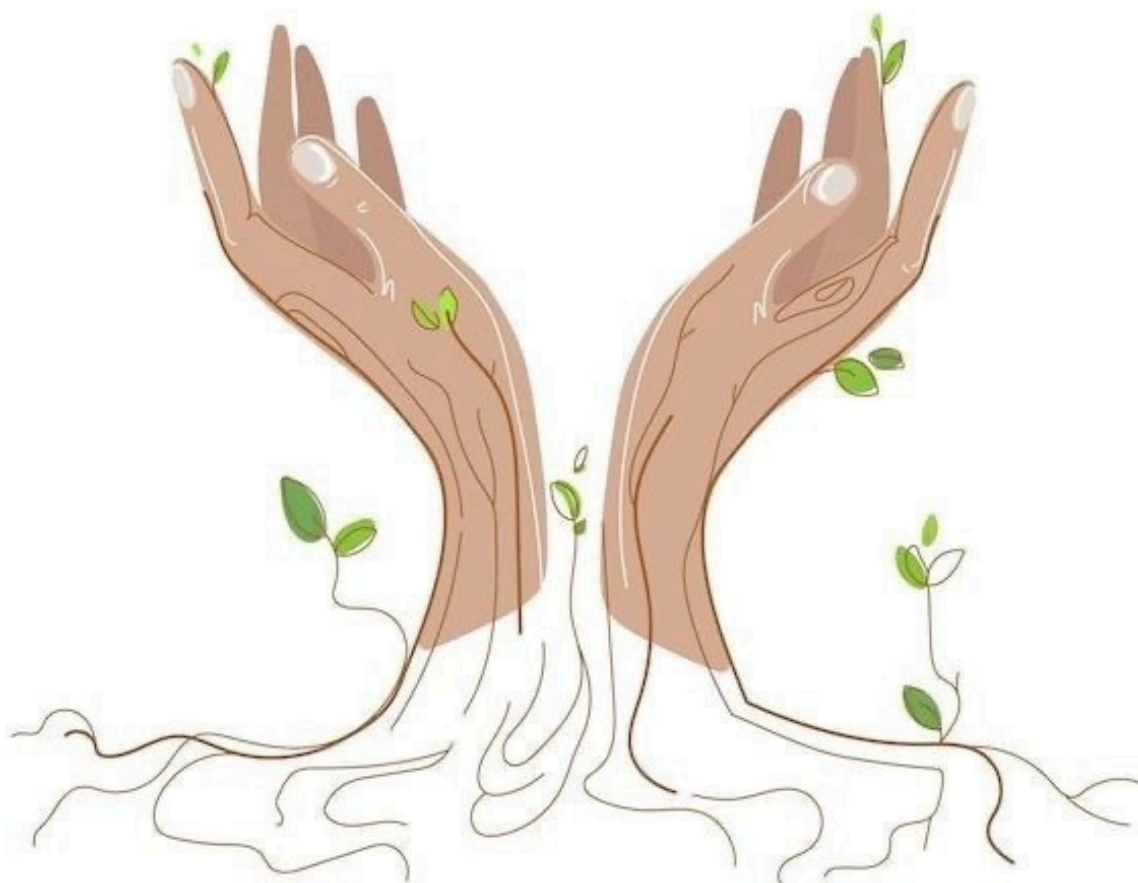


ГАЙД *для батьків*

з лікування РХП від центру REDEFINE





ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1. ОСНОВИ ЛІКУВАННЯ РХП

1.1. Що таке РХП?

1.2. Чому РХП - це не примха і не поганий характер?

1.3. Чому виникає РХП?

1.4. Чому РХП - це не лише про їжу та вагу?

1.5. Що таке реабілітація при РХП?

1.6. Чому лікування РХП має бути комплексним?

1.7. Які фахівці беруть участь у лікуванні РХП?

1.8. Чому лікування РХП - це не просто набір ваги?

1.9. Що входить у повноцінне лікування РХП?

1.10. На яких принципах базується сучасне лікування РХП?

1.11. Які міжнародні рекомендації використовуються в лікуванні РХП?

1.12. Що вважається одужанням при РХП?

1.13. Чому покращення самопочуття ще не означає одужання?



ЗМІСТ

РОЗДІЛ 2. МАРШРУТИЗАЦІЯ ПАЦІЄНТА ТА РІВНІ ДОПОМОГИ ПРИ РХП

2.1. Як зрозуміти, який рівень допомоги потрібен?

2.2. Чому вага не є єдиним критерієм тяжкості стану?

2.3. Які показники враховуються під час оцінки стану?

2.4. Коли потрібна реанімація або невідкладна медична допомога?

2.5. Коли потрібне соматичне відділення?

2.6. Чим соматичне відділення відрізняється від лікування РХП?

2.7. Коли потрібна психіатрична госпіталізація?

2.8. Чи є РХП саме по собі показанням до психіатричного стаціонару?

2.9. Коли доцільна спеціалізована програма лікування РХП?

2.10. Що відбувається у спеціалізованій програмі РХП?

2.11. Чим центр відновлення відрізняється від лікарні?

2.12. Чому наркологічний центр не є профільним місцем лікування РХП?

2.13. Як нейровідмінності можуть впливати на лікування?

2.14. Чому лікування має адаптуватися до особливостей пацієнта?



ЗМІСТ

РОЗДІЛ 3. ЯК ВІДБУВАЄТЬСЯ ЛІКУВАННЯ

3.1. Які етапи проходить пацієнт під час відновлення?

3.2. Що таке медична стабілізація?

3.3. Що таке харчова стабілізація та реабілітація?

3.4. Коли починається глибша психологічна робота?

3.5. Чому не можна перескакувати через етапи?

3.6. Чому лікування займає місяці, а іноді роки?

3.7. Що таке протестна поведінка і чому вона виникає?

3.8. Чому під час лікування стан може тимчасово погіршуватись?

3.9. Чому в період адаптації може з'являтися бажання поїхати додому?

3.10. Що робити, якщо пацієнт або дитина просить забрати її з центру?



ЗМІСТ

РОЗДІЛ 4. ХАРЧУВАННЯ ТА ВІДНОВЛЕННЯ ВАГИ

4.1. Чи лікування РХП - це просто набрати вагу?

4.2. Як відбувається відновлення харчування?

4.3. Як організоване харчування в центрі?

4.4. За яким принципом будуються основні прийоми їжі?

4.5. Яку функцію виконують перекуси?

4.6. Для чого потрібне 5-разове харчування?

4.7. Чи може бути 2-разове або 3-разове харчування?

4.8. Чи однакові прийоми їжі для всіх пацієнтів?

4.9. Чи враховуються смакові вподобання пацієнта або дитини?

4.10. Якщо пацієнт щось не любить, чи будуть змушувати це їсти?

4.11. Як команда допомагає впоратися з відмовою, страхом або опором перед їжею?

4.12. Чому потрібно їсти регулярно навіть без відчуття голоду?



ЗМІСТ

РОЗДІЛ 4. ХАРЧУВАННЯ ТА ВІДНОВЛЕННЯ ВАГИ

4.13. Які темпи набору ваги вважаються нормальними?

4.14. Чому вага може стояти або коливатися?

4.15. Навіщо потрібні десерти та “страшні” продукти?

4.16. Для чого потрібне солодке в терапії РХП?

4.17. Чому не можна робити акцент лише на “здоровому харчуванні”?

4.18. Що таке правило трьох Марші Геррін?

4.19. Чому в центрі може обмежуватися кількість овочів і фруктів?

4.20. Чому в центрі заборонені цукрозамінники?

4.21. Що таке харчові добавки і для чого вони потрібні?

4.22. Навіщо потрібні гейнери?

4.23. Коли використовується ентеральне харчування?

4.24. Чому пацієнт може не хотіти їсти навіть після початку лікування?



ЗМІСТ

РОЗДІЛ 5. МЕДИЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ, АНАЛІЗИ ТА ЛІКИ

5.1. Навіщо потрібні аналізи?

5.2. Які аналізи зазвичай контролюють?

5.3. Що таке рефідинг-синдром?

5.4. Навіщо контролювати електроліти?

5.5. Чи потрібні вітаміни та добавки?

5.6. Чи можна відновитися лише на добавках?

5.7. Як відбувається здача аналізів під час перебування в центрі?

5.8. Якщо потрібно поїхати на прийом до лікаря, як це організовується?

5.9. Чи супроводжує центр пацієнта на аналізи або до лікаря?

5.10. Як команда взаємодіє з іншими лікарями?

5.11. Як коригується план лікування після консультацій інших спеціалістів?

5.12. Як контролюється прийом ліків у центрі?

5.13. Як формується список прийому препаратів?

5.14. Хто розкладає ліки та контролює їх видачу?



ЗМІСТ

РОЗДІЛ 5. МЕДИЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ, АНАЛІЗИ ТА ЛІКИ

5.15. Як відбувається закупівля препаратів?

5.16. Чи може психіатр призначати ліки?

5.17. Чи може психіатр змінювати або відмінити ліки?

5.18. Як відбувається узгодження медикаментозного лікування з батьками?

5.19. Як контролюється прийом препаратів, які призначив психіатр?



ЗМІСТ

РОЗДІЛ 6. ФІЗИЧНІ НАСЛІДКИ РХП ТА ВІДНОВЛЕННЯ ОРГАНІЗМУ

6.1. Які фізичні наслідки може мати РХП?

6.2. Чому при РХП можуть виникати проблеми із серцем?

6.3. Чому при РХП може розвиватися остеопороз?

6.4. Чому може зникати менструація?

6.5. Чому при РХП можуть змінюватися гормони та щитоподібна залоза?

6.6. Чому постійно холодно?

6.7. Чому випадає волосся?

6.8. Чому з'являються набряки?

6.9. Чому виникають проблеми зі шлунком і кишківником?

6.10. Чому після початку лікування може з'являтися сильний голод?

6.11. Чи є менструація критерієм одужання?

6.12. Чи означає повернення менструації повне одужання?

6.13. Чому фізичні симптоми можуть зберігатися ще певний час після початку лікування?



ЗМІСТ

РОЗДІЛ 7. РОЛЬ БАТЬКІВ І БЛИЗЬКИХ У ЛІКУВАННІ

7.1. Яку роль відіграють батьки у лікуванні?

7.2. Як підтримувати дитину, не вступаючи в боротьбу?

7.3. Чого не варто говорити людині з РХП?

7.4. Чому не можна домовлятися з розладом?

7.5. Чому важлива єдина позиція всієї родини?

7.6. Як реагувати на відмову від їжі?

7.7. Як реагувати на сльози, агресію та маніпуляції?

7.8. Чому контроль на певному етапі є необхідністю, а не покаранням?

7.9. Для чого потрібні батьківські онлайн-групи?

7.10. Чому участь батьків у групах є обов'язковою?

7.11. Що буде, якщо батьки не відвідують групи та не залучаються до процесу?

7.12. Як батькам реагувати, якщо дитина просить забрати її з центру?

7.13. Чому батькам важливо не діяти імпульсивно під впливом емоцій дитини?

7.14. Як батькам зберігати контакт із дитиною, але не руйнувати терапевтичний процес?



ЗМІСТ

РОЗДІЛ 8. КОМПЕНСАТОРНА ПОВЕДІНКА ТА БЕЗПЕКА В ЦЕНТРІ

8.1. Що таке компенсаторна поведінка при РХП?

8.2. Чому компенсаторна поведінка небезпечна?

8.3. Як у центрі контролюється очищувальна поведінка?

8.4. Як контролюється вживання проносних, сечогінних або інших препаратів?

8.5. Чому пацієнт не може самостійно приймати препарати без узгодження з командою?

8.6. Як команда реагує, якщо є підозра на приховану компенсаторну поведінку?

8.7. Чому важливо не карати за симптом, а працювати з ним терапевтично?



ЗМІСТ

РОЗДІЛ 9. ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ, РУХ І ОБМЕЖЕННЯ

9.1. Чому в центрі обмежується фізична активність?

9.2. Чому не рекомендується самостійно займатися спортом під час лікування?

9.3. Чому фізична активність можлива лише з дозволу команди фахівців?

9.4. Чому в центрі обмежується силове навантаження?

9.5. Чому прогулянки дозуються?

9.6. Коли фізична активність може поступово повертатися?

9.7. Як зрозуміти, що рух є частиною відновлення, а не способом “відпрацювання”?



ЗМІСТ

РОЗДІЛ 10. УМОВИ ПРОЖИВАННЯ ТА ПРАВИЛА ЦЕНТРУ

10.1. Чому пацієнти проживають по 2-4 людини в кімнаті?

10.2. Навіщо потрібен режим дня?

10.3. Навіщо потрібен супровід після прийомів їжі?

10.4. Чому є правила користування телефонами?

10.5. Чи є в доступі телефони та планшети?

10.6. Скільки часу можна користуватися телефоном у будні?

10.7. Скільки часу можна користуватися телефоном у вихідні?

10.8. Чому не можна привозити частину продуктів з дому?

10.9. Що можна і що не можна привозити з їжі?

10.10. Чи постійно пацієнт перебуває тільки в межах центру?

10.11. Чи можливі виїзди за межі центру?

10.12. Хто приймає рішення про виїзди за межі центру?

10.13. Чому не можна самовільно виїжджати з центру?

10.14. Чи можна приїхати до пацієнта тоді, коли хочеться?

10.15. Чому приїзд батьків або близьких має бути узгоджений з командою?

10.16. Які речі потрібно взяти із собою до стаціонару?



ЗМІСТ

РОЗДІЛ 11. ВІДВІДУВАННЯ, КОНТАКТ ІЗ БАТЬКАМИ ТА КОМУНІКАЦІЯ З ЦЕНТРОМ

11.1. Як відбуваються відвідування батьків?

11.2. У які дні можливі відвідування?

11.3. Чому відвідування можливі не одразу після госпіталізації?

11.4. Чому перші два тижні важливі для адаптації?

11.5. Чи можна відвідувати дитину без попереднього узгодження?

11.6. Як відбувається контакт батьків із фахівцями?

11.7. Як часто батьки отримують звіти про стан дитини?

11.8. Який зворотний зв'язок очікується від батьків?

11.9. Скільки часу передбачено на контакт із фахівцями?

11.10. Коли можна запланувати окрему онлайн-консультацію з фахівцем?

11.11. Які питання можна адресувати консультантам?

11.12. Які питання потрібно адресувати психологу, дієтологу або психіатру?

11.13. Як відбувається комунікація після ресоціалізації?

11.14. Чому батькам потрібно заповнювати форму зворотного зв'язку після ресоціалізації?

11.15. Що відбувається у разі самовільного припинення стаціонарного лікування?



ЗМІСТ

РОЗДІЛ 12. РЕСОЦІАЛІЗАЦІЯ

12.1. Що таке ресоціалізація?

12.2. Для чого потрібна ресоціалізація?

12.3. Чому не можна одразу повернутися до звичайного життя?

12.4. Хто приймає рішення про початок ресоціалізації?

12.5. Як відбувається повернення до навчання?

12.6. Як відбувається повернення до роботи?

12.7. Як відбувається повернення до фізичної активності?

12.8. Як відбувається повернення у сімейну систему?

12.9. Як зрозуміти, що людина готова до виписки?



ЗМІСТ

РОЗДІЛ 13. ПІСЛЯ ВИПИСКИ

13.1. Які ризики рецидиву існують?

13.2. Які “червоні прапорці” повинні насторожити батьків або самого пацієнта?

13.3. Скільки триває відновлення після РХП?

13.4. Чи можливе повне одужання?

13.5. Що робити, якщо симптоми повернулися?

13.6. Яка підтримка може бути потрібна після виписки?

13.7. Чому після стаціонару важливо продовжувати амбулаторну підтримку?

13.8. Чому після самовільного переривання стаціонарного лікування неможливий амбулаторний формат?



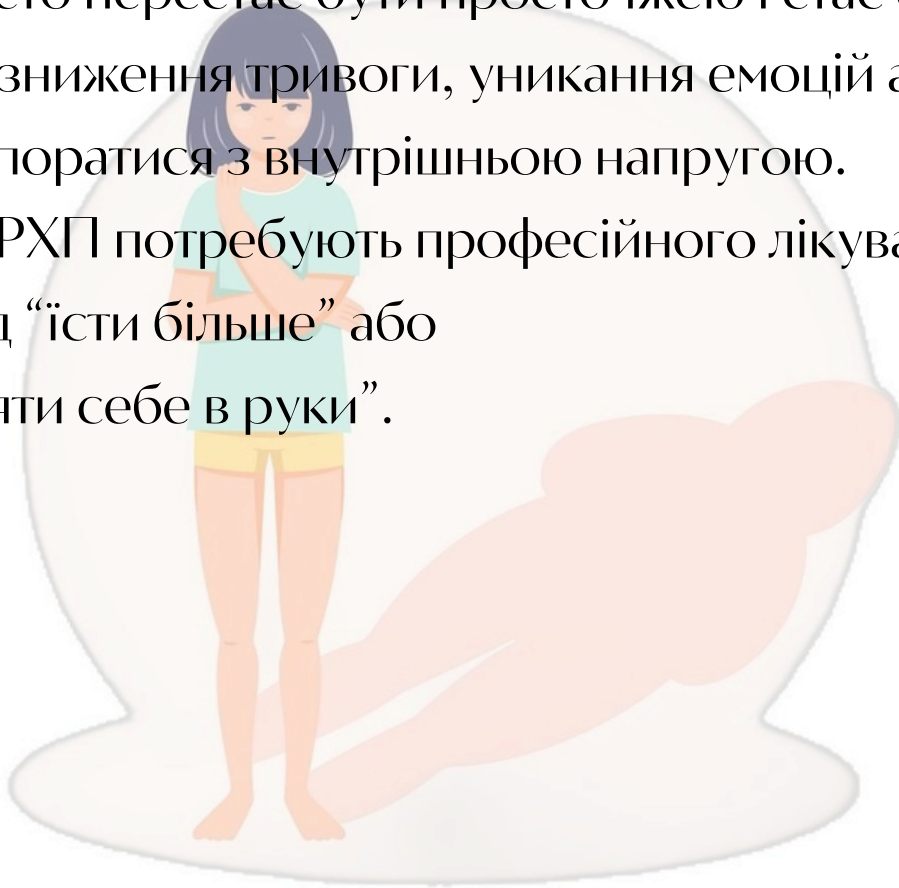
РОЗДІЛ 1

ОСНОВИ

ЛІКУВАННЯ РХП

1.1. ЩО ТАКЕ РХП?

Розлади харчової поведінки, або РХП, - це серйозні психічні розлади, які впливають не лише на харчування, вагу чи зовнішність. Вони можуть змінювати фізичне здоров'я, емоційний стан, мислення, поведінку, самооцінку, ставлення до тіла та якість життя людини. При РХП їжа часто перестає бути просто їжею і стає способом контролю, зниження тривоги, уникання емоцій або спробою впоратися з внутрішньою напругою. Саме тому РХП потребують професійного лікування, а не лише порад “їсти більше” або “просто взяти себе в руки”.



1.2. ЧОМУ РХП - ЦЕ НЕ ПРИМХА І НЕ ПОГАНІЙ ХАРАКТЕР?

РХП - це не примха, не впертість, не бажання привернути увагу і не прояв поганого характеру. Це захворювання, при якому змінюється сприйняття їжі, тіла, ваги, безпеки та контролю. З боку може здаватися, що людина спеціально відмовляється від їжі, маніпулює або робить наперекір, але насправді за цим часто стоїть сильний страх, тривога, сором, відчуття втрати контролю або нездатність справлятися з емоціями іншим способом. Тому людині з РХП потрібні не звинувачення, а лікування, структура, підтримка і послідовна допомога.





1.3. Чому виникає РХП?

РХП не має однієї простої причини. Сучасний підхід пояснює розвиток РХП через біопсихосоціальну модель, тобто поєднання біологічних, психологічних і соціальних

факторів. До біологічних можуть належати генетична схильність, особливості нервової системи, темперамент або нейровідмінності. До психологічних - тривожність,

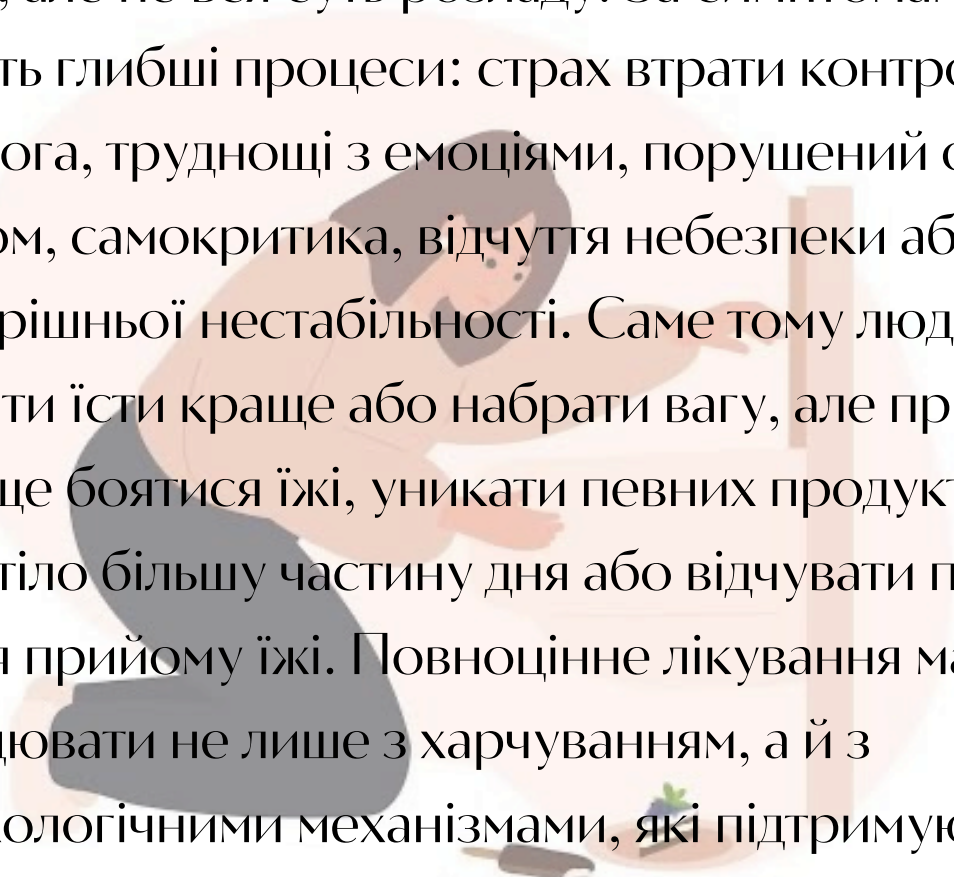
перфекціонізм, труднощі з емоційною регуляцією, низька самооцінка, сором, потреба в контролі. До соціальних - стрес, тиск щодо зовнішності, булінг, коментарі про тіло,

сімейні обставини, травматичні події або вплив дієтичної культури. Зазвичай РХП формується не через одну подію, а через сукупність факторів.



1.4. ЧОМУ РХП – ЦЕ НЕ ЛИШЕ ПРО ЇЖУ ТА ВАГУ?

Їжа, вага і форма тіла – це найбільш помітна частина РХП, але не вся суть розладу. За симптомами часто стоять глибші процеси: страх втрати контролю, тривога, труднощі з емоціями, порушений образ тіла, сором, самокритика, відчуття небезпеки або внутрішньої нестабільності. Саме тому людина може почати їсти краще або набрати вагу, але при цьому все ще боятися їжі, уникати певних продуктів, думати про тіло більшу частину дня або відчувати провину після прийому їжі. Повноцінне лікування має працювати не лише з харчуванням, а й з психологічними механізмами, які підтримують розлад.





1.5. Що таке реабілітація при РХП?

Реабілітація при РХП - це комплексний процес відновлення, який включає не лише харчування або вагу, а й фізичне здоров'я, психічний стан, емоційну регуляцію, соціальне функціонування та якість життя. У реабілітації важливо поступово відновити регулярне і достатнє харчування, стабілізувати фізичний стан, зменшити страх їжі та набору ваги, навчитися витримувати емоції без повернення до симптомів і поступово повертатися до навчання, роботи, стосунків та звичайного життя. Це не один прийом у спеціаліста, а послідовний терапевтичний процес.

