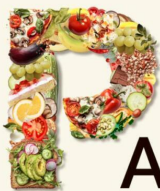


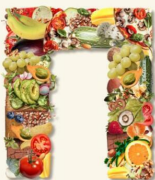
Екатерина Костенко



АДОСТЬ



РИНИМАТЬ



ИЩУ



Книга про легкость в отношениях с едой.

Как жевать, не переживая

Екатерина Костенко

Радость принимать пищу

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=72037732

SelfPub; 2025

Аннотация

В этой книге Екатерина Костенко, психолог по РПП, рассказывает о том, что жить в сложных отношениях с едой – ненормально, гораздо правильней питаться гармонично и без страха, освободившись от диетических оков.

Читатели узнают, какие виды расстройств пищевого поведения существуют, почему они возникают и к чему приводят, познакомятся с методами организации сбалансированного питания и найдут дополнительную мотивацию к оздоровлению пищевого поведения.

Содержание

ВЕДЕНИЕ	4
ОБ АВТОРЕ	9
ГЛАВА 1. ЗНАКОМСТВО С ПОНЯТИЕМ «РАССТРОЙСТВО ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ» (РПП)	14
ГЛАВА 2. ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ РПП	41
Конец ознакомительного фрагмента.	54

Екатерина Костенко

Радость принимать пищу

ВЕДЕНИЕ

Я подсчитала, что на данный момент уделила изучению психологии 2037 часов, из них прицельно теме расстройств пищевого поведения (РПП) – 394. И это только согласно официальным корочкам. Кто бы мне сказал раньше, что я так жадно буду впитывать информацию в этой сфере, я бы не поверила, что учиться можно с огромным любопытством и по собственному искреннему желанию. Одно обучение заканчивается, а я уже в поиске нового курса. Здесь мне вспоминается мем про психолога, который собрался умирать, но узнал, что стартует повышение квалификации по интересующей теме, и тут же начал выбираться из гроба. Но, конечно, теория без практики не так ценна. У меня в активе более 50 уникальных клиентских кейсов и десятки часов супервизии (это когда несешь сложности и свои сомнения более опытному психологу или даже целой команде коллег).

Я помогаю женщинам справиться с такими разнообразиями РПП, как переедания, булимия и нервная анорексия. Вместе мы налаживаем их питание, образ тела и противосто-

им диетической культуре.

Признаюсь честно, я не знала о словосочетании «образ тела» до того, как стала изучать глубоко тему пищевого поведения. Для меня это скорее было что-то про модный внешний вид и подбор одежды. А на самом деле – это наше отношение к своему телу. Все мысли, чувства к нему, оценки степени своей привлекательности можно отнести к этому глубокому понятию, которое сильно влияет на нашу жизнь. Именно с негативного образа тела начинается большинство случаев расстройств пищевого поведения. Когда кажется, что мы недостаточно красивы или не дотягиваем до заданного идеала красоты, мы первым делом пытаемся ограничить или «почистить» свое питание, чтобы добиться тела мечты. После ограничений случаются срывы, а маховик РПП уже не остановить, если вовремя не признать проблему и не обратиться за помощью.

В рассказах моих клиентов много боли, стыда и желания изменить жизнь к лучшему, принять себя, почувствовать красивой и достойной любви. Почти всем кажется, что с их волевыми качествами что-то не так, потому им не удается эффективно контролировать вес. У каждой из своих подопечных я учусь, каждой восхищаюсь, ведь их путь весьма не прост, но они находят силы делать шаги к жизни БЕЗ тревог о еде и теле.

Все эти истории (в том числе и моя личная) начались с дня, когда еда стала врагом или даже источником опасности,

когда стало казаться, что каждый съеденный кусочек отдает от шанса стать красивой и заслуживающей качественных отношений, достойной работы, активного образа жизни, заботы, ведь как будто весь наш мир создан только для стройных. Я хорошо помню тот момент, когда почувствовала, что виновата в том, что «пухленькая», ведь я как будто непомерно много ем и мало занимаюсь спортом. С того дня безопасно стало есть только до шести вечера и желательно исключительно овощи, ни о какой радости принимать пищу не было и речи, в тот момент она всегда была с оттенком грядущей расплаты.

К счастью, спустя годы экспериментов над собой я так не считаю. Ем разнообразную еду, не голодаю, сохраняю вес даже после отпусков, новоселий и стрессов, и в этом столько свободы. Мне так хочется поделиться этими осознаниями и инструментами с каждой, хочется кричать об этом на каждом углу. Возможно, на страницах этой книги вы даже почувствуете, как я повышаю голос, но это лишь от восторга и желания разделить ощущение независимости. Я действительно очень хочу, чтобы каждая из вас (а может быть и каждая) чувствовала радость от приема пищи, настоящую и чистую, без привкуса чувства вины. Еду не нужно заслуживать, еду не нужно отрабатывать, за нее не нужно себя стыдить, это наша базовая потребность и, конечно же, источник приятных ощущений.

Сейчас я с уверенностью могу сказать, что нашла себя и

вопросы типа «зачем я вообще существую» мне пока не грозят. Профессия психолога весьма не проста, ведь так или иначе боль клиента проходит внутрь, как бы ни говорили о том, что не стоит присоединяться. Порой после сессии с клиентом я выхожу из комнаты и пью кофе с мужем, но по факту я не с ним, а все еще в своем онлайн кабинете, обдумываю сеанс, подбираю план на следующую встречу и наиболее действенные упражнения именно к этому случаю.

Психологи, особенно специалисты по РПП, часто раздражают своих клиентов, повторяют одни и те же «нудные» умозаключения про важность полноценного питания и принятия себя. Мы упорно сеем и сеем зерна классных установок в картину мира клиента в надежде, что они взойдут. К счастью, часто успеваем увидеть результат до того, как случился дропаут (неожиданный выход из терапии, о котором вы не договаривались). И вот этот новый взгляд клиента на свою природную красоту, эта готовность жить здесь и сейчас в любом теле, расправленные плечи, настоящая забота о своем здоровье – невероятное счастье.

Я написала эту книгу, чтобы противостоять кривой роста расстройств пищевого поведения, и если хоть одна девушка после прочтения ее отстанет от себя, увидит свою уникальную красоту и наладит пищевое поведение, все было не зря.

Хочется поделиться с вами своей историей, в которую тонкой красной линией будут вплетены мои отношения с едой и телом, ведь именно они привели меня к нынешней

профессии психолога по пищевому поведению и огромному, даже пафосному желанию защитить как можно больше девочек и женщин от страданий из-за веса.

В работе я сталкиваюсь с девушками и женщинами, которые отдают огромную часть сил на погоню за идеалом красоты, голодают, до изнеможения тренируются, а потом срываются и тонут в чувстве вины. Наоми Вульф (автор книги «Миф о красоте») называет это работой в третью смену. Первая – это основная наша профессия, вторая – домашние дела и дети, соответственно третья – «улучшайзинг» себя.

ОБ АВТОРЕ

Я родилась в Москве, но до семи лет жила на самом краю географии – на Чукотке. Это примерно 9 часов полета из аэропорта «Внуково» на северо-восток нашей огромной страны. Мою семью занесла туда папина любимая работа, но после известных исторических событий в начале девяностых мы вынуждены были вернуться в столицу. Родители собирали нашу жизнь с нуля, а я спокойно училась в гимназии, даже не подозревая о том, какие сложные времена на дворе.

Я обожала биологию, в старших классах даже ходила дополнительно в кружок антропологии, зарисовывала черепа неандертальцев и слушала про монголоидную расу. Выбор, куда поступать, особо не стоял – биологический факультет МГУ. Именно там я прекрасно провела начало двухтысячных и даже получила диплом с отличием.

