ритма. Сильно страдает здоровье зубов, так как желудочный сок, попадающий в ротовую полость, разрушает эмаль зубов. Люди с булимией часто страдают от запоров и дискомфорта в области желудочно-кишечного тракта, а также от рефлюксной болезни, что вызвано ослаблением пищеводного рефлюкса из-за частой рвоты.

При булимии происходит нарушение нейронных сетей саморегуляции и системы вознаграждения. То есть работа головного мозга изменяется так, что на пищевые стимулы возникает сильная реакция, которая сочетается со слабостью торможения импульсов.

Люди с нервной булимией склонны к импульсивным поступкам, которые могут проявляться и в других, не связанных с питанием и весом, областях жизни. Например, компульсивные покупки или азартные игры.

Нервная булимия в 95 % случаев сочетается с другими психическими расстройствами, но чаще всего с депресси-

ей, зависимым поведением, пограничным личностным расстройством и расстройством дефицита внимания и гиперактивности¹.

К факторам риска развития нервной булимии можно отнести раннее половое созревание для девочек и повышенный относительно сверстников вес. Подросток понимает, что отличается от сверстников и пытается снизить вес, но в силу биологических особенностей у него или нее не получается это сделать. Еще одним значимым фактором риска является эмоциональное, физическое и сексуализированное насилие в детстве².

Случай из жизни

Мия работает фитнес-тренером и ведет блог о спорте в социальных сетях. Она записывает видеоролики с примерами тренировок. Для этого ей надо поддерживать себя в идеальной форме. Мия пробовала разные стили питания — считала калории, интервально голодала, но остановилась на «правильном» питании. Она не ест сладкое, не пьет алкоголь и сладкие напитки, сложные углеводы позволяет себе только на завтрак, а обед и ужин состоят из овощей с курицей или рыбой. Никто из ее близких и подписчиков не знает, что такое «идеальное» питание очень тяжело соблюдать. Периодически Мия пропадает из социальных сетей, потому что теряет над собой контроль и начинает переедать. В ход идет даже та еда, которую она не любит, или

1 Hambleton A., et al. Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature // URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9442924/>.

2 Guillaume S., et al. Associations between adverse childhood experiences and clinical characteristics of eating disorders // URL: <https://www.nature.com/articles/srep35761>.

продукты с истекшим сроком годности. Мие настолько тяжело перенести дискомфорт после переедания, что она вызывает рвоту. Этому ее научила мама, у которой аналогичные проблемы. Иногда цикл «переедание – очищение» повторяется несколько раз за вечер. Тогда Мия думает, что она ничтожество, которое даже питание не может наладить. В такие моменты девушка несколько раз думала даже о том, чтобы прекратить свои страдания и уйти из жизни.

Приступообразное переедание – самый распространенный вид РПП (3–5 % от общей популяции). Человек систематически переедает, то есть за час может съесть дневную норму калорий. Это происходит преимущественно в одиночестве, часто сопровождается выраженным физическим дискомфортом, чувством вины и отвращением к себе. При приступообразном переедании может возникать ощущение потери контроля, когда человек будто не осознает, что делает. Приступы переедания бывают спланированные или спонтанные, но никогда вслед за ними не следует компенсация.

Приступообразное переедание последним появилось в классификаторах болезней, поэтому с ним связано больше всего мифов и заблуждений. Часто людей, которые страдают от приступообразного переедания, обвиняют в дефиците силы воли и советуют «просто меньше есть». Интересно, что в международном классификаторе болезней DSM-V нет такого критерия, как неудовлетворенность телом, хотя она практически всегда присутствует при этом виде расстройства.

Около 30–40 % людей с приступообразным перееданием обращаются к разного рода диетическим практикам, в том числе врачебным, но это не приводит к снижению веса, а лишь усиливает переедания. И часто приступообразное пе-

реедание, к сожалению, остается недиагностированным, хотя успешно лечится с помощью когнитивно-поведенческой психотерапии.

Случай из жизни

Иван обратился ко мне по рекомендации диетолога, к которому он пришел из-за проблем с лишним весом. Иван жалуется, что на последних курсах института начал переедать. До этого он питался очень аскетично, так как был финансово ограничен. На последних курсах нашел интересную работу, начал быстро продвигаться по карьерной лестнице и, соответственно, больше зарабатывать. Тогда и появились пятничные переедания, во время которых Иван заказывал большое ведро куриных ножек, бургер, большую картошку и запивал все это газировкой. Такое времяпрепровождение превратилось в определенный ритуал, который стал повторяться не только по пятницам, но и тогда, когда Иван чувствовал особое напряжение на работе. Несколько раз он успешно худел с диетологом. Но в последний раз никакие попытки урезания рациона не приводили к снижению веса, лишь усиливались приступы переедания. Поэтому диетолог посоветовал Ивану поработать над своим пищевым поведением с психологом.

Синдром ночной еды проявляется в эпизодах перееданий в темное время суток, минимум дважды в неделю. При этом человек помнит и осознает свои действия. Обычно в вечернее или ночное время употребляется минимум 25 % всего суточного объема съеденной пищи, с утра аппетит снижен. Часто сочетается с трудностями засыпания или некачественным сном, а также со снижением настроения в вечернее время.