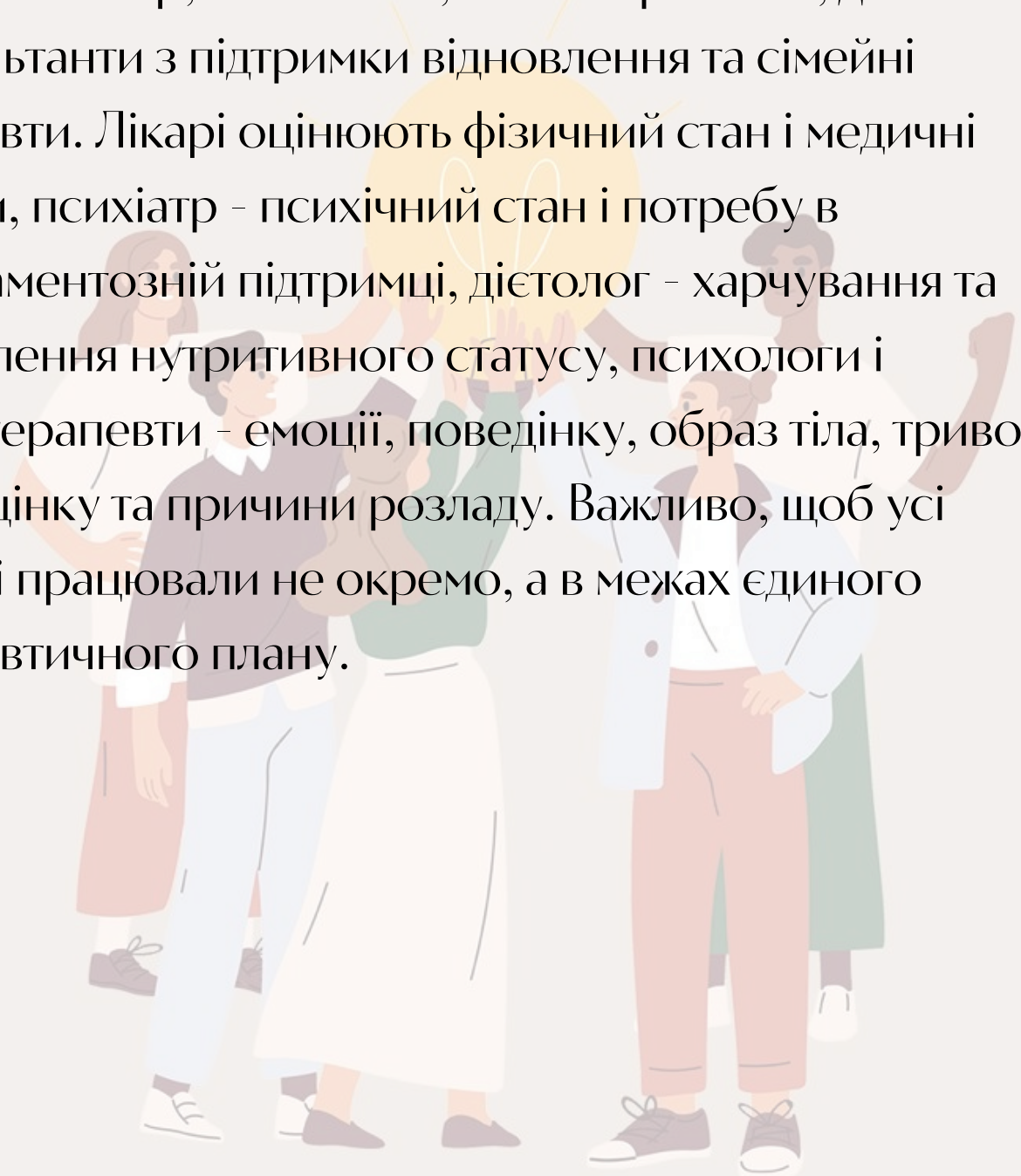
1.6. ЧОМУ ЛІКУВАННЯ РХП МАЄ БУТИ КОМПЛЕКСНИМ?

РХП впливає одразу на багато сфер: тіло, психіку, харчову поведінку, мислення, сім'ю, навчання, роботу та соціальні контакти. Якщо працювати лише з вагою, але не працювати зі страхом набору ваги, розлад може зберігатися. Якщо працювати лише з психологією, але не відновлювати харчування, мозок і тіло залишаються в дефіциті, тому терапія може бути менш ефективною. Саме тому лікування має поєднувати харчову реабілітацію, медичне спостереження, психотерапію, роботу з образом тіла, зменшення компенсаторної поведінки та підтримку родини.



1.7. ЯКІ ФАХІВЦІ БЕРУТЬ УЧАСТЬ У ЛІКУВАННІ РХП?

У лікуванні РХП зазвичай бере участь мультидисциплінарна команда. До неї можуть входити лікарі, психіатр, психологи, психотерапевти, дієтологи, консультанти з підтримки відновлення та сімейні терапевти. Лікарі оцінюють фізичний стан і медичні ризики, психіатр – психічний стан і потребу в медикаментозній підтримці, дієтолог – харчування та відновлення нутритивного статусу, психологи і психотерапевти – емоції, поведінку, образ тіла, тривогу, самооцінку та причини розладу. Важливо, щоб усі фахівці працювали не окремо, а в межах єдиного терапевтичного плану.



1.8. ЧОМУ ЛІКУВАННЯ РХП - ЦЕ НЕ ПРОСТО НАБІР ВАГИ?

Набір ваги може бути важливою частиною лікування, особливо при виснаженні, але це не єдина мета. Під час тривалого дефіциту харчування змінюється робота мозку, посилюється тривога, погіршується концентрація, знижується критичність до власного стану і здатність приймати рішення. Відновлення ваги допомагає тілу вийти з режиму виживання, але після цього часто залишається психологічна робота: страх їжі, страх набору ваги, незадоволення тілом, бажання контролю, компенсаторна поведінка або нав'язливі думки. Тому лікування РХП - це не просто “набрати кілограми”, а відновити людину фізично, психологічно і соціально.

1.9. ЩО ВХОДИТЬ У ПОВНОЦІННЕ ЛІКУВАННЯ РХП?

Повноцінне лікування РХП може включати харчову реабілітацію, відновлення фізичного здоров'я, психотерапію, роботу з образом тіла, подолання страху набору ваги, зменшення компенсаторної поведінки, розвиток навичок емоційної регуляції, сімейну підтримку та профілактику рецидивів. Також важливо допомогти людині поступово повернутися до життя поза симптомами: навчання, роботи, спілкування, хобі, побуту, відпочинку і самотійності. Одужання - це не лише зникнення гострих симптомів, а здатність жити без постійного диктату РХП.

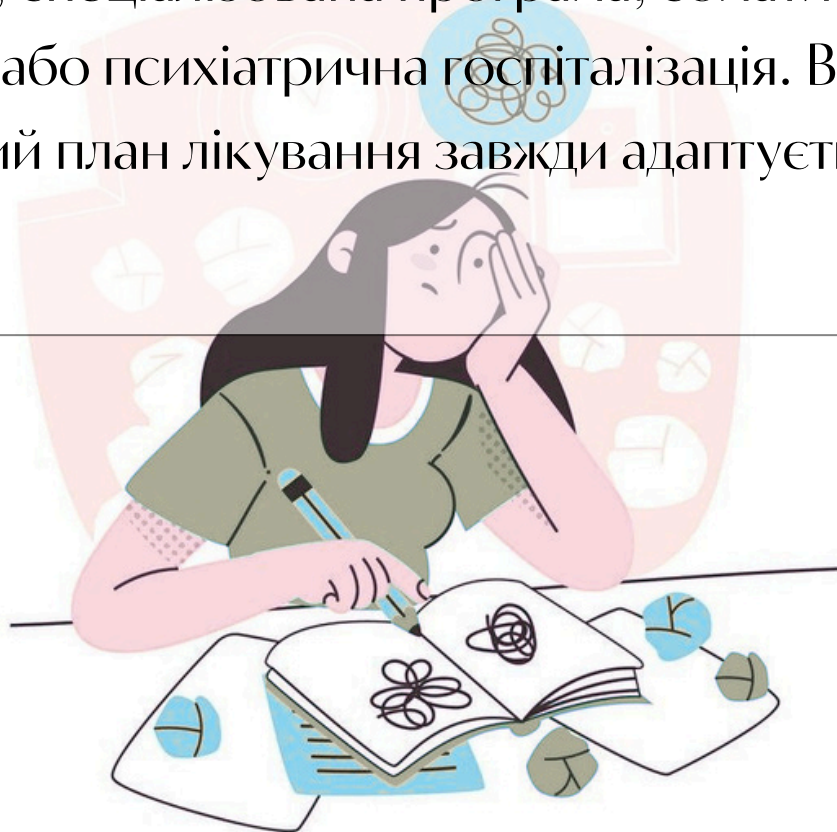


1.10. На яких принципах базується сучасне лікування РХП?

Сучасне лікування РХП базується на доказових підходах, міжнародних клінічних рекомендаціях, оцінці ризиків і підборі такого рівня допомоги, який є достатнім для безпечного відновлення. Це означає, що план лікування має враховувати не лише діагноз або вагу, а й медичний стан, психічний стан, ризики, тривалість розладу, сімейну ситуацію, рівень підтримки, супутні захворювання та здатність людини дотримуватися плану лікування. Допомога має бути достатньо інтенсивною, але не більш обмежувальною, ніж потрібно для безпеки пацієнта.

1.11. ЯКІ МІЖНАРОДНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ЛІКУВАННІ РХП?

У сучасному лікуванні РХП орієнтуються на міжнародні клінічні рекомендації та професійні стандарти, зокрема NICE, APA та AED. Для дітей і підлітків важливим доказовим підходом є FBT – сімейно-орієнтоване лікування, яке передбачає активну участь родини у процесі одужання. Ці рекомендації допомагають визначати рівень допомоги, оцінювати ризики, організовувати лікування і розуміти, коли потрібна амбулаторна підтримка, спеціалізована програма, соматичний стаціонар або психіатрична госпіталізація. Водночас конкретний план лікування завжди адаптується до людини.



1.12. Що вважається одужанням при РХП?

Одужання при РХП - це не лише нормалізація ваги або покращення аналізів. Повноцінне відновлення включає фізичну стабільність, регулярне і достатнє харчування, зменшення або відсутність компенсаторної поведінки, зниження страху набору ваги, покращення емоційного стану, більш спокійне ставлення до їжі та тіла, а також повернення до навчання, роботи, стосунків і повсякденного життя. Людина поступово вчиться жити не навколо їжі, ваги, контролю чи симптомів, а навколо власних потреб, цінностей і реального життя.

1.13. Чому покращення самопочуття ще не означає одужання?

Покращення настрою, апетиту або фізичного стану - це важливий позитивний етап, але воно не завжди означає повне одужання. У процесі лікування може бути період, коли людина вже виглядає краще, відчувається сильнішою або має кращі фізичні показники, але психологічні механізми РХП ще залишаються активними. Можуть зберігатися страх їжі, тривога після прийомів їжі, бажання контролювати тіло, уникання певних продуктів, сором або приховані компенсаторні дії. Саме тому команда оцінює не лише вагу чи самопочуття, а й поведінкові, психологічні, медичні та соціальні показники відновлення.



РОЗДІЛ 2

МАРШРУТИЗАЦІЯ ПАЦІЄНТА ТА РІВНІ ДОПОМОГИ ПРИ РХП



2.1. Як зрозуміти, який рівень допомоги потрібен?

Рівень допомоги при РХП визначається не лише діагнозом або вагою, а загальним рівнем ризику. Команда оцінює медичний стан, психічний стан, психіатричні ризики, харчову поведінку, наявність компенсаторних дій, рівень виснаження, здатність людини дотримуватися плану лікування та можливості сім'ї забезпечувати підтримку. Саме тому дві людини з однаковим діагнозом можуть потребувати різних форматів допомоги: амбулаторного лікування, інтенсивної програми, спеціалізованого центру, соматичного стаціонару або невідкладної допомоги.

2.2. ЧОМУ ВАГА НЕ Є ЄДИНИМ КРИТЕРІЄМ ТЯЖКОСТІ СТАНУ?

Вага важлива, але вона не показує всю картину. Людина може мати нормальну або майже нормальну вагу, але при цьому перебувати у важкому стані через швидку втрату маси тіла, електролітні порушення, блювання, проносні, сечогінні, серцеві ризики, виражену тривогу, суїцидальні думки або повну втрату контролю над харчовою поведінкою. Так само низька вага не завжди автоматично означає один і той самий маршрут лікування. Важливо оцінювати не цифру ізольовано, а весь стан людини.





2.3. ЯКІ ПОКАЗНИКИ ВРАХОВУЮТЬСЯ ПІД ЧАС ОЦІНКИ СТАНУ?

Під час оцінки стану враховують темпи втрати ваги, артеріальний тиск, пульс, температуру, лабораторні показники, електроліти, ризик рефідинг-синдрому, наявність непритомності, зневоднення, виснаження, очищувальної або іншої компенсаторної поведінки, психіатричні ризики та здатність людини співпрацювати з планом лікування. Також важливо оцінити, чи є вдома достатня підтримка для безпечного відновлення.



2.4. Коли потрібна реанімація або невідкладна медична допомога?

Невідкладна допомога потрібна тоді, коли є безпосередня загроза життю. Це може бути тяжка мальнутриція, критичні порушення електролітів, тяжка брадикардія, серцеві аритмії, непритомність, виражене зневоднення або високий ризик рефідинг-синдрому. У таких ситуаціях першочергове завдання – не психотерапія і не робота з харчовими страхами, а стабілізація фізичного стану та збереження життя.

2.5. Коли потрібне соматичне відділення?

Соматичне відділення потрібне тоді, коли фізичний стан пацієнта є нестабільним і потребує медичного контролю. Це може бути виражене виснаження, небезпечні зміни аналізів, серцево-судинні ризики, електролітні порушення, зневоднення або інші ускладнення РХП. Основна мета соматичного стаціонару - стабілізувати тіло, а не повністю вилікувати РХП як психічний розлад.

2.6. Чим соматичне відділення відрізняється від лікування РХП?

Соматичне відділення займається насамперед фізичною безпекою: стабілізацією серця, тиску, електролітів, водного балансу, роботи органів та загального стану. Але саме РХП як психічний розлад потребує спеціалізованої програми: харчової реабілітації, психотерапії, роботи з образом тіла, страхом їжі, компенсаторною поведінкою і сімейною системою. Тому після медичної стабілізації часто потрібне продовження лікування у профільній програмі РХП.

2.7. КОЛИ ПОТРІБНА ПСИХІАТРИЧНА ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ?



Психіатрична госпіталізація потрібна не просто через сам факт РХП, а у випадках гострого психіатричного ризику. Показаннями можуть бути суїцидальні наміри або дії, тяжкі самопошкодження, психотичні симптоми, кататонічні стани, тяжка депресія з ризиком для життя або інші стани, коли людина не може бути в безпеці без цілодобового психіатричного нагляду.



2.8. Чи є РХП саме по собі показанням до психіатричного стаціонару?

Ні. РХП саме по собі не завжди означає потребу в психіатричній госпіталізації. Якщо немає гострого психіатричного ризику, але є потреба в інтенсивній роботі з харчуванням, тілом, поведінкою та сім'єю, більш доречним може бути спеціалізований центр лікування РХП.



2.9. КОЛИ ДОЦІЛЬНА СПЕЦІАЛІЗОВАНА ПРОГРАМА ЛІКУВАННЯ РХП?

Спеціалізована програма лікування РХП доцільна тоді, коли амбулаторної допомоги недостатньо, є потреба у структурованому харчуванні, щоденній підтримці, інтенсивній психотерапевтичній роботі, контролі симптомів і поступовому відновленні режиму. Також такий формат може бути потрібен при складній клінічній картині, високому ризику рецидиву, частих зриваннях амбулаторного плану або неможливості організувати достатню підтримку вдома.

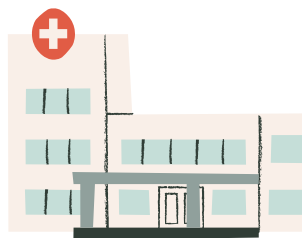
2.10. ЩО ВІДБУВАЄТЬСЯ У СПЕЦІАЛІЗОВАНІЙ ПРОГРАМІ РХП?

У спеціалізованій програмі поєднуються харчова реабілітація, психотерапія, робота з образом тіла, підтримка під час прийомів їжі, робота з компенсаторною поведінкою, розвиток навичок емоційної регуляції, сімейна підтримка та профілактика рецидивів. Такий формат допомагає не просто стабілізувати стан, а поступово змінювати механізми, які підтримують РХП.



2.11. Чим центр відновлення відрізняється від лікарні?

Лікарня потрібна тоді, коли необхідна медична або психіатрична стабілізація. Соматичний стаціонар працює з фізичними ризиками, психіатричний - з гострими психічними ризиками, а центр відновлення займається лікуванням самого розладу харчової поведінки. Це різні рівні допомоги, які не замінюють один одного, а можуть бути послідовними етапами лікувального маршруту.



2.12. ЧОМУ НАРКОЛОГІЧНИЙ ЦЕНТР НЕ Є ПРОФІЛЬНИМ МІСЦЕМ ЛІКУВАННЯ РХП?

Хоча деякі прояви РХП можуть зовні нагадувати залежну поведінку, механізми розвитку РХП інші. Лікування потребує спеціалізованої харчової реабілітації, роботи з образом тіла, страхом їжі, медичними ризиками, компенсаторною поведінкою, сімейною системою та психотерапії, спрямованої саме на РХП. Неспеціалізовані програми не завжди можуть забезпечити необхідний рівень допомоги.

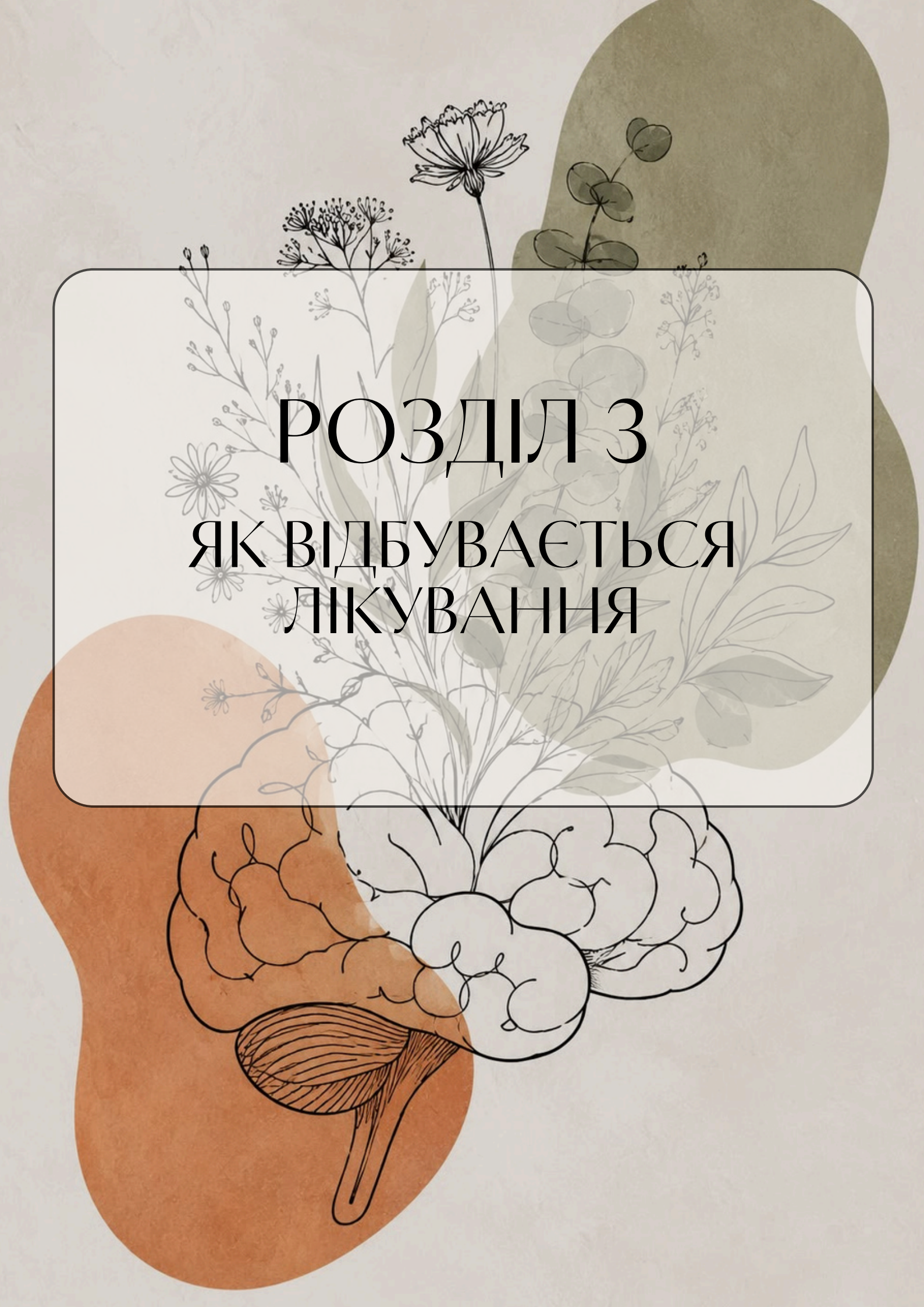


2.13. Як нейровідмінності можуть впливати на лікування?

У частини людей з РХП можуть бути нейророзвиткові особливості, які впливають на процес лікування. Наприклад, сенсорна чутливість до смаку, запаху або текстури їжі, потреба у передбачуваності, труднощі з плануванням, особливості комунікації, інтероцепції або емоційної регуляції. Нейровідмінності не завжди визначають рівень допомоги, але можуть впливати на те, як саме має бути організоване лікування, харчування, контакт із командою та терапевтичне середовище.

2.14. ЧОМУ ЛІКУВАННЯ МАЄ АДАПТУВАТИСЯ ДО ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАЦІЄНТА?

При РХП не працює підхід “однаково для всіх”. У кожної людини різний фізичний стан, історія розладу, рівень страху, сімейна ситуація, супутні діагнози, нейроособливості, харчові труднощі та здатність витримувати навантаження. Тому лікувальний план має бути достатньо структурованим, щоб забезпечити безпеку, але водночас індивідуально адаптованим, щоб людина могла реально рухатися в процесі відновлення.



РОЗДІЛ 3

ЯК ВІДБУВАЄТЬСЯ ЛІКУВАННЯ

3.1. Які етапи проходить пацієнт під час відновлення?

Відновлення при РХП складається з кількох етапів: медичної стабілізації, харчової реабілітації, психологічної роботи, ресоціалізації та підтримки після виписки. Важливо розуміти, що це не завжди жорстка послідовність “етап за етапом”. Психологічна підтримка присутня протягом усього лікування, але її форма змінюється залежно від стану людини. На початку, коли стан може бути кризовим, основний акцент робиться на безпеці, стабілізації, підтримці та супроводі. Коли фізичний стан, харчування і загальна стабільність покращуються, стає можливою глибша психотерапевтична робота з причинами розладу, емоціями, образом тіла, стосунками та навичками саморегуляції.

3.2. Що таке медична стабілізація?

Медична стабілізація потрібна для того, щоб забезпечити фізичну безпеку пацієнта. На цьому етапі оцінюється загальний соматичний стан, життєво важливі показники, ризики з боку серця, електролітів, травної, ендокринної та інших систем. Якщо стан потребує інтенсивного медичного втручання, це може відбуватися поза межами центру – у соматичному відділенні, реанімації або під наглядом профільних лікарів. У межах центру може відбуватися консультаційний супровід, координація з лікарями та психіатричні консультації за потреби. Завдання цього етапу – не “вилікувати все одразу”, а зробити стан достатньо безпечним для подальшого відновлення.

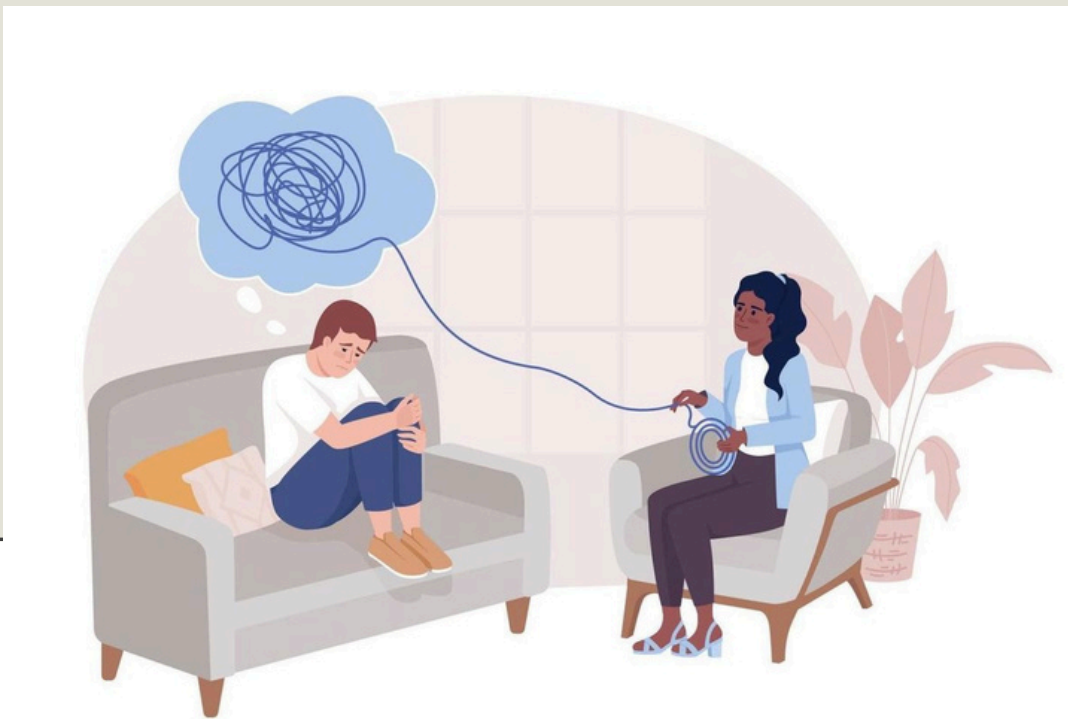


3.3. Що таке харчова стабілізація та реабілітація?

Харчова стабілізація - це поступове відновлення регулярного, достатнього і передбачуваного харчування. На цьому етапі формується структура прийомів їжі, поступово збільшується об'єм і різноманітність раціону, зменшується страх перед їжею, ситістю, калорійністю або набором ваги. Харчова реабілітація не зводиться лише до “поставити тарілку”. Вона включає роботу з тривогою, опором, тілесними відчуттями, страхом втрати контролю та поступовим поверненням довіри до їжі й тіла. Психологічна підтримка на цьому етапі потрібна для того, щоб людина не залишалася наодинці з напругою, яка часто виникає під час прийомів їжі.

3.4. КОЛИ ПОЧИНАЄТЬСЯ ГЛИБША ПСИХОЛОГІЧНА РОБОТА?

Психологічна підтримка є з самого початку лікування, але глибока психотерапевтична робота стає ефективнішою тоді, коли фізичний стан і харчування стають більш стабільними. Якщо організм виснажений, мозок часто працює в режимі виживання: посилюється тривога, ригідність мислення, страх змін і складність критично оцінювати свій стан. Тому на початку терапія більше спрямована на підтримку, стабілізацію, зниження тривоги та формування безпеки. Згодом стає можливою глибока робота з причинами розладу, емоційною регуляцією, самооцінкою, образом тіла, межами, стосунками та альтернативними способами справлятися зі стресом.



3.5. ЧОМУ НЕ МОЖНА ПЕРЕСКАКУВАТИ ЧЕРЕЗ ЕТАПИ?