После я как будто разочаровалась в науке и не пошла работать на кафедру антропологии, по молодости хотелось быстрого карьерного роста, денег и приносить пользу людям. Меня сильно штормило от работника свадебного салона, организатора выставок до координатора клинических исследований. Параллельно я предъявляла родителям претензии, что не уберегли меня от выбора столь непопулярной профессии ученого-биолога. Порой даже казалось, что 5 лет

потрачены только на накопление классных воспоминаний из студенческих практик, а найти себя так и не удалось.

Меня сильно изменили дети. Чтобы научиться правильно с ними взаимодействовать, я стала интересоваться психологией и увидела, как классно некоторые инструменты могут улучшить мою жизнь. Параллельно я пошла в личную терапию. А нести было что.

Лет с 13 (после неосторожного комментария родственника про мои округлившиеся формы) я постоянно пыталась похудеть, найти свою диету, которая приблизила бы меня к телу мечты. Так хотелось носить джинсы с заниженной талией или даже проколоть пупок.

Стройнеть удавалось на какое-то время, я получала просто невероятную поддержку моей силе воли от всех вокруг, но потом вновь набирала вес. Естественно, хотелось повторить свой фурор (конечно, на комплименты же подсаживаешься моментально) и я вновь попадала в замкнутый круг. Тогда я еще не знала, что живу с расстройством пищевого поведения (РПП) и оно уже цветет буйным цветом. А самый пик пришелся на период после рождения первого ребенка – я почти перестала есть, желая быть молодой мамой-тростиночкой.

Если посмотреть на мои фото того времени, можно увидеть нормальную женщину с двумя классными детьми, которая ездит отдыхать, гуляет в парке, встречается с друзьями, а в глазах при этом – грусть и тревога. «А вдруг все заметят,

что я опять набрала? Они решат, что я ленивая? А за что меня хвалить? Я же не работаю, просто мама в декрете, тогда я обязана хотя бы хорошо выглядеть». Это мои реальные мысли в тот период.

Самое интересное, что, когда сейчас я рассказываю свою историю в соцсетях, близкие и давние подруги удивляются: «Катя, ты хайпуешь или правда так заморачивалась?» Да-да, РПП может протекать незаметно и даже самые дорогие люди не узнают, что творится у вас в голове.

В какой-то момент я оказалась в точке невозврата, считать калории уже не было сил и столько тревожиться из-за внешности было тоже невыносимо. Психолог помогла мне разобраться с моим пищевым поведением, буквально отстать от себя и заняться действительно важными вещами. По ощущениям у меня выросли крылья, не сразу, конечно. Они прорывались медленно, но я решила направить освободившуюся энергию в профессию психолога и работать именно с расстройствами пищевого поведения. Здесь-то мне и пригодилось мое первое образование, ведь в отношениях с едой очень много биологических процессов. И об этом я расскажу позднее, дав полную индульгенцию вашим волевым качествам. Как говорится, не переключайтесь.

С одной стороны, мне жаль того времени, которое я потратила на переживания о своих несовершенствах. Помню, как сидела у бассейна с более стройной подругой и вместо того, чтобы наслаждаться отпуском, думала: «Какой у меня

живот, прям пельмень какой-то, зачем я вообще сюда пришла». А с другой стороны, именно этот путь дает мне возможность понять, как сейчас тяжело человеку, пришедшему ко мне на сессию.

С некоторыми клиентами бывает уместно самораскрытие и я иногда шучу, что у меня «травма куриной грудкой» и иногда рассказываю еще 7 откровений о моем весе:

Первый раз я похудела на 8 кг в 14 лет после слов одного родственника моей бабушки: «Анастасия Матвеевна, а почему у Вас такая внучка толстая?» Перестала есть после шести вечера и активно качала пресс.

В максимальном весе я была после второго курса и археологической практики в Крыму, где мы активно ели бутерброды со шпротным паштетом и белым хлебом, а вечерами пили дешевое вино.

В минимальном весе я была после первых родов и несколько месяцев кормления малыша, спасибо его аллергии. Я буквально боялась положить лишний кусочек еды в рот. Этот эпизод сильно подкосил мое дальнейшее пищевое поведение, потому что, запомнив себя тонкой и звонкой, далее я навязчиво хотела вернуться в то тело, которое не свойственно мне изначально.

В обе беременности я набирала по 10 кг.

Я нагуляла внушительный объем во время ковидного локдауна, хотя активно занималась скандинавской ходьбой. Но ела объективно больше привычного. Сейчас понимаю, что

это была в чистом виде попытка унять тревогу едой.

После этого я сидела на жестком и пресном меню и теперь совсем не могу есть куриную грудку. В дрожь бросает при одной мысли о белом мясе.

Я много раз проходила фитнес-марафоны, детокс-программы, пробовала интервальное голодание и низкоуглеводный подход, и во всем добивалась успеха. **ВРЕМЕННО**. Как только я расслаблялась, вес всегда возвращался.

Сейчас я питаюсь интуитивно, планирую свое меню, стараюсь не переедать и чувствую себя легко. Я сделала кучу ошибок, но пришла в итоге в точку принятия.

ГЛАВА 1. ЗНАКОМСТВО С ПОНЯТИЕМ «РАССТРОЙСТВО ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ» (РПП)

Что это значит и подвиды

РПП – это группа психических расстройств, при которых у человека нарушены взаимоотношения с едой и/или собственным телом. Заметьте, именно психических расстройств. Это серьезные состояния, которые не решаются простым советом подружки «Возьми себя в руки и просто меньше ешь» или комментарием заботливого родственника «Тебе следовало бы побольше есть, ты совсем исхудал/исхудала».

Ниже приведу некоторые из тревожных признаков, которые могут свидетельствовать о наличии РПП. Они не обязательно должны быть все сразу и одновременно:

- навязчивое следование какой-либо системе питания или диете;
- разделение продуктов на «правильные» и «неправильные»;
- попытки «отработать» съеденное, очиститься;

- отказ от приема пищи в определенные часы или время суток;
- приемы пищи, не ориентированные на чувство голода;
- еда по эмоциональным причинам;
- регулярные и частые переедания до некомфортного состояния.

Как герои фильма «Трое в лодке, не считая собаки», почти все нашли в этих пунктах что-то про себя, ведь только три из четырех женщин никогда не переживали по поводу еды, не корили себя за лишние съеденные кусочки и не имели диетического опыта в анамнезе. А в последние сорок лет количество страдающих РПП стремительно растет, отдельное «спасибо» глянцу и социальным сетям.

Согласно DSM («Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам» – принятая в США номенклатура психических расстройств) к РПП относят следующие расстройства:

- нервная анорексия;
- нервная булимия;
- приступообразные переедания;
- избегающее/ограничивающее расстройство потребления пищи (ARFID).

Анорексия – страшная болезнь, при которой человек сильно урезает свой рацион, порой до 600 ккал в день, а в норме лишь один прием пищи должен иметь такую энергетическую ценность. Заболевший голодает, искаженно воспри-

нимает свое тело (оно кажется непомерно большим), сильно теряет в весе и боится вновь набрать то, что скинул. Это самая редкая разновидность РПП, но и самая опасная, трудно поддающаяся излечению. Риск умереть при таком диагнозе оценивается от 5 до 20%. При терапии интересы заболевшего и специалиста разнятся: пациент продолжает бояться положить себе хоть что-то в рот, а задача лечащего – научить человека нормально себя кормить.

В практике я еще сталкиваюсь с атипичной нервной анорексией. Это когда нет драматической потери веса, а все остальные диагностические критерии есть, то есть лишь по внешнему виду нельзя сказать, что человек истощен. Скорее всего это сохранение массы тела при таком сценарии можно объяснить метаболической адаптацией, когда умный организм из всех сил пытается сохранить тело здоровым, а также наличием периодических переяданий.

