

Книга «Когнитивно-бихевиоральная терапия ожирения» Зафры Купер, Кристофера Дж. Фейрберна и Деборы М. Хоукер – золотой стандарт современной помощи при избыточном весе. Именно этот коллектив авторов является законодателем моды в психотерапии ожирения, что признано всем мировым научным сообществом. Мне посчастливилось общаться с Зафрой Купер лично. Она совершенно потрясающий, открытый и доброжелательный человек, который с удовольствием делится своими знаниями и опытом. И в то же время проявляет высокую требовательность к любым нововведениям в терапевтический процесс. С появлением этой книги на русском языке у нас с вами появляется мощнейший инструмент помощи людям, страдающим ожирением.

Андрей Бобровский, к. м. н., врач-психотерапевт, научный руководитель ММПО «Доктор Борменталь»

ПРЕДИСЛОВИЕ

В этой книге содержится когнитивно-бихевиоральная методика терапии ожирения, а также обрисована теория, положенная в ее основу. Методика изложена подробно, в форме практического пособия для терапевта. В книгу входят сведения о том, как помочь пациенту похудеть, повысить уровень физической активности и справиться с тревогами и проблемами, связанными с избыточным весом и фигурой. Особое внимание уделяется тому, как помочь пациенту после похудения удержать и стабилизировать достигнутый вес, чтобы не поправиться снова. Лечение главным образом ориентировано на лиц с ИМТ (индексом массы тела) между 30 и 40, то есть теми, кто страдает ожирением, однако с равным успехом может быть применено и к тем, чей ИМТ находится между 25 и 30, то есть лицам с меньшим избыточным весом. Авторы пособия не пробовали применять его на практике к пациентам, чей ИМТ превышал 40, однако, скорее всего, элементы методики можно использовать при терапии таких пациентов в совокупности с другими подходами.

Мы написали эту книгу в качестве ответа на многочисленные просьбы практикующих психотерапевтов, хотевших получить руководство по лечению пациентов при помощи разработанного нами когнитивно-бихевиорального подхода. Эти просьбы свидетельствовали об острой нехватке практических подробных пособий данного типа. В некоторых смыслах нашу книгу можно назвать преждевременной публикацией, поскольку у нас еще не накопились исследовательские свидетельства, которые бы доказывали эффективность лечения в долгосрочной перспективе; недостает у нас и некоторых сведений по теории, на которой основана методика. Мы понимаем, что такие доказательства необходимы, и рады сообщить, что в настоящее время близится к завершению долгосрочное контролируемое исследование, основанное на случайной выборке, которое призвано оценить эффективность нашей методики (далее в тексте книги оно для краткости будет обозначаться как «Оксфордское исследование»). Тем не менее мы решились опубликовать это руководство до окончания исследования, поскольку уверены, что даже при отсутствии подобных данных потребность в таком пособии очень высока.

То, на что мы опирались и из чего исходили, — это область расстройств питания. Именно в ходе работы в области лечения расстройств питания мы осознали, что некоторые проблемы, которые удается успешно проработать в процессе лечения нервной булимии и нервной анорексии, релевантны и для пациентов с ожирением. Наш опыт в успешном лечении при помощи когнитивно-бихевиоральной терапии таких проблем, как приступы обжорства, неудовлетворенность фигурой и весом, вопросы, связанные с контролем питания, - все это заставило нас поверить, что сходные принципы можно применить и к лечению избыточного веса. Мы также исходили из того, что у существующих методов лечения ожирения есть недостатки, и главный из них - это повторная прибавка в весе, которая происходит у пациентов после похудения, через какое-то время после окончания терапии. В этом контексте и на основе подробных клинических наблюдений мы разработали теорию психологических процессов, вовлеченных в набор веса после лечения (см. Cooper & Fairburn, 2001, 2002). Это, в свою очередь, привело к постепенному развитию методики, описанной в данном пособии; и именно эта методика терапии, с незначительными изменениями, и стала объектом Оксфордского исследования.

Эта книга адресована любым специалистам, которые занимаются лечением пациентов, страдающих ожирением, или тех, кому не удается долгосрочно контролировать вес. Мы убеждены, что, осуществляя когнитивно-бихевиоральное лечение, чрезвычайно важно соблюдать принципы, изложенные в книге. В книге описано лечение в том виде, в каком мы применяли его как объект Оксфордского исследования, однако мы советуем терапевтам гибко подстраивать методику под жизненные обстоятельства — и свои, и пациента. Например, методику можно адаптировать для лечения групп пациентов, а не для индивидуального лечения, как ее применяли мы. Кроме того, терапевт волен варьировать количество сессий и длительность лечения.

Описывая лечение, мы постарались свести к минимуму отсылки к клинической и исследовательской литературе. Это было сделано, чтобы терапевтам было как можно легче читать книгу и пользоваться ею как руководством. Там, где отсылки включены в текст, мы постарались по возможности свести их к одному авторитетному источнику: это книга «Расстройства питания и ожирение. Практическое пособие» (Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook. Fairburn & Brownell, 2002). Это сделано потому, что содержание многих глав нашей книги перекликается с этой работой; они написаны специалистами в данной области, причем каждая глава содержит конкретные указания по дальнейшему чтению. Мы надеемся, что таким образом обеспечили читателей хорошим источником дальнейших сведений, одновременно избавив их от необходимости прорабатывать горы литературы по различным ссылкам.

Поскольку ожирение - это заболевание и мы работаем в больнице, то в книге мы применительно к тем, кто проходит терапию, использовали термин «пациент». Мы понимаем, что многие из обращающихся к психотерапевту предпочитают термин «клиент», и считаем, что этот термин равно приемлем. Используя термин «пациент», мы отнюдь не подразумеваем, что человек с избыточным весом - это пассивная сторона, принимающая лечение; вовсе нет. Наоборот, как мы неустанно подчеркиваем на страницах этой книги и как обстоит дело во всех когнитивно-бихевиоральных методиках, лечение должно быть активным сотрудничеством терапевта и пациента (клиента), которые вместе работают над решением проблем пациента.

В принципе, осуществлять контроль над весом достаточно просто. Для подобного контроля требуется в течение длительного срока уравнивать потребляемую и расходуемую энергию. Многим людям это дается без особых сознательных усилий или с небольшими усилиями, само по себе. Однако постоянный рост числа страдающих избыточным весом или ожирением четко указывает на то, что людей разных возрастов, которым не по силам контролировать свой вес, становится все больше. Существует множество объяснений тому, почему ожирение набирает обороты, однако, скорее всего, причин две и обе равноценны. Во-первых, люди потребляют слишком много энергии (то есть слишком много едят и пьют), во-вторых, слишком мало ее расходуют (то есть мало двигаются). Чтобы побороть это явление, необходимо и располагать нужными знаниями о том, как на протяжении длительного времени контролировать вес, и уметь применять их на практике.

Методика, описанная в этом пособии, представляет собой когнитивно-бихевиоральную терапию избыточного веса. Главным образом она предназначена для пациентов, чей ИМТ находится между 30 и 40, однако с тем же успехом подходит и обладателям ИМТ в 25-30. Мы не располагаем опытом применения методики к пациентам с ИМТ выше 40, но, скорее всего, некоторые ее аспекты, в сочетании с другими способами лечения избыточного веса, могут быть применены и к этой категории пациентов. Методика была разработана для применения в работе терапевта один на один с пациентом. Главным образом она сосредоточена на проблеме прибавки в весе, которая происходит после терапии; это один из самых острых и болезненных вопросов в терапии избыточного веса.

В этой главе будут описаны главные принципиальные черты когнитивно-бихевиоральной терапии и ее отличия от бихевиоральной терапии. Для начала мы даем краткий обзор литературы по применению этих методик в терапии избыточного веса, а затем обрисовываем клиническую проблему прибавки в весе после терапии.

ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

У когнитивно-бихевиоральной терапии есть три основополагающие черты, которые в совокупности и отличают ее от бихевиоральной терапии и других форм психотерапии.

1. Когнитивно-бихевиоральная терапия основана на когнитивной концептуализации процесса, который решает поставленную задачу. Иными словами, методы терапии основаны на теории, касающейся борьбы с механизмом, порождающим проблему, и при этом главную роль играет применение когнитивных процессов. Например, в случае депрессии предполагается, что заболевание вызвано в основном наличием определенных характерных депрессивных мыслей и допущений пациента относительно самого себя, окружающего мира и будущего (Beck, 1976); в случае нервной булимии предполагается, что основной механизм, запускающий болезнь, - это самооценка преимущественно в категориях веса и размера (Fairburn, 1985); при паническом расстройстве предполагается, что ключевая психопатологическая черта - это интерпретация телесных ощущений как сильной угрозы (Clark, 1986). В каждом подобном случае основой для конкретной когнитивно-бихевиоральной терапии становится конкретная когнитивная теория заболевания.

2. Когнитивно-бихевиоральные методики терапии разработаны для того, чтобы модифицировать постулированные когнитивные и бихевиоральные механизмы терапии; по прогнозам, именно такой подход дает долгосрочные положительные изменения. Главная цель когнитивно-бихевиоральной терапии — добиться изменений в центральном когнитивном процессе, который и вызывает расстройство, хотя при этом терапия затрагивает и борется с другими, сопутствующими проявлениями у пациента. Например, в случае депрессии ключевой аспект терапии заключается в том, чтобы модифицировать депрессивные мысли пациента о себе и окружающем мире; в случае нервной булимии терапия направлена на то, чтобы центральное место в самооценке пациента перестали занимать категории веса и размера; а при паническом расстройстве цель состоит в том, чтобы научить пациента по-новому толковать свои телесные ощущения. Что касается других характеристик, которые затрагивает терапия, к ним относятся, в частности, социальная самоустраненность, которая входит в состав депрессии; в случае расстройств питания - суровое самоистязание жесткими диетами, которому подвергают себя пациенты; а в случае тревожных расстройств терапия заодно борется и с избеганием ситуаций, порождающих страх.

Когнитивно-бихевиоральная терапия использует сочетание когнитивных и бихевиоральных процедур, помогающих пациенту определить и изменить те механизмы, которые вызывают заболевание. Наиболее распространенные лечебные процедуры включают презентацию и персонализацию релевантной соответствующей когнитивной теории механизма (болезни; применение бихевиоральных «экспериментов», помогающих пациентам отыскать и опробовать новые способы поведения и помочь им проверить на практике ожидания, связанные с изменением поведения; наконец, среди этих процедур - систематическая идентификация и переоценка дисфункциональных мыслей и допущений.

Во многих других отношениях когнитивно-бихевиоральная терапия похожа на бихевиоральную терапию. Многие психотерапевтические техники у этих подходов одинаковы. Оба подхода представляют собой краткосрочную терапию, ориентированную на решение проблемы, и оба сосредоточены преимущественно на настоящем и будущем, а не на прошлом. Оба подхода включают презентацию эксплицитной модели механизма той проблемы, которую нужно решить; оба используют сходный терапевтический стиль работы, отношения сотрудничества; оба требуют от пациента активного участия в сотрудничестве с терапевтом и в процессе перемен. Наконец, оба эти подхода направлены на поиск эмпирических доказательств их плодотворности и развиваются в соответствии с клиническими и исследовательскими находками. Однако, несмотря на сходство подходов, когнитивно-бихевиоральный, в отличие от бихевиорального, делает основной акцент на когнитивном процессе. Основная цель когнитивно-бихевиоральной терапии — в том, чтобы добиться когнитивных изменений, а ее основные составляющие - это бихевиоральные эксперименты и когнитивное реструктурирование, то есть перестройка мыслительных процессов.

КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ОЖИРЕНИЕ

Существуют весомые доказательства в пользу того, что бихевиоральная терапия плодотворно лечит избыточный вес (Wilson & Brownell, 2002; Wing, 1998, 2002). Достоверными результатами такой терапии становится потеря в среднем 10% изначального веса (у тех, кто прошел курс терапии до конца), потеря веса, которая, как считается, приводит к значительному улучшению состояния здоровья (Blackburn, 2002; Goldstein, 1992; Kanders & Blackburn, 1992; Tremblay et

al., 1999; Wing and Jeffrey, 1995), а также к улучшению психологического состояния пациентов (Foster & Wadden, 2002; Seidell & Tijhuis, 2002). Однако столь же достоверно известно, что пациенты вновь набирают сброшенный вес в течение следующих 3 лет (Jeffrey et al., 2000; Perri, 2002; Wilson & Brownell, 2002).

Бихевиоральные методы лечения ожирения впервые появились в 1960-е гг. и с тех пор интенсивно развиваются. В частности, среди изменений - то, что к психотерапии прибавились когнитивные процедуры и иногда это приводит к тому, что терапию переименовывают в «когнитивно-бихевиоральную терапию» (см., например: DeLucia & Kalodner, 1990; Foreyt & Poston, 1998; Kalodner & DeLucia, 1991; Kirsch, Montgomery & Sapirstein, 1995). В наши дни многие виды бихевиоральной терапии включают сессии, посвященные, например, негативному мышлению и предотвращению рецидива (см., например: Wardle & Rappoport, 1998), однако это происходит в контексте общих характеристик бихевиоральной терапии избыточного веса. Согласно описанию Винга (Wing, 1998, p. 860-862), эти основные характеристики бихевиоральной терапии таковы:

- Терапия проводится в группах числом 10-20 пациентов.
- Терапия представляет собой серию «занятий» или «уроков» по заранее разработанному плану. Вся группа получает первый урок в первую неделю терапии, второй во вторую и т. д.
- Перед переходом к новому, следующему «уроку» не производится никакой оценки того, переключается ли «урок» с конкретными проблемами конкретного пациента, или того, усвоили ли участники группы пройденный материал. В то же время на многих таких занятиях пациентов учат решать проблемы и применять разные стратегии, и благодаря этому пациенты получают общий алгоритм того, как бороться со своими конкретными трудностями.
- Многие программы подразумевают участие целой группы психотерапевтов (например, бихевиорального психотерапевта, спортивного психолога и диетолога); терапевты меняются в зависимости от темы конкретного занятия.
- Терапия обычно заключается в еженедельных занятиях в течение 4-8 месяцев недель, после чего следует еще череда встреч, но реже.
- Главная и принципиальная составляющая подобной терапии — это само-мониторинг питания (наблюдение пациента за самим собой); кроме того, перед пациентом ставятся конкретные бихевиоральные цели, касающиеся питания и физической нагрузки; в терапию входят уроки диетологии; подчеркивается важность и активного повседневного образа жизни, и занятий спортом; пациента обучают применять технику контроля стимулов, учат решать задачи, учат простому когнитивному реструктурированию и предотвращению рецидивов (см.: Wadden & Osei, 2002).

Терапия такого рода не имеет практически ничего общего с когнитивно-бихевиоральной терапией в смысле теоретической основы: если принципы бихевиоризма и задействованы в подобной методике, то с относительно небольшим акцентом на когнитивные процессы. Разнятся и цели: в бихевиоральной терапии они состоят скорее в том, чтобы изменить привычки, касающиеся питания и физической нагрузки, а не достигнуть когнитивного изменения, научив пациента думать по-новому. Различаются и собственно лечебные процедуры: в бихевиоральной терапии они в основном бихевиоральные. В самом деле, формат четко структурированных, заранее спланированных сессий лишь отдаленно напоминает бихевиоральную терапию, которую практикуют во всех прочих сферах, за исключением терапии ожирения. Скорее, такую терапию можно охарактеризовать как бихевиорально-ориентированные психообразовательные групповые занятия. Однако следует признать, что более индивидуализированные и гибкие формы бихевиоральной терапии были бы не столь плодотворны. Во всяком случае, доказательств плодотворности других методов лечения нет.

Насколько нам известно, до сего дня никаких когнитивно-бихевиоральных теорий и методик лечения ожирения (в том виде, в каком они определены выше) описано и применено не было. Правда, когнитивно-бихевиоральную терапию разрабатывали и применяли для решения проблем, связанных с ожирением - например, для избавления от приступов обжорства (Fairburn, Marcus & Wilson, 1993) и комплексов, связанных с образом собственного тела (Rosen, 1997). Существуют также «не-диетические» методики лечения ожирения, которые отрицают пользу подсчета калорий в сбросе веса; взамен этого такие методики пропагандируют здоровое питание, призывают пациента к физической активности и занятиям спортом (см., например: Rappoport, Clark & Wardle, 2000; Sbrocco, Nedergaard, Stone & Lewis, 1999; Tanco, Linden & Earle, 1998). Во всех этих методиках снижение веса или предотвращение повторной прибавки в весе находятся далеко не на первом месте, хотя все они внятно заявляют, что результатом терапии вполне могут стать и изменения в весе пациента.

ПРОБЛЕМА ПОВТОРНОЙ ПРИБАВКИ В ВЕСЕ

Не так давно прозвучало, что «главная и самая острая проблема долгосрочного лечения ожирения - это удержать эффекты лечения» (Perri, 1998, p. 526). Эта точка зрения широко распространена и основана на весомых доказательствах, которые говорят о том, что благодаря бихевиоральной и медикаментозной терапии ожирения можно добиться снижения веса на 5-10% и что с точки зрения физического здоровья такая потеря веса стоит стараний. Проблема в другом: как только терапия прекращается, в скором времени пациент набирает сброшенный вес обратно.

Для предотвращения повторной прибавки в весе предлагались два вида долгосрочной терапии. Первый - это долгосрочное медикаментозное лечение (см.: Aronne, 2002). По ряду причин такой способ - не выход из положения. Во-первых, многие пациенты предпочитают лечиться от ожирения не лекарствами, а поскольку курс лечения лекарствами предполагаем долгосрочность, скорее всего, это приведет к появлению новых проблем - приемлемости такого лечения, привыкания и т. д. Во-вторых, всегда остается угроза того, что длительное лечение ожирения лекарствами будет ассоциироваться с вредом для здоровья. В этом отношении полезна ассоциация между пороком клапана сердца и применением лекарств против ожирения - фенфлюрамина, дексфенфлюрамина и фентермина (Connolly et al., 1997; Ryan et al., 1999). Однако ее удалось выявить далеко не сразу.

В-третьих, бывают случаи, когда лекарственное лечение ожирения неприемлемо, например, во время беременности.

Второй предлагаемый подход также рассчитан на длительный, а то и бессрочный, период. Это психотерапевтическая или бихевиоральная терапия. В ее пользу говорят обоснованные доказательства того, что длительная терапия этого рода на время отодвигает повторную прибавку в весе (Perri, 1998, 2002; Perre, McKelvey, Renjilian, Nezu, Shermer & Viengener, 2001); доказано и то, что интенсивная длительная терапия, включающее быструю и бурную реакцию на признаки рецидива, может быть плодотворным (Bjorvell & Rosner, 1992); доказано также, что на некоторых пациентов лучше

вливают длительное групповое давление и поддержка (Latner, Stunkard, Wilson, Jackson, ZeLitch & Labouvie, 2000). Однако эти доказательства держатся в основном на перспективе «действенности», в которой основной фокус сделан на конечном итоге подгруппы участников (зачастую небольшой группы) - тех, кто и принимает, и поддается такому типу долгосрочной терапии (Jeffrey et al., 2000). Более того, в большинстве исследований длительной (но не бессрочной) терапии отсутствуют внятные доказательства того, что после длительной терапии пациент впоследствии не набирает вес. Таким образом, подлинная клиническая целесообразность длительной терапии все еще нуждается в подтверждении.

Глава 2

ОБЗОР ТЕОРИИ И МЕТОДИКИ ТЕРАПИИ

Мы считаем, что огорчительные в долгосрочной перспективе результаты бихевиоральной терапии ожирения объясняются, скорее всего, двумя факторами: во-первых, тем, что безо внимания оставлена роль когнитивных факторов в повторной прибавке в весе; во-вторых, расплывчатость целей терапии, которая зачастую налицо в долгосрочных лечебных программах — а именно, нехватка четкого различия между тем, чтобы достигнуть потери веса (что требует обеспечить дефицит энергии) и тем, чтобы добиться нового веса (то есть перейти в новую категорию людей с меньшим весом). В соответствии с этим, мы разработали новый терапевтический подход к предотвращению повторной прибавке в весе после терапии. Он основан на когнитивно-бихевиоральном анализе тех процессов, которые отвечают за повторную прибавку в весе, и включает целенаправленную терапию данных процессов.

Полный отчет о нашем когнитивно-бихевиоральном анализе повторной прибавке в весе приведен в другом источнике (см.: Cooper & Fairburn, 2001). Здесь мы ограничимся кратким пересказом основной идеи. Как нам кажется, повторный набор веса, который происходит у пациента по окончании терапии, объясняется тем, что пациент перестает эффективно контролировать свой вес, а это случается в результате двух взаимосвязанных процессов. Первый процесс: пациент со временем все меньше верит в том, что способен плодотворно и долго контролировать свой вес. Это происходит как реакция на замедление потери веса, с которой большинство пациентов сталкивается через 4-6 месяцев попыток сбросить вес. Кроме того, пациент начинает осознавать, что не достигнет поставленных целей по похудению и других целей, которые рассчитывал и надеялся достигнуть, похуев. Эти «другие цели», которые мы обычно называем «первичными целями», как правило, включают желание улучшить свою внешность (особенно улучшить фигуру), желание повысить самооценку и уверенность в себе, желание стать активнее и улучшить здоровье. Как нам кажется, осознание, что он не добьется поставленных целей по похудению и других целей, на которые он рассчитывал, в конечном итоге заставляя! пациента поверить, будто его попытки контролировать вес не стоят таких значительных усилий. В итоге пациент прекращаем всякие дальнейшие старания сбросить вес.

Вследствие этих обстоятельств запускается второй процесс, тесно связанный с первым. Пациент напрочь прекращает контролировать свой вес и возвращается в прежнюю колею не здорового питания, а в итоге возникает положительный баланс энергии. Прекращение усилий - парадоксальная реакция, поскольку, казалось бы, со стороны пациента куда разумнее и впредь стремиться сохранить те плюсы и преимущества, которых он добился, контролируя свой вес, даже если он добился меньшего, чем изначально надеялся. Мы считаем, что пациенты не упорствуют в своих усилиях потому, что не умеют мыслить надлежащим, правильным образом, находятся в неправильном расположении духа, и потому у них не получается не то что принять, а даже обдумать идею, что поддержание правильного веса - это цель, достойная усилий. А это происходит потому, что они недооценивают уже достигнутую потерю веса, и склонны преуменьшать или вовсе отвергать все прочие успехи, которых они добились (те самые «другие цели» - внешнюю привлекательность, активность и т. д.) В итоге пациенты недооценивают ту степень, в которой им уже удается контролировать свой вес. Кроме того, пациенты (и терапевты) склонны объединять в одно процесс потери веса и сохранение достигнутых результатов, а из-за этого они неспособны четко разграничить эти два достижения. Они не понимают, что сохранение достигнутого результата, усвоение необходимых для этого навыков и умений - это отдельный, самостоятельный успех, и что навыки для сохранения результата нужны совсем иные, чем для процесса похудения.

НОВАЯ КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНАЯ МЕТОДИКА

На основе подобного когнитивно-бихевиорального анализа авторы и разработали методику терапии, изложенную в этой книге. Такой подход предназначен не только для того, чтобы добиться снижения веса, но и чтобы свести к минимуму повторная прибавка в весе после терапии. Во имя этой второй цели наша методика направлена на различные процессы, которые, по нашему мнению, влияют на пациента, заставляя его бросить попытки контролировать свой вес и отвергнуть похудение как стоящую и важную цель. Наша методика зиждется на трех составляющих (взяты по отдельности, они уже существовали вне рамок нашего подхода):

1) Четкое различие между процессом похудения и сохранением достигнутых результатов. Это различие оговаривается с самого начала терапии и затем подчеркивается и поддерживается на протяжении всего курса. Оно также в обязательном порядке присутствует в структуре терапии, которая (ос юит из двух фаз. В фазе первой (которая в Оксфордском исследовании состояла из 17 сессий в течение 7,5 месяца) цель - это снижение веса, точнее, сброс. Затем следует некая фаза, сохранения достигнутых результатов, в которой основной целью становится уже добиться стабильного сохранения веса, к которому пришел пациент. (В Оксфордском исследовании эта втора фаза состояла из семи сессий за 3,5 месяца).

2) Уже в первой производится целенаправленная работа с потенциальными препятствиями, могущими помешать удержанию достигнутого результата (то есть стабильного веса) — главной цели второй фазы. Такая работа подразумевает:

- a) идентификацию и урегулирование нереалистичных целей, касающихся веса.
- b) преодоление сомнений относительно восприятия своего тела (body image concerns).
- c) прямое обращение к первичным целям пациента.

Таким образом, в первой фазе терапии целью терапии становится не только сброс веса, но и достижение когнитивной и бихевиоральной перемены в других личностно значимых областях (например, во внешности, уверенности в себе,

качестве отношений с окружающими, физической формы); пациент учится опознавать и ценить перемены, которые уже произошли в ходе терапии, а также принимать то, что изменить невозможно (например, пропорции собственного тела). Цель терапевта заключается в том, чтобы к концу первой фазы пациент поверил, что ему под силу контролировать собственный вес в достойной степени, а также признал, что на будущее его цель - не столько сбрасывать вес и дальше, сколько сохранить достигнутые результаты.

3) Пациентам помогают усвоить, а затем применять на практике бихевиоральные навыки и когнитивные реакции, которые нужны для плодотворной потери веса. Эта цель - главная во второй фазе терапии. На этой стадии все усилия направлены на стабилизацию достигнутого веса и усвоение навыков, нужных для его сохранения. Своим стилем такой подход к терапии значительно отличается от современных бихевиоральных подходов к лечению ожирения, описанных в главе 1. Например, терапия проводится на индивидуализированной основе, в зависимости от конкретного случая, и терапевтический подход напоминает когнитивно-бихевиоральное лечение расстройств питания.

В дальнейших главах этой книги описаны конкретные стратегии и процедуры, используемые в ходе терапии. Они изложены как серия «модулей» терапии (рис. 2.1), которые проводятся последовательно и могут быть гибко подстроены и отрегулированы под нужды и проблемы конкретного пациента.

В Оксфордском исследовании курс терапии состоял из 24 сессий (плюс вводная сессия, где оценивается состояние пациентов), распределенных на 11-месячный срок, причем расписание сессий с терапевтом меняется по ходу курса. Мы проводили сессии раз в неделю в течение первых 6 недель и затем раз в две недели до 9,5 месяца, а затем оставшиеся две сессии с промежутком в 3 недели. Таким образом, у пациентов была возможность попрактиковаться в контроле веса самостоятельно еще до того, как закончится курс терапии. За вычетом вводной сессии, которая заняла около 2 часов, каждая встреча продолжается 45-50 минут.

Наш опыт показывает, что обрисованное выше расписание подходит большинству пациентов. Однако мы понимаем, что в нормальной клинической практике от расписания может потребоваться большая гибкость. Некоторые пациенты, возможно, достигнут успеха за меньшее число сессий и быстрее, а другим потребуются более длительная терапия. Таким образом, расписание и частота сессий неизбежно будет отличаться от структуры, описанной в руководстве. Однако не стоит тревожиться. С другой стороны, мы считаем, что лучше избегать перерывов в терапии дольше, чем на 3 недели, поскольку иначе возникает сильный риск, что будет потерян импульс, и зачастую именно так и происходит. Если же подобного перерыва в терапии избежать невозможно, мы советуем терапевту поддерживать контакт с пациентом в заочной форме, например, по телефону, электронной или обычной почтой и т. д.

В самом лечении тоже необходима определенная доля гибкости. Терапевт должен персонализировать терапию, находя к пациенту индивидуальный подход и применяя те методики, которые релевантны конкретному пациенту и на уровне, соответствующем их прогрессу. Следует помнить, что терапевту не обязательно вводить различные модули терапии именно в том порядке, в каком они перечислены в нашем пособии, и что большинство этих модулей не рассчитаны на использование отдельно от остальных, только в сочетании с другими. Вы сами

убедитесь, что аспекты нескольких различных модулей можно обсудить в рамках одной сессии. В то же время важно, чтобы были затронуты все принципиальные аспекты терапии. Гибкое приспособление предлагаемого курса не должно идти во вред общим принципам терапии.

КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ТЕРАПИИ

Добиваемся сброса веса (модули I-IV)

Как указано в Оксфордском исследовании, первая фаза терапии, то есть фаза, направленная на сброс веса, занимает первые 6-7 месяцев терапии. Она состоит из процедур, описанных в главах 3-6 данного пособия (модули I-IV). Содержание этих модулей имеет немало общего со стандартным бихевиоральным лечением ожирения (см.: Wadden & Osei, 2002). Тем не менее, мы постарались описать их достаточно подробно, чтобы пособие дало читателю полное и разностороннее представление о предлагаемом подходе.

В ходе модуля I («начало терапии») оценивается состояние пациентов и терапевт объясняет им разницу между снижением веса и сохранением достигнутых результатов, всячески подчеркивая важность этого различия. Пациентов учат считать калории, вести подробное наблюдение за собственным питанием и потреблением жидкостей. Им также показывают, как еженедельно отмечать с вой вес на графике. Затем следует модуль II («Запуск и поддержание потери веса»), в котором основное внимание уделяется тому, чтобы помочь пациентам ограничить потребление энергии до примерно 1500 калорий в день. Мы установили, что этот уровень диетического ограничения помогает достигнуть потери веса в среднем 0,5-1 кг в неделю! Каждого из пациентов поощряют разрабатывать для себя индивидуальный режим питания с учетом их образа жизни, предпочтений в пище и т. д.

* Здесь и далее все меры веса переведены в килограммы.

Параллельно со вторым модулем идет и модуль III («Работа с барьерами, мешающими похудению»). Он сосредоточен на том, чтобы определить и бороться с различными проблемами, которые грозят помешать приверженности пациента к диете, ограничивающей потребление энергии. Здесь прорабатываются такие проблемы: вопросы мотивации, невнимательное наблюдение (мониторинг) за потребляемой энергией, неверный выбор пищи (в особенности потребление крайне ограниченного количества пищи или потребление слишком жирной пищи), избыточное употребление алкоголя, частые перекусы, а также прием пищи в качестве вознаграждения или в виде реакции на плохое настроение. У части пациентов вполне может возникнуть и проблема с приступами обжорства, то есть пищевыми срывами (binge eating).

Согласно Американской ассоциации психиатров, определение «срыва», данное в 1994 г., звучит так: «Пищевой срыв или приступ обжорства характеризуется такими признаками:

1) человек в течение определенного периода, например, за 2 часа, съедает объем пищи, который гораздо больше количества, съедаемого большинством других людей за тот же отрезок времени и в таких же условиях;

2) ощущение утраты самоконтроля над потреблением пищи на протяжении всего этого периода (то есть у пациента возникает чувство, что он не в силах прекратить есть или контролировать то, сколько и что именно ест)».

Модуль IV, «Повышение физической активности», тоже входит в состав первой фазы терапии, хотя он главным

образом сосредоточен на том, чтобы сформировать у пациента привычку к более активному образу жизни в долгосрочной перспективе, чтобы в дальнейшем такой образ жизни помогал удерживать достигнутые результаты. Следовательно, четвертый модуль в большей степени относится ко второй фазе терапии. Однако он неспроста вводится в ходе первой фазы; это нужно, чтобы привычка к новому активному образу жизни сложилась у пациента в течение терапии; кроме того, это нужно, чтобы помочь тем пациентам, которые хотят превратить физическую активность и занятия спортом в одно из средств снижения веса. Основное внимание здесь делается не просто на то, чтобы пациент больше занимался физическими нагрузками, а на то, чтобы в целом повысить физическую активность пациента (это в обязательном порядке подразумевает уменьшение малоподвижности).

Работа с препятствиями, мешающими пациенту осознать стабильность веса как цель (модули V-VII)

Оставшиеся три модуля, которые завершают первую фазу терапии (модули V, VI и VII) разработаны не для того, чтобы сбрасывать вес; они, скорее, направлены на потенциальные когнитивные препятствия, которые мешают пациенту принять стабилизацию веса как цель на второй фазе терапии. Эти модули проводятся с гибкой подстройкой и регулировкой расписания, и, в отличие от предыдущих, по содержанию и стилю меньше наслаиваются друг на друга.

Модуль V («Работа с сомнениями в отношении к собственному телу») направлен на то, чтобы идентифицировать и проработать сомнения пациента по отношению к собственному телу. Тревоги, касающиеся внешности и особенно желание изменить фигуру, - вот что служит основной причиной, побуждающей большинство пациентов к желанию похудеть (Rosen, 2002). По вине этих сомнений и тревог пациенты ставят перед собой далеко не такие значительные цели по снижению веса, каких могут достигнуть на деле, то есть сильно занижают свои потенциальные достижения, сомневаясь в успехе начатого дела (Foster, Wadden, Vogt & Brewer, 1997). Мы полагаем, что нереалистические цели по похудению и те тревоги, которые к ним отражаются, и служат главным препятствием, которое мешает пациенту осознать и позитивно принять собственный потенциал в похудении.

Модуль V состоит из шести отчасти независимых друг от друга разделов и включает несколько опробованных когнитивных и бихевиоральных стратегий и техник, которые помогают пациентам справиться с вышеописанными проблемами (Cash, 1996; Rosen, 1997). Работа с сомнениями пациента по отношению к восприятию своего тела зачастую требует нескольких недель и всегда вплетается (интегрируется) в другие аспекты текущей терапии. Ее не начинают на ранней стадии терапии, но лишь тогда, когда потеря веса уже началась и идет полным ходом (наш опыт показывает, что это происходит примерно в период со 2-го по 4,5 месяца терапии; см. рис. 2,1).

Основная цель модуля VI («Работа с целями по потере веса») состоит в том, чтобы идентифицировать и проработать цели, стоящие перед пациентом. Одна из предпосылок нашего когнитивно-бихевиорального подхода такова: основная помеха, не позволяющая пациентам успешно сохранить стабильные результаты, - это неумение пациента добиться поставленных целей. Как нам кажется, пациенты терпят неудачу сразу по двум причинам: во-первых, они ставят перед собой нереалистические (заниженные) цели по похудению, во-вторых, верят, что первичных целей такой незначительной потерей веса им не достигнуть. В итоге стремление худеть дальше и еще сильнее мешает им принять и применить на практике эффективные стратегии удержания и стабилизации достигнутого веса. Пациенты так отчаянно стремятся похудеть еще, что у них не получается сохранить достигнутое (см.: Cooper & Fairburn, 2002).

До недавнего времени бытовало убеждение, будто достойная цель для страдающего ожирением - это вес, который ассоциируется с минимальной физической болезненностью, то есть ИМТ (индекс массы тела) в пределах 20-25 («здоровый» уровень). Однако, как уже говорилось в главе первой, имеющиеся данные указывают на то, что для большинства людей, страдающих ожирением подобная цель нереальна (Perri, 2002; Wilson & Brownell, 2002) и что даже если им удастся достигнуть такого веса, пациентам навряд ли удастся его удержать на долгий срок. В течение года после похудения, пациенты, как правило, набирают обратно от 30 до 35% сброшенного веса (Wadden, Sarwer & Berkowitz, 1999). Большинство пациентов продолжает набирать вес обратно и в итоге набирает все, что удалось сбросить ранее.

Цель модуля VI - в том, чтобы помочь пациентам принять и усвоить более реалистичные цели по снижению веса, а также осознать, что многие из их первичных целей достижимы независимо от похудения. Срок, на котором в курс терапии вводится данный модуль, зависит от прогресса конкретного пациента и того, в какой степени проблема нереалистичных целей становится объектом терапии. Как правило, мы вводим этот модуль в курс терапии примерно между 3 и 5 месяцами терапии (см. рис. 2.1).

VII модуль («Работа над первичными целями») посвящен работе над первичными целями пациента. Первичные цели — это то, чего пациент надеется и рассчитывает достигнуть благодаря сбавленному весу. Среди них - улучшение внешнего вида, повышение уверенности в себе, физической формы и взаимоотношений с окружающими, особенно в личной жизни. Седьмой модуль помогает пациентам напрямую поработать с этими целями и задачами. По нашему убеждению, эта работа - одна из ключевых составляющих всего курса терапии, поскольку приводит к большему удовлетворению уже достигнутыми результатами (независимо оттого, к какому идеальному весу стремился пациент и какого веса в итоге достиг на деле). А благодаря большему удовлетворению достигнутым, пациент, в свою очередь, получает, куда более сильный стимул стабилизировать и сохранять вес, которого он добился, в ходе второй фазы терапии. Хотя первичные цели и задачи вкратце обсуждаются еще на вводной сессии, когда происходит оценка состояния пациентов, непосредственная работа с ними начинается тогда и только тогда, когда потеря веса уже идет полным ходом. И потому данный модуль обычно вводится в ходе обсуждения поставленных целей по снижению веса (по нашему опыту, на 3-5 месяце терапии) и развивается параллельно с ним (см. рис. 2.1).

Наконец, в модуле VIII («Здоровое питание») в центре внимания - привычка правильно питаться в долгосрочной перспективе, хотя отдельные части этого модуля можно вводить в курс терапии уже на этапе потери веса, если это потребуется как средство стимуляции. Модуль восьмой опирается на современные стандартные диетологические установления (Департамент сельского хозяйства США, 1995). Главные рекомендации - потреблять меньше жира и есть больше фруктов и овощей, а также зерновых, хлебных, рисовых и макаронных изделий.

Стабилизация и сохранение веса (модуль IX)

Главная отличительная черта нашего когнитивно-бихевиорального подхода к терапии ожирения - это ставка на долгосрочное удержание достигнутого веса. Данный вопрос затрагивается еще в самом начале курса терапии, когда

пациентам объясняют, что терапия состоит из двух этапов: сначала сброса веса, а потом стабильного сохранения достигнутого. Кроме того, к этому вопросу постоянно возвращаются в ходе первой фазы, фазы сброса веса, чтобы преодолеть потенциальные когнитивные барьеры, которые могут в дальнейшем помешать сохранить результат (модули V-VII). На второй фазе удержание и стабилизация веса уже выходят на главное место в терапии, и пациентов настойчиво уговаривают не стремиться похудеть еще сильнее, а стараться сохранить достигнутое, - независимо от того, насколько им удалось похудеть.

Введение модуля IX («Сохранение достигнутого веса») совпадает со второй фазой терапии и едино с ней. Момент, когда этот модуль вводится в курс терапии, будет зависеть от индивидуальной потребности пациента. Мы в нашей практике всегда вводим этот модуль между 6 и 8 месяцами терапии, тем самым оставляя примерно 2 недели до окончания курса, чтобы пациент успел усвоить навыки стабилизации веса и попрактиковаться в них.

В качестве подготовки к удержанию веса, с пациентом тщательно прорабатывают разницу между процессом похудения и стабилизацией веса. Сущностных различий здесь три: во-первых, удержать вес сложнее, чем его сбрасывать, потому что в этом деле пациент получает меньше поощрения от окружающих; во вторых, процесс стабилизации и удержания веса не ограничен каким-то конкретным отрезком времени, он бесконечен; в-третьих, иногда от пациента требуется принять вес и внешний вид, которые пациенту раньше казались недостижимыми (Wadden, 1995). На этой стадии также обсуждаются все те сложности, с которыми пациенты обычно сталкиваются, стараясь удержать достигнутый вес в долгосрочной перспективе.

Основной изначальный шаг к стабилизации веса состоит в том, чтобы определить конкретный вес, сохранить который стремится пациент, и завести четкую систему наблюдения (мониторинга), которая в будущем обеспечит пациента всей информацией, нужной для стабилизации намеченного веса. Пациентам помогают научиться, как отличать значимые перемены в весе от незначительных колебаний (флюктуации), а также учат при необходимости принимать нужные меры.

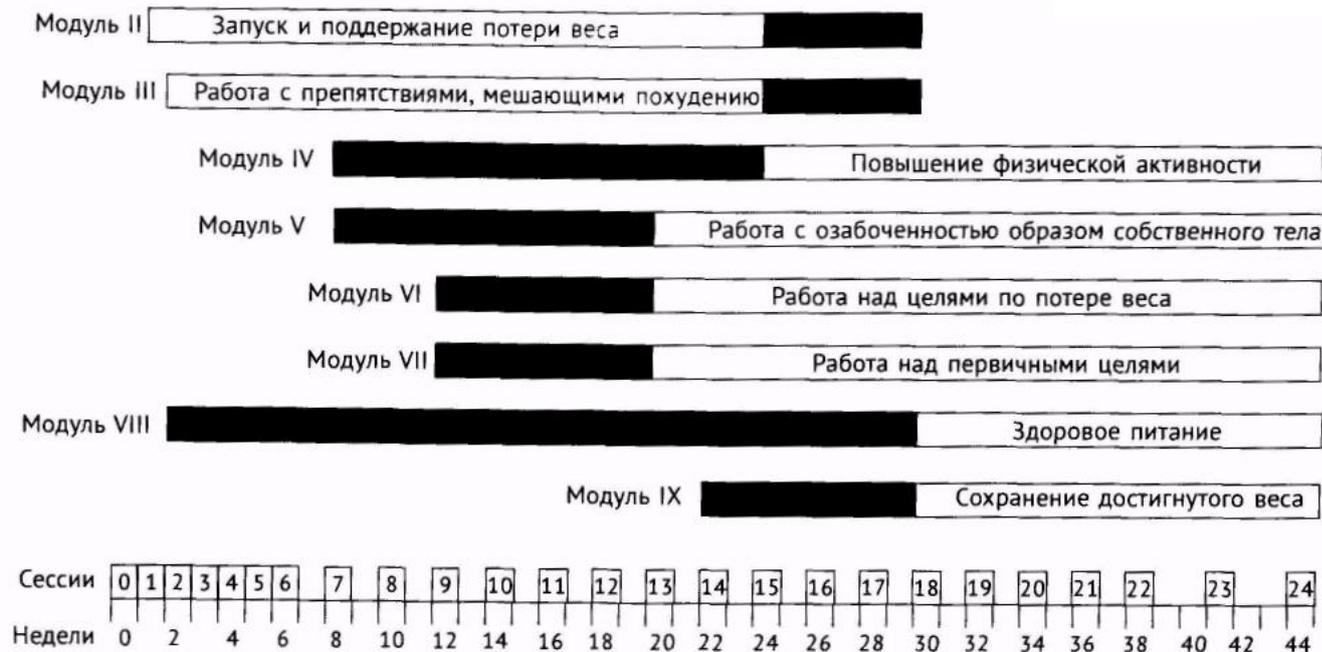
Чтобы отретировать и потренировать приемы, нужные в случае изменений веса, перед пациентами разворачивают несколько возможных сценариев дальнейшего развития событий — как могут развиваться изменения в весе и какие могут возникнуть помехи наблюдению (мониторингу) за весом. Пациентов учат принять эту перспективу, ориентированную на будущее, и в то же время поощряют заранее продумать тот ряд грядущих трудностей, которые могут возникнуть по окончании курса терапии. Их также просят продумать, как они будут активно удерживать вес в заранее оговоренных и намеченных рамках, планируя все заранее. Им объясняют, что такой подход правилен, в отличие от другого варианта, когда пациент позволяет своему весу меняться и лишь затем, спохватившись, вынужден срочно принимать меры. Наконец, пациентов просят определить, есть ли какая-то область в их поведении или установках, которая представляет собой «зону риска» и грозит будущей прибавкой в весе — например, у кого есть склонность переждать из-за стресса и т. д.

Еще одна часть планирования будущего - это составление индивидуального плана, как поддерживать достигнутый вес. Пациентам подробно объясняют все преимущества такого плана, особенно подчеркивая, что он поможет планировать будущее и послужит постоянным напоминанием об усвоенном материале. Такой индивидуальный план разрабатывается общими усилиями терапевта и пациента, и в нем всегда уделяется внимание тому, как стабилизировать вес, и есть раздел о том, как себя вести, если вес опять пошел вверх.

Оставшаяся часть пособия

В оставшейся части пособия подробно описан сам процесс терапии. Как уже было отмечено в предисловии, мы постарались ограничить ссылки на клинические и научные источники, чтобы в итоге получилось пособие, которым удобно пользоваться. Для удобства читателей там, где в текст все-таки включены какие-то ссылки, мы постарались по возможности свести их к одному источнику: «Расстройства питания и ожирение: учебное пособие» (Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook. Fair-burn & Brownell, 2002), поскольку эта книга содержит много полезного материала, изложенного в сжатом виде, и написанного специалистами по данному вопросу. Кроме того, к каждой главе прилагается список рекомендуемой литературы. Мы искренне надеемся, что обеспечили читателей хорошими источниками, откуда можно почерпнуть дальнейшие сведения, и при этом не заставим их прорабатывать гору научной литературы.

Модуль I Начало терапии



Может прогрессировать, индивидуализируйте в зависимости от процесса терапии

Должно прогрессировать

Рис. 3.1

Глава 3

МОДУЛЬ I. НАЧАЛО ТЕРАПИИ

В Оксфордском исследовании, прежде чем запустить снижение веса, мы начали терапию с двух подготовительных сессий (сессии 0 и 1) - см. таблицу 3.1. На этих двух сессиях были поставлены следующие цели:

1. Заложить основу плодотворных рабочих отношений между терапевтом и пациентом.
2. Обрисовать пациенту курс терапии.
3. Усилить мотивацию пациента.
4. Дать оценку проблеме веса.
5. Заложить основу наблюдению (мониторингу) за привычками в питании и потреблением энергии.
6. Договориться о расписании сессий.

Как только эти цели будут достигнуты в удовлетворительной степени, пациент приступает к снижению веса.

СЕССИЯ 0. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА И ОРИЕНТИРОВКА

Эта сессия может продлиться до двух часов - примерно столько потребуется пациенту и терапевту, чтобы разобраться с начальной историей болезни. Структура данной сессии будет отличаться от той стандартной, которая используется при следующих встречах. Поскольку нулевая сессия достаточно длинная, имеет смысл разбить ее коротким перерывом (например, перед тем, как обрисовать пациенту домашнее задание).

Примерный план сессии

- Развить сотрудничество рабочие взаимоотношения.
- Развернуть историю болезни (проблемы избыточного веса).
- Обрисовать пациенту когнитивно-бихевиоральный взгляд на похудение.
- Сориентировать пациента относительно формы и стиля терапии.
- Обратиться к мотивации пациента.
- Обсудить преждевременное прерывание терапии.
- Объяснить пациенту, как начать наблюдения за собой, то есть мониторинг принимаемой пищи и напитков, а также подсчет калорий.
- Сделать предупреждение об ограничении калорий.
- Взвесить пациента и начать вести график динамики веса.
- Договориться о еженедельном взвешивании.

Содержание сессии

НАЧАЕМ СОТРУДНИЧЕСКИЕ РАБОЧИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ

С самого начала терапевту следует приложить большие усилия, чтобы у него сложились с пациентом сотрудничество рабочие взаимоотношения. Хотя и важно, чтобы терапевту испытывал искреннее, неподдельное сочувствие и интерес к пациенту, но и в же время терапевту непременно нужно уметь быть строгим и авторитарным, особенно в вопросах домашних заданий, того, как их задавать и проверять.

Важно, чтобы на первой сессии пациент почувствовал себя раскованно, раскрылся перед терапевтом. Чтобы этого добиться, терапевту нужно найти к пациенту индивидуальный подход и разобраться в нем, суметь оценить его с самого начала. В целом скажем, что не следует спешить с ответами и не стоит заваливать пациента вопросами, анкетами и

домашними заданиями.

ОЦЕНИВАЕМ ИСТОРИЮ БОЛЕЗНИ И ХАРАКТЕР ПРОБЛЕМЫ С ВЕСОМ

Терапевту следует попросить пациента вкратце обрисовать проблему избыточного веса, а также влияние, которое она оказывает на жизнь пациента в целом. В таблице 3.1 перечислены темы, которые полезно будет обсудить в связи с этим вопросом. Терапевту нужно сосредоточить расспросы и беседу главным образом на истории веса пациента, на его попытках похудеть, на желательном весе, на установках пациента в отношении собственной фигуры и веса. К чему он стремится, чего хотел бы добиться, на что надеется? Имейте в виду, что вряд ли на первой же сессии пациент сумеет или успеет вспомнить и изложить вам все, что имеет отношение к проблеме.

Разговор об истории болезни поможет терапевту: Убедиться, что пациенту терапия подходит. В особенности это важно, чтобы отличить пациентов, которые нуждаются в лечении от пищевых расстройств, а не от срывов-приступов обжорства (см. сноску 2 в главе 2).

Заложить основу плодотворных отношений терапевта и пациента.

Определить происхождение и степень серьезности проблемы с весом.

Начать определять, чего хочет достигнуть пациент в ходе терапии (цели, связанные с весом и фигурой, а также «первичные» цели, например, повысить самооценку, найти партнера, сменить работу и т. п.)

Начать применять когнитивно-бихевиоральную модель похудения к тем конкретным сложностям, которые испытывает данный пациент, пытающийся контролировать свой вес (то есть создать индивидуальную формулировку).¹

1 На этой стадии индивидуальная формула еще не столь подробно и детально разработана, как обычно бывает в когнитивно-бихевиоральных методиках. Это происходит потому, что на данном этапе приоритетом служит запуск процесса похудения. Более развернутая формула вводится и обсуждается с пациентом, когда на обсуждение выносятся цели, связанные с похудением (см. главу 8).