Перескакування через етапи підвищує ризик зриву, рецидиву або погіршення стану. Кожен етап готує основу для наступного: без фізичної стабілізації складно витримувати психотерапію, без харчової стабільності мозок і тіло залишаються в дефіциті, без психологічної роботи симптоми можуть зменшитися лише зовні, але внутрішні механізми РХП залишаться активними. Поступовість у лікуванні - це не затягування процесу, а спосіб зробити відновлення безпечнішим і більш стійким. Важливо не просто швидко прибрати симптом, а сформувати такі зміни, які людина зможе втримати після завершення інтенсивного лікування.

3.6. Чому лікування займає місяці, а іноді роки?

РХП зазвичай не формується за кілька днів або тижнів, тому й відновлення не може бути миттєвим. У процесі лікування відновлюється не лише харчування, а й фізичний стан, гормональна система, травлення, робота мозку, сигнали голоду й насичення, емоційна регуляція, самооцінка, ставлення до тіла та способи реагування на стрес. Також потрібен час, щоб нові навички закріпилися не лише в умовах центру, а й у реальному житті - вдома, у навчанні, роботі, стосунках і соціальному середовищі. Саме тому тривале лікування не означає, що воно неефективне. Часто саме поступові зміни є більш стабільними.

3.7. Що таке протестна поведінка і чому вона виникає?

Протестна поведінка при РХП - це реакція опору лікуванню, правилам, харчуванню або змінам, які відбуваються в процесі відновлення. Вона може проявлятися як відмова від їжі, затягування прийомів їжі, знецінення лікування, конфліктність, емоційні вибухи, порушення правил або приховані симптоми. Важливо розуміти, що це не завжди “погана поведінка” чи свідоме бажання зірвати лікування. Часто за протестом стоїть страх їжі, страх тілесних змін, втрата звичного контролю, сильна тривога або перевантаження психіки. У терапії протест розглядається як сигнал про внутрішній стан пацієнта, а не як привід для покарання.



3.8. Чому під час лікування стан може тимчасово погіршуватись?

У процесі лікування може здаватися, що стан тимчасово погіршується: зростає тривога, з'являється більше сліз, агресії, протесту, вразливості або емоційних коливань. Це не завжди означає, що лікування не працює. Часто симптоми РХП виконували функцію захисту: давали відчуття контролю, приглушували емоції або створювали ілюзію безпеки. Коли симптоми починають слабшати, людина може сильніше відчувати страх, сором, злість, біль або безпорадність. Відновлення не є рівною лінією: можливі періоди стабільності, відкати й адаптаційні кризи. Завдання команди – допомогти пройти ці коливання без повернення до старих симптомів.

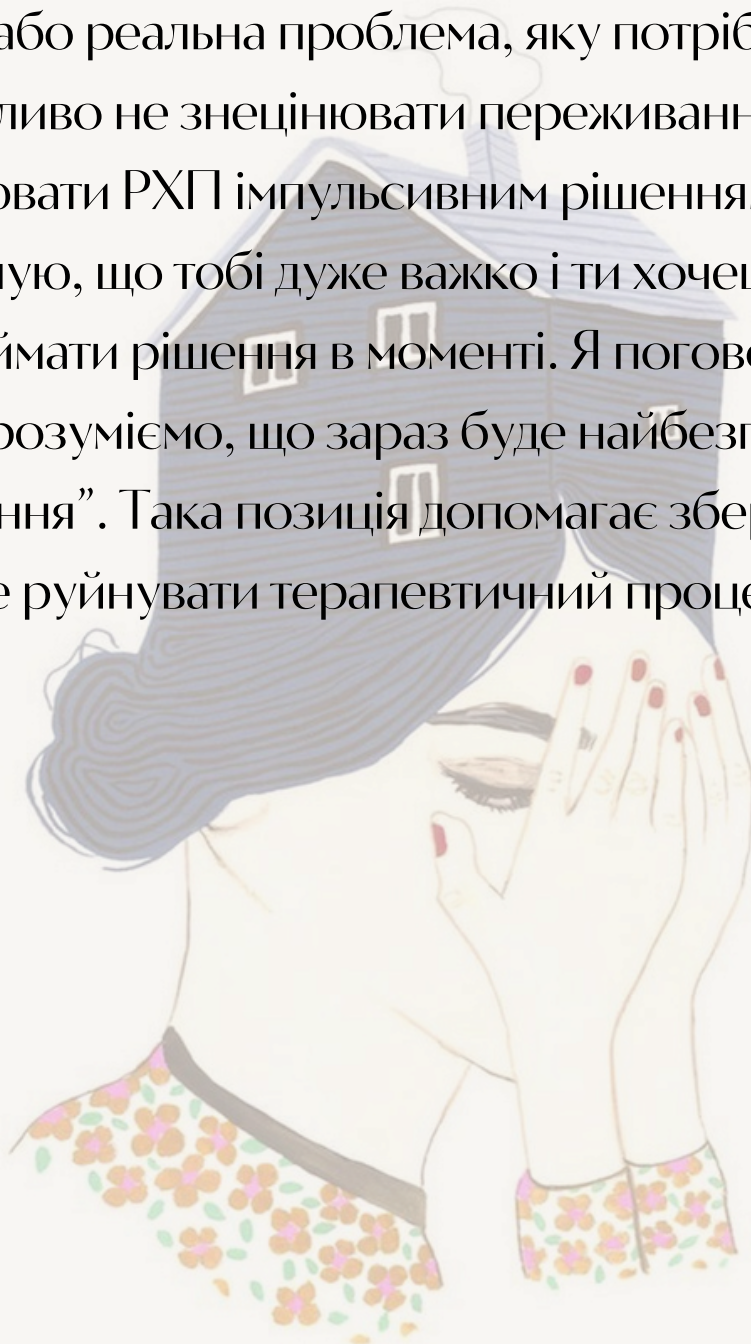
3.9. ЧОМУ В ПЕРІОД АДАПТАЦІЇ МОЖЕ З'ЯВЛЯТИСЯ БАЖАННЯ ПОЇХАТИ ДОДОМУ?

Бажання поїхати додому в період адаптації є частою реакцією, особливо на початку лікування. Людина потрапляє в нове середовище, де є режим, правила, харчування, терапевтична структура і менше можливостей діяти за правилами РХП. Для хвороби це може сприйматися як загроза, тому виникає опір: “мені тут не підходить”, “мене не розуміють”, “я хочу додому”, “я сама впораюсь”. Це не означає, що пацієнту справді не потрібне лікування. Часто це частина адаптації до змін, і в цей період важливо не приймати імпульсивних рішень, а триматися рекомендацій команди.



3.10. Що робити, якщо пацієнт або дитина просить забрати її з центру?

Якщо пацієнт або дитина просить забрати її з центру, важливо не діяти одразу під впливом емоцій. Спочатку варто зв'язатися з командою, обговорити ситуацію, зрозуміти, чи це адаптаційний опір, загострення тривоги, конфлікт, страх харчування або реальна проблема, яку потрібно вирішити. Батькам важливо не знецінювати переживання дитини, але й не підкріплювати РХП імпульсивним рішенням. Можна сказати: “Я чую, що тобі дуже важко і ти хочеш додому. Ми не будемо приймати рішення в моменті. Я поговорю з командою, і ми разом зрозуміємо, що зараз буде найбезпечніше для твого лікування”. Така позиція допомагає зберегти контакт із дитиною і не руйнувати терапевтичний процес.



The background features a detailed botanical illustration in a muted green and brown color palette. It includes various types of flowers, such as a large daisy-like flower at the top, and clusters of small, round fruits or berries. The illustration is set against a light beige background with large, soft-edged organic shapes in shades of olive green and terracotta orange. A white rectangular box with rounded corners is centered over the illustration, containing the title text.

РОЗДІЛ 4

ХАРЧУВАННЯ ТА ВІДНОВЛЕННЯ ВАГИ



4.1. Чи лікування РХП – це просто набрати вагу?

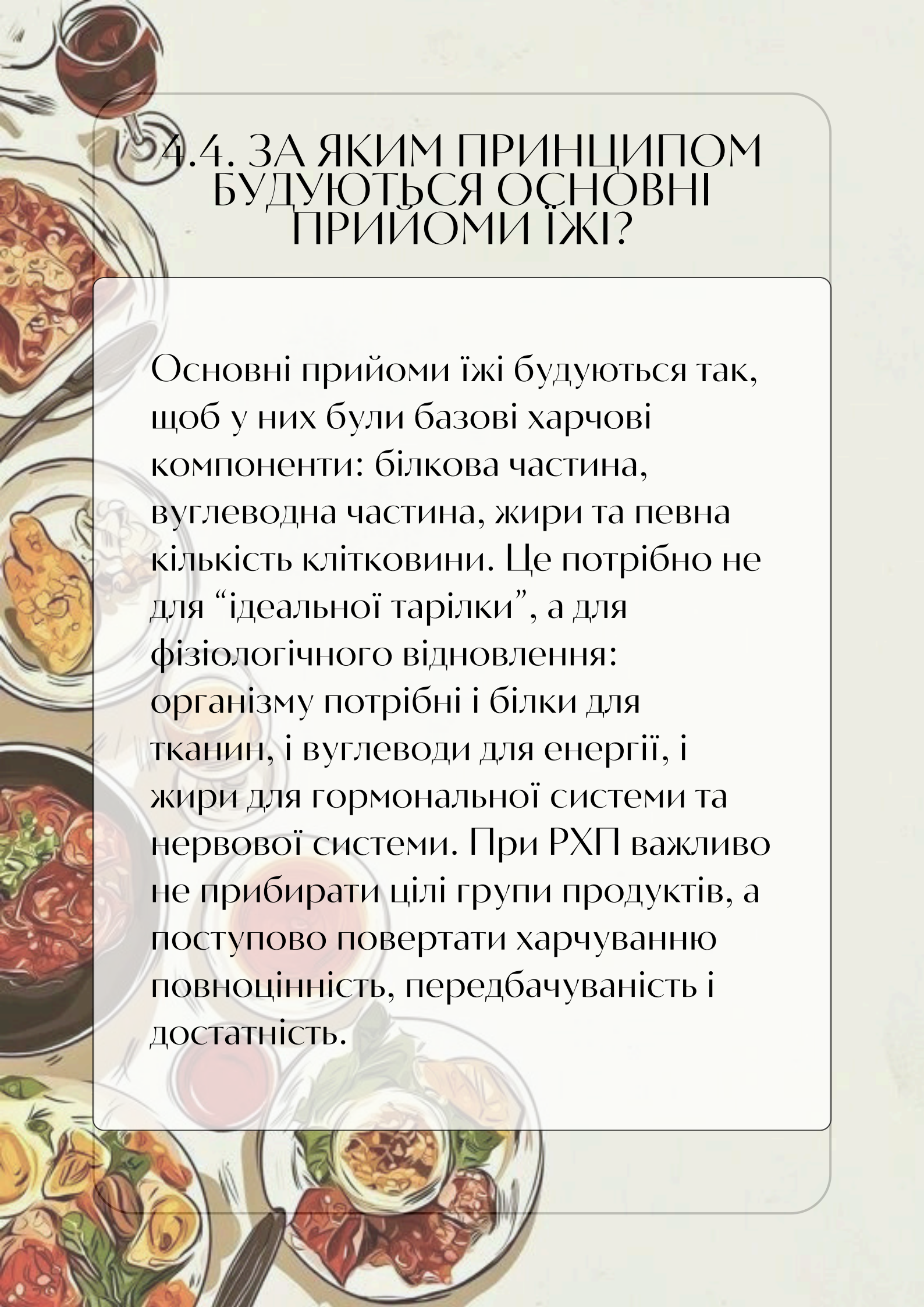
Ні. Набір ваги може бути важливою частиною лікування, особливо при вираженому виснаженні, але він не є кінцевою метою. Коли організм довго перебуває в дефіциті, мозок працює в режимі виживання: посилюється тривога, ригідність мислення, страх їжі та знижується здатність критично оцінювати свій стан. Відновлення ваги допомагає зменшити фізіологічні наслідки РХП, але після цього залишається робота з причинами розладу: страхом набору ваги, образом тіла, потребою контролю, компенсаторною поведінкою, емоційною регуляцією та способом справлятися зі стресом.

4.2. Як відбувається відновлення харчування?

Відновлення харчування відбувається поступово. Стартовий раціон формується з урахуванням попереднього обсягу харчування, фізичного стану, ризиків, динаміки ваги та здатності пацієнта витримувати зміни. Якщо людина довго їла дуже мало, різке збільшення харчування може бути фізично і психологічно важким, тому обсяг та калорійність підвищуються поетапно. Основою є регулярність: кілька прийомів їжі протягом дня, достатня кількість білків, жирів, вуглеводів і поступове розширення раціону. Паралельно команда працює зі страхом їжі, страхом ситості, тривогою після прийомів їжі та переконаннями про “безпечні” і “небезпечні” продукти.

4.3. Як організоване харчування в центрі?

Харчування в центрі будується за структурованим планом: основні прийоми їжі та перекуси протягом дня. Основні прийоми допомагають закривати базові потреби організму в енергії та поживних речовинах, а перекуси підтримують стабільне надходження енергії між ними. Меню не є хаотичним або випадковим: воно формується з урахуванням завдань лікування, стану пацієнта, потреб у відновленні ваги, харчової поведінки, медичних показників і поступової роботи зі страхами щодо їжі.



4.4. ЗА ЯКИМ ПРИНЦИПОМ БУДУЮТЬСЯ ОСНОВНІ ПРИЙОМИ ЇЖІ?

Основні прийоми їжі будуються так, щоб у них були базові харчові компоненти: білкова частина, вуглеводна частина, жири та певна кількість клітковини. Це потрібно не для “ідеальної тарілки”, а для фізіологічного відновлення: організму потрібні і білки для тканин, і вуглеводи для енергії, і жири для гормональної системи та нервової системи. При РХП важливо не прибирати цілі групи продуктів, а поступово повертати харчуванню повноцінність, передбачуваність і достатність.

4.5. Яку функцію виконують перекуси?

Перекуси допомагають підтримувати стабільне надходження енергії протягом дня, зменшують великі проміжки між прийомами їжі та допомагають відновлювати вагу без необхідності різко збільшувати обсяг основних прийомів. Але це не є тільки інструментом набору ваги. Також перекуси мають терапевтичну функцію: вони допомагають знижувати страх перед частішим харчуванням, вчать організм знову отримувати їжу регулярно і зменшують ризик сильного голоду, зривів або компенсаторної поведінки.

4.6. Для чого потрібне 5-разове харчування?

5-разове харчування потрібне для того, щоб між прийомами їжі не було великих проміжків, а організм регулярно отримував енергію. При РХП сигнали голоду й насичення часто порушені, тому орієнтуватися лише на “хочу - не хочу” небезпечно. Регулярний режим допомагає стабілізувати травлення, енергетичний баланс, рівень тривоги навколо їжі та поступово відновлює контакт із тілесними сигналами.



4.7. Чи може бути 2-разове або 3-разове харчування?

Ні, у плані відновлення при РХП зазвичай не використовують 2-разове або рідке 3-разове харчування, тому що великі проміжки між прийомами їжі підтримують дефіцит, нестабільність, сильний голод, тривогу і ризик зривів. При будь-яких видах РХП важливо, щоб їжа надходила регулярно, з невеликими проміжками протягом дня.

4.8. ЧИ ОДНАКОВІ ПРИЙОМИ ЇЖІ ДЛЯ ВСІХ ПАЦІЄНТІВ?



Ні. Структура харчування може бути схожою, але грамування та наповнення прийомів їжі підбираються індивідуально. У кожного пацієнта може відрізнитися кількість білка, вуглеводів, жирів, клітковини, обсяг перекусів і темп розширення раціону. Це залежить від стану, ваги, динаміки відновлення, форми РХП, медичних ризиків і завдань лікування.

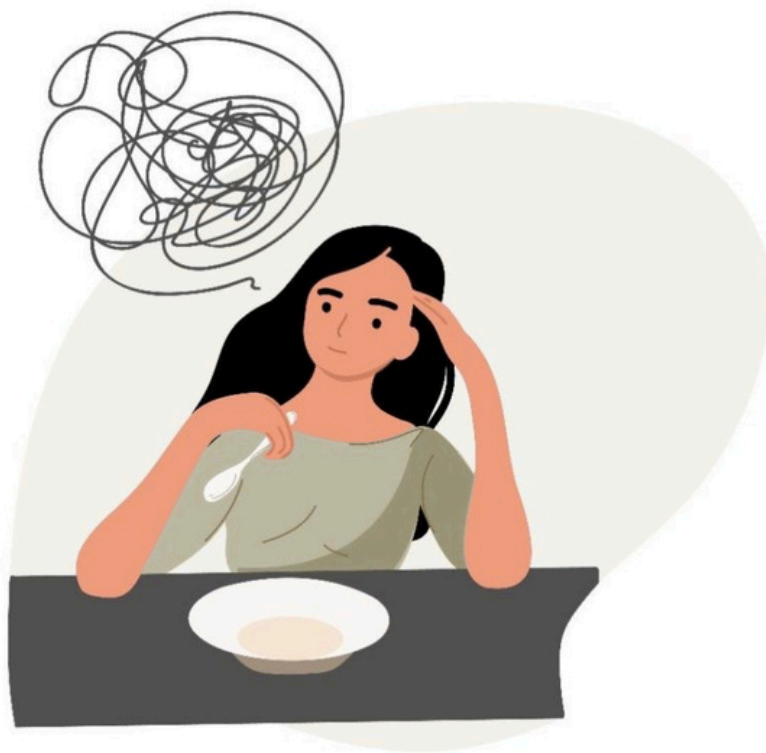


4.9. Чи враховуються смакові вподобання пацієнта або дитини?

Так, смакові вподобання враховуються, наскільки це можливо в межах лікувального плану. Завдання команди - не “зламати” людину через їжу, а допомогти відновити достатнє та більш гнучке харчування. Але важливо відрізняти справжню нелюбов до продукту від уникання через РХП. Якщо продукт викликає страх лише тому, що він “калорійний”, “солодкий”, “жирний” або “неправильний”, це вже не просто смакова перевага, а частина терапевтичної роботи.

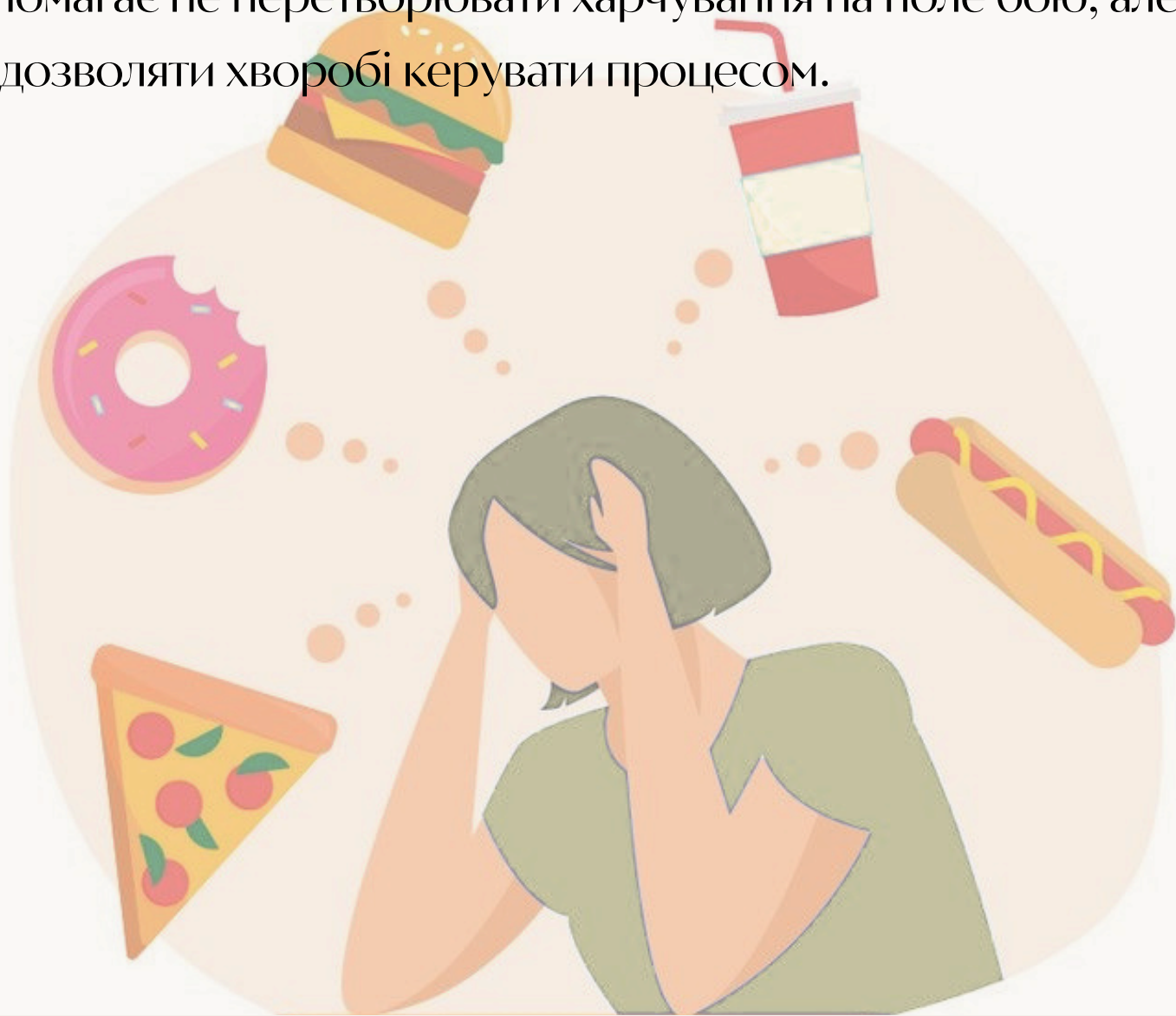
4.10. ЯКЩО ПАЦІЄНТ ЩОСЬ НЕ ЛЮБИТЬ, ЧИ БУДУТЬ ЗМУШУВАТИ ЦЕ ЇСТИ?

Якщо людина справді не любить певний продукт, це може враховуватися. Але якщо відмова пов'язана не зі смаком, а зі страхом, правилами РХП або поділом їжі на “дозволену” і “заборонену”, команда поступово працює з цим униканням. Мета не в тому, щоб змусити будь-якою ціною, а в тому, щоб допомогти людині розширювати харчування без диктату розладу.



4.11. Як команда допомагає впоратися з відмовою, страхом або опором перед їжею?

Команда не вступає в боротьбу з пацієнтом і не зводить процес до примусу. Фахівці допомагають назвати страх, знизити рівень тривоги, залишатися поруч під час складного прийому їжі, підтримувати структуру і не підкріплювати правила РХП. Важливо валідувати переживання людини: “тобі справді страшно”, але водночас зберігати лікувальну позицію: “їжа зараз потрібна для відновлення”. Такий підхід допомагає не перетворювати харчування на поле бою, але й не дозволяти хворобі керувати процесом.



4.12. ЧОМУ ПОТРІБНО ЇСТИ РЕГУЛЯРНО НАВІТЬ БЕЗ ВІДЧУТТЯ ГОЛОДУ?

Після тривалих обмежень відчуття голоду часто зникає або стає ненадійним. Організм адаптується до дефіциту енергії, а сигнали голоду й насичення можуть бути приглушеними або спотвореними. Тому на етапі відновлення ми не чекаємо, поки “сам захочеться їсти”, бо цього можна чекати дуже довго. Регулярне харчування допомагає ферментним системам, травленню, обміну речовин і мозку знову звикнути до стабільного надходження їжі. З часом сигнали голоду й насичення поступово відновлюються.



4.13. Які темпи набору ваги вважаються нормальними?

Темпи відновлення ваги можуть відрізнятися залежно від ступеня виснаження, вихідного стану, харчового плану, медичних ризиків і етапу лікування. У середньому приріст може бути від кількох сотень грамів до 1-1,5 кг на тиждень, але це не жорстке правило для всіх. На початку вага може змінюватися швидше через відновлення водного балансу, а іноді навпаки - певний час стояти. Важливо оцінювати не один день і не одну цифру, а загальну динаміку фізичного, харчового і психологічного відновлення.

4.14. Чому вага може стояти або коливатися?

Вага не змінюється лінійно. На неї впливають вода, гормональні зміни, робота кишківника, закрепи, набряки, припинення очищувальної поведінки, відміна проносних або сечогінних препаратів, а також адаптація організму до регулярного харчування. Тому коливання ваги не означають автоматично, що лікування не працює. Для спеціалістів вага є одним із показників процесу, але не єдиним критерієм успішності.



4.15. Навіщо потрібні десерти та “страшні” продукти?

Десерти та продукти, які викликають тривогу, потрібні не “для шкідливості”, а як частина терапії РХП. Якщо в лікуванні працювати лише з умовно “правильною” їжею, людина може фізично стабілізуватися, але залишитися в полоні страху перед солодким, жирним, калорійним або “забороненим”. Поступове включення таких продуктів допомагає знижувати тривогу, легалізувати їжу, працювати зі страхом калорій і зменшувати ризик зриву після виписки. Важливо: десерти не замінюють повноцінне харчування, а додаються в межах збалансованого плану.

4.16. ДЛЯ ЧОГО ПОТРІБНЕ СОЛОДКЕ В ТЕРАПІЇ РХП?



Солодке часто стає одним із найбільш “страшних” продуктів при РХП, тому його повне виключення підтримує хворобливий поділ їжі на “добру” і “погану”. У терапії солодке допомагає працювати з тривогою, провинною, страхом втрати контролю і страхом набору ваги. Мета не в тому, щоб змусити людину любити солодке, а в тому, щоб воно перестало бути небезпечним символом і повернулося в категорію звичайної їжі.

4.17. Чому не можна робити акцент лише на “здоровому харчуванні”?

При РХП надмірний акцент на “здоровому харчуванні” може підтримувати розлад. Для багатьох пацієнтів саме прагнення їсти тільки “правильно”, “чисто”, “без цукру”, “без жиру” або “без калорійного” стає частиною симптоматики. Крім того, на етапі відновлення організму часто потрібна достатня енергійність раціону, а не лише великий обсяг низькокалорійних продуктів. Завдання лікування – сформувати гнучке, достатнє і спокійне харчування, а не замінити один набір жорстких правил іншим.