Булимия. Наиболее известен этот диагноз благодаря принцессе Диане, которая заедала разлад с ушастым Чарльзом. Ела непомерно много, а потом пыталась это как-то нивелировать рвотой. Это и есть булимия. В ней есть все 3 кита РПП – сверхценность формы и веса тела, жесткие пищевые правила и переядания. Но еще и присоединяются попытки скомпенсировать объемы того, что съедено. Для этого в ход идет вызывание рвоты, слабительные и мочегонные препараты, чрезмерные тренировки для отработки калорий. Булимия – всегда про тоску, отвращение к себе и стыд. Амери-

канские врачи на сленге называют ее Мией, а анорексию – Аной.

Приступообразные переедания – самый распространенный вид РПП (3-5% от популяции). Это когда в течение короткого времени (до двух часов) съедается большой объем еды, может быть даже выше суточной нормы калорий. Иногда характеризуется чувством потери контроля, а после присоединяется непомерная вина. Как правило, происходит систематически и в одиночестве (из-за большого стыда), может случаться стихийно и по плану. В некоторых источниках такой вид переедания называется компульсивным, хотя они все же отличаются. Компульсивные – это когда в течение дня нет нормальных структурных приемов пищи, а присутствует «подгрызание», когда в рот тянется небольшое количество еды, но часто. Люди с таким видом РПП жалуются, что буквально не могут остановиться жевать.

Избегающее/ограничивающее расстройство потребления пищи (ARFID) – это разновидность схемы питания, при которой может не быть озабоченности внешним видом, но при этом исключаются определенные продукты или даже целые группы на основе их текстуры, запаха, внешнего вида. К примеру, люди не едят вообще никакие твердые овощи, потому что когда-то в детстве подавились огурцом. Или же обходят стороной морепродукты, так как сильно отравились ими в отпуске. Часто сниженный интерес к еде тоже относят к РПП. Такая стратегия питания, конечно же, сильно обедня-

ет рацион и может приводить к нехватке микро- и макроэлементов. Раньше считалось, что это диагноз сугубо детский, сейчас же он официально признан и для взрослых.

Существуют еще и такие виды РПП, которые пока не входят в официальные справочники:

- синдром ночной еды;
- орторексия;
- бигорексия;
- прегорексия;
- диабулимия;
- синдром Пика.

Синдром ночной еды проявляется в эпизодах перееданий в темное время суток, от двух раз в неделю. Человек находится в сознании и все помнит. В это время (ночное или вечернее) съедается более четверти суточного рациона, а с утра аппетита нет. Часто такой вид РПП соседствует с плохим настроением вечером, неглубоким сном и трудностями засыпания.

Отмечу, что нет ничего плохого в том, чтобы поесть перед сном, скорее всего это даже благотворно скажется на качестве отдыха, так как голодный человек хуже засыпает и более «рвано» спит. Доказано, что не так важно время приема пищи, сколько достаточность и сбалансированность рациона в течение дня. Голод терпеть нельзя, даже если он застал вас в непривычное время.

Синдром ночной еды может стать проблемой, если эпизоды учащаются, а объемы еды растут и заболевший РПП чувствует ухудшение здоровья, качества жизни и снижение социальной активности. Тогда следует обратиться к РПП-информированному психологу/психиатру и пройти курс поведенческой терапии, восстановить регулярное питание, а также поработать над гигиеной сна.

Орторексия – такое явление (о котором идет много споров), при котором человек чрезмерно увлечен здоровым питанием, полезностью продуктов и их чистотой по составу. Все мы встречали людей со своими собственными контейнерами даже в ресторане, которые много говорят о продлении молодости, хорошем самочувствии от конкретной еды и жутком вреде от другой. Увлечение столь чистым питанием приобретает порой ипохондрический характер и, конечно же, сказывается на социальной жизни. Страдает и соматическое здоровье, люди с орторексией могут не получать из еды все необходимое для организма, ведь их пищевые правила очень жесткие.

В чистом виде такое явление встречается крайне редко, потому что, как правило, человек не может внимательно заботиться только о питании, не задумываясь о том, как будет классно при этом выглядеть. Соответственно, подключается еще один диагностический критерий – «сверхценность формы и веса тела» и мы получаем уже другой вид РПП – нервную анорексию, к примеру. Орторексия может быть состав-

ляющей или предиктором другой формы РПП, а также этапом ремиссии.

Факторы возникновения орторексии, как и других форм РПП, биопсихосоциальные. К примеру, если у ребенка есть генетическая особенность хорошо переносить голод, дома родители демонизируют некоторые продукты и часто говорят о фигуре, а в школе все помешались на просмотре соцсетей худой модели, то риск столкнуться с орторексией очень велик.

Бигорексия – навязчивые мысли и действия для наращивания мышечной массы, характерна для мужчин.

Прегорексия – чрезмерный контроль веса при беременности при помощи диет и спорта, стремление скрыть живот и не поправляться.

Диабулимия – расстройство пищевого поведения, характерное для людей с диабетом первого типа, при котором намеренно вводится меньшая доза инсулина (или пропускается вообще) с целью контроля веса.

Синдром Пика – поедание несъедобных предметов (волосы, нитки, бумага, грязь, мелкие игрушки и даже острые предметы). Встречается у нормотипичных детей, до двух лет считается частью гармоничного развития; у взрослых встречается при интеллектуальной недостаточности, аутизме, шизофрении, а также у беременных женщин (всем известны истории про поедание мела в период ожидания чуда).

Удивительно, что расстройства пищевого поведения за-

травмируют абсолютно все группы людей, независимо от их пола, возраста, социального статуса, места жительства и рода деятельности. Принято считать, что это более женский диагноз, и отчасти это так. Согласно исследованию немецкого медицинского журнала *Deutsches Arzteblatt*, нервной анорексией болеют 1,4% женщин, нервной булимией – 1,9%, компульсивным перееданием – 2,8%. Для сравнения: среди мужчин такая статистика – 0,2%, 0,6% и 1%. Но на самом деле мы не можем с точностью говорить, что мужчины болеют реже, просто они существенно меньше обращаются за помощью, пытаются справиться сами, ведь как-то не по-мужски жаловаться кому-то о такой мелочи, как еда, поэтому все их случаи просто невозможно зафиксировать.

Чаще всего в практике я сталкиваюсь с различными видами перееданий и о них более подробно мы поговорим чуть дальше, ведь не все, что называется неспециалистом перееданием, на самом деле им является. Я расскажу вам, как их отличить. Это точно поможет реже чувствовать вину в отношениях с едой. А может и вообще ее снимет. Такова цель каждого психолога по РПП и этой книги в частности.

Перед специалистами нередко встает задача разобраться с неуточненными видами РПП. К этой категории относятся случаи, при которых действительно человек сильно тревожится о еде и теле, пищевое поведение затрагивает значительные сферы жизни, но картина заболевания не в полной мере соответствует диагностическим критериям. По неко-

торым данным, до 53% всех случаев РПП относят к этому классу.

В целом, основа терапии даже при разных формах заболевания будет выстроена похожим образом и это всегда – про изменения в текущем поведении клиента.

Для начала следует поработать над нормализацией питания. К примеру, не завтракал никогда наш клиент, максимум чашка кофе и сигарета, в обед ел легкий салат на бегу, а вечером – первое, второе, компот, сверху торт, чипсы и можно еще торт. И тут важно заметить, что обед и ужин в общем-то есть у человека, а значит на нитке ожерелья из привычек уже что-то висит и нам надо добавить несколько бусин. Мы добавляем завтрак, расширяем обед, а там и ужин уже происходит спокойно, без перееданий.