Одна наша пациентка 63 лет, по ее словам, пыталась контролировать вес с самого детства. Она также призналась, что давно уже не уверена в собственной самооценности. За три года до терапии у нас она уже обращалась к психотерапевту, чтобы преодолеть неуверенность в себе и ощущение никчемности. Тогда курс терапии прошел очень успешно. В ответ на вопрос, почему пациентка хочет сбросить вес, та назвала две причины: во-первых, чтобы поправить здоровье (она страдала гипертонией), во-вторых, улучшить внешность (особенно размер груди). Поразмыслив, пациентка сказала, что ни одна из этих целей не относится к первичным. Она пришла к выводу, что на самом деле хочет похудеть, чтобы укрепить самоуважение. Пациентка считала, что ее проблема с избыточным весом — это своего рода «последний рубеж», единственное оставшееся препятствие и выражение ее трудностей, которое мешает ей принять себя как достойного и самоценного человека. Для этой пациентки умение контролировать свой вес и потребление пищи имело огромное личное значение.

Обоснование терапии

Терапевт должен объяснить пациенту, что в лечении избыточного веса существует два аспекта: снижение веса и затем стабилизация веса. Первый аспект, снижение веса, большинству пациентов вполне понятен, а вот второй — важность стабилизации веса — нуждается в особых разъяснениях. Иными словами, ключевой момент долгосрочного контроля над весом главным образом заключается не в том, чтобы худеть дальше, а в стабилизации и удержании достигнутого результата. Именно поэтому данная методика проводит четкое различие между потерей веса и его стабилизацией, и в соответствии с этим терапия делится на два этапа: снижение веса и последующее удержание результата. Пациенту нужно объяснить, что ближе к концу терапии его попросят приостановить попытки похудеть дальше, чтобы у него осталось время сосредоточиться на стабилизации веса. Такой акцент на стабилизации веса и отличает предлагаемую методику терапии от других (в которых стабилизации уделяется очень мало внимания), и это нужно растолковать пациенту.

ТАБЛИЦА 3.1 Опросный лист оценки состояния пациента

1. История проблемы с избыточным весом
 - Развитие проблемы избыточного веса у пациента.
 - Как она проявила себя.
 - С чего она началась (указать возраст и год).
 - Что происходит в настоящее время.
 - Последовательность событий.
 - Последовательное развитие проблемы (то есть как она развивалась до сего дня).
 - Паттерн изменений веса (например, имеет ли место ровный неуклонный прирост веса, флюктуации-скачки вверх-вниз, периоды стабилизации).
 - Максимальный и минимальный вес пациента (с тех пор, как рост пациента достиг нынешнего).
 - Предыдущие попытки похудеть и их результат.
 - Общий отчет о том, почему и как долго пациент пытался похудеть.
 - Как попытки похудеть повлияли на вес пациента (то есть сколько удалось сбросить, сколько пациент набрал, уровень удовлетворенности).
 - Успех в стабилизации веса (как долго удавалось удержать достигнутый результат).
 - Последующая прибавка в весе (что послужило пусковым механизмом, как быстро пациент вновь набрал вес).
2. Нынешнее состояние пациента
 - Привычки в питании (расспросить о типичном дне).
 - Паттерн питания (то есть перечислить все трапезы и перекусы, пищу, съеденную помимо трапез, варианты в разные дни, попросить сравнить питание в будни и в выходные).
 - Объем съеденной пищи (включая размеры порций, в том числе и в ресторанах: полные, половинные, детские?)
 - Какую пищу выбирает пациент.
 - Случаи, когда пациент утрачивал контроль над потреблением пищи; попросить назвать объем съеденного во время срыва.
 - Что побудило обратиться к терапевту и захотеть похудеть сейчас.

- Другие проблемы, связанные с питанием (например, искусственное вызывание рвоты, неправильное, избыточное применение слабительных и мочегонных средств).

- Физическая активность.

- Какой физической активностью занимается пациент и как часто (попросить рассказать и об образе жизни - подвижный или малоподвижный, в будни и на отдыхе), и о физической нагрузке, занятиях спортом (например, плаванием, упражнениями на тренажерах и т. д.)

- Отношение пациента к физической активности и занятиям спортом.

- Причины, побуждающие пациента к желанию похудеть.

- Желание изменить внешность (например, почувствовать себя более привлекательным, изменить размер одежды, стать привлекательнее для окружающих).

- Желание добиться иной личной цели (например, в связи с работой, личной жизнью, занятиями спортом или повышением самооценки).

- Желание укрепить здоровье и снизить риск различных заболеваний.

- Иные причины (например, снизить физический дискомфорт или избежать дискриминации, связанной с избыточным весом).

- Установки пациента относительно своей внешности.

- Как пациент оценивает свой вид в целом и отдельные части тела.

- Важность состояния фигуры и веса для самооценки.

- Вес и связанные с ним цели (дефиниции см. в главе 8).

- Вес пациента в настоящее время.

- Идеальный вес («вес мечты»).

- Подлинная цель-вес (то есть «желаемый вес»).

- Как, по мнению пациента, изменится его жизнь, когда он добьется желаемого веса.

- К какому весу нужно стремиться, если ставить реальные цели и учитывать все обстоятельства.

- Каков минимальный вес, который намечает сбросить пациент.

- Физическое здоровье пациента.

- Медицинские проблемы в настоящий момент (в том числе и психологические).

- Какому лечению пациент подвергается в настоящий момент (принимает ли лекарства и т. д.)

- Медицинское досье (в том числе и психологическое).

- Курение и употребление алкоголя.

- Курит ли пациент и употребляет ли алкоголь в настоящее время (паттерн употребления, объем).

- Отношение проблемы курения к проблеме веса.

3. Прочая информация, которая может повлиять на ход терапии

- Социальные обстоятельства пациента.

- Занятость, расписание работы.

- Где живет пациент, легко ли ему будет добираться на сессии, нет ли транспортных проблем.

- Семейное положение и отношение супруга (партнера, значимого другого) к терапии.

- Наличие детей.

- Интересы и увлечения.

- Возможные препятствия похудению.

- Личные (недостаточная мотивация, безнадежное настроение, упадок духа).

- Внешние (например, стресс на работе, домашние сложности, занятость, связанная с пищей).

- Семейная история болезни относительно избыточного веса и проблем питания.

- Были ли проблемы с питанием и избыточным весом у ближайших родственников.

4. Любые дополнительные сведения о пациенте, которым тот придаст значение

Чтобы обосновать ценность и необходимость терапии, терапевту следует сослаться на все те сложности, с которыми пациент уже сталкивался, когда старался стабилизировать свой вес после похудения. От терапевта требуется объяснить пациенту, как именно предлагаемая методика терапии поможет справиться с подобными трудностями. На первом этапе терапии, при том, что основное внимание будет сосредоточено на цифре веса, параллельно будет уделяться пристальное внимание формированию новых привычек и установок, которые и в будущем помогут стабилизировать достигнутый вес. Позже акцент полностью переместится на стабилизацию полученного результата. Пациенту помогут усвоить навыки успешной стабилизации веса и справиться с любыми сложностями, которые могут возникнуть в этом направлении. Полезно будет, если терапевт упомянет пациенту примеры тех факторов, которые могут привести к прибавке в весе после похудения, - упомянет, основываясь на прошлом опыте пациента. Терапевт должен доходчиво объяснить пациенту, что эти факторы в целом имеют и бихевиоральное происхождение (то есть пациент неправильно себя ведет), и когнитивное (пациент ставит перед

собой нереалистичные цели и надежды, плохо относится к своему телу, неподобающе реагирует на признаки прибавки в весе).³ Пациенту нужно объяснить, что цель терапии - добиться постоянных изменений в его отношении к контролю веса, а не только в пищевых привычках и образе жизни, и тогда пациент сможет стабилизировать и удерживать свой новый вес в течение долгого срока.

К нам обратилась пациентка, которая в ходе первичного опроса рассказала о своих предыдущих попытках похудеть и стабилизировать вес. По ее словам, она раньше не задумывалась о том, как удержать достигнутый результат в долгосрочной перспективе, и прежние ее терапевты никогда в ходе терапии не подчеркивали, как это важно. Поэтому в прошлом она снова и снова бросала диету, а затем, как правило, обнаруживала, что опять набрала вес, а это, по мнению пациентки, вызывало у нее скорее приступы переедания, нежели стремление вновь сесть на диету.

Терапевт отметил, что с подобными сложностями сталкиваются многие пациенты, это очень распространенный

случай, и потому их нужно эксплицитно, то есть впрямую., обсуждать и прорабатывать в ходе терапии. В самом деле, основной акцент второй половины терапии должен быть на стабилизацию веса, а не на дальнейшее похудение, и тогда удастся добиться изменений к лучшему, а не похудения, за которым последует прибавка в весе.

Структура терапии

Пациенту следует сообщить, сколько сессий ему предстоит, а также с какой частотой они будут проводиться. (Например, как было описано в главе 2, в нашей практике

5 Терапевтам рекомендуется избегать терминологии (терминов «бихевиоральный», «когнитивный», «когнитивно-бихевиоральный» и др., а вместо них использовать конкретные примеры, которые понятны для пациента).

после вводной сессии обычно следовали 24 сессии, распределенные на 11 месяцев, причем первые шесть встреч были еженедельными, а затем сессии проходили раз в две недели, за исключением двух последних сессий, которые шли с промежутком в три недели). Если пациент не может полностью посвятить себя регулярному посещению сессий, как запланировано и в течение длительного срока, то начинать терапию смысла нет. Чтобы терапия прошла успешно, она должна стать для пациента приоритетом и на все время лечебного курса выйти в его жизни на первый план. Терапевту следует заблаговременно поинтересоваться у пациента, планирует ли тот какие-то поездки, которые могут нарушить структуру терапии. Если обнаружится, что у пациента намечаются поездки, тогда курс терапии лучше отложить до возвращения пациента.

Кроме того, терапевту следует заранее сообщить пациентам о продолжительности сессий. (В нашем случае сессия длилась 40-50 минут). Мы обычно сразу же сообщали пациентам, что сессии будут заканчиваться вовремя, а также - что начало сессий в назначенное время всецело зависит от терапевта и пациентов (иными словами, важно, чтобы обе стороны не опаздывали). Кроме того, здесь же уместно спросить пациентов, какое обращение они считают предпочтительным (по имени или по фамилии*); терапевту следует также сказать, как пациентам обращаться к нему.

О стиле терапии

Терапевту следует с самого начала подчеркнуть, что курс терапии в обязательном порядке подразумевает сотрудничество и что от пациента ожидается активное участие в сессиях и обязательно - тщательное выполнение домашних заданий. Нужно еще раз подчеркнуть, что терапия потребует от пациента отдачи и ему нужно будет в корне изменить свой

* Естественно, в русском контексте следует предложить скорее варианты обращения по имени или по имени-отчеству. (Прим, переводчика.)

образ жизни. Если пациент будет относиться к терапии кое-как, спустя рукава, то терапия наверняка не принесет успеха и не возымеет эффекта. В конце каждой сессии терапевт будет давать каждому из пациентов индивидуальное домашнее задание и оговаривать его с пациентом; подразумевается, что каждый из пациентов приложит все усилия, чтобы выполнять эти задания. Чем больше усилий приложит пациент, тем лучше это окупится. Терапевт обеспечит пациентов нужными сведениями, советами, поддержкой и поощрением, однако изменится ли состояние пациента к лучшему - всецело зависит от самого пациента.4

Ожидаемый результат

Пациентам нужно сказать, что на этапе снижения веса им следует рассчитывать на то, что удастся сбрасывать около 0,5-1 кг в неделю, хотя, разумеется, у конкретных пациентов цифра и скорость будут варьироваться. Варьируется и то, как долго у пациентов получится удержать этот результат. Как только пациенты сбросят вес, весь вопрос уже будет в том, как долго и насколько успешно им удастся избежать прибавки в весе в будущем. Однако в настоящий момент пациенту нужно сосредоточиться прежде всего на том, чтобы с самого начала работать с отдачей. По нашим наблюдениям, наилучшие результаты получают именно те пациенты, которые прилагают максимум усилий с самого начала терапии.

4 В последнее время внимание исследователей привлекает использование электронной почты как дополнения или альтернативы очной работы терапевта с пациентом (Shafran, 2002; Yager, 2001). Разумеется, электронная почта - удобный способ уладить организационные вопросы (например, уточнить время назначаемой встречи), и ее можно использовать, чтобы держать связь между сессиями, однако применение почты таит и свои подвохи. Например, может случиться так, что, испытывая личный кризис, пациент попытается написать терапевту по электронной почте, надеясь мгновенно получить ответ. Поэтому мы призываем терапевтов быть крайне осторожными в применении компьютерных средств связи и с самого начала поставить пациенту четкие условия, оговорить, как, в каких случаях и в каких пределах пациент может использовать электронную почту по ходу терапии.

РАБОТА с МОТИВАЦИЕЙ ПАЦИЕНТА

Существует риск, что пациенты почувствуют себя погребенными под лавиной информации, приведенной выше, - ведь все это терапевт излагает им в рамках вводной «нулевой» сессии. Именно поэтому крайне важно попросить пациентов ответить, как они относятся к перспективе терапии и, главное, к степени вовлеченности, которая от них потребуется. Готовы ли они прилагать такие усилия, полностью погрузившись в курс терапии? Если терапевт ощущает, что пациент хотя бы в какой-то мере колеблется и не уверен, что сможет сделать терапию своим приоритетом, тогда следует в обязательном порядке тщательно проработать уровень мотивации пациента. С другой стороны, если терапевту понятно, что пациент мотивирован, тогда можно смело переходить к следующей теме, однако помнить о том, что мотивация не зафиксирована, не закреплена. И даже если в данный момент это не создает проблем, они вполне могут возникнуть позже по ходу терапии.

Если оказывается, что с мотивацией у пациента проблемы и она слабовата, ее нужно активно обсудить, исследовать и проработать сомнения и ограничения пациента. Чтобы обсудить и проработать мотивацию, терапевту нужно открыто вынести пот вопрос на обсуждение и помочь пациенту разложить по полочкам все «за» и «против» терапии с точки зрения самого пациента. Их можно разбить на две колонки, как показано в таблице 3.2.

ТАБЛИ

ЦА3.2

За	Против
Я смогу отчасти сбросить вес	Требуется слишком много усилий
Я смогу выглядеть лучше	Я слишком занят
Я смогу укрепить здоровье	Процесс похудения осложнит мою социальную жизнь

Очень важно обсудить каждый из перечисленных пунктов, то есть все «за» и «против». Начинать при этом нужно с «против». Пациент должен развернуто рассказать о каждом из пунктов. Затем следует столь же подробно проговорить все «за», но главную партию здесь будет вести уже терапевт. Терапевту нужно убедиться, что пациент принял и краткосрочные, и долгосрочные временные рамки. В целом пациенты способны усвоить, что «против» похудения совершенно очевидны прямо здесь и сейчас, а «за», то есть преимущества, скорее всего, будут достигнуты отчасти через краткий срок (например, снижение веса, улучшение внешнего вида), отчасти через длительный срок (например, сохранение меньшего достигнутого веса, а не скачки «вверх-вниз»; улучшение здоровья; улучшение внешности и самооценки).

Разбирая «за» и «против», терапевту следует тщательно соблюдать беспристрастный, исследовательский стиль терапии; нельзя вести себя с пациентом директивно, поскольку это может помешать раппорту и вызвать у пациента защитную реакцию. Кроме того, процесс ни в коем случае нельзя торопить и форсировать.

В некоторых случаях проблемы с мотивацией пациента коренятся в практических трудностях, связанных с посещением сессий. Разобраться с этими трудностями поможет алгоритм решения проблем (см. главу 4, раздел, посвященный навыкам решения проблем).

Пациентов, чья мотивация остается под сомнением, нужно попросить подумать над этим вопросом в течение следующей недели (и дать задание составить список «за» и «против», обязательно с учетом долгосрочной перспективы). Их надо также поощрить, чтобы они обсудили вопрос со своими близкими и значимыми другими. Наш опыт показывает, что начало терапии лучше отложить до той поры, пока пациент не принял окончательное решение - или начать терапию, или не приступать к ней. Для подобных пациентов вводную сессию нужно закончить именно на этом.

ОБСУЖДЕНИЕ

П Г'1. ЖД БЕРЕМЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ ТЕРАПИИ

В связи с мотивацией нужно затронуть тему преждевременного прерывания терапии пациентом. Этот вопрос нужно поднять по ходу разговора как организационный и сказать, что мы надеемся таким образом избежать нежелательных трений с пациентом впоследствии.

Если пациент полагает, что у него может возникнуть искушение прервать терапию, следует обсудить возможные причины отказа. Причина «у меня недостаточно хорошо получается», скорее всего, отражает нереалистичные стандарты, а не недостаточные успехи; набранный вес можно быстро сбросить заново, если примешь к этому необходимые меры. Если же пациент будет жаловаться, что опасается груза других жизненных забот, которые сопутствуют терапии, то терапевту следует обсудить с пациентом все приоритеты и помочь усвоить не только краткосрочную, но и долгосрочную перспективу, а не бросать терапию. Иными словами, пациенту нужно внушить, что усилия, приложенные сейчас и в ближайшем будущем, сторицей окупятся в дальнейшую жизнь, и ради этого стоит пересмотреть приоритеты на ближайшее время и поставить терапию на первое место. Наконец, терапевту очень важно убедить пациента, чтобы тот не скрывал, если у него возникнет побуждение бросить терапию, сообщил об этом сразу.

ОБЪЯСНЕНИЕ, КАК НАЧАТЬ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА СОБОЙ, МОНИТОРИНГ ПИЩИ И НАПИТКОВ

Следующий шаг вводной сессии - обрисовать пациенту два краеугольных камня, лежащих в основе терапии. Во-первых, нужен тщательный учет потребляемой энергии. От пациента потребуется подробно записывать все, что он съел и выпил. Во-вторых, пациенту следует приучиться регулярно взвешиваться.

Объясните пациенту, что тщательный учет съеденного и выпитого важен и ценен по нескольким весомым причинам:

- учет помогает пациенту меняться;
- учет помогает пациенту яснее осознавать свое поведение;
- учет позволяет ужесточить контроль за питанием;
- учет помогает определить, какие паттерны мышления и привычки пациенту нужно изменить;
- учет помогает пациенту и терапевту изучить поведение, привычки и прогресс пациента, а также вычленив обстоятельства, вызывающие проблемы;
- учет помогает пациенту увидеть и осознать, каких перемен к лучшему он достиг;
- учет помогает пациенту идентифицировать главные источники калорий. Эти сведения очень пригодятся, когда пациент начнет планировать, как сбросить вес и стабилизировать достигнутый результат в долгосрочной перспективе. Терапевт должен подчеркнуть, что учет потребляемого жизненно необходим для терапии. Объясните пациенту, что, если он не будет вести детальные записи съеденного и выпитого, терапия, скорее всего, успеха не принесет. Исследования показывают, что, чем большие усилий пациенты прилагают к терапии, тем оно плодотворнее. Подчеркните, что те, кто тщательно и подробно ведет предписанный учет, как правило, сбрасывают больше веса, чем пациенты, не ведущие учет (Boutelle & Kir-shenbaum, 1998).

После этого объяснения пациенту нужно дать экземпляр раздаточного материала «Как вести учет потребляемой пищи и напитков» (табл. 3.3, раздаточный материал А5) и два экземпляра образцов «пищевых дневников» (см. таблицы 3.2 и 3.3, раздаточные материалы В и С). Покажите и объясните на примере этих образцов, как вести пищевой дневник, как его

заполнять, и предоставьте пациенту возможность спросить обо всем, что ему непонятно. Важно подчеркнуть, что дневник нужно заполнять сразу же после трапезы, а не некоторое время спустя, потому что при непосредственном ведении записей учет будет точнее, пациент ничего не упустит из виду, и именно такой учет лучше всего помогает пациентам изучить и изменить свое поведение, привычки и мышление.

ТАБЛИЦА 3.3 Инструкции по наблюдению за собой

Записывайте все, что съели и выпили

Наблюдение за собой крайне важно! Записывать все съеденное и выпитое насущно необходимо для успеха терапии. Такие записи помогут вам точно определить, что именно в вашем поведении нужно изменить, а также помогут вам добиться этапов перемен.

На этом этапе вам нужно записывать все, что вы съели и выпили. Достаточно самого простого описания. Чтобы вести этот дневник, вам нужно везде и всегда брать его с собой. Ниже приведена инструкция, как правильно вести пищевой дневник.

- В графе 1 записывайте точную дату и время, когда вы ели и пили, а также что именно вы съели или выпили. Записывать нужно как можно быстрее после приема пищи, лучше всего сразу.

- В графе 2 вам нужно кратко описать принятую пищу и напитки. Записывайте абсолютно все, не пропуская ничего! Пожалуйста, разделяйте приемы пищи фигурными скобками.

- Графа 3 предназначена для записи места, где вы ели и пили. Если это было дома, укажите точно, в какой именно комнате.

- В графе 4 нужно отмечать звездочкой все то из съеденного и выпитого, что вы считаете лишним. Это должна быть ваша точка зрения, а не чужая.

- В графе 5 записывайте количество потребленных калорий.

- В графу 6 вносите сопутствующие мысли, чувства, обстоятельства, связанные с приемом пищи. Кроме того, отмечайте в этой графе свой вес каждый раз, когда взвешиваетесь.

Обязательно приносите свой пищевой дневник на каждую терапевтическую сессию!

ДЕНЬ Среда

ДАТА 7 октября

Время	Продукты	Место	*	Калории	Примечания
8.45	2 куса черного хлеба 14 г сливочного масла 14 г арахисового масла вода	Кухня	* # #		На самом деле есть не хотелось. Ела не задумываясь
8.55					Вес 103 кг — слишком много
10.50	Диетическая кола	работа			
12.50	Шоколадка из торгового автомата	работа	#	255	
13.00	Бутерброд с креветками и низкокалорийным майонезом, диетическая кола, шоколадка	кафе	*	283 о 255	Калории указаны на упаковке Не хотела ее есть, сама не знаю, зачем съела
15. по	Диетическая кола	работа		0	
18.05	1 ДЖИН-ТОНИК	паб		85	Зашла посидеть с сотрудницами. Коктейль не понравился — думала о том, как неправильно я питаюсь
19.40	Полбуханки хлеба (то есть 400 г), масло, арахисовое масло, 4 бокала красного вина	гостиная	# # # *	880 510 435 340	Калории указаны приблизительно — я ничего не взвешивала. Настроение ужасное. Сама не верю, что опять это сделала. Все, иду спать
		Итого		3392	
10. 00	2 ломтика подсушенного хлеба; плавленый сыр (низкокалорийный); черный кофе	Гостиная		158 25 0	
	Пакетик чипсов	гостиная		110	Не могла удержаться
	Нектарин	кухня		80	Кажется, съела его от скуки
	2 ломтика подсушенного хлеба; плавленый сыр (низкокалорийный); диетическая кола	гостиная		158 25 0	
	Курица (до г) Жареные помидоры (40 г) Морковка (80 г) Цветная капуста (до г)	гостиная		306 172 80 до	Поела с большим удовольствием
	Большой апельсин (130 г)	кухня		91	
	Средний банан 100г белое вино	В гостях у подруги		114 95	Не могла ничего взвесить, поэтому калории подсчитала приблизительно
		ИТОГО		1504	Я умница! Я довольна сегодняшним днем

Кроме всего этого, пациенту нужно дать запас чистых бланков для ведения пищевого дневника (раздаточный материал D). (Как вариант, дайте пациенту один бланк и предложите снять ксерокопию самостоятельно). В завершение

этого этапа скажите пациенту, чтобы он начал вести дневниковые записи с сегодняшнего же дня.

Затем обязательно обсудите с пациентом потенциальные трудности, связанные с ведением дневника. Помогите пациенту предвидеть проблемы, которые могут у него возникнуть. Некоторые пациенты тревожатся, опасаясь, что ведение дневника заставит их «зациклиться» на еде и это даст эффект, противоположный нужному. Терапевту следует признать, что некоторая одержимость едой и впрямь может возникнуть, но лишь на короткое время, а затем вскорости пройдет. Скажите пациенту, что пищевой дневник нужно беречь от посторонних глаз, это - частная жизнь пациента, тем более, что впоследствии пациенту предстоит заносить в дневник соображения и чувства, связанные с терапией, а они носят глубоко личный характер. Пациент должен всегда держать дневник при себе, везде брать с собой и непременно приносить на каждую сессию. Следует также объяснить, что терапевт впоследствии сохранит все дневники пациента.

Некоторые пациенты колеблются и не решаются записывать съеденное и выпитое, особенно в тех случаях, когда стыдятся того, что едят. Терапевту нужно предупредить этот вариант, заверив пациентов, что им незачем стыдиться своего поведения, а также сказать, что ведение дневника - по сути, первый шаг к тому, чтобы начать работать с проблемами и преодолевать их.

Мы, как правило, предпочитаем сохранять все дневниковые записи пациента (записи по само-мониторингу), чтобы у нас всегда оставалась возможность обратиться к ним в будущем по ходу терапии в случае необходимости. Например, обращение к старым записям пациента зачастую помогает верно оценить то, как он прогрессирует в терапии. Другой пример: если у пациента возросло потребление калорий, полезно будет обратиться к его прежним записям, чтобы напомнить ему, как он ранее делал верный выбор в пользу меньшего количества калорий.

Случается, что некоторые пациенты склонны считать, будто вести дневник будет тяжелой работой или неоправданным приложением усилий. Кое-кто начинает вспоминать, как уже пробовал вести подобные записи раньше и из этого, по их мнению, не вышло никакого проку. На это нужно ответить, что пациенты навряд ли вели пищевой дневник в точности так, как им предписывается теперь, то есть настолько подробно и регулярно, и что раньше они наверняка не использовали полученные с помощью дневника сведения столь плодотворно, как это им предстоит теперь по ходу терапии. Здесь же вновь подчеркните принципиальную, основополагающую значимость дневника как успешного старта терапии и залога успеха нашей методики в целом. Практика показывает, что зачастую пациенты и сами не подозревают, как много пользы принесет им ведение пищевого дневника, удивляются, когда это выясняется, а многие под конец терапии вообще не хотят бросать дневник.

Одна наша пациентка рассказывала о себе «я не в состоянии себя контролировать» и объяснила, что нередко перекусывает, чтобы справиться с чувством тревоги или волнения. После первой недели ведения дневника она стала относиться к этому делу с большим энтузиазмом и сообщила, что, как ей кажется, уже немного научилась «держаться в руках» и в результате перекусывала меньше.

Другая пациентка поначалу восприняла необходимость вести пищевой дневник с некоторыми сомнениями: она считала себя многоопытной «диетчицей» и полагала, что и без дневника точно учитывает и знает количество потребляемых ею калорий и разбирается в калорийности пищи. Однако уже через неделю ведения дневника она созналась, что усвоила немало важного. Сначала она решила записать приблизительную, по ее прикидкам, калорийность и объем съеденного за свой обычный день. У нее получилось около 1200 калорий. Затем она записала и подсчитала все так, как рекомендовал терапевт, учитывая абсолютно всю пищу и напитки за тот же самый день, и снова оценила результат — и он значительно превысил 1200 калорий! Пациентка осознала, что, оценивая потребление пищи в течение «среднего» дня (то, что, как ей казалось, она съела в среднем), она забывала о многих мелочах и перекусах в течение дня.

НАЧАТЬ ПОДСЧЕТ КАЛОРИЙ

Терапевт обязан дать пациенту четкие подробные инструкции о том, как подсчитывать потребление калорий. Эту часть сессии ни в коем случае нельзя проводить впопыхах. Пациенту нужно выдать удобное в пользовании руководство по подсчету калорий и показать, как им пользоваться.⁷ Пациенту совершенно точно потребуются кухонные весы, поэтому, если у него их еще нет, скажите, чтобы приобрел как можно скорее. Кроме того, именно сейчас самое время сообщить пациенту, что многие люди значительно недооценивают и преуменьшают количество потребляемых ими калорий, иными словами, без подсчета и мониторинга им кажется, будто съели они меньше, чем на самом деле. Пациент должен бдительно отнестись к этому и тщательно производить повторный подсчет, если ему кажется, будто он преуменьшил количество съеденного, или он не вполне уверен, сколько съел.

Хорошее руководство по подсчету калорий написано доступно и понятно, а также составлено так, чтобы в нем легко было найти название нужного продукта (например, продукты должны быть сгруппированы по какому-то принципу или расставлены по алфавиту или по убыванию) возрастанию калорийности). Калории должны быть соотнесены с весом и, в случаях, когда порции всегда одинакового размера, соотнесены с порцией (например, печенье определенной марки - столько-то калорий, столько-то веса; или: среднее яблоко). Желательно, чтобы в руководстве не было излишней информации, скажем, сведений по составу питательных макроэлементов.

В отдельных случаях терапевт может решить отложить подсчет калорий до следующей сессии. Отложить рекомендуется в тех случаях, когда у терапевта уже не хватает времени объяснить пациенту важность и принципы подсчета калорий подробно и неторопливо или если выясняется, что пациенту подсчет калорий кажется слишком трудным делом. Если это так, лучше попросить пациента (в качестве домашнего задания) записывать все, что он съел и выпил, но без подсчета калорий. Однако в подавляющем большинстве случаев познакомить пациента с принципами подсчета калорий уместно уже на вводной сессии.

ПОДГОТОВИТЬ ПАЦИЕНТА К ОГРАНИЧЕНИЮ КАЛОРИЙ

На этом этапе терапевт объясняет пациенту, что тому не нужно в ближайшую неделю изменять свои привычки в питании. Вместо этого от пациента требуется, питаясь так, как он привык, максимально точно подсчитывать калории и внимательно учитывать все съеденное и выпитое. То есть для начала задача пациента - просто научиться вести за собой наблюдения. Это уже само по себе потребует концентрации внимания. Однако здесь же терапевт в обязательном порядке

предупреждает пациента, что на следующей сессии его попросят начать ограничивать потребление калорий до 1500 кал. в день. (Если обычный прием калорий у пациента значительно превышает эту цифру, то сначала нужно задать не столь значительное ограничение. Подробнее см. в описании первой сессии). В это время пациенту нужно питаться как он привык, лишь продумывая, как лучше приспособиться, чтобы соответствовать заданному критерию и потреблять меньше калорий. Затем пациент обсудит свои идеи и соображения с терапевтом на следующей сессии.

НАСТРОИТЬ ПАЦИЕНТА И НАЧАТЬ ВЕСТИ ГРАФИК ДИНАМИКИ ВЕСА

Как постепенно станет ясно пациенту, главная составляющая этой методики заключается в том, чтобы пациент знал, сколько он весит, и умел толковать индивидуальные результаты взвешивания. Обычно сессии начинаются с того, что терапевт взвешивает пациентов, однако на вводной сессии взвешивание нужно отложить до самого конца сессии. После взвешивания терапевт сообщает пациентам и отмечает на индивидуальных графиках их вес. Индивидуальный график динамики веса выглядит следующим образом: на горизонтальной оси отмечается дата или неделя терапии, а на вертикальной - вес пациента.

ДОГОВОРИТЬСЯ О ЕЖЕНЕДЕЛЬНОМ ВЗВЕШИВАНИИ

Терапевт объясняет, что, хотя пациенты и будут в обязательном порядке взвешиваться на каждой сессии, однако им также следует самим еженедельно взвешиваться дома. Еженедельное самостоятельное взвешивание пациентов - второй краеугольный камень терапии. Оно поможет пациентам отслеживать перемены в весе, когда начнется снижение веса, но, что еще важнее, еженедельное взвешивание принципиально важно для стабилизации достигнутого веса на втором этапе (см. главу 11).

Пациентам нужно объяснить, что рекомендуется именно еженедельное взвешивание (день недели - по выбору пациента, но взвешиваться всегда надо с утра). Еженедельное взвешивание дает необходимое количество информации о весе пациента, позволяющее отследить динамику изменений. Если взвешиваться реже, то получится обратная связь, недостаточная на этой стадии терапии, а взвешиваться чаще тоже будет ошибочно, потому что это грозит привести к одержимости пациента повседневными мелкими флюктуациями веса, что, в свою очередь, помешает пациенту придерживаться диеты. Например, пациент наверняка будет обескуражен и разочарован в те дни, когда обнаружит прибавку в весе или что вес не уменьшился, а между тем такие дни случаются часто, даже у пациентов, ограничивающих себя в потреблении калорий. На изменение и колебания веса в краткосрочной перспективе влияет множество факторов (например, количество жидкости в организме или день менструального цикла), и эти побочные факторы способны заслонить или преувеличить реальную динамику.

Пациентов нужно также предупредить, что истолковать индивидуальные показания весов невозможно, потому что по целому ряду причин вес значительно колеблется в течение дня и день ото дня, и поэтому ты не можешь с точностью сказать, взвешиваешься ли в тот момент, когда твой вес на пике, или на минимуме, или где-то посередине. Скажите пациенту, что отслеживать нужно динамику веса в течение более длительного срока, и вот такая динамика будет информативна; минимум — три или четыре прочтения в недельный интервал.

Если у пациента нет весов, ему нужно сказать, что их обязательно следует купить. Точные и отлаженные весы вполне можно приобрести за умеренную сумму, они не обязательно должны быть дорогими.

Нередко случается, что показатели весов пациента и терапевта расходятся, то есть, взвешиваясь дома, пациент получает одну цифру, взвешиваясь у терапевта - другую. Если разночтение постоянно, то никаких проблем нет, а если разночтение колеблется, то пациенту следует купить более точные весы.

При каждом взвешивании дома пациенту нужно записывать свой вес в правую колонку пищевого дневника. Кроме того, пациент должен отмечать вес на графике. От терапевта требуется научить пациента, как это делать. Обязательно напомните, чтобы пациент всегда отмечал на горизонтальной оси графика дату или неделю терапии.⁸

Завершение сессии

Приложите все усилия, чтобы и вводная сессия, и все последующие обязательно заканчивались на бодрой, положительной ноте. Пациенты должны уйти от вас воодушевленными, с оптимистичным настроением, четко представляя себе, что им надлежит делать далее. Кроме того, в конце сессии выкроите несколько минут на то, чтобы пациенты могли задать вам вопросы.

В конце сессии подведите итоги, чтобы у пациента отложилось четкое представление обо всем пройденном и обсужденных темах. В целом будет не слишком реалистично ожидать от пациента на этом этапе, что он сможет сам подвести итоги сессии, однако в дальнейшем по ходу терапии уже будет уместно предложить пациенту подвести итоги самому, вслух. На прощание напомните пациенту, что эта сессия получилась нехарактерно длинной и что последующие встречи будут не

⁸ Терапевту и пациенту нужно сразу договориться, как лучше отмечать вес на графике: собственно очередные показания весов или изменения в весе пациента со времени предыдущего взвешивания. Если пациент намерен держать график там, где его смогут увидеть другие, предпочтительнее отмечать не показания весов, а изменения в весе (например, не «103 кг», а «меньше на 1 кг»). К тому же многие пациенты находят, что записывание изменений в весе больше воодушевляет.

длиннее 50 минут. Заодно предупредите пациента, что следующие сессии будут проходить по стандартной схеме (как при когнитивно-бихевиоральном лечении булимии [Wilson et. Al, 1997]; см. главу 4). Под конец обязательно выясните, четко ли пациент понял домашнее задание, которое вы ему назначили. В общих чертах это задание таково:

1. Начать учет выпитого и съеденного, записывая в том числе и количество калорий.
2. Еженедельно взвешиваться.

Когда назначить следующую сессию

Как правило, мы советуем назначить следующую сессию через 4-7 дней.

СЕССИЯ I

Примерный план сессии

- взвесить пациента и записать его вес на графике динамики веса;
- проверить, взвешивался ли пациент дома и с каким результатом;
- пациент и терапевт вместе проверяют пищевой дневник пациента;
- пациент и терапевт вместе обговаривают программу сессии;
- проработать оговоренные темы сессии;
- договориться о том, какое домашнее задание получает пациент;
- подвести итоги сессии.

В ходе сессии I большая часть времени отводится на совместный просмотр дневника пациента (около 30 минут). Как и всегда, нужно спросить пациента, какие именно вопросы и проблемы он хотел бы обсудить в течение сессии. Терапевт в обязательном порядке включает в программу сессии следующие

пункты: установить и обсудить сомнения и тревоги пациента относительно терапии; вкратце обрисовать пациенту опасности для здоровья, которые таит избыточный вес; посоветовать пациенту начать ограничивать потребление калорий 1500 кал в день (если только не поставлен предел повыше из-за того, что раньше пациент потреблял значительно больше калорий). Нужно вкратце обсудить, как добиться ограничения калорий. Объем обсуждаемого материала нужно приспособить под возможности конкретного пациента.

В то же время терапевту надо приложить все усилия, чтобы завязать с пациентом доверительные отношения. Терапевт должен воодушевлять и поощрять пациента, подчеркивать его успехи, хвалить за каждый из них. Особого внимания должны удостоиться успехи по части наблюдения пациента за собой (ведения пищевого дневника) и подсчета калорий.

С пациентами, которые на вводной сессии проявили колебания в своей мотивации, на этой первой встрече мотивацию нужно проработать глубже: подробнее обсудить «за» и «против» похудения. Затем, в зависимости от того, решил ли пациент продолжать терапию, ему нужно дать домашнее задание, соответствующее сессии (то есть наблюдение за собой, подсчет калорий и еженедельное взвешивание). Иными словами, с такими пациентами надо продолжать работу с той точки, на которой вы остановились в прошлый раз, и они, соответственно, будут проходить материал сессии I на неделю позже прочих пациентов.

Если мотивация пациента по-прежнему колеблется, тогда ей нужно посвятить всю сессию целиком. Бессмысленно переключаться на терапию, если пациент еще не решил, прилагать ли ему усилия к похудению.

Содержание сессии

В.ЧВЕСИТЬ ПАЦИЕНТА

Терапевт взвешивает пациента точно так же, как и в прошлый раз. Терапевт заносит показания весов на график динамики веса; пациент наблюдает. При необходимости график можно

сопровождать пояснительными заметками (например, показания весов на каникулах, в день рождения и т. д.).

В ходе этой сессии собственно теме веса много внимания уделять не нужно. Никаких перемен в весе не ожидается, хотя небольшое уменьшение веса и возможно - благодаря наблюдению пациента за собой и подсчету калорий. Если и впрямь окажется, что пациент сбавил вес, терапевту нужно откликнуться позитивно, похвалить и поощрить пациента. Если же вес пациента не претерпел изменений или возрос, терапевту все равно нужно подбодрить пациента, заметив, что сегодня в программе сессии - начало ограничения калорий.

ВЗВЕШИВАНИЕ НА ДОМУ

Прежде чем поговорить с пациентом о том, как вести дневник, вполне естественно и логично обсудить проблему самостоятельного взвешивания на дому. Очень важно, чтобы пациент вел регулярные наблюдения за собственным весом, и их необходимость нужно обсудить и подчеркнуть с начала терапии. Посоветуйте пациенту взвешиваться раз в неделю (причины, по которым это оптимально, см. в описании вводной нулевой сессии) и записывать свой вес на индивидуальном графике динамики веса. Напомните пациенту, чтобы он не спешил делать выводы о своем весе и его колебаниях, исходя из отдельных замеров (то есть тенденции колебаний веса можно будет проследить только со временем, когда таких замеров будет сделано несколько).

Если пациент стремится взвешиваться чаще раза в неделю, настоятельно отговорите его. Возможно, некоторым пациентам будет даже трудно удержаться и не взвешиваться слишком часто, потому что они будут бояться, как бы не набрать лишний вес в перерывах между еженедельными взвешиваниями. Чтобы успокоить пациента, предложите ему такой способ: между взвешиваниями убирать весы с глаз долой, чтобы избежать соблазна взвешиваться слишком часто. Однако на данной стадии терапии чрезмерно частое взвешивание не должно быть главной причиной беспокойства. Объясните, что позже еще вернетесь к вопросу о взвешивании (глав 7).

Бывают и пациенты, которые, напротив, активно уклоняются от самостоятельного взвешивания на дому. Это указывает на чрезмерную озабоченность собственным весом. Вот такое отношение к взвешиванию - действительно более серьезная помеха в терапии, чем слишком частое взвешивание. Ведь для успеха терапии знать вес пациента принципиально необходимо - и ему самому, и терапевту. Поэтому пациенту нужно как следует объяснить взаимосвязь между потребляемой энергией (калориями) и его весом, и желательно сделать это, когда вы будете прорабатывать с пациентом связь между его весом и состоянием фигуры, а также когда займетесь работой с его целями по потере веса (см. главу 8). Обязательно доведите до сведения пациента, насколько ему важно знать собственный вес и следить за динамикой веса. Скажите, что без этого терапия не состоится. Хотя, возможно, у терапевта и появится искушение отложить разговор о том, что пациент боится взвешиваться и знать свой вес, на потом, откладывать этот разговор нельзя ни в коем случае. Повторим, если пациент не отслеживает свой вес, то терапию продолжать нельзя.

Пациента нужно заранее предупредить, что, когда он начнет регулярно взвешиваться и вести график динамики веса, его тревога по поводу веса практически наверняка возрастет и что, помимо этого, у него наверняка возникнет побуждение взвешиваться чаще, чем раз в неделю. Скажите пациенту, что подобная тревога и такое побуждение скоро пройдут.

П РОСМОТР ПИЩЕВОГО ДНЕВНИКА .(Л ПРОШЕДШУЮ НЕДЕЛЮ

После того, как на вводной нулевой сессии пациенту объясняют основы наблюдения за собой и то, как вести пищевой дневник, каждую последующую сессию терапевту нужно начинать с проверки записей пациента - выяснить, что именно

записал пациент за прошедшую неделю. На первых нескольких сессиях дневник нужно обсуждать очень подробно (см. Fairburn et al., 1993). Таким образом, вы выполните две задачи. Во-первых, получите точную подробную картину привычек пациента в питании. Во-вторых, поощрите и подкрепите энтузиазм пациента,

касающийся домашнего задания. Мы уже говорили, что по ряду причин регулярное наблюдение пациента за собой - ключевой момент в терапии, и то, насколько внимательно и с отдачей он это делает, будет пропорционально вниманию, которое терапевт уделяет разбору дневника пациента на первых сессиях. Уделяя пристальное внимание анализу дневника пациента, вы тем самым дадите ему заряд энтузиазма на весь курс терапии, и пациент и впредь будет вести дневник очень тщательно.

Как уже отмечалось на вводной сессии, зачастую пациенты смущены тем, что, когда и как едят, и поэтому им не удается вести точные записи и учет съеденного и выпитого. Если при подсчете калорий объем потребленной энергии оценен неточно и преуменьшен, то у терапевта и пациента может сложиться неверное впечатление о том, правильно ли себя ведет пациент, и искаженная картина соотношения между потребленной энергией и потерей веса. Иногда происходит и обратное: пациент переоценивает, преувеличивает количество потребленной пищи и ее калорийность, и в итоге это может привести пациента к более жесткому, даже избыточному самоограничению в калориях. Точный и подробный дневник и наблюдения за собой поможет избежать отклонений как в одну, так и в другую сторону и позволит пациенту в дальнейшем вести учет и записи точнее.

Как видите, терапевту совершенно необходимо приложить все возможные усилия к скрупулезному анализу дневников пациентов на первых сессиях. Нужно проверять, через какой интервал после приема пищи и напитков пациент записывал данные в свой дневник (сразу же, как рекомендуется, или все-таки некоторое время спустя). Нужно проверять точность описания, а также то, не упустил ли пациент что-нибудь намеренно или случайно, по забывчивости. Важно вести этот анализ и расспросы доброжелательно, избегая критического тона. В любом случае нужно вновь напомнить пациенту о том, что записывать данные в дневник следует непосредственно после приема пищи и питья, не откладывая запись на потом, по памяти, потому что память может и подвести. Скажите, что только точная и непосредственная запись гарантирует пациенту, что он получит полную картину происходящего. Объясните, что цель дневника - помочь

пациенту следить за собой и своим прогрессом на протяжении всей терапии, а для этого дневник должен быть точным. Если пациент пожалуется на какие-то сложности, мешающие ему вести дневник, обсудите их как можно подробнее и найдите выход из положения. Если пациент ведет пищевой дневник прилежно и точно, записывает свои данные сразу после трапезы и прилагает усилия, его необходимо как следует похвалить.

Лучше и плодотворнее всего, если пациент, показывая терапевту свой пищевой дневник, возьмет на себя ведущую, активную роль, роль рассказчика. Чтобы облегчить ему процесс рассказа, задавайте наводящие вопросы, если что-то будет неясно. Такой подробный отчет не только информативен сам по себе, но и подтвердит пациенту, как важно считать калории, и убедит его прилежно работать дальше.

Просматривая дневник пациента, вам нужно держать в уме следующие основные вопросы.

1. Все ли записывает пациент? Нужно регулярно задавать пациенту этот вопрос при каждом просмотре дневника. Каждый раз, как у вас возникают подозрения, что пациент допустил неточность, надо задавать вопрос и разбираться. Например, вы можете столкнуться с откровенной ошибкой, скажем, пациент просто забыл записать очередной перекус или трапезу. С тем же успехом в дневнике может найтись намеренный пропуск или преуменьшение. Чаще всего пациенты склонны опускать случаи переедания и особенно приступы обжорства. Точный учет всего съеденного и выпитого нужен не только для подсчета потребляемой энергии, но и чтобы выяснить, какие бихевиоральные препятствия мешают правильному поведению пациента - приступы обжорства, «покусовничанье», заедание стресса и т. д.

2. Точно ли пациент оценивает размеры порций? Точность определения объема порции принципиально важна для вычисления полученных калорий, то есть энергии. Подсчет - трудоемкий процесс, он требует взвешивания пищи. По вполне понятным причинам большинство пациентов с ходом времени постепенно начинает пренебрегать взвешиванием пищи. А что в итоге? В некоторых случаях это приводит к тому,

что пациент постепенно увеличивает порции пищи, сам того не замечая, и в результате процесс похудения значительно и неизбежно замедляется. Поэтому регулярно спрашивайте пациентов, как они вычисляют порции пищи, а если обнаружите потенциальный источник ошибки, его надо поставить на вид, обсудить и проработать.

Одна наша пациентка лечилась уже 4-й месяц, и темп похудения у нее снизился с 0,9-1,8 до 0,5 кг в неделю. Она недоумевала, чем это объяснить, и списывала замедление на свой «метаболизм». Терапевт решил, что ему необходимо вместе с пациенткой еще раз повторить и проработать все принципы ведения дневника, чтобы таким образом определить источник проблемы. Судя по всему, пациентка записывала все съеденное и выпитое, и подсчет калорий, который она производила, вроде бы был точным. Однако при расспросах выяснилось, что теперь, на 4-м месяце терапии, она почти перестала взвешивать порции пищи. По словам пациентки, она больше не чувствовала в этом необходимости, потому что считала, будто точно знает размеры своих порций. Терапевт ответил, что это, возможно, и правда, однако учитывая, что процесс похудения замедлился, нужно обязательно вернуться к взвешиванию пищи на ближайшие несколько недель и проверить, точны ли были подсчеты пациентки. Он предложил проделать это в форме эксперимента. В итоге оказалось, что, хотя пациентка и впрямь довольно точно оценивала вес некоторых продуктов и блюд, например, порции мяса и рыбы, но в других случаях ее оценки были крайне неточны (скажем, она ошибалась, на глазок прикидывая вес порций макаронных изделий, пасты). Терапевт и пациентка пришли к выводу, что именно недооценивание размеров порция в основном и стало причиной того, что процесс похудения притормозился. Они решили, что пациентке нужно в ближайшее время продолжать взвешивать пищу, а позже отметили, что, вернув-

шись к этому ритуалу, пациентка получила свои плюсы: взвешивание пищи, как это часто бывает, побудило ее сократить количество съедаемого. В итоге пациентке удалось восстановить прежний темп похудения.

3. Точен ли пациент в подсчете калорий? Точность подсчета калорий - это тоже вопрос, который нужно проверять и рассматривать подробно. Выясните, как именно пациент пользуется руководством по подсчету калорий, обязательно интересуйтесь, нет ли у пациента вопросов и сомнений в том, как его применять. Просматривая пищевой дневник вместе с пациентом, спрашивайте, как тот подсчитал содержание калорий в перечисленных съеденных блюдах, начиная с

простых (то есть фруктов, упаковок, на которых обозначена калорийность или вес) и кончая сложными (то есть подсчетом калорийности блюд, съеденных в ресторане или кафе). Будьте осторожны и тактичны, задавайте эти вопросы дружелюбно и заинтересованно, а не в форме вызова. Пациент должен понять и ощутить, что ваша цель - не проверить, осудить или уязвить его, а помочь ему повысить точность подсчетов. Если вы выявили неточности в подсчетах калорий, покажите пациенту на конкретных примерах, как подсчитывать калории определенных блюд - тех, с которыми пациент потерпел неудачу, а также посоветуйте другие способы повысить точность подсчета калорий. Нередко мы советуем терапевтам самим тренироваться в подсчете калорий и взвешивать собственную пищу - испробовав это на практике, легче будет объяснить все пациенту, а заодно терапевт поймет, какой это трудоемкий процесс.