4.18. Що таке правило трьох Марші Геррін?

Правило трьох Марші Геррін у лікуванні РХП допомагає повернути харчуванню структуру й регулярність. У спрощеному вигляді воно означає: регулярні прийоми їжі протягом дня, відсутність великих проміжків між ними та наявність різних груп продуктів у раціоні. Це правило потрібне не для “ідеального меню”, а для того, щоб зменшити хаос, обмеження, пропуски їжі та повернути організму передбачуване надходження енергії. У центрі конкретний план завжди адаптується до стану пацієнта.

4.19. ЧОМУ В ЦЕНТРІ МОЖЕ ОБМЕЖУВАТИСЯ КІЛЬКІСТЬ ОВОЧІВ І ФРУКТІВ?

Овочі та фрукти є нормальною частиною харчування, але на початкових етапах відновлення їхня кількість іноді може тимчасово обмежуватися. Причина в тому, що велика кількість клітковини дає об'єм у шлунку, швидко створює відчуття переповнення і може заважати з'їсти достатню кількість більш енергетично значущої їжі. При РХП людина й так може насилу витримувати навіть невеликі порції, тому надлишок овочів і фруктів іноді підтримує раннє насичення, здуття, важкість і уникання калорійнішої їжі.



4.20. Чому в центрі заборонені цукрозамінники?

Цукрозамінники можуть підтримувати хворобливу логіку РХП: “цукор небезпечний”, “калорій треба уникати”, “солодкий смак можна, але енергію - ні”. Для багатьох пацієнтів це не нейтральний вибір, а спосіб залишатися в контролі та униканні. Тому в терапії важливо поступово повертати звичайні продукти, зменшувати страх перед цукром і не підкріплювати поділ їжі на “безпечну” та “небезпечну”.

4.21. Що таке харчові добавки і для чого вони потрібні?

У контексті відновлення харчові добавки можуть бути додатковим інструментом роботи з харчовими страхами. Добавки- це про вільний вибір в їжу без приписаного плану харчування, коли людина сама обирає, що також є терапевтичною сходинкою терапії РХП. В список добавок може входити лише солодощі та певні соуси, як додатки, а не заміни прийомів їжі.

4.22. Навіщо потрібні гейнери?

Гейнери - це додаткове джерело енергії та поживних речовин, зазвичай у вигляді суміші білків і вуглеводів. Вони можуть використовуватися тоді, коли потрібно підвищити калорійність раціону, але пацієнту вже важко збільшувати обсяг звичайної їжі. Гейнер не замінює основні прийоми їжі, а є додатковим інструментом у процесі відновлення.

4.23. КОЛИ ВИКОРИСТОВУЄТЬСЯ ЕНТЕРАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ?

Ентеральне харчування - це спеціальні медичні суміші з контрольованим складом, які можуть допомагати забезпечити організм енергією та поживними речовинами. Вони можуть використовуватися як доповнення до звичайної їжі або тимчасово замінювати її на окремих етапах, якщо людина не може закрити потреби звичайним способом. Ентеральне харчування є медичним інструментом і використовується за показаннями. Різниця між гейнером та ентеральними сумішами полягає в тому, що гейзери - це спортивне харчування, яке використовується як додаток. Ентеральне харчування - може замінювати харчування на початкових етапах, коли є сильний опір та страх їжі, або присутні фізіологічні ускладнення (низька маса тіла, гастропарез, нудота).

4.24. Чому пацієнт може не хотіти їсти навіть після початку лікування?

Відсутність бажання їсти після початку лікування - поширене явище. Причиною може бути фізіологічне приглушення голоду після тривалих обмежень, страх їжі, страх набору ваги, тривога перед ситістю, дискомфорт у травленні або протестна реакція на зміни. Навіть якщо людина розуміє, що лікування потрібне, симптоми РХП можуть залишатися дуже сильними. Тому відсутність бажання їсти не означає, що їжа не потрібна. Відновлення відбувається поступово, а голод, переносимість їжі та спокійніше ставлення до харчування часто повертаються вже в процесі лікування.





РОЗДІЛ 5

МЕДИЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ, АНАЛІЗИ ТА ЛІКИ



5.1. Навіщо потрібні аналізи?

Аналізи потрібні не “для формальності”, а для оцінки фізичного стану пацієнта перед початком і в процесі лікування. Вони допомагають зрозуміти, чи може людина проходити лікування в умовах центру, чи їй спершу потрібна більш інтенсивна медична допомога, наприклад соматичне відділення або невідкладна стабілізація. При РХП частина небезпечних змін може не відчуватися суб’єктивно: людина може казати, що “почувається нормально”, але аналізи можуть показувати електролітні порушення, зневоднення, зміни роботи печінки, нирок або інші наслідки виснаження чи очищувальної поведінки.

5.2. ЯКІ АНАЛІЗИ ЗАЗВИЧАЙ КОНТРОЛЮЮТЬ?

Перелік аналізів залежить від форми РХП, фізичного стану, симптомів і медичної історії пацієнта.

Зазвичай можуть контролювати загальний аналіз крові, біохімічні показники, електроліти, функцію печінки та нирок, глюкозу, феритин, білковий статус, вітаміни й мікроелементи за потреби. При нервовій анорексії часто звертають увагу на ознаки виснаження, зміни холестерину, печінкових проб, креатиніну та загального нутритивного статусу. При булімії або очищувальній поведінці особливо важливими є електроліти та бікарбонати, бо вони можуть змінюватися через блювання, проносні або сечогінні препарати.



5.3. Що таке рефідинг-синдром?

Рефідинг-синдром – це потенційно небезпечний стан, який може виникати на початку відновлення харчування після тривалого голодування або вираженого виснаження. Коли організм довго жив у дефіциті, він адаптується до низького надходження енергії. Якщо харчування різко збільшується, змінюється обмін речовин, і важливі мінерали, зокрема фосфор, калій і магній, можуть швидко переходити з крові в клітини. Їхнє різке зниження може впливати на серце, нервову систему, м'язи та загальний стан, тому при високому ризику відновлення харчування має відбуватися поступово і під медичним контролем.

5.4. Навіщо контролювати електроліти?

Електроліти – це мінерали, які забезпечують нормальну роботу серця, нервової системи та м'язів. До важливих електролітів належать калій, натрій, магній і фосфор. При РХП їхній баланс може порушуватися через недостатнє харчування, блювання, проносні, сечогінні препарати, зневоднення або початок відновлення харчування. Небезпека в тому, що серйозні електролітні зміни не завжди одразу відчуються, але можуть бути ризикованими для здоров'я та життя, тому їхній контроль є важливою частиною медичного спостереження.

5.5. ЧИ ПОТРІБНІ ВІТАМІНИ ТА ДОБАВКИ?



Потреба у вітамінах, мінералах або інших добавках визначається індивідуально після оцінки стану, харчування, аналізів і симптомів. При РХП можуть виникати дефіцити через тривале недостатнє харчування, обмеження певних груп продуктів, очищувальну поведінку або порушене засвоєння. У таких випадках лікар може рекомендувати додатковий прийом окремих препаратів. Але важливо пам'ятати: добавки не є основою лікування РХП. Основою залишається достатнє регулярне харчування, відновлення фізичного стану та робота з психологічними механізмами розладу.

5.6. ЧИ МОЖНА ВІДНОВИТИСЯ ЛИШЕ НА ДОБАВКАХ?

Ні. Вітаміни, мінерали, білкові суміші або інші добавки можуть бути корисним доповненням, але вони не можуть замінити повноцінне харчування. Для відновлення організму потрібна достатня кількість енергії, білків, жирів і вуглеводів, яку неможливо забезпечити лише таблетками чи порошками. Крім того, РХП - це не тільки фізичний дефіцит, а й страхи щодо їжі, порушені харчові правила, компенсаторна поведінка, тривога, образ тіла та емоційна регуляція. Тому добавки можуть бути лише одним з інструментів, але не лікуванням замість харчування і терапії.

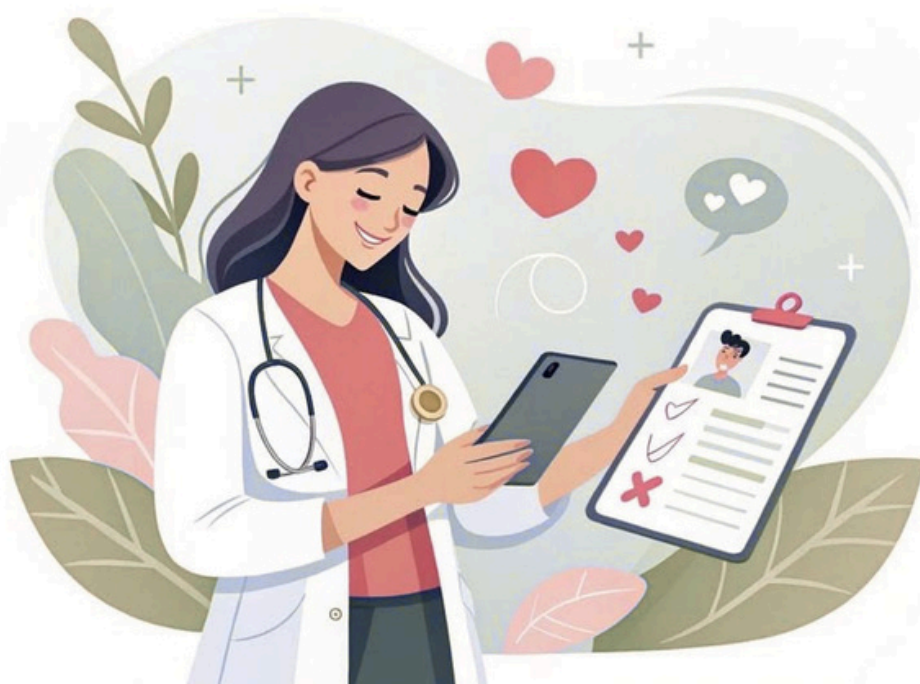


5.7. Як відбувається здача аналізів під час перебування в центрі?

Якщо під час перебування в центрі потрібно здати аналізи, команда узгоджує це з пацієнтом або батьками, якщо пацієнт неповнолітній. Центр може організувати або супроводити здачу аналізів, а результати далі враховуються в загальному плані лікування. Якщо за результатами потрібна консультація профільного лікаря, команда може скерувати до відповідного спеціаліста.

5.8. ЯКЩО ПОТРІБНО ПОЇХАТИ НА ПРИЙОМ ДО ЛІКАРЯ, ЯК ЦЕ ОРГАНІЗОВУЄТЬСЯ?

Поїздка до лікаря організовується за попереднім узгодженням із командою центру. Це може бути консультація гастроентеролога, ендокринолога, кардіолога, гінеколога або іншого спеціаліста залежно від симптомів і стану. Важливо, щоб такі виїзди були не хаотичними, а вбудованими в лікувальний процес, щоб рекомендації лікарів узгоджувалися із загальним планом відновлення.



5.9. Чи супроводжує центр пацієнта на аналізи або до лікаря?

Так, за потреби центр може організувати супровід на аналізи або до лікаря, або батьки можуть зробити це самостійно. Це особливо важливо, якщо пацієнт неповнолітній, має високий рівень тривоги, потребує контролю режиму або є ризик порушення терапевтичного процесу. Формат супроводу узгоджується індивідуально.

5.10. Як команда взаємодіє з іншими лікарями?

Якщо пацієнт проходить консультації у профільних лікарів, команда центру може підтримувати з ними контакт у межах лікувального процесу. Наприклад, при гастроентерологічних скаргах важливо не лише отримати призначення, а й зрозуміти, як вони впливають на харчовий план, переносимість їжі, режим і загальну стратегію відновлення. Така взаємодія допомагає не розділяти лікування на “окремі шматки”, а бачити цілісну картину стану пацієнта.

5.11. ЯК КОРИГУЄТЬСЯ ПЛАН ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯ КОНСУЛЬТАЦІЙ ІНШИХ СПЕЦІАЛІСТІВ?

Після консультацій інших лікарів команда аналізує рекомендації та за потреби коригує план лікування. Це може стосуватися харчування, медикаментів, режиму, фізичної активності, додаткових обстежень або обмежень. Важливо, щоб рекомендації профільних спеціалістів не суперечили задачам лікування РХП і не підкріплювали симптоми розладу, наприклад надмірні харчові обмеження без чітких медичних показань.

5.12. ЯК КОНТРОЛЮЄТЬСЯ ПРИЙОМ ЛІКІВ У ЦЕНТРІ?



Прийом ліків у центрі відбувається структуровано. Формується список препаратів із дозуванням, часом прийому та призначеннями. Консультант або відповідальна особа розкладає препарати на тиждень і видає їх у визначений час, часто прив'язано до прийомів їжі або режиму дня. Це потрібно для безпеки, регулярності та запобігання самовільному прийому, пропускам, дублюванню або прихованому використанню препаратів.



5.13. Як формується список прийому препаратів?

Список препаратів формується на основі призначень лікаря або психіатра. У ньому зазначаються назва препарату, дозування, час прийому, тривалість курсу та особливі умови, якщо вони є. Для неповнолітніх список узгоджується з батьками, для дорослого пацієнта - з самим пацієнтом. Будь-які зміни в схемі мають проходити через фахівця, а не відбуватися самотійно.

5.14. ХТО РОЗКЛАДАЄ ЛІКИ ТА КОНТРОЛЮЄ ЇХ ВИДАЧУ?



Препарати розкладає консультант або відповідальна особа центру відповідно до затвердженого списку прийому ліків. Видача відбувається у визначений час, щоб пацієнт не приймав препарати хаотично або самотійно. Це частина безпечної організації перебування в центрі.

5.15. Як відбувається закупівля препаратів?

Зазвичай препарати купують батьки або сам дорослий пацієнт, залежно від ситуації. Якщо виникає потреба, центр може допомогти докупити необхідні препарати за попереднім узгодженням. Важливо, щоб усі ліки, які приймає пацієнт, були відомі команді, навіть якщо це “звичайні” препарати, вітаміни або добавки.

5.16. Чи може психіатр призначати ліки?

Так, психіатр може призначати медикаментозну підтримку, якщо для цього є показання. Препарати можуть бути потрібні при супутній депресії, тривожному розладі, obsесивно-компульсивних симптомах, порушеннях сну, сильній емоційній нестабільності або інших станах, які впливають на лікування. Але ліки не замінюють харчову реабілітацію і психотерапію, а є частиною комплексного плану.

5.17. ЧИ МОЖЕ ПСИХІАТР ЗМІНЮВАТИ АБО ВІДМІНЯТИ ЛІКИ?

Так, психіатр може змінювати дозування, схему або відміняти препарати, якщо це потрібно за станом пацієнта. Але такі зміни не мають відбуватися хаотично або без узгодження. Для неповнолітніх медикаментозні рішення узгоджуються з батьками, для дорослого пацієнта - з самим пацієнтом. Самостійно скасовувати або змінювати ліки не можна.



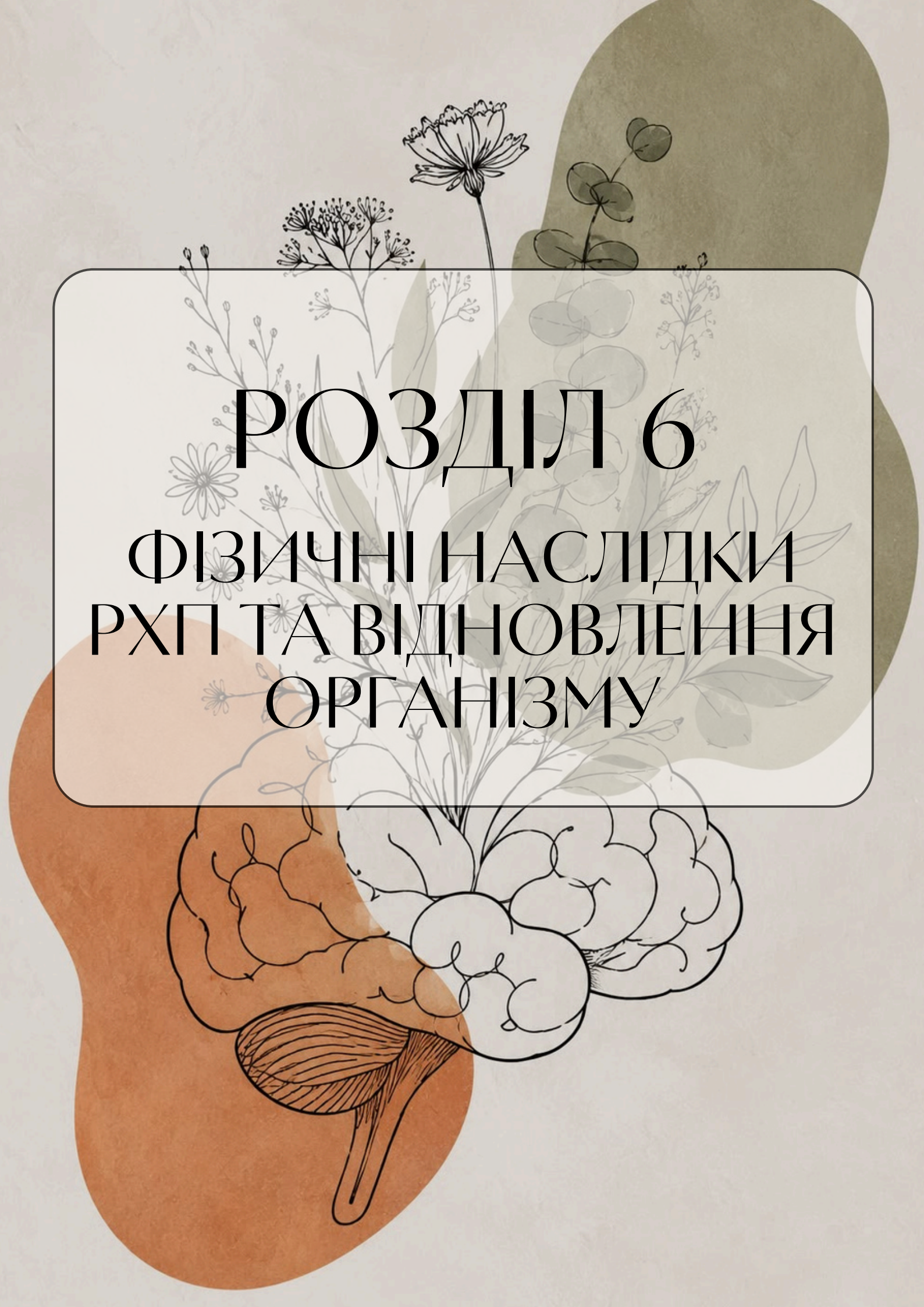
5.18. Як відбувається узгодження медикаментозного лікування з батьками?

Якщо пацієнт неповнолітній, психіатр пояснює батькам, для чого потрібен препарат, який очікуваний ефект, можливі побічні реакції, як довго може тривати прийом і як буде оцінюватися результат. Після цього схема узгоджується з батьками. Це важливо для прозорості, безпеки та спільної відповідальності в лікувальному процесі.

5.19. Як контролюється прийом препаратів, які призначив психіатр?

Препарати, призначені психіатром, вносяться в окремий рецептурний список прийому ліків. Далі вони розкладаються відповідно до схеми та видаються у визначений час. Команда спостерігає за станом пацієнта, можливими побічними реакціями, регулярністю прийому та динамікою симптомів. Якщо виникають питання або зміни у стані, це передається психіатру для подальшої оцінки.





РОЗДІЛ 6

ФІЗИЧНІ НАСЛІДКИ РХГ ТА ВІДНОВЛЕННЯ ОРГАНІЗМУ



6.1. Які фізичні наслідки може мати РХП?

РХП може впливати майже на всі системи організму, тому це не лише “проблема з їжею” або вагою. При тривалому недостатньому харчуванні, очищувальній поведінці, блюванні, використанні проносних чи сечогінних можуть виникати серцево-судинні ускладнення, порушення ритму серця, зниження тиску, ризик серцевої недостатності, електролітні порушення, проблеми з кістковою тканиною та остеопороз, аменорея, гормональні зміни, адаптивне зниження активності щитоподібної залози, ГЕРБ, закрепи, здуття, гастропарез, кровотечі або інші ускладнення з боку шлунково-кишкового тракту. Частина цих симптомів може виглядати “нестрашно” на початку, але при РХП важливо оцінювати їх комплексно, тому що організм часто довго компенсує виснаження, а потім стан може погіршитися різко.

6.2. ЧОМУ ПРИ РХП МОЖУТЬ ВИНИКАТИ ПРОБЛЕМИ ІЗ СЕРЦЕМ?

Серце дуже чутливе до дефіциту енергії, білка, електролітів і загального виснаження. При недостатньому харчуванні організм переходить у режим економії, може знижуватися пульс, артеріальний тиск, зменшуватися сила м'язової тканини, включно із серцевим м'язом. При блюванні, проносних або сечогінних особливо небезпечними є порушення калію, магнію, фосфору та інших електролітів, тому що вони впливають на ритм серця. Саме тому навіть якщо людина суб'єктивно “звикла” до слабкості, запаморочення або низького пульсу, такі симптоми потребують медичної оцінки.

6.3. Чому при РХП може розвиватися остеопороз?

Остеопороз або зниження щільності кісткової тканини може розвиватися через тривалий дефіцит енергії, білка, жирів, кальцію, вітаміну D та гормональні зміни. При РХП організм часто вимикає або пригнічує процеси, які не є критичними для виживання, і кісткова система також страждає. У підлітковому віці це особливо важливо, тому що саме в цей період активно формується кісткова маса. Надмірні фізичні навантаження на фоні виснаження можуть додатково підвищувати ризик травм і стресових переломів.

6.4. Чому може зникати менструація?

Аменорея, тобто відсутність менструації, часто є сигналом, що організму не вистачає енергії для нормальної роботи репродуктивної системи. Коли тіло перебуває в дефіциті, воно може “економити” ресурси і тимчасово пригнічувати гормональні процеси, які не є необхідними для виживання. Це не просто “збій циклу”, а маркер того, що організм не почувається у фізіологічній безпеці. Відновлення циклу зазвичай потребує достатнього регулярного харчування, стабілізації ваги, зниження стресового навантаження та часу.

6.5. Чому при РХП можуть змінюватися гормони та щитоподібна залоза?

При тривалому дефіциті енергії організм адаптується і сповільнює частину обмінних процесів, щоб вижити. Через це можуть змінюватися гормони, які відповідають за репродуктивну систему, обмін речовин, терморегуляцію, апетит, сон і рівень енергії. Іноді аналізи щитоподібної залози можуть виглядати як зниження її активності, але при РХП це часто є адаптацією до голодування, а не окремим первинним захворюванням. Саме тому важливо не “лікувати аналізи” ізольовано, а оцінювати гормональні зміни в контексті харчування, ваги, стресу та загального стану.

6.6. Чому постійно холодно?

Відчуття постійного холоду є одним із поширених симптомів недостатнього харчування та низької маси тіла. Коли організму бракує енергії, він починає економити ресурси та зменшує витрати на процеси, які не є критично важливими для виживання. Одним із наслідків стає погіршення терморегуляції. Додатково на відчуття холоду можуть впливати зниження обміну речовин, низький артеріальний тиск, зменшення підшкірної жирової тканини та гормональні зміни. У більшості випадків цей симптом поступово зменшується в міру відновлення харчування та ваги.



6.7. Чому випадає волосся?

Випадіння волосся часто є наслідком тривалого дефіциту енергії та поживних речовин. Коли організму бракує ресурсів, він спрямовує їх передусім на підтримку життєво важливих функцій, а ріст волосся стає менш пріоритетним. Частина волосяних фолікулів переходить у фазу спокою, тому волосся може випадати не одразу, а через кілька місяців після початку виснаження. Після відновлення харчування, білкового статусу, мікроелементів і загального нутритивного стану ріст волосся поступово відновлюється, але цей процес може займати час.

6.8. ЧОМУ З'ЯВЛЯЮТЬСЯ НАБРЯКИ?



Набряки можуть виникати як при самому РХП, так і на початку відновлення. Причинами можуть бути зміни водно-сольового балансу, низький рівень білка, гормональні механізми утримання рідини, зневоднення, відміна проносних або сечогінних препаратів, а також припинення очищувальної поведінки. На початку лікування набряки можуть лякати, тому що людина сприймає їх як “різкий набір ваги”, хоча часто це саме тимчасова перебудова водного балансу. У більшості випадків вони поступово зменшуються в міру стабілізації харчування, електролітів і загального стану.