У измученного диетическими рамками человека вообще отбирать ничего не следует, нужно лишь добавлять, нанизывая дополнительные элементы на уже существующую основу. У каждого она своя, но мы точно найдем, за что зацепиться.

Как только питание уверенно выстраивается, клиент начинает есть вовремя и достаточно, планировать еду и заботиться о себе, мы двигаемся дальше к работе с образом тела, учимся переживать эмоции без помощи еды, укрепляем самооценку и обязательно составляем план профилактики рецидива.

Психолог или диетолог

«Если у меня РПП, то почему мне нужен психолог, может быть к диетологу лучше?» – такой вопрос нередко слышу от людей, которые подозревают у себя неполадки в отношениях с едой, но пока не поняли, к кому бежать за помощью. И, кстати, это абсолютно нормально – не знать точно, к кому обратиться, ведь пока не так уж и много качественной доступной информации о способах справиться с РПП.

Как вы заметили, я ничего не написала про поиски причин РПП в детстве, рассказывая про этапы работы. Правомерно может возникнуть вопрос: что это за психология такая, где нет анализа раннего опыта и поиска травм, которые привели к нынешним отношениям с едой? Ведь у многих сеансы с психологом ассоциируются именно с кушеткой, где можно лежа рассказывать о том, что происходило когда-то, явилось в снах или повлияло на нас в прошлом. Но, к сожалению, а может и к счастью, в ситуации РПП такой подход не работает. Можно достаточно много сил, времени и денег потратить на психоанализ, но продолжать приходить домой по вечерам и переедать, а после не хотеть утром вставать с постели из-за тяжести в теле и непомерного чувства вины перед самим собой.

Но есть выход – когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Также можно встретить название в виде английской аббревиатуры CBT (cognitive behavioural therapy). Этот подход основан на предположении о том, что не устраиваю-

щее нас собственное поведение базируется на неправильных мыслях и установках. Чтобы ощутить улучшение качества жизни, нужно подкреплять и поощрять желанные формы поведения, а деструктивные оставлять без награды, что тянет за собой существенные изменения в наших убеждениях.

К примеру, девушка считает, что она недостаточно стройная, чтобы в данный момент позволить себе ходить на свидания, так как только идеальные красотки заслуживают любви и внимания противоположного пола. В ней очень сильна мысль о том, что это истина, она влияет на нее. И, конечно же, она выбирает пока отложить романтические встречи до момента, когда скинет вес. По разным причинам похудения не происходит и желаемый партнер тоже не появляется. В данном случае избегание потенциальных знакомств – деструктивный сценарий поведения, ведь жизнь явно обедняется, да и шанса усомниться в своем глубочайшем предположении «меня невозможно полюбить в этом весе» просто нет, на свидания-то наша героиня не ходит, версию свою не проверяет. Если бы девушка пришла к поведенческому психологу, то ей бы предложили взвесить цену этого избегания, рассмотреть его плюсы и минусы, далее специалист разработал бы план действий по формированию противоположной установки. И лучшим решением было бы начать поэтапно, аккуратно, с поддержкой внедрять желанные встречи в жизнь, параллельно замечая примеры пар вокруг, где люди выглядят обычно, но при этом не менее счастливы. Со вре-

менем можно обнаружить, как от бывшего убеждения не останется и следа, и это возможно именно благодаря действиям, маленьким шагам и победам. Этот путь классно проходить именно со специалистом, который, как добрый родитель или наставник, возьмет за ручку и скажет: «Я понимаю, что ты сейчас чувствуешь, тебе страшно, возможно, ты даже хочешь сбежать, но я тебя не брошу, давай пойдем дальше и посмотрим, как интересно в точке В».

В решении проблем пищевого поведения КПТ является самым доказательным методом. Это значит, что есть масштабные исследования, показывающие действительную эффективность протоколов когнитивно-поведенческой терапии. КПТ является терапией первой линии, ее применяют как основу. Но иногда мы подключаем и более молодые ответвления поведенческих подходов, к примеру терапию принятия и ответственности, или АСТ (acceptance and commitment therapy). Основное ее отличие от классической модели КПТ в том, что больше сил направляется на осознание того, что с клиентом происходит в данный момент, а не на искоренение ложных установок. Это не значит, что человек не будет меняться, но как будто бы здесь больше принятия собственных чувств и реакций, которые мы не очень-то можем контролировать. А вот действия точно можем выбирать в подавляющем большинстве случаев. Но для этого нам нужно определить, что нам важно, куда мы идем, каковы наши ценности и цели. Этим и занимается АСТ-терапевт.

К примеру, вечером вам очень сложно заставить себя подумать и спланировать еду на завтра, вы устали, сил нет, в итоге вы договариваетесь с собой, что разберетесь с этим вопросом потом, «по ходу пьесы». Утро наступает, день закрутился, ближе к обеду вспоминаете, что в графике дел нет времени даже на бутерброд, да и продукты не куплены. В итоге к вечеру – упадок сил и сильнейшее желание наесться чего-то яркого до отвала и уснуть на диване. А вообще-то вы хотели чувствовать себя энергично и комфортно на протяжении всего дня. С таким клиентом мы определяем, что важно ощущать стабильный уровень энергии, чтобы хорошо делать свою работу, а значит лучшим действием будет все же заранее позаботиться о поступлении топлива в организм и как минимум спланировать для этого паузу. Мы учимся вместе замечать разного рода мысли: «Я такая ленивая, никогда не буду планировать приемы пищи заранее», «Я уже начинала все эти улучшения жизни и, как правило, все это проваливалось» или «Не понимаю, нужно ли мне это, может оставим все как есть». С этим навязчивым внутренним голосом мы не боремся, а просто делаем то, что важно, а именно прем к цели. Цели тоже можно поставить совместно с терапевтом, например: «Я хочу на этой неделе два раза сделать заготовки на обед и ужин». Обязательно нужно учиться замечать свои успехи и создавать для мозга опыт маленьких побед. Это классный ресурс для дальнейшего пути.

Очень здорово, когда ваш психолог знаком с диалекти-

ко-поведенческой терапией или DBT (dialectical behaviour therapy). Это замечательный доказательный подход, в котором собраны навыки регуляции сильных эмоциональных состояний, коммуникаций и практики осознанности. Как говорит создательница ДБТ Марша Линехан, они помогают создать ту жизнь, которую стоит прожить.

К примеру, одна из моих любимых практик, которая помогает повысить вовлеченность в текущий момент – «5 чувств». Нам предлагается назвать 5 предметов, которые мы видим вокруг, назвать 4 звука, которые слышим именно сейчас, отметить 3 ощущения в теле, почувствовать 2 запаха и заметить 1 вкус. Это небольшое сканирование круто возвращает в состояние «здесь и сейчас», дает паузу для принятия решения и учит ощущать больше удовольствия от привычных действий. Попробуйте попить кофе не на бегу, а осознанно и медленно, вдыхая его аромат, смакуя вкус во рту и наблюдая красивую пенку на чашке. В таком темпе вы точно получите гораздо больше удовольствия от этой, казалось бы, такой знакомой чашки, успокоив блуждающий ум.

Поведенческие подходы можно по-другому назвать терапией ВЫБОРА. Мы ведь и правда делаем сотни, а то и тысячи выборов в день. Кричать или не кричать на своего ребенка, записаться к врачу сейчас или отложить, продумать заранее перекус в дорогу или забить, зависать в социальных сетях или выйти на прогулку. Психология помогает нам чаще делать НУЖНЫЙ выбор, дает нам инструменты, чтобы

успеть о нем вообще задуматься, и прощать себя, если вдруг свернули с пути.