Одна наша пациентка занервничала на сессии в ходе просмотра и обсуждения своего дневника. Терапевт уловил ее нервозность и поинтересовался, в чем дело. Пациентка призналась, что записала не все съеденное прошлым вечером. Согласно ее записям, последняя трапеза была в 19-30, но на самом деле, по ее словам, с 20.30 до 22.00 она еще неоднократно перекусывала,

точнее, практически непрерывно (этот паттерн питания зачастую называют уничижительным словом «пастбище», то есть пациент как бы «пасется», непрерывно пощипывая пищу). Пациентка была глубоко пристыжена содеянным и решила не записывать эти перекусы. Терапевт тепло поблагодарил пациентку за откровенность и честность. Он признал, что записывать то, чего стыдишься, очень трудно. С помощью наводящих вопросов и участливого, безоценочного тона ему удалось помочь пациентке осознать, как важно бороться с проблемами в питании, включая и те, в которых она созналась.

Некоторые пациенты являются на сессии с незаполненными дневниками и оказывается, что за прошедшее время они вообще за собой не следили. Обязательно попытайтесь разобраться, почему это произошло, поскольку такое отношение к домашнему заданию не сулит пациенту успешной терапии. Попросите у пациента объяснений заинтересованным, дружелюбным, но озабоченным тоном. Иногда будет уместно встретить новость с подчеркнутым удивлением, показав, что пренебрежение пациента дневником - это саботаж терапии. Разберите с пациентом возможные причины, побудившие его пренебречь домашним заданием. Непременно снова и полностью повторите пациенту, почему ему так важно следить за собой для успешной терапии.

Разумеется, нежелание пациента вести пищевой дневник и следить за собой вполне может сигнализировать о том, что ему не хватает мотивации в целом. В подобном случае нужно повторить процедуры, проведенные в ходе вводной сессии. Ни в коем случае не игнорируйте признаки недостаточно сильной мотивации у пациента, потому что они служат первыми знаками ослабевающего желания лечиться и сулят проблемы.

Подробно разобрав процесс ведения записей, можно переходить к их содержанию. Вместе с пациентом проанализируйте, что оказалось основным источником калорий. Разбирая этот вопрос, нужно не только высказывать свое мнение, но и непременно спрашивать мнения пациента.

Весьма желательно подвести итоги разбора дневников и в особенности попросить пациента ответить на вопрос, была ли для него прошедшая неделя типичной в смысле питания, питался ли он как обычно.

ДОГОВОРИТЬСЯ О ПРОГРАММЕ НА ОСТАТОК СЕССИИ

После анализа дневника следующим шагом пациенту и терапевту на каждом, не только на первой сессии, нужно договариваться, чем именно будет занят остаток сессии, чтобы обе стороны знали, что предстоит делать и о чем говорить. Дайте пациенту возможность высказать свои пожелания по программе, ответить, какие вопросы он хотел бы обсудить (и есть ли у него вопросы). В данном случае, то есть на первой сессии (а оно не вполне типично, потому что в следующий раз процесс ведения дневника уже не будет подлежать такому подробному разбору и не займет столько времени), дальнейшая программа, скорее всего, будет включать такие пункты. Нужно будет выявить и обсудить тревоги и сомнения, связанные с терапией, обрисовать пациенту и все опасности для здоровья, которыми грозит избыточный вес, и, наконец, сказать ему, чтобы он начал ограничивать потребление энергии и объяснить, как это делать.

Обсуждение тревог и сомнений насчет терапии

Спросите пациента, есть ли у него какие-то вопросы, тревоги или сомнения относительно того, что уже обсуждалось. Если есть, разберите их. Снова подчеркните, что основной акцент в терапии делается на долгосрочные изменения в весе, то есть на то, чтобы пациент не просто похудел, но надолго сохранил достигнутый результат.

Расскажите пациенту об угрозе для здоровья, которую несет избыточный вес

Далее вам нужно подробно рассказать пациенту, чем грозит его здоровью избыточный вес. Важно вести рассказ так, чтобы просветить пациента, но отнюдь не в тоне запугивания. Еще раз повторим, что, как уже говорилось ранее, мы настоятельно советуем придерживаться термина «избыточный вес» и избегать

выражений «ожирение» и «тучность». Лучше всего начать этот этап разговора с вопроса пациенту: знает ли он уже о том, чем грозит здоровью избыточный вес, и, если знает, то что именно? В зависимости от ответа, учитывая степень информированности пациента, восполните пробелы в его знаниях.

Перечислим все, чем избыточный вес угрожает здоровью.

- Повышенное давление (угроза инсульта).
- Сердечно-сосудистые заболевания (угроза инфаркта).
- Повышенное содержание холестерина в крови (связано с угрозой сердечно-сосудистых заболеваний).
- Диабет.
- Синдром ночного апноэ. Происходит это так: верхние дыхательные пути во сне начинают отказывать, человек начинает громко храпеть, внезапно просыпается и затем мгновенно засыпает; в итоге получается прерывистый сон, который не приносит организму отдыха и приводит к усталости днем. В крайних случаях возможно удушье и остановка дыхания во сне.

• Остеoarтрит (изнашивание ткани, которая защищает суставы, в частности, коленей, бедер, спины).

Очень важно непременно сообщить пациенту, что похудение значительно сокращает риск этих заболеваний, которыми чреват избыточный вес, а если они уже есть, то они ослабевают. Даже если пациенту удастся похудеть незначительно (всего на 5% от изначального веса), такое похудение все равно сокращает или избавляет от заболеваний,

вызванных избыточным весом (Blackburn, 2002). Более подробную информацию об опасностях для здоровья, которыми грозит избыточный вес, см. в: Manson, Skerrett & Willet (2002) и в: Pi-Sunyer (2002).

Расскажите пациенту о неправильных и нездоровых способах контролировать вес

Пациентам, которые признаются в том, что намеренно вызывают у себя рвоту, принимают слабительные или мочегонные, стремясь сбросить вес, нужно в обязательном порядке рассказать, что все эти методы непродуктивны и чреваты серьезными расстройствами здоровья. (См. Fairburn. 1995).

Познакомьте пациента с диетой, построенной на ограничении потребляемой энергии

Теперь, при условии, если пациенту удалось начать вести учет потребляемых калорий, его пора знакомить с диетой, построенной на ограничении калорий. Для начала наиболее подходящий уровень для большинства пациентов - это среднесуточное потребление 1500 кал. В отдельных случаях уровень можно повысить, например, если до этого пациент потреблял значительно больше калорий в сутки и придерживаться порога в 1500 кал в сутки ему будет трудно (то есть цель будет нереалистичной, а зазор в уровне калорий слишком велик). Однако даже в таких случаях следует стремиться к тому, чтобы достигнуть уровня 1500 кал в день как можно скорее.

Некоторые пациенты, возможно, выразят желание ограничить потребление калорий еще больше, то есть опустить планку ниже 1500 кал в день. Им нужно объяснить, что такой относительно умеренный уровень калорий подобран, чтобы устраивать практически всех, потому что в подавляющем большинстве случаев он приводит к снижению веса на 0,5-1 кг в неделю. Полторы тысячи калорий в день также позволяют соблюдать нормально сбалансированную диету. В то же время меньшим количеством калорий в течение долгого времени ограничиваться непосильно - большинство пациентов это подтверждает. А те, кто заявляет, будто легко придерживается пониженного уровня (ниже 1500 кал в день), скорее всего, недооценивают реальное количество потребляемых ими калорий и неточно ведут учет. Именно поэтому мы и советуем начать с уровня 1500 кал в день и, если пациенту он дается легко, тогда можно понизить уровень до 1200 кал в день.

Вам нужно четко и внятно донести до пациента следующие пункты.

1. Диета в 1500 калорий в день приводит к уменьшению веса у тех, кто страдает избыточным весом.
2. Такой режим питания потребует умеренного, но не строгого ограничения в пище. Позже по ходу терапии, если понадобится, пациент сможет перейти на более строгое ограничение.
3. Главное на этом этапе - чтобы пациент свыкся с ограничением калорий. В этом ему очень поможет тщательный учет потребляемых калорий.
4. Придерживаться ограничений также поможет регулярный суммарный подсчет калорий.

Познакомив пациентов с ограничением в 1500 калорий в день, нужно спросить их, как они относятся к подобной перспективе - ограничить свой ежедневный рацион до указанного уровня. Как правило, это порождает обсуждение, и пациенты высказывают идеи, как именно можно добиться такого сокращения калорий. Нужно подчеркнуть, что 1500 калорий в день - это желательное среднее потребление калорий, ориентир. В этой цифре не таится никакого волшебства и ее не нужно соблюдать с точностью до единицы. В какой-то день пациент вполне может съесть чуть больше, в какой-то чуть меньше. Главное, чтобы у пациента было стремление ежедневно ориентироваться на эту цифру в среднем, то есть на 10 500 калорий в неделю, без резких колебаний от одного дня к другому.

ПОДВЕДИТЕ ИТОГИ СЕССИИ

Подвести итоги сессии может терапевт, но можно предоставить это и самому пациенту. Главное - повторить, что обсуждалось сегодня и что проделано.

ОГОВОРИТЕ ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ

Терапевту и пациенту нужно договориться, какое домашнее задание пациент получит на неделю. В подавляющем большинстве случаев задание сводится к тому, чтобы продолжать вести пищевой дневник, подсчитывать калории и теперь уже ограничить потребление калорий в среднем до 1500 калорий в день. Такое задание пациент будет получать на протяжении всего первого этапа терапии - этапа снижения веса.

Следующая сессия

Как правило, следующую сессию назначают через неделю.

Глава 4

МОДУЛЬ П. ЗАПУСК

И ПОДДЕРЖАНИЕ ПОТЕРИ ВЕСА

После того как пациенты включаются в процесс терапии и уже научились отслеживать принимаемую пищу и потребляемые к.кюрии, основной целью становится сброс веса (табл. 4.1). Эта н.м.1 уже была оговорена в конце предыдущей сессии (первой «чсии), вместе с договоренностью, что пациент постарается придерживаться потребления в среднем 1500 калорий в день. Модуль II преследует две цели:

1. Запустить и поддерживать процесс сбавки веса.
2. Определить, когда пациент сможет перейти к стабилизации достигнутого веса.

В этой главе речь пойдет о стратегиях, необходимых для достижения этих двух целей.

Как правило, мы проводим первые пять сессий, направленных на сброс веса (сессии 2-6) еженедельно, чтобы приучить пациента к нужным бихевиоральным изменениям. Следующие сессии, после 6-й, проводятся уже раз в две недели. Каждая сессия проводится по стандартной схеме (см. таблицу 4.1). Она начинается со взвешивания пациента, затем совместной проверки пищевого дневника и домашнего задания, затем обсуждения программы на остаток сессии (пациент и терапевт решают, какие вопросы обсуждать далее). Программа будет зависеть от того, какого рубежа в терапии достиг пациент и от степени его прогресса. Терапевту нужно не только познакомить пациента с новыми стратегиями, но также проверить, по-прежнему ли пациент применяет те техники, которым его уже научили. На этом этапе, как и на прочих, очень важно активное сотрудничество между терапевтом и пациентом, причем пациента нужно всячески поощрять к активности, особенно в обсуждении программы на остаток сессии: важно, чтобы он сам заявил, какие вопросы и моменты остались ему непонятны. В частности, очень полезно спросить пациента, не предстоит ли ему

какое-либо мероприятие, которое может помешать придерживаться ограничения в калориях (отпуск, праздники, поездка, вечеринка и т. д.) Обязательно отведите время на обсуждение такого мероприятия, но постарайтесь уложиться в рамки сессии с обсуждением и всех прочих вопросов, которые запланированы.

ТАБЛИЦА 4.1

Программа стандартной сессии

1. Запишите вес пациента и отметьте его на вашем графике динамики веса. Сравните этот график с тем, который пациент ведет самостоятельно. Вместе с пациентом истолкуйте обнаруженные изменения в весе.

2. Вместе с пациентом просмотрите свежие записи в его пищевом дневнике и графики, проверьте, как пациенту удалось выполнить домашние задания.

Б. Вместе договоритесь о программе на остаток сессии. Спросите пациента, какие проблемы и вопросы он бы хотел обсудить.

4. Проработайте заданную программу.

5. Договоритесь о новом домашнем задании.

6. Подведите итоги сессии, перечислите то, что обсудили (это можно доверить и пациенту).

Работе по оговоренной программе должна быть посвящена большая часть сессии. Позаботьтесь о том, чтобы у вас хватило времени и на проверку домашнего задания, и на подведение итогов. Всегда нужно подчеркивать прогресс пациента, если он есть, и постараться завершить сессию на бодрой и положительной ноте.

Договариваясь с пациентом о домашнем задании, соблюдайте принципы, изложенные в таблице 4.2.

ТАБЛИЦА 4.2 Принципы разработки домашних заданий

• Составляйте домашние задания так, чтобы они были ориентированы на конкретного пациента, и пользуйтесь его участием.

• Разрабатывайте домашние задания так, чтобы они звучали четко, конкретно и были выполнимыми.

• Подробно обсуждайте суть домашних заданий с пациентом, чтобы убедиться, что он понял их полностью.

• Объем домашнего задания не должен быть слишком велик, чтобы не перегружать пациента.

• Рационально обосновывайте каждое задание - так, чтобы пациенту обоснование было понятно.

• Дайте пациенту понять, что ожидаете от него выполнения всех заданий.

• Попросите пациента при вас записать домашнее задание, чтобы он не забыл суть.

• Попросите пациента по возможности предвосхитить потенциальные трудности, связанные с домашним заданием, и примените стандартный алгоритм решения задач, то есть проработайте каждое препятствие как задачу, для которой нужно найти решение.

• Проверьте домашнее задание на следующей сессии. Обязательно хвалите пациентов, если задание выполнено.

Непрерывно расспрашивайте, были ли сложности с выполнением, и выясняйте, по каким причинам. Все эти сложности также прорабатывайте по стандартному алгоритму решения задач.

ЗАПУСК И ПОДДЕРЖАНИЕ ПОТЕРИ ВЕСА

Чтобы добиться убывания веса, пациенту нужно постоянно поддерживать дефицит энергии, то есть расходовать больше калорий, чем он потребляет. Этого легче всего достигнуть, сократив

потребление энергии (то есть пищи и питья). Таким образом, сессии на данном этапе терапии сосредоточены главным образом на том, чтобы помочь пациенту обеспечить и поддерживать уменьшенное поступление калорий и отслеживать, как это будет влиять на его вес. Содержание этих сессий описано далее. Если не указано иначе, с их составляющими пациента нужно знакомить постепенно. Будьте осторожны, чтобы не перегрузить пациента избытком информации или домашних заданий.

Взвешивание пациента

Напоминаем, что каждую сессию терапевт должен начинать со взвешивания пациента. Это необходимо по двум причинам. Во-первых, большинство пациентов горячо интересуется своим «официальным» весом, во-вторых, взвешивание на сессии снабжает терапевта нужными сведениями о прогрессе пациента в терминах веса.

Взвесив пациента, занесите его вес на график динамики веса. Сосредоточившись на тенденциях в динамике веса, терапевт и пациент смогут проследить прогресс в целом. После того, как пациент переходит на диету в 1500 калорий в сутки, следует ожидать, что вес сразу же начнет уменьшаться. На начальной стадии снижение веса, как правило, идет быстрее, чем в дальнейшем.

Записав вес пациента, спросите его о прогрессе в целом. Это необходимо для того, чтобы выяснить установку пациента относительно снижения веса. На этом этапе терапевту нужно просто выполнить следующие пункты.

• Подчеркните, как важно пациенту сосредоточиться на тенденциях веса с течением времени (то есть за прошедшие 3-4 недели), а не на отдельных показаниях весов, вырванных из общего контекста. Отдельные показания весов невозможно истолковать правильно, потому что на них влияют естественные флюктуации (колебания) веса в течение дня и от одного дня к другому, а также краткосрочные изменения, которыми организм откликается на ограничение потребляемых калорий (энергии). Подчеркните, что, даже когда паци-

ент строго соблюдает все предписания, зачастую случается, что, допустим, в течение какой-то одной недели его вес не меняется.

• Обязательно похвалите пациента за любое снижение веса.

• Если снижения веса не происходит дольше, чем в течение 3 недель, выразите озабоченность (за исключением случаев, когда до этого у пациента уже было значительное снижение веса, а теперь процесс замедлился).

• Подчеркните, что самое главное в соблюдении предписаний - это держаться в заданных рамках ограничения калорий (1500 калорий в день). Если пациент будет прилежно и последовательно соблюдать это предписание, то начнется снижение веса.

Снова и снова подчеркивайте, что пациенту важнее всего сосредоточиться на изменении своего поведения и, что если у него это получится, то «вес пойдет на убыль сам».

Ниже приводится диалог между пациентом (П.) и терапевтом (Т.), связанный со снижением веса. Он иллюстрирует

перечисленные пункты.

П.: Значит, я вешу столько же, сколько и в прошлый раз?

Т.: Да. А что показали ваши домашние весы?

П.: Примерно то же самое. Я-то надеялась, что ваши покажут поменьше.

Т.: Как ваши дела и успехи на прошедшей неделе?

П.: Неплохо... по крайней мере, мне кажется, что я неплохо справлялась.

Т.: Как шел учет калорий?

П.: Получилось ограничиться впритык к полутора тысячам.

Т.: А вы уверены, что записывали абсолютно все? Может быть, вы что-нибудь да упустили?

П.: Нет-нет, я точно все записывала, я уверена! Я очень внимательно к этому отношусь. Держу дневник на рабочем столе, чтобы ничего не забыть в течение рабочего дня.

Т.: Отлично, вы молодчина! И вам по-прежнему удастся взвешивать всю пищу и напитки? Знаете, иногда некоторым кажется, что это утомительные усилия,

особенно после того, как долгое время взвешиваешь каждую крошку. Может быть, на этой неделе вам все-таки пришлось кое-когда оценивать пищу на глазок? Скажем, в ресторане или в кафе?

П.: Да, я до сих пор все тщательно взвешиваю. Правда, в столовой у нас на работе пищу приходится оценивать на глазок, но ведь я так поступала с самого начала. И ничего не изменилось. Правда, я один раз вечером поужинала и гостях у подруги, но я попросила у нее точный рецепт и думала, что благодаря ему сумею точно оценить блюдо - сколько в нем калорий.

Т.: Да, вы нашли отличный выход из положения, здорово! Получается, вы к^ч но вычислили, сколько съели тогда за ужином. А теперь попробуйте еще |>.i i припомнить, может быть, что-то еще все-таки нарушило точность ваших Н.И. блюдений?

П.: Нет-нет, я же говорю, что довольна, как прошла у меня неделя.

Т.: Рада за вас! Нам с вами важно рассмотреть все это в перспективе, в общем контексте. Давайте поглядим, что у нас получается. До сегодняшнего дня вы неуклонно теряли вес и, раз вы по-прежнему соблюдаете ограничения по калориям и внимательно все подсчитываете и взвешиваетесь, то вес, несомненно, будет снижаться и дальше. В этом отношении законы физики действуют безошибочно: раз вы поглощаете меньше энергии, чем расходуете, то будете терять вес! Итак, если вы будете и дальше вести себя правильно, то вес будет уходить сам собой.

Вам будет легче, если вы будете знать и помнить, что у любого человека вес слегка колеблется в течение дня и день ото дня, а объясняется это притоком и оттоком жидкости, гормонами и другими причинами. Может получиться ш, что в один прекрасный день мы вас взвесим и обнаружится, что вы на «дне1», то есть на нижней точке такого прилива. А при следующем взвешивании окажетесь на пике. Подобные колебания естественны, но из-за них невозможно верно истолковать отдельные показания весов, в отрыве от графика динамики веса в целом. Поэтому гораздо лучше будет проследить динамику вашего веса за 3-4 недели. Для этого мы с вами и ведем график, верно? Давайте посмотрим, что он показывает. Он ясно показывает, что общая тенденция веса - снижаться, то есть вы худеете. И, если вы будете и дальше так же прилежно все записывать и соблюдать все предписания по калориям, мы с вами можем быть абсолютно уверены: ваш вес будет уменьшаться и дальше. Вы будете идти верной дорогой.

Как и на сессии 1, терапевту нужно проверить, взвешивался ли пациент раз в неделю, как это было договорено, и записывал ли показания весов в своем домашнем графике динамики веса. Если пациент сообщит о каких-то сложностях с взвешиванием на дому, нужно разобрать их и найти решение проблемы.

Оценить, как пациент соблюдал диету с ограничением калорий

Обсудив и оценив прогресс пациента по части динамики веса и взвешивания, переходите к вопросу о том, насколько успешно у него идет соблюдение диеты с ограниченным количеством калорий. Как уже говорилось, этот вопрос нуждается в пристальном внимании, потому что вам важно подчеркнуть пациенту, что, если он будет прилежно соблюдать ограничение калорий, то начнет сбрасывать вес. Сосредоточенность пациента на соблюдении диеты и его прилежание должны быть в центре каждой сессии.

Лучше всего начинать оценку прилежания и успехов пациента, спросив его, как у него в целом шли дела с прошлой встречи и доволен ли он своими достижениями. Достаточно обобщенного вопроса. Ваша цель - добиться от пациента, чтобы он выразил субъективное удовлетворение своим прогрессом. Позже, когда вы вместе с пациентом уже просмотрите его записи и оцените то, насколько старательно он соблюдал предписания, нужно будет расспросить его подробнее - считает ли он, что за прошедшую неделю добился успехов. Многие пациенты обнаружат, что больше сосредоточены на том, в чем не преуспели, а не на своих достижениях, и поэтому у них сложилось неверная, негативная оценка собственного прогресса. Такое отношение деморализует, расхолаживает и способно подтолкнуть пациента к тому, чтобы опустить руки и перестать прилагать усилия к похудению. Впрочем, бывает и обратный вариант: некоторые пациенты склонны переоценивать свои успехи, «закрывая глаза» на сложности и промахи. Такое заблуждение тоже опасно, потому что помешает проработать возникшие проблемы - ведь пациент их не признает. Подобные варианты приводят к замедленному

снижению веса при том, что пациент вроде бы соблюдает все предписания. В любом случае, к какому бы из двух вариантов не тяготел пациент, от терапевта требуется разглядеть несоответствие (недооценку или переоценку), помочь пациенту увидеть правду и понять, какими сложностями в дальнейшей терапии и успехах в снижении веса грозят те или иные заблуждения. Ваша цель - помочь пациенту трезво и адекватно оценивать прогресс терапии.

Просмотреть записи пациента — пищевой дневник, график динамики веса

На сессии 1 просмотр записей пациента занял львиную долю времени. Если обнаружилось, что у пациента какие-то сложности с наблюдением за собой (то есть он неточно ведет подсчет калорий, совершает ошибки, занижает замеры и т. д.), то рекомендуется и на нескольких следующих сессиях тоже подробно анализировать записи пациента. Однако как только вы поймете, что пациент начал справляться с ведением записей без особых сложностей, сократите время, отведенное на оценку его записей (примерно до 5-15 минут в зависимости от конкретного пациента и обстоятельств).

Просмотр записей преследует такие цели:

1. проверить и укрепить прилежание пациента в наблюдениях за собой и выполнении других домашних заданий;
2. оценить прогресс и проблемы пациента, чтобы соответствующим образом спланировать программу на остаток сессии;
3. установить и подкрепить конкретные изменения, которых добился пациент (это задает всей сессии положительный тон, переносит основной акцент на достижения и сильные стороны пациента, а не на его промахи и слабости);
4. определить и подкрепить совокупные изменения.

Будьте осторожны, чтобы на первых сессиях не уклониться в сторону, сосредоточившись на первой же проблеме, которая всплывет при анализе записей пациента (например, может затянуться обсуждение приступа обжорства, зафиксированного в записях, и того, как его можно было избежать). Кроме того,

постарайтесь не погрязнуть в деталях, разбирая все слишком подробно (скажем, нет смысла анализировать в подробностях каждую трапезу пациента). Такие уклонения в сторону тормозят сессии, потому что уведут от приоритетов - от определения ключевых проблем, которые нужно поставить в план обсуждения на остаток сессии. Эти уклонения также задают сессии негативный тон и отнимают слишком много времени. Поэтому постарайтесь провести просмотр и обсуждение записей пациента сжато и быстро, чтобы определить главные темы и вопросы, нуждающиеся в проработке. Допустим, пациент в своих записях отметил несколько случаев переедания. При просмотре записей в начале сессии не время разбирать каждый случай подробно или изыскивать способы избежать их. Терапевту достаточно просто отметить их, привлечь к ним внимание пациента, чтобы тот знал, что они подлежат обсуждению и проработке чуть позже. Но и тогда, позже, нужно будет сосредоточиться на двух примерах, а не разбирать подробно все.

Еще раз напоминаем, что пациентов надо хвалить при каждом удобном случае. Успехи в ведении дневника и подсчете калорий безусловно заслуживают похвалы со стороны терапевта. Оба эти задания сложно выполнять, они требуют терпения, внимания и отдачи, и у пациента нередко бывает сильное искушение схалтурить. Особенно сильно это искушение делается позже, когда ведение записей уже утрачивает свою новизну и кажется пациенту надоедливой рутинной в сравнении с другими домашними заданиями. Поэтому в дальнейшем по ходу терапии пациента непременно надо хвалить за то, что он продолжает ведение записей и точный учет калорий - это побудит его по-прежнему прилагать неослабевающие усилия в снижении веса.

Создать сотруднический стиль работы

На протяжении всей сессии, начиная с просмотра записей пациента, терапевт должен придерживаться заинтересованного, сотруднического, безоценочного отношения к пациенту. Цель сессии в том и состоит, чтобы терапевт и пациент выявляли про-

блемы и искали пути их решения вместе. Особенно важно не вступать с пациентами в конфронтацию, поскольку такое отношение скорее расхолаживает пациента и снижает его прилежание, чем подпитывает его энтузиазм. Приведем два диалога между терапевтом и пациентом. В образце 1 показана конфронтация и нехватка сотрудничества, а в образце 2 - отношения сотрудничества.

Образец 1. Диалогу пациента (П.) и терапевта (Т.) недостает духа сотрудничества.

П.: Ну и денек у меня выдался, просто кошмар! Съела одно печенье, а потом просто не могла остановиться и все. В итоге съела почти всю пачку. И ведь не голодна была... просто отчаянно хотела что-нибудь пожевать.

Т.: Может, раз вам так не терпелось перекусить, надо было съесть фрукты, а не печенье.

П.: Ну да... наверно... но чего уж теперь.

[Пациентка вряд ли останется удовлетворенной сессией, и, похоже, у нее не будет дальнейшего стимула изменить свое поведение в результате сессии. Терапевт не заложил сотруднического отношения, а навязал свое суждение, вместо того чтобы выявить суть проблемы. Это неверный подход.]

Образец 2. Диалог пациента (П.) и терапевта (Т.) полон духа сотрудничества.

П.: Ну и денек у меня выдался, просто кошмар! Съела одно печенье, а потом просто не могла остановиться и все. В итоге съела почти всю пачку. И ведь не голодна была... просто отчаянно хотела что-нибудь пожевать.

Т.: И как вы себя чувствовали после этого?

П.: На некоторое время стало лучше. Печенье было такое вкусное! Но потом мне стало худо, я чувствовала, что поступила по-идиотски, что провинилась.

Т.: Расскажите мне подробнее - что случилось перед тем, как вы съели печенье?

П.: Последнее время я плохо сплю и все время усталая. Ну, потом еще муж... он бранился, что ужин не готов. Он как будто не замечает, что я, между прочим, тоже работаю и еще вожу дочку на музыку, и поэтому мне никак не успеть приготовить ужин, хоть из кожи вон лезь. В общем, в результате мы с мужем поругались. А потом я съела печенье.

Т.: А что вы думали перед тем, как съесть печенье?

П.: Я была ужасно расстроена. У меня на себя никогда времени не остается! Я в этом доме все равно что прислуга!

Т.: Значит, вы расстроились и вам нужно было время для себя... может быть, вы подумали, что вам нужен присмотр, забота?

П.: Вот-вот, именно!

Т.: А вы не припомните, что именно думали, когда съели первое печенье или два?

П.: Я думала: «Да ну ее, эту диету! Я должна съесть печенье, иначе просто с ума сойду!»

Т.: Но в конечном итоге съеденное печенье вас только расстроило?

П.: Да, но не сразу. Пока я ела, мне было хорошо и вкусно, я немножко утешилась.

Т.: Давайте посмотрим, что у нас получается. Еда помогает вам, но ненадолго, а потом вы расстраиваетесь еще больше, верно?

П.: Да, расстраиваюсь, потому что думаю, что сама лишила себя шанса похудеть.

Т.: Ну что же, похоже, съедая это печенье, вы тем самым выкраивали для себя личное время. Вы как бы доказывали себе, что имеете право делать что-то лично для себя и своего удовольствия. Но в конечном итоге поедание печенья вас

только сильнее расстраивает и тормозит ваши усилия снизить вес. Может быть, мы с вами вместе придумаем какие-то другие способы справиться с огорчением или фрустрацией, обидой? Как вы считаете, нам стоит попробовать?

П.: Да... наверно, стоит.

[В данном случае терапевт больше старался сотрудничать, задавал больше вопросов, побуждая пациентку саму осознать, почему она съела печенье. Он внимательно выслушал пациентку и с помощью тщательной обратной связи донес до нее, что понял ее правильно. Решения, принятые совместными усилиями в

итоге сотрудничества анализа проблемы будут гораздо плодотворнее и эффективнее, чем трафаретные решения, которые выдвинуты без совместных размышлений. Терапевту всегда лучше как следует расспросить пациента, а не предлагать ему готовые ответы].

Максимально подкрепить верность пациента диете

Нужно обязательно хвалить пациента за верность диете и прилежании в ее соблюдении (судить об этом следует по записям в дневнике пациента, но не по последним показаниям весов, хотя тенденции изменения веса за прошедшие несколько недель тоже необходимо учитывать). Обязательно оценивайте все аспекты верности диете и хвалите пациента за каждый из них по отдельности. Нужно хвалить пациента даже за частичные успехи, например, если пациент съел меньше обычного, когда ел за пределами дома, хотя слегка превысил ориентир в 1500 калорий. От вас требуется поощрять пациента, подбадривать, внушать ему энтузиазм. Если, напротив, прогресс пациента сомнителен и невелик, нужно непременно проработать все сложности и проблемы согласно указаниям, которые вы найдете в главе 5.

Особые сложности возникают в случаях, когда, несмотря на старания пациента, вес на протяжении нескольких недель не снижается. При таких обстоятельствах остается только заключить, что пациент все-таки потребляет больше энергии (калорий), чем расходует. Это нужно объяснить пациенту, чтобы он не пытался списать проблему на свою физиологию («Уж такой у меня метаболизм»). Вместо этого проведите подробный анализ потребления калорий, чтобы выявить возможные источники и причины ошибок (см. главу 5).

Чтобы помочь пациентам держаться ориентира в 1500 калорий в день, посоветуйте им такие три стратегии:

1. Составлять план на день. Очень желательно, чтобы пациент заранее планировал, что и когда именно он съест в течение дня. Такой план можно записывать на обороте страницы в пищевом дневнике - на каждый день.

2. Подсчитывать общую сумму потребленных калорий в течение всего дня, то есть не только подбивать итог вечером,

но и заново суммировать общий итог сначала после завтрака, затем после обеда, после каждого перекуса и т. д. Эти показатели тоже нужно заносить в пищевой дневник. Например, после обеда нужно подсчитать и калорийность собственно обеда, и общий уровень калорий, достигнутый за полдня.

3. Бдительно относиться к возможным проблемам. Например, если пациент знает, что планирует поесть не дома и ему будет сложно удержаться в обычных рамках калорийности, то ему следует заранее продумать, как справиться с этой сложностью. В целом можно посоветовать такие шаги:

а) составить четкий план трапезы вне дома, чтобы уменьшить риск избыточного потребления калорий;

б) восполнить любой избыток потребления калорий. Не рекомендуется такой способ, как поменьше съесть в течение дня, - он грозит ощущением депривации, обделенности и голода, которые впоследствии вполне могут вызвать незапланированное переедание. Гораздо разумнее слегка понизить потребляемые калории за несколько дней до трапезы вне дома и уменьшить их после такой трапезы. Например, разумно будет придерживаться лимита в 1400 калорий в день за два дня до трапезы вне дома и затем в течение двух дней после. Такое потребление калорий вполне согласуется с рекомендуемой нормой в 1500 калорий в день как средним ориентиром. А вот что ни в коем случае не надо поощрять, так это значительные отклонения в потреблении калорий — как понижение, так и повышение. Как правило, мы советуем пациентам не отклоняться в ту или иную сторону больше, чем на 300 калорий, то есть держаться в рамках 1200-1800 калорий в день.¹

¹ Случается и так, что некоторые пациенты временами едят слишком мало. Подобное не следует поощрять, потому что недоедание обязательно аукнется перееданием в другой раз. Пациентам, стремящимся употреблять менее 1500 калорий в день, лучше посоветовать, чтобы потребление калорий не опускалось ниже 1200 калорий в день, потому что держаться даже такого уровня сложнее, чем в 1500.

В целом, если обнаруживается, что у пациента какие-то проблемы в следовании диете, их нужно проработать согласно указаниям в главе 5.

Чтобы помочь пациенту установить, какие блюда и продукты вписываются в заданные рамки калорийности, предложите ему обратиться к поваренным книгам за низко-калорийными рецептами или рецептами с пониженной жирностью. Таких книг много, и особенно полезны и сподручны те, где обозначается калорийность порции. Разумеется, пациенту наверняка захочется изобретать блюда и перекусы самостоятельно, и это тоже нужно поощрять. Полезная стратегия для пациента - запоминать особенно удачные дни (исходя из записей) и повторять те блюда и перекусы, которые он ел в эти дни. Поясните пациенту, что его цель - составить репертуар блюд и перекусов, которые ему нравятся.

Одна наша пациентка обнаружила, что постоянно подвергается искушению купить высоко-калорийную пищу по дороге домой с работы. Это происходило потому, что она чувствовала голод и знала, что доберется до дома и начнет готовить ужин лишь через час. Ей посоветовали брать с собой на работу запас фруктов, чтобы съесть по дороге домой в автобусе и таким образом ей удалось впредь удерживаться от соблазна купить что-нибудь калорийное и съесть по пути.

Некоторым пациентам придерживаться диеты помогают искусственные заменители сахара. Как показывает наш опыт, лучше всего они подходят тем, кто:

- часто пьет лимонады;
- сластит кофе и чай;
- ест засахаренные фрукты.

Если пациент признался в таких пристрастиях, скажите ему, что, постаравшись ограничить себя в сахаре, он тем самым ускорит снижение веса. Однако, поскольку полностью избавиться от давней любви к сладкому - цель нереалистичная, вам нужно вместе с пациентом выработать способ ограничить уровень по-

требления сахара, в то же время не ущемляя любовь пациента к сладкому. В таких обстоятельствах и стоит заговорить об искусственных заменителях сахара.

Заложить основу

соблюдения принципов здорового питания

Соблюдение пациентом диеты с ограничением калорий должно сочетаться с соблюдением принципов здорового питания. Чтобы познакомить его с этим принципами, обсудите четыре пункта: темпоральный (временной) паттерн питания, выбор продуктов, стиль питания и когнитивные аспекты питания.

ТЕМПОРАЛЬНЫЙ ПАТТЕРН ПИТАНИЯ

Объясните пациенту, что есть нужно через равномерные отрезки времени (три трапезы и один или более запланированных перекусов), но избегая «перехватывать куски» за пределами этих запланированных приемов пищи. Такое упорядоченное расписание питания поможет снизить риск переедания.

Особенно важный вопрос - вечерние перекусы. Дело в том, что многим пациентам трудно контролировать потребление пищи по вечерам. Зачастую эти проблемы коренятся в добросовестной попытке пациента вовсе не есть после ужина. Поставив перед собой такую цель, пациент испытывает чувство депривации, обделенности, причем в самое рискованное в смысле переедания время - когда он, как правило, находится дома с неограниченным доступом к пище. Предложите пациенту запланированный вкусный вечерний перекус, такой, который бы вписывался в дневной норматив калорий, а не выходил за его пределы. Чтобы уменьшить чувство депривации, этот перекус должен быть таким, чтобы пациент предвкушал его с удовольствием, то есть состоять из аппетитной и любимой пищи.

Одна наша пациентка любила перекусывать по вечерам и поэтому решила распределить свою дневную норму калорий так, чтобы включить в нее и вечерний перекус. Терапевт одобрил это, исходя из того, что регулярный

прием пищи и запланированные перекусы успешно помогают избежать чувства депривации. У пациентки была застарелая привычка перекусывать большим количеством орехов или шоколада, поэтому, если бы она свела свои перекусы к «диетической пище», ей, судя по всему, грозило сильное чувство депривации. Терапевт предложил женщине составить список того из еды, что для нее «особенно ценно». Затем он вместе с пациенткой изучил этот список, чтобы проверить, можно ли составить из его частей перекусы с ограниченным количеством калорий. В списке обнаружилось несколько многообещающих пунктов, например, там упоминались любимые фрукты и ягоды — ананас и клубника, а также десерты с ограниченным количеством калорий и строго дозированными порциями (муссы в фабричной расфасовке, на которой обозначена калорийность и вес). В итоге пациентка начала покупать для вечернего перекуса именно эту пищу и, таким образом, по ее личной шкале пищевых ценностей вечерний перекус получался гурманским, но в то же время лимит калорий она не переступала.

ВЫБОР ПИЩИ

Скажите пациенту, что ему необходимо употреблять в пищу широкий спектр продуктов. Это важно и для сохранения здоровья, и чтобы предохранить пациента от приступов обжорства (поскольку исключение каких-либо продуктов подталкивает многих пациентов к приступам обжорства). Познакомьте пациента с принципом «лучше есть меньше, но лучше». Пусть он съедает меньше продуктов, но они будут высококачественными. Очень полезно также подсказать пациенту следующую стратегию: посоветуйте ему потратить деньги, сэкономленные за счет того, что он стал есть меньше, на приобретение более качественных и потому более дорогих продуктов, а возможно, даже и новых для пациента. Не запрещайте пациенту какие бы то ни было продукты!

Любого пациента нужно просить определить, какие, по его мнению, продукты служат для него главным источником потребляемых калорий. Затем помогите пациенту установить, какие

из самых высококалорийных продуктов содержат больше всего жира (обычно содержание калорий и жира меряют на 100 г веса, и на упаковках это тоже обозначается на 100 г веса). Такие продукты и блюда называют «энергетически насыщенными». Полученные сведения используйте как толчок к обсуждению сравнительной энергетической ценности протеинов, жиров и углеводов (а также алкоголя). Обязательно донесите до пациента следующие пункты.

- При контроле веса калория - это всегда калория. 100 калорий моркови - это то же самое, что 100 калорий взбитый сливок. Однако, подправляя выбор пищи в соответствии с диетой и особенно учитывая сравнительную калорийность (энергетическую ценность) различных продуктов, пациент сможет составить диету с ограниченной калорийностью так, что она будет удовлетворять его и ее будет легко соблюдать.

- Жиры энергетически значительно насыщеннее протеинов или углеводов - у жиров в два раза больше калорий на грамм по сравнению с протеинами или углеводами. В каждом грамме жира 9 калорий, а в каждом грамме протеина или углевода - всего 4 калории. Таким образом, если пациент хотя бы частично заменит потребляемые жиры на протеины или углеводы, ему удастся съесть больше пищи. Пациенту будет проще понять и поддержать обсуждение этой темы, если вы сосредоточитесь больше на продуктах, чем на абстрактных для него «жирах», «протеинах» и «углеводах». Поэтому рекомендуется по возможности пускать в ход иллюстрации с изображением продуктов, выбирая те, которые предпочитает есть пациент. Некоторые пациенты, возможно, укажут, что крахмалосодержащие продукты, а именно хлеб, крупы, рис и макаронные изделия, - вносят в рацион достаточно много калорий. Это верно, если есть их в больших количествах, однако важно другое: они насыщают гораздо лучше, чем пища с повышенным содержанием жиров.

- Сократив потребление жиров, пациент добьется еще одного плюса - он снизит риск заболеваний, вызываемых избыточным весом, особенно сердечно-сосудистых заболеваний. Объясните это пациенту.

Если пациент придерживается рациона в высоком содержанием жиров и это становится помехой в снижении веса, то именно на этом этапе терапевту нужно ввести модуль VIII («Здоровое питание»).

Стиль ПИТАНИЯ

Объясните пациенту, что ему важно обращать внимание на то, как именно он ест. Прием пищи по возможности должен быть запланированным и формализованным, даже если это кажется неестественным. Поощряйте пациентов, заранее продумывать, что именно они будут есть и пить, и ставить на стол именно эти блюда. Помогает также всегда есть сидя за столом, за полностью сервированным прибором, а не стоя или, скажем, не держа тарелку на коленях и сидя перед телевизором. Пищу нужно не поглощать бессознательно, а смаковать каждый кусок и глоток не спеша. Таким образом

пациент лучше осознает, что и сколько съел и выпил и в полной мере оценит это. В противном случае пациент может обнаружить, что закончил трапезу или перекус, даже не заметив, что, собственно, съел.

КОГНИТИВНЫЕ АСПЕКТЫ ПИТАНИЯ

Объясните пациенту, как важно то, что он думает о еде и питании, как относится к этому. Например, те, кто блюдет жесткую диету с множеством правил, склонны очень остро и болезненно реагировать на любое, даже незначительное, нарушение этих правил. Поэтому предпочтительнее гибкая диета, основанная скорее на указаниях и рекомендациях, чем на правилах, - она с меньшей вероятностью приведет к таким реакциям (о том, как проработать этот вопрос, если он возникнет, см. в главе 5).

ТАБЛИЦА 4.3

Памятка для пациента. Энергетический баланс

Основные принципы

- Если вы хотите сохранить стабильный вес, нужно следить, чтобы потребление энергии (то, что вы получаете с пищей и питьем) было равно расходу энергии (то, что необходимо для работы организма и физической активности).
- Расстройства веса возникают, когда потребление энергии (калорийность рациона) на протяжении долгого времени превосходит энергию, которую вы сжигаете.
- Положительный энергетический баланс (излишняя энергия) откладывается в теле, преимущественно в виде жира.
- Лишний вес (жир) теряется только в том случае, если создается отрицательный энергетический баланс: тогда организм начинает брать энергию из запасов.
- Чтобы похудеть, нужно в течение долгого времени сократить потребление энергии (в виде пищи и питья).
- В принципе, вес будет уходить быстрее, если вы увеличите количество энергии, которое вы сжигаете при физической активности, но на практике это не приносит серьезного результата. С другой стороны, регулярная физическая активность помогает сохранить стабильный вес.
- Когда вы достигнете целевого диапазона веса, вам будет необходимо скорректировать рацион и уровень физической активности, чтобы стабилизировать вес. Это важный навык, который нужно натренировать.

Почему у некоторых людей накапливается излишний вес?

- Существует две главные причины ожирения. Как правило, присутствуют они обе.
 - Человек слишком много ест (излишнее потребление энергии).
 - Человек недостаточно активен (недостаточный расход энергии).
- Расстройства обмена веществ, гормональные отклонения, другие медицинские проблемы почти никогда не играют существенной роли в развитии ожирения, хотя расход энергии на работу организма у разных людей несколько различается.
 - Обычно проблемы с весом - это семейное явление. Они связаны либо с традициями семьи, либо с генетическими факторами, а иногда и с тем и с другим.
 - Вес тела в некоторой степени определяется наследственностью, поэтому, если у многих ваших родственников имеются серьезные проблемы с избыточным весом, возможно, вы генетически предрасположены к подобным расстройствам.
 - У некоторых переедание вызывается психологическими факторами. Иногда люди переедают, поскольку такова их реакция на стресс, а также когда они подавлены или скучают; у некоторых в таких случаях аппетит, напротив, снижается. Кроме того, переедание поощряется пристрастием к жестким диетам.
 - Кроме того, у некоторых возникают дурные пищевые привычки (их усваивают дома, в школе, на работе, в других обстоятельствах). В современном обществе особой проблемой стал выбор продуктов, богатых жирами, - в основном потому, что они очень доступны и вкусны.
 - В целом мы стали не так активны, как раньше. Должностные обязанности вынуждают многих из нас мало двигаться; дома нам также не приходится прилагать физических усилий.

ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН УЗНАТЬ

О ПРИНЦИПАХ РЕГУЛИРОВКИ ВЕСА

На определенном этапе в процессе снижения веса пациенту нужно рассказать о том, как работают принципы регулирования веса (баланса энергии). Чтобы подвести его к этой теме, объясните, как важно пациенту понимать механизм развития проблем с весом и знать, какими мерами их предотвратить. Все ми сведения сообщайте пациенту в сжатой и доступной форме, как можно проще и доходчивее. В таблице 3.4 перечислены основные тезисы, которые необходимо донести до пациента. Они также приведены в раздаточном материале E, который нужно выдать пациенту.

Тщательно подчеркните положительную сторону этой информации: объясните пациенту, что, хотя часть перечисленных факторов, возможно, и делает пациента подверженным проблемам с весом, однако пациенту незачем бояться, что он не сумеет справиться с этими проблемами. Заверьте пациента, что в его

силах успешно изменить собственный вес: кто предупрежден, тот вооружен. Напомните, что пациенту вполне по плечу похудеть, если он научится корректировать свой баланс энергии - так, чтобы расходовать (сжигать) больше энергии, чем потребляет за счет поглощаемой пищи и питья. Самый плодотворный способ скорректировать баланс - это сократить количество энергии, потребляемой в форме пищи и питья. Именно поэтому терапия сосредоточена на том, чтобы помочь пациенту изменить свои привычки в питании. Признайте, что самоограничение в питании - это очень тяжелая работа над собой, особенно потому, что зачастую она требует изменения застарелых, давних привычек и потому, что подавляющее большинство пациентов живет в окружении, которое поощряет потребление пищи, насыщенной жирами. В связи с этим привлечите внимание пациента к тому, что существует огромный спектр доступных продуктов, что на самом деле выбор гораздо шире, чем кажется. Отметьте также, что пища, сильно насыщенная жирами, наиболее легкодоступна - она окружает нас повсеместно в виде широко рекламируемого и привычного фаст-фуда. Кроме того, укажите пациенту, что трапеза, прием пищи, - это зачастую форма социальной активности, форма общения, поскольку многие мероприятия и дома, и вне дома вращаются вокруг пищи и напитков.

Скажите, что все эти факторы в сумме и действуют на нас, побуждая есть. Добавьте, что на пациента к тому же могла повлиять и семейная обстановка, происхождение, детство: возможно, в детстве взрослые приучали его есть большие порции, заставляли и приучали обязательно доедать все, что лежит на тарелке (независимо от того, голоден он был или уже сыт), а также использовали пищу как способ повысить ему настроение (утешали ребенка вкусным).

Очень важно подробнее разобрать те факторы давления, которые ближе всего конкретному пациенту и находят отклик в его душе.

ЧТО ТАКОЕ ЕЖЕНЕДЕЛЬНЫЙ ДОМАШНИЙ САМООТЧЕТ

Возможно, когда сессии станут реже, пациенту потребуется ваша помощь, чтобы привыкнуть к новому расписанию, к более

редким встречам с вами. Как уже говорилось ранее, первые 1,4 месяца рекомендуется проводить сессии раз в неделю, а потом перейти на режим раз в две недели. На двух последних еженедельных сессиях, после которых расписание поменяется, имеет смысл попросить пациента высказаться о том, какие, по его мнению, трудности у него возникнут, когда сессии будут только раз в две недели. Кроме этого, пациента надо научить «еженедельному домашнему самоотчету», то есть обучить проводить сессии с самим собой. Это умение пригодится ему в двухнедельный интервал между сессиями с вами. Такой самоотчет поможет восполнить сессию, которого пациенту поначалу наверняка будет не хватать. Кроме того, «еженедельный домашний самоотчет» пациенту рекомендуется проводить и накануне сессии с вами, чтобы подготовиться и «разложить по полочкам» свои переживания и накопившиеся факты.

Объясните пациенту, что подобная сессия с самим собой должна проходить по тем же правилам, что и обычная сессия с вами, терапевтом. А значит, оно должно быть заранее запланированным, иметь четкую официальную структуру и стать для пациента приоритетом - «отчет» нельзя откладывать под предлогом дел поважнее. Цель и метод проведения самоотчета пациенту легко объяснить, воспользовавшись материалом таблицы 4.4, который также приведен в раздаточном материале "F". Некоторым пациентам легче проводить домашний самоотчет не в одиночку, а при поддержке кого-то еще - родственника, супруга, значимого другого. Такой вариант вполне приемлем. Переключившись на расписание «одна сессия раз в две недели», на каждой сессии в обязательном порядке спрашивайте пациента, как у него прошел «еженедельный домашний самоотчет», доволен ли пациент своим прогрессом, похвалил ли самое себя, какие домашние задания себе дал и т. д.