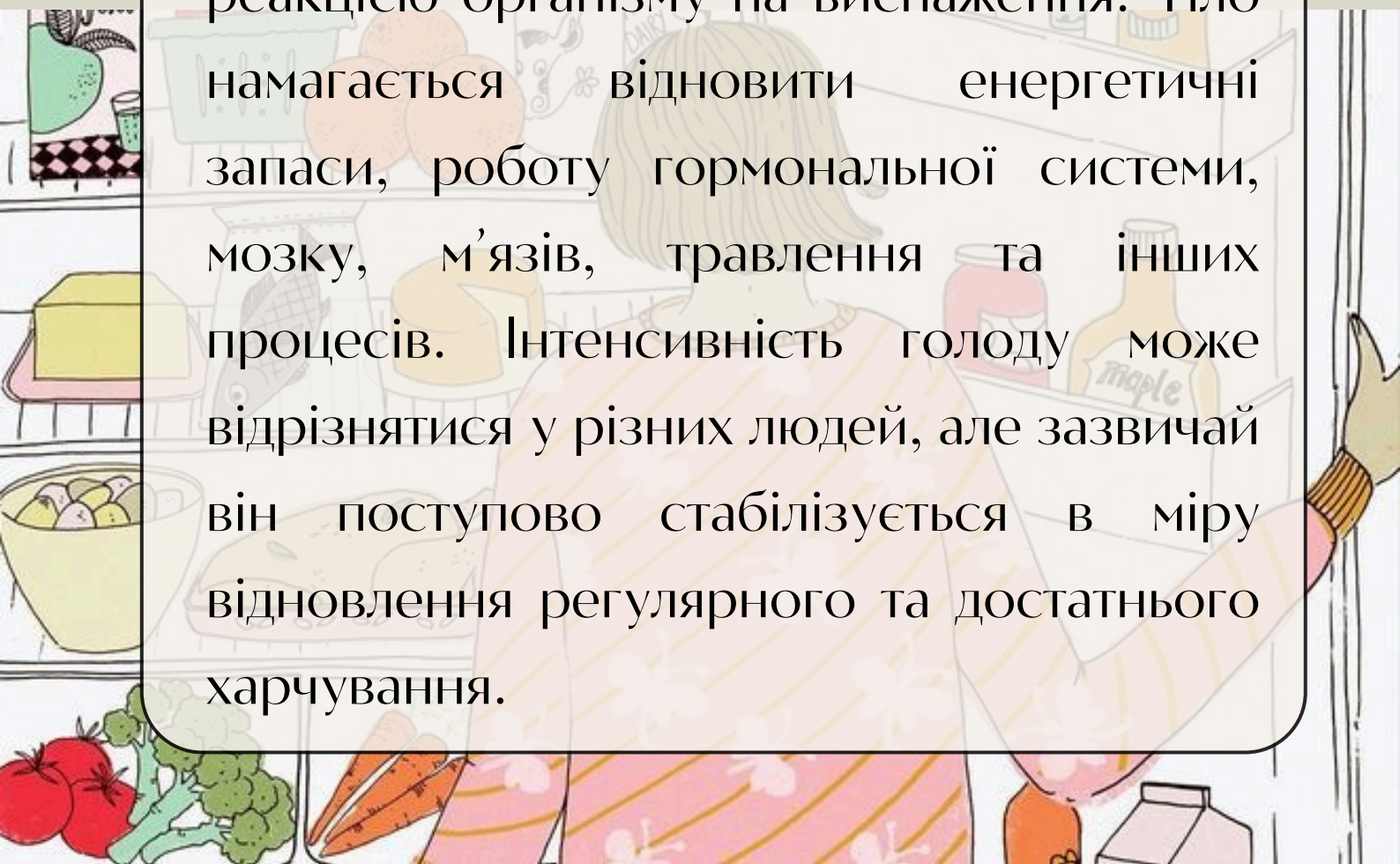


6.9. Чому виникають проблеми зі шлунком і кишківником?

Тривале недостатнє харчування впливає на роботу всього травного тракту. Може сповільнюватися спорожнення шлунка, знижуватися моторика кишківника, виникати закрепи, здуття, нудота, дискомфорт після їжі, рефлюкс або відчуття переповненості після невеликої порції. Під час відновлення ці симптоми можуть тимчасово посилюватися, тому що травна система знову адаптується до регулярного надходження їжі. Це неприємно, але не завжди означає, що їжа “не підходить” або що потрібно знову обмежувати раціон. Часто саме регулярне харчування з часом допомагає нормалізувати роботу травлення.

6.10. ЧОМУ ПІСЛЯ ПОЧАТКУ ЛІКУВАННЯ МОЖЕ З'ЯВЛЯТИСЯ СИЛЬНИЙ ГОЛОД?

Після тривалих обмежень організм може почати активно компенсувати накопичений дефіцит енергії. У цей період деякі люди відчують дуже сильний голод, який може лякати і сприйматися як “втрата контролю”. Насправді це може бути природною реакцією організму на виснаження. Тіло намагається відновити енергетичні запаси, роботу гормональної системи, мозку, м'язів, травлення та інших процесів. Інтенсивність голоду може відрізнятися у різних людей, але зазвичай він поступово стабілізується в міру відновлення регулярного та достатнього харчування.



6.11. ЧИ Є МЕНСТРУАЦІЯ КРИТЕРІЄМ ОДУЖАННЯ?

Повернення менструації є важливим позитивним показником того, що організм починає відновлювати фізіологічну безпеку, але це не єдиний критерій одужання. Для відновлення циклу тілу потрібні достатня кількість енергії, жирів, стабільніше харчування, менше фізіологічного стресу та певний рівень відновлення ваги. Але навіть при поверненні менструації можуть зберігатися страх їжі, тривога щодо тіла, компенсаторна поведінка, нав'язливі думки або сильний контроль харчування. Тому менструація є важливим маркером фізичного прогресу, але не остаточним доказом повного одужання.





6.12. Чи означає повернення менструації повне одужання?

Ні. Повернення менструального циклу свідчить про покращення роботи організму, але саме по собі не означає завершення лікування. У деяких випадках цикл може відновитися раніше, ніж зникнуть психологічні симптоми РХП. Людина може мати менструацію, але все ще боятися набору ваги, уникати певної їжі, контролювати тіло, відчувати провину після їжі або мати ризик повернення симптомів. Повне одужання включає не лише фізичні маркери, а й стабільне харчування, психологічну гнучкість, зменшення впливу РХП на життя та здатність функціонувати поза симптомом.

6.13. ЧОМУ ФІЗИЧНІ СИМПТОМИ МОЖУТЬ ЗБЕРІГАТИСЯ ЩЕ ПЕВНИЙ ЧАС ПІСЛЯ ПОЧАТКУ ЛІКУВАННЯ?

Організм не відновлюється миттєво після перших тижнів лікування. Якщо дефіцит харчування, стрес, очищувальна поведінка або перевантаження тривали довго, тілу потрібен час, щоб перебудувати обмін речовин, гормональну систему, травлення, водний баланс, роботу мозку, серцево-судинну систему та сигнали голоду й насичення. Іноді на початку відновлення деякі симптоми навіть тимчасово посилюються: здуття, набряки, важкість після їжі, коливання ваги або сильний голод. Це не завжди означає погіршення. Часто це частина адаптації організму до регулярного харчування та виходу з режиму виживання.



РОЗДІЛ 7

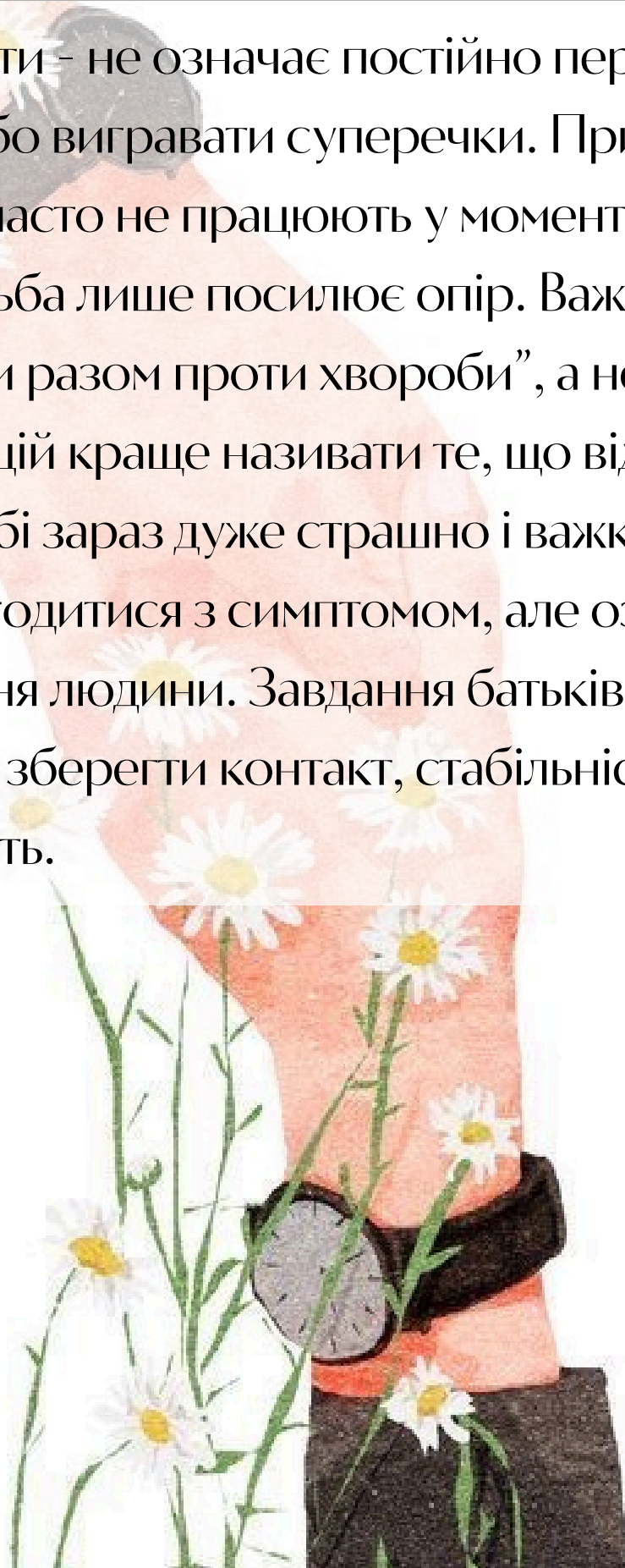
РОЛЬ БАТЬКІВ І БЛИЗЬКИХ У ЛІКУВАННІ

7.1. Яку роль відіграють батьки у лікуванні?

Батьки не є просто спостерігачами лікування. При РХП дитині часто складно критично оцінювати свій стан, приймати рішення щодо харчування і витримувати тривогу, тому дорослі тимчасово стають зовнішньою опорою. Їхня роль не в тому, щоб карати, тиснути або контролювати кожен крок, а в тому, щоб створювати стабільне середовище, підтримувати план лікування, співпрацювати з командою і допомагати дитині відрізнати власний голос від голосу хвороби. Для дорослого пацієнта роль близьких також може бути важливою, але участь родини або партнера має відбуватися з урахуванням згоди, меж і терапевтичної доцільності.

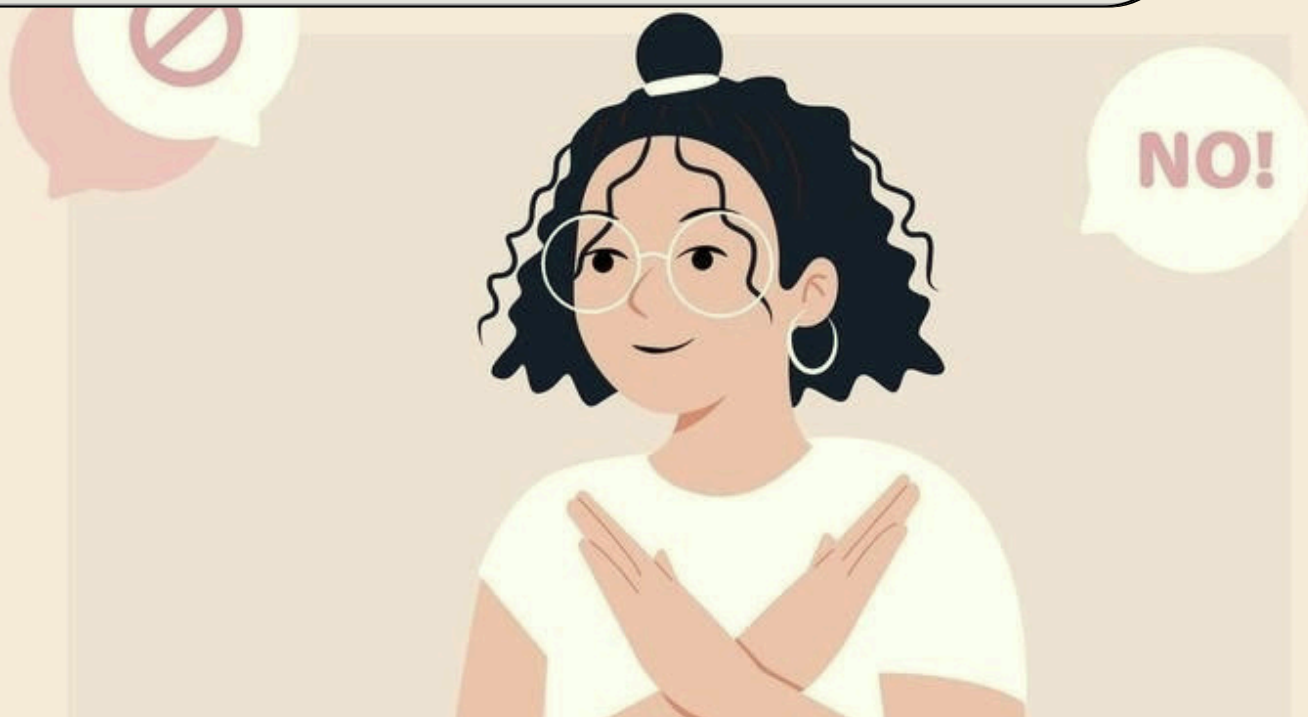
7.2. Як підтримувати дитину, не вступаючи в боротьбу?

Підтримувати - не означає постійно переконувати, доводити або вигравати суперечки. При РХП логічні аргументи часто не працюють у момент високої тривоги, тому боротьба лише посилює опір. Важливо займати позицію “ми разом проти хвороби”, а не “я проти тебе”. Замість лекцій краще називати те, що відбувається: “Я бачу, що тобі зараз дуже страшно і важко”. Це не означає погодитися з симптомом, але означає визнати переживання людини. Завдання батьків - не перемогти в конфлікті, а зберегти контакт, стабільність і послідовність.



7.3. ЧОГО НЕ ВАРТО ГОВОРИТИ ЛЮДИНІ З РХП?

Людині з РХП не варто говорити фрази, які спрощують проблему: “просто їж”, “візьми себе в руки”, “перестань про це думати”, “ти вже нормально виглядаєш”. Такі слова можуть звучати як знецінення, тиск або доказ того, що оточення не розуміє глибину розладу. Також небезпечними можуть бути коментарі про вагу, тіло, зовнішність, кількість з’їденого або порівняння з іншими. Навіть позитивні фрази про зовнішність іноді сприймаються хворобою як підтвердження набору ваги. Краще говорити про стан, почуття, зусилля і підтримку: “Я бачу, що тобі важко, і я поруч”.

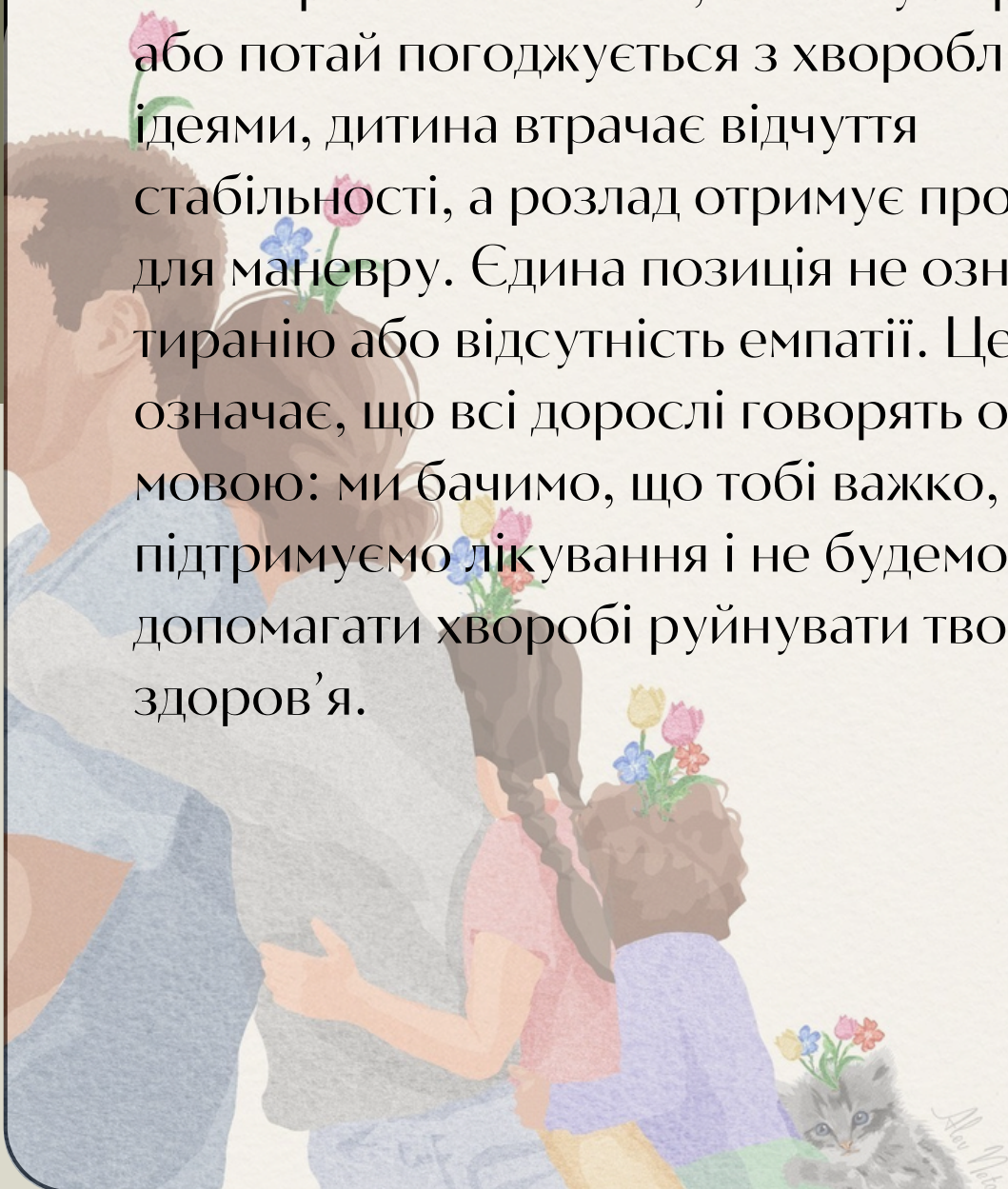


7.4. ЧОМУ НЕ МОЖНА ДОМОВЛЯТИСЯ З РОЗЛАДОМ?

Домовлятися з РХП небезпечно, тому що розлад не працює за логікою здорового компромісу. Якщо сьогодні хвороба отримує поступку, завтра вона часто вимагає більше: прибрати ще один продукт, зменшити порцію, пропустити перекус, відкласти лікування або змінити правило. Так батьки або близькі мимоволі починають грати за правилами РХП, а не підтримувати здорову частину людини. Замість домовлянь потрібна структура: сталі правила, спокійна позиція і послідовне виконання терапевтичного плану. Це не жорстокість, а спосіб не давати хворобі розширювати свій контроль.

7.5. ЧОМУ ВАЖЛИВА ЄДИНА ПОЗИЦІЯ ВСІЄЇ РОДИНИ?

Єдина позиція родини потрібна для того, щоб РХП не використовував суперечності між близькими. Якщо один дорослий підтримує план лікування, а інший робить винятки, скасовує правила або потай погоджується з хворобливими ідеями, дитина втрачає відчуття стабільності, а розлад отримує простір для маневру. Єдина позиція не означає тиранію або відсутність емпатії. Це означає, що всі дорослі говорять однією мовою: ми бачимо, що тобі важко, але ми підтримуємо лікування і не будемо допомагати хворобі руйнувати твоє здоров'я.



7.6. Як реагувати на відмову від їжі?

На відмову від їжі важливо реагувати спокійно, без крику, погроз, торгів або довгих лекцій. У момент відмови людина часто перебуває у високій тривозі, і завдання дорослого – не перетворити прийом їжі на поле бою. Варто визнати складність ситуації: “Я бачу, що тобі страшно і дуже важко почати”. Але водночас важливо не підкріплювати відмову як норму. У центрі з цим працює команда: допомагає знизити напругу, підтримує структуру, супроводжує пацієнта і не дозволяє РХП повністю керувати харчуванням.

7.7. Як реагувати на сльози, агресію та маніпуляції?

Сльози, агресія або маніпуляції при РХП часто є не “поганим характером”, а способом психіки впоратися з болем, страхом і втратою контролю. Сльози можуть бути виходом напруги, агресія – захистом від страху, а маніпуляції – спробою повернути контроль. Важливо залишатися емоційно присутніми, але не дозволяти хворобі керувати рішеннями дорослих. Можна приймати емоцію, але не погоджуватися на деструктивну дію: “Я бачу, що ти злишся, і це справді важко. Але ми не будемо скасовувати лікувальне правило через цю злість”. Це і є поєднання м’якості до людини та твердості до хвороби.



7.8. Чому контроль на певному етапі є необхідністю, а не покаранням?

На гострому етапі РХП контроль потрібен не для покарання, а для безпеки. Коли організм виснажений, а тривога висока, людині може бути фізично і психічно складно приймати рішення, які підтримують життя і здоров'я. У цей момент зовнішня структура частково замінює здатність до саморегуляції, яка тимчасово ослаблена хворобою. Важливо відрізнати каральний контроль від терапевтичної підтримки. Каральний контроль звучить як звинувачення і тиск. Терапевтичний контроль спокійний, послідовний і має мету повернути людині свободу. Коли стан стабілізується, контроль поступово має переходити у довіру та спільну відповідальність.

7.9. Для чого потрібні батьківські онлайн-групи?

Батьківські онлайн-групи потрібні для того, щоб батьки краще розуміли РХП, свою роль у лікуванні, правила підтримки та типові реакції дитини під час відновлення. На таких групах можна отримати психоедукацію, навчитися не підкріплювати симптоми, краще витримувати протест і не діяти імпульсивно. Це частина лікувального процесу, а не додатковий “формальний” захід.

7.10. Чому участь батьків у групах є обов’язковою?

Участь батьків у групах є обов’язковою, тому що дитина не одужує ізольовано від сімейної системи. Центр може створити структуру, харчову підтримку і терапевтичне середовище, але після контактів із родиною, візитів, ресоціалізації та виписки саме сім’я знову стає важливою частиною середовища пацієнта. Якщо батьки не розуміють логіки лікування, вони можуть ненавмисно підкріплювати РХП навіть із добрих намірів.

7.11. ЩО БУДЕ, ЯКЩО БАТЬКИ НЕ ВІДВІДУЮТЬ ГРУПИ ТА НЕ ЗАЛУЧАЮТЬСЯ ДО ПРОЦЕСУ?

Якщо батьки не залучаються до процесу, не читають звіти, не дають зворотний зв'язок і не відвідують обов'язкові групи, ефективність реабілітації може знижуватися. У такому випадку команда працює з пацієнтом, але важлива частина середовища залишається поза терапевтичними змінами. Це може ускладнювати ресоціалізацію, повернення додому і профілактику рецидиву.

7.12. Як батькам реагувати, якщо дитина просить забрати її з центру?

Якщо дитина просить забрати її з центру, важливо не приймати рішення в моменті під впливом емоцій. На етапі адаптації опір, злість, страх і бажання поїхати додому можуть бути частиною реакції РХП на втрату звичного контролю. Батькам варто спочатку зв'язатися з командою, обговорити ситуацію і зрозуміти, що стоїть за проханням: реальна проблема, страх їжі, тривога, конфлікт чи адаптаційний протест. Дитині можна сказати: “Я чую, що тобі дуже важко. Ми не будемо вирішувати це одразу в емоціях. Я поговорю з командою, і ми разом зрозуміємо, що зараз буде найбезпечніше”.



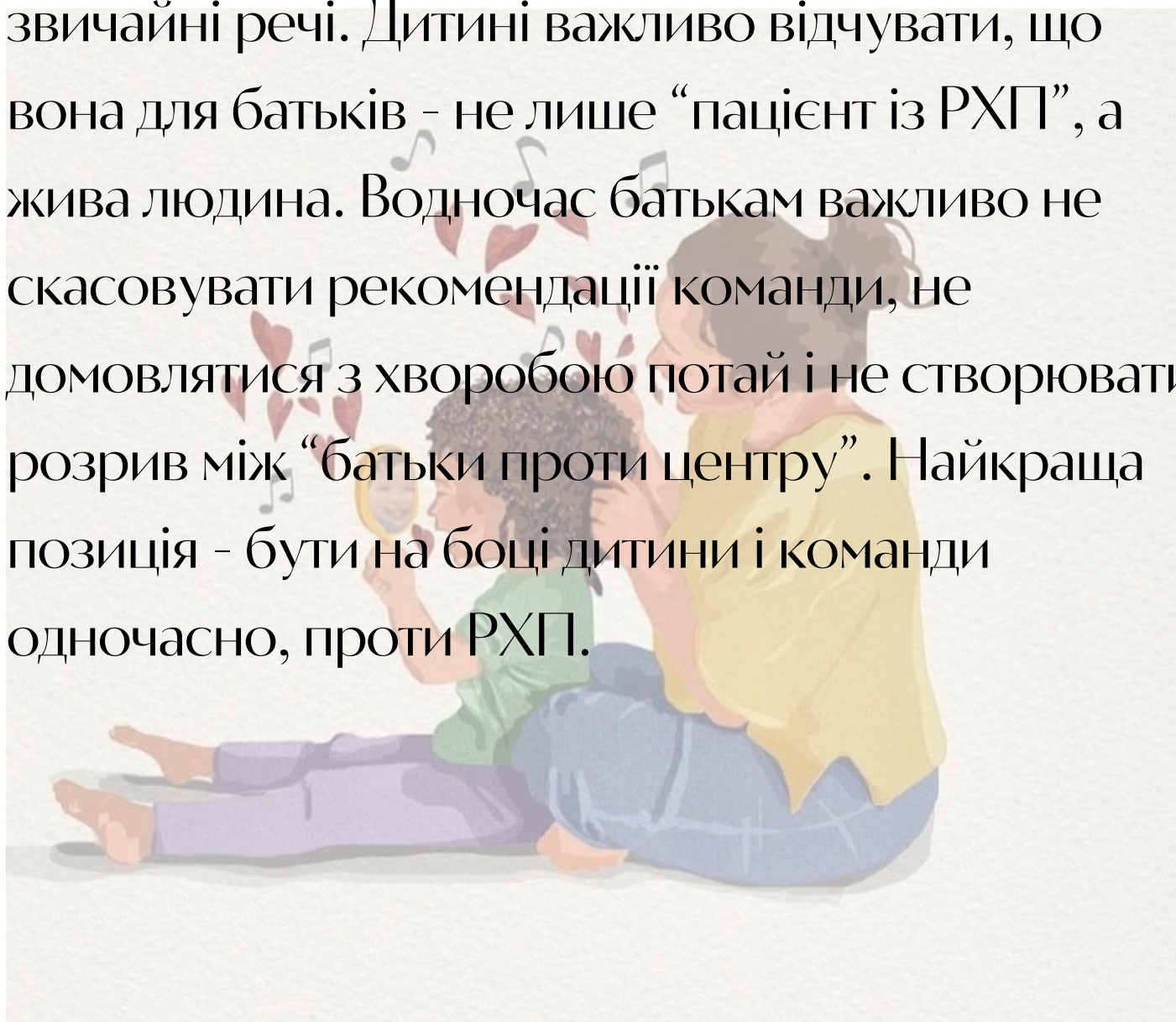
7.13. ЧОМУ БАТЬКАМ ВАЖЛИВО НЕ ДІЯТИ ІМПУЛЬСИВНО ПІД ВПЛИВОМ ЕМОЦІЙ ДИТИНИ?