Ярлыки, которые навесили на еду и тело

Очень надеюсь, что теперь, когда вы немного узнали о том, какие подходы использует специалист по расстройствам пищевого поведения, уже не так страшно обратиться за помощью. Но если есть сомнения, то я очень понимаю, ведь вокруг еды, тела и психологической помощи столько предубеждений. Как-то моя клиентка пожаловалась на то, что примерно к третьей нашей встрече все родственники ждали от нее выдающегося похудения и интересовались, почему до сих пор нет отвеса в цифрах. И я представляю, как ей было тяжело объяснять, что обратилась она не за этим. Худеть она уже пробовала много раз и невероятно устала от качелей веса. Ни один психолог по РПП не должен поддерживать ограничения в еде.

Заметное похудение в обществе очень одобряется, девушки получают миллион комплиментов, их силу воли восхваляют, ставят в пример и даже завидуют. Расширяется выбор одежды, фотографии получаются лучше, даже осанка меняется, вот только никто не интересуется, что будет потом.

Срывы и переедания скрываются, потому что стыдно, ведь ты, такая волевая, не удержала результат. Чуть увеличившийся живот прячется за модным оверсайзом, а есть в компании становится сложно, ведь все ждут, что ты мужествен-

но обойдешься одним салатом, как в период диеты.

К этим сложностям примешивается вина и стыд, возврат веса ощущается как личный провал, с которым опять предстоит справляться. И вроде все это как-то несерьезно, это же просто еда, неужели нельзя самой справиться. И вот мы уже не замечаем, как РПП, словно газ, заполнило все сферы жизни, отбирая у нас счастливые дни.

Поделюсь небольшой порцией убеждений, с которыми я сталкиваюсь в практике:

- если ты переедаешь, «просто зашей рот»;
- переедают только слабовольные;
- все толстые – просто ленивые;
- невозможно быть счастливым, если твоей вес больше стандартного;
- если в детстве сложились пищевые привычки, то их уже не поменять;
- можно вылепить любую фигуру, стоит только захотеть;
- психологи по пищевому поведению занимаются снижением веса;
- чтобы поддерживать фигуру, нужно периодически голодать, садиться на детокс или чистку;
- женщина обязана весь период жизни поддерживать стабильный вес;
- после родов необходимо максимально быстро вернуться в форму;
- все, что съедено после шести вечера – обязательно отло-

жится;

–если эта диета не сработала, значит сработает другая;

–голод – это полезно и даже лечебно;

–у меня мало энергии, потому что, наверное, не хватает витамина D/Mg/Ca/Fe или омеги;

–есть переработанные продукты – жуткий вред.

Если вы все же нашли в себе силы обратиться к специалисту, то по итогу терапии сможете с легкостью противостоять влиянию этих самых ярлыков, а где-то даже психологически образовывать свое окружение, но это уже – для самых смелых.

Можно ли самостоятельно определить наличие РПП

Можно, но не точно. Самый правильный инструмент – клиническая беседа со специалистом по нарушениям пищевого поведения, в ходе которой задаются вопросы про образ жизни, историю возникновения РПП, пищевые правила, наличие отработок перееданий, их частота, оценивается даже уровень настроения в текущий момент.

Но иногда полезно дополнить такое общение специальными тестами, которые можно пройти в интернете или прямо на приеме у психолога. Вот некоторые из них:

EAT-26 (Eating Attitudes TEST) – 26 вопросов и 6 вариантов ответов для каждого из них (всегда, как правило, до-

вольно часто, иногда, редко, никогда). Мне нравится, что, когда отвечаешь на эти вопросы, начинаешь понимать, что какие-то утверждения из теста беспокоят тебя действительно слишком часто. К примеру, «Меня пугает мысль, что я располнею». Этот тест здорово применять в начале терапии и после, и вдруг обнаружить для себя, что некоторые установки уже неактуальны.

SCOFF – опросник. В нем всего лишь 5 вопросов, ответы только «да» и «нет». Хорошо подсвечивает риск развития РПП или же его наличие. Повод для обращения к специалисту, если ответили положительно больше, чем на 2 пункта.

EDE-QS – короткий тест для оценки взаимоотношений с едой, наличия прогресса в терапии. Всего лишь 12 вопросов и одна минута времени на выполнение заданий. Опять же заставляет задуматься в процессе прохождения: «А не много ли я уделяю времени тревогам о еде и теле?»

Все тесты есть в свободном доступе в сети, сразу же можно увидеть результат, но напомним, что ни один из них не является основанием для постановки диагноза! А вообще, по моим наблюдениям, если вам кажется, что в отношениях с едой что-то идет не так, то вам не кажется.

Про нервную анорексию многие знают: она невероятно страшна и уносит 102 000 жизней год, а это означает, что в мире кто-то умирает от ее последствий каждые 52 минуты. Это самый смертельный диагноз из всех психических. А

вот приступообразное переедание – самое молодое признанное заболевание и как диагноз официально появилось лишь в 2013 году в DSM-5. До этого считалось, что люди с подобными симптомами не заслуживают помощи по страховке и не так их проблема серьезна.

Но люди с регулярными перееданиями страдают невероятно, они перегружают свой желудочно-кишечный тракт, плохо спят, не чувствуют себя легкими и активными и невероятно стыдятся своего «слабоволия». Им неловко сказать кому-то о том, что опять сорвались и до критической точки они пытаются справиться сами. Ведь это же не онкология и не диабет, к специалистам с проблемами воли не ходят. Но мы-то уже коснулись истинных причин нарушенного пищевого поведения и знаем, что заболевший в этом не виноват. Никто свободно не выбирает жить с РПП.

Давайте разберемся, а что вообще считается перееданием?

В практике я часто слышу: «Помогите, я переедаю!» и всегда предлагаю рассказать, что именно клиент называет этим самым перееданием. Мы разбираемся в количестве еды, считаем печеньки, пачки мороженого, оцениваем, сколько раз в неделю происходит подобный сценарий, какие чувства при этом бурлят внутри. Очень важно узнать, чувствует ли человек состояние «Я как будто не в себе и мной руководит неведомая сила». Это означает, что во время эпизода binge eating (именно так на английском языке называется психогенное

переедание) утрачивается контроль, а это один из важнейших диагностических признаков для вынесения вердикта.

Итак, переедания бывают:

Объективные – когда бургер, потом торт, потом мороженое, потом пачка чипсов и еще печенье. То есть действительно большой калораж (к примеру, 2500 ккал) для одного приема пищи. Часто присоединяется чувство дискомфорта в желудке, вплоть до боли, кажется, что еда стоит в районе горла, а все тело раздулось.

Субъективные – когда вы привыкли съесть одну конфетку после обеда, а съели три. И это идет вразрез с вашими внутренними пищевыми правилами, причиняет моральный дискомфорт. И вот вы уже вините себя за то, что опять «переели». Человек с абсолютно здоровым пищевым поведением (таких сейчас не так много, к сожалению) даже считать не будет, сколько конфет съедено и уж точно не будет корить себя.

Компульсивные – такой вид мы еще называем «подгрызанием» и, как правило, это следствие отсутствия нормальных структурных приемов пищи в течение дня. Молодые мамы часто жалуются на подобное поведение. Когда просыпаешься после бессонной ночи, выпиваешь кофе в лучшем случае с конфеткой и побежала по делам с ребенком. А после обеда началось: тут сушка с чаем, там пюрешку за малышом доела, через час еще шоколадку. И вот так весь день по чуть-чуть, но в итоге много. Если взглянуть на всю картину дня, то там

не так много калорий, скорее недостаточно и несбалансировано, но иногда такие срывы действительно можно назвать перееданием, так как за раз поглощается существенно больше дневной нормы калорий. Тут надо в каждом случае разбираться отдельно.

Приступообразные – систематическое поглощение пищи сверх нормы, спланированное и нет. Часто сопровождается потерей контроля над тем, сколько, как, с какой скоростью и где съедено. Но, как правило, в одиночестве, и всегда за таким приступом следует непомерное чувство вины и стыда. Это самый распространенный тип отклонения пищевого поведения.