Одна наша пациентка поначалу отнеслась к еженедельному домашнему самоотчету очень прилежно: она старательно выясняла свои достижения за неделю, ставила себе задачи на следующую неделю, разбирала, что у нее не получилось и почему. Однако снижение

веса у нее замедлилось, хотя она вроде бы соблюдала все рекомендации. Пациентка испытывала фрустрацию, расстроилась, и ее еженедельные самоотчеты начали приобретать отрицательный тон. Терапевт помог пациентке увидеть, что, хотя ее вес и застыл, она добилась и закрепила другие важные бихевиоральные перемены, достойные всяческой похвалы и гордости. Кроме того, он объяснил пациентке, что, анализируя прошедшую неделю, всегда важно сосредотачиваться на положительной ее стороне, потому что, фокусируясь исключительно на отрицательных фактах, легко получить искаженную, неверную картину того, как идет терапия, и скатиться к упадочным мыслям о неудаче и собственной неспособности бороться. Пациентка приняла услышанное к сведению, идентифицировала себя в этом поведении и в будущем стала гораздо осмотрительнее: теперь она старалась включать в еженедельный самоотчет и положительные факты, уделяя им вдоволь внимания. Это помогло ей продолжать терапию и впредь придерживаться рекомендаций, даже когда дело шло не так быстро и успешно, как ей бы хотелось.

Приведем пример сбалансированного самоотчета.

На этой неделе мой вес не убывал, но я знаю, что иногда так бывает, даже если я соблюдаю лимит калорий и ем здоровую пищу. Мне кажется, я очень неплохо справилась с задачей, которую поставила себе на этой неделе. Особенно хорошо у меня получилось на фуршете, когда я применила запланированные стратегии. У меня все еще не слишком хорошее настроение, но я справляюсь и не заедаю его. Моя задача на следующую неделю — дважды позаниматься под видео-гимнастику. Я чувствую себя несколько вяловатой, и думаю, что физическая нагрузка поможет мне: поднимет настроение и зарядит бодростью (а заодно я сожгу побольше калорий).

ТАБЛИЦА 4.4

Памятка для пациентов:

как проводить еженедельный домашний самоотчет

Домашний самоотчет

Теперь, когда сессии с терапевтом будут проходить только раз в 2 недели, важно, чтобы вы еженедельно проводили похожую сессию, но сами с собой - еженедельный домашний самоотчет. Кажется странным? Но оно так же полезно, как и с терапевтом! Цель домашнего самоотчета - точно установить, что вы бдительно следите за собой, своим прогрессом и любыми проблемами, которые могут возникнуть. Регулярные самоотчеты также помогают поддерживать импульс, необходимое настроение между встречами с терапевтом.

Помните: домашние самоотчеты очень важны, должны быть вашим приоритетом и стоять на первом месте. Лучшее всего, если вы будете планировать еженедельные самоотчеты заранее, по расписанию, подобно сессиям с терапевтом. Каждый домашний самоотчет лучше строить по такому плану:

- Проверьте, как прогрессирует терапия, основываясь на ваших последних записях и на любых изменениях в вашем весе. Обязательно учитывайте те домашние задания, которые вы получили на последней сессии. Выполнили ли вы их? Насколько успешно?

- Определите все ваши достижения на прошедшей неделе. Важно хвалить себя за каждое из них.

- Поставьте себе одну-две задачи на следующую неделю. Кроме того, очень важно продолжать взвешиваться раз в неделю и отмечать вес на графике.

На каждой сессии мы с вами будем обсуждать, как вы провели еженедельный домашний самоотчет, а также как выполнили задачи, которые сами себе поставили.

Такой самоотчет, наблюдение за собственным прогрессом войдет у вас в привычку и пригодится в будущем, когда вы

уже перестанете ходить на терапию.

ОПРЕДЕЛИТЕ И ПООЩРИТЕ ПЕРЕМЕНЫ в ОБЛАСТЯХ, НЕ СВЯЗАННЫХ С ПИТАНИЕМ

Примерно после 1,5 месяца терапии начните регулярно, Н.И каждой сессии спрашивать пациента, ощущает ли он какие н> изменения к лучшему в областях, не связанных с питанием и весом. Цель этих регулярных вопросов - расширить взгляд п.) циента на преимущества, которые он извлекает из результатом терапии. Это нужно потому, что большинство пациентов сосро доточены только на весе. Если подобное расширение кругозора провести успешно, в будущем оно сильно облегчит регулировку целей пациента по сбросу веса (см. главу 8).

Любые перемены к лучшему, которые можно увязать с терапией, непременно надо подчеркивать и хвалить за них пациента. Кроме того, если пациент задумался о том, чтобы конструктивно изменить образ жизни (например, больше выходить на люди, заняться плаванием и т. д.), его также нужно поощрять и в этих начинаниях.

Образец обсуждения перемен, не связанных с весом.

П.: Показания весов меня разочаровали, но, судя по тому, как на мне сидит одежда, все-таки перемены в целом есть.

Т.: Звучит замечательно! А вы ощущаете какие-то перемены в других областях?

П.: Да, в целом мне лучше, я гораздо бодрее, меньше устаю. И купила кое-какие наряды.

Т.: И как прошел поход в магазин? Вы уже обновили эту одежду?

П.: Все прошло хорошо. Я купила новую юбку - выбрала новый цвет, раньше я его не носила, - и еще новую блузку. Надела и то и другое, когда мы с друзьями выбирались погулять, и получила уйму комплиментов!

Т.: Отлично! И так, кое-что изменилось, хотя вы и не сбрасываете вес так быстро, как хотели бы.

П.: Да, кое-что меняется к лучшему.

Т.: Это просто превосходно! Вам очень важно определять такие источники перемен и не заикливаться только на показаниях весов. Поэтому прекрасно, что вы заметили эти перемены.

ОБСУЖДЕНИЕ ПИТАНИЯ ВНЕ ДОМА, ОТПУСКА, ПРАЗДНИКОВ И ДРУГИХ ОСОБЫХ СЛУЧАЕВ

Праздники, банкеты, питание вне дома, отпуск, праздники и другие особые случаи - это нелегкое испытание для тех, кто старается ограничить потребление калорий. Как и в прочих аспектах контроля над весом, залог успеха здесь - заблаговременное планирование.

В таблицах 4.5, 4.6 и 4.7, а также в раздаточных материалах G, H и I, показаны дополнительные бихевиоральные и когнитивные стратегии, которые помогут пациентам справиться с подобными ситуациями. Руководствуясь этими сведениями, помогите пациентам спланировать их собственные индивидуальные стратегии для подобных случаев. В целом обязательно поощряйте пациентов задуматься, считают ли они, что поглощение большого количества пищи - это неотъемлемая часть любого праздника, отпуска и т. д. Если пациенты считают, что так оно и есть, разберитесь, почему они они- держатся такого мнения, а затем уговорите их сменить установку на более здоровую. Помогите пациентам осознать, что у любого социального мероприятия - банкета, отпуска, праздника и т. д. - есть и другие привлекательные стороны помимо угощения. Помогите пациентам выяснить, действительно ли полученное от праздника или отпуска удовольствие зависит оттого, сколько они съели.

ТАБЛИЦА 4.5 Памятка для пациентов: как питаться в обществе

Когда вы едите где-то вне дома или в обществе других, но при этом стараетесь контролировать потребление калорий, любой выход в свет может стать непростым испытанием. Ключ к успеху таков: планируйте все заранее. Особенно важно заблаговременно продумать и позаботиться о том, как решить практические проблемы светской трапезы и вашу установку на то, чтобы придерживаться лимита калорий. Если у вас заранее составлен план и вы предусмотрели все, с большинством ситуаций можно справиться. Но вот если «выход в свет» застал вас врасплох,

оказался неожиданным, то риск столкнуться с проблемами и отклониться от курса сразу повышается.

А. Практические стратегии

Общие соображения

- Планируйте праздничную трапезу заранее, потому что вам, возможно, захочется за несколько дней до и после нее скорректировать свое питание (потребить меньше калорий в дни до и после праздничной трапезы). Таким образом вы сумеете «сберечь» калории для праздничной трапезы. Кроме того, планирование заранее поможет успешно справиться с конкретными ситуациями (см. ниже) в зависимости от того, где вы будете есть.

- Подумайте о возможных трудностях, с которыми столкнетесь. Обдумайте следующее:

- Какие блюда будут подавать и какими порциями, в каких количествах?

- Ожидает ли вас социальное давление, будут ли вас заставлять есть?

- Доступность «дополнительной» пищи и напитков — будут ли закуски, сладкое на десерт, «комплименты», то есть бесплатные дополнения?

- Будут ли подавать алкоголь?

- Полезно припомнить, как вы вели себя в подобных ситуациях в прошлом.

Далее перечислены конкретные ситуации праздничной трапезы. Едите ли вы в гостях, в ресторане, устраиваете ли праздничный обед дома, ВСЕГДА полезно планировать свое поведение ЗАРАНЕЕ. Таким образом вы сможете продумать потенциальные трудности и то, как с ними справиться. Ниже приводятся практические советы. Обратите внимание: не все они могут вам подойти.

В ресторане

- По возможности, участвуйте в принятии решения, какой ресторан выбрать. Заранее просмотрите меню или позвоните в

ресторан, чтобы выяснить, подают ли там низко-калорийные блюда или блюда с пониженным содержанием жиров. Сейчас у многих ресторанов есть сайты в Интернете. Там обозначены и размеры, а зачастую и калорийность взрослых/детских, то есть больших или маленьких порций.

- Если возможно, попросите подать ваш заказ без дополнительной порции масла, а любой соус, майонез или заправку подать отдельно от блюда, чтобы вы могли проконтролировать, как заправите блюдо. Подумайте: возможно,

стоит заказать маленькую порцию, дополнив ее овощным гарниром или добавкой салата.

- Осторожно относитесь к так называемым «наборам», то есть укомплектованным «обедам». Они нередко содержат блюда, вредные для тех, кто намерен похудеть, однако соблазнительны, потому что комплексный обед подается со скидкой.

- Постарайтесь заказать на десерт свежие фрукты или взять десерт пополам с кем-нибудь.

Шведский стол, фуршет и т. д.

- Прежде чем положить что бы то ни было себе на тарелку, тщательно оглядите все, что есть на столе. Советуем не набирать и пробовать всего понемножку, а выбрать пищу и напитки, от которых вы точно получите удовольствие. Если вы хотите выбрать что-то сытное, постарайтесь остановиться на низко-калорийных блюдах, например, на рисе или салате.

- Постарайтесь взять не большую тарелку, а десертную.

- Воспринимайте трапезу так, как если бы вы ели не стоя, а сидя за столом. То есть подойти к шведскому столу и положить себе пищу можно только 1 раз. Как только доедите, сразу же отставьте тарелку, чтобы не было соблазна взять добавку.

- Еще один вариант: не подходите к столу сами, а попросите кого-нибудь принести вам именно то, что вы попросите, и положить ровно столько, сколько вы скажете.

К вам пришли гости

- Подумайте: вы ведь не обязаны непременно подавать гостям жирную, высоко-калорийную пищу. Многие, не только вы, или стараются не поправиться\похудеть, или берегутся подобной пищи по состоянию здоровья. Низко-калорийные блюда наверняка понравятся вашим гостям не меньше, а то и больше, и никоим образом не будут признаком вашей негостеприимности.

- Советуем подавать порционные блюда, например, курицу кусочками: если блюдо готовится из расчета по одной порции\кусочку на гостя, то вам легче готовить и в то же время вы избежите соблазна съесть то, что останется.

- Если какие-то блюда не будут доедены до конца, сразу заморозьте их или вручите гостям с собой (заранее запаситесь контейнерами).

- Если у вас есть склонность покусовничать, пока вы готовите, или часто пробовать пищу во время готовки, постарайтесь избегать этого. Два совета: использованную посуду сразу ставьте в мойку, чтобы не подбирать остатки; во время готовки жуйте жвачку.

Вы пришли в гости

- По возможности постарайтесь заранее выяснить, что будут подавать на стол. Если вы хорошо знаете хозяина\хозяйку, можно заблаговременно поговорить, объяснить ваше положение и спросить, можете ли вы рассчитывать на их помощь и поддержку. Можно выяснить, какое меню планируется, и тогда у вас будет возможность заранее знать, что предстоит есть, и вы соответственно спланируете день праздника и питание в дни перед и после праздника.

- Если хозяева не против, вызовитесь принести хотя бы одно блюдо собственного приготовления, и тогда вы будете точно знать, что на столе будет хотя бы одно низко-калорийное блюдо.

- Предложите хозяевам помочь раскладывать пищу, тогда вы сможете проследить за размером своей порции. Или попросите положить вам поменьше.

- Под конец праздника поинтересуйтесь у хозяев точными рецептами блюд; так вы сумеете в вежливой форме выяснить, какие продукты входили в то или иное блюдо, и подсчитать потребленные вами калории

В. Другие случаи

Если вы ощущаете давление и вас заставляют есть* Если вы часто сталкиваетесь с тем, что окружающие в той или иной форме заставляют вас съесть больше, чем вы планировали, постарайтесь определить, что вызывает у вас ощущение психологического давления. Тревожит ли вас то, что окружающие обидятся, если вы не съедите все предложенное или откажетесь от добавки? Возможно, вас беспокоит, что, съедая меньше остальных и тщательно выбирая пищу, вы привлечете нежелательное внимание? Обязательно вникните, в чем проблема, и тогда вам будет легче с ней справиться. Например, предположим, вы поняли, что озабочены реакцией хозяев: они обидятся если вы будете есть мало. В таком случае полезно потренироваться говорить «нет» - вежливо, но твердо. Имеет смысл проверить, получается ли у вас отказываться от пищи unbedingt для хозяев. Чтобы проверить это, представьте себя на месте хозяйки, и вообразите, что гость отказывается от угощения в той форме, которую вы продумываете. Также советуем понаблюдать за окружающими: всегда ли они едят много и съедают все предложенное? Как, в какой форме, с какой интонацией отказываются? Как на это реагируют окружающие? Замечают ли люди, если кто-то ест меньше, чем все? Как другие реагируют на замечания, адресованные им по этому поводу? Если вас волнует, что вы будете отличаться от остальных, понаблюдайте, например, за поведением тех, кто не пьет алкогольные напитки (будучи за рулем или просто не употребляя спиртного) или не ест сладкого, и за реакцией на это поведение со стороны

* Проблема давления и ситуации, когда человека заставляют есть, особенно остра в российском контексте, учитывая традиции хлебосольного гостеприимства. (Прим, перев.)

окужающих. Задайтесь вопросом, разумно ли реагировать на подобные ситуации негативно, и как поступите лично вы.

Если вы чувствуете себя «обделенным»

Хотя предварительное планирование и помогает удержаться в заданных рамках калорий, зачастую у нас возникает стойкое ощущение, будто любые праздники и т. п. вращаются вокруг калорийной пищи и напитков, а потому знать, что вам, в отличие от прочих, придется отказать себе в угощении,- это мучительно и во многом уменьшает прелесть праздника. Чтобы проверить, так ли это, прислушайтесь к себе: вы и правда получаете от праздника меньше удовольствия, если ограничиваете себя в пище и спиртном? Скорее всего, окажется, что это не так. Кроме того, советуем сосредоточиться на других аспектах праздника, не связанных с пищей и питьем - ведь на празднике много приятного, помимо этого (скажем, общение с друзьями, завязывание новых знакомств, возможность расслабиться, то, что не нужно мыть посуду). Если вы переключитесь таким образом, пища и питье перестанут быть для вас слишком значимой

составляющей праздника.

Как справиться с неожиданностями

Зачастую приглашения в ресторан, в гости, на фуршет и т. д. мы получаем в последнюю минуту или по крайней мере нежелательно: кто-нибудь предлагает поужинать в ресторане, друзья и зовут к себе в гости, дружная компания решает после кино пойти в кафе и т. д. Советуем не соглашаться сразу, а несколько минут тщательно обдумать, как быть и как справиться с (в) нежелательной ситуацией. Можно согласиться и пойти со всеми, но потом урезать себя в калориях в течение дня, вечера или в следующий день. Если же вы уже поели или запланировали, что именно будете есть, то лучше отказаться и сказать приглашающим, что вы охотно составите им компанию в другой раз. Ими же можно согласиться пойти со всеми, но предупредить, что съедите меньше других, потому что уже поели раньше. Лучше всего поэкспериментировать с разными выходами из положения и выяснить, какой именно вам подходит.

ТАБЛИЦА 4.6 Памятка для пациентов: как спланировать питание в отпуске

Для тех, кто ограничивает себя в калориях, отпуск тоже может превратиться в серьезное испытание. Вы можете оказаться в незнакомой обстановке, где пища может отличаться от той, к которой вы привыкли дома, возможности выбора будут иными, и вам может оказаться труднее контролировать приготовление пищи.

В этом случае тоже важно по возможности все спланировать заранее. Особенно полезно заранее продумать то, как вы будете справляться с практическими проблемами, связанными с едой, и со своими чувствами, вызванными необходимостью соблюдать лимит калорий. В большинстве случаев со всеми проблемами можно справиться, если заранее подумать, как. В то же время в отпуске и в поездках вы как никогда уязвимы перед неожиданно возникающими и непредсказуемыми проблемами.

Общие советы

Отпуск - это время для отдыха, время расслабиться, и поэтому зачастую многим кажется, будто отпуск несовместим с необходимостью ограничивать себя в пище и питье. Поэтому продумайте заранее, как получить от отпуска максимум удовольствия, но при этом не разрушить результаты всех ваших стараний, приложенных к похудению. Первым делом решите, какова основная цель вашего отпуска. Хотите ли вы продолжать худеть или сохранить вес, которого добились? Если вы намерены придерживаться своего лимита калорий и поставленной цели - продолжать худеть, тогда смотрите на вещи реально и четко решите, как не отступаться от своих правил. Если вам кажется, что вам не удастся в отпуске придерживаться лимита калорий, то имеет смысл обсудить вопрос с терапевтом и выработать на время отпуска новый лимит калорий, чуть менее строгий, - чтобы по крайней мере сохранить достигнутый вес и не начать поправляться.

Чтобы принять верное решение относительно своих целей, связанных с весом, советуем подумать о том, что, помимо воз-

можности есть и пить вволю, в отпуске в любом случае будет много других приятных аспектов. Поразмыслите и о том, что отпуск дает вам отличную возможность потренироваться в новых навыках, которые вы освоили, и поэкспериментировать с тем, как получать удовольствие от жизни, даже если вы ограничиваете себя в пище и спиртном.

Предлагаем вам обдумать практические моменты, которые помогут спланировать поездку заранее.

Как следить за питанием и весом

- Собираетесь ли вы следить за своим весом и питанием в отпуске, то есть вести пищевой дневник и график динамики веса? Будет ли у вас возможность взвешиваться и взвешивать пищу?
- Когда вы будете проводить еженедельный самоотчет? Может ли вы выкроить для него время? Поможет ли вам, если вы будете посылать свои еженедельные самоотчеты терапевту по факсу или электронной почте?

Планирование путешествия

• Какова будет длительность вашего путешествия «от порога» до порога», то есть включая время в пути? Что вы будете есть все это время? Предстоит ли вам дальний авиаперелет и т. п.? Если да, то как это обстоятельство может повлиять на ваше питание?

• Какая пища будет вам доступна? Стоит ли брать пищу с собой, чтобы иметь возможность контролировать свое питание? Грозит ли вам соблазн доступных перекусов на авто заправках, в аэропортах и поездах? Будет ли ваш выбор пищи определяться обстоятельствами (например, пища, которую предлагают в самолете)? Если да, то имеет ли смысл заказать особую пищу (многие авиакомпании предлагают! альтернативные меню - диетическое, для диабетиков, кошерное и т. д.)?

• В котором часу вы придете к месту назначения, а также Н.И. обратном пути - домой? Сумеете ли вы устроить так, чтобы по прибытии наготове была подходящая вам пища (скажем, оставив замороженные продукты и блюда в холодильнике дома или заранее выяснив, можно ли найти диетическую пищу там, куда вы приедете)?

• Какими способами вы можете облегчить себе самоконтроль в течение поездки? Многим кажется, что после перерыва в поездке вернуться в режим постоянного самоконтроля очень тяжело, поэтому советуем не отказываться от самоконтроля и наблюдения за весом и питанием в течение поездки. Важно взять с собой ваш пищевой дневник и держать его под рукой. Советуем также заранее просчитать калорийность и вес провизии, которую вы берете с собой, - тогда вам проще будет следить за собой в пути.

Общие вопросы на время поездки

• Будет ли вам обеспечено питание, входит ли оно в стоимость поездки? Будете ли вы питаться в ресторанах и т. д., или же готовить самостоятельно, или и то и другое? Как вы планируете справиться с тем или иным вариантом? Предвидите ли вы какие-то сложности? Продумав эти вопросы заранее, вы сильно облегчите себе отдых.

- Как ваши требования будут сочетаться с привычками остальных, если вы едете компанией?
- Какие типы пищи и блюд будут доступны на отдыхе?

Спиртное

Больше ли вы, как правило, потребляете спиртного на отдыхе? Как планируете решить эту проблему?

ТАБЛИЦА 4.7

Памятка для пациентов.

Как питаться в особых праздничных случаях

Контролировать калорийность пищи на крупных светских мероприятиях (днях рождения, свадьбах и т. д.) бывает трудно. Считайте подобные случаи отличным поводом натренировать

навыки, усвоенные в ходе терапии, и на опыте убедиться в том, что можно прекрасно провести время и при этом не переесть. В этом пособии приведены вкратце все тактики, которые мы рекомендуем применять во время праздников. Кроме того, мы предлагаем вам по-новому оценить роль пищи в крупных светских мероприятиях.

Цели

В целом лучше всего придерживаться еженедельной калорийности рациона. Тщательно обдумайте, как это сделать. Если вы накануне праздника будете голодать, то рискуете в результате переесть. Разумнее снизить калорийность рациона накануне праздника или после него. Кроме того, ошибочно было бы полностью отказываться от блюд, которые вам нравятся. Лучше заранее запланировать, что вы будете их есть, и включить их в пищевой план на день.

Планирование

Единственная стратегия поведения в особых случаях - планирование. Особенно это важно, если вы будете окружены избыточным количеством пищи в продолжение нескольких дней и если за это время будет не один, а несколько праздничных приемов. Зачастую высококалорийные блюда и алкогольные напитки становятся неотъемлемой частью подобных мероприятий, поэтому так важно спланировать, как вы будете себя вести. В целом полезно составить план на каждый день, а если празднество продлится несколько дней, спланировать все эти дни заранее.

Наблюдение

Очень важно продолжать следить за калорийностью рациона. Тогда вы будете знать, как действуют ваши тактики, и при необходимости корректировать планы. Кроме того, это не даст вам забыть о своих целях.

Спиртное

Особенно важно заранее спланировать, как вы будете обращаться с алкоголем: алкоголь не только добавляет калории, но и ослабляет решение есть умеренно.

Как сосредоточиться на других приятных сторонах особых мероприятий

Хотя многие празднования предполагают высококалорийное угощение и алкоголь, подумайте, не удастся ли вам отпраздновать радостное событие, не употребляя алкоголь и вредную для вас пищу в больших количествах. Вероятно, стоит подумать о том, как насладиться празднованием, не прибегая к пище (или по крайней мере к избыточному ее количеству). Постарайтесь уделить особое внимание тем сторонам празднования, которые позволяют получить от него удовольствие. Тогда вы наверняка придете к выводу, что если будете питаться умеренно, это не испортит вам праздника. Многие отмечают, что получают больше удовольствия от светских мероприятий, если мало едят и пьют.

Как сопротивляться искушениям

Возможно, вас будут уговаривать съесть больше, чем вы планировали, либо вам самим этого захочется. Такое происходит по многим причинам: просто потому, что вокруг много пищи, вы решите, будто обидите хозяев праздника, если не будете много есть, вы побоитесь оказаться «белой вороной», если не станете есть и пить все, чем вас угощают, вместе с остальными. Искать выход из подобного положения легче, если спланировать все заранее. Также целесообразно потренироваться отказываться от пищи - вежливо, но твердо. Вы не должны есть, чтобы доставить удовольствие окружающим, и редко кто замечает, что именно вы едите и пьете.

Съедобные подарки

Иногда вам дарят шоколад, сладости, пирожные и другие съедобные подарки. Если такое может произойти, почему бы заранее не попросить подарить вам что-нибудь другое? Если вам неудобно попросить об этом самим, пусть это сделает ваш партнер или супруг, друг, родственник: они могут деликатно намекнуть, что вы бы предпочли, чтобы вам не дарили ничего съедобного. Полезно также подумать, как вы поведете себя, если неожиданно получите подобный подарок. Может быть, лучше передарить его кому-нибудь другому?

Лакомства

На праздниках гостям предлагают самые разнообразные лакомства. Если повсюду расставлены блюда с орехами, шоколадными конфетами и другими высококалорийными лакомствами, устоять перед искушением крайне трудно и почти никому не удается, поэтому заранее подумайте, как найти выход из подобного положения. Если вы сами контролируете ситуацию, подумайте, как организовать все иначе.

Итак, если вы должны организовать угощение:

- Тщательно планируйте покупки, не покупайте ничего лишнего.
- Держите лакомства в запечатанной упаковке и доставляйте понемногу и только в особых случаях.
- Приготовьте себе альтернативные низкокалорийные лакомства - например, сырые овощи с низкокалорийным соусом, сухарики, фрукты, поп-корн без добавок (то есть без масла и сахара).
- Во многих особых случаях вам пригодятся наши советы из раздаточного материала G, посвященного питанию в обществе.

ВОПРОС

ОБ УРОВНЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И НАГРУЗКИ

Во многих методах снижения веса большое внимание уделяется тому, чтобы пациенты повышали свой уровень физической активности и нагрузки, а отдельные даже настаивают на сильной физической нагрузке в обязательном порядке. Однако у нас есть причины сомневаться в том, что такой подход правилен.

- Повышение физической активности сравнительно слабо влияет на баланс энергии - по сравнению с диетическим режимом.
- Для некоторых пациентов с избыточным весом программы по физической нагрузке очень тяжелы. Кого-то смущает необходимость заниматься на виду у других или в спортивном костюме, купальнике и т. д., кто-то стыдится своего вида и того, как у него получается упражняться. Для кого-то многие формы физической нагрузки слишком тяжелы и требуют непомерных усилий.
- Приспособление к диете с ограниченным потреблением калорий и те препятствия, которые при этом приходится

преодолевать (см. главу 5) - все это уже само по себе требует немало сил, даже если не ставить перед собой дополнительные бихевиоральные цели, а именно к таким и относится физическая нагрузка. Если пациент ставит перед собой слишком много целей, возникает риск, что он не сумеет добиться их всех на практике. В нашем курсе терапии мы считаем нужным отложить сосредоточение на физической активности до той поры, пока у пациента не отладится процесс неуклонного снижения веса (см. главу 6). По нашему мнению, внимание физической активности гораздо важнее уделять на втором этапе терапии, когда пациент работает уже над долгосрочной стабилизацией веса. Разумеется, не стоит отговаривать пациента, если он захочет повысить свою физическую нагрузку на первой стадии терапии. Если пациент уже занимается какой-то физической активностью, обязательно хвалите его за это. Если он высказывает желание найти новую форму активности, например, записаться в бассейн, поощряйте его, если только его занятия не мешают соблюдению диеты. Указания о том, как поощрять пациентов к занятиям спортом, приведены в главе 6.

Одна наша пациентка еще на раннем этапе терапии выразила желание повысить свой уровень физической активности. Ее вес стабильно снижался, и в целом терапия прогрессировала успешно. Терапевт поддержал стремление пациентки, однако не стал навязывать ей какую-то конкретную разновидность нагрузки. На следующих нескольких сессиях пациентка упоминала о спортзале, куда ходит ее подруга, приглашая составить ей компанию. Поначалу пациентка слегка колебалась, но затем решила попробовать и назначила день, когда пойдет на занятия спортом. Терапевт отнесся к ее

плану положительно, а также одобрил преимущества, которые дает спортивная нагрузка как таковая.

Однако на сессии, последовавшей вскоре за посещением спортзала, пациентка выглядела расстроенной и призналась, что для нее посещение было неприятным и тяжелым опытом. Занятие в спортзале потребовало непривычно больших физических усилий и утомило ее, а кроме того, женщине морально тяжело было видеть себя и других участниц в зеркале во весь рост, потому что она казалась себе самой неуклюжей и полной среди присутствующих. Терапевт выслушал жалобы пациентки и спросил, что, по ее мнению, ей лучше предпринять. Та ответила, что в спортзал не вернется точно. Терапевт не стал оказывать на нее давления и принуждать решать этот вопрос. Он объяснил, что физическая нагрузка — важная тема, к которой они еще непременно вернуться на втором, позднем этапе терапии. Приняв во внимание то, какую тревогу у пациентки вызвало сравнение своей фигуры с фигурами окружающих, терапевт решил обязательно проработать этот вопрос, когда терапия дойдет до работы над восприятием пациенткой своего тела.

РАЗВИТИЕ НАВЫКОВ РЕШЕНИЯ ЗАДАЧ

Всех пациентов нужно научить решать задачи, пользуясь стандартным алгоритмом. Это навык поможет им справиться с повседневными трудностями, на которые наталкиваются те, кто старается ограничить потребление калорий. Подход, который здесь описан, основан на следующих источниках: D'Zurilla & Goldfried, 1971; Goldfried & Goldfried, 1975.

В идеале отрабатывать навык решения задач стандартным алгоритмом нужно начать на практике, как только вы идентифицируете первую же сложность, с которой столкнулся пациент. Например, пусть это будет случай переедания, вызванного каким-то внешним событием. Предложите пациенту разобрать этот случай и на его примере научите пациента принципам решения задач стандартным алгоритмом. Объясните, что, хотя

многие проблемы поначалу обескураживают своей кажущейся сложностью, однако, если к ним подходить со стандартным алгоритмом, то есть определенным методом последовательного решения, то, как правило, выясняется, что их все вполне можно решить. Применение этого навыка помогает пациенту преодолевать повседневные трудности таким образом, чтобы они не приводили к перееданию.

В принципе, навык решения задач стандартным алгоритмом состоит из пяти рациональных и плодотворных шагов, которые завершаются самоанализом.

Стандартный пошаговый алгоритм решения проблем:

Шаг 1. Выявить возникшую проблему как можно раньше.

Шаг 2. Точно сформулировать, в чем состоит проблема. В чем ваши затруднения? Помогает переформулировать проблему, описать ее другими словами. Зачастую это позволяет установить, что существует не одна проблема, а две взаимосвязанных, и в таком случае их надо разъединить и дальше прорабатывать по отдельности.

Шаг 3. Обдумайте как можно больше решений. Пациенту нужно постараться изобрести как можно больше вариантов ее решения (это прием известен как «мозговая атака»). Часть вариантов тут же покажется нелепой или невыполнимой. Тем не менее, их тоже нужно включить в список альтернативных решений. Чем больше решений изобретет пациент, тем выше шансы, что среди них найдется верное.

Шаг 4. Продумать все последствия каждого решения. Оценить и продумать, насколько каждое решение потенциально плодотворно и выполнимо. Советуем составить список «за» и «против» для каждого конкретного решения.

Шаг 5. Выбрать наилучшее решение или сочетание решений.

Шаг 6. Действовать в соответствии с решением. Определить, какие шаги нужно предпринять для воплощения решения, и начать их выполнять.

На следующий день после «мозговой атаки» пациенту нужно оценить весь процесс принятия решения. Этот шаг принципиально-

но важен. Цель его - не только решить конкретную проблему, вставшую перед пациентом. Гораздо важнее другая цель: отточить навык решения задач стандартным пошаговым алгоритмом. Пациенту нужно пересмотреть каждый шаг в этом процессе и определить, как его можно усовершенствовать.

После того, как вы подчеркнете важность умения плодотворно решать проблемы и объясните пациенту пошаговый алгоритм, покажите ему, как пользоваться этим алгоритмом на примере той конкретной проблемы, о которой говорил пациент. Тогда пациент усвоит, как решать проблемы в дальнейшем. Если время позволяет, выявите еще одну конкретную проблему из числа тех, с которыми столкнулся данный пациент, и «прорешайте» ее по алгоритму вместе с ним, но так, чтобы ведущую роль в решении играл пациент, а не вы. В качестве домашнего задания попросите пациента пользоваться алгоритмом при любой возникающей возможности. Чтобы пациенту легче было запомнить алгоритм, снабдите его раздаточным материалом J. В дальнейшем, как только перед пациентом возникнет какая-то проблема или он

начнет ее предчувствовать, ему понадобится написать «проблема» в своем дневнике, а затем на обратной стороне листа прорешать ее по шестишаговому алгоритму. Обязательно заверьте пациента, что постепенно его умение решать проблемы будет улучшаться, он натренируется, а также скажите, что этот алгоритм можно с успехом применять к решению любых повседневных проблем.

На следующих сессиях детально проверяйте то, насколько пациент преуспел в решении проблем, расспрашивайте его и, если понадобится, предлагайте свои улучшения. Важно помнить, что цель этой тренировки - не только решить конкретные проблемы, хотя это, разумеется, весьма желательно, но, главным образом, усвоить и отточить навык решения проблем в целом.

Одна наша пациентка запланировала туристическую поездку, точнее, поход на выходные в компании друзей, и опасалась, что у нее могут возникнуть проблемы. Вот как она проработала пошаговый алгоритм.

Шаг 1. Определить наличие проблемы как можно раньше.

Как я собираюсь справиться с поездкой в выходные в компании друзей?

Шаг 2. Точно определить суть проблемы. Проблема в том, что я рискую сильно превысить свой лимит калорий за выходные в походе. Причины:

1. Пища, доступная на стоянках, очень высококалорийна (бургеры и т. д.)
2. Запах и вид пищи вызывает у меня соблазн съесть больше, и когда другие едят, ни в чем себя не ограничивая, я испытываю искушение последовать их примеру.
- 3- На воздухе, да еще в движении я всегда успеваю проголодаться быстрее и сильнее.
4. Все будут пить спиртное, и мне захочется влиться в компанию, но алкоголь — это лишние калории и к тому же он заставляет меня утратить бдительность в смысле контроля за тем, что и сколько я ем.

Шаг3- Взвесить возможные выходы из положения.

1. Сказать друзьям, что я с ними не поеду.
2. Весь день ничего не есть, накапливая неиспользованные калории для вечернего застолья, а потом есть и выпивать наравне со всеми.
- 3- Взять с собой запас низкокалорийной провизии в сумке-холодильнике. Есть только из своих запасов и отказываться от спиртного.
4. Махнуть рукой на свой лимит калорий на время поездки, получить от нее удовольствие и по возвращении вернуться к диете.

5- Взять с собой сумку-холодильник с низкокалорийной едой на день (например, есть фрукты для ощущения сытости), сберечь калории на вечер и тогда вечером, если это будет не слишком поздно, я смогу съесть бургер и выпить спиртного.

6. Взять сумку-холодильник, днем слегка поесть низкокалорийной пищи, сберечь калории на вечер, чтобы позволить себе бургер, а вместо спиртного взять с собой запас низкокалорийного безалкогольного питья.

Шаг 4- Просчитать эффективность и выполнимость каждого решения.

1. Отказ поехать — наверняка плохая идея. Отказавшись, я огорчу и подведу друзей, ведь поездку мы запланировали давно. Оставшись дома, я буду чувствовать одиночество и недовольство, пропущу все развлечения в компании и, возможно, переем дома одна — с горя и от одиночества.

2. Весь день ничего не есть, копя неиспользованные калории на вечер. Обычно у меня это не срабатывает. К вечеру я наверняка так проголодаюсь, что в любом случае сильно превышу свой лимит калорий. Кроме того, голодная, я весь день буду раздражаться и завидовать, что другие едят. Как бы не испортить себе и всем выходные!

3- Взять с собой запас низкокалорийной провизии из дома. Может сработать, но я все равно буду облизываться на бургер и выпивку и завидовать остальным, что они едят и выпивают вволю.

4- Махнуть рукой на лимит калорий. Возможно, во многих отношениях это упростит мне выходные и даже сделает их приятными, но я нацелилась похудеть и наверняка потом пожалею, что не держала себя в рамках. Кроме того, очень может быть, что после выходных мне будет непросто вернуться обратно на диету. Как бы не начать откладывать возвращение на диету!

5- Взять диетическую провизию на день и приберечь неиспользованные калории на вечер — для умеренной выпивки и бургера. Это, пожалуй, может и сработать. Возможно, мне будет труд-

новато днем и утром, потому что все будет есть на завтрак высококалорийную пищу, но мне так легче, чем отказать себе во вкусном вечером. 6. Днем и утром есть свою диетическую провизию, сберегая неиспользованные калории на вечер, но взять из дома запас низкокалорийного безалкогольного питья на замену спиртному. Может сработать. Я даже предпочитаю такие напитки алкоголю, но, если безалкогольное питье согреется, оно будет невкусным. Кроме того, опасаясь, что буду стесняться того, что все время ем только свое из сумки и, в отличие от остальных, совсем не пью спиртного.

Шаг 5- Выбрать лучшее решение или комбинацию решений.

Вот что я решила. Беру с собой диетическую еду в сумке-холодильнике, и тогда у меня будет возможность неплотно поесть днем и сберечь калории на бургер вечером. Кроме того, я возьму с собой низкокалорийные безалкогольные напитки, но маленькую порцию выпивки все же себе позволю.

Шаг 6. Определить, какие шаги предпринять, чтобы воплотить решение, и выполнить их.

1. Мне нужно: точно спланировать, какую еду загрузить в сумку-холодильник: надо взять ровно столько, чтобы, поев, не чувствовать голода, но и чтобы остались неиспользованные калории на бургер и выпивку вечером. Далее, точно подсчитать, сколько калорий может содержаться в бургере и спиртном, и вычислить, сколько калорий от дневного лимита у меня остается на утро. Взять с собой вдоволь салата и фруктов, потому что я их люблю и эта пища помогает мне насытиться, но не чувствуя себя обделенной.

2. На практике: как и запланировала, я взяла с собой сумку-холодильник, и диетические припасы помогли мне устоять перед соблазном «фаст-фуда» в течение дня. Правда, в какой-то момент я дала слабину и съела ломтик бекона на тосте к завтраку, потому что все ели то же самое и пахла еда очень аппетитно.

Оценить то, как удалось решить задачу по стандартному алгоритму.

Я вполне довольна тем, как мне удалось решить задачу. Бутерброд с беконом означал, что я превысила свой суточный лимит калорий, но это было только в один день, а на следующей после выходных неделе мне удалось не превышать лимит, поэтому в итоге сумма калорий, потребленных за неделю, близка к лимиту, который я себе и наметила на неделю. Я выяснила, что сумку-холодильник тяжело носить с собой, поэтому сомневаюсь, что возьму ее снова в подобных обстоятельствах. Но я решила, что к следующей поездке куплю сумку такого типа, просто полегче, и наверняка применю похожую стратегию.

КАК РАБОТАТЬ С МЕДЛЕННЫМ СНИЖЕНИЕМ ВЕСА

Если вес пациента не уходит достаточно быстрым темпом (в среднем на 0,5-1 кг в неделю), то терапевту необходимо подробнейшим образом проверить, точно ли пациент придерживается диетических рекомендаций. Если пациенту явно сложно соблюдать суточный лимит в 1500 калорий, проработайте этот вопрос напрямую, используя стандартный алгоритм решения задач. Как и всегда, поощряйте пациента выдвигать собственные решения.

Если пациент вроде бы придерживается лимита калорий и рекомендаций, однако вы подозреваете, что он не вполне точен в своих записях (пищевом дневнике), то объясните пациенту, что медленное снижение веса наверняка объясняется неточностью подсчета и учета калорий, измерения пищи, или и тем и другим. Важно, чтобы вы вместе с пациентом обязательно установили, в чем причина проблем. (И принципиально важно сформулировать

ваши расспросы так, чтобы у пациента не возникло и тени ощущения, будто вы обвиняете его во лжи!)

Если пациенту вроде бы удастся держаться лимита калорий, а вы не подозреваете его в неточности подсчетов и записей, тогда вам нужно вместе обсудить, а нельзя ли ужесточить лимит калорий, чтобы тем самым ускорить снижение веса. Если это приемлемый вариант, то предложите пациенту суточный лимит в 1200 калорий, а затем помогите ему отыскать способы, как урезать суточное потребление энергии на 300 калорий. Ни в коем случае не наводите пациента на идею ужесточения лимита, если вы не стопроцентно уверены, что пациент справится и приспособится еще более ограниченному потреблению калорий. (В некоторых случаях терапевту и пациенту лучше двигаться к понижению лимита в два этапа, например, сначала снизить лимит до 1350 калорий, затем до 1200). На следующих сессиях нужно будет обязательно сосредоточиться на том, насколько успешно пациенту удастся держать себя в намеченных рамках. Проблему приспособления к новому лимиту нужно прорабатывать по указаниям, которые описаны в алгоритме решения задач и в главе 5.

КАК ОПРЕДЕЛИТЬ, КОГДА ПЕРЕХОДИТЬ КО ВТОРОМУ ЭТАПУ - СТАБИЛИЗАЦИИ ВЕСА

По мере того, как темп снижения веса у пациента пойдет на убыль, терапевту нужно начинать постепенно подводить пациента к следующей мысли: требовать от пациента, чтобы он до бесконечности придерживался лимита калорий, - это слишком. Более того, настраиваться соблюдать жесткий лимит калорий всю оставшуюся жизнь - значит обречь себя на неудачу терапии, и это тоже нужно исподволь внушить пациенту. Дело в том, что, как показывают исследования, после 4-6 месяцев терапии многим пациентам с ходом времени все труднее и труднее держать себя в заданных рамках диеты, и это никак не зависит от того,

насколько успешно у пациента получалось худеть до данного рубежа. Объясните пациенту, что рано или поздно наступит время, когда пациенту лучше всего будет прекратить сбрасывать вес и вместо этого поучиться тому, как удержать полученный результат, то есть не набирать вес.

Принципиальное значение для успеха в терапии имеет то, как определить, когда именно пациенту можно переходить ко второму этапу - стабилизации веса, прекратив попытки похудеть дальше. Ниже приведены указания, которые помогут решить, когда пациенту лучше всего переключиться на стабилизацию веса.

1. Если темп похудения явно замедляется без видимой причины и несмотря на то, что пациент старательно соблюдает все правила баланса энергии и подсчета калорий. Исследование лечения ожирения показывает, что темп похудения в большинстве методов замедляется через 6 месяцев после начала лечения (Wadden et al, 1999; Wilsin & Brownell, 2002). Хотя точные причины этого явления еще не окончательно установлены, предполагается, что здесь действует целый комплекс причин: у пациента спадает потребность в энергии из-за физиологических изменений, ослабевает энтузиазм, снижается расход энергии, вызываемый физической активностью. Каковы бы ни были причины, замедление темпа похудения прогрессирует. Если это происходит несмотря на прилежное следование пациентом диете, то терапевту пора начать подводить пациента к идее «принятия» (см. главу 8). Цель - помочь пациенту осознать, что ему пора переходить к сохранению достигнутого веса.

2. Если темп похудения явно замедляется потому, что у пациента ослабел энтузиазм и он не так прилежно придерживается диеты и лимита калорий. В подобном случае у вас два варианта: или проработать замедление снижения веса по стандартному алгоритму решения задач (описанному ранее в этой главе), или же воспринять это явление как нерешаемую проблему и признак того, что пациент выдохся. В последнем случае это можно принять за указание, что

пора переходить ко второму этапу терапии - стабилизации веса. Самое лучшее, если вы будете вполне откровенны с пациентом и обсудите оба варианта. Важно четко и честно сообщить пациенту, что чем дальше, тем труднее ему будет продолжать терять вес по трем уже упомянутым причинам: пациенту все сложнее держаться жесткого лимита калорий; в его организме уже произошли компенсаторные физиологические изменения; у него упал уровень расхода калорий.

Если пациент вместе с терапевтом принимают решение о том, что верность пациента диете можно подкрепить и усилить, тогда это нужно сделать основной целью и следовать приведенным ранее указаниям. Однако по мере предложения терапии, когда она достигает середины (в нашей практике - на 5-й месяц терапии), гораздо разумнее и уместнее переходить ко второму этапу, то есть стабилизации веса. Важно, чтобы пациент непременно воспринимал это переключение как положительный и значимый следующий шаг, а не как «необходимость покориться несчастной судьбе» (Wilson, 1996).

3. Примерно за 3 месяца до окончания терапии. На этом пункте (в Оксфордском исследовании он наступил на 6-й месяц терапии) переключиться на второй этап, стабилизацию веса, пора потому, что пациенту нужно оставить запас времени на освоение новых навыков — умения не набирать вес обратно (см. главу 11). Всех пациентов нужно заранее

предупреждать о том, что им предстоит переключиться на новую цель и что такое переключение необходимо - независимо оттого, какого веса они достигли к этому моменту и каким темпом идет снижение веса.

4. Если ИМТу пациента достиг 22. Пациентов, у которых индекс массы тела достиг такого показателя, тоже необходимо переключиться на стабилизацию веса и прекратить дальнейшие попытки похудения. Их также нужно заблаговременно предупредить о том, что подобное переключение на новый этап необходимо. Объясните это так: при ИМТ в 22 все виды

риска, связанного с избыточным весом, уже уменьшились, а потому дальнейшее похудение скорее способно нанести вред здоровью, чем пойти на благо (помимо того, что пациенту при таких показателях будет все сложнее худеть дальше). При таком варианте переход на новый этап тоже обязательно нужно подавать пациенту как шаг положительный и важный, как следующий значимый шаг в долгосрочном контроле над весом.

Глава 5

МОДУЛЬ III: РАБОТА С ПРЕПЯТСТВИЯМИ, МЕШАЮЩИМИ ПОХУДЕНИЮ

В процессе похудения большинство пациентов неизбежно сталкивается с разнообразными преградами и препятствиями. Цели данного модуля таковы:

1. Выявить бихевиоральные и когнитивные барьеры, мешающие похудению.
2. Помочь пациентам справляться с помехами по мере их возникновения.

В этой главе подробно описаны стратегии, помогающие пациентам выявить и преодолеть помехи в похудении.

КАК ВЫЯВИТЬ ПРИПЯТСТВИЯ, МЕШАЮЩИЕ ПОХУДЕНИЮ

Чтобы определить, какие преграды мешают похудению, нужно действовать двумя параллельными путями. Во-первых, препятствия можно выявить, изучая записи пациента, его пищевом дневнике, а во-вторых, систематически применяя «Опросник по препятствиям к похудению» (см. далее).

Изучение записей пациента

На сессиях, просматривая вместе с пациентом его записи, пищевом дневнике, обращайтесь внимание на то, что потенциально может стать преградой для похудения. Вот критерии, которые помогут вам выявить возможные преграды.

- Когда пациент ест (то есть темпоральный паттерн его питания):
 - Питается ли пациент в рамках формальных трапез (завтрака, обеда, ужина за столом)?
 - Питается ли вне рамок формальных трапез (то есть перехватывает куски, «пасется» и т. д.)?
 - Просматриваются ли в паттерне питания пациента долгие периоды без пищи?
 - Пропускает ли пациент трапезы (завтрак или обед или ужин)?
 - Постоянный ли у пациента паттерн питания или все время меняется?
 - Есть ли у пациента какое-то время суток (или особые дни, например, ПМС, выходные и т. д.), когда он особенно подвержен перееданию?
- Как питается пациент:
 - Какова обычная величина порций, съедаемых пациентом?
 - Берет ли пациент добавку?
 - Съедает ли пациент все, что есть на тарелке, или оставляет что-то?
- Что ест пациент (то есть каковы его предпочтения в пище):
 - Какие блюда и напитки в рационе пациента содержат больше всего калорий?
 - Понимает ли пациент, что у разных продуктов разная энергетическая ценность?
 - Какие блюда и напитки пациент считает излишними (отмечает в пищевом дневнике звездочкой *)?
 - Избегает ли пациент конкретных продуктов и блюд?
- Где пациент ест (есть ли места, которые стимулируют его к еде):
 - Ест ли пациент где-то, помимо кухни и столовой?
 - Ест ли пациент, когда смотрит телевизор?
 - Ест ли пациент за рулем (в дороге), в кино или будучи занят еще чем-то?
- Другие проблемы с питанием:
 - Случаются ли у пациента отдельные приступы переедания?
 - Испытывает ли пациент «утрату самоконтроля» в это время (то есть или чувство, что он себя не контролирует, или невозможность воздержаться от пищи, или невозможность остановиться, раз начав есть)?

В обязательном порядке ищите в записях пациента все эти сведения, ответы на все эти вопросы. Начинать ли обсуждать их вслух с пациентом, как только вы обнаружите такую информацию при просмотре записей, или же отложить обсуждение на потом - решать вам. В целом, если пациент неплохо справляется с терапией, если он достаточно прилежно соблюдает рекомендации и вес у него снижается, тогда лучше отложить обсуждение этих вопросов, пока они не станут актуальнее. Актуальнее же они станут с течением времени, когда темп похудения у пациента начнет замедляться. Но если потенциальные препятствия явно мешают прогрессу пациента в терапии, тогда их нужно немедленно подчеркнуть и вынести на обсуждение и проработку.