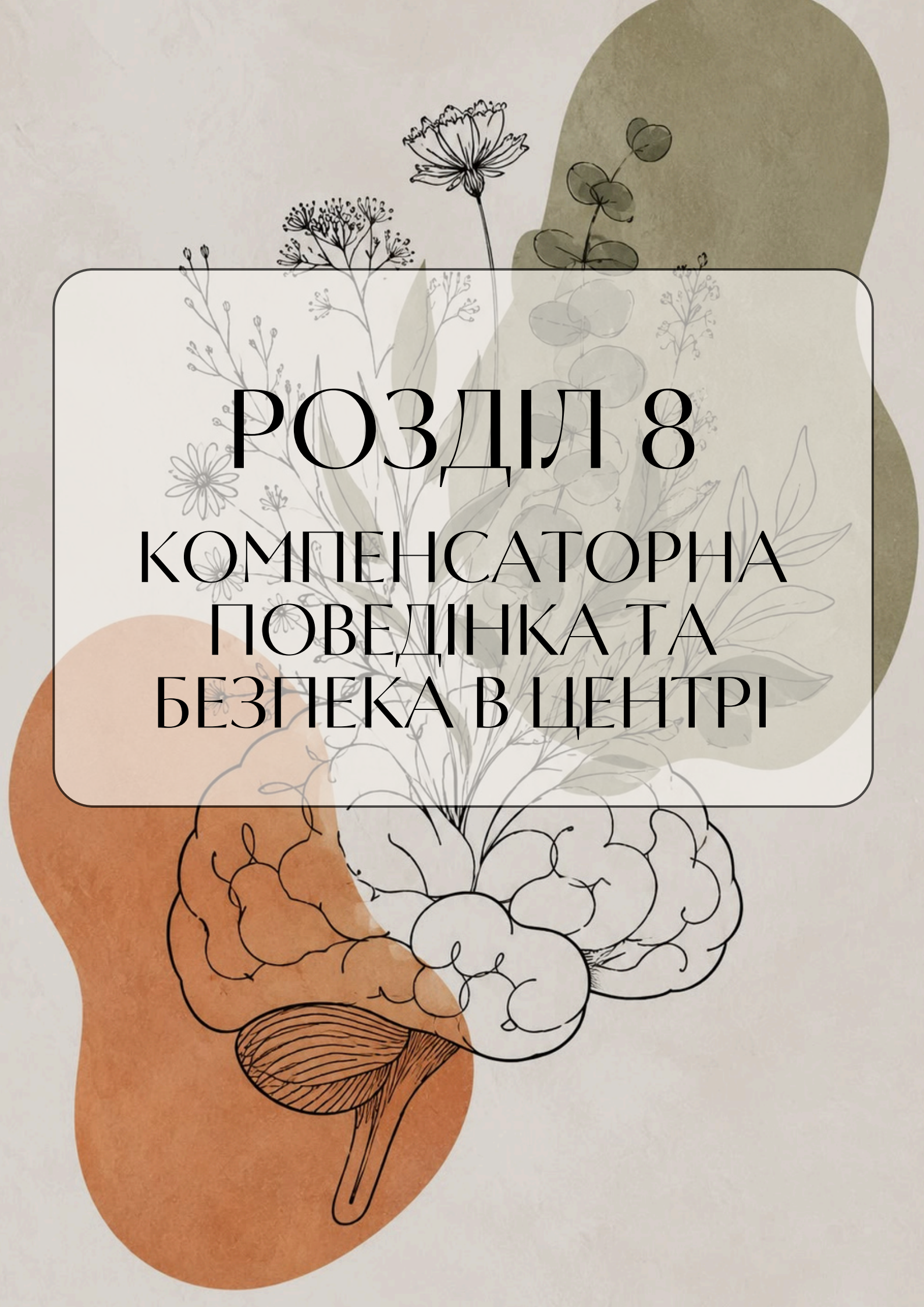


При РХП емоції дитини можуть бути дуже сильними: сльози, паніка, агресія, прохання забрати, звинувачення або обіцянки “я сама впораюсь”. Якщо батьки щоразу реагують імпульсивно, лікувальний процес стає нестабільним, а хвороба отримує сигнал, що через сильний емоційний тиск можна змінити правила. Це не означає ігнорувати дитину. Це означає витримати її стан, визнати переживання і водночас спиратися на рекомендації команди, а не лише на емоцію моменту.

7.14. Як батькам зберігати контакт із дитиною, але не руйнувати терапевтичний процес?

Контакт із дитиною важливо зберігати через тепло, інтерес, спокій і присутність, але не через порушення правил лікування. Варто говорити не тільки про їжу, вагу і симптоми, а й про життя, фільми, навчання, плани, хобі, почуття та звичайні речі. Дитині важливо відчувати, що вона для батьків - не лише “пацієнт із РХП”, а жива людина. Водночас батькам важливо не скасовувати рекомендації команди, не домовлятися з хворобою потай і не створювати розрив між “батьки проти центру”. Найкраща позиція - бути на боці дитини і команди одночасно, проти РХП.





РОЗДІЛ 8

КОМПЕНСАТОРНА ПОВЕДІНКА ТА БЕЗПЕКА В ЦЕНТРІ

8.1. ЩО ТАКЕ КОМПЕНСАТОРНА ПОВЕДІНКА ПРИ РХП?



Компенсаторна поведінка - це дії, які людина використовує, щоб “скасувати”, “відпрацювати” або компенсувати їжу, вагу чи відчуття втрати контролю. До неї можуть належати блювання, очищення, використання проносних або сечогінних препаратів голодування після прийому їжі, пропуски їжі, надмірна фізична активність, “відпрацювання” калорій, приховане зменшення порцій або інші способи знизити вплив їжі на тіло. Важливо розуміти, що для людини з РХП це часто не просто “шкідлива звичка”, а спосіб зменшити тривогу, сором, страх набору ваги або відчуття провини після харчування.

8.2. Чому компенсаторна поведінка небезпечна?

Компенсаторна поведінка небезпечна не лише психологічно, а й фізично. Блювання, проносні та сечогінні можуть порушувати водно-сольовий баланс, знижувати рівень електролітів, впливати на серце, нервову систему, м'язи, тиск, травлення та загальний стан. Голодування і “відпрацювання” підтримують дефіцит енергії, виснаження, страх їжі та цикл РХП. На психологічному рівні компенсація закріплює ідею, що їжу потрібно “нейтралізувати”, а тіло – постійно контролювати. Саме тому в лікуванні важливо не просто прибрати окрему дію, а працювати з тривогою та переконаннями, які її запускають.



8.3. Як у центрі контролюється очищувальна поведінка?

У центрі очищувальна поведінка контролюється через структуру, спостереження та супровід після прийомів їжі. Завдання команди - не принизити пацієнта і не “зловити на порушенні”, а створити безпечні умови, в яких РХП має менше можливостей керувати поведінкою. Після їжі може бути потрібен супровід, обмеження доступу до ситуацій, де легко реалізувати очищення, спостереження за поведінковими сигналами та регулярне обговорення труднощів із фахівцями. Якщо є ризик блювання або інших форм очищення, команда може посилювати рівень підтримки, доки стан не стане стабільнішим.

8.4. ЯК КОНТРОЛЮЄТЬСЯ ВЖИВАННЯ ПРОНОСНИХ, СЕЧОГІННИХ АБО ІНШИХ ПРЕПАРАТІВ?

Проносні, сечогінні та будь-які інші препарати не мають прийматися самостійно або приховано. У центрі формується список дозволених і призначених препаратів, а їхній прийом організовується через відповідальну особу. Це потрібно для того, щоб уникнути самовільного використання ліків як частини компенсаторної поведінки. Якщо є підозра, що пацієнт використовує препарати для очищення або контролю ваги, команда обговорює це в терапевтичному процесі, може посилити контроль ліків і за потреби рекомендувати додаткову медичну оцінку.



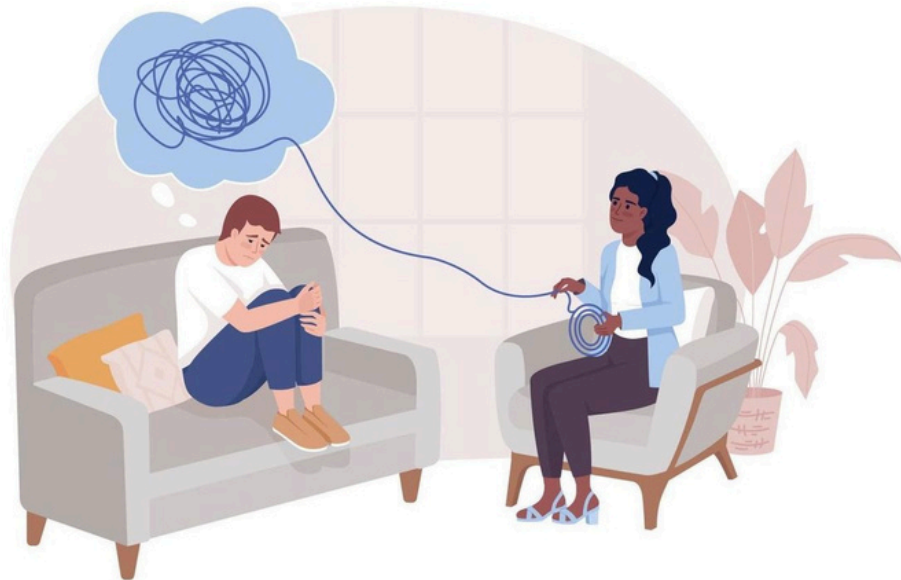
8.5. Чому пацієнт не може самотійно приймати препарати без узгодження з командою?

Самотійний прийом препаратів у центрі обмежується з міркувань безпеки. Навіть “звичайні” ліки, вітаміни, сечогінні, проносні, трав’яні засоби або добавки можуть впливати на стан, аналізи, електроліти, травлення, апетит або бути частиною симптомів РХП. Тому команда має знати, що саме приймає пацієнт, у якій дозі та з якою метою. Це не покарання і не недовіра до людини, а спосіб захистити її від ризиків і зробити лікування прозорим та безпечним.

8.6. Як команда реагує, якщо є підозра на приховану компенсаторну поведінку?

Якщо команда підозрює приховану компенсаторну поведінку, це не розглядається як “погана поведінка”, за яку потрібно карати. Це сигнал, що рівень тривоги, страху або впливу РХП зараз високий, і пацієнту потрібна додаткова підтримка. Команда може обговорити ситуацію з пацієнтом, проаналізувати тригери, посилити супровід після їжі, переглянути правила безпеки, звернути увагу на аналізи, фізичний стан, поведінкові маркери та за потреби залучити психіатра, лікаря або батьків, якщо пацієнт неповнолітній. Мета - не покарання, а повернення до безпечного лікувального процесу.

8.7. ЧОМУ ВАЖЛИВО НЕ КАРАТИ ЗА СИМПТОМ, А ПРАЦЮВАТИ З НИМ ТЕРАПЕВТИЧНО?



Компенсаторна поведінка - це симптом РХП, а не доказ того, що людина “не старається” або “навмисно все псує”. Якщо реагувати лише покаранням, соромом або жорстким контролем, пацієнт може почати ще більше приховувати симптоми, втрачати довіру і залишатися наодинці зі страхом. Терапевтичний підхід означає бачити за симптомом його функцію: страх їжі, сором, тривогу, потребу контролю, паніку після прийому їжі або неможливість витримати тілесні відчуття. Команда працює не тільки з дією, а й з тим, що її запускає, щоб поступово замінити компенсацію більш безпечними способами саморегуляції.



РОЗДІЛ 9

ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ, РУХ І ОБМЕЖЕННЯ

9.1. ЧОМУ В ЦЕНТРІ ОБМЕЖУЄТЬСЯ ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ?

Фізична активність у центрі обмежується не як покарання, а як частина безпечного відновлення. При РХП організм часто перебуває в дефіциті енергії, білка, жирів, вуглеводів, електролітів і загального ресурсу. У такому стані навіть звичайне навантаження може бути надмірним для серця, м'язів, кісток, гормональної системи та нервової системи. Крім того, при РХП рух часто стає не способом турботи про тіло, а способом “відпрацювати” їжу, зменшити тривогу або повернути контроль. Тому на певному етапі лікування важливо тимчасово зменшити активність, щоб організм міг спрямувати ресурси на відновлення, а не на додаткові витрати енергії.

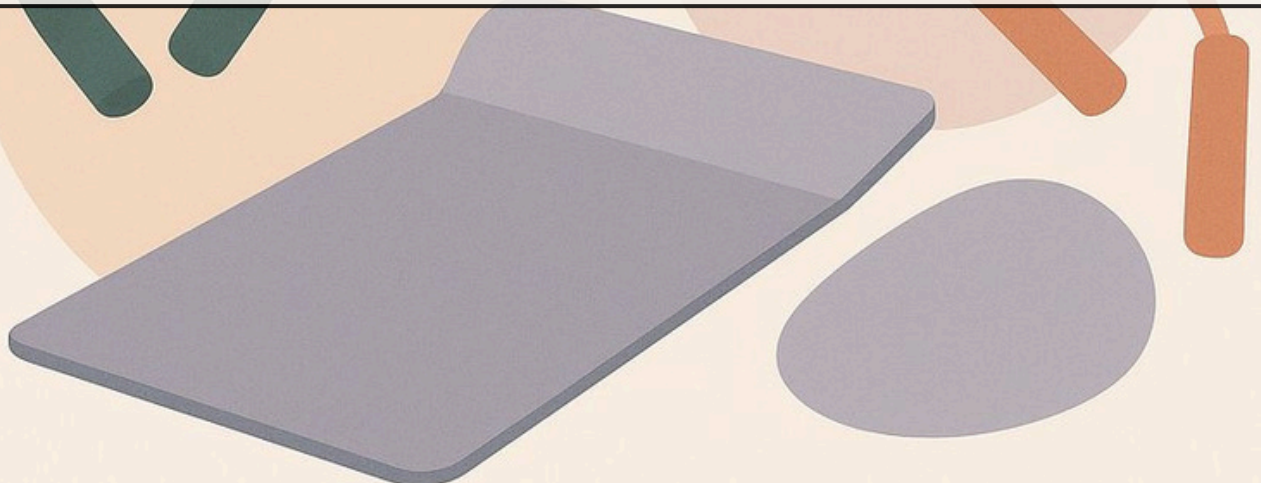


9.2. Чому не рекомендується самотійно займатися спортом під час лікування?

Самотійний спорт під час лікування може підтримувати симптоми РХП, навіть якщо зовні виглядає як “здоровий вибір”. Людина може не помічати, що тренування вже стали способом компенсації, контролю ваги, зниження провини після їжі або уникання тривоги. Також на фоні виснаження, нестабільної ваги, електролітних порушень, аменореї, остеопорозу або серцевих ризиків спорт може бути фізично небезпечним. Тому рішення про повернення активності має прийматися не самотійно, а разом із командою.

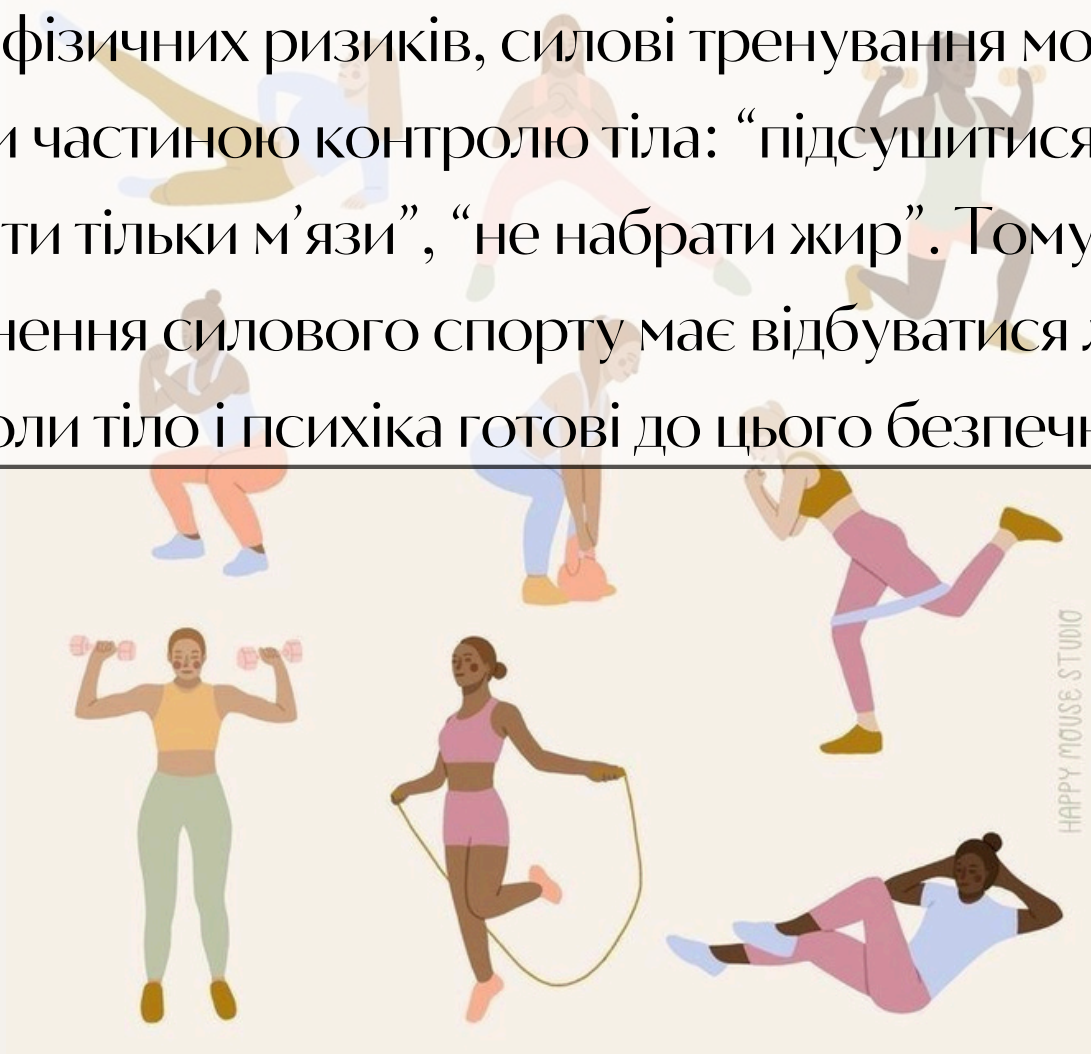
9.3. ЧОМУ ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ МОЖЛИВА ЛИШЕ З ДОЗВОЛУ КОМАНДИ ФАХІВЦІВ?

Фізична активність під час лікування має бути узгоджена з командою, а за потреби - з лікарями, тому що важливо врахувати фізичний стан, аналізи, вагу, тиск, пульс, наявність аменореї, ризик остеопорозу, рівень харчування та психологічну мотивацію до руху. Команда оцінює не лише “чи може тіло рухатися”, а й “для чого пацієнт хоче рухатися”. Якщо активність пов’язана з бажанням спалити калорії, змінити тіло або компенсувати їжу, її повернення може бути передчасним. Якщо рух поступово стає частиною відновлення, він може вводитися обережно, дозовано і під супроводом.



9.4. Чому в центрі обмежується силове навантаження?

Силове навантаження може бути ризикованим, якщо організм ще не відновився. При РХП часто знижуються енергетичні запаси, м'язова сила, білковий статус, гормональна стабільність і щільність кісткової тканини. Якщо є аменорея, дефіцит харчування або ознаки остеопорозу, надмірне навантаження може підвищувати ризик травм, болю, переломів, стресових переломів і погіршення стану. Окрім фізичних ризиків, силові тренування можуть ставати частиною контролю тіла: “підсушитися”, “набрати тільки м'язи”, “не набрати жир”. Тому повернення силового спорту має відбуватися лише тоді, коли тіло і психіка готові до цього безпечніше.



9.5. Чому прогулянки дозуються?

Прогулянки теж є фізичною активністю, тому при РХП вони можуть бути не просто відпочинком, а способом витратити енергію, знижувати тривогу після їжі або непомітно “відпрацьовувати” харчування. Якщо прогулянки стають довгими, обов’язковими, напруженими або викликають тривогу при пропуску, це може підтримувати розлад. Тому в центрі прогулянки дозуються з урахуванням стану пацієнта, етапу лікування, харчової стабільності та ризику компенсаторної поведінки. Мета не в тому, щоб забрати рух назавжди, а в тому, щоб повернути його в безпечний і некомпенсаторний формат.

9.6. Коли фізична активність може поступово повертатися?

Фізична активність може поступово повертатися тоді, коли фізичний стан стає стабільнішим, харчування достатнім, вага або нутритивний статус відновлюються, аналізи не мають небезпечних відхилень, а пацієнт може витримувати рух без бажання компенсувати їжу чи контролювати тіло. Важливо, щоб активність поверталася поступово: від легких, дозованих форм руху до більш інтенсивних навантажень лише за готовності. Рішення ухвалюється індивідуально, бо в однієї людини рух може бути частиною здорового повернення до життя, а в іншій – ще активним симптомом РХП.

9.7. ЯК ЗРОЗУМІТИ, ЩО РУХ Є ЧАСТИНОЮ ВІДНОВЛЕННЯ, А НЕ СПОСОБОМ “ВІДПРАЦЮВАННЯ”?

Рух є частиною відновлення тоді, коли він не прив'язаний до провини за їжу, калорій, ваги, форми тіла або страху “розслабитися”. Здоровий рух гнучкий: людина може відпочити, пропустити тренування, зменшити навантаження і не відчувати паніки. Компенсаторний рух, навпаки, часто має жорсткість: “я мушу”, “я не маю права пропустити”, “я з'їла - треба відпрацювати”, “без спорту я втрачу контроль”. У лікуванні важливо поступово змінити стосунки з рухом: від покарання і контролю тіла - до підтримки, задоволення, контакту з тілом і реального ресурсу.



РОЗДІЛ 10

УМОВИ ПРОЖИВАННЯ ТА ПРАВИЛА ЦЕНТРУ



10.1. Чому пацієнти проживають по 2-4 людини в кімнаті?

Проживання по 2-4 людини в кімнаті допомагає створити не ізольоване, а більш живе терапевтичне середовище. При РХП часто посилюється замкнутість, уникання контакту, фокус на собі, тілі, їжі та симптомах. Спільне проживання допомагає поступово повертатися до соціальної взаємодії, вчитися враховувати інших, проживати побутові ситуації, домовлятися, витримувати різність і не залишатися наодинці з розладом. Водночас це не означає відсутність особистих меж: у центрі важливо зберігати повагу до приватності, речей, простору і стану кожного пацієнта.

10.2. НАВІЩО ПОТРІБЕН РЕЖИМ ДНЯ?



Режим дня потрібен для стабільності, передбачуваності та зниження хаосу, який часто супроводжує РХП. Коли є зрозумілий розклад харчування, терапії, відпочинку, активностей, сну та побутових процесів, психіці легше адаптуватися до лікування. Режим не є покаранням або способом “забрати свободу”. Це зовнішня структура, яка тимчасово допомагає людині там, де через хворобу складно самотійно підтримувати регулярність, харчування, сон, відпочинок і безпечну поведінку.



10.3. Навіщо потрібен супровід після прийомів їжі?

Супровід після прийомів їжі потрібен для безпеки та зниження ризику компенсаторної поведінки. Після їжі у людини з РХП може різко зростати тривога, провина, бажання очиститися, рухатися, “відпрацювати” або уникнути тілесних відчуттів. Супровід допомагає не залишатися з цим станом наодинці, витримати хвилю тривоги, переключитися, отримати підтримку і не повернутися до симптомів. Це не контроль заради контролю, а частина терапевтичної допомоги в найвразливіший момент.

10.4. ЧОМУ Є ПРАВИЛА КОРИСТУВАННЯ ТЕЛЕФОНАМИ?



Правила користування телефонами потрібні, щоб зменшити вплив тригерів і допомогти пацієнту бути включеним у терапевтичний процес. Телефон може бути джерелом порівнянь, дієтичного контенту, конфліктів, постійного контакту з батьками, уникання емоцій або втечі від лікування. Обмеження не означає “ізоляцію від світу”, а допомагає створити простір, де пацієнт може зосередитися на відновленні, режимі, харчуванні, терапії, відпочинку та реальному контакті з людьми поруч.

10.5. Чи є в доступі телефони та планшети?