Здесь хочется привести выдержку из «Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам», где максимально четко описываются критерии для постановки диагноза – приступообразное переедание (или ПоП).

Диагностические критерии

А. Повторяющиеся эпизоды переедания. Эпизод переедания характеризуется следующими двумя пунктами:

Поедание за конкретный отрезок времени (например, в течение любого отрезка времени меньше двух часов) количества пищи, которое определенно превосходит то количество, которое бы съело большинство людей за то же самое время в схожих обстоятельствах.

Ощущение потери контроля над поеданием пищи во вре-

мя эпизода (например, ощущение, что не может перестать есть или контролировать, что или сколько ест).

В. Эпизоды переедания связываются с тремя (или более) из следующих пунктов:

Принятие пищи в намного более быстром темпе, по сравнению с нормальным.

Принятие пищи до тех пор, пока не будет ощущаться некомфортная наполненность едой.

Принятие пищи в больших количествах, когда отсутствует ощущение физического голода.

Принятие пищи в одиночестве из-за чувства стыда по поводу количества съедаемого.

Ощущение отвращения по отношению к самому себе, подавленности или сильной вины после.

С. Присутствует выраженный дистресс в связи с перееданием.

Д. Переедания случаются как минимум раз в неделю в течение трех месяцев.

Е. Переедания не сопровождаются многократным использованием неуместного компенсаторного поведения, в отличие от нервной булимии; переедание не происходит исключительно во время эпизодов нервной булимии или нервной анорексии.

Прочитав эти критерии, вы еще раз убедитесь, что не все переедания дотягивают до клинической картины, НО, если

даже они случаются реже, чем описано в медицинской литературе или не так ярко, но факт их существования отнимает у вас радость – это однозначно повод разобраться.

Кстати, психологи по расстройствам пищевого поведения чаще всего занимаются именно этим видом поведения, потому что люди с такой проблемой искренне хотят от нее избавиться, их немало и они не согласны с тем, что с ними происходит. В промежутках между приступами они ищут помощь, разрабатывают план совладания с переживаниями, занимаются фитнесом, идут к диетологам и только потом уже делают ставку на психологию.

А вот люди с нервной анорексией не осознают тяжести своего положения, видят себя в зеркале по-настоящему большими и до последнего будут утверждать, что у них все в порядке. Их чаще приводят в терапию или даже стационар напуганные родственники и выздоровление идет тяжело. Происходит это потому, что где-то в глубине души они согласны со своим состоянием и даже получают парадоксальное удовольствие от голода.

Итак, мы поговорили о том, что систематические объективные переживания оказывают влияние на состояние ЖКТ, эндокринную и иммунную системы, ухудшают сон, снижают качество жизни и социальную активность. А переживания после срывов подрывают ментальное здоровье.

Отмечу, что даже человек со здоровым пищевым поведением иногда переживает, когда: вкусно, интересно попопро-

вать новое, случился большой перерыв до приема пищи. Это нормально. Но он не винит себя за это. Стоит задуматься, когда переедания становятся регулярными, а тревога о еде занимает все больше и больше жизненного пространства.

Иногда слышу: я вроде ничего такого не ем, а вес растет. И тут на помощь приходит пищевой дневник, где мы можем оценить, чем действительно наполнен день клиента, но для начала можно оценить 5 пунктов ниже, которые скорее всего указывают на скрытое переедание – то, которое вы не очень-то и замечаете, но оно тихо делает свое дело.

Оцените, пожалуйста, эти 5 признаков незаметного переедания, возможно тут что-то про вас:

Еда не запланирована.

День уже начался, а понимания, когда случится остановка на «дозаправку» нет, да и провизия не запасена.

Еда не за столом.

Люди, которые только налаживают пищевое поведение, должны все же есть за столом. Еда на бегу – риск не услышать тоненький голос своего тела, который изо всех сил пытается сообщить: мне уже достаточно, я все получило. А вы физически не сможете его уловить, потому что перебегаете дорогу с хот-догом и горячим кофе в руке, параллельно отвечая на звонки.

Еда совмещается с другими занятиями.

Очень сложно отказаться от совмещения приема пищи с

проверкой почты, соцсетями или просмотром интервью, но это почти 100% вероятность съесть больше, чем нужно телу, особенно, если вы не очень прокачанный едок.

Еда без голода.

Вы недавно ели, чувствуете, что нет голода, но на столе лежат очень заманчивые конфетки или чипсы с орешками случайно попали в приятной компании. И это скорее всего энергия, которая в данный момент не нужна телу.

Еда для эмоций.

Когда хочется в ресторан или интересной доставки – это, скорее всего, недостаток ярких переживаний, пустота, которую все же лучше наполнить чем-то другим, но не едой. Еще вкусная еда часто используется как способ избежать тяжелых эмоций вроде тревоги или навязчивых мыслей. И тогда нас тянет посмотреть сериал с чем-то вкусным, чтобы просто расслабиться. И скорее всего мы перееедим.

Часто слышу от клиентов: «Когда я попадаю в цикл переедания, мне кажется, что я как будто в запое» или «Я зависим от еды, что тут поделаешь, пищевой алкоголик».

А еще встречаю на просторах соцсетей специалистов, которые предлагают избавить раз и навсегда от пищевой зависимости.

Зависимость – это патологическое влечение к психоактивным веществам или к определенному поведению.

Но! Нет ни одного человека на земле, который смог бы обходиться без еды, а вот без алкоголя, никотина, игромании

жить можно. В этом принципиальная разница. Плюс ко всему при нарушениях пищевого поведения нет синдрома отмены и роста толерантности к дозе, поэтому не надо называть РПП пищевой зависимостью. Получается, все мы тогда ей страдаем, минимум три раза в день, из года в год.

Что делать, если все же сильно переел? На следующий день – разгружаться? Нет и еще раз нет.

ЕСЛИ ПЕРЕЕЛИ – ПРОСТО ПРОДОЛЖАЙТЕ ЖИТЬ ДАЛЬШЕ В ОБЫЧНОМ РЕЖИМЕ.

Любая попытка «искупить вину» после перебора с едой затягивает в порочный круг нарушений пищевого поведения. Специалисты по РПП называют этот процесс компенсацией. К ней относятся:

–ужесточение пищевых правил на следующий день после приступа переедания (посижу на кефире или сегодня только салат, большего не заслужила);

–отработка в зале лишних калорий (сегодня поем как человек, завтра компенсирую убойной кардиотренировкой);

–прием мочегонных и слабительных препаратов;

–вызывание рвоты.

Отмечу, что нет ни одной безопасной компенсации приступа переедания. Все эти действия лишь подкрепляют тяжелые и изматывающие отношения с едой. Когда идешь в зал из последних сил, а не из-за реального желания, когда моришь себя голодом, наказывая за слабоволие или же под-

саживаешься на лекарства, то это лишь отдаляет от пищевой свободы. Но, даже если что-то из перечисленного уже присутствует, то справиться можно и нужно, просто потребуется чуть больше времени. Главное – начать!

Когда понимаете, что съели некомфортно много, не наказывайте себя, пожалуйста, а воспримите эту ситуацию как любопытный ученый, который нашел материал для пристального исследования. И вот вам несколько вопросов в помощь.

Достаточно ли я спала сегодня, проснулась бодрой?

Какие промежутки между приемами пищи были в течение дня?

Ела ли я сложные углеводы?

Ела ли я белковую пищу?

Не была ли моя еда слишком обезжиренной?

Ела ли я сегодня фрукты и овощи?

Какой у меня сегодня эмоциональный фон? Меня кто-то расстраивал или было много стресса?