Как определить помехи к похудению с помощью опросника

Дополнительный способ, позволяющий выявить потенциальные препятствия к похудению, включает использование «Опросника по препятствиям к похудению» (см. таблицу 5.1). Опросник также воспроизведен в приложении в виде раздаточного материала К. В опроснике учтены все возможные и самые распространенные помехи к похудению. Опросник рассчитан на то, чтобы пациент заполнял его вместе с терапевтом во время сессии (а не самостоятельно на дому!) То, когда именно лучше всего приступать к заполнению опросника, зависит от конкретного пациента, того, как прогрессирует терапия; принимать решение должен сам терапевт. Если процесс терапии идет успешно, то с заполнением опросника срочности нет, хотя его обязательно надо заполнить, если похудение замедлится,

потому что это может быть признаком, что старание пациента ослабевает. Если замедление похудения незначительное или оно проявляется время от времени, то опросник лучше заполнить пораньше, чтобы как можно раньше выявить источники трудностей и проработать их.

КАК ПРОРАБОТАТЬ ПРЕПЯТСТВИЯ, МЕШАЮЩИЕ ПОХУДЕНИЮ

Общее сопротивление терапии

Через несколько недель после начала терапии вам станет ясно, оказывает ли пациент сопротивление, которое нужно преодолеть. Сопротивление пациента терапии, скорее всего, будет выражаться в таких формах (одной или нескольких сразу):

- пациент пропускает сессии;
- пациент опаздывает на сессии;
- пациент постоянно требует перенести сессии;
- пациент на сессии показывает оппозиционную установку (например, постоянно подвергает сомнению все, что вы говорите, — информацию, необходимость домашних заданий и пр.);
- Не выполняет домашние задания или выполняет их халтурно.

Будьте бдительны и присматривайтесь, не проявятся ли такие признаки сопротивления. Поначалу их лучше просто отметить для себя (а не поднимать этот вопрос с пациентом), а одновременно с этим еще более обоснованно, рационально и подробно объяснить пациенту, как важна терапия, все входящие в нее процедуры и в особенности выполнение домашних заданий. Если объяснения не улучшат состояние дел и пациент по-прежнему будет упорствовать, тогда проблему нужно проработать напрямую и обязательно определить, в чем кроются причины сопротивления пациента. Важно поднять эту тему дружелюбно, без

конфронтации с пациентом. Предоставьте пациенту возможность открыто и свободно выразить свои чувства; у него не должно сложиться ощущение, будто его высказывания вы воспринимаете как критику в свой адрес.

Как только вы более-менее поймете, почему пациент сопротивляется и сомневается, то причину сопротивления надо будет проработать в рамках, которые вам позволяет форма сессии и терапии, и в той степени, в какой это позволяет проблема избыточного веса. В качестве наглядной иллюстрации мы снова приведем случай из практики.

Одна наша пациентка регулярно опаздывала на сессии. Кроме того, она частенько отменяла их в последнюю минуту. Терапевт понимал, что подобному поведению может быть целый спектр объяснений — например, возможно, пациентка в целом человек неорганизованный, — или же у нее все-таки проблемы с мотивацией.

Для начала терапевт решил попробовать практический подход и оценить реакцию пациентки. Он поставил себе за правило завершать сессии точно по расписанию, как бы сильно ни опаздывала пациентка, но при этом не проявлял инициативы — не выдвигал ее опоздания на обсуждение. Про переносы сессий по многочисленным просьбам пациентки терапевт сказал: «Поскольку вам пришлось за последнее время перенести несколько сессий, я подумал, не попробовать ли нам подобрать более удобное время для встреч? Например, мы могли бы заниматься по вечерам, если вечером вам удобнее ко мне добираться».

Несмотря на эти усилия терапевта, пациентка упорно продолжала опаздывать и переносить встречи. Естественно, это плохо влияло на ход терапии, замедляя его. Терапевт решил, что настал час поставить вопрос ребром. На следующей сессии он сказал: «Я заметил, что вам, похоже, трудно до меня добираться, а между тем, чтобы терапия принесла вам максимальную поль-

зу, сессии должны быть регулярными и не сокращенными. У некоторых пациентов проблемы с опозданиями и пропусками коренятся в том, как они относятся к самой терапии. Например, они расстроены своим темпом похудения или не верят, что такая терапия им поможет. Может быть, у вас какие-то подобные тревоги и сомнения?»

Пациентка ответила, что жаждет получить от терапии максимальную пользу, однако она так занята и загружена, что ей трудно все успеть, у нее плотное расписание. Терапевт напомнил ей, что терапия принесет подлинные плоды только при условии, что пациентка поставит его на первое место, сделает основным приоритетом в жизни. Затем он предложил пациентке вместе с ним заново просмотреть список «за» и «против» терапии избыточного веса, чтобы оценить, насколько сильна мотивация пациентки. После повторного просмотра списка «за» и «против» пациентка решила, что все-таки хочет продолжать терапию. Терапевт посоветовал ей в качестве домашнего задания попробовать применить стандартный алгоритм решения задач к ее проблеме с опозданиями. Пациентке нужно было выяснить, может ли она найти способ как-то выкроить время для сессий и для домашних заданий, и выбрать конкретный способ. Терапевт договорился с пациенткой, что на следующей сессии они вместе проработают такой план «борьбы с опозданиями», который пациентка заранее составит дома.

ТАБЛИЦА 5.1

Препятствия, мешающие похудению

Ниже приведен список самых распространенных препятствий, мешающих похудению. Проверьте, что из них верно по отношению к вам (если что-то верно), и поставьте галочку в соответствующей графе.

Препятствия	Нет	В какой-то степени	Да
Аккуратно ли вы ведете пищевой дневник			
- Все ли вы записываете?			
- Точно ли вы взвешиваете порции?			
- Тщательно ли подсчитываете калории?			
Взвешивание и еженедельный отчет домашний само			
- Взвешиваетесь ли вы раз в неделю?			

- Проводите ли вы домашний самоотчет раз в неделю?			
Ваши привычки в питании			
- Сильно ли варьируются ваши привычки в питании день ото дня?			
- Есть ли в вашем режиме дня определенные приемы пищи и перекусы?			
- Пропускаете ли вы приемы пищи?			
- Случаются ли вам делать слишком длинные перерывы между приемами пищи?			
- Есть ли у вас склонность перехватывать куски между едой?			
- Есть ли какие-то дни или время суток, когда вы особенно подвержены соблазну переесть?			
- Случаются ли у вас приступы переедания, большие или маленькие?			
Размеры порций			
- Вы берете себе относительно большие порции?			
- Берете ли вы добавку?			
- Всегда ли вы доедаете все, что лежит на тарелке?			
- Доедаете ли вы остатки?			
Какие продукты и напитки вы выбираете			
- Склонны ли вы есть насыщенную калориями (то есть насыщенную жирами) пищу?			
- Избегаете ли вы сознательно каких-либо продуктов или блюд?			
Препятствия	Нет	В какой-то степени	Да
Как вы едите			
- Вы можете сказать о себе, что едите очень быстро?			
- Случается ли вам есть вне кухни и столовой?			
- Едите ли вы, когда смотрите телевизор?			
- Едите ли вы за рулем, в кино или во время других занятий?			
- Планируете ли вы заранее, что и когда будете есть?			
- Едите ли вы прямо из упаковок и контейнеров, кастрюлек и т. д.?			
Прочие препятствия к потере веса			
- Утратили ли вы стимул худеть?			
- Склонны ли вы «заедать» стресс?			
- Склонны ли вы есть от скуки?			
- Мешает ли вам похудеть максимализм, то есть мышление в категориях «или все, или ничто»?			
- Сталкиваетесь ли вы с какими-то еще препятствиями к похудению?			

Такой же подход можно применить к пациентам, которые регулярно не выполняют домашние задания. Но в таких

случаях нужно учитывать еще один дополнительный фактор, а именно, как ведет себя терапевт в отношении домашних заданий. Объяснительно проверьте, соблюдаете ли вы правила относительно домашних заданий, обрисованные в главе 4 (см. таблицу 4.2). Особенно важно, чтобы вы подробно, убедительно и доходчиво объяснили пациенту, зачем нужны и почему так важны домашние задания. Важно также, чтобы задания вы обговаривали совместно с пациентом, чтобы задания были посильными, выполнимыми, и чтобы вы непременно проверяли задание на следующей сессии. Если пациент сталкивается с заданием, которое кажется

ему невыполнимым или не имеющим отношения к терапии, он вряд ли будет прилагать к нему усилия, не захочет стараться. Далее, если пациент прилежно выполняет домашнее задание, но терапевт на следующей сессии не уделяет внимания проверке, то в будущем у пациента снизится мотивация. Приведем еще одну иллюстрацию, случай из практики.

Одна наша пациентка выполняла домашние задания вполсилы, халтурно, а на сессиях вела себя пассивно. Вес она сбрасывала медленно. На четвертой сессии терапевт завел речь о том, что прогресс пациентки его тревожит. Пациентка призналась, что недовольна терапией: у нее сложилось ощущение, что она прилагает непомерные усилия, а результат слишком ничтожен. Между тем, по словам пациентки, она видела объявления, предлагавшие гораздо большую и быструю потерю веса за счет куда меньших усилий. Пациентка подумывала бросить терапию.

Терапевт поблагодарил ее за откровенность, затем попросил пациентку подробнее рассказать о тех, других методах терапии, которые ее заинтересовали. Благодаря расспросам выяснилось, что пациентка имела в виду диеты с крайне низкой калорийностью рациона. Терапевт объяснил, что эти методы уже всесторонне изучены и что, хотя они действительно дают резкое и быстрое похудение, однако сброшенный вес так же резко и быстро возвращается, даже если пациент пытается приложить усилия и после низкокалорийной диеты старается стабилизировать достигнутый результат (см.: Wadden & Berkowitz, 2002).

Затем терапевт некоторое время подробно объяснял пациентке обоснование метода того курса терапии, который она уже начала. Он растолковал пациентке следующие пункты:

- Наша терапия работает именно с теми проблемами, которые приводят к неудачам в других методах (например, устраняет препятствия к успешной стабилизации достигнутого веса). В ней используются процедуры, которые работают и в других областях (например, расстройства питания, тревожные расстройства).
- Многие методы терапии дают более быстрое и сильное похудение, чем данный метод, однако сбавленный с их помощью вес всегда возвращается обратно по истечении терапии.
- Принято считать, что приоритет в области терапии избыточного веса — найти такую терапию, которая приводит к похудению на долгий срок. Данный метод дает именно такие результаты.
- Принципиально важно воспринимать проблемы избыточного веса и его терапии в долгосрочной перспективе, с прицелом на отдаленное будущее. Многие клиники и терапии предлагают разные методы «быстрого похудения», но это не выход из положения, потому что результатов хватает ненадолго, а вес возвращается обратно. Пациентов таких клиник деморализует то, что сброшенный вес возвращается, и они склонны винить себя, а не неэффективная и непродуманная терапия.
- Данный метод терапии, к которой пациентка уже приступила, просчитывает долгосрочную перспективу и, хотя, возможно, он приводит не к такому сильному и быстрому похудению, как хотелось бы пациентке, однако нужно помнить, что полученные здесь результаты пациентке удастся сохранить надолго.

Пациентка ответила, что разбор всех этих пунктов заново очень ей помог. Она упустила из виду положительные стороны терапии, стала забывать о них. Терапевт попросил пациентку и впредь сообщать ему, когда у нее возникнут сомнения, чтобы их можно было открыто обсудить и чтобы пациентка их не замалчивала. После этой сессии старания пациентки возросли и ее отношение к терапии заметно изменилось к лучшему.

Небольшой процент пациентов сталкивается с трудностями в том, чтобы продолжать выполнять домашние задания и подсчитывать потребления калорий. Вот еще один случай из практики.

Еще одна наша пациентка старалась похудеть. Необходимость подсчитывать калории казалась ей сомнительной, а поставленный лимит калорий — слишком уж жестким. Терапевт оказался в трудном положении: ведь ему было принципиально важно воодушевлять пациентку точно подсчитывать калории и держаться намеченного лимита калорий; от этого зависит весь успех терапии. В то же время оказывать на пациентку слишком сильный нажим значило вызвать у нее сопротивление и гнев, следовательно, возник риск, что она прервет терапию.

Ниже приведена дословная запись тех негативных заявлений, которые пациентка сделала в рамках одной сессии:

«...я учусь подсчитывать калории, но мне это трудно. Половину времени я голодна, и это при том, что я все время превышаю лимит калорий. А если бы я съела то, что действительно хочу, я бы его превысила раз в десять...

«...что касается того, что якобы я вольна есть любую пищу — как бы не так! Все равно получается, что вся пища высококалорийна. За исключением разве что салата, а салатом в такую погоду не наешься [дело было в холодную погоду]...

«...стоит съесть сэндвич, простой сэндвич* — два кусочка хлеба и между ними начинка, — и вот тебе уже 400 калорий. А 200 граммов печеной картошки — это

*Здесь уместно напомнить, что, в отличие от бутерброда, традиционный американский сэндвич, какие сейчас популярны и в нашем обществе, — это разрезанная пополам длинная булочка из белого теста, а начинка зачастую включает не только мясо или рыбу, но и майонез. — Прим. переводчика.

звучит замечательно, но картофеля всего вот такую-сенькая [разводит ладони и показывает очень маленькую картофелину]...

«...низкокалорийная еда гораздо дороже, а если я буду покупать себе особую еду, мои домашние просто слопают ее, и все...

«...дочка твердит мне, мол, таким способом ты, мама, никогда не похудеешь. Она говорит, что все время считать пищу — я от этого буду еще больше думать о еде, а никакого эффекта не будет...

«...в выходные я никак не могла записывать съеденное в пищевой дневник, потому что у нас гостили друз-бья, и я знала, что обязательно превышу лимит калорий, а я была просто не готова сесть и просчитать план...

«...ив четверг и пятницу я тоже не смогу заполнить пищевой дневник, мне надо съездить на похороны в другой город...»

Терапевт старательно подчеркнул успехи пациентки, признал, что у нее действительно есть трудности, и поставил перед ней более умеренные цели в виде шадящего лимита калорий. Благодаря этому пациентка ушла с сессии, вооруженная подробным конкретным планом. В дальнейшем терапевт помог пациентке значительно похудеть. Он добился этого результата, проявив сочувствие: «Да, наблюдать за собой сложно, и это отнимает время и силы», однако вместе с тем и твердость: «Аккуратное ведение пищевого дневника — залог успеха терапии, без него метод не сработает. Если вы не будете вести дневник, вы все равно что свяжете себе руки за спиной».

Чтобы проработать проблемы пациента, которому трудно дается ведение пищевого дневника и подсчет калорий, примените следующие стратегии.

- Проявить эмпатию, сочувствие.

Т.: Верно, подсчет калорий - это нелегкая работа и много мороки.

Т.: Похоже, что замечания вашей дочери были не очень-то по делу.

- Разобраться в проблемах, но высказываться безоценочно: Т.: Что заставило вас так подумать?

Т.: Почему бы вам не записывать подсчеты, когда вы будете в отъезде на похоронах?

- Вычленив амбивалентные, противоречивые заявления и использовать их, чтобы приблизиться к желанной цели:

П.: Так трудно вести все эти подсчеты, я просто не успеваю... С другой стороны, если я поеду в отпуск и не буду вести пищевой дневник, то потом, конечно, об этом горько пожалею.

Т.: Наверно, лучше мыслить с прицелом на дальнейшее будущее. Если вы не заглядываете дальше завтрашнего дня, то, конечно, подсчет калорий отнимает много времени и да, вам приходится ограничивать себя в еде. Но если вы попробуете заглянуть в отдаленное будущее и мыслить более масштабно, то поймете: вот эта стадия похудения и подсчетов - она временная, она не навсегда, а потом, когда вы начнете удерживать достигнутый вес, мы подумаем о том, как прекратить подсчет калорий. И тогда вы станете свободнее в выборе пищи.

- Подчеркивать положительные достижения: Т.: Расскажите, чего вы добились на этой неделе? Т.: Отлично, вам удалось взвеситься в таких обстоятельствах, когда, быть может, было бы гораздо проще этого не делать. Вы снова начали вести пищевой дневник сразу после выходных; и даже когда вы не вели записи, вы были очень осторожны и разумны в выборе пищи.

- Договариваться о выполнимых целях. Т.: Когда вы поедете на похороны в другой город, может быть, все-таки попробуйте просто записывать, что съели и выпили? Без подсчета калорий, но чтобы просто следить за происходящим. Как по-вашему, с такой задачей вы справитесь?

П.: Наверно, да, но записи вряд ли будут точными.

Т.: Пусть даже и так, зато они помогут вам отчасти проследить за собой - как в тот день, когда вы ели не дома, помните? Вы тогда проделали отличную работу.

- Предложить применить стандартный алгоритм решения задач.

Т.: Может быть, мы вместе составим список блюд, которые вам нравятся и помогут насытиться?

Т.: А если мы попробуем вместе составить план, как не позволить вашим домашним съесть вашу диетическую пищу, которую вы купили лично для себя?

- Устранять недоразумения при взаимном непонимании.

Т.: Вы совершенно правы: ограничивать себя в пище, когда худеешь, нужно. Однако чего я не говорил на прошлой сессии, так это что пища «запрещена». Поэтому, если вам, например, хочется съесть шоколадку или пирожное, вы вольны это сделать, но вам нужно добавить съеденное в список потребленных калорий.

Некоторые пациенты жалуются на то, что необходимость подсчитывать калории заставляет их слишком много думать о пище и вызывает излишнюю озабоченность едой. В таких случаях рекомендуется сказать пациенту, что это распространенная реакция, но она возникает лишь в самом начале ведения пищевого дневника. Скажите пациенту также, что, по сути, это полезно, потому что благодаря этой реакции пациент внимательнее и бдительнее относится к выбору пищи и таким образом быстрее худеет.

Работая с сомнениями и тревогами пациента относительно терапии, обязательно и внятно дайте пациенту понять: чтобы сбавить вес, неизбежно потребуются есть меньше, чем ты привык; а чтобы стабилизировать достигнутый результат и удержать его надолго, необходимо принять новые установки и привычки питания навсегда.

Если пациент не воспринимает свой избыточный вес как проблему, то такое восприятие следует считать отдельным препятствием, которое надлежит преодолеть. Хотя в каком-то смысле такое отношение к весу даже можно считать добрым знаком: оно говорит о том, что пациент не поддавался социальному давлению, предписывающему всем поголовно быть стройными.

Однако с точки зрения здоровья это очень вредная и неправильная установка. У обладателей избыточного веса повыген риск целого ряда заболеваний, и это не зависит от того, насколько бодрыми и здоровыми они себя чувствуют и считают в данный момент (см. главу 3). И это нужно обязательно объяснить пациенту, который не считает свой избыточный вес проблемой. Разъясните пациенту, что ему требуется сократить свой вес и усвоить здоровый рацион и активный образ жизни: только так у него получится сократить растущий вместе с весом риск заболеваний. Обсуждая с пациентом эти вопросы, имеет смысл держаться подхода, основанного на долгосрочных и непосредственных «за» и «против», описанного в главе 3.

Одна наша пациентка на вводной нулевой сессии призналась, что никогда раньше не пыталась похудеть и не уверена, что ей нравится идея записывать потребление калорий и вести пищевой дневник. Она посетила сессии с вводной по вторую и ежедневно заполняла пищевой дневник, хотя записи ее и не отличались детальностью, а подсчет калорий — точностью.

На третью сессию пациентка не явилась. Терапевт позвонил ей, и она ответила, что забыла о назначенной встрече. Они договорились на новое, удобное пациентке время, однако накануне она позвонила и сообщила, что не сможет прийти. Сессию перенесли еще на неделю.

Когда пациентка наконец появилась у терапевта, то сказала, что забыла заполнить свой пищевой дневник и график динамики веса, а также была слишком занята, чтобы купить кухонные весы для взвешивания пищи.

По ходу сессии терапевт затронул мотивацию пациентки, попросив ее перечислить «за» и «против» дальнейшей терапии. Вот вкратце этот список.

«За»:

- Польза для здоровья, в особенности потому, что у пациентки астма и проблемы с коленом, и, судя по всему, оба заболевания избыточный вес усугубляет.

Кроме того, пациентку тревожит угроза сердечнососудистого заболевания.

- Улучшение физического самочувствия. Пациентка хотела бы стать подтянутее и энергичнее, а сейчас устает даже от подъема по лестнице.

- Самооценка и уверенность в себе. Пациентка испытывает упадок самооценки и не уверена в себе из-за замечаний о ее весе, которые высказывали партнер и дочь.

- Возможность заниматься спортом. Пациентка хотела бы снова без смущения заниматься плаванием.

«Против»:

- Нехватка времени. У пациентки плотное расписание: она учится, работает с частичной занятостью и воспитывает ребенка. Ей трудно выкроить время для заполнения пищевого дневника; дневник отнимает так много времени и сил потому, что пациентка страдает дислексией.

- Интраперсональные проблемы. Пациентка сообщила, что у нее сильные проблемы в отношениях с партнером и она подумывает с ним расстаться, хотя они прожили вместе 5 лет. Она не была уверена, как повлияет ее похудение в будущем на личную жизнь — положительно или отрицательно.

Каждый из перечисленных пунктов терапевт подробно обсудил с пациенткой, начав с «против». Затем он попросил пациентку определить, какие из пунктов в списке долгосрочные, а какие краткосрочные. Он велел пациентке взять копию списка с собой домой, перечитать его и поразмыслить, не возникнут ли у нее новые пункты к следующей сессии.

К концу этой сессии пациентка призналась, что «подходящего времени» для начала терапии у нее не бывает никогда, потому что у нее всегда есть какие-то заботы и хлопоты, но что, тем не менее, она попробует продол-

жить терапию. Поскольку она не сумела вспомнить обоснование для пищевого дневника, то есть причины, зачем его вести и зачем взвешиваться, пациент объяснил ей это заново. Пациентка призналась, что первые две недели, пока ей удавалось вести пищевой дневник, это приносило ей пользу, поэтому она полна решимости вновь вернуться к ведению дневника и графика динамики веса. Поскольку она считала себя забывчивой, то решила, по ее словам, класть записочки в свою коробку для завтрака и прикреплять на холодильник — напоминания самой себе взвесить и оценить пищу. Она также решила, когда на следующей неделе сможет выкроить время и купить кухонные весы.

После сессии терапевт подумал, что с этой пациенткой надо будет работать медленно, не форсируя материал. Вместо этого терапевт решил продвигаться по курсу терапии медленнее, чем с другими пациентами.

ГОЛОД

При диете, ограничивающей потребление энергии, скорее всего, неизбежно возникнет проблема голода. Чтобы помочь пациентам справиться с ней, попробуйте применить следующие процедуры:

- Объясните, что голод возникнет наверняка. Голод - это хороший знак, он говорит о том, что пациент успешно ограничил свое потребление энергии.

- Помогите пациенту сократить потребление энергонасыщенных продуктов (см. главу 4), потому что в результате пациент сможет съесть большее количество пищи, тем самым уменьшая чувство голода.

- Поощряйте пациента в течение дня питаться по режиму, то есть через регулярные перерывы.

- Убедитесь, что пациент не ест слишком мало (то есть уровень потребления калорий у него не ниже 1200 калорий в день).

- Предложите пациенту найти занятия, которые будут отвлекать его от голода, и объясните, что со временем чувство голода снизится.

Многие пациенты тревожатся, когда в самом начале перехода на диету с ограничением калорий сталкиваются с чувством голода. Это вполне ожидаемо, однако голод редко оказывается таким нестерпимым и острым, как опасаются пациенты. Одна наша пациентка, у которой до начала терапии был очень высокий уровень потребляемой энергии, обнаружила, что легко адаптировалась к диете. На 3 неделе терапии она сказала:

Я начала к этому привыкать. Удивляюсь себе прежней: и как это я могла столько есть раньше! Я думала, что мне нужно очень много пищи, а на самом деле столько, сколько я съедаю теперь (1500 калорий в день) более чем достаточно. Бывают, правда, дни, когда я превышаю этот порог калорий; я ем потому, что пища аппетитно выглядит — словом, я все еще приспособливаюсь. Но мне уже точно не нужно так много пищи, как мне раньше казалось. Я была уверена, что на диете буду постоянно паниковать, глядя на тарелку и видя там крошечные порции — буду бояться, что не наемся. Однако все прекрасно. Поражаюсь, что раньше не додумалась до этого самостоятельно!

ТОЧНОСТЬ ЗАПИСЕЙ

Некоторым пациентам не удастся аккуратно и точно записывать все съеденное и выпитое или подсчитывать потребление калорий. Зачастую они допускают небрежность не нарочно, однако в любом случае это может помешать похудению, поскольку может выясниться, что пациент потребляет гораздо больше энергии, чем думал. Кроме того, неточность в ведении записей вполне может расхолодить и деморализовать пациента: ему будет казаться, что он всячески старается ограничивать свое

потребление калорий, а результатов при этом не получает. Из этого пациент может сделать ошибочный вывод, что, несмотря на все старания, контролировать вес ему не под силу и в итоге решить, что терапия вряд ли поможет. Если с вашим пациентом все именно так, то нужно снова и очень настойчиво подчеркнуть, как и почему важна точность в

ведении записей. Еще раз напоминаем, что делать это нужно в доброжелательном и безоценочном тоне, чтобы пациент не решил, будто терапевт упрекает его в намеренной лжи. Проиллюстрируем нашу посылку очередным разговором между пациентом и терапевтом.

П.: Я ужасно разочарована. Я-то думала, что к сегодняшнему дню вес у меня хоть немножко снизится.

Т.: А что показали ваши домашние весы?

П.: Я обычно взвешиваюсь по пятницам. Последний раз никаких изменений не было, но я надеялась, что с тех пор хоть что-то сбавила.

Т.: Глядя на ваш график динамики веса, я вижу, что за последние недели вес слегка колеблется - то чуть выше, то чуть ниже. Что вы чувствуете по этому поводу?

П.: Ох, я бы так хотела хоть немножко похудеть, особенно перед отпуском!

Т.: Похоже, что вы расстроены, фрустрированы. С вашим потреблением калорий, как я погляжу, все в порядке. Вы уверены, что записываете абсолютно все? Может быть, что-то мешает вам вести точные записи?

П.: Да вроде бы нет, я точно ничего не забыла.

Т.: Подумайте, есть ли что-то, что у вас изменилось с начала диеты? Может быть, нам пригодится, если мы вернемся к вашим первым записям и сравним их с недавними? Это наверняка поможет нам выявить проблемы, которые мешают вам худеть.

П.: А я что-то похожее уже проделала. Оказалось, что я держусь того же паттерна, с которого начинала - более или менее того же.

Т.: Хорошо, давайте подведем итоги. Мы знаем, что, если вы придерживаетесь лимита в 1500 калорий в день и аккуратно ведете записи, то вы должны сбавлять вес. Но, поскольку на данный момент вес не уходит, значит, мы с вами что-

то упустили. Некоторым в такой ситуации помогает вот что: в течении недели вести записи не просто аккуратно, а скрупулезно, точнейшим образом записывая каждую мелочь. Вспомните, как вы вели себя в первую неделю терапии, представьте, что вы снова на этом этапе, когда вы взвешивали каждую крошку, даже ложку молока, которую вливали в чай; когда записывали каждую маслину, которую кинули в рот. Давайте сделаем так. В течение следующей недели вы будете вести записи именно настолько подробно. Видите ли, многим после недели-другой диеты начинает казаться, что взвешивать крупу или хлопья на завтрак не обязательно, что вполне можно определить их вес на глазок и что они каждый день съедают одинаковую порцию. Однако на деле это не так, а между тем даже небольшие ежедневные колебания размера порции влияют на вес - и похудение замедляется. Итак, давайте проведем эксперимент: в течение недели вы будете вести пищевой дневник сверхточно, хорошо? Это позволит нам установить, в чем же проблема, и тогда нам будет проще с ней разобраться. Я знаю нескольких людей, которым «неделя сверхточности» в похожей ситуации очень помогла. Как вы думаете, попробуем эксперимент?

Второй вариант, который вам нужно иметь в виду - это намеренная неточность в записях: пациент намеренно не записывает кое-что из съеденного и выпитого, потому что стыдится этого. Скажем, у пациента случаются приступы обжорства (о таких приступах подробнее см. далее в этой же главе). Если вы считаете, что причина неточности записей в стыде пациента, тогда этот вопрос нужно вынести на обсуждение и проработать напрямую, то есть вам следует спросить пациента, в этом ли его сложности.

ТЕМПОРАЛЬНЫЙ ПАТТЕРН ПИТАНИЯ

Обязательно обращайте внимание на темпоральный паттерн питания пациента. Как уже было объяснено в главе 4, пациенту лучше всего придерживаться четкого режима питания, есть через регулярные промежутки времени: завтрак, обед, возможно, полдник, ужин и вечерний перекус. Пациентам нужно распределять свой суточный лимит калорий по этим трапезам, планируя

питание заранее и ведя учет калорий. Их нужно отговаривать от покусовничания между трапезами и перекусами. Придерживаясь такого режима, пациент тем самым защитит себя от «перехватывания кусков», покусовничанья и приступов обжорства, а значит, сумеет лучше контролировать свое потребление энергии.

Пропуски трапез или перекусов

Доведите до сведения пациента, что пропускать трапезу или перекус - не лучшая идея. Такие пропуски увеличивают риск последующего переедания. У многих пациентов сложилась давняя и закоренелая привычка пропускать завтрак. Им следует обязательно посоветовать завтракать, сказав, что завтрак помогает избежать последующего переедания в течение дня. Это особенно важно в тех случаях, когда вы ясно видите, что, именно из-за пропуска завтрака пациент впоследствии переедает в течение дня. Однако если пропуск завтрака не приводит ни к каким явным проблемам, нет нужды заострять на этом внимание и настаивать, чтобы пациент непременно завтракал. Точно так же в главе 4 подчеркивалась важность вопроса о вечерних перекусах. Особенно помогает вечерний перекус тем пациентам, которые склонны переедать после ужина и у которых переедание принимает форму или приступа обжорства, или «покусовничания». Если же вечернего переедания не наблюдается, то пациенту вечерний перекус после ужина не обязателен.

Перехватывание кусков между трапезами и перекусами

Любая склонность есть за пределами запланированных трапез и перекусов мешает пациенту придерживаться лимита калорий. К этой проблеме существуют три подхода, и все они могут оказаться подходящими к вашему пациенту: 1. Уменьшить риск. Для этого нужно:

- Помочь пациенту выбирать трапезы и перекусы, которые питательны и насыщают, а также научить его питаться по режиму, всегда через равные промежутки времени. Особенно важен ужин и вечерний перекус, поскольку подавляющее большинство пациентов сталкивается со сложностями именно по вечерам.
- Поощряйте пациентов убрать из окружающей обстановки все стимулы, которые, судя по всему, подталкивают к «покусовничанию» и перееданию. Например:
 - убрать запасы «рискованной» пищи, то есть высококалорийной и любимой пациентом;
 - держать такую пищу подальше, не на глазах;
 - избегать мест, где пациент склонен перехватывать куски между трапезами.

Одна наша пациентка была склонна перехватывать куски между запланированными трапезами и перекусами тогда, когда имела дело с пищей, то есть готовила. Для нее проблема стояла остро, поскольку пациентка работала поварихой. Терапевт попросил ее подумать, какие она видит альтернативные способы справиться с проблемой. Пациентка сказала, что могла бы во время готовки жевать жвачку, поскольку это помешает ей покусовничать. Прием сработал, и за месяц-другой привычку покусовничать удалось преодолеть. Затем пациентка сумела отказаться и от употребления жвачки во время готовки, хотя всегда держала наготове упаковку-две на случай, если у нее возникнет соблазн покусовничать.

2. Ускользнуть от наплыва тяги к еде. Тягу поесть между трапезами и перекусами зачастую удается успешно преодолеть при помощи приема, называемого «отложенная реакция». Суть в том, что, если тяги перекусить удается избежать, перетерпеть приступ соблазна, то позже пациенту становится легче, потому что такая тяга, как правило, со временем проходит, а не усиливается, как боится большинство пациентов. Вместе с пациентом решите, какие занятия, отвлекающие от еды и тяги к ней, ему выбрать на такие случаи, чтобы пере-

ждать тягу. Эти занятия не должны быть никоим образом связаны с едой. Лучше, если эти занятия будут активными, а не пассивными (например, физическая разминка лучше чтения) и приятны, а не неприятны (например, телефонная беседа с подругой, а не работа по хозяйству). Возможные варианты: поговорить по телефону, навестить друзей, заняться какой-то физической нагрузкой, принять ванну или душ. Попросите пациента подумать и сказать, какие занятия лучше всего подойдут ему для отвлечения. 3. Выявить и проработать конкретные «пусковые механизмы»/ провокаторы, подталкивающие пациента покусовничать между трапезами. Самые распространенные «запалы» - это разновидности плохого настроения, например, скука, тревога, депрессия и гнев.

Чтобы преодолеть склонность пациента заедать плохое настроение, с пациентом нужно проработать два аспекта.

Пациенту нужно натренироваться в умении определять (как можно раньше) те типы проблем, которые служат «запалами» для плохого настроения. Например, провокатором может оказаться безделье, давление и аврал на работе, ссора с другом или партнером. Чтобы справиться с такой задачей, пациенту нужно натренироваться в решении задач с помощью стандартного алгоритма (см. главу 4).

Пациенту нужно научиться преодолевать плохое настроение само по себе, не прибегая к еде. Для этого вам нужно помочь пациенту научиться распознавать, принимать и справляться с плохим настроением во всех его видах. В большинстве случаев пациентам помогает механизм из трех шагов, который легко усвоить.

1. Распознать плохое настроение. Поощряйте пациента следить за сменой настроений и распознавать плохие настроения. Цель - научиться объективно идентифицировать свои настроения.

2. Терпеть плохое настроение. Пациента нужно научить, как перетерпеть и принять плохое настроение, особенно если невозможно принять меры немедленно. То есть от вас требуется объяснить пациенту, что временами совершенно есте-

ственно и допустимо испытывать гнев, что это часть человеческого жизненного опыта, и что нормально гневаться и выражать гнев. Кроме того, объясните пациенту, что плохое настроение не обязательно усиливается и идет по нарастающей, пока не станет невыносимым; гораздо вероятнее, что оно пойдет на спад. Поэтому пациенту по силам «ускользнуть от плохого настроения», отложив непосредственную реакцию на него. Такой навык поможет пациенту избежать негативных реакций на плохое настроение, а подобные реакции обычно продлевают или усиливают плохое настроение (например, пациент все больше тревожится из-за того, что ощущает тревогу).

3. Справляться с плохим настроением. Научите пациента распознавать плохое настроение и преодолевать его на практике. Для тренировки попросите пациента составить список «за» и «против» преодоления плохого настроения - в противовес тому, чтобы заедать плохое настроение. Нужно, чтобы, составляя такой список, пациент сосредоточился на долгосрочном результате (то есть справившись с плохим настроением здесь и сейчас и при этом не заев его, пациент обеспечивает себе похудание в будущем). В общем и целом здесь можно посоветовать две стратегии (их обычно сочетают с «ускользанием от настроения», то есть с откладыванием непосредственной реакции).

- Отвлечение. Пациенту нужно активно заняться чем-то, что не связано с едой, но при этом отвлечет его от плохого настроения - например, принять душ, прогуляться, позвонить другу и т. д.

- Улучшение настроения. Пациенту стоит попробовать избавиться от плохого настроения, занявшись тем, что улучшает его настроение (например, послушать музыку, принять теплую ванну и т. д.)

Чтобы научить пациента этим приемам и их практическому применению, потребуется несколько сессий, в промежутке между которыми вам нужно будет задавать ему домашнее задание на тренировку этих навыков, а потом проверить все задания.

Одна наша пациентка заметила, что зачастую переедает, когда у нее скверное настроение после тяжелого рабочего дня, — хотя при этом она даже не особенно голодна. Она составила список отвлекающих, утешительных и приятных занятий, например: послушать музыку, повозиться в саду с цветами, просто обменяться новостями с семьей. Она попробовала применять эти занятия как заменители «заедания» плохого настроения и обнаружила, что они улучшают ее расположение духа. А еще лучше она почувствовала себя, когда обнаружила, что преодолела желание поесть.

ПРИСТУПЫ ОБЖОРСТВА

Среди страдающих избыточным весом есть подгруппа тех, у кого случаются приступы обжорства, которые также называют эпизодами неконтролируемого переедания. В целом замечено, что такие приступы обычно сочетаются с общей склонностью переедать, а не происходят на фоне крайне ужесточенного диетического режима (как при расстройстве, называемом нервной булимией, *bulimia nervosa*). Если приступы обжорства происходят достаточно часто, принято говорить, что у подобных пациентов невроз обжорства (*binge eating disorder*; см. главу 2).

Приступы расстройства возникают под влиянием таких факторов:

- человек ест, «заедавая», реагируя на плохие настроения, например, на скуку, депрессию, тревогу или гнев. Этот механизм особенно распространен среди пациентов с избыточным весом, хотя с тем же успехом могут действовать и другие механизмы;

- человек ест слишком мало и недостаточно часто. При таком питании возникает физиологическая и психологическая депривация, а она, в свою очередь, вызывает переедание;

• человек пытается соблюдать сразу множество жестких диетических ограничений; относится к соблюдению диеты <

перфекционизмом; воспринимает диету и ее нарушения в критериях «все или ничего»; единожды нарушив рекомендации, склонен забросить лечебную диету с ограничением калорий.

Процедуры, которые помогают справиться с приступами обжорства, уже описаны выше в данной главе. Перечислим их еще раз.

1. Проработайте «пусковые механизмы», побуждающие пациента к приступам обжорства. Для этого:
 - а) проработайте ситуацию, вызывающую стресс, с помощью стандартного алгоритма решения задач;
 - б) Научите пациента распознавать и принимать плохие настроения (включая умение «ускользнуть от настроения»);
 - в) Помогите пациенту натренироваться в преодолении плохих настроений.
2. Поощрите пациента составить и соблюдать режим регулярного питания (темпоральный паттерн).
3. Постепенно выводите из рациона пациента пищу, которой ему следует избегать, и таким же образом прорабатывайте другие рекомендации диеты.

Релевантность этих процедур варьируется от пациента к пациенту, и то, в какой степени они применимы к конкретному пациенту, зависит оттого, какой механизм таится за приступами обжорства у конкретного пациента.

На вводной сессии пациентка сообщила, что за последние несколько месяцев у нее регулярно случались приступы обжорства, и это ее очень расстраивает. Она призналась, что, начав есть, не в силах остановиться. Пациентка ощущала вину и стыдилась этих приступов, которые держала в тайне от семьи и друзей. Терапевт предложил ей приступать к терапии, как и любому другому пациенту, — то есть начать вести пищевой дневник и стремиться к оговоренному лимиту калорий. Через несколько недель терапевт отметил, что в записях пациентки ни разу не упоминается приступ обжорства. Пациентка призналась, что приступов за

это время, с начала терапии, у нее не было ни разу и она очень этим гордится. Вместе с терапевтом она исследовала причины, и пришла к выводу, что усилия, которые она прилагала, чтобы питаться регулярно и записывать все съеденное, уничтожили склонность к приступам обжорства.

* *

Другая наша пациентка на вводной сессии сообщила, что постоянно страдает приступами обжорства уже более ю лет. За первые 3,5 месяца терапии ей удалось придерживаться суточного лимита в 1500 калорий и она похудела на 15, 2 кг. Иногда пациентка съедала на 500-Ю00 калорий мороженого за один присест, однако сказала, что во время этих эпизодов больше не испытывала утраты самоконтроля, потому что планировала такую трапезу заранее и вписывала ее в свой намеченный суточный лимит калорий. Терапевт предложил ей попробовать уменьшить порции мороженого, чтобы развить привычку оставлять часть порции в трубочке, однако пациента восприняла это предложение с колебаниями и пробовать не захотела.

На четвертом месяце терапии пациентка сообщила, что у нее вновь случаются приступы обжорства и что она прервала ведение пищевого дневника, хотя до этого рубежа вела дневник старательно и скрупулезно. Терапевт заострил внимание пациентки на том, что она максималистка и мыслит в категориях «или все, или ничего» — в частности, на том, что, стоило ей единожды нарушить лимит калорий, как она забросила диету и пищевой дневник напрочь, а также на том, что пациентка согласна или на полную порцию мороженого, или на полный отказ от него, без промежуточного варианта. Далее терапевт объяснил пациентке, что ведение пищевого дневника и учет калорий могли бы помочь избавиться от приступов обжорства, потому что пациентка

четче осознавала бы, что ест, и вела бы себя бдительнее. Вдвоем с пациенткой они обсудили способы, которыми той удавалось избежать приступов обжорства за предшествующие 4 месяца терапии — то есть то, как она отвлекалась. В ходе разговора терапевт также подчеркнул те положительные результаты, которых достигла пациентка.

Пациентка согласилась попробовать оставлять часть порции на тарелке или в упаковке, а не съедать порцию полностью. Она также решила впредь не есть прямо из упаковки; есть медленнее; распределять пищу в течение дня равномернее, чтобы не переесть и не ощущать голода, а также решила расширить спектр потребляемых продуктов и блюд. Пациентка упомянула, что испытывает стресс, вызванный финансовыми затруднениями. При поощрении терапевта она сумела найти иные, более позитивные способы справляться со стрессом, не «заедая» его, а также с помощью стандартного алгоритма решения задач отыскала стратегии, которые помогут преодолеть трудности. Большую часть этих стратегий она применила на практике и на следующих сессиях в течение оставшихся 7 месяцев терапии сообщила лишь об одном приступе обжорства. Поскольку у данной пациентки приступы обжорства были застарелой проблемой, выплывшей на поверхность по ходу терапии, терапевт помог пациентке найти способы, призванные помочь справиться с приступами, если в будущем, по окончании терапии, еще возникнут рецидивы. Вместе они составили план стабилизации веса (см. главу и), который содержал подробный свод стратегий, предотвращающих приступы обжорства и переедание.

Более подробную информацию о когнитивно-бихевиоральной терапии приступов обжорства вы можете почерпнуть в: Fairburn, Marcus & Wilson (1993) и в: Fairburn (1995).

РАЗМЕРЫ ПОРЦИЙ

Многие из тех, кто страдает избыточным весом, склонны есть несообразно большими порциями. Вам нужно обязательно выносить на обсуждение с пациентом возможность такого поведения (особенно с пациентами, которые теряют вес медленно). Расспросите пациентку, каковы его порции пищи в сравнении с порциями окружающих — как в семье, так и за ее пределами. (В некоторых семьях склонность есть большими порциями распространяется на всю семью и потому пациенту может казаться, будто на фоне близких он ест нормальную, среднего размера порцию). Разумеется точный подсчет калорий и особенно взвешивание пищи помогут пациенту осознать свою ошибку, хотя вполне возможно, что когда пациент ест вне дома, он не обратит внимание на то, что съел увеличенную порцию, потому что вне дома ее труднее оценить.

Если выяснится, что пациент, похоже, ест слишком большие порции, то на этой проблеме нужно не только заострить внимание, но и сфокусировать на ней лечение. Пациенту нужно будет помочь постепенно сократить размер порции - или уменьшая размер тарелки, с которой он ест, или приучая его оставлять часть порции на тарелке. Задавайте пациенту

соответствующие домашние задания, а его успехи оценивайте на следующей сессии. Особенно хорошо помогает такая стратегия: предпишите пациенту на ближайшее будущее временно есть с тарелок меньшего размера.

Возможно, в подобном случае окажется релевантной и проблема энергетической ценности пищи (см. главу 4). Некоторым пациентам, как только они начинают ограничивать размер своих порций, начинает казаться, будто они съедают недостаточно пищи. Выход из положения - изменить рацион и начать питаться продуктами с меньшей энергетической ценностью и меньшим содержанием жиров, потому что это позволит пациенту есть больше и в целом питаться разнообразнее. Объясните ему подоплеку и смысл этой стратегии.

ВЫБОР ПИЩИ

В рамках данной терапии, на первом этапе, то есть на этапе потери веса, выбор пищи пациентом - не приоритет, он не выходит на первое место, при условии, что рацион пациента в общем и целом можно назвать здоровым и потеря веса идет успешно. Чтобы не перегружать пациента бихевиоральными требованиями, посоветуйте ему соблюдать только два предписания (см. главу 4): расширить спектр потребляемых продуктов и сократить потребление энергетически насыщенной пищи (то есть пищи с высоким содержанием жиров). А вот на втором этапе, в долгосрочной перспективе, создание и соблюдение здоровой диеты уже, наоборот, будет приоритетом. Об этом подробно рассказывается в главе 10.

Однако уже на первом этапе, этапе потери веса, вполне могут возникнуть некоторые проблемы, связанные с выбором пищи.

1. Некоторые пациенты придерживаются очень скудного рациона с диетологической точки зрения. Например, бывают случаи, когда пациент исключает целую группу продуктов (скажем, фрукты) или питательное вещество\нутриент (например, кальций). При таких обстоятельствах вы должны четко обрисовать пациенту отрицательные диетологические последствия такой выборочной диеты и помочь ему включить в свой рацион недостающие продукты и вещества. Обращайте внимание только на очевидный дефицит того или иного продукта или вещества. Необходимую диетологическую информацию см. в: Garrow, James and Ralph (2000); Zeigler and Filer (1996).

2. Некоторые пациенты привыкли к рациону с обилием продуктов, насыщенных жирами, и их попытки ограничить себя в потреблении энергии сводятся к тому, что пациенты просто-напросто уменьшают порции жирных продуктов, а не начинают одновременно увеличивать потребление других продуктов. Это важная проблема, потому что, как правило, пациентам не удается придерживаться такого ограничения

в течение долгого времени, а любое увеличение количества съедаемого приводит к непропорционально большому скачку в поглощаемых калориях. Особенно остро эта проблема встает на втором этапе терапии, при стабилизации достигнутого веса. Чтобы помочь таким пациентам, нужно убедить их снизить потребление жирных продуктов, одновременно повышая потребление альтернативных, не насыщенных жирами продуктов. Советы по этому вопросу изложены в главе 10. Если же проблема, связанная с выбором пищи, остро встает уже на первой стадии терапии, то советы и рекомендации из главы 10 нужно изложить пациенту прямо сейчас.

Одна наша пациентка отличалась сильной тягой к жирным продуктам. Ей успешно удалось сбросить веса, однако она колебалась, не желая изменить свой рацион. Чтобы худеть, она предпочла просто-напросто уменьшить обычные порции насыщенных жирами продуктов, но не стала кардинально менять свои привычки в питании и свой рацион. Терапевт настоятельно посоветовал ей подумать о низкокалорийных альтернативах и увеличить потребление фруктов и овощей. Пациентка предприняла одну-две попытки поэкспериментировать с другими, нежирными продуктами, однако не желала постоянно придерживаться измененного рациона. Она отвергала альтернативные продукты, если находила хоть какой-то недостаток, связанный с ними (например, наотрез отказалась готовить определенные овощи, заявив, что квартира пропитывается запахами от их готовки).

Этой пациентке удалось сбросить 11,1 кг, ограничив свое потребление калорий, однако ее нежелание изменить выбор пищи и рацион стало серьезным препятствием на пути к стабилизации веса: стоило ей даже слегка увеличить объем съедаемого, как потребление калорий резко, непропорционально возрастало — конечно же, за счет того, что пациентка упорно предпочитала насыщенную жирами пищу.

ИЗБЕГАНИЕ ПИЩИ

Некоторые пациенты усваивают (или уже придерживаются) крайне жесткой диеты, суть которой в том, что они пытаются питаться, исходя из очень ограниченного спектра продуктов и блюд. Зачастую для таких пациентов характерен максималистский подход к делу, принцип «или все, или ничего» (так называемое дихотомическое мышление). Выражается он в жестких, ригидных диетических правилах и склонности переждать, стоит только пациенту хоть немного отступить от этих правил. Такой пациент, возможно, будет говорить о «хорошей» пище (низкокалорийной) и «плохой» пище (высококалорийной) и пытаться полностью избегать «плохой» пищи. Обязательно поощряйте таких пациентов расширить спектр потребляемых продуктов; пусть они постепенно вводят в свой рацион те продукты, которых стараются избегать. Подобным пациентам нужно разъяснить, что нет «запрещенной» пищи и что гораздо лучше позволять себе съесть маленькие порции любимой пищи, чем пытаться напрочь отказаться от нее и никогда ее не есть. Опасность полного отречения от любимой пищи заключается в том, что из-за такого запрета у пациента зачастую развивается отчаянная тяга именно к этой пище, а когда он все-таки «поддается соблазну» и съедает эту пищу, то практически неизбежно переедает.