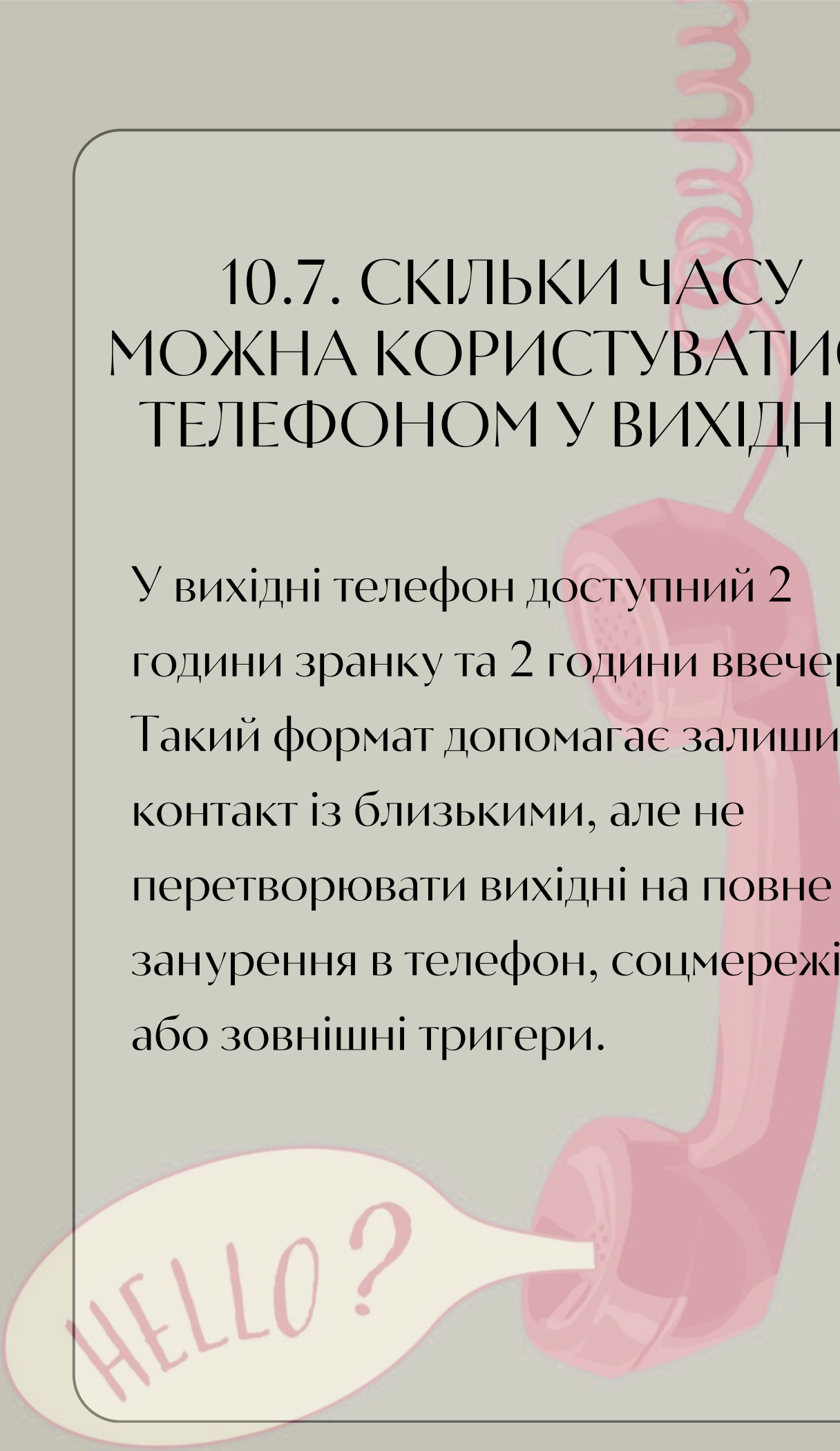
Так, телефони та планшети можуть бути в доступі у визначений правилами час. Це потрібно для балансу: з одного боку, пацієнт не втрачає контакт із близькими та зовнішнім світом, з іншого - телефон не заважає лікуванню, сну, прийомам їжі, терапії та адаптації в центрі.

10.6. Скільки часу можна користуватися телефоном у будні?

У будні дні телефон доступний увечері на 2 години. Конкретний час може залежати від актуального розкладу центру, терапевтичних активностей і правил перебування.

10.7. СКІЛЬКИ ЧАСУ МОЖНА КОРИСТУВАТИСЯ ТЕЛЕФОНОМ У ВИХІДНІ?

У вихідні телефон доступний 2 години зранку та 2 години ввечері. Такий формат допомагає залишити контакт із близькими, але не перетворювати вихідні на повне занурення в телефон, соцмережі або зовнішні тригери.



HELLO?



10.8. Чому не можна привозити частину продуктів з дому?

Їжа з дому може порушувати лікувальний план, підтримувати вибірковість, уникання, “безпечні” продукти або домовленості з РХП. У центрі харчування має бути структурованим і зрозумілим для команди: важливо бачити, що саме їсть пацієнт, які продукти викликають страх, де є уникання, де потрібна підтримка і як відбувається розширення раціону. Якщо кожен буде привозити окрему їжу з дому, це може руйнувати єдину терапевтичну логіку харчування.

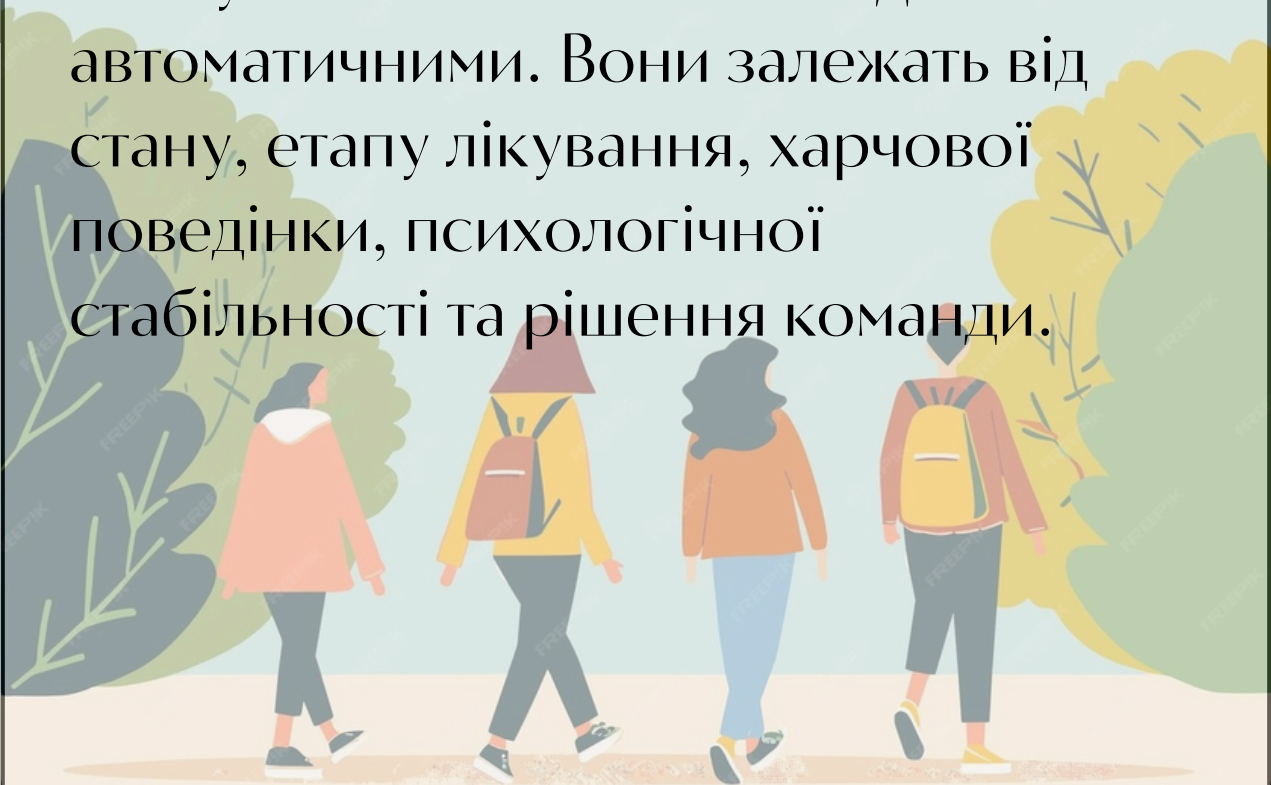
10.9. Що можна і що не можна привозити з їжі?

З їжі можна привозити лише те, що попередньо узгоджено з командою центру. Усі продукти мають відповідати лікувальному плану і не підкріплювати правила РХП. Не варто самостійно передавати “безпечні” продукти, дієтичні альтернативи, цукрозамінники, низькокалорійні заміни або їжу, яка використовується для уникання основного раціону.



10.10. ЧИ ПОСТІЙНО ПАЦІЄНТ ПЕРЕБУВАЄ ТІЛЬКИ В МЕЖАХ ЦЕНТРУ?

Ні, пацієнт не обов'язково весь час перебуває лише в межах центру. За певної готовності та з дозволу команди можуть бути виїзди за межі центру, наприклад у місто, на прогулянку, до озера, на ВДНГ або в торговельний центр із супроводом консультанта. Але такі виїзди не є автоматичними. Вони залежать від стану, етапу лікування, харчової поведінки, психологічної стабільності та рішення команди.



10.11. ЧИ МОЖЛИВІ ВИЇЗДИ ЗА МЕЖІ ЦЕНТРУ?



Так, виїзди за межі центру можливі, але лише за узгодженням із командою. Вони можуть бути частиною ресоціалізації, тобто поступового повернення до звичайного середовища. Під час таких виїздів важливо не просто “погуляти”, а подивитися, як пацієнт справляється з реальними ситуаціями: їжею поза центром, контактами, магазинами, тригерами, втомою, емоціями та потребою в підтримці.



10.12. Хто приймає рішення про виїзди за межі центру?

Рішення про виїзди за межі центру приймає команда фахівців з урахуванням психологічного стану, харчової поведінки, фізичної стабільності та готовності пацієнта. Це не вирішується лише бажанням пацієнта або батьків, тому що виїзд має бути безпечним і терапевтично доречним.

10.13. ЧОМУ НЕ МОЖНА САМОВІЛЬНО ВИЇЗДЖАТИ З ЦЕНТРУ?

Самовільний виїзд руйнує терапевтичну структуру і може бути небезпечним для пацієнта. Центр відповідає за безпеку, режим, харчування, супровід і лікувальний процес, тому будь-який виїзд має бути узгоджений. Несанкціонований виїзд може посилити ризик зриву, компенсаторної поведінки, конфлікту з лікуванням або навіть стати підставою для припинення програми.

10.14. ЧИ МОЖНА ПРИЇХАТИ ДО ПАЦІЄНТА ТОДІ, КОЛИ ХОЧЕТЬСЯ?

Ні, приїзд до пацієнта має бути попередньо узгоджений із командою. Навіть якщо батьки або близькі дуже хвилюються, важливо пам'ятати, що перебування в центрі - це терапевтичний процес зі своїм режимом, адаптацією, правилами та етапами. Неузгоджені візити можуть підсилювати тривогу, опір, бажання поїхати додому або порушувати лікувальну динаміку.



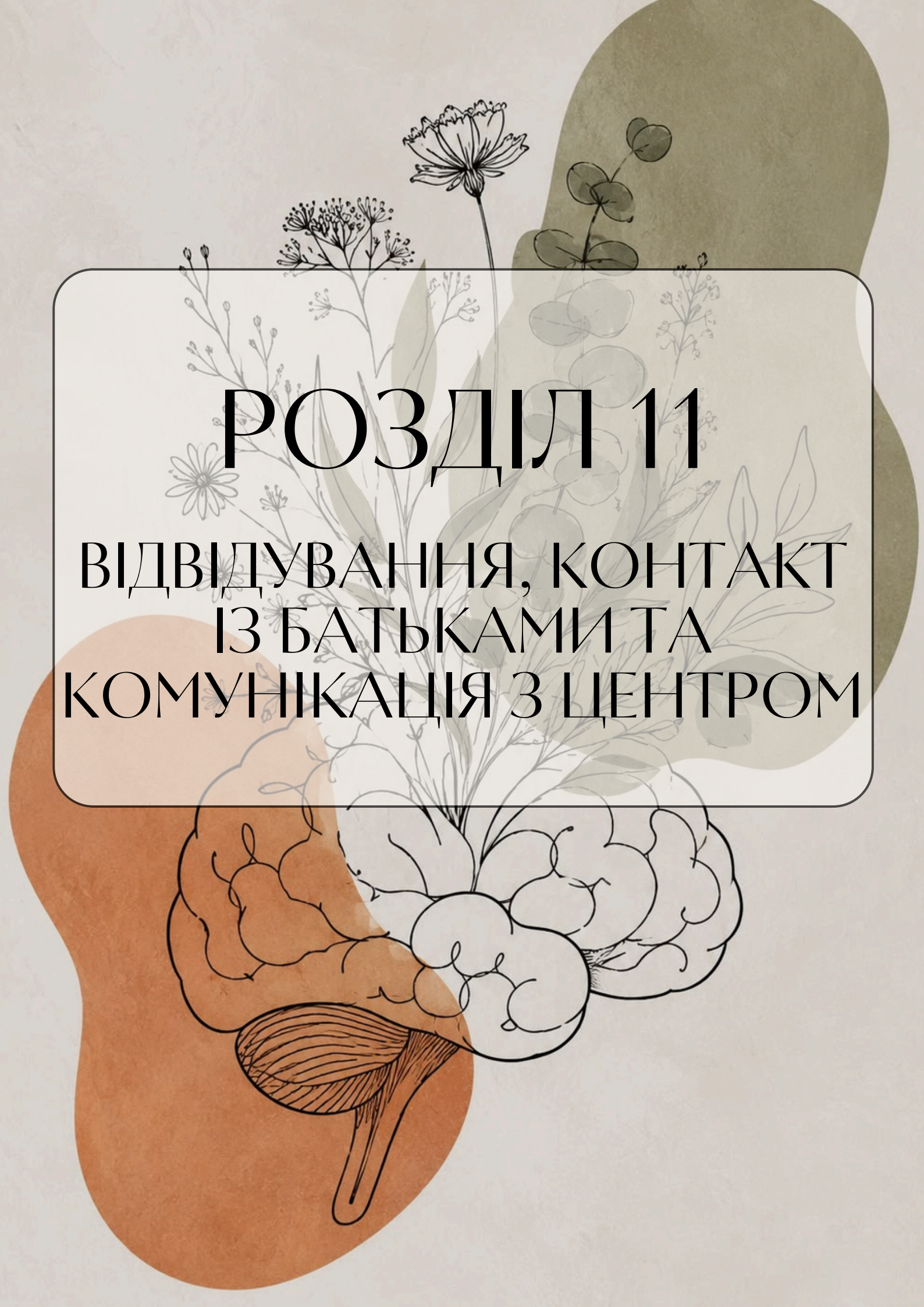
10.15. Чому приїзд батьків або близьких має бути узгоджений з командою?

Узгодження візитів потрібне для того, щоб контакт із родиною підтримував лікування, а не випадково руйнував його. У певні моменти пацієнт може бути дуже вразливим, перебувати в адаптації, протесті або сильній тривозі. Команда допомагає визначити, коли візит буде корисним, у якому форматі він має відбутися і як батькам або близьким краще поводитися, щоб не підкріпити симптоми РХП.



10.16. ЯКІ РЕЧІ ПОТРІБНО ВЗЯТИ ІЗ СОБОЮ ДО СТАЦІОНАРУ?

До стаціонару потрібно взяти базові особисті речі: зручний одяг, білизну, піжаму, змінне взуття, засоби гігієни, необхідні медичні документи, паспорт та ІПН, призначені препарати у погодженій кількості, а також речі для спокійного дозвілля - книги, блокнот, матеріали для творчості, хобі або музичні інструменти за попереднім узгодженням. Не варто брати те, що може заважати лікуванню, порушувати правила центру або використовуватися для підтримки симптомів РХП.



РОЗДІЛ 11

ВІДВІДУВАННЯ, КОНТАКТ
ІЗ БАТЬКАМИ ТА
КОМУНІКАЦІЯ З ЦЕНТРОМ

11.1. ЯК ВІДБУВАЮТЬСЯ ВІДВІДУВАННЯ БАТЬКІВ?

Відвідування батьків відбуваються не хаотично, а в межах терапевтичного процесу. Це означає, що візити мають бути узгоджені з командою, відповідати стану пацієнта та не порушувати адаптацію, режим, харчування і лікувальну динаміку. Для дитини або підлітка контакт із батьками може бути дуже важливим, але в перші етапи лікування він також може посилювати тривогу, протест, бажання поїхати додому або повернення до старих сімейних патернів. Саме тому команда допомагає визначити, коли і в якому форматі візит буде справді підтримуючим.





11.2. У які дні можливі відвідування?

Відвідування можливі у визначені дні та години згідно з правилами центру. За правилами, графік відвідувань - субота та неділя з 12:30 до 17:00. Візит усе одно має бути попередньо узгоджений із командою, тому що важливо враховувати стан пацієнта, розклад терапевтичних активностей і можливі виїзні заходи.

11.3. Чому відвідування можливі не одразу після госпіталізації?

Перші тижні після заїзду - це період адаптації. У цей час пацієнт звикає до нового середовища, режиму, харчування, правил, команди та терапевтичної структури. Якщо візити починаються занадто рано, це може посилити опір, емоційну нестабільність або бажання повернутися додому, навіть якщо лікування необхідне. Саме тому відвідування зазвичай можливі не раніше ніж через 2 тижні після госпіталізації та лише за узгодженням зі спеціалістами.

11.4. Чому перші два тижні важливі для адаптації?

Перші два тижні потрібні для того, щоб пацієнт поступово увійшов у режим центру, познайомився з командою, почав звикати до структури харчування, правил і терапевтичного середовища. У цей період можуть бути сльози, злість, протест, прохання забрати додому або негативне ставлення до лікування. Це не завжди означає, що центр “не підходить”. Часто це реакція РХП на втрату звичного контролю. Завдання команди й батьків - не руйнувати адаптацію імпульсивними рішеннями, а дати процесу час.

11.5. Чи можна відвідувати дитину без попереднього узгодження?

Ні. Відвідування без попереднього узгодження не допускаються, тому що перебування в центрі є частиною лікування, а не просто проживанням. Неузгоджений приїзд може порушити режим, викликати емоційний зрив, посилити протест або зруйнувати терапевтичну роботу, яка вже відбувається. Усі візити мають проходити через погодження з командою.



11.6. Як відбувається контакт батьків із фахівцями?

Контакт батьків із фахівцями відбувається за попереднім погодженням. Батькам важливо заздалегідь підготувати перелік питань, щоб розмова була змістовною і не перетворювалася на емоційний обмін у моменті. У центрі можуть бути окремі відповідальні фахівці за психологічний, харчовий або організаційний напрям. Питання щодо лікування, харчової поведінки, психічного стану або динаміки потрібно адресувати саме профільним спеціалістам, а не консультантам з побутових питань.

11.7. ЯК ЧАСТО БАТЬКИ ОТРИМУЮТЬ ЗВІТИ ПРО СТАН ДИТИНИ?



Центр щотижня надає батькам звіти про психологічний стан, харчову поведінку та загальні поведінкові прояви дитини. Ці звіти потрібні не лише для інформування, а й для спільної роботи. Батькам важливо уважно читати їх, помічати динаміку, ставити уточнювальні питання за потреби та давати зворотний зв'язок команді.

11.8. ЯКИЙ ЗВОРОТНИЙ ЗВ'ЯЗОК ОЧІКУЄТЬСЯ ВІД БАТЬКІВ?

Від батьків очікується регулярний, спокійний і конструктивний зворотний зв'язок. Це можуть бути питання за звітом, важлива інформація про дитину, реакції після дзвінків або візитів, спостереження після ресоціалізації, а також готовність обговорювати складні моменти без звинувачень і імпульсивних рішень. Якщо батьки не залучаються, не читають звіти і не дають зворотного зв'язку, команда втрачає важливу частину інформації про сімейну динаміку і реакції дитини.

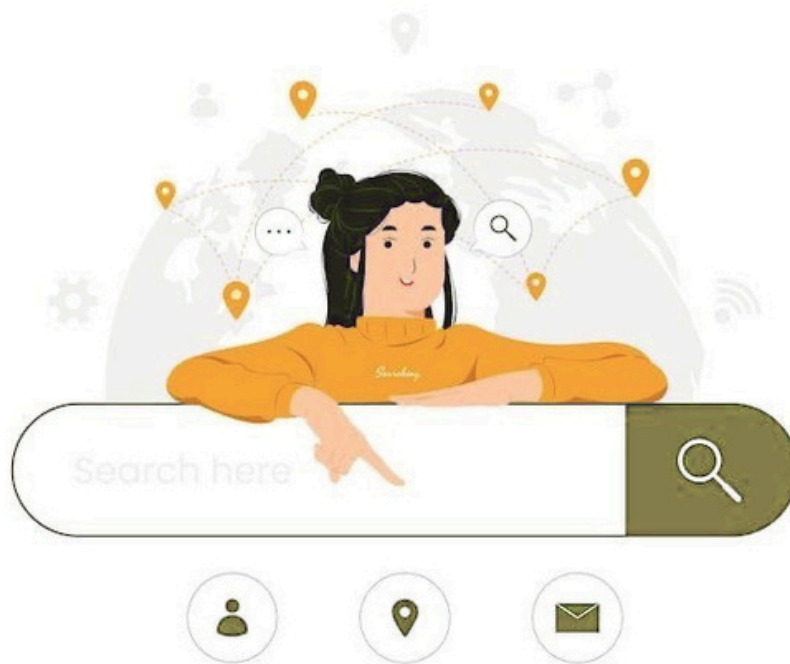
11.9. Скільки часу передбачено на контакт із фахівцями?

За правилами центру, час для дзвінків із фахівцями - не більше 15 хвилин на тиждень. Це обмеження потрібне не для дистанціювання від батьків, а для того, щоб комунікація залишалася структурованою, ефективною і не замінювала терапевтичний процес. Якщо питань багато, краще підготувати їх списком і виділити найважливіші.

11.10. Коли можна запланувати окрему онлайн-консультацію з фахівцем?

Окрему онлайн-консультацію з конкретним спеціалістом можна запланувати за потреби. За правилами центру, така консультація може тривати 30-40 хвилин і проводитися приблизно раз на місяць. Вона потрібна тоді, коли питання виходять за межі короткого дзвінка: наприклад, потрібно глибше обговорити сімейну динаміку, харчову поведінку, психологічний стан, ресоціалізацію або подальшу стратегію лікування.

11.11. ЯКІ ПИТАННЯ МОЖНА АДРЕСУВАТИ КОНСУЛЬТАНТАМ?



Консультантам можна адресувати організаційні та побутові питання: розклад, речі, передачі, логістику, побутові моменти, уточнення щодо режиму або технічні питання перебування.

Консультанти не замінюють психолога, дієтолога чи психіатра, тому питання про діагноз, терапевтичну динаміку, харчовий план, психічний стан або медикаменти потрібно скеровувати профільним фахівцям.



11.12. Які питання потрібно адресувати психологу, дієтологу або психіатру?

Психологу варто адресувати питання про емоційний стан, поведінкові прояви, адаптацію, протест, сімейну динаміку, ресоціалізацію і способи підтримки. Дієтологу - питання про харчовий план, прийоми їжі, перекуси, страхи щодо продуктів, динаміку ваги, харчові труднощі та добавки. Психіатру - питання про психічний стан, супутні розлади, медикаментозну підтримку, побічні реакції або зміну препаратів. Це допомагає не змішувати організаційні та клінічні питання.

11.13. Як відбувається комунікація після ресоціалізації?

Після ресоціалізації комунікація з батьками стає особливо важливою, тому що пацієнт починає більше контактувати із зовнішнім середовищем і сімейною системою. У цей період можуть проявлятися старі патерни, нові труднощі, тривога, уникання, конфлікти або ризик повернення симптомів. Батьки мають передавати команді спостереження щодо стану дитини, харчування, настрою, поведінки, реакцій після виїздів або перебування вдома.



11.14. Чому батькам потрібно заповнювати форму зворотного зв'язку після ресоціалізації?

Форма зворотного зв'язку після ресоціалізації допомагає команді побачити, як пацієнт справляється поза центром: чи дотримується харчування, як реагує на сімейне середовище, чи з'являються конфлікти, уникання, тривога, компенсаторна поведінка або прохання змінити правила. Це не формальність, а інструмент оцінки готовності до наступних етапів лікування та корекції плану підтримки.

11.15. Що відбувається у разі самовільного припинення стаціонарного лікування?

Самовільне припинення стаціонарного лікування може серйозно порушити терапевтичний процес. Якщо пацієнта забирають із центру без узгодження з командою, це може підсилити РХП, закріпити ідею, що через сильний протест можна зупинити лікування, і підвищити ризик зриву. За правилами центру, у разі самовільного припинення стаціонарного лікування амбулаторний формат продовження неможливий.