Вот примерно в таком порядке, начиная со сна и заканчивая переживаниями. И по возможности нужно устранить причину, чтобы предотвратить на будущее эту историю.

ГЛАВА 2. ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ РПП

Почему возникают расстройства пищевого поведения

Кривая роста количества зарегистрированных случаев РПП выглядит весьма печально и тревожно. Вот лишь несколько сухих статистических фактов (и это только диагностированные заболевшие, а сколько людей не обращаются за помощью):

- 6-8% подростков в мире одномоментно страдают РПП;

- 12-25 лет – начало РПП в подавляющем большинстве случаев;

- до 18 лет – половина заболевших нервной анорексией и булимией;

- до 23 лет – половина заболевших приступообразным перееданием;

- 19,4% женщин в течение жизни сталкиваются с РПП;

- 13,8% мужчин в течение жизни сталкиваются с РПП;

- 5-20% риск гибели от анорексии;

- 28%-74% риск развития РПП по генетическим факторам.

Из предыдущей главы мы узнали, что существуют разнообразные варианты неправильных отношений с едой, но по-

что все они базируются на недовольстве своим телом, чрезмерной фиксации на теме веса и еды. Так быть не должно! В норме человек ест все, слушает и слышит сигналы своего организма, не корит себя за то, что съел больше комфортно-насыщения. Почему с кем-то случается эта обидная история, а кого-то обходит стороной?

Понятнее всего механизм возникновения РПП объясняет нам биопсихосоциальная модель: чтобы РПП случилось с кем-то, должны сойтись три фактора одновременно:

Биологический. У человека должны быть определенные генетические особенности, которые делают его более уязвимым к наступлению расстройства пищевого поведения. Доказано, что анорексики отличаются особым геном, который позволяет долго терпеть голод и более того – даже получать от этого состояния некую эйфорию. К тому же, их генетически обусловленный метаболизм работает так, что тело умудряется довольно эффективно из минимума калорий выжимать максимум для сохранения жизни. Именно такие люди выживают в условиях страшнейшего вынужденного голода, который в истории случался не раз.

В какой-то момент своей личной истории РПП я тоже столкнулась с этой странной радостью от голода, мое тело очень хотело оливье и селедку под шубой, а я была словно под хмелем, сидя с пустой тарелкой за большим новогодним столом с родственниками. Я считала себя очень сильной и волевой, смотрела на всех немного свысока и буквально кай-

фовала от своей исключительности.

Или может быть наоборот – врожденная склонность к набору веса от природы или более крупный силуэт, и тогда человек более подвержен тому, чтобы начать подгонять себя диетами под заданные стандарты красоты. К слову сказать, у большинства из нас есть эволюционно запрограммированный сценарий перееданий от далеких предков: стремление есть, пока еда досталось нам.

Психологический. Все мы рождаемся с разными темпераментами и способностью переживать трудности. Я фанат метафор и тут тоже приведу пример через сравнения всех нас с мыльными пузырями, воздушными шарами и баскетбольными мячами. Кто-то как тугой тяжелый мяч, его можно бить о пол, стены, а он сохраняет форму и свойства. Кто-то лопается сразу же от прикосновения к острому углу, а третья категория вообще никакой защиты не имеет. Про таких еще говорят: «человек без кожи».

Кто-то в подростковом возрасте столкнется с замечанием в школе или девушка поссорится с молодым человеком, и так тяжело это будет переживаться, что нужно будет как-то ком чувств подавить или избежать. И мы знаем, что еда может выступить очень классным антидепрессантом, ведь при употреблении вкусной пищи действительно выделяются гормоны радости и удовольствия. И есть великий риск, что такой сценарий поведения закрепится и станет единственным способом регуляции сложных эмоций. А ведь кто-то даже

в голове держать не будет какие-то обидные слова педагога или партнера, 5 минут попереживает и живет замечательно дальше.

Помню, как в пятом классе получила двойку по русскому языку аккуратно накануне летних каникул. Я все три месяца думала о ней, вспоминала, как меня стыдила учительница, боялась признаться родителям, а ближе к концу августа у меня стало ужасно сводить живот от одной мысли, что нужно возвращаться в школу. Так что лично по второму фактору риска мне тоже можно ставить галочку, чересчур трепетное отношение ко всему в наличии.

Социальный. Одна моя замечательная клиентка в период терапии временно жила в Бразилии и мы с ней шутили, что это лучшее место для того, чтобы наконец-то принять свое тело. В начале нашего общения она часто жаловалась на выдающиеся формы, но при этом замечала, что в Рио-де-Жанейро она просто королева и все мужчины восхищенно смотрят вслед. В этой далекой стране совершенно иные стандарты красоты и социум не пытается навязать излишнюю сухость формы. В европейских же странах общество обязывает женщин выглядеть хуже и хуже и всячески транслирует нам идеалы красоты через социальные сети и массмедиа, внося невероятный вклад в риск развития РПП. Юной девушке в период полового созревания будет сложнее устоять против диетической культуры в социуме, где идеал красоты отличен от ее внешности.

Таким образом, если перед нами человек с установленным диагнозом РПП, то все три части пазла сошлись в единую картину. К примеру, в моем случае это было так: я очень чувствительна к критике, у меня есть склонность к набору веса и выдающиеся бедра, а в подростковом возрасте я столкнулась с замечаниями взрослых и ровесников о своей полноте. И что решила делать? Конечно же, худеть! А дальше механизм РПП лишь набирал обороты и закручивал спираль все сильнее.

Если из этой схемы выпадает хоть одна часть, есть шанс устоять перед РПП. Если маленькая девочка склонна к полноте и как раз является тем самым мыльным пузырем по темпераменту, но при этом никогда и нигде не встречалась с мнением о том, что она некрасива, не подвергалась буллингу в школе, вряд ли она впадет в диетический сценарий.

Раз уж вы хотите узнать больше о расстройствах пищевого поведения и, возможно, перестать осуждать себя и окружающих за такую беду, то будет уместно ознакомиться с интересными фактами, которые в 2014 году озвучила Синтия Бьюлик в ходе своего доклада «Разоблачение девяти мифов об РПП». Синтия Бьюлик, профессор университета Северной Каролины – выдающаяся женщина, которая внесла огромный вклад в понимание механизмов РПП.

Итак, 9 фактов об РПП:

Правда 1. Многие люди, страдающие нарушениями пищевого поведения, внешне выглядят совершенно здоровыми,

однако на самом деле могут быть очень больны

Комментарий автора. Я говорю об этом очень часто в своем профиле в запрещенной социальной сети, в Telegram-канале, считаю это важной частью миссии любого психолога по РПП – доносить информацию о том, что по внешнему виду мы не ставим никаких диагнозов, этого недостаточно. Бывает, что человек страшно переживает каждую пятницу, в последующую неделю существенно ограничивает себя, как итог находится в нормативном весе, но ненавидит себя все выходные, и мы даже можем не узнать об этом никогда.

Правда 2. Семья не ответственна за болезнь, родственники могут стать лучшими союзниками пациентов и врачей в процессе лечения.

Комментарий автора. Я работаю с семьями, которые столкнулись со страшной бедой – анорексией ребенка. И одна из моих задач – снять вину с родителей за то, что так случилось. Действительно, родители или другие родственники не виноваты в том, что так получилось. Да и неконструктивно это – искать причину, надо действовать, заменив вину на ответственность. Как говорит Лорен Мюльхайм, клинический психолог и специалист по семейной терапии РПП: «Когда человек заболевает раком легких, никто не анализирует, почему так получилось, его немедленно начинают лечить».

Правда 3. Диагноз «Расстройство пищевого поведения» – это серьезная проблема, нарушающая личное и семейное функционирование человека.