Зачастую нужно сосредоточиться на том, какого именно типа пищи избегает пациент (например, шоколада), а не на том, чтобы пациент съел определенное количество этой пищи. Цель здесь - помочь пациенту нарушить диетическое правило, которым он ограничил себя в питании, но при этом не спровоцировать переедание. Имеет смысл обсудить с пациентом конкретное домашнее задание по этой теме и проверить его на следующей сессии. Домашнее задание может быть, к примеру, таким. Допустим, пусть пациент запланирует съесть половинку шоколадного батончика во время утреннего перерыва на работе, а вторую половинку немедленно выбросить. Попросите пациента предсказать, что, по его мнению, случится (то есть самому

предугадать, как он себя поведет, что будет думать и чувствовать). Постарайтесь по ходу этого прогноза выявить конкретные страхи пациента. Затем поощрите пациента попробовать съесть шоколадку как запланировано - то есть провести бихевиоральный эксперимент, а затем записать, что получится (сможет ли он выбросить вторую половинку,

что подумает и почувствует и т. д.) На следующей сессии проверьте это домашнее задание, обсудите результаты и сравните их с прогнозом, который пациент сделал на предыдущей сессии. Прошел ли эксперимент в итоге так, как предсказывал пациент, или нет? Что думал и чувствовал пациент? Удалось ли ему выбросить полшоколадки? Обсудите и прочие сопутствующие последствия, например: обнаружил ли пациент, что, хотя он съел одну шоколадку, это не привело к существенной прибавке в весе и не спровоцировало приступ обжорства.

Назначая пациенту домашнее задание, важно обсудить с ним способы предотвратить переедание, которое может случиться после того, как пациент съест ту самую пищу, которой ранее избегал. Подскажите пациенту следующее:

- не пытаться съесть ранее избегаемую пищу в тот день, когда пациент не чувствует себя в силах контролировать собственное питание;
- бдительно относиться к возможному позыву переест после того, как пациент съест ранее избегаемую пищу; выявить и записать чувства, сопровождавшие позыв к перееданию;
- съев пищу, которую пациент ранее считал запретной, пациенту лучше отвлечься на какие-то занятия, не связанные с едой, и переждать, пока тяга к перееданию не пройдет и пациенту не удастся с ней справиться.

Введение в рацион той пищи, которой пациент ранее избегал, нужно практиковать регулярно - до тех пор, пока ее поглощение перестанет провоцировать пациента на страх поправиться и на тягу к перееданию.

Одна наша пациентка верила, что для успешной потери веса ей нужно полностью отказаться от шоколада. До начала терапии она имела обыкновение съедать по несколько плиток или батончиков в день, и это была ее рутина, то есть это происходило безо всяких чрезвычайных обстоятельств-провокаторов. Пациентка верила, что теперь, когда она лечится, стоит ей вновь начать есть шоколад, и она уже не сумеет контролировать себя и начнет поглощать его бесконтрольно, а потому лучше напроць его избегать. Терапевт предложил пациентке провести эксперимент и съедать небольшие порции шоколада, запланировав их количество и время трапезы заранее. Пациентка выбрала подходящий день, купила одну-единственную плитку шоколада и запланировала, когда именно ее съесть. Она обнаружила, что в состоянии получить удовольствие от лакомства и не испытывает тягу съесть еще. С этого дня она начала время от времени включать в свой рацион небольшие порции шоколада — так, чтобы они вписывались в ее суточный лимит калорий.

* # #

Другая наша пациентка обожала шоколадный торт, однако опасалась включать его в свой суточный лимит калорий, поскольку, если начинала есть торт, то была склонна съедать большие порции и обнаруживала, что не в силах ограничиться «нормальной» порцией. Эту пациентку отличали перфекционистские требования к самой себе и своей диете, то есть «дихотомическое мышление», поэтому, единожды переев, она сразу же впадала в отчаяние, стыдилась и считала, что провалила терапию. А это, в свою очередь, повышало риск дальнейшего переедания. Терапевт предложил пациентке в порядке эксперимента есть небольшие, заранее отмеренные порции шоколадного торта в строго запланированное время. Однако этот вариант не вполне оправдал возложенные на него надежды: пациентка иногда съедала больше, чем планировала, и даже если съедала строго отмеренную порцию, ощущала себя неудовлетворенной.

На время летнего отпуска пациентка решила слегка смягчить свой диетический режим и увеличила суточный лимит калорий. Терапевт предложил ей в этот период попробовать поэкспериментировать с шоколадным тортом. Обсудив проблему вместе, они пришли к следующим выводам: шоколадный торт — желанное лакомство, однако очень калорийное. Пациентке хотелось есть его вдоволь, но она знала, что, поскольку торт калориен, она должна есть его как можно меньше. Однако если пациентка съедала маленькую порцию, то ей казалось, что она не удовлетворена и обманута. Иногда в качестве реакции на это ощущение пациентка съедала добавку торта, а потом еще и еще, пока поглощение лакомства не переставало доставлять удовольствие, а сама пациентка не начинала ощущать вину и стыд. И даже если пациентка не съедала добавку торта, ей казалось, что она обманута, потому что не наелась тортом досыта.

Пациентка, собственно, затруднялась точно сказать, что такое «вдоволь наесться шоколадным тортом», потому что всегда пыталась ограничить себя в потреблении этого блюда. Она предполагала, что удовлетворить ее сможет только очень, неподобающе большая порция, а потому чувствовала, что обречена сдерживать свою тягу к торту. Таким образом, она ощущала депривацию, еще не начав есть.

Терапевт и пациентка совместными усилиями придумали такой эксперимент. Пациентка отрежет такой кусок торта, который покажется ей многообещающим и достаточно большим, чтобы наесться вволю, не ограничивая себя ни в его размерах и весе, ни в содержащихся в нем калориях. Затем пациентка съест его и проверит, как она себя при этом почувствует. Если эта порция ее не удовлетворит, пациентка съест еще. А когда почувствует себя удовлетворенной, то подсчитает съеденные калории (это легко будет сделать, если подсчитать, сколько осталось торта).

Пациентка так и поступила — и почувствовала полное удовлетворение после первого же съеденного куса шоколадного торта. Подсчитав полученные калории, она с восторгом обнаружила, что «оптимальная» порция практически совпала со средней порцией. После этого эксперимента ей удалось включить шоколадный торт в свой рацион и время от времени съедать небольшие его порции, не нарушая суточный лимит калорий.

СТИЛЬ ПИТАНИЯ

Терапевту нужно обязательно оценить стиль питания пациента. Как уже говорилось в главе 4, лучше всего, если все трапезы и перекусы пациент будет планировать заранее, а также если он всегда будет есть в строго отведенном месте. Важно убедить пациента, что гораздо полезнее вкушать пищу, а не съедать ее автоматически. Обсудите с пациентом перечисленные ниже параметры питания - применительно и к питанию пациента в целом, и к приступам обжорства.

- Скорость поглощения пищи. Как правило, если пациент съедает пищу быстро, то он не замечает, что ест, и, следовательно, не насыщается и остается неудовлетворенным. Если окажется, что пациент склонен есть быстро, посоветуйте ему есть сосредоточенно, смакуя пищу и не спеша. Замедлить поглощение пищи помогает простой прием: в перерыве между каждым кусочком или ложкой пищи откладывать столовый прибор (вилку, ложку, нож), а затем брать их со стола заново.

Одна наша пациентка, мать-одиночка, обнаружила, что привыкла есть торопливо, потому что всегда спешила освободиться, чтобы убрать посуду за своими детьми, едва они закончат трапезу. Другая пациента заметила, что для нее есть — значит просто «перезаряжать аккумуляторы» при любой возможности. Она не замечала фактуру пищи, ее аромат, цвет, вкус; по сути дела, иногда она поглощала самые странные сочетания продуктов просто потому, что они оказались

доступны. В обоих случаях терапевт посоветовал пациенткам есть «осмысленно»: не спешить, сосредотачиваться на пище, смаковать каждый кусочек, чтобы прочувствовать вкус и аромат.

- Поглощение пищи параллельно с другими занятиями. Заниматься за едой чем-то еще (скажем, читать за едой или смотреть телевизор) - очень плохая привычка, прежде всего потому, что зачастую приводит к перееданию. Человек не замечает, сколько и чего съел, потому что его внимание сосредоточено на чем-то другом. Посоветуйте пациенту отказаться от чтения или просмотра телевизора за едой, а вместо этого полностью сосредоточиться на трапезе.

- Место приема пищи. Чтобы лучше контролировать, что и сколько ешь, желательно формализовать трапезу, то есть садиться есть за накрытый стол, с полным прибором, а не ходить с куском или тарелкой туда-сюда.

- Планирование. Поощряйте пациента планировать трапезы и перекусы заранее. Это снижает риск «перехватывания кусков». Посоветуйте пациенту записывать план питания на день в самом начале страницы в пищевом дневнике, и так каждый день.

Одна наша пациентка, несмотря на то, что терапия продвигалась сравнительно неплохо, все равно тяготела к превышению суточного лимита калорий. Это происходило с ней время от времени, а причиной было отсутствие четкого плана питания на день. Хотя пациентка осознавала, как важно планировать питание, она колебалась, не желая составлять себе такой план ежедневно и ввести это в привычку. Причина была в том, что пациентка опасалась, как бы ей не стать одержимой подсчетом калорий.

За несколько недель пациентка разработала систему, которая удерживала ее от превышения суточного лимита калорий, однако не мешала желанию вести спонтанный и гибкий образ жизни в смысле питания. Действуя согласно этой системе, пациентка два раза в неделю делала закупки на ближайшие 3 дня (в том числе покупая и готовые блюда). Таким образом у нее получалось, что вся пища, имеющаяся наготове, соответствовала суточному лимиту калорий, и эту пищу можно было приготовить/разогреть легко и быстро, и в то же время в рацион входили любимые блюда и продукты пациентки. В итоге у пациентки получалось питаться без строгого плана, когда захочется, то есть в какой-то степени сохранить спонтанность и гибкость своего образа жизни.

- Поглощение пищи прямо из упаковки. Поступая таким образом, пациент повышает риск переест. Посоветуйте пациенту вместо этого выкладывать пищу из упаковки, сервировать ее, и, прежде чем приступить к еде, убирать упаковку с оставшейся пищей.

АЛКОГОЛЬ

У некоторых пациентов потребление спиртного усугубляет проблему избыточного веса или мешает терапии. В таком случае могут действовать несколько механизмов:

- Потребляемый алкоголь, возможно, вносит значительную лепту в общую сумму потребляемых калорий.
- Алкоголь может снижать способность пациента удерживаться в рамках суточного лимита калорий (к тому же многие пациенты сообщают, что спиртное вызывает у них голод).
- Окружение и обстановка, в которой пациент употребляет спиртное, может подрывать приверженность пациента диете.

Например, возможно, пациенту доступны закуски, скажем, орешки или чипсы; возможно также давление со стороны окружающих, понуждающее закусывать «фаст-фудом». Вам требуется идентифицировать, какие из этих препятствий мешают конкретному пациенту, и, в зависимости от этого, посоветовать пациенту, какие меры принять. Чрезвычайно важно усвоить безоценочную установку применительно к тому, что пациент употребляет спиртное. Нереалистично будет ожидать, что пациент в одночасье изменит свои закоренелые и давние социальные привычки относительно алкоголя. Однако если употребление спиртного явно представляет собой препятствие, мешающее пациенту похудеть, тогда вопрос нужно вынести на обсуждение и вместе поискать решение, используя метод стандартного алгоритма решения задач (он описан в главе 4). Например, пациент, возможно, решит урезать количество спиртного, выпиваемого в каждом случае (скажем, можно предварительно выпить воды, чтобы создать чувство наполненности и утолить жажду; можно заменить алкогольные напитки безалкогольными диетическими напитками. Другой возможный вариант - пить реже, меньше разов в неделю. Можно пустить в ход оба варианта: пить реже и меньше. Некоторые пациенты принимают решение полностью пересмотреть свое отношение к спиртному и «начать с чистого листа».

ДИЕТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ В ПРОТИВОВЕС ДИЕТИЧЕСКИМ ПРАВИЛАМ

Вы как терапевт должны бдительно следить, не возникнут ли у пациента когнитивные процессы, которые могут помешать его приверженности к суточному лимиту в 1500 калорий. Одна из самых распространенных проблем возникает тогда, когда пациент превращает диетические рекомендации в жесткие, ригидные правила. Например, пациент получает рекомендацию понизить потребление калорий, но превращает ее в жесткое правило «я должен никогда не есть высококалорийную пищу и закуски». Другой характерный пример: пациент горько расстраивается или полагает, что провалил терапию, стоит ему случайно совсем чуть-чуть, но превысить суточный лимит в 1500 калорий. Напоминайте пациенту, что 1500 калорий в день - это рекомендуемый суточный лимит, ориентир потребления калорий, но никак не жесткое правило. Никто не требует от пациента строго придерживаться этого ориентира каждый день. Сегодня пациент может съесть чуть больше, завтра чуть меньше суточного лимита, но ему нужно стремиться к тому, чтобы в среднем съедать около 1500 калорий в день.

Некоторым людям превращение диетических рекомендаций в жесткие правила помогает. Лишив себя возможности отклониться от намеченного курса, они начинают старательнее соблюдать диету. Увы, таких пациентов меньшинство, а большинству восприятие рекомендаций как жестких правил создает огромные проблемы: и потому, что правила лишены гибкости и их легко нарушить, и потому, что обычная реакция пациента-перфекциониста на случайное нарушение - это совсем бросить диету (действие этого механизма уже было описано раньше).

Зачастую, чтобы избавить пациента от «дихотомичного мышления» и ненужного перфекционизма, достаточно просто идентифицировать и напрямую назвать такое поведение, обсудить его последствия. Пациент поймет, что рекомендаций можно придерживаться, не превращая их в жесткие правила и избежав пагубных последствий. Особенно хорошо помогает справиться с такой проблемой использование пищевого дневника — по дневниковым записям пациента всегда легко

уличить в дихотомичном мышлении и перфекционизме и показать, что можно обойтись без них. Хорошим подспорьем станет и соответствующее домашнее задание по теме. Например, предложите пациенту запланированно нарушить какое-нибудь жесткое диетическое правило, которое он соблюдает. (Обратите внимание, что в главе 7 рассказывается о «дихотомичном мышлении» применительно к проблемам представления о собственном теле).

Одна наша пациентка была глубоко убеждена, что должна достигнуть суточного лимита калорий меньше 1500 калорий в день. Если она чуть превышала лимит, то чувствовала, что провалила всю терапию, расстраивалась и была готова отказаться от терапии насовсем. Терапевт спросил пациентку, почему ей так важно соблюсти лимит ниже 1500 калорий в день, хотя рекомендация была придерживаться лимита приблизительно в 1500 калорий в день. Пациентка объяснила: она верит, что, если не будет худеть, то прибавит в весе, и она боялась, что превышение рекомендованного лимита в 1500 калорий в день неизбежно вызовет прибавку в весе. Она также рассказала, что, даже слегка превысив лимит калорий, уже чувствует себя так, будто утратила самоконтроль.

Терапевт помог пациентке подвергнуть сомнению оба эти неверных убеждения. Пациентка отслеживала свой вес на протяжении нескольких недель и убедилась, что она продолжает худеть, даже когда ее суточное потребление калорий слегка превышает 1500 калорий в день. Вместе с терапевтом она также отметила, что, хотя ее потребление калорий и связано с потерей веса, но не настолько напрямую. Пациентка смогла убедиться, что, пока она придерживается приблизительного лимита в 1500 калорий в день, вес продолжает снижаться, и потому бессмысленно стремиться жестко соблюдать лимит в 1500 калорий и ни одной больше: ведь другие факторы, влияющие на вес пациентки, вне ее контроля — например, ее менструальный цикл. Терапевт также предложил пациентке предъявить любое доказательство, что она контролирует свое потребление пищи — и пациентка предъявила множество таких доказательств. Она начала понимать, что, ведя пищевой дневник, заблаговременно планируя питание в особых случаях, теряя вес и снижая свое потребление калорийных продуктов, она успешно контролирует свое питание, и все это — доказательства ее прогресса. Пациентка также уяснила, что раньше ошибочно считала, будто единственный верный критерий ее самоконтроля — это то, насколько точно она придерживается суточного лимита калорий. А на самом деле единственным критерием он служить не может.

ДРУГИЕ КОГНИТИВНЫЕ ПРЕПЯТСТВИЯ, МЕШАЮЩИЕ ПОХУДЕНИЮ

Возможно, по ходу терапии вам понадобится проработать и другие когнитивные процессы, которые оказываются преградами на пути пациента к похудению. Например, некоторые пациенты ставят перед собой нереалистичные цели касательно темпа похудения, то есть хотят худеть очень быстро и расстраиваются, если не теряют определенный вес (который нереально потерять так быстро) за определенный промежуток времени. В таких случаях пациент склоняется к тому, чтобы бросить терапию. Одна наша пациентка сказала:

Мой отец горячо хочет, чтобы я умела ставить перед собой цели. Он считает так: чтобы чего-нибудь добиться, нужно иметь четкую цель. Для меня конкретные цели — это самое сложное. То есть у меня есть цели, к которым я стремлюсь, но они не сводятся к конкретной цифре, обозначающей вес, и поэтому мне не грозит их «провалить». Если я на пути к конечной цели, то не важно, на каком именно отрезке этой дороги я сейчас нахожусь, главное — что я по ней продвигаюсь и не схожу с нее.

Помогите пациенту усвоить именно такое отношение, такую установку, постарайтесь, чтобы ригидные жесткие цели он заменил на гибкие и реалистичные устремления. Теме намеченного веса посвящена глава 8.

ПИЩА КАК «ВОЗНАГРАЖДЕНИЕ»

Одно из самых распространенных препятствий, мешающих похудению, — это использование пищи как утешения, награды или поощрения. Как правило, такое отношение к пище — привычка застарелая, и она может очень сильно помешать соблюдению диеты. Чтобы справиться с этой проблемой, терапевту прежде всего нужно ее идентифицировать в качестве таковой. Главное — сломать звено между «заботой о себе», то есть удовлетворении своих нужд, и пищей. Вам пригодится такая стратегия:

1. Вместе с пациентом разберитесь, действительно ли пища помогает ему почувствовать себя лучше. Если это так, то надолго ли сохраняется у пациента подобное ощущение? Спросите пациента, хорош ли такой способ с точки зрения долгосрочной перспективы.

2. Попросите пациента потренироваться в разрушении связи между пищей и «заботой о себе». Например, в следующий раз, когда пациента потянет вознаградить или утешить себя пищей, он должен отложить это на 15 минут. Пусть он попробует в порядке эксперимента поступить именно так и проверит, каков будет результат через 15 минут — захочется ли есть еще сильнее или тяга к пище спадет (практически наверняка она спадет). Таким образом пациент на практике убедится, что подобные позывы удовлетворять не нужно.

3. Помогите пациенту выявить и применить другие способы утешения и вознаграждения в подобных случаях. Лучше всего дать пациенту домашнее задание — выяснить, чем, кроме пищи, он может вознаградить или утешить себя. Затем посоветуйте ему в ближайшее время, как только представится случай, применить эти способы на практике.

Одна наша пациентка решила попробовать бороться со своей тягой к шоколаду способом «ускользания от тяги». Терапевт предложил ей прибегать к другим отвлекающим занятиям, ожидая, пока тем временем

позыв к шоколаду ослабеет. Чтобы решить, какие именно отвлекающие занятия сработают лучше, терапевт попросил пациентку точно описать, что именно ее так привлекает в поглощении шоколада. Пациентка подробно рассказала, как ей нравится устраиваться поудобнее с чашкой чая и шоколадом или конфетами, как приятно ощущать вкус шоколада во рту, когда он растворяется в глотке горячего чая. Выяснилось, что ее ощущения можно разложить на несколько составляющих: возможность посидеть спокойно и расслабиться; ощущение роскоши; особая текстура и вкус, которые получаются из сочетания чая и тающего во рту шоколада. Обсудив это, терапевт и пациентка придумали альтернативные занятия, которые сочетали бы в себе часть этих составляющих или даже весь набор. Пациентка решила, что в качестве одного из вариантов достаточно будет просто посидеть спокойно с чашкой чая, поглаживая кошку и получая удовольствие от мягкой и нежной шерсти под рукой. Другие варианты включали ароматическую ванну при свечах и прослушивание любимой музыки.

* * *

Две другие наши пациентки также выяснили, что едят не из-за голода. Одна из них обнаружила, что для нее принятие пищи — возможность выкроить время для себя, краткий промежуток, на который эта работающая мать ускользала от своих бесконечных дел. Усаживаясь за еду, она давала себе возможность расслабиться. Эта пациентка согласилась попробовать другие занятия, тоже приятные, расслабляющие, позволяющие отключиться от дел, но не связанные с едой. В частности, она попробовала вышивать крестиком и решать кроссворды, а кроме этого, стала прилагать усилия, чтобы настойчивее выкраивать время для себя лично и отстаивать свое право на отдых. Вторая пациентка имела обыкновение есть у телевизора по вечерам, после того, как ее муж и дочь ложились спать. Она обнаружила, что ничем не занятое личное время (ей казалось, будто она должна в это время заниматься домашними делами) провоцирует ее к еде. В данном случае пациентка научилась «вознаграждать» себя за выполнение домашних дел тем, что просто садилась на некоторое время посмотреть телевизор, иногда с бокалом вина, но без пищи.

Глава 6

МОДУЛЬ IV: ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ

В отличие от многих других методов терапии избыточного веса, наш когнитивно-бихевиоральный метод не делает сильного акцента на физическую нагрузку. Однако мы считаем, что по ходу терапии пациентов важно поощрять вести более активную жизнь, особенно с точки зрения успешной стабилизации достигнутого веса и сохранения улучшений в здоровье.

Наша терапия различает физическую активность как таковую (и ее недостаток в форме малоподвижного образа жизни) и спортивную физическую нагрузку, упражнения, спорт (см. далее). Терапевт вправе поощрять пациента и к тому, и к другому одновременно, однако основной акцент терапии именно в том, чтобы увеличить физическую активность человека в целом. Причина такова: именно тем из пациентов, кто меняет образ жизни на более активный физически, лучше других удается контролировать свой вес в долгосрочной перспективе. Увеличение физической нагрузки в виде упражнений и спорта тоже приветствуется, однако оно не является целью терапии.

Цели данного модуля таковы:

1. Помочь пациенту повысить свою физическую активность в целом.
2. Если это уместно, поощрить его заняться физическими упражнениями.

КАК ОПРЕДЕЛИТЬ, КОГДА ПЕРЕХОДИТЬ К МОДУЛЮ IV

Темы физической активности и упражнений не затрагиваются на раннем этапе терапии, потому что они не имеют принципиального значения для снижения веса (см. рисунок 6.1) Вместо этого они затрагиваются по ходу первого этапа терапии в следующих случаях:

1. Если процесс потери веса уже запущен и тему физической активности и упражнений выносит на обсуждение сам пациент. Например, некоторые пациенты хотят встроить (интегрировать) увеличение физической активности в свой диетический режим. Терапевту следует поощрять это начинание, но только в том случае, если оно не будет мешать соблюдению диеты пациентом. В общем и целом лучше сделать это неформально, по ходу обсуждения других тем, а не вводя преждевременно модуль IV, который следует отложить на потом. Преподнесите повышение физической активности скорее как хороший способ укрепить здоровье, нежели как дополнительное средство для контроля веса. Выявите и отслеживайте подходящие пациенту виды физической активности (как это делать, описано ниже), задавайте ему посильные и адекватные домашние задания, связанные с физической активностью. Хвалите пациента за любые достижения.

2. Если тема физической активности не была вынесена на обсуждение раньше, мы рекомендуем поднимать ее примерно в середине терапии (мы обычно выдвигаем ее к 6 месяцу терапии), поскольку те, кто ведет активный образ жизни, достигают больших успехов в долгосрочном контроле веса. Конечно, понятно, что этот модуль нужно ввести в терапию достаточно рано для пациентов, чтобы они успели прочно усвоить более активный стиль жизни до того, как терапия подойдет к концу.

В нашей терапии используется постепенный, пошаговый подход к повышению уровня физической активности. Его можно разделить на 6 шагов. Шаги 1-3 можно пройти за одну сессию. Они подразумевают, что терапевт разъясняет пациенту пользу физической активности и как пациенту вести наблюдения за собой в этом отношении. На 4 шаге терапевт вместе с пациентом оценивают достижения последнего, и, если необходимо, на 5 шаге принимаются меры, необходимые для повышения физической активности. Пошаговый подход также подразумевает, что на каждой сессии терапевт проверяет у пациента домашнее задание и предписывает ему дальнейшее повышение физической активности. Шаг 6 — это работа над долгосрочным поддержанием повышенного уровня физической активности.

Хотя повышение физической активности - не цель данной терапии, тем не менее, его нужно всячески поощрять. Предписания повышения активности и особенно занятий спортом перечислены в конце этого модуля.

ПОВЫШЕНИЕ ОБЩЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Шаг 1. Расскажите о трех формах активности.

Объясните пациенту, что нужно различать три формы физической активности:

1. Спокойное состояние (по сути, физическая пассивность). Человек находится в спокойном состоянии, когда он сидит или лежит (например, сидит за рабочим столом, смотрит телевизор, отдыхает, спит).
2. Повседневная физическая активность. Это вся двигательная активность, которая присуща нам в будничной жизни с ее рутинными делами. Мы ходим, стоим, поднимаемся по лестнице, выполняем домашние дела, работаем в саду, катаемся на велосипеде (для прогулки, а не в качестве спортивной тренировки), купаемся (но не спортивно плаваем).
3. Спортивная нагрузка. Сюда относится все, что мы, как правило, считаем занятиями спортом, разминкой и т. д. Главный критерий, по которому физическую нагрузку относят к спортивной, - это ускорение пульса и дыхания. Сюда относится бег трусцой, более или менее быстрое плавание, быстрая ходьба, ходьба с нагрузкой, быстрая езда на велосипеде. Обязательно объясните пациенту, что давно уже доказано: люди, страдающие избытком веса, почти все, как

правило, ведут малоподвижный образ жизни. А малоподвижность усугубляет риск для здоровья, связанный с избыточным весом (см.: Blair & Holder, 2002) и означает, что потребление энергии должно быть ниже, чем оно могло бы быть при физически активном образе жизни, когда калории расходуются интенсивнее.

Шаг 2. Объясните преимущества повышения общей физической активности и исправьте неверные представления пациента о нагрузке

Существует три веских причины повысить уровень физической активности:

1. Улучшить стабилизацию веса в долгосрочной перспективе. Существуют убедительные клинические и исследовательские доказательства того, что физически более активным людям легче контролировать свой вес в долгосрочной перспективе (Blair & Holder, 2002). Точные причины не установлены, однако не следует думать, что в таких случаях долгосрочный успех в контроле над весом объясняется только старательным соблюдением диетических рекомендаций.

2. Уменьшить все виды риска для здоровья, связанного с избыточным весом.

3. Повысить потребление калорий. В этом плане эффект довольно скромный. Объясните пациенту, что повышение физической активности не может служить даже приблизительной заменой диетическому режиму. Иными словами, занятия любой физической активностью отнюдь не означают, что пациенту при них уже не нужно соблюдать диетические ограничения и рекомендации. Например, чтобы худеть со скоростью приблизительно в 0,5 кг в неделю, требуется создать ежедневный дефицит энергии в 500 калорий, то есть расходовать на 500 калорий больше, чем потреблять. И чтобы этого добиться только за счет физической активности, человеку весом в 79,8 кг, помимо повседневной физической активности, потребуется ежедневно ходить по 110 минут или кататься на велосипеде по 80 минут, или плавать кролем по 45 минут в день.

Некоторые люди извлекают из физической активности и другие преимущества, а именно:

- улучшение физического самочувствия в целом;
- улучшение отношения к себе в целом;
- преумножение социальных контактов;
- улучшение настроения.

Обязательно выясните, верит ли пациент хотя бы в одно из перечисленных ниже ложных представлений (мифов) о соотношении физической активности и веса, и, если это так, расскажите ему все, что необходимо.

Мифы о соотношении физической активности и веса:

1. Миф: физическая активность мало помогает контролировать вес. Неверно. На самом деле умеренная регулярная нагрузка помогает предотвратить прибавку в весе (см. Wing & Klem, 2002).

2. Миф: только сильная физическая нагрузка даст значительное улучшение здоровья. Неверно.

а) В целом исследователи пришли к выводу, что, если человек приучается большинство дней в неделю с умеренной интенсивностью упражняться по 30 минут в день, это приводит к значительному укреплению здоровья (Blair & Holder, 2002). Нагрузка с умеренной интенсивностью - это все виды нагрузки, которые заставляют человека чувствовать прилив тепла и дышать чаще. Яркий пример - быстрая ходьба.

б) Сильная физическая нагрузка приводит к сильному и быстрому сжиганию калорий в то время, когда ее выполняешь, однако умеренную повседневную нагрузку легче встроить в обычное жизненное расписание и сохранять в его составе в долгосрочной перспективе. Например, 20 минут плавания позволят сжечь 210 калорий сверх обычной меры (то есть сверх будничного расхода калорий), однако умеренная работа в саду поможет сжечь 250 калорий и такую нагрузку проще вписать в повседневное расписание, при необходимости разбив на несколько частей, если так удобнее. То есть для такой будничной нагрузки проще выкроить время. Другой пример: сравним еженедельное занятие аэробикой по сравнению с ежедневной 10-минутной прогулкой. Если вы будете каждый день ходить по 10 минут быстрым шагом, то к концу недели сожжете в итоге столько же калорий, как если бы раз в неделю интенсивно занимались аэробикой.

3. Миф: физическая нагрузка обостряет аппетит. Неверно. Умеренная физическая нагрузка не повышает аппетит, более того, может его снизить (Blundell, 2002). Но и это еще не все: регулярная умеренная нагрузка помогает человеку улучшить отношение к себе и избегать случаев переедания, вызванных стрессом. Наконец, нагрузка как таковая несовместима с приемом пищи и потому обычно ассоциируется с тем, что вы едите меньше.

Шаг 3- Начните наблюдения за уровнем активности пациента

Итак, первый шаг к повышению физической активности пациента подразумевает, что вы разъясняете ему, как различить три формы активности: пассивность, будничную нагрузку и физическую нагрузку. Затем попросите пациента в добавление к пищевому дневнику завести еще и «таблицу активности» (см. таблицу 6.1) Таковую таблицу пациенту нужно помещать на обороте каждого листа пищевого дневника и заполнять ежедневно, подсчитывая свою физическую активность от полуночи до полуночи, за сутки.

Неподвижность (состояние покоя). В конце дня пациент подсчитывает время, проведенное сидя или лежа. Тем пациентам, у кого сидячая работа, лучше всего подсчитывать общую сумму в 6-й колонке дневника.

Повседневная активность. Этот тип активности легко подсчитать при помощи простого цифрового шагомера (такой прибор подсчитывает, сколько шагов вы прошли за день). Шагомеры доступны, дешевы и просты в применении. Как правило, мы выдаем их пациентам напрокат. Лучше всего, если терапевт попросит пациента носить шагомер ежедневно в течение 2 недель и разъяснит, как им пользоваться.

Физическая нагрузка, упражнения. Каждый вечер пациенту нужно записывать в таблицу, сколько минут за прошедший день было отведено на физическую нагрузку, то есть упражнения, занятия спортом, активное движение (что подпадает под эту категорию, говорилось выше). В графе нужно отмечать не только минуты, но и тип нагрузки.

ТАБЛИЦА 6.1 Три типа активности за сутки

Состояние покоя (в часах)	
Повседневная активность (в шагах)	
Спортивная нагрузка (в минутах; указать вид нагрузки)	

Раздаточный материал «Наблюдение за уровнем физической активности» (таблица 6.2, раздаточный материал L) суммирует эти пункты и помогает пациенту подробно разобраться в том, как вести дневник активности. От терапевта требуется просматривать эти дневниковые записи вместе с пациентом.

Шаг 4- Определите уровень активности пациента

На следующей сессии оцените уровень активности пациента, основываясь на его наблюдениях за собой. Если возникли какие-либо сложности, выявите их, вынесите на обсуждение и проработайте. Если наблюдение за уровнем активности прошло у пациента удовлетворительно, вам вместе с ним нужно будет оценить полученную информацию.

Неподвижность (состояние покоя). Оцените, какое время пациент проводит неподвижно; сравните, есть ли разница между буднями и выходными.

Повседневная активность. Оцените, сколько шагов пациент в среднем проходит за день. Проверьте, если ли разница между буднями и выходными. По нашим наблюдениям в Великобритании (с применением шагомера марки «Yamax Digiwalker SW-200»), мы предлагаем такие ориентиры.

Уровень активности	Количество шагов в день
Очень низкий	Меньше 3000
Низкий	3000-5000
Средний	5000-7000
Высокий	Больше 7000

Спортивная нагрузка. Многие из страдающих избыточным весом вообще не дают себе спортивной нагрузки (как ее определили выше). Нужно определить, каков нижний предел спортивной нагрузки у пациента. Хотя повышение этого уровня и не входит в число задач нашей терапии, однако желательно изменить к лучшему установки пациента в отношении спортивной нагрузки. Цель - выявить один-два вида спортивной нагрузки, которой пациенту захочется заняться или которой он решит заняться (или увеличить ее уровень) в будущем или по ходу терапии. Если пациент и без того уже задумался о том, как увеличить свой уровень спортивной нагрузки, его необходимо поощрить.

Шаг 5- Уменьшить долю малоподвижности, повысить повседневную физическую активность

Лучше всего, если эти два вопроса вы проработаете с пациентом одновременно.

ТАБЛИЦА 6.2

Памятка для пациентов: как проследить за своей физической активностью

Первый шаг к повышению физической активности - установить и измерить, насколько вы активны в настоящий момент. Чтобы получить эти сведения, вам нужно измерить три вида своей активности, которые обсуждаются по ходу терапии.

Неподвижность

В конце каждого дня по возможности точно вспоминайте, сколько часов провели сидя или лежа. Подсчитывайте итог за прошедшие сутки, то есть считайте от полуночи до полуночи, учитывая и несколько часов, остающихся до конца суток. Допустим, если вы сели за подсчеты в 10 вечера, учитывайте, как вы проведете оставшиеся до полуночи два часа. Подсчитав, запишите полученную цифру в «таблицу физической активности» на обратной стороне сегодняшней страницы пищевого дневника. Такую таблицу вам нужно будет повторять на каждой странице пищевого дневника, то есть ежедневно. Саму таблицу см. ниже. Если ваша работа связана с сидением за столом, засекайте время, проведенное сидя. При сидячей работе лучше заносить общий показатель в 6-й столбец вашего пищевого дневника, то есть записывать туда, сколько часов за сутки вы провели сидя.

Повседневная активность

К этой категории относятся все повседневные виды активности, - ходьба, стояние, подъем и спуск по лестнице, домашние дела, умеренные садовые работы, спокойное катание на велосипеде и спокойное купание (небыстрое плавание).

За исключением плавания и велосипеда, мы советуем подсчитывать объем этой нагрузки приблизительно, в шагах, используя шагомер.

Если шагомер у вас есть, носите его с собой везде и всегда, когда вы не лежите в постели и не заняты физической спортивной нагрузкой (что подпадает под спортивную нагрузку, перечислено ниже). С утра первым делом наденьте на себя шагомер.

Чтобы не забыть его надеть, прикрепите шагомер к чему-то, что сразу же надеваете или берете утром (например, положите рядом с расческой или очками, если вы носите их постоянно). Чтобы поставить шагомер на отсчет с нуля, нажмите кнопку "Reset". Прикрепите шагомер на пояс или как-то еще на бедро. Вечером, перед тем как лечь спать, снимите с себя шагомер и запишите полученный показатель в «таблицу физической активности» в графу «повседневная активность». Внимание! На табло у многих шагомеров (кстати, как и у велотренажеров и других тренажеров с бортовыми компьютерами, то есть с табло-дисплеями) появляются цифры, показывающие потраченные калории. Не обращайте на них внимания и не записывайте их! Эти показатели практически всегда неточны и не дадут вам точного представления о потраченной энергии.

Физическая спортивная нагрузка

В конце каждого дня запишите в «таблицу физической активности» в графу «физическая спортивная нагрузка», сколько минут за прошедшие сутки вы посвятили спортивной нагрузке. Спортивной физической нагрузкой считается любой вид нагрузки, которая вызывает у вас ускорение дыхания и учащение сердцебиения (пульса). Сюда относятся бег трусцой, плавание в среднем и быстром темпе, быстрая ходьба, ходьба с нагрузкой, с палками, а также езда на велосипеде (разумеется, и на велотренажере тоже).

Таблица физической активности

В этой таблице вы будете подводить итоги своему уровню активности за истекшие сутки (24 часа, считая от полуночи до полуночи). Такую таблицу поместите на обороте каждого листа в вашем пищевом дневнике и заполняйте вечером, перед сном.

Вот образец таблицы «Три типа активности за сутки».

Состояние покоя (в часах)	8 часов в постели, 3 часа сидения
Повседневная активность (в шагах)	3 860 шагов
Физическая нагрузка (в минутах; указать вид нагрузки)	Сегодня никакой

КАК УМЕНЬШИТЬ долю МАЛОПОДВИЖНОСТИ

Если пациент ведет очень малоподвижный образ жизни, вам нужно вместе с ним проработать пути решения этой проблемы. Возможные выходы из положения, например, таковы: обсудите, как пациенту уменьшить число часов, которые он проводит сидя перед телевизором. Это можно сделать, скажем, заменив просмотр телевизора прогулками или работами в саду. Обсудите также, возможно ли для пациента уменьшить количество времени, которое он проводит в малоподвижности на работе. Почти в каждом конкретном случае выясняется, что одной из основных целей будет именно добиться, чтобы пациент меньше времени проводил сидя перед телевизором. Эта цель проста и достойна усилий. Ставьте перед пациентом конкретные цели в качестве домашнего задания и обсуждайте результаты на следующих сессиях.

КАК ПОВЫСИТЬ ПОВСЕДНЕВНУЮ ФИЗИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ

Если подсчет шагов, произведенный пациентом, показывает, что у него очень низкий или просто низкий уровень повседневной физической активности, разработайте план, как ее повысить. Лучший способ достичь этого заключается в том, чтобы спросить у пациента, как, по его мнению, ему повысить свой уровень активности, какие он видит варианты. Цель-чтобы пациент добился среднего или высокого уровня физической активности (определение см. выше). Всячески поощряйте пациента искать любые возможности для физической активности. Как правило, полезно подключить к этому кого-то еще (товарища по занятиям спортом или прогулкам). Подключение еще одного лица усиливает и подкрепляет мотивацию (оба участника вдохновляют и поддерживают друг друга) и обеспечивает пациента социальным контактом. Перечислим возможные формы физической активности:

- стоять вместо того, чтобы сидеть (например, разговаривая по телефону);
- вставать, чтобы переключить каналы телевизора, а не использовать пульт дистанционного управления (то же самое касается музыкальных приборов);
- ходить на небольшую прогулку по вечерам или в обеденный перерыв;
- меньше ездить автомобилем;
- меньше пользоваться общественным транспортом;
- выходить из метро или из автобуса на остановку или несколько остановок раньше и проходить это расстояние пешком;
- парковать машину на самом краю парковочной площадки, чтобы доходить до цели (например, магазина или офиса) пешком.

Отдельно стоит поговорить о лестницах. Дело в том, что спуск и особенно подъем пешком, — это одна из лучших форм повседневной физической нагрузки. Поощряйте пациента при любой возможности подниматься или спускаться по лестнице пешком. Посоветуйте ему избегать пользования лифтами или эскалаторами, делать «больше рейсов» в пределах здания, где работает пациент. Имеет смысл подсчитывать, сколько лестничных пролетов пациент преодолел за сутки.

Применительно к категории повседневной физической активности опять-таки нужно давать пациенту сильные и конкретные домашние задания, а на следующих сессиях обсуждать с ним его успехи. Например, можно поставить перед пациентом простую и достойную усилий цель: чтобы он ежедневно совершал пешую прогулку. Всячески поощряйте идеи активного отдыха. Лучше всего, если такой активный отдых не будет зависеть от времени года, поскольку пациенты склонны считать, что альтернативная активность возможна только в конкретное время года. Кроме того, всегда есть риск, что следующей зимой (летом, осенью, весной) пациент не возобновит занятия (лыжами, плаванием на природе и т. д.) Обязательно расспросите пациента, как тот планирует поддерживать высокий уровень физической активности в будущем, в долгосрочной перспективе. Если это уместно, спросите его, как он намерен справиться со сменой времен года. Скажем, если пациент занимается или хочет заниматься лыжами, поинтересуйтесь, чем он будет заменять этот вид активности в другие времена года, когда заниматься конкретным видом активности невозможно или сложно. Обсудите также риск того, что с наступлением новой зимы или лета пациент не вернется к заброшенным лыжам или велосипеду.

Зачастую имеет смысл повторить проверку с шагомером спустя какое-то время (месяц-полтора). И так, по прошествии этого времени попросите пациента снова проходить с шагомером две недели подряд, чтобы вы вместе с ним могли по его подсчетам оценить, повысился ли у пациента уровень физической активности.

Одна наша пациентка 2 недели подсчитывала свой уровень физической активности и отметила, что проводит очень много времени сидя. Работа у нее была сидячая, а любимый вид досуга — телевизор. Пациентка также отметила, что никакой физической нагрузкой и спортом не занимается. Она заявила, что не настроена сокращать время, которое проводит перед телевизором, потому что это единственный промежуток времени, когда ей удастся побыть с мужем, а также потому, что она хотела «освободить вечера от домашних хлопот». Терапевт согласился, что пациентке нужно ввести физическую активность в свою жизнь так, чтобы не жертвовать столь значимыми для нее формами досуга. Поэтому, хотя в идеале терапевту следовало бы уговорить пациентку урезать малоподвижные часы, проводимые у телевизора и вместо них заняться какой-то физической активностью, он вместо этого учел личные обстоятельства пациентки и в конечном итоге решил помочь ей выкроить для активности другое время в течение дня.

Пациентка прикинула свои возможности и решила, что попробует ходить на прогулки в обеденный перерыв на работе. Для воодушевления и чтобы придать прогулкам какую-то целенаправленность, она решила в обеденный перерыв относить корреспонденцию на почту, потому что в противном случае заезжала бы на почту на машине по дороге с работы. Пациентка решила для начала совершать такую прогулку на почту дважды в неделю, чтобы прогулка не приедалась. Она также решила навести справки в районе, где жила, чтобы выяснить, есть ли там занятия йогой. Пациентка считала, что такие занятия будут ей в радость и что йогой она сможет заниматься по выходным, когда у нее

больше свободного времени.

* * *

Другая наша пациентка, которая ранее вела довольно малоподвижный образ жизни, решила, что сделает основной формой физической активности ходьбу. Она постепенно наращивала продолжительность прогулок, так что в конечном итоге добиралась на работу и с работы полностью пешком, а кроме того, ходила пешком на обед и на почту за газетами, хотя раньше ездила куда на автомобиле. Пациентка ввела и другие мелкие, но принципиальные изменения в свой образ жизни, в частности, ставя машину на площадку у супермаркета, теперь выбирала дальний край площадки, чтобы пересекать ее пешком. Прожив в таком режиме несколько месяцев, пациентка отметила, что прогулка в обеденный перерыв сделалась для нее жизненной потребностью, потому что помогает «снять стресс» перед второй половиной рабочего дня, и что если ей не удастся прогуляться в обеденный перерыв, она чувствует себя «как тигр в клетке». Старательно придерживаясь нового режима физической активности в течение длительного времени, пациентка приучилась к нему и физическая активность стала неотъемлемой частью ее повседневной жизни, так что малоподвижный образ жизни уже утратил всякую привлекательность.

* * *

Ещё одна наша пациентка работала на торговой ярмарке, и в ее обязанности входило отвечать за стенд и прилавок фирмы. Она решила, что будет прогуливаться туда-сюда, а не неподвижно сидеть за прилавком. Другая пациентка решила, что в качестве физической активности будет включать музыку дома в гостиной и танцевать — по ее словам, это не только отличная разминка, но и способ поднять настроение.

Шаг 6: как сохранить повышенный уровень активности

Как и в вопросе об изменении привычек в питании, главная цель применительно к повышению активности - сохранить повышенный уровень активности в долгосрочной перспективе. Поэтому, с того момента, как тема физической активности затронута, она должна оставаться в фокусе терапии до конца курса. Это означает, что начиная с той сессии, когда вы начали прорабатывать с пациентом тему физической активности, ему нужно будет постоянно вести «таблицу физической активности» и наблюдения за собой, а вам - проверять его прогресс и вместе с ним выработать задания. Если возникнут какие-то потенциальные или реальные препятствия, мешающие пациенту сохранять повышенный уровень активности, их нужно проработать и устранить. Точно так же отдельной работы потребуют случаи, когда пациенту понадобится повысить свою физическую активность заново после перерыва, например, вызванного болезнью или отпуском или сменой времени года.

УВЕЛИЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ СПОРТИВНОЙ НАГРУЗКИ

Многим из тех, кто страдает избыточным весом, физическая спортивная нагрузка внушает ужас, кажется непосильно тяжелой. Это вполне понятно, поскольку вес и размер таких людей может помешать им в занятиях спортом. Другие причины, по которым спортивная нагрузка вызывает у них отторжение, - это тревоги,

связанные с образом собственного тела и сложностями в подборе подходящей одежды для занятий.

Хотя данный метод терапии не ставит цель увеличить спортивную нагрузку пациента, тем не менее, если пациент к этому стремится, его следует поощрять. Увеличение физической спортивной нагрузки не нужно для снижения веса, но оно улучшит здоровье пациента.

Тему спортивной физической нагрузки нужно затронуть тогда, когда речь на сессиях пойдет об оценке уровня активности пациента (по всем трем типам). Вам нужно спросить пациента, каково его отношение к различным видам физической спортивной нагрузки (см. шаг 4, описанный в данной главе). Если пациент выражает заинтересованность в нагрузке, нужно обсудить с ним «за» и «против» тех конкретных ее видов, которые он упомянул, а также возможные препятствия, которые могут помешать пациенту ими заниматься. Среди препятствий могут быть, например, такие: нехватка или недоступность ресурсом (скажем, поблизости нет спортзала или бассейна); потребность в особом оборудовании или одежде (тренажере, тренировочном костюме, купальнике, кроссовках и т. д.), чувствительность пациента, опасаящегося, что кто-то увидит, как он занимается спортом. Все эти препятствия надлежит устранить, используя стандартный алгоритм решения задач (см. главу 4). Обсудите с пациентом то, как ему добиться возможности заниматься физической спортивной нагрузкой, однако постарайтесь сделать это так, чтобы пациент не ощущал давления. Предлагайте ему различные варианты, например, заняться спортивной физической нагрузкой вместе с другом или членом семьи, записаться в спортзал, в бассейн, купить оборудование для занятий на дому (например, велотренажер или гребной тренажер).

Как и применительно к повседневной активности, домашние задания должны идти по нарастающей; ставьте перед пациентом, обсудив их с ним, все новые задачи, и проверяйте, каковы его успехи, на следующей сессии. Как бы скромны ни были успехи пациента в спортивной физической нагрузке, обязательно хвалите его за приложенные усилия и достигнутые успехи. Если же пациент не желает заниматься физической нагрузкой

при своем нынешнем весе, отложите эту тему и вернитесь к ней перед концом терапии, оставив пациенту достаточно времени, чтобы ввести нагрузку в свой обиход.

Национальный институт здоровья США опубликовал информацию для людей, страдающих избыточным весом и заинтересованных в том, чтобы включить физическую активность в свой образ жизни. Эта памятка называется «Активен при любом размере» ("Active at Any Size") и с ней можно ознакомиться в Интернете по адресу <http://www.niddk.nih.gov> под заголовком «Похудение и контроль веса» («Weight Loss and Control»).

Глава 7

МОДУЛЬ V. РАБОТА С ОЗАБОЧЕННОСТЬЮ ОБРАЗОМ СОБСТВЕННОГО ТЕЛА

Образ собственного тела - это представление конкретного человека о своей фигуре, а также установка в отношении своей внешности. Такое представление скорее субъективно, нежели объективно. Нередко образ собственного тела, который сложился у человека, не совпадает с мнением окружающих, более того, чаще всего этот сложившийся образ - отрицательный, и он гораздо хуже, чем суждения окружающих. Тревоги пациента по поводу образа собственного тела

зачастую становятся серьезнейшим препятствием в стабилизации веса. Поэтому цели модуля V таковы:

1. Снабдить пациента необходимыми сведениями о том, что такое образ собственного тела и какую роль он играет в контроле над весом; рассказать, как возникает и закрепляется озабоченность образом собственного тела.
2. Идентифицировать тревоги и сомнения пациента в отношении собственного тела.
5. Проработать все эти тревоги по отдельности.
4. Поощрить пациента к созданию нового, положительного представления о собственной фигуре.

РОЛЬ ОБРАЗА СОБСТВЕННОГО ТЕЛА В ПОХУДЕНИИ

Тревоги и сомнения относительно своей внешности - явление чрезвычайно распространенное, особенно среди женщин в западном обществе. В самом деле, это явление уже определяют как «нормативное недовольство» (Rodin, Silberstein & Striegel-Moore, 1984). В подобном обществе избыточный вес, как правило, означает, что ты физически непривлекателен (непривлекательна), то есть между избыточным весом и непривлекательностью ставится знак равенства. Вследствие этого многие люди, страдающие избыточным весом, недовольны своей внешностью и зачастую это основная причина, по которой они стремятся похудеть. Они убеждены, что, похудев, тем самым станут привлекательнее и улучшат свой внешний вид, и в результате будут лучше относиться к себе (см. Rosen, 2002). Убеждение, что избыточный вес непривлекателен, судя по всему, приводит к тому, что многие тучные пациенты ставят перед собой цели значительно похудеть (см. главу 8) и к тому, что многие пациенты остаются сильно недовольны, если, умеренно сбросив вес, все-таки по-прежнему остаются полными. Озабоченность образом собственного тела, как правило, становится главным препятствием, мешающим пациенту принять тот уровень похудения, которого ему реально достигнуть. Иными словами, из-за этих тревог пациент стремится похудеть на такое количество килограммов, что для него это нереально, и не желает довольствоваться меньшим. По нашему предположению, именно то, что пациенты недооценивают достигнутую ими потерю веса, может отчасти объяснять ту неудачу, которую пациенты терпят на этапе стабилизации веса, когда у них не получается усвоить и применять на практике навыки, нужные, чтобы сохранить результат (Cooper & Fairburn, 2001, 2002). В пользу этой гипотезы говорит и наблюдение, что если пациент к концу терапии все еще неудовлетворен своим видом, это с большой вероятностью сулит последующую прибавку в весе (см. Rosen, 2002). Поэтому, хотя тревоги по поводу образа собственного тела ранее игнорировались, эмпирические наблюдения и теория дают нам достаточно аргументов в пользу того, что эти тревоги в ходе терапии избыточного веса тоже нужно прорабатывать.

Следует ожидать, что у пациента, страдающего избыточным весом, сама по себе потеря веса уже вызовет улучшение образа собственного тела, иными словами, одно то, что он начал худеть, уже улучшит его представления о себе. Коллинз, Мак-кейб, Джапп и Саттон в исследовании 1983 года обнаружили, что 19% полных женщин до начала терапии преувеличивали собственный вес, он казался им больше, чем на самом деле, а к концу терапии доля преувеличивавших сократилась до 8,8%. Сходным образом в исследовании 1994 года Каш установил, что у всех пациентов, страдавших избыточным весом и похудевших на 24% с помощью очень низкокалорийной диеты, отмечалось значительное улучшение образа собственного тела во всех его аспектах. Однако похудение само по себе все-таки не решает полностью все проблемы и тревоги, связанные с образом собственного тела, особенно если снижение веса произошло умеренное. Например, в исследовании 1990 года Каш, Каунтс и Хаффин сравнили три группы людей: первая - люди умеренного веса, никогда не страдавшие избыточным весом; вторая - люди умеренного веса, некогда бывшие полными; третья - те, кто на момент исследования страдал избыточным весом. Установки похудевших в отношении своей внешности оказались сходны с установками тех, кто страдал избыточным весом на момент исследования. По сравнению с обладателями умеренного веса, бывшие полные проявили меньшую удовлетворенность своим видом и считали, что они полнее, чем есть на самом деле. Более того, чтобы улучшить отношение человека к образу собственного тела, похудение вовсе не обязательно. Например, некоторые обладатели избыточного веса способны побороть свое огорчение и озабоченность собственной внешностью за счет когнитивно-бихевиоральной терапии - «психотерапии образа тела» (body image therapy), при этом не худея вообще (Rosen, Orosan & Reiter, 1995).

Мы считаем, что работа над образом собственного тела занимает важное место в терапии избыточного веса в целом. Хотя некоторые пациенты не испытывают сильных переживаний или вовсе не переживают по поводу своей внешности и потому не нуждаются в помощи в этой сфере, другие пациенты испытывают значительные проблемы с образом собственного тела - проблемы сложные, закоренелые, давние, которые служат им основным источником огорчения и стресса. В идеале работу над тревогами по поводу образа собственного тела нужно индивидуально подгонять к потребностям каждого пациента, а не проводить в группах, поскольку потребности у пациентов различаются очень сильно.

В нашей когнитивно-бихевиоральной терапии психотерапевтическая работа над образом собственного тела происходит параллельно с фокусированием на целях по потере веса (включая «принятие», см. главу 8) и первичные цели (см. главу 9). Принципиально важно проработать все эти сферы одновременно, отведя на проработку достаточно длительный промежуток времени (в нашей практике тема образа собственного тела вводится в курс терапии в любой момент после 2-го месяца терапии и к ней можно возвращаться по мере необходимости вплоть до самого конца терапии). Таким образом удастся добиться изменений в целях пациента и его образе собственного тела, и при этом оставить пациенту достаточно времени на то, чтобы он опробовал новые навыки на практике, привык к новой установке, получил ее подтверждение и подкрепление. Работа над вопросами образа собственного тела продолжается и на втором этапе терапии - в период стабилизации и удержания веса, когда пациент уже не пытается худеть дальше (см. главу 11), а цель продолжения работы - преодолеть любые проблемы в отношении к образу собственного тела, которые могут остаться у пациента при новом, меньшем весе.

КАК ОПРЕДЕЛИТЬ, КОГДА ПЕРЕХОДИТЬ К МОДУЛЮ РАБОТЫ НАД ОБРАЗОМ СОБСТВЕННОГО ТЕЛА

Важно, чтобы к моменту перехода к модулю V процесс потери веса был не только уже запущен, но и шел полным ходом; возможно, даже уже начал замедляться. Мы исходили из следующих ориентиров (см. рисунок 7.1): 1. Для пациентов, испытывающих значительные проблемы с образом собственного тела, модуль V можно вводить в курс терапии, начиная со 2-го месяца терапии (особенно если огорчение из-за собственной внешности толкает их к пере-еданию).

2. Самый поздний срок, когда можно вводить модуль V в курс терапии, - это середина терапии (мы в нашей практике переходили к этому модулю на 5 месяце терапии). Объясните пациенту, что хотели бы начать с ним обсуждение его чувств и установок относительно внешности пациента. Если необходимо, добавьте, что отношение пациента к своей внешности зачастую связано с тем, чтобы успешно удерживать вес в долгосрочной перспективе. Иными словами, объясните, что отношение пациента к себе нужно проработать сейчас, чтобы ему было легче не набрать вес повторно по окончании терапии.

КРАТКИЙ ОБЗОР МОДУЛЯ V

Модуль состоит из краткого введения в тему, после которого следует несколько отчасти независимых друг от друга разделов. Первый раздел посвящен оценке состояния пациента, которому нужно будет заполнить анкету отношения к образу собственного тела. Второй раздел - образовательно-информативный, он един для всех пациентов. В оставшихся разделах описан ряд процедур, каждая из которых заключается в объективном изучении мыслей, убеждений и поведения пациента. Такой объективный подход к собственным мыслям, чувствам и предрассудкам позволит пациенту отстраниться и отделиться от своих мыслей и уменьшить то поведение, которое их вызывает. Какие именно процедуры выбрать и в каком порядке их применять, решайте сами в зависимости от нужд конкретного пациента. Для некоторых пациентов (особенно для тех, у кого образ собственного тела - это застарелая или острая проблема) терапевтическую работу над этой темой потребуется продолжать несколько недель. В каждый раздел включены предложения и стратегии по преодолению проблемы и соответствующие домашние задания. Эти задания потребуют проверки на после-

дующих сессиях. Как мы уже говорили, проработка отношения к образу собственного тела вполне может идти параллельно с другими аспектами терапии (например, с работой над целями по потере веса и с работой над первичными целями; см. соответственно главы 8 и 9).

ВВЕДЕНИЕ: ЧЕМ ПОНЯТИЕ «ОБРАЗА СОБСТВЕННОГО ТЕЛА» ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ПОНЯТИЯ «ФИЗИЧЕСКОЙ ВНЕШНОСТИ»

Прежде всего объясните пациенту разницу понятий: «образ собственного тела», представление человека о собственной фигуре - это не то же самое, что его подлинная (объективная) физическая внешность. «Образ собственного тела» - это мысленная картина, то, как человек видит собственную внешность сам, какой она ему кажется. Иными словами, это то, как пациент думает о своем теле и какие чувства к нему испытывает. Приведите примеры, которые проиллюстрируют различие между понятиями «образ собственного тела» и «реальная внешность человека». Вот возможные варианты (советуем выбирать такие примеры, которые будут ближе и понятнее конкретному пациенту):

- Человек чувствует себя полным или слишком толстым в подростковые годы, даже если на самом деле, объективно, он не отличается избыточным весом.
- Человек, обладающий приятной или по крайней мере непримечательной внешностью, обеспокоен какой-то чертой своей внешности, например, лысиной, чертами лица (формой и величиной носа, рта и т. д.), или особенностью фигуры.
- По контрасту: обладатель избыточного веса, которые тем не менее уверен в себе и хорошо относится к своему телу.
- Непременно объясните пациенту, что очень многие люди недовольны по меньшей мере каким-то одним аспектом своей

внешности и охотно изменили бы ее. Однако эта неудовлетворенность обычно не влияет на их отношение к себе в целом, и они считают себя адекватными и достойными внимания и любви; эта неудовлетворенность не мешает их способности социализироваться (жить в обществе) и работать. Далее объясните, что есть и другая категория людей: для них озабоченность образом собственного тела очень сильно влияет на отношение к самим себе в целом и повседневную жизнь. Затем обсудите с пациентом, в какой мере и степени эта тема приложима или не приложима к нему.

ОЦЕНКА: ВЫЯВЛЕНИЕ ТРЕВОГ ПО ПОВОДУ ОБРАЗА СОБСТВЕННОГО ТЕЛА

Первый шаг в проработке проблем образа собственного тела заключается в том, чтобы оценить степень, в которой они тревожат пациента, а также установить природу этих проблем. Чтобы узнать это, предложите пациенту заполнить «Анкету отношения к образу собственного тела» (см. таблицу 7.1; раздаточный материал М). Заранее объясните пациенту, что некоторые вопросы в этой анкете носят очень личный характер, однако отвечать на них требуется как можно откровеннее. Заполнение анкеты можно задать пациенту на дом (но только в случае, если вы уверены, что оно не слишком огорчит пациента) или, особенно в случаях, когда пациенты остро озабочены своей внешностью, анкету лучше заполнить прямо на сессии, при участии терапевта.

Когда анкета будет заполнена, внимательно прочитайте ее и обсудите содержание анкеты с пациентом. Это нужно, чтобы вы смогли выявить самые острые проблемы, требующие проработки в первую очередь. Наш опыт показывает, что многие пациенты с избыточным весом крайне чувствительны и ранимы в этих вопросах, и зачастую заполнение и обсуждение анкеты становится для них первым разом, когда они вообще решились

затронуть эти темы. Поэтому чрезвычайно важно обсуждать анкету в сочувственном и принимающем тоне. Ни в коем случае не спешите.

ТАБЛИЦА 7.1

Оценка представлений о своем теле

Внимание! Отвечая на вопросы, учитывайте положение дел ЗА ПОСЛЕДНИЙ МЕСЯЦ. Поставьте галочку в соответствующие графы.

За последний месяц...	Никогда	Иногда	Часто	Ко мне это не относится
Избегание				
Избегали ли вы смотреть на себя в зеркало (на свое отражение в витринах)?				
Избегали ли вы взвешиваться?				
Одевались ли вы так, чтобы замаскировать фигуру?				
Старались ли вы, чтобы вашу фигуру никто не видел (в т.ч. в бассейне, в общей раздевалке и пр.)?				

Уклонялись ли вы от участия в физической активности из-за вашей фигуры?				
Уклонялись ли вы от покупки одежды?				
Избегали ли вы того, чтобы вас увидели обнаженным дома (во время переодевания или в ванной)?				
Избегали ли вы надевать одежду, подчеркивающую фигуру?				
Избегали ли вы прикосновений (или ограничивали физический контакт) из-за того, что вам не нравится ваша фигура (имеются в виду рукопожатия, сексуальные контакты, объятия, поцелуи)?				
Избегали ли вы одежды, открывающей тело (рубашек с короткими рукавами, коротких юбок и пр.)?				
Избегали ли вы появляться в обществе из-за своей фигуры?				
Измерение параметров				
Рассматривали ли вы свое отражение в зеркале в полный рост?				
Рассматривали ли вы отражение в зеркале отдельных частей своего тела?				
Взвешивались ли вы?				
Измеряли ли части тела?				
Оценивали ли свои размеры какими-либо другими способами?				
Забирали ли кожу в складки, чтобы оценить количество жира?				
Общие вопросы				
Огорчала ли вас собственная фигура?				
Огорчали ли вас размеры отдельных частей тела?				
Беспокоились ли вы из-за того, что ваше тело колыхнется?				
Было ли вам стыдно или неловко показывать свою фигуру прилюдно?				
Казалось ли вам, что окружающие обращают внимание, какая у вас фигура?				
Казалось ли вам, что ваше тело отвратительно?				
Думали ли вы, что окружающие осуждают вас из-за фигуры?				
Казалось ли вам, что вы занимаете слишком много места (например, на диване или на сиденье в автобусе)?				
Хотелось ли вам, чтобы кто-нибудь утешил вас, доказав, что ваша фигура не так плоха, как вы считаете?				
Делали ли вам критические замечания по поводу вашей фигуры или внешности?				

Обсуждение и просмотр анкеты помогут вам лучше понять тревоги и сомнения конкретного пациента по поводу образа его тела. Кроме того, анкета поможет понять, какую именно область отношения пациента к своему телу нужно проработать в первую очередь. Общая цель работы - помочь пациенту научиться принимать свою внешность и самого себя. Это очень важно, поскольку те из пациентов, кто неспособен принять свой новый вес и обновленную внешность, как правило, с большим трудом сохраняют достигнутый результат по стабилизации веса, им трудно соблюдать рекомендации по окончании терапии и в итоге они зачастую прибавляют в весе после того, как терапия заканчивается. Обязательно объясните пациенту эту закономерность и то, почему нужно проработать его отношение к образу своего тела. Кроме того, объясните пациенту, что проработка отношения к образу собственного тела будет идти параллельно с продолжающейся работой по похудению. Важно, чтобы у пациента ни в коем случае не сложилось впечатление, будто исправление его отношения к себе - это замена похудению и соблюдению диетических рекомендаций и что если работа над отношением к себе началась, то худеть больше не надо. Если после заполнения анкеты вам очевидно, что пациент не испытывает значительных проблем, связанных с отношением к образу своего тела, то нет необходимости продолжать работу в этом модуле.

Одна наша пациентка, обсуждая с терапевтом заполненную ею анкету отношения к образу собственного тела, заметила, что не решается заняться плаванием.

Когда-то, когда пациентка была моложе, она любила плавание и теперь хотела бы возобновить занятия. У нее и терапевта имелись все основания, чтобы проработать этот вопрос по ходу терапии, потому что он был связан с ее представлением об образе собственного тела, с ее первичными целями и уровнями активности. Терапевт и пациентка вместе обсудили тревоги и сомнения последней и разработали соответствующее пошаговое домашнее задание. Согласно заданию, пациентка начала заниматься плаванием и чувствовала, что относится к этому комфортно. Однако она сообщила, что необходимость переодеваться в общей раздевалке все еще заставляет ее чувствовать себя неуверенно, поэтому она старалась отыскать кабинку с занавеской или с дверью. Терапевт расспросил пациентку, чтобы проверить, нуждается ли этот вопрос в углубленной проработке и пристальном внимании. Пациентка объяснила свой дискомфорт тем, что ее воспитывали в убеждении, будто раздеваться при других людях «неприлично», а вовсе не тем, что испытывает какие-то конкретные переживания относительно своей фигуры и размера. Она объяснила, что, достаточно ей переодеться в купальник, как ей делается хорошо и комфортно и она радуется, что снова занялась плаванием. Поэтому терапевт не

стал углубляться в данный вопрос, поскольку вопрос оказался скорее связан с нормами воспитания, коренившимися в детстве пациентки, а не с ее конкретными тревогами о своей внешности, и не мешал ей функционировать, то есть заниматься плаванием.

ИНФОРМИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТА ОБ ОБРАЗЕ СОБСТВЕННОГО ТЕЛА

В этом просветительском разделе затронуты три темы: как складывается отрицательный образ собственного тела, как и за счет чего он продолжает подкрепляться, и, наконец, какими способами (стратегиями) преобразовать отрицательный образ собственного тела в положительный.

Как возникает и развивается отрицательный образ собственного тела

На сессиях с пациентами, испытывающими значительные проблемы относительно образа собственного тела, вам понадобится уделить вдоволь времени на обсуждение того, как возникает отрицательный образ собственного тела и в особенности - за счет чего он продолжает укрепляться. В обсуждении нужно затронуть то, как различные этиологические процессы сработали в случае конкретного пациента.

Для начала объясните пациенту, что в возникновении и развитии отрицательного образа собственного тела участвуют 4 процесса.

1. Общее социальное давление. Наше общество оказывает на человека социальное давление, требующее соответствовать определенным стандартам физической привлекательности. Например, в современном западном обществе критериями привлекательности женщин считаются стройность и подтянутость, а критериями мужской привлекательности - высокий рост и мускулистость. Поэтому избыточный вес считается в равной степени отталкивающим недостатком и для мужчин, и для женщин. Но в других обществах бытуют иные стандарты привлекательности (например, есть страны, в которых полнота и избыточный вес ценятся как признак процветания и здоровья). Даже в нашем обществе мода менялась в зависимости от эпохи (например, в изобразительном искусстве 15-го и 18-го веков изображали крупных женщин, а в кино 1940-1950-х гг. преобладали киноактрисы с пышными и выразительными формами). Такие колебания говорят о том, что наши современные нормы и стандарты привлекательности - вовсе не истина в последней инстанции. Проблема в том, что стандарты общества относительно внешней привлекательности обычно таковы, что для большинства людей их требования слишком жестки, или же им вообще невозможно соответствовать. Особенно сильному давлению подвергаются именно женщины: от них требуют отвечать тем стандартам, которые в моде и в фаворе сегодня, и те, кто соответствует этим стандартам, получает социальное поощрение (например, включается механизм «позитивного стереотипа» и женщин, которые соответствуют современным стандартам красоты, начинают воспринимать как более умных, знающих и обладающих большей властью и сильной волей). В результате их отношение к себе зачастую сильно ассоциируется с тем, как они воспринимают собственную внешность.

2. Социальное давление на конкретного пациента. Каждый конкретный пациент успел испытать и испытывает какое-то индивидуальное давление, которое только усугубило давление общества в целом, требующее от пациента стройности. Например, возможно, пациент вырос в семье, где внешности уделялось особое внимание и придавалось особое значение, или, возможно, кто-то из близких пациента отличался стройностью и пациента сравнивали с ними не в его пользу. Возможно, пациент работал в таком окружении, где испытывал сильное давление и от него требовали стройности (например, такие требования выдвигаются к сотрудникам во некоторых сферах торговли).

3. Физическая заметность. Некоторые люди привлекают внимание больше остальных, потому что у них в чем-то заметная внешность. Например, возможно, в раннем или позднем пубертатном возрасте пациент чем-то выделялся на фоне сверстников. Особенно высокий или маленький рост, сильная угревая сыпь или еще какие-то приметные внешние особенности могли вызвать пристальное внимание со стороны сверстников, а также насмешки и травлю.

4. Случаи критики в прошлом. В прошлом могут быть какие-то конкретные запомнившиеся случаи критики со стороны окружающих, которые влияют на складывающийся у пациента отрицательный образ своего тела. Например, из-за избыточного веса пациента могли дразнить в школе, его мог унижить учитель физкультуры, партнер или врач могли сказать пациенту, что он/она «слишком толстый». Обсуждение этих пунктов должно быть сжатым, но по возможности индивидуализированным, то есть затрагивать прошлое и настоящее конкретного пациента. Расспросите пациента, были ли у него в прошлом такие случаи, ощущал ли он влияние социального давления, приложимы ли к нему перечисленные пункты. Цель расспросов такова: пациент должен начать понимать, из чего и как у него сложился отрицательный образ собственного тела, в чем он коренится. Желательно не слишком углубляться в исследование первопричин, породивших у пациента отрицательный образ собственного тела потому что для успеха терапии гораздо важнее проработать те факторы и причины, которые подкрепляют и сохраняют этот отрицательный образ.

Как и почему у пациента продолжает сохраняться отрицательный образ собственного тела

Обсуждение того, откуда и как у пациента возник отрицательный образ собственного тела - это хорошее вступление для куда более важного обсуждения. Поговорив о первопричинах, переходите к разговору о том, как и почему у пациента продолжает сохраняться отрицательный образ собственного тела. Объясните, что первопричины появления такого образа, бесспорно, интересны и их полезно узнать и выявить, однако для успешной терапии вам и пациенту гораздо важнее установить, что подпитывает этот отрицательный образ, за счет чего он продолжает существовать. Скажите, что справиться с тревогами пациента в отношении образа собственного тела можно только при условии, что вы вместе разберетесь, какие процессы укрепляют этот отрицательный образ, и проработаете их.

Опишите пациенту перечисленные ниже процессы, укрепляющие отрицательный образ собственного тела. Сосредоточьте обсуждение на том, релевантны ли эти процессы конкретному пациенту, и, если да, то какие именно и насколько сильно они на него влияют. (Многие из этих факторов вам уже помог выявить просмотр анкеты пациента, связанно с его образом собственного тела).

1. Факторы в окружении пациента, укрепляющие его отрицательный образ собственного тела.

Общее социальное давление. Обязательно укажите пациенту, что, если бы он жил в обществе, где полнота и избыточный вес считают привлекательными, у него вряд ли были бы проблемы с отрицательным образом своего тела. Поэтому уже само то, что пациент живет в обществе, где высоко ценится стройность, постоянно подпитывает его от-

рицательное отношение к самому себе. Общество все время напоминает ему об этом.

Конкретное социальное давление на данного пациента. Возможно, пациент подвергается конкретному социальному давлению, требующему от него изменить его нынешний вид. Возможно, конкретные трудности воздвигает работа пациента (например, ему нужно участвовать в презентациях; путешествовать автобусом и самолетом). Точно так же возможно, что давление исходит из семейного окружения (например, партнер или ребенок делают критические негативные замечания о внешности пациента). Такое продолжающееся социальное давление в разных его видах вносит свою лепту и укрепляет отрицательное отношение пациента к своей внешности.

2. Поведение, укрепляющее отрицательный образ собственного тела у пациента.

Избегание конкретных ситуаций, связанных с телом (*bodily avoidance*). Речь идет о том, что пациент избегает ситуаций, в которых, как он опасается, будет особенно сильно стесняться своего вида. Среди примеров - покупка одежды, занятие некоторыми видами спорта (например, плаванием или теннисом), иные виды физической активности (скажем, танцы), сексуальные отношения и посещение социальных мероприятий. Сюда же относится то, что пациент избегает взвешиваться. Объясните пациенту, что хотя избегая таких ситуаций, он, возможно, избегает страданий и дискомфорта в краткосрочной перспективе (например, пациент беспокоится, что окружающие увидят его фигуру при примерке одежды; тревожится, что какая-то одежда окажется ему мала; беспокоится, что будет плохо выглядеть в определенных ситуациях), подобное избегание не помогает ему меньше беспокоиться и переживать из-за ситуации. Скорее, такая тактика создает замкнутый круг. Избегая ситуации, пациент тем самым не позволяет себе узнать, что на деле последствия, которых он боится (например, оказаться мишенью общих насмешек, обнаружить, что ему мала та или иная одежда) - эти последствия зачастую не материализуются. Иными словами, то, чего боится пациент, может вовсе и не случиться. В некоторых случаях избегание пугающей ситуации только усиливает отрицательное отношение пациента к образу своего тела, потому что укрепляет его убеждение, будто его тело так неприемлемо, что необходимы любые усилия, лишь бы его спрятать и не показывать. Наконец, избегание ситуаций не позволяет пациенту попробовать справиться с пугающими последствиями на практике, если они все-таки возникнут.

Измерение параметров тела ненадлежащим способом (*body checking*). Среди обладателей избыточного веса бытует и прямо противоположный синдром - такие люди то и дело смотрят на себя и всячески проверяют свою внешность. Например, они часто и без нужды смотрятся в зеркало или любую отражающую поверхность, изучают свое тело по частям, измеряют его, щиплют себя за жировые складки, часто взвешиваются, часто спрашивают окружающих, как они выглядят и т. д. Объясните пациенту, что подобное навязчивое измерение параметров своего тела, как правило, лишь ухудшает проблемы в отношении к образу собственного тела, потому что каждое очередное изучение себя приводит к очередному разочарованию. Хотя порой

пациент и испытывает краткое облегчение, проверив себя, но оно мимолетно и вскоре проходит. Постоянная самопроверка, наоборот, укрепляет отрицательное отношение пациента к себе, потому что увеличивает его одержимость объектом тревог и переживаний и укрепляет его убеждение, будто постоянная самопроверка нужна, чтобы предотвратить пугающие последствия (растущую «толщину» или прибавку в весе).

3. Мысли и убеждения, укрепляющие отрицательный образ собственного тела у пациента.

Отрицательные предсказания. Пациенты, страдающие отрицательным отношением к образу собственного тела, склонны делать отрицательные предсказания о своей внешности, которые лишь укрепляют это негативное отношение. Вот примеры подобных предсказаний:

- Мне нужно прятать бедра, иначе все увидят, какие они у меня толстые.
- Люди подумают, что в спортивном костюме у меня идиотский вид.
- Какой смысл делать прическу или покупать красивую одежду! Я все равно выгляжу жирной и именно это все и заметят в первую очередь.
- Никто не захочет взять меня на работу, потому что я так ужасно выгляжу.
- Никто не воспринимает меня всерьез, потому что я толстая.

Объясните пациенту, что отрицательное отношение к образу собственного тела приводит к систематическому искажению восприятия и мышления (например, человек начинает видеть в зеркале только те части своего тела, которые кажутся ему особенно «толстыми», а не смотрит на все тело в целом; переоценивает вероятность отрицательной реакции со стороны окружающих; сосредотачивается только на своей фигуре и ее размере, сбрасывая со счета другие свои положительные качества). Такие искажения большой вероятностью приведут к тому, что пациент примет свои

негативные предсказания как правдивые и начнет вести себя соответственно. В результате эти искажения могут породить разнообразные формы избегания ситуаций, связанных с телом и разные виды измерений параметров тела ненадлежащим способом. Иными словами, поверив в свои предсказания, пациент только усугубит свое положение, будет сильнее стесняться своего тела и больше нервничать по его поводу и чаще себя рассматривать, концентрируясь на мнимых недостатках. Все это в совокупности помешает пациенту выяснить, случатся ли на самом деле те пугающие последствия, которых он так боится.

Регулярно повторяющиеся критические мысли. Критические мысли пациента о собственной внешности или весе - это часть тревог, связанных с образом собственного тела; такие мысли лишь усугубляют данные проблемы. Вот примеры критических мыслей о себе:

- Я выгляжу просто кошмарно.
- Я толстая и непривлекательная.
- У меня слишком большие бедра и ягодицы.
- Я никогда не выгляжу хорошо.
- С виду я просто бесформенный бегемот, да и только. Объясните пациенту, что регулярно повторяющиеся у него критические мысли такого рода сильно укрепляют негативный образ собственного тела, играют большую роль в его сохранении. Это происходит потому, что, как правило, пациент принимает их за правду (подобно отрицательным предсказаниям). Поскольку они носят критический характер, то приводят к расстройству, огорчению и еще больше усиливают искажения в восприятии себя у пациента. Они искажают любую информацию о своем теле, весе и фигуре,

которой располагает пациент. Кроме того, они приводят к неподобающему и неплодотворному поведению (например, пациент из-за них не замечает положительного эффекта похудения и вместо того, чтобы отметить свой прогресс, решает, будто ему никогда не похудеть, будто никакие способы не помогут и он всегда останется таким толстым и непривлекательным; другой пример неподобающего поведения - заедание стресса, за счет которого пациент пытается отогнать негативные мысли).

4. Неверно истолкованные физические сигналы.

Существуют некоторые физические сигналы и импульсы, которые могут быть ложно истолкованы пациентом и восприняты как доказательства толщины или прибавки в весе. Один из примеров - ощущение, что собственное тело колышется. Следует знать, что в той или иной степени тела колышутся практически у всех женщин. Это нормальная характеристика женского организма, однако некоторые женщины с избыточным весом склонны толковать этот сигнал как указание на тучность. Неверное истолкование подобных физических сигналов сильнее всего укрепляет отрицательный образ собственного тела: оно действует каждый раз, как пациент чувствует, например, колыхание своей плоти (потенциально - при каждом шаге). Сходным образом пациентки зачастую неверно толкуют предменструальное скопление жидкости в организме - им кажется, будто они потолстели.

Если вы установили, что такие вопросы актуальны применительно к конкретному пациенту и он проявляет признаки такого поведения, обязательно вынесите это на обсуждение и проработайте тему.

5. Дисфункциональные убеждения.

Нередко отрицательные предсказания и повторяющиеся критические мысли о своей внешности - это отражение более обобщенного дисфункционального убеждения или установки, которая питает тревоги об образе собственного тела. Вот примеры таких обобщенных дисфункциональных убеждений:

- Успех в жизни зависит от стройности.
- Только у стройных удачно складывается личная жизнь.
- Я стану уверенной в себе, только когда построю себя.
- Чтобы быть привлекательной, необходимо быть стройной.
- Никто не будет меня уважать, пока я не похудею.
- Чтобы пользоваться популярностью, необходимо быть стройной.
- Моя жизнь не наладится, пока я не построю себя. Подобные установки могут всплыть на поверхность, когда

пациент будет рассказывать о том, почему хочет похудеть или как, по его мнению, изменился к лучшему его жизнь, когда он достигнет поставленной цели - веса, к которому стремится. Как правило, пациент склонен верить в эти установки, не подвергая их сомнению, и таким образом они тоже сильно подкрепляют неудовлетворенность пациента образом собственного тела. Это происходит потому, что они подпитывают убеждение пациента, будто именно от его внешности в первую очередь зависят все его трудности, например, низкая самооценка и неудачно складывающаяся личная жизнь. Кроме того, эти обобщенные убеждения зачастую заставляют пациента откладывать на будущее попытки изменить к лучшему свою самооценку или отношения с людьми - откладывать до той поры, пока пациент не похудеет. Более подробное обсуждение этой темы см. в главе 9. Если вам удастся выявить у пациента что-то из процессов, подкрепляющих неудовлетворенность образом своего тела, подведите итог обсуждению и объясните, что следующие сессии будут посвящены тому, как спланировать и внедрить в жизнь перемены этих установок.

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ТРЕВОГАМИ В ОТНОШЕНИИ ОБРАЗА СОБСТВЕННОГО ТЕЛА

Отправная точка работы над тревогами в отношении образа своего тела - это наблюдение пациента за собой и своими тревогами и сомнениями. Для этого необходимо попросить пациента начать заполнение «Дневника отношения к образу собственного тела» (раздаточный материал N). От пациента требуется записывать все случаи, когда:

- пациент осознает, что критически думает о своем теле;
- пациент избегает каких-то ситуаций, потому что стесняется своего тела и т. п.;
- пациент измеряет, проверяет, осматривает параметры своего тела ненадлежащим способом.

Попросите пациента записывать в подробностях каждую такую ситуацию: сопутствующие эмоции, мысли и убеждения (если они имеют отношение к делу), собственное поведение, а также последствия этой ситуации. Чтобы помочь пациенту, ознакомьте его с образцами подобных записей (таблицы 7.2, 7.3 и 7.4); раздаточные материалы O, P и Q). Снабдите ими пациента, чтобы эти материалы послужили ему руководством для ведения записей.

Попросите пациента, чтобы он в качестве домашнего задания в интервале до следующей сессии записал не менее 2-3 подобных случаев. В первую неделю последнюю графу таблицы («альтернативные мысли») можно оставлять пустой (если только пациент не сумеет сам придумать альтернативные мысли, то есть мысли на замену негативным). Но на следующих сессиях обязательно поощрите пациента впредь заполнять и эту графу.

Некоторые пациенты не выполняют данное домашнее задание и приходят на следующую сессию с незаполненным дневником. Обязательно разберитесь, в чем причины. Причин может быть несколько.

- Пациент не уверен в том, что именно от него требуется. Четко и доступно разъясните пациенту, что именно ему нужно делать и зачем.

- Пациент смущается, стыдится подобных мыслей и чувств, необходимости записывать и обсуждать их. Непременнo учтите такую возможность, заранее поднимите тему и постарайтесь рассеять сомнения и тревоги пациента, объяснив, зачем нужен дневник и обсуждение.

- У пациента могут отсутствовать соответствующие (релевантные) мысли и поведение. Такой вариант возможен, но требуется осторожно и деликатно «прощупать почву» и усомниться, особенно если признаки подобной установки просматриваются в дневнике пациента и в его анкете отношения к образу собственного тела. Если в записях пациента не обнаруживается ни одного примера проблематичных мыслей и поведения за последнюю неделю, попросите пациента продолжить вести записи в течение еще недели и на следующей сессии вновь проверьте его дневник. Если и впрямь окажется, что пациент не испытывает сложностей с образом своего тела, тогда нет необходимости продолжать прорабатывать этот модуль. Однако все равно будет полезно время от времени по ходу дальнейшей терапии

возвращаться к теме проблем с образом собственного тела, чтобы удостовериться, что пациента они по-прежнему не беспокоят.

- Пациент сопротивляется заданию. Преодолеть такое сопротивление непросто. Вам потребуется заново объяснить пациенту обоснование того, зачем нужно прорабатывать проблемы с образом собственного тела. Когда пациент закончит вести «дневник образа своего тела», подробно просмотрите одну-две записи, чтобы вы могли проиллюстрировать то, как мысли и поведение пациента укрепляют его негативное отношение к своей внешности. На этой стадии лучше всего сосредоточиться именно на поведении, которое усугубляет данную проблему, хотя мысли и убеждения пациента вам тоже нужно принять во внимание, чтобы обсудить с ним позже по ходу терапии. Затем, в зависимости от сути выявленных проблем, проработайте с пациентом отдельные аспекты согласно указаниям, приведенным дальше (отдельно - измерение параметров тела ненадлежащим способом, отдельно - избегание ситуаций, связанных с телом, и отдельно - поведение, усугубляющее проблему).

ТАБЛИЦА 7.2

Заполненный дневник отношения к образу своего тела. Образец 1. Избегание

Запишите в дневник случаи, когда вы отрицательно думали о своем теле; когда вы избегали каких-то ситуаций из-за своего отношения к собственному телу; когда вы ненадлежащим способом проверяли свои параметры и фигуру.

ТАБЛИЦА 7.3 Заполненный дневник отношения к образу своего тела. Образец 2. Постоянные проверки

Запишите в дневник случаи, когда вы отрицательно думали о своем теле; когда вы избегали каких-то ситуаций из-за своего отношения к собственному телу; когда вы ненадлежащим способом проверяли свои параметры и фигуру.

ТАБЛИЦА 7.4

Заполненный дневник отношения к образу своего тела. Образец 3. Отрицательные мысли

Запишите в дневник случаи, когда вы отрицательно думали о своем теле; когда вы избегали каких-то ситуаций из-за своего отношения к собственному телу; когда вы ненадлежащим способом проверяли свои параметры и фигуру.

КАК ПРОРАБОТАТЬ ИЗБЕГАНИЕ СИТУАЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ФИГУРОЙ

Обоснование: зачем необходима проработка такого поведения

Избегая ситуации, которые могут причинить расстройство (или вызывают страх потенциального расстройства), пациент тем самым, как правило, усиливает у себя негативные мысли и чувства. Хотя за счет избегания подобных ситуаций он, возможно, и уберется от страданий и дискомфорта в краткосрочной перспективе, но в долгосрочной лишает себя возможности получить достоверную информацию о своей фигуре и научиться не столь тревожно и негативно относиться к своему положению. Скорее, такое поведение приводит к тому, что пациент становится зависим от субъективных (и чаще всего отрицательных) суждений о том, что почувствует он или другие люди. В результате пациент лишает себя возможности опровергнуть или проверить свои худшие страхи.

Чтобы объяснить этот процесс пациенту на наглядном примере, разберите примеры из личного опыта пациента (материал возьмите или из дневника пациента, как указано выше, или из его анкеты отношения к образу своего тела). Ваша цель - показать пациенту, как процесс избегания усугубляет проблемы пациента с отношением к образу собственного тела.

Подведите подготовительное обсуждение к заключению, что лучший способ проработать избегание и его последствия для пациента - это все-таки поставить себя в пугающую ситуацию, испробовать ее на деле, проверить, сбудутся ли предсказания самого пациента и затем проработать все негативные последствия ситуации.

Порядок действий

Как только пациент понял и принял обоснование того, что проработка избегания необходима, вам вместе с ним нужно составить детальный план проработки. Основные шаги проработки таковы:

1. Договоритесь с пациентом о конкретном и точно определенном бихевиоральном задании (то есть к чему вы стремитесь: избавиться ли от какой-то конкретной формы избегания совсем или постепенно уменьшить ее за несколько недель).

2. Задание должно быть по силам пациенту.

3. Обязательно поощрите пациента, чтобы он попробовал предугадать или предсказать возможные последствия задания (когнитивные и бихевиоральные).

4. Вместе с пациентом спланируйте шаги, которые необходимы, чтобы выполнить задание. Спланируйте также, как справиться с трудностями, которые предвидит пациент.

5. Попросите пациента обязательно занести все попытки выполнить домашнее задание в дневник, а вместе с ними - мысли и чувства, сопутствовавшие ему до и после задания.

6. На следующей сессии вместе с пациентом просмотрите записи, расспросите, как прошла домашняя работа, каковы итоги. Основной акцент делайте на то, действительно ли последствия совпали с предсказаниями пациента, или же все оказалось не так страшно, как он опасался. Похвалите его за сам факт попытки, за то, что он отважился проверить ситуацию на практике. Сосредоточьтесь также на том, что именно узнал и усвоил пациент в результате своей попытки.

Одна наша пациентка, несмотря на то, что сумела значительно похудеть, продолжала упорно избегать покупки одежды и визита к парикмахеру, потому что по-прежнему была недовольна своей внешностью. В ходе обсуждения с терапевтом пациентке удалось понять, что, хотя она таким образом избегала негативных чувств и стресса из-за своего тела, подобное поведение одновременно укрепляло ее убежденность, будто она выглядит плохо. Избегание также приводило к тому, что пациентка носила одежду, которая ей, в сущности, не нравилась, и прическа у нее оставалась «запу-

щенной», а это, в свою очередь, укрепляло ощущение женщины, будто она толстая и непривлекательная. Благополучно и успешно проработав свое избегающее поведение, пациентка обнаружила, что опасения и предсказания ее не оправдались: она не стала хуже относиться к своему телу, но, наоборот, почувствовала себя лучше и увереннее. Она

также получила от окружающих комплименты: ее похвалили за элегантность и ухоженность.

* * #

В ходе сессии с одной нашей пациенткой выяснилось, что она страдает множеством разных форм избегающего поведения. Терапевт попросил ее перечислить их все, а затем ранжировать, выстроить по порядку, чтобы решить, какую из форм прорабатывать в первую очередь. Пациентка предложила в первую очередь заняться тем, что она избегала смотреться в зеркало. Терапевт вновь повторил обоснование для проработки избегающего поведения и вместе с пациенткой составил план действий. Ей надлежало найти время и посмотреться в зеркало в полный рост, но перед этим заранее записать, что она рассчитывает увидеть и что почувствовать, а также какие последствия она предвидит после того, как поглядится в большое зеркало. Кроме того, посмотревшись в зеркало, пациентке надлежало записать, что она ощутила и увидела на самом деле, и каковы оказались последствия такого упражнения.

Дома пациентка выполнила это задание и на следующей сессии отчиталась. Она предполагала, что увидит в зеркале «бесформенного бегемота» и почувствует себя ужасно. На самом же деле оказалось, что, хотя собственное отражение и не привело ее в восторг, ничего ужасного и отталкивающего женщина тоже не увидела. Но что ее действительно расстроило, так это цепочка мыслей, потянувшихся одна за другой после упражнения. Пациентка сочла, что ее

физическое несовершенство — признак слабости и несостоятельности в других областях жизни.

Учитывая фокус терапии, терапевт решил сосредоточиться на том аспекте этого переживания, который связан с образом собственного тела у пациентки. Он подчеркнул положительную сторону происшедшего — а именно, то, что увиденное оказалось не так ужасно, как опасалась пациентка.

Терапевт сказал так: «Я заметил, что ваши предсказания не совпали с реальными впечатлениями от отражения в зеркале. Это очень важно, запомните! Возможно, бывают и другие случаи, когда ваши предсказания беспочвенны и не обязательно сбываются. Если мы выявим их, то сможем помочь вам лучше относиться к своей фигуре и весу».

Если проблемы с образом собственного тела выражаются именно в избегающем поведении, то к теме нужно возвращаться снова и снова, пока пациент не научится спокойно и комфортно делать то, чего раньше избегал. Чтобы этого добиться, ему нужно продолжать еженедельно заполнять дневник отношения к своему телу; по записям в дневнике будет понятно, как прогрессирует пациент.

КАК ПРОРАБОТАТЬ ПРОВЕРКУ ПАРАМЕТРОВ ТЕЛА НЕПОДОБАЮЩИМ СПОСОБОМ

Обоснование: зачем нужна проработка такого поведения

Обсудите с пациентом то, как именно постоянная и навязчивая проверка параметров тела неподобающим способом заставляет пациента сосредотачивать свое внимание на источниках

неудовлетворенности и, как правило, усугубляет одержимость ими. Проведите аналогию с подростком, который часто и подолгу разглядывает свой прыщ в зеркале, и чем чаще и дольше он смотрит на прыщ, тем больше этот прыщ кажется подростку. Хотя проверка параметров своего тела способна в каких-то случаях укрепить самооценку, однако чаще всего этот эффект недолговечен. Скорее такая проверка снабжает пациента недостоверными сведениями, на которые внешних переменных, например, настроений пациента и его ожиданий. Сведения, которые пациент, как правило, толкует в отрицательном ключе, обычно подкрепляют и даже усугубляют его неудовлетворенность своим телом. Кроме того, подобное поведение подкрепляет убеждение пациента, будто такая самопроверка ему нужна постоянно, чтобы предотвратить пугающие последствия.

Чтобы наглядно проиллюстрировать эти процессы, позаимствуйте примеры из опыта пациента (почерпните их или из его дневника отношения к своему телу, или из анкеты на эту тему). Ваша цель - убедительно показать, что подобное поведение (измерение параметров тела ненадлежащим способом) только ухудшает проблемы пациента с образом собственного тела.

Подведите подготовительное обсуждение к заключению, что лучший для пациента способ проработать дисфункциональное измерение параметров тела (и его последствия) - это прекратить измерять свое тело, а также - чтобы пациент на практике проверил свои прогнозы и на практике же преодолел пугающие последствия. Поощрите пациента не только сокращать или искоренять дисфункциональное поведение, но и параллельно развивать в себе нормальные привычки в смысле измерения своего тела. Для этого вам нужно заранее договориться с пациентом, что считать нормальным. Обсудите с пациентом то, как надлежащим образом пользоваться зеркалами, поговорите, о том, зачем вообще люди смотрятся в зеркало, как часто и насколько подолгу это надлежит делать при нормальном отношении к своей внешности. Поощряйте пациента смотреться в зеркало, не избегать зеркал, чтобы у него сложилось обновленное отношение к себе и он понял, что в целом выглядит хорошо и что одежда сидит на нем нормально. Объясните, что

смотреться надо быстро и не разглядывая себя в подробностях, а не изучать нелюбимые части тела.

Порядок действий

Как только пациент поймет и примет обоснование для проработки неподобающего измерения своего тела, составьте вместе с пациентом подробный план действий. Ключевые шаги в основе своей будут здесь те же, что и при работе над избегающим поведением:

1. Условьтесь с пациентом о конкретном и детально спланированном задании (то есть требуется ли от него полностью избавиться от неподобающей формы поведения или преодолеть ее постепенно в течение нескольких недель). Если это уместно в конкретном случае, договоритесь о том, чтобы пациент заместил дисфункциональное измерение своего тела «нормальным».

2. Задание должно быть по силам пациенту.

3. Обязательно поощрите пациента, чтобы он попробовал предугадать или предсказать возможные последствия задания (когнитивные и бихевиоральные).

4. Вместе с пациентом спланируйте шаги, которые необходимы, чтобы выполнить задание. Если это уместно в данном случае, спланируйте также, как пациент будет осуществлять «нормальное» измерение параметров своего тела.

5. Попросите пациента обязательно занести все попытки выполнить домашнее задание в дневник, а вместе с ними -

мысли и чувства, сопутствовавшие ему до и после задания.

6. На следующей сессии вместе с пациентом просмотрите записи, расспросите, как прошла домашняя работа, каковы итоги. Основной акцент делайте на то, действительно ли последствия совпали с предсказаниями пациента, или же все оказалось не так страшно, как он опасался. Похвалите его за сам факт попытки, за то, что он отважился проверить ситуацию на практике. Сосредоточьтесь также на том, что именно узнал и усвоил пациент в результате своей попытки.

Одной нашей пациентке казалось, что ей трудно худеть дальше, хотя она уже успела сбросить ю% своего изначального веса; она колебалась, прилагать ли старания, чтобы стабилизировать достигнутый вес, потому что считала, что бедра у нее по-прежнему неподобающе полные. По словам пациентки, по утрам у нее уходило очень много времени на то, чтобы одеться, она подолгу крутилась перед зеркалом, примеряя юбки и платья и гадая, какой из нарядов лучше замаскирует ее бедра. Стоя перед зеркалом, женщина также пыталась, исходя из того, насколько плотно облегает ее одежда, оценить, не поправились ли она в бедрах.

После беседы с терапевтом пациентка согласилась, что ее старания замаскировать бедра и измерение своего тела ненадлежащим способом — все это в сумме лишь ухудшает ее отношение к своей фигуре. Не без колебаний согласилась женщина проверить, что получится, если она хотя бы один раз попробует удержаться от рассматривания себя таким образом. Она решила, что для этого перекроит свое утреннее расписание перед работой и оставит совсем мало времени на одевание, — только-только чтобы успеть быстро одеться, бегло глянуть на себя в зеркало и оценить свой вид в целом, стараясь при этом не задерживаться на рассматривании бедер, а потом быстро отбыть на работу. Пациентка предсказала, что в результате, придя на работу, она будет больше обычного тревожиться о своем виде, а также что, если она не будет рассматривать себя в течение нескольких недель, то поправится в бедрах.

На следующей сессии пациентка и терапевт обсудили итог этого эксперимента. Пациентка рассказала, что, хотя по дороге на работу и тревожилась о том, как выглядят ее бедра, в целом ее уровень озабоченности за день был не выше обычного. Благодаря этому она нашла в себе силы продолжить эксперимент. Через несколько недель пациентка сообщила, что общий уровень озабо-

ченности размером бедер у нее понизился и при этом в бедрах она не поправилась.

* *

Другая наша пациентка рассказала о своей привычке щипать себя за жировую складку на животе (особенно стоя перед зеркалом), а также ощупывать свой загривок. Терапевт попросил ее подробно описать, как она это делает и что при этом думает и чувствует, измеряя свое тело таким способом. Пациентка ответила, что, как правило, такое поведение вызывает у нее отрицательные мысли, особенно когда такой осмотр усиливает ее убеждение, будто сегодня она «еще толще». Терапевт объяснил женщине, что такое поведение вредно, потому что сильно подкрепляет отрицательные убеждения пациентки о своем теле, а происходит этого за счет того, что пациентка сосредотачивается на источнике огорчения и повторяет идею, будто подобный осмотр и измерение необходимы, чтобы не прибавить в весе. Пациентка согласилась, что щипание себя за жировую складку — не объективная мерка полноты и в целом вредно.

Разобрав конкретный случай и проанализировав то, как подобный осмотр и измерение наносят вред самооценке, пациентка решила прекратить такое поведение. Она обнаружила, что может перестать щипать себя за живот, и перестала это делать моментально, за одну попытку. Труднее женщине пришлось с привычкой ощупывать свой загривок. Каждый раз, когда она ловила себя на том, что рука ее тянется к загривку, пациентке приходилось напоминать себе, что это вредное и непродуктивное поведение и что она продолжает так делать лишь по привычке. Пациентка решила каждый раз, как поймает себя на этом, вместо ощупывания загривка щелкать пальцами, чтобы заменить одну привычку другой. За несколько недель ей удалось полностью избавиться от привычки ощупывать свой загривок, проверяя его толщину, а затем пациентка перестала и щелкать пальцами.

КАК ПРОРАБОТАТЬ РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ СОЦИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Жизнь в обществе, которое ценит и почитает стройность, как правило, подкрепляет негативный образ своего тела у многих обладателей избыточного веса. Кроме того, у конкретных пациентов бывают свои конкретные источники социального давления, уже идентифицированные (например, установки в семье или требования к внешности на работе). Пациенту практически не по силам изменить общее социальное давление, предписывающее всем быть стройными, и зачастую очень трудно что-то предпринять против конкретных источников давления. Тем не менее, проработать социальное давление нужно; пациенту полезно осознавать, что такое давление существует и то, насколько оно несправедливо в отношении людей, от природы не отличающихся стройностью. Поощрите пациента задаться вопросом, оправданы ли негативные реакции и критика со стороны окружающих, или же это просто результат общественных стереотипов применительно к избыточному весу. Иными словами, предложите пациенту спросить самого себя: «С кем что-то не в порядке: со мной или с окружающими (с обществом в целом), потому что они судят предвзято?» Если пациент скажет, что не в порядке окружающие и общество в целом с его склонностью осуждать всех, кто не соответствует стандартам, то, скорее всего, пациент никак не сможет изменить распространенную предвзятость. Однако полезно будет, если он примет решение, что не позволит общественной предвзятости заставлять его плохо относиться к самому себе. Ваша цель как терапевта - помочь пациенту дистанцироваться от подобных форм давления, заставляющих отвечать стереотипам. Кроме того, нужно, чтобы вы вместе с пациентом общими усилиями нашли способы справляться с такой предвзятостью и предубеждениями (например, пациент может игнорировать предвзятость, может написать гневное письмо в местную газету, может вступить в общество борьбы с такими предрассудками и т. д.).

КАК ПРОРАБОТАТЬ МЫСЛИ И УБЕЖДЕНИЯ, УКРЕПЛЯЮЩИЕ НЕГАТИВНОЕ ОТНОШЕНИЕ ПАЦИЕНТА К СЕБЕ

Обоснование для проработки проблематичных мыслей и убеждений

Напомните пациенту о том, какую огромную роль играют мысли и убеждения в укреплении неверного отношения к образу собственного тела. При этом приводите примеры из дневника и анкеты пациента. Убеждения и мысли - это и негативные предсказания, и повторяющиеся критические мысли, и неверное толкование телесных сигналов, и дисфункциональные убеждения. То, как независимые от веса трудности соотносятся с трудностями, вызванными избыточным весом - проблема, родственная теме этого раздела. Подробно она проанализирована в главе 9. Если это

уместно, напомните пациенту, что некоторые его дисфункциональные мысли, приведшие к избеганию ситуаций, связанных с телом, и к измерению тела неподобающим образом, — эти мысли пациент вместе с вами уже выявил и косвенным образом проработал: за счет того, что попробовал вести себя иначе и проверить последствия на практике.

Порядок действий

Объясните пациенту, что ему желательно разобраться в своих мыслях и убеждениях, стараясь подходить к ним объективно. Такой подход позволяет пациенту отделиться и дистанцироваться от своих мыслей и оценить, справедливы ли они и полезны ли. Первый шаг на пути к цели - научиться распознавать эти мысли и контекст, в котором они склонны возникать. Сведения о своих негативных мыслях пациент может почерпнуть из четырех основных источников:

- негативные мысли, записанные в «дневнике отношения к своему телу»;
- негативные мысли из числа уже выявленных - те, которые привели к избеганию ситуаций, связанных с телом, или к измерению тела неподобающим образом;
- тревоги и сомнения, которые пациент выразил по поводу того, чтобы принять вес, превышающий намеченный им самим изначально;
- сомнения и тревоги, которые пациент высказал, когда похудеть не удалось или процесс похудения замедлился или прекратился.

Особенно полезно будет выявить и проработать постоянно повторяющиеся, навязчивые мысли (а не отдельные), поскольку именно повторяющиеся мысли ярче всего выражают те проблематичные или самоуничужительные убеждения, которые особенно остро нуждаются в корректировке.

Выявив одну или несколько проблематичных мыслей и убеждений, расскажите пациенту о способах, позволяющих усомниться в них и переоценить их с помощью стандартных когнитивных техник. Если вы незнакомы с когнитивными техниками, рекомендуем прочитать отчет Бека (Beck, 1995). Кроме того, вот еще один полезный источник информации для психотерапевтов, работающих с проблемами образа собственного тела у пациента: Cash, 1996. Рекомендуем также принять во внимание книгу по самопомощи для пациентов: Cash, 1997.

Опишем вкратце несколько существующих способов помочь пациенту переоценить свои мысли и чувства. Вот эти способы.

Пересмотреть доказательства и найти альтернативную точку зрения

Поощрите пациента к тому, чтобы он пересмотрел все то, что считает доказательствами и основаниями для своих негативных предсказаний и самокритичных мыслей. Помогите пациенту оценить то доказательства, которые подтверждают предсказания и мысли пациента, а также доказательства обратного свойства. Кроме того, посоветуйте пациенту активно искать новую

точку зрения, альтернативу той, которой он держится сейчас. Цель - помочь пациенту усвоить субъективную точку зрения на то, какова точность его негативных предсказаний и самоуничужительных мыслей.

Одна наша пациентка в ходе работы над образом собственного тела начала носить юбки покороче. Вскоре она рассказала терапевту об телефонном разговоре со своей матерью, который ее сильно расстроил. Мать заявила: «Если ты намерена носить короткую юбку, обязательно надевай плотные колготки или лосины». Под влиянием этих слов пациентка тотчас застеснялась надевать короткую юбку и в результате ей захотелось прикрыть ноги. Она решила, будто мать считает, что ноги у дочери толстые и ужасные и что мать права и окружающим будет неприятно смотреть на такие ноги.

Терапевт поощрил пациентку проверить, есть ли у такого толкования материнских слов и ситуации в целом какое-то правдоподобное основание, а также предложил пациентке поискать альтернативную точку зрения. Пациентке удалось усомниться в том, верно ли она истолковала слова матери; сделав это, она отметила, что мать не виделась с ней несколько месяцев (а пациентка за этот срок успела сильно похудеть) и потому, следовательно, просто не знает, как пациентка теперь выглядит в короткой юбке. Женщина также осознала, что ей неизвестно, что на самом деле подразумевала мать, и она решила выяснить это, спросив напрямую. При расспросах выяснилось, что мать всего-навсего советовала дочери надеть колготки, потому что у той незагорелые ноги, и вовсе не имела в виду критиковать внешность дочери и осуждать форму ее ног. Кроме того, пациентка заметила, что в последнее время многие говорят, что ей идет короткая юбка, и она сама чувствует себя в таком наряде хорошо и тоже думает, что он ей идет. В итоге пациентка стала увереннее носить короткие юбки.

* # *

Другая наша пациентка после нескольких недель проработки проблем с образом своего тела объяснила, что совсем недавно один из пунктов, которые она с терапевтом обсуждала в теории, приобрел для нее практическое значение. Пациентка отметила, что у нее бывают дни, когда она «чувствует себя толстой», однако поскольку ей на протяжении нескольких недель удавалось благополучно стабилизировать вес, она осознала, что объективно в ее физическом состоянии ничто не изменилось. Женщина также поняла, что дни, когда она «чувствует себя толстой» — это просто дни, когда настроение у нее хуже обычного, или же в такие дни у нее много хлопот и дел и других причин для стресса. Она осознала, что, хотя в эти дни относится к своему телу хуже, причиной тому не изменения к худшему в ее весе и фигуре.

Проверка: реальность или гипотеза?

Существует отличный и действенный способ проверить на практике точность негативных предсказаний пациента и побудить его найти альтернативную точку зрения (в форме менее самокритичных мыслей и более функциональных убеждений). Этот способ - прямая проверка на собственном опыте пациента, эксперимент с эмпирическим опытом. Подобные эксперименты помогут пациенту не только посмотреть на себя и происходящее под другим углом зрения, но на практике, эмпирически пережить какую-то ситуацию совсем иначе. То, какую важную роль подобные эксперименты играют, помогая достигнуть перемен к лучшему в настроении пациента, подчеркивается в работе Тисдейла (Teasdale, 1997). Нужно побуждать пациента искать способы, позволяющие ему проверить свои новые взгляды на практике: вместе спланируйте такие эксперименты, а затем, после того, как пациент проведет их на практике, обсудите результаты.

Одной нашей пациентке предстояло собеседование при приеме на преподавательскую работу. Она была убеждена, что не сможет пройти собеседование успешно, потому что, хотя и успела значительно похудеть, все равно продолжала

считать себя недопустимо толстой. Она твердо верила, что никто не воспримет ее всерьез, как достойную кандидатуру в преподаватели, и эта убежденность уже не раз приводила к тому, что женщина «проваливала» предыдущие собеседования. В ходе разговора с терапевтом выяснилось, что на предыдущих собеседованиях женщина слишком сосредотачивалась на том, какого мнения интервьюер о ее внешности, а не на том, чтобы рассказать о себе и произвести хорошее впечатление в профессиональном смысле.

Чтобы проверить убеждение пациентки, будто ей из-за веса и фигуры не по силам успешно пройти собеседование, было решено провести эксперимент и выяснить, сумеет ли пациентка держаться на собеседовании лучше, если сосредоточиться исключительно на том, чтобы предстать в выгодном свете, как хороший специалист. Терапевт убедил пациентку признать, что невозможно заранее сказать, получит она работу или нет, и это не зависит от того, как она будет держаться на собеседовании; он также убедил ее, что невозможно определить, что именно думают о ней устроители собеседования, и предвзято ли они относятся к людям с избыточным весом. В то же время, сказал терапевт, пациентке вполне по силам проверить, может ли она хорошо и уверенно держаться на собеседовании несмотря на свой вес. Чтобы потренировать новое поведение пациентки на интервью, терапевт предложил эксперимент — ролевую игру.

В итоге эксперимента пациентка выяснила, что ей вполне по силам достойно пройти интервью, невзирая на вес. И хотя на практике работу она так и не получила, но произвела приятное впечатление и ей ответили, что ее кандидатуру будут иметь в виду на будущее

(то есть она получила положительную обратную связь). Для пациентки гораздо важнее было то, что она сумела уверенно держаться на собеседовании, и это оказалось значительным контрастом ее мнению о своем поведении на предыдущих собеседованиях.

* * *

Еще одна наша пациентка страдала от убеждения, что у нее непропорционально большой зад; ей казалось, будто все окружающие это замечают.

Терапевт предложил ей проверить это убеждение таким экспериментом: надеть свитер, не закрывающий проблемную часть тела, и оценить уровень испытываемого дискомфорта и реакцию окружающих. Пациентка обнаружила, что не только не получила отрицательных отзывов, но ее новый наряд и стиль вызвал множество комплиментов, особенно потому, что новый наряд позволил окружающим заметить, как она похудела.

Пациентка также согласилась спросить мнения своей близкой подруги, которой она доверяла. Этот разговор стал еще одной частью ее попытки преодолеть собственные убеждения о том, как окружающие относятся к размеру ее зада. На следующей сессии пациентка рассказала, что разговор с подругой получился очень интересным и неожиданным, а сама она выяснила две важные вещи. Во-первых, подруга, в абсолютной честности которой пациентка была твердо уверена, заверила пациентку, что зад у той совершенно нормального размера. Во-вторых, подруга призналась пациентке, что сама всю жизнь мучилась сомнениями из-за некоей черты своей собственной внешности и никогда не решалась о ней заговорить. Пациентка смогла заверить подругу, что за 40 лет их близкого знакомства она никогда не замечала ту физическую черту, которая так тревожила и огорчала подругу. Это второе открытие оказалось очень кстати, потому что пациентка отчетливо поняла: то, чему ты придаешь огромное значение, окружающие

вообще могут совсем не замечать. Пациентка продолжила экспериментировать с разными новыми стилями в одежде, и стала гораздо увереннее относиться к своей внешности.

Оценка преимуществ и недостатков определенного способа мышления

Помимо проверки того, насколько состоятельны основания, на которых держатся самокритичные мысли и дисфункциональные убеждения пациента, их также можно проработать, оценив их воздействие на чувства и поведение пациента. Побуждайте пациента оценивать преимущества и недостатки его точки зрения (отношения к себе), особенно в связи с тем, как он в результате себя ведет и что чувствует. Поощряйте пациента выявлять любые возможные непривлекательные стороны его точки зрения и искать альтернативные точки зрения, которые будут правильнее и полезнее.

Одна наша пациентка пожаловалась, что на корпоративной вечеринке чувствовала себя очень толстой и плохо одетой. Все присутствовавшие казались ей стройнее и привлекательнее ее самой, и к тому же, как ей мерещилось, все они мысленно осуждали ее внешность. Пациентка начала думать, что вообще никогда не будет хорошо выглядеть и поэтому ее старания похудеть бессмысленны: она так и останется толстой и надо просто с этим смириться. Все эти мысли очень мешали женщине сосредоточиться на разговорах с окружающими, и ей начало казаться, будто ей нечего им сказать. В результате она выпила очень много спиртного, чтобы почувствовать себя увереннее и не столь несчастной, и съела гораздо больше, чем планировала.

Обсуждая случившееся с терапевтом, пациентка сумела понять, что ее способ мышления на вечеринке привел к затруднениям в общении с окружающими, а также к тому, что она переела и перепила и не получи-

ла удовольствия, на которое надеялась. Женщине также удалось осознать: сосредоточься она тогда на том, что, наряжаясь на вечеринку, она была в хорошем настроении, на том, что получила комплименты в адрес своего наряда и что на вечеринке были не только стройные гости, но и превосходившие ее полнотой, — и она бы получила от вечера удовольствие и могла участвовать в разговорах. Кроме того, при положительном настроении, как выяснила пациентка, ей удалось бы соблюсти свой план относительно пищи и питья.

Идентификация и коррекция искаженных толкований и восприятия

Следует помогать пациентам выявлять и исправлять искажения в их самокритичных мыслях и дисфункциональных убеждениях. Существует целый ряд распространенных искажений такого рода: искажений в восприятии и толковании информации. Основные искажения перечислены ниже, вместе со способами борьбы с ними.

ИЗБИРАТЕЛЬНОЕ ВНИМАНИЕ

Многие пациенты, страдающие проблемами с образом своего тела проявляют избирательное внимание к информации, то есть воспринимают происходящее и собственный опыт выборочно, и это согласуется с их негативным отношением к своему телу. Такие пациенты склонны сосредотачиваться только на тех чертах своей внешности, которые считают негативными, или же обращают внимание и сравнивают себя только с теми людьми, которые считаются стройнее и

привлекательнее, чем они, но никогда - с теми, кто полнее и менее привлекателен.

Чтобы проработать избирательное внимание, прежде всего объясните пациенту, в чем суть этого явления. В общем и целом люди склонны уделять особое внимание сигналам, которые по каким-то причинам для них лично значимы. Это легко объяснить на примере. Спросите пациента, покупал ли он когда-либо новую машину. И если да, то замечал ли он при этом, что вокруг

сразу становится как будто бы гораздо больше машин, похожих на его автомобиль? Пациент признает, что на самом деле количество машин той же марки не изменилось, но, поскольку все его мысли сосредоточены на машине и она много для него значит, то он и замечает то, что ему сейчас ближе - а именно, автомобили той же марки. Обязательно вместе с пациентом поищите примеры избирательного внимания, в идеале - на личном опыте. Цель - помочь пациенту осознать, что его

вопросы по поводу образа своего тела приводят к тому, что /mil.....

вопросы, связанные с образом тела, приобретают для пациента и чрезвычайно важность. А это, в свою очередь, приводит к тому, что пациент уделяет этим тревогам все больше внимания, и таким образом, подкрепляя неудовлетворенность собой. Следствием же, целью терапии - расширить фокус внимания пациента

Первый шаг к избавлению от избирательного внимания - идентифицировать ситуации, в которых оно проявляется у пациента. Пациенту будет полезно просто записывать такие случаи, потому что он сможет позже обсудить их на сессии. И, главная задача - помочь пациенту расширить свое внимание именно в тех ситуациях, когда у пациента включается избирательное внимание, то есть как бы переключить фокусировку на (более широкую). Например, предположим, пациентка замечает, что ей не нравятся свои бедра (которые ей не нравятся). Ее нужно побудить, а именно уделять внимание к другим, нейтральным частям тела, например, глазам или волосам. Если пациент замечает только тех, кто строже его, посоветуйте ему активно уделять внимание людям с похожей фигурой или тем, кто еще полнее пациента.

СБРАСЫВАНИЕ со СЧЕТА

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ СТОРОН СВОЕЙ ВНЕШНОСТИ

Многие пациенты, страдающие проблемами с образом своего тела, замечают и запоминают только отрицательные события, связанные с фигурой, весом и внешностью, но пропускают и забывают положительные (или случаи, когда не получают ожидавшихся негативных отзывов). Если пациент научится определять положительные случаи, например,

получения комплиментов, это поможет ему достигнуть более сбалансированного восприятия происходящего. Для этого попросите пациента записывать все положительное, что с ним происходит применительно к его внешности, и активно искать такие случаи и проявления. Полезно будет также записывать и случаи, когда пациент ожидал негативных отзывов и реакций на свою внешность, но не получил их (например, не получил на вечеринке отрицательных слов в адрес своей внешности, которых опасался).

ДВОЙНЫЕ СТАНДАРТЫ

Зачастую пациенты, страдающие проблемами с образом своего тела, судят свою фигуру по одним, крайне суровым стандартам, а всех окружающих - по другим, более щадящим. Пациент также вполне может верить, что окружающие оценивают его по столь же суровым стандартам, которые он применяет к себе сам. Для избавления от двойных стандартов нужно прежде всего помочь пациенту научиться распознавать случаи, когда он судит себя по таким стандартам, а затем подробно разбирать, есть ли хоть какие-то основания так строго себя судить. Здесь нужно развенчать убеждение пациента, будто окружающие судят всех так же строго, как и он. Предложите ему доказать это, и пациент не сумеет это сделать. Как правило, такой прием требуется редко: обычно достаточно просто объяснить пациенту явление двойных стандартов, чтобы он все понял и от них избавился.

Одна наша пациентка, сбросившая больше 10% своего изначального веса, по-прежнему была крайне недовольна своей фигурой и хотела похудеть еще сильнее. Обсуждая с терапевтом анкету отношения к собственному телу, она заметила, что избегает покупать одежду и старается не носить обтягивающую одежду и любые наряды, подчеркивающие ее фигуру. Она объяснила, что стыдится своего тела и думает, будто окружающие критически к ней относятся из-за ее фигуры. Пациентка утверждала, что одежда, которую она носила в начале

терапии, вовсе не стала ей свободнее и что никто пока еще не сказал пациентке, что она похудела.

Терапевт предположил, что вероятность комплиментов в адрес постройневшей пациентки возрастет, если она попробует носить другую одежду. Пациентка обещала подумать о покупке обновок, но, судя по всему, не решалась и колебалась.

На следующей сессии пациентка сообщила, что отыскала свою старую фотографию, снятую до того, как она начала худеть, и поразилась столь явственным переменам в своей внешности, происшедшим за это время. Кроме того, по словам пациентки, она получила несколько комплиментов от окружающих, заметивших, что она похудела. Терапевт обсудил с пациенткой феномен избирательного внимания и та согласилась, что раньше ей не удавалось замечать комплименты, а сосредотачивалась она только на случаях, когда ждала их, но не получала. В качестве домашнего задания терапевт попросил эту пациентку записать любые негативные мысли насчет ее фигуры, которые придут ей в голову в течение недели.

На следующей сессии пациентка привела один пример негативных мыслей: она поймала свое отражение в витрине магазина и автоматически подумала «Да я вовсе не похудела». Затем она усомнилась в этой мысли и признала, что значительно похудела. Она осознала, что считала, будто окружающие оценивают ее отрицательно, потому что сама так себя оценивала. Этот вопрос тоже был вынесен на обсуждение в ходе сессии.

На следующей неделе пациентка призналась, что счастлива принять свой нынешний вес, даже если дальше она не похудеет. Она сказала, что больше не испытывает негативных мыслей по отношению к своему телу. Когда эта пациентка перешла на второй этап терапии — стабилизацию веса, — то купила себе новый наряд, который ей было приятно носить, потому что он служил доказательством того, что она позитивно при-

няла свою новую фигуру. Пациентка призналась, что начала носить короткие юбки и больше не одевалась так, чтобы скрыть фигуру.

ЧРЕЗМЕРНОЕ ОБОБЩЕНИЕ

Пациенты, страдающие проблемами с образом своего тела, зачастую считают, что, если им не удалось достичь поставленной цели по потере веса, то это делает их неудачниками в целом, во всех сферах жизни. Подобное искажение восприятия нужно прорабатывать так же, как двойные стандарты. Для начала помоги пациенту распознать проявления чрезмерного обобщения, когда оно происходит, а затем на сессии попросите пациента привести доказательства его правоты. Пациент не сможет найти доказательств тому, что, если он не достиг желаемого веса, значит, он неудачник, и это даст вам возможность убедить его в ошибочной чрезмерности обобщения.

ДИХОТОМИЧНОЕ МЫШЛЕНИЕ ПРО ПРИНЦИПУ «ИЛИ-ИЛИ»

Такое явление тоже часто встречается у пациентов, страдающих проблемами с образом своего тела. Выражается мышление по принципу «или-или» примерно так: «Я не добилась своего желаемого веса (степени стройности), следовательно, я по-прежнему толстая» или «Чтобы меня уважали, я должна быть стройной». Чтобы проработать проявления дихотомичного мышления, попросите пациента перечислить вам доказательства, добейтесь сбалансированного, то есть неискаженного заключения, а потом предложите пациенту провести эксперимент, благодаря которому он убедится, что был неправ и что новое неискаженное заключение справедливо. В некоторых случаях, чтобы нагляднее проиллюстрировать природу такого мышления, пригодится метод наглядных схем, описанный в: Padesky, 1994, и показанный в следующем примере.

Одна наша пациентка, которой удалось сбросить ю% своего изначального веса, однако все еще не доставало 5 кг до желаемого веса, продолжала считать себя

толстой и была убеждена, будто с начала терапии она ничуть не изменилась. В качестве доказательства женщина заявила, что так и не достигла желаемого веса, а это единственный вес, при котором она перестанет считать себя толстой. Такое искажение восприятия стало серьезным препятствием, мешавшим ей принять свой новый вес и перейти к его стабилизации. Вместо этого пациентка желала похудеть еще сильнее, на недостававшие ей 5 кг. Терапевт обсудил с ней эту проблему и переубедил ее, нарисовав схему, изображенную на рисунке 7-2. На этой схеме стройность изображалась осью, обозначавшей идеальный вес. Один конец оси был отмечен как 0% или неидеальный вес, а другой как 100% или идеальный вес. Терапевт предложил пациентке отметить на этой оси саму себя и стройных людей — где, по ее мнению, она находится в процентном отношении, а где они. Пациентка обозначила себя на отметке в 0%, то есть как «толстую», а стройных людей поместила на отметке в 100%. Затем терапевт спросил женщину, можно ли быть еще дальше от идеального веса, чем она, и не знает ли она кого-то, кто полнее ее. Пациентка подумала и сказала, что у нее есть коллеги, которые еще дальше от идеала, чем она сама. Терапевт попросил пациентку отметить коллег на точно такой же оси, но нарисованной заново. Терапевт спросил женщину, где бы на этой оси она расположила себя до похудения, а также — где отметила бы подругу, которую считала не толстой, однако и не достигшей веса, который пациентка считала идеальным. Наконец, пациентке было предложено отметить на этой же оси себя до того, как она поправилась, в те времена, когда она не считала себя полной, а также себя в нынешнем состоянии. Когда все эти отметки на оси были сделаны, терапевт помог пациентке усвоить новую точку зрения. Теперь пациентка согласилась, что, хотя до сих пор не достигла веса, видевшегося ей как идеальный, она весит меньше, чем раньше, и выглядит стройнее. Она также отметила, что

не считает свою подругу полной, однако эта подруга так же далека от идеала, как и сама пациентка. В итоге пациентка согласилась и с тем, что неверно считать человека, не достигшего идеального веса, полным. Этот эксперимент помог пациентке принять свой новый вес и согласиться на переход к его стабилизации.

Мысль/убеждение: я толстая

Доказательство: я не достигла идеального для меня веса

Альтернативный я стройная

полос:



Стройность - приближенность к идеальному весу

Рис. 7.2. Адаптивный континуум

Другая наша пациентка была убеждена, что окружающие не станут ее уважать, пока она не постройнеет, потому что она и другие люди уважают только стройных. Терапевт нарисовал для нее наглядную схему (см. рисунок 7-3), где первая из пересекающихся осей обозначала уважение, а вторая — степень стройности. С по-

мощью терапевта пациентка идентифицировала, что считает соотношение между уважением и стройностью линейным (как показано на рисунке 7-3) > а затем обозначила людей, которых уважает и она, и окружающие, но кто не вписывается в эту ось. Благодаря наглядной схеме пациентка сумела увидеть, что на практике и она, и окружающие уважают людей по причинам, никак не связанным с весом, и это помогло ей сдвинуться с мертвой точки и перейти к этапу стабилизации

веса вместо того, чтобы пытаться худеть дальше.

Уважение зависит от стройности. Уважают лишь стройных

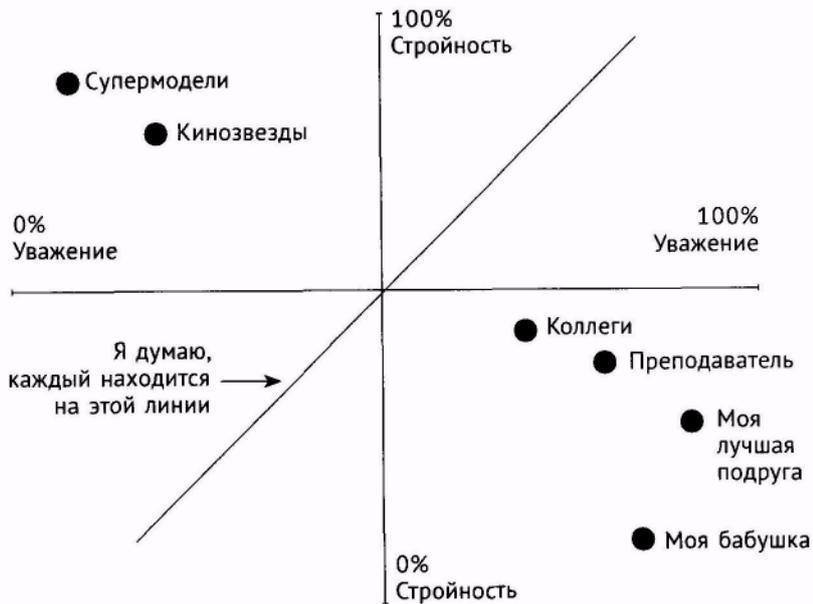


Рис. 7.3. Ортогональный континуум

В случае еще одной пациентки анализ ее анкеты отношения к своему телу показал, что негативное отношение женщины к своему телу усугубляет ее проблемы. Пациентка описала мысли и чувства относительно своего тела, и в ходе разговора с терапевтом общими усилиями удалось выделить ее ключевые мысли. Эти ключевые мысли пациентка записала, а терапевт попросил ее в качестве домашнего задания подумать над ними и поразмыслить, какие им можно найти нейтральные альтернативы. В рамках сессии терапевт с пациенткой обсудили, как именно их искать. Терапевт посоветовал женщине задаться примерно такими вопросами: «Действительно ли это утверждение объективно верно?», «Есть ли ему доказательства?», «Что бы я сказала подруге, которая так себя чувствует?», «Прикидываю ли я, что думаю другие люди?», «Даже если они так думают, есть ли мне до них дело? И как это свидетельствует о них?»

Пациентка обдумала эти мысли дома и на следующую сессию принесла список конкретных мыслей и подобранных к каждой альтернатив.

Окружающие решат, будто я неспособна контролировать свое питание.

- Возможно, они этого даже не подумают, особенно если не увидят меня за едой. Я бы, наверно, не подумала такого о другом человеке.

- А мне правда есть дело до чужих мнений, даже если люди так и думают?

Обо мне подумают, что я переедаю и что это отвратительно и, следовательно, я отвратительна.

- Есть — это не отвратительно, еда необходима для жизни. Я хорошо питаюсь и не переедаю, поэтому если они считают, будто я переедаю, это их проблема.

- Даже если я и переедаю, это не делает меня отвратительной.

Я чувствую, будто должна всем угождать, всем нравиться.

- Почему? Самый важный для меня человек — я сама. Быть приятным окружающим и вести себя с ними мило — это, конечно, хорошо, но гораздо важнее нравиться себе и хорошо обращаться с собой. А хорошо обращаться с собой означает не мучить себя.

Обо мне могут подумать, что я несовершенно, неидеальна, а если я несовершенно, я ни на что не гожусь.

- Да, так могут подумать, но никто не совершенен и тем не менее все люди достойны уважения и каждый что-то собой представляет и каждого ценят. Меня будут ценить еще больше, если я раскрепощусь и буду принимать себя и свое тело.

- Окружающие вполне способны мириться и мирятся с тем, что каждый из нас представляет собой смесь разных черт и никто не совершенен. Все равно люди достойны уважения, ценимы, хотя и далеки от идеала.

Окружающие увидят мою полноту и подумают, как кошмарно это выглядит. Они не будут уважать меня как профессионала.

- Разные люди воспринимают полноту по-разному, поэтому мне не стоит допускать, что они непременно считают полноту кошмарной.

- Тебя уважают за то, что ты делаешь и какой ты человек, а не за твою внешность. Я уважаю людей независимо от их фигур и веса.

Пациентка призналась, что пока не всегда полностью верит в свои новые альтернативные мысли. Терапевт заверил ее, что это нормально и попросил продолжать «отвечать» (мысленно или письменно) альтернативными положительными мыслями на любые отрицательные или искаженные, как только те возникнут у нее в голове. Пациентка так и поступила, и за

следующий месяц с небольшим пристрастилась к этому упражнению. Такие когнитивные переключения помоги ей решиться на покупку более облегчающих нарядов, а обновки, в свою очередь, способствовали улучшению ее представления о своем теле.

Помогите пациенту определять, какие стратегии лучше всего подойдут и пригодятся именно ему, с учетом его

личных обстоятельств. Затем вместе выявляйте, оспаривайте и прорабатывайте как минимум одну-две негативных мысли за сессию. Пациенту будет очень полезно записывать весь процесс в дневник отношения к своему телу, заполняя и графу «альтернативные мысли». Выполняя это задание, важно добиться того, чтобы пациент именно изменил точку зрения и поверил в свои новые альтернативные мысли, которые должны непременно соотноситься с его реальными обстоятельствами, а не просто придумывал и изобретал положительные контраргументы самому себе в русле отвлеченного и банального «позитивного мышления», не веря в них. Например, альтернативная мысль не обязательно должна звучать как «Я правда замечательно выгляжу». Пусть она будет реалистичнее и звучит так: «Хотя я и вешу больше, чем хотела бы, но все равно могу выглядеть стильно и элегантно». Чтобы пациент научился возражать самому себе таким образом, потребуется несколько сессий подряд. Побуждая пациента изменить свои убеждения, постарайтесь избежать дидактического тона и манер, потому что дидактический тон неплодотворен и способен привести к спору. Скорее, нужно не поучать пациента, а мягко поощрять к самостоятельному поиску альтернативных мыслей.

Даже если пациент не вполне верит в альтернативные мысли, процесс их поиска и подбора в противовес мыслям негативным ценен сам по себе. Само то, что пациент подвергает сомнению свои негативные верования, мысли и установки, уже способно помочь пациенту дистанцироваться от них и не держаться за них так крепко и упорно. Важно также подчеркнуть, что подобная когнитивная работа должна привести к экспериментам с новыми точками зрения и новым поведением (например, пациент

решился поэкспериментировать с обновками, спросит мнения друга или подруги, решится попробовать то, чего раньше избегал). Результаты таких перемен и экспериментов вполне могут способствовать изменению мыслей и установок, стать толчком к переменам.

Обязательно задавайте пациенту домашние задания, построенные на такой когнитивной работе. Попросите его записать в дневник отношения к своему телу один-два примера, имевших место в течение недели, а также то, как именно пациент попытался противостоять негативным мыслям и чувствам, и каков был итог. Домашнее задание нужно будет подробно проверить на следующей сессии и разобраться в трудностях, если они возникли у пациента. Всегда, когда это уместно, поощряйте пациента усвоить новую точку зрения и альтернативные мысли, пользуйтесь каждым удобным случаем, чтобы помочь ему это сделать. Такие домашние задания и их разборы должны повторяться на протяжении нескольких сессий.

Если оказывается, что пациент настолько сокрушен и расстроен из-за своей фигуры и веса, что ему трудно выполнять соответствующие домашние задания между сессиями, тогда, возможно, предпочтительнее выполнять такие задания прямо во время сессии, как показано в следующем примере.

Одна наша пациентка настолько сильно переживала проблемы с образом своего тела, что выполнение домашних заданий по этой теме давалось ей с огромным трудом. Поэтому стало ясно, что требуется проработать этот вопрос, не используя дневник отношения к своему телу, дававший значительные преимущества. Пациентка была настолько подавлена и расстроена, что ей с трудом удавалось сосредоточиться и записать свои мысли.

Терапевт предложил:

— Я вижу, что вся эта тема вас очень огорчает и расстраивает. Думаю, будет лучше и полезнее, если мы вместе разберем какой-нибудь конкретный случай, когда вы огорчились из-за своего тела. Если мы сумеем разобраться, что с вами произошло тогда, то у нас получится

перенести полученные сведения и на другие ситуации. Пожалуйста, попробуйте вспомнить недавний случай, когда вы огорчились из-за своего тела.

Пациентка описала недавнюю поездку за границу, когда попыталась примерить одежду в магазине.

— Попробуйте мысленно вернуться в эту ситуацию, хорошо? — попросил терапевт. — Вы можете вспомнить тот магазин? На что вы смотрели? Вы что-то примеряли? А что произошло потом? Продавщица с вами заговорила?

Терапевт помог пациентке детально воскресить ситуацию, и затем помог ей вспомнить свои тогдашние чувства, а также то, какие мысли родились из этих чувств.

Процесс позволил терапевту установить, что пациентка пыталась угадать мысли продавщицы. Пациентка допустила, что, поскольку (как она верила) она непривлекательна, продавщицы смотрели на нее свысока и презирали ее. Она также верила, будто они сочли, что у нее маловато денег для такого дорогого магазина и были с ней не настолько обходительны, как были бы с более привлекательной покупательницей.

Обсудив эту историю, терапевт бережно подвел пациентку к таким выводам. Хотя, возможно, кое-то из допущений пациентки и было верно (продавщицы вполне могли прикидывать, кто из покупательниц окажется более выгодной клиенткой и купит больше), однако мысли их прочитать все равно невозможно, а потому выстраивать на этом допущения бессмысленно. Пациентка же попыталась выстроить допущение, исходя из того, какие мысли она приписала продавщицам, а эти допущения заставили ее отнестись к себе самоуничижительно и вести себя приниженно и робко. Такое робкое поведение вполне могло вызвать высокомерную реакцию продавщиц.

Подобное применение целевого опроса (tagreted questioning) снабдило терапевта сведениями, которые легли в основу бихевиорального эксперимента, а он, в свою очередь, помог пациентке усомниться в своих давних допущениях и их правоте.

ПРОБЛЕМЫ С ОБРАЗОМ СОБСТВЕННОГО ТЕЛА И ЦЕЛИ, НЕ ЗАВИСЯЩИЕ ОТ ВЕСА

Большинство пациентов, достигших этого рубежа в работе над образом своего тела, одновременно работали над своими целями по потере веса (см. главу 8) и первичными целями (см. главу 9). Поэтому уже должно быть ясно, чего пациент рассчитывает достигнуть за счет похудения. К этому моменту также уже должно быть сделано различие между теми целями, которые действительно зависят от веса, и между целями, от веса не зависящими. Вот несколько примеров:

Цели, зависящие от веса и фигуры:

- Возможность носить определенную одежду.
- Занятия спортом (например, верховая езда). Цели, не зависящие от веса и фигуры:
- Повышение социальной уверенности в себе.
- Возможность больше социализоваться.

- Возможность и желание уделять больше времени другим аспектам внешности (например, прическе).
- Приобретение новой одежды.
- Занятия спортом (например, плавание).
- Завязывание личных отношений.

Обязательно и как модно сильнее поощряйте пациентов прорабатывать цели, не зависящие от похудения, потому что если пациенты не будут этого делать, возможно укрепление их негативных установок в отношении своего веса и внешности (ведь они будут восприниматься как помехи прогрессу в других областях). Как будет объяснено в главе 9, пациенту и терапевту нужно вместе спланировать способы достижения этих целей, не зависящих от похудения, и регулярно отслеживать и обсуждать прогресс пациента в этом направлении.

ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ПРИНЯТИЕ

Вы уже, возможно, успели познакомить пациента с идеей принятия и перемены, когда прорабатывали с ним цели по потере веса (см. главу 8). Однако эту же идею нужно ввести применительно к образу тела и сказать, что принятие можно подкрепить, если выявить источники положительного опыта и впечатлений, связанных с образом тела. Донесите до пациента следующие пункты:

- Пациент предпринял значительные усилия, чтобы похудеть, и поэтому уже (в большинстве случаев) изменил свою внешность.
- Пациент также добился и иных перемен, которые в итоге дадут ему не столь негативный образ своего тела, как раньше (например, он добился этого, избавившись от избегающего поведения, негативного мышления и измерения тела неподобающим образом).
- Теперь, когда пациент совершил эти важные перемены, ему нужно научиться принимать свое тело и вес, и, кроме того, принять мысль о том, что даже если он жаждет дальнейших перемен, может статься, они невозможны.
- До этого рубежа принятие состояло в основном в том, что пациента поощряли не относиться к своему телу столь негативно, как раньше.
- Для многих пациентов вполне возможно усвоить положительное отношение к своему телу, исследовав и опробовав целый спектр занятий, от которых они получают удовольствие и удовлетворение (например, занятия спортом наподобие ходьбы или плавания; радость от собственной подтянутости; секс; покупка привлекательной одежды, изменение прически и т. д.)

Вместе с пациентом вам нужно выяснить, какие занятия способны пробудить у него более положительное отношение к своему телу. Зачастую полезно бывает выяснить, какие занятия пациент любил раньше (и что хорошо умел), но затем забросил. Поощрите пациента возобновить эти занятия. Тщательно спланируйте все так, чтобы пациент получил от них положительные

впечатления и чтобы на следующих встречах вы могли вместе с ним обсудить эти впечатления. Как и раньше, полезно просить пациента заранее спрогнозировать итоги и впечатления, а затем, позже, просить его сравнить прогнозы и то, что получилось на самом деле. Всегда подчеркивайте положительные аспекты таких занятий. Если необходимо, помогите пациенту переформулировать свои впечатления в положительных выражениях. Этот процесс, скорее всего, растянется на несколько сессий. (Если он будет включать увеличение физической активности пациента, указания см. в главе 6).

Одна наша пациентка значительно похудела, но не настолько, как ей мечталось. Она описывала свое принятие нового веса и мотивировала это так: «я больше не выделяюсь в толпе». По ходу дальнейшего обсуждения выяснилось, что, хотя пациентка больше не испытывала негативных мыслей и чувств в отношении своего тела, она в то же время не испытывала и особенно положительных, и потому слегка колебалась, не решаясь купить новые наряды. Хотя она и знала, что не будет «отличаться от окружающих», но не была уверена, что будет выглядеть хорошо. Пациентка согласилась проверить это на практике и купила юбку, которая, по ее мнению, ей пошла. Этот успех придал пациентке уверенности в себе и решимости купить другие обновы; сыграли положительную роль и комплименты, которые она получила от окружающих.

Глава 8

МОДУЛЬ VI. РАБОТА

НАД ЦЕЛЯМИ ПО ПОТЕРЕ ВЕСА

Один из принципов, заложенных в основу когнитивно-бихевиоральной терапии, состоит в том, что успешному сохранению достигнутого веса во многом мешает нереалистичность цели, поставленной при попытке похудеть. В главе 2 мы выяснили, что это подрывает способность пациента научиться вести себя в соответствии с сохранением достигнутого веса и воплощать подобное поведение на практике. Именно поэтому цель данного модуля - помочь пациенту принять тот вес, достичь которого будет для него реалистичной целью, и адаптироваться к нему. Чтобы достичь этой цели, следует предпринять следующие конкретные шаги:

1. Сформулировать цели, связанные с потерей веса.
2. Критически оценить «желаемый» для пациента вес.
3. Выявить первичные (то есть не связанные с весом) цели.
4. Рассмотреть причины неудач при сохранении достигнутого веса.
5. Выявить преимущества умеренной потери веса.
6. Подчеркнуть необходимость «смирения и перемен».
7. Поощрить принятие достигнутых результатов.

О СТИЛЕ ТЕРАПИИ

Этот модуль должен иметь форму направленной дискуссии, цель которой - помочь пациентам пересмотреть цели, связанные с потерей веса, и, если нужно, начать адаптировать их к реальности. В то же время терапевты и пациенты должны по-прежнему сосредоточиться на усвоении поведенческих навыков, описанных в главе 4, чтобы добиться потери веса.

Как правило, на проработку этого модуля требуется как минимум три сессии подряд, а после каждой сессии нужна соответствующая домашняя работа. Темп работы у каждого пациента свой и может быть самым разным. Не старайтесь его

искусственно подхлестнуть.

КОГДА СЛЕДУЕТ ПЕРЕХОДИТЬ К МОДУЛЮ VI

Нельзя переходить к этому модулю на слишком ранней стадии терапии, пока не достигнута потеря веса. Мы опирались на следующие ориентиры (см. таблицу 8.1):

- к этому модулю можно переходить начиная с 12 недели, если пациент успешно и планомерно худеет и поднимает темы целей, связанных с потерей веса;
- к этому модулю следует переходить, если после достаточно длительного периода потери веса темп похудения у пациента снижается без всяких видимых причин.
- к этому модулю следует переходить не позднее середины терапии. Наш опыт показывает, что к этому модулю переходят к 20 неделе.

ФОРМУЛИРОВКА ЦЕЛЕЙ ПО ПОТЕРЕ ВЕСА

Терапевт должен завязать дискуссию о целях по потере веса, которые ставит перед собой пациент, объяснив, что теперь, когда похудение уже идет полным ходом, полезно подробно рассмотреть, каким видится пациенту результат терапии. На практике у большинства пациентов есть целый ряд целей по потере веса, хотя зачастую они сформулированы и дифференцированы не слишком четко. Первая задача терапевта - помочь пациенту их

прояснить. Нужно выделить три цели по потере веса: идеальный вес («вес моей мечты»), желаемый вес и приемлемый вес. Определить их надо следующим образом.

1. Идеальный вес. Это вес, которого пациенты очень хотят достичь, хотя и понимают, что в данный период их жизни ставить перед собой такую цель нереалистично. Это должен быть вес, которого они в принципе могли бы достичь, однако считают, что это крайне маловероятно. Если в результате терапии они не смогут достичь этого веса, у них не должно возникать ощущение, что терапия оказалась неудачной.

2. Желаемый вес. Это вес, которого, по мнению пациентов, они вполне способны достичь в результате терапии и должны это сделать. Объективно этот вес также может оказаться нереалистично низким, однако, тем не менее, это цель, которой пациенты хотят добиться. Если они не достигнут этого веса, то сочтут, что потерпели неудачу (или что терапия оказалась неудачной).

3. Допустимый вес. Это самый большой вес, с которым пациенты, по их мнению, смогут смириться. Если им удастся достичь только этого веса, они будут разочарованы, но считают, что в конце концов смогут принять такой результат и смириться с ним.

Процесс выявления и дифференциации целей по потере веса — первый шаг к их модификации. Главное — четко и ясно сформулировать, каков желаемый вес пациента. Если пациент изменил свои цели по потере веса с тех пор, как по просьбе терапевта впервые сформулировал их на нулевой сессии, следует, вероятно, обсудить, в чем причина этих изменений. Подобные изменения иногда отражают произвольный характер целей по потере веса и гибкость пациента.

Некоторые пациенты утверждают, что у них нет целей по потере веса, а есть цель по изменению размера одежды. В таком случае можно говорить о целях по похудению как таковых с точки зрения размеров одежды, а не единиц веса. Если у пациентов нет целей, связанных с весом или размером, и уверяет, что ему понравится любая потеря веса, возможно, нет нужды прорабатывать большую часть материала, содержащегося

в данном модуле. Однако, вероятно, имеет смысл обсудить с пациентом его опыт по потере и набору веса и разъяснить, почему потерянный вес так часто возвращается, а также познакомить с принципом «смирения и перемен», о котором мы поговорим чуть ниже.

С другой стороны, если пациенты говорят, что у них нет конкретной цели по потере веса, но они хотят «сбросить как можно больше», следует подтолкнуть их к тому, чтобы сформулировать, какой вес был бы для них идеальным, желаемым и терпимым, согласно вышеприведенным определениям, и обсудить результаты. Терапевты должны учитывать, что пациентам может быть трудно сформулировать эти цели по потере веса, и говорить, что точную цифру называть не обязательно. Кроме того, следует сказать пациентам, что эти цели - не догма и они имеют право передумать, однако, если они сформулируют свои цели, это подскажет терапевту, на что они нацелены в данный момент.

КРИТИКА ЖЕЛАЕМОГО ВЕСА

Следующий шаг в определении целей по потере веса у пациента - изучение их источников. На это требуется целая сессия, а иногда и несколько, и домашняя работа в промежутках между сессиями. Сосредоточиться при этом надо на желаемом весе пациента. Скорее всего, в результате выяснится, что желаемый вес выбран произвольно, а кроме того, его едва ли удастся достигнуть. Эта сессия должна строиться вокруг следующего плана дискуссии, ориентированной на пациента: 1. Источники представления о желаемом весе. Терапевт должен рассмотреть, откуда у пациента появились представления о желаемом весе. Возможные причины, по которым пациент называет ту или иную цифру, - рекомендации врачей или групп желающих похудеть, всякого рода схемы, формулы и диаграммы по вычислению «нормального» веса, желание еще раз добиться минимального веса, достигнутого в результате попыток похудеть в прошлом, уверенность, что именно

этот вес необходим для достижения первичной цели (см. следующий раздел), и множество других причин, которые придают конкретным показателям веса эмоциональную значимость.

2. Другие цели по потере веса в прошлом. Терапевт должен рассмотреть попытки пациента похудеть в прошлом и цели, которые пациент ставил перед собой в то время.

3. Достижимость желаемого веса. Следует рассмотреть прежние попытки сохранить этот вес или вес, приближенный к нему. Кроме того, нужно спросить пациента, почему он предвидит, что в этот раз столкнется с трудностями при достижении этого веса.

4. Важность достижения желаемого веса. Следует оценить личное значение, приписываемое достижению желаемого веса (то есть что достижение желаемого веса значит для пациента).

5. Последствия достижения желаемого веса. Следует спросить пациентов, как изменится их жизнь, если они достигнут этого веса. Если пациент уже достигал такого веса в прошлом, следует сосредоточиться на том, как изменилась тогда его жизнь (если изменения имели место).

Обсуждая все эти вопросы, полезно учитывать следующие аспекты повседневной жизни:

- привлекательность;
- размер и фасоны одежды;
- досуг и развлечения (например, спорт);
- работа;
- социальная жизнь;
- самооценка и уверенность в себе;
- личные отношения.

Терапевт должен подробно обговорить каждую из этих областей функционирования и те перемены, которые, как предсказывает пациент, произойдут, если он достигнет желаемого веса. Если это уместно, стоит вернуться к тем временам в прошлом, когда у пациента был этот вес, и проверить, подтверждаются ли ожидания пациента его опытом.

6. Последствия неудачи в достижении желаемого веса. Терапевт должен побудить пациента обдумать, как он отреагирует на то, что ему не удастся достичь желаемого веса. Важно оценить, как пациент интерпретирует подобную неудачу (то есть его когнитивный ответ), а также как он, вероятно, отреагирует на эту интерпретацию (например, откажется от попыток контролировать вес).

В раздаточном материале для пациента «Ваши цели по потере веса» (раздаточный материал R) перечислен ряд прямых вопросов к пациенту, касающихся этих проблем. Часто бывает удобно рассмотреть на сессии пункты 1-4, а пункты 5 и 6 обсудить лишь в общих чертах и в качестве домашнего задания попросить пациентов подробно обдумать их (опираясь на вопросы в раздаточном материале), а возможно, и дать письменные ответы. В завершение дискуссии терапевт перечисляет основные тезисы, чтобы понять, согласен ли с ними пациент. Если выявятся расхождения, следует исследовать их и уладить.

При работе с пациенткой терапевт поднял тему целей по потере веса перед самой серединой терапии. Он объяснил пациентке, что поскольку последняя треть терапии будет посвящена методикам сохранения веса, важно подготовиться к этому, пересмотрев цели по потере веса, которые поставила перед собой пациентка. Пациентка согласилась подумать дома над вопросами из раздаточного материала «Ваши цели по потере веса».

На следующей сессии пациентка заявила, что хотела бы перейти к фазе сохранения веса уже на ближайшей сессии. Она обдумала вопросы из раздаточного материала и решила, что хотя ей хотелось бы когда-нибудь еще немного похудеть, сейчас она бы предпочла сосредоточиться на том, чего ей удалось достичь на данный момент, и научиться сохранять вес, а затем, в будущем, вернуться к вопросу дальнейшей потери веса. Терапевт объяснил, что пациентам предлагается удерживать вес постоянным