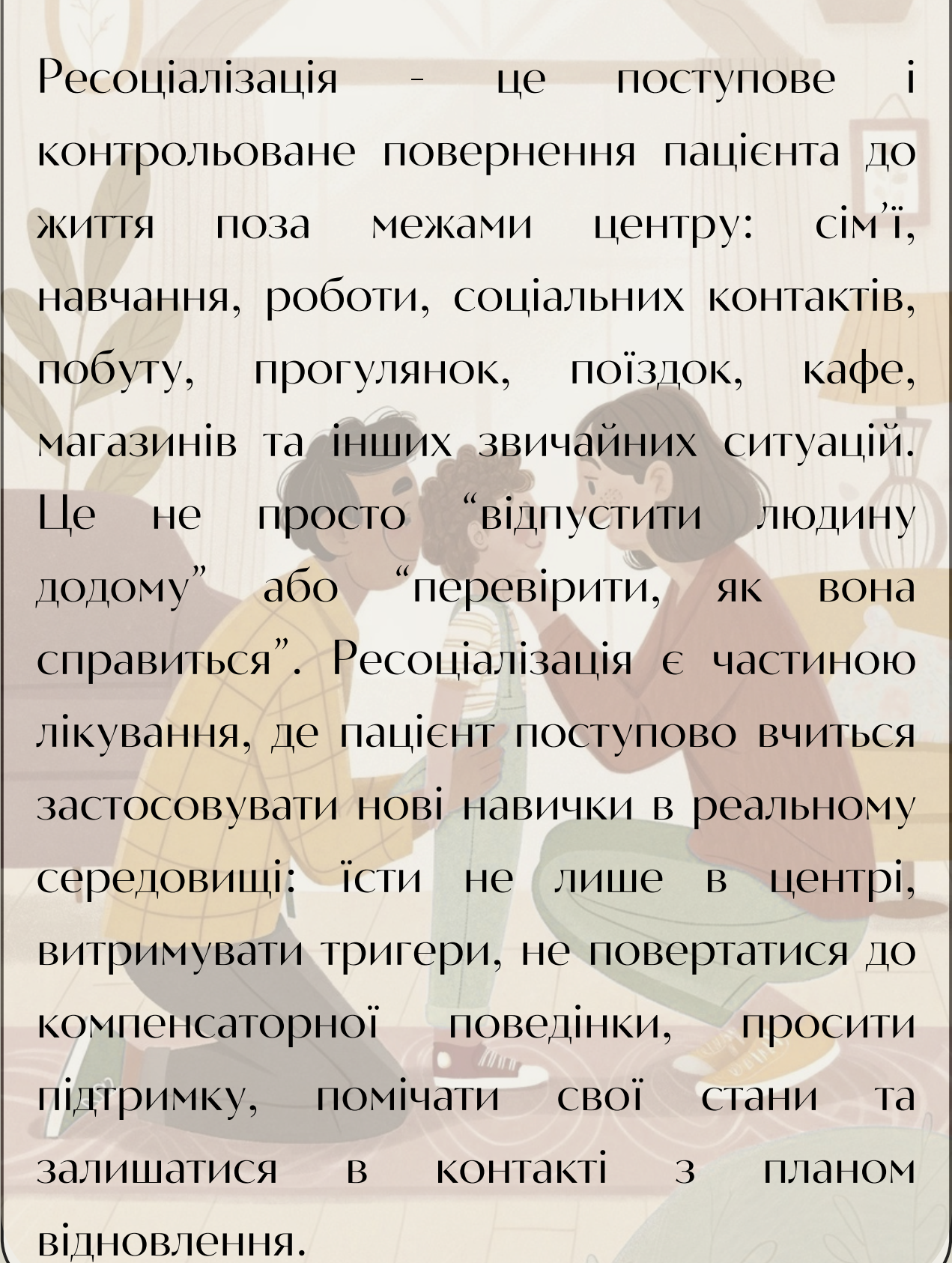
Деталі про відвідування, звіти, батьківські групи, час для дзвінків, консультації та наслідки самовільного припинення лікування взяті з правил перебування й комунікації центру з батьками.



РОЗДІЛ 12

РЕСОЦІАЛІЗАЦІЯ

12.1. ЩО ТАКЕ РЕСОЦІАЛІЗАЦІЯ?



Ресоціалізація – це поступове і контрольоване повернення пацієнта до життя поза межами центру: сім'ї, навчання, роботи, соціальних контактів, побуту, прогулянок, поїздки, кафе, магазинів та інших звичайних ситуацій. Це не просто “відпустити людину додому” або “перевірити, як вона справиться”. Ресоціалізація є частиною лікування, де пацієнт поступово вчиться застосовувати нові навички в реальному середовищі: їсти не лише в центрі, витримувати тригери, не повертатися до компенсаторної поведінки, просити підтримку, помічати свої стани та залишатися в контакті з планом відновлення.



12.2. ДЛЯ ЧОГО ПОТРІБНА РЕСОЦІАЛІЗАЦІЯ?

Ресоціалізація потрібна для того, щоб результати лікування не залишилися лише в умовах центру. У структурованому середовищі пацієнту може бути легше дотримуватися харчування, режиму та правил безпеки, але справжнім викликом стає повернення до звичайного життя, де є сімейні реакції, навчання, робота, соціальні ситуації, дзеркала, одяг, коментарі, вибір їжі, кафе, магазини та стрес. Ресоціалізація допомагає поступово перевіряти, що вже виходить, де ще потрібна підтримка, які ситуації залишаються ризиковими і як адаптувати план лікування до реального життя.



12.3. Чому не можна одразу повернутися до звичайного життя?

Різке повернення до звичайного життя може бути надто великим навантаженням для пацієнта. Навіть якщо в центрі стан став стабільнішим, зовнішнє середовище може швидко активувати старі патерни: пропуски їжі, уникання, контроль ваги, надмірний рух, конфлікти в сім'ї, ізоляцію або бажання “взяти себе в руки” старими способами. Психіці потрібен час, щоб перенести нові навички з безпечного середовища в реальне життя. Саме тому повернення має бути поступовим, з підтримкою команди, аналізом труднощів і корекцією плану.

12.4. ХТО ПРИЙМАЄ РІШЕННЯ ПРО ПОЧАТОК РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ?



Рішення про початок ресоціалізації приймає команда фахівців з урахуванням фізичного стану, харчової поведінки, психологічної стабільності, рівня тривоги, здатності користуватися навичками саморегуляції та ризику повернення симптомів. Це не вирішується лише бажанням пацієнта або батьків. Якщо пацієнт дуже хоче додому або на виїзд, це не завжди означає готовність. Так само страх виходити за межі центру не завжди означає, що ресоціалізацію потрібно відкладати назавжди. Команда оцінює, коли це буде безпечно і терапевтично доречно.



12.5. Як відбувається повернення до навчання?

Повернення до навчання відбувається поступово і з урахуванням стану пацієнта. Спочатку може йтися не про повне навантаження, а про часткове включення: окремі завдання, короткі онлайн-заняття, поступове відновлення контакту зі школою, університетом або викладачами. Важливо враховувати не лише академічну успішність, а й рівень тривоги, виснаження, режим харчування, сон, концентрацію та ризик перфекціонізму. Для багатьох пацієнтів навчання може бути не тільки ресурсом, а й джерелом тиску, тому повернення має підтримувати відновлення, а не руйнувати його.

12.6. Як відбувається повернення до роботи?

Повернення до роботи також має бути поступовим. Для дорослого пацієнта важливо оцінити, чи може він витримувати робоче навантаження без пропусків їжі, перевтоми, ізоляції, надмірного контролю або повернення симптомів. На перших етапах може бути доцільним скорочений графік, часткова зайнятість, менше відповідальності або поступове збільшення навантаження. Робота не має ставати способом втекти від лікування або довести, що “все вже нормально”. Вона має повертатися тоді, коли пацієнт може поєднувати її з харчуванням, терапією, відпочинком і підтримкою.

12.7. ЯК ВІДБУВАЄТЬСЯ ПОВЕРНЕННЯ ДО ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ?

Повернення до фізичної активності відбувається лише після оцінки фізичного стану, харчової стабільності, ваги або нутритивного статусу, аналізів, наявності аменореї, ризику остеопорозу та психологічної мотивації до руху. На початку це можуть бути дуже легкі, дозовані форми активності, які не мають функції “відпрацювання” їжі або контролю тіла. Якщо рух викликає тривогу при пропуску, прив’язаний до калорій, ваги або провини після їжі, його повернення може бути передчасним. Мета - не заборонити спорт назавжди, а повернути рух як ресурс, а не симптом РХП.

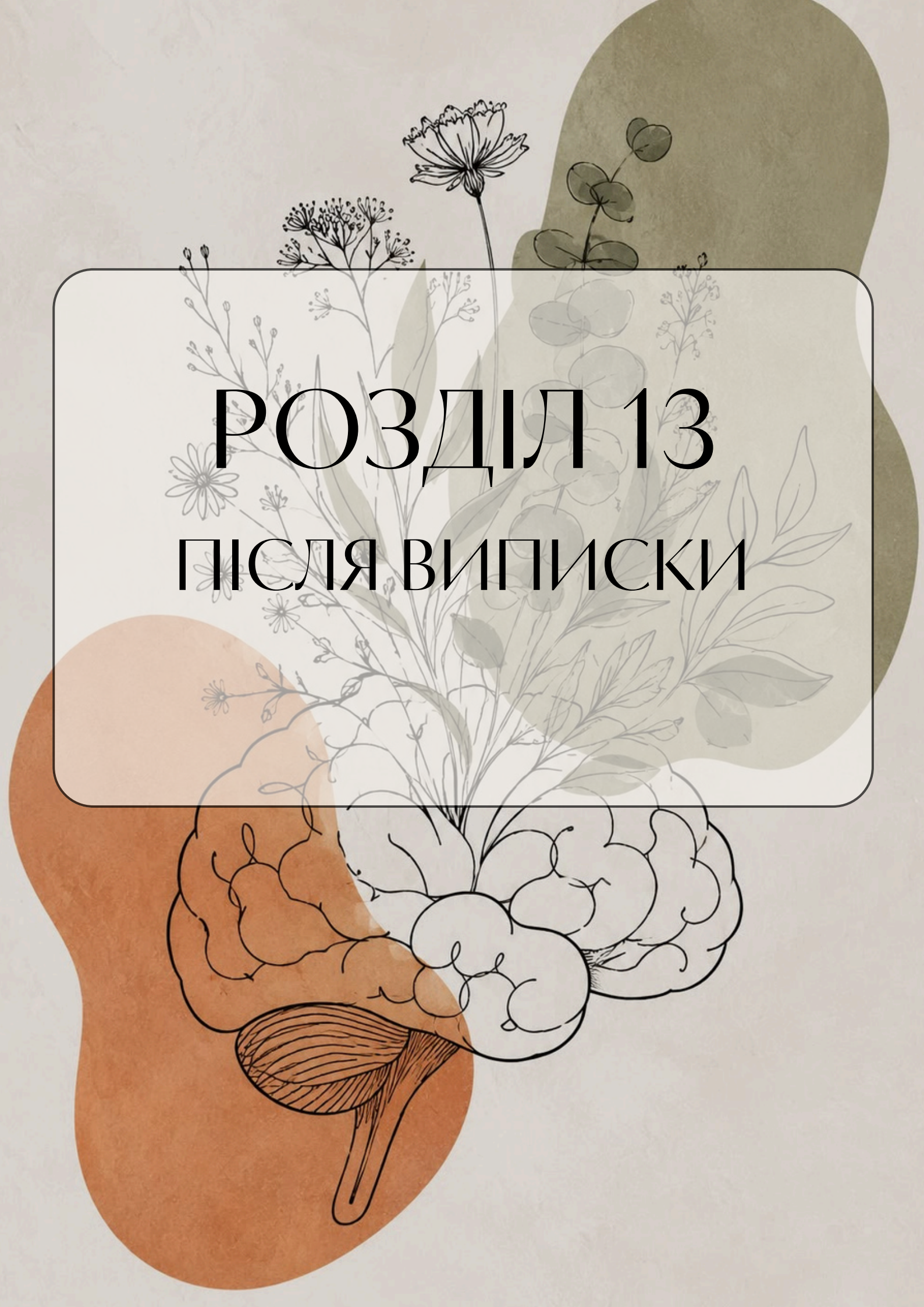
12.8. Як відбувається повернення у сімейну систему?

Повернення у сімейну систему є одним із найважливіших етапів ресоціалізації, особливо для підлітків. Пацієнт знову опиняється в середовищі, де можуть бути старі реакції, конфлікти, тривога батьків, контроль, коментарі про їжу або тіло, звичні ролі та патерни спілкування. Саме тому батькам важливо бути включеними в лікування, відвідувати групи, читати звіти, давати зворотний зв'язок і вчитися новим способам підтримки. Для дорослого пацієнта це може стосуватися не лише батьків, а й партнера або близьких людей, якщо вони залучені до процесу. Мета - не просто повернути людину додому, а допомогти сім'ї або близькому середовищу стати частиною відновлення, а не тригером рецидиву.



12.9. ЯК ЗРОЗУМІТИ, ЩО ЛЮДИНА ГОТОВА ДО ВИПИСКИ?

Готовність до виписки оцінюється не лише за вагою або зовнішнім покращенням. Важливо, щоб харчування було достатньо стабільним, ризик компенсаторної поведінки зменшився, фізичний стан був безпечним, пацієнт міг витримувати тривогу без повернення до симптомів, користувався навичками саморегуляції та мав зрозумілий план підтримки після виписки. Також важливо оцінити, чи готова сім'я або близьке середовище підтримувати відновлення без хаотичного контролю, тиску або домовлянь із РХП. Виписка - це не кінець лікування, а перехід на наступний рівень підтримки, де важливо зберегти досягнуті зміни та зменшити ризик рецидиву.



РОЗДІЛ 13

ПІСЛЯ ВИПИСКИ



13.1. Які ризики рецидиву існують?

Після досягнення ремісії ризик рецидиву може зберігатися, особливо в перші роки після інтенсивного лікування. Це не означає, що лікування було неефективним, а означає, що тілу й психіці потрібен час, щоб закріпити нові способи харчування, саморегуляції та реагування на стрес. Рецидив може виникати на фоні гострого стресу, життєвих змін, конфліктів, недосипання, виснаження, критики зовнішності, цькування, втрати підтримки або повернення до старого середовища. Також ризик підвищують некомпенсовані супутні психічні стани, хронічні захворювання, нейробиологічна вразливість і ситуації, які знову активують потребу контролювати їжу, тіло або вагу.

13.2. ЯКІ “ЧЕРВОНІ ПРАПОРЦІ” ПОВИННІ НАСТОРОЖИТИ БАТЬКІВ АБО САМОГО ПАЦІЄНТА?



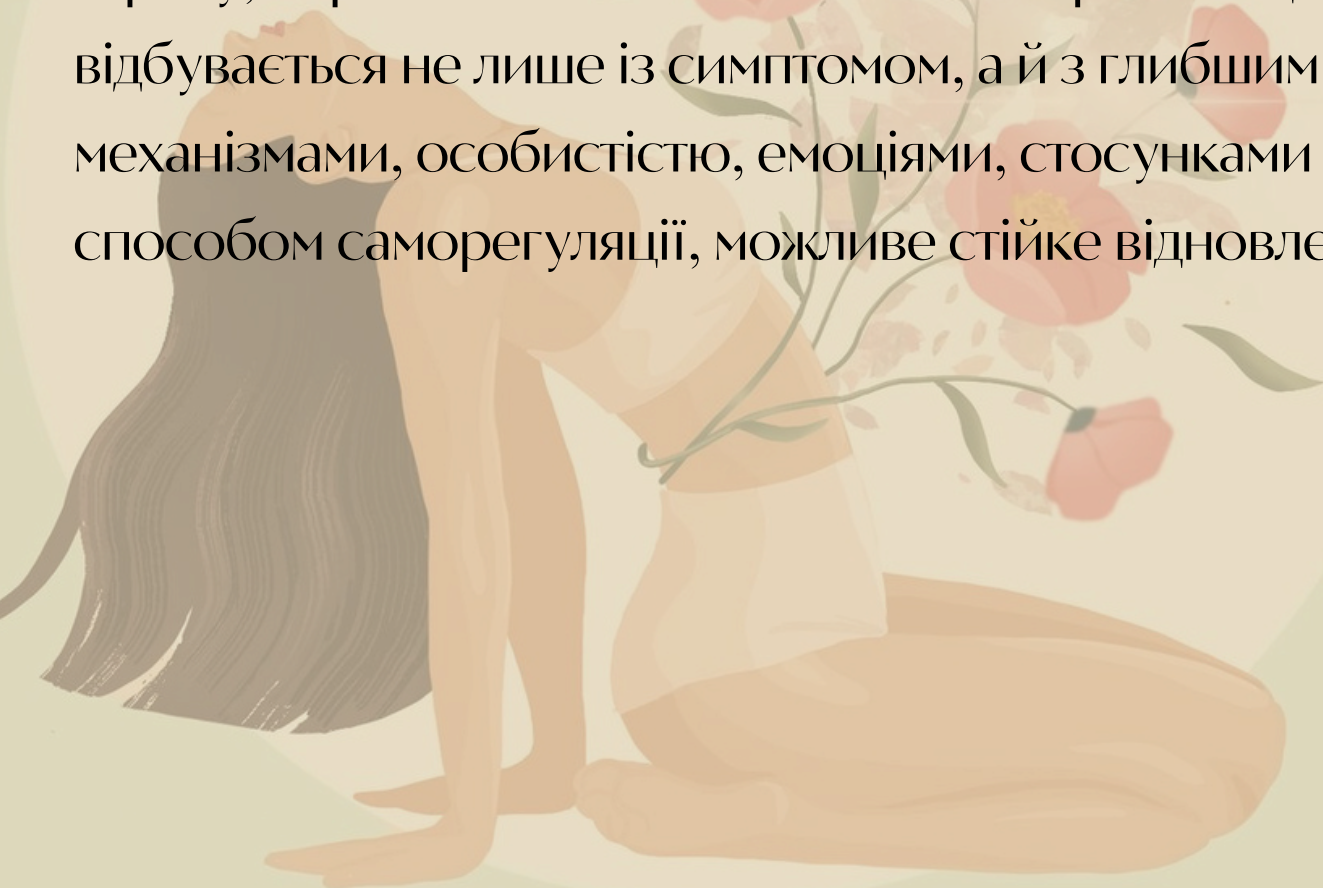
Насторожити мають не лише різкі зміни ваги, а й психологічні та поведінкові ознаки. До “червоних прапорців” належать посилення невдоволення тілом, повернення розмов про схуднення, калорії або “правильну” їжу, уникання спільних прийомів їжі, зростання провини після їжі, самоізоляція, дратівливість, жорсткий контроль режиму, бажання “підсушитися”, “підкачатися”, “набрати тільки суху м’язову масу”, повернення до поділу їжі на “хорошу” і “погану”, надмірні тренування або прагнення “відпрацювати” з’їдене. Часто рецидив починається не з явної відмови від їжі, а з повернення старого мислення та правил РХП.

13.3. Скільки триває відновлення після РХП?

Відновлення після РХП може тривати довго, тому що йдеться не лише про вагу або харчування, а про формування більш здорового ставлення до їжі, тіла, емоцій, стресу та себе. Для стійкої ремісії часто потрібні місяці або роки підтримки,¹ поступового закріплення навичок і повернення до життя без симптомів. На цьому шляху можуть бути відкати, зриви або періоди нестабільності. Це не означає провал, але означає, що людині знову потрібна підтримка, корекція плану і уважність до свого стану.

13.4. Чи можливе повне одужання?

Так, повне або стійке одужання можливе. Багато людей після лікування досягають стану, коли РХП більше не визначає їхнє життя, а харчування, ставлення до тіла, емоційний стан і повсякденне функціонування залишаються стабільними протягом тривалого часу. Важливо не підтримувати ідею, що “РХП не лікується”, бо це знижує мотивацію і формує безнадію. Водночас навіть після ремісії важливо зберігати уважність до свого стану, тому що симптоми можуть повертатися в періоди сильного стресу, перевантаження або життєвих криз. Якщо робота відбувається не лише із симптомом, а й з глибшими механізмами, особистістю, емоціями, стосунками та способом саморегуляції, можливе стійке відновлення.



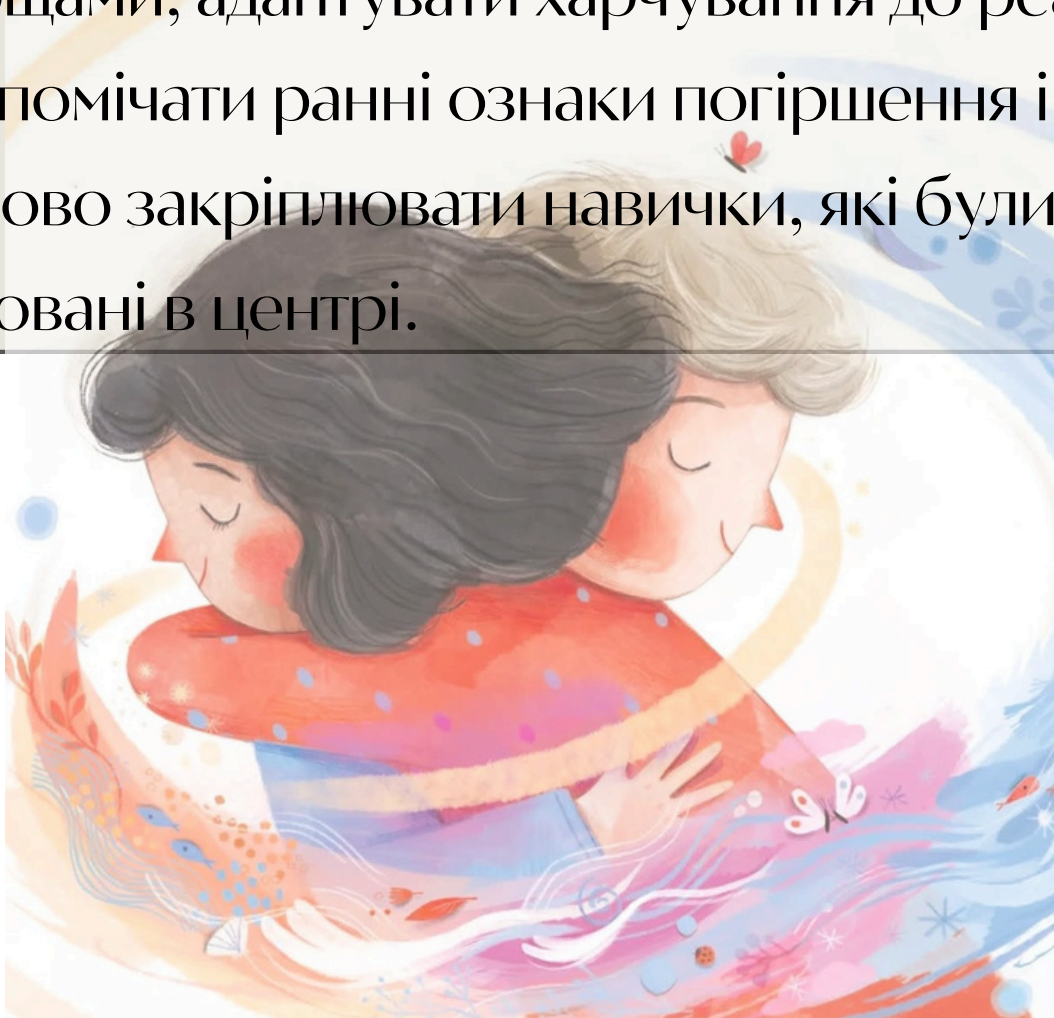


13.5. Що робити, якщо симптоми повернулися?

Якщо симптоми почали повертатися, важливо не чекати, поки стан стане критичним. Варто якомога раніше звернутися до фахівців, які супроводжували лікування, або до команди, що спеціалізується на РХП. Чим раніше відреагувати на тривожні зміни, тим легше зупинити розвиток рецидиву. Батькам або близьким важливо зберігати спокій, не звинувачувати, не соромити і не переходити в хаотичний контроль. Краще назвати свої спостереження спокійно: “Я помічаю, що тобі знову стало важче з їжею/тілом/тривогою. Я не хочу тебе звинувачувати, я хочу допомогти і пропоную звернутися по підтримку”.

13.6. Яка підтримка може бути потрібна після виписки?

Після виписки може бути потрібна амбулаторна підтримка: індивідуальна психотерапія, консультації дієтолога, психіатричний супровід за потреби, групова терапія, сімейні або батьківські консультації. Формат залежить від стану пацієнта, рівня самостійності, ризику рецидиву, сімейного середовища, навчання або роботи. Підтримка після виписки допомагає не залишитися сам на сам із труднощами, адаптувати харчування до реального життя, помічати ранні ознаки погіршення і поступово закріплювати навички, які були сформовані в центрі.



13.7. Чому після стаціонару важливо продовжувати амбулаторну підтримку?

Стаціонар або інтенсивна програма створюють безпечну структуру, але після виписки людина повертається в реальне життя, де є стрес, сімейні реакції, навчання, робота, соціальні ситуації, вибір їжі, дзеркала, одяг, коментарі та тригери. Амбулаторна підтримка потрібна для того, щоб перенести навички з центру в повсякденність і не



13.8. ЧОМУ ПІСЛЯ САМОВІЛЬНОГО ПЕРЕРИВАННЯ СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ НЕМОЖЛИВИЙ АМБУЛАТОРНИЙ ФОРМАТ?

Амбулаторний формат після самовільного переривання стаціонарного лікування неможливий, тому що він потребує базової співпраці, довіри до команди та готовності дотримуватися лікувального плану. Якщо стаціонарне лікування переривається без узгодження з фахівцями, це руйнує терапевтичний процес і може закріпити небезпечний механізм: коли через протест, страх або тиск РХП лікування можна зупинити. У такій ситуації амбулаторна підтримка стає небезпечною та малоефективною, бо пацієнт повертається в менш структуроване середовище, де ризик зриву, компенсацій, відмови від харчування або повернення симптомів значно вищий. Амбулаторне лікування можливе тоді, коли є стабільність, відповідальність і здатність виконувати рекомендації поза центром; якщо ж стаціонар був перерваний самовільно, ці умови не вважаються достатньо сформованими.

ДОДАТОК
КОРОТКА ПАМ'ЯТКА
ПЕРЕД ЗАЇЗДОМ

- Цей блок можна використовувати як швидку організаційну пам'ятку для пацієнта та батьків перед початком стаціонарного лікування.
- Перед заїздом важливо підготувати особисті речі, документи, медичні висновки, результати актуальних аналізів, призначені препарати та список їхнього прийому. Усі ліки, добавки та препарати мають бути передані команді центру й узгоджені до початку прийому.
- Відвідування, передачі, виїзди за межі центру, користування телефоном, харчування з дому, фізична активність та контакти з фахівцями відбуваються лише згідно з правилами центру та за попереднім узгодженням із командою.
- З організаційних питань батьки або пацієнт звертаються до консультантів чи адміністративної відповідальної особи. З питань лікування, харчування, психічного стану, препаратів, аналізів або динаміки відновлення потрібно звертатися до профільних спеціалістів: психолога, дієтолога, психіатра або лікаря.
- Після заїзду перші тижні є періодом адаптації, тому важливо не приймати імпульсивних рішень під впливом протесту, сліз, страху або прохання забрати пацієнта додому. У таких ситуаціях батькам потрібно спочатку зв'язатися з командою і діяти відповідно до терапевтичних рекомендацій.
- Самовільне переривання стаціонарного лікування може порушити терапевтичний процес і унеможливити подальший амбулаторний формат у межах центру.