Комментарий автора. Да, РПП – это не только про еду, это процесс, который оказывает влияние на всю жизнь – взаимоотношения с детьми, успехи на работе, самооценку и карьеру. Это буквально газ, который проникает везде.

Правда 4. Расстройство пищевого поведения – это не личный выбор человека, а серьезное биологически обусловленное заболевание.

Комментарий автора. Никто не выбирает жить с РПП, никто добровольно не соглашался так страдать, это не прихоть и недостаток воли, об этом мы говорили, рассматривая биопсихосоциальную модель формирования РПП.

Правда 5. Расстройства пищевого поведения подвержены люди любого пола, возраста, расы, национальности, размера и веса, сексуальной ориентации и социально-экономического положения.

Комментарий автора. Принято считать, что РПП – это больше про женщин, ведь именно на них оказывается больше давления по части стандартов красоты, но мужчинам тоже непросто – нужно и карьеру успешную демонстрировать, и мышцы, и волевой подбородок. Причем совершенно все равно, какого цвета твоя кожа или размер зарплаты.

Правда 6. Расстройства пищевого поведения несут в себе риск суицида и осложнений для здоровья.

Комментарий автора. 26% заболевших РПП совершают попытку суицида, их страдания так невыносимы, что порой единственным выходом кажется только окончание жизни.

Правда 7. И гены, и окружающая среда играют важную роль в развитии расстройств пищевого поведения.

Комментарий автора. Да, именно все части пазла должны сложиться в одну картину, а если есть только гены, но среда никак не подталкивает заряд к «детонации», то риск получить заболевание минимален.

Правда 8. Сами по себе гены не определяют заболеваемость.

Комментарий автора. Если ребенок создан быть более крупным, чем его сверстники (а я напомним, что даже если мы все будем питаться и двигаться абсолютно одинаково, то все равно будем выглядеть очень индивидуально), но при этом никогда не подвергался осуждению за внешность, то вероятность развития РПП тоже невелика.

Правда 9. Полное выздоровление при расстройствах пищевого поведения возможно. Ранняя диагностика и вмешательство очень важны для выздоровления.

Комментарий автора. Масштабные исследования показывают, что в ремиссию выйти вполне возможно, особенно хорошо это удается подросткам, так как у них РПП не потащило за собой еще целый прицеп других последствий. И, на мой взгляд, это очень вдохновляюще: свет в конце тоннеля точно есть!

Если представить себе, что наше тело – сложный смартфон, то чрезмерная озабоченность едой – это приложение, которое работает в фоновом режиме и постоянно крадет за-

ряд аккумулятора, а гаджет вынужден работать на пониженных оборотах. Так вот, если это злосчастное приложение свернуть, то высвободится очень мощный заряд, на котором можно строить счастливые отношения, реализовываться и кайфовать каждый день!

И выход существует. Есть прописанные пути нормализации пищевого поведения, конкретные упражнения и практики. Я расскажу о них далее. Конечно, совершенно невозможно уложить качественную терапию в одну книгу, но моя задача – приоткрыть немного кулисы взаимодействия психолога и клиента, чтобы снять страх неизвестности перед этим процессом.

Почему сейчас так много нарушений пищевого поведения

Потому что именно в наше время создались идеальные условия для того, чтобы люди все больше и больше переживали из-за еды, пытались контролировать вес и улучшать внешность.

С одной стороны:

–люди привыкли жить в условиях нестабильного поступления питания. Курьер, знаете ли, мамонта за 15 минут не доставит. Нужно потрудиться его добыть, разделать и переварить. И неизвестно когда следующий раз такой пир случится;

–что сделали наши предки? Адаптировались к стратегии «вижу еду и ем»;

—поел — запасись энергией! Да, мы склонны откладывать полезное в жир на голодные времена.

Ко всему этому человек очень хорошо приспособился, но, с другой стороны, не смог адаптироваться к современной культуре, в которой:

—еда легко доступна, стала заметно вкуснее и даже приятнее по текстуре;

—при этом из медиа льется поток противоречивых посланий в отношении диет и фигур;

—среда стала очень конкурентной.

И что в итоге? Полная неразбериха. Вроде хочешь есть, а в интернете говорят: «Терпи, нельзя, иначе тебя выкинут с рынка невест и успешных леди, останется только пожалеть». Хочешь поесть ровно столько, чтобы чувствовать расслабление и приятное давление в желудке, а подруга предлагает: «Давай встанем из-за стола с легким чувством голода». Планируешь насладиться пастой, а рядом в ресторане девушка ковыряет легкий салатик и тебе уже неловко, что как будто переедаешь.

Ну как тут не вступить в сложные и странные отношения с едой? Согласны? Для чего я об этом говорю? Чтобы вам стало легче, чтобы вы сняли с себя тяжеленный груз вины за то, что, возможно, когда-то погрузились в нездоровые отношения с едой и телом. Чтобы вы перестали себя корить, простили и начали новую жизнь без изматывающих переживаний о еде. Это очень возможно.

Группа риска и неочевидные признаки РПП

Кто наиболее подвержен риску развития РПП:

- люди, пережившие неблагоприятный опыт в детстве (например, домашнее насилие или игнорирование со стороны взрослых, травлю, физические травмы, катастрофы, дискриминацию, крайнюю бедность, жизнь в сообществе/регионе с высоким уровнем насилия/криминала);
- люди, получившие психическую травму;
- подростки и молодые люди;
- люди, чьи близкие родственники страдали РПП;
- женщины и девочки;
- спортсмены;
- пациенты с признаками или симптомами РПП (например, быстрой потерей веса, озабоченностью едой и внешним видом, брадикардией или аменореей);
- люди, страдающие тревожными расстройствами или депрессией;
- люди, которым свойственен перфекционизм;
- люди, которым свойственна психологическая негибкость (сниженная способность адаптироваться к новым условиям, идти на компромисс или менять свою систему взглядов и убеждений).

Пожалуйста, обратите внимание на этот список из гайда про РПП у детей и подростков, который создала «Ассоциация специалистов, информированных о расстройствах пищевого поведения» (АРППС). Возможно, многие из этих

пунктов уже про вас, но вы как будто бы привыкли к этому и даже не подозреваете, что правильнее жить без подобных переживаний. Когда я выложила этот список в своем Telegram-канале, то получила довольно много комментариев типа: «Кошмар, ведь каждый пункт как с меня писали, даже не знала, что это серьезно!»

Неочевидные признаки РПП:

—поглощенность мыслями о еде (состав и способ приготовления пищи, где поесть, сколько поесть, как это приготовлено и т. д.). Мысли о еде мешают концентрироваться на повседневных задачах;

—общее ощущение потери контроля над питанием;

—чувство вины во время или после еды;

—еда в одиночестве или сокрытие приемов пищи (или их состава) от друзей, семьи;

—«странные» приемы пищи: еда в одиночестве, спрятанная еда, деление пищи на маленькие кусочки, размазывание по тарелке, длительные приемы пищи, взвешивание еды;

—пропуск приемов пищи;

—приготовление себе отдельно от других «правильной» пищи;

—употребление большого количества воды/чая/кофе (часто вместо еды);

—поглощение большей части суточной еды в ночное время;

—менее заметные изменения рациона (отказ от привыч-

ных продуктов, которые ранее спокойно употреблялись в пищу);

–деление еды на «вредную» и «здоровую». Большой список запретных/плохих продуктов. Критика окружающих за то, что питаются плохой, «грязной» едой;

–расчет калорийности блюд и соотношения белков/жиров/углеводов;

–возросший интерес к приготовлению пищи. В том числе наблюдение или контроль за приготовлением пищи другими людьми. При этом приготовленную еду человек не ест.

–долгие разглядывания своего тела в зеркале или, наоборот, полное избегание отражения;

–интерес к группам и пабликам о похудении и диетах;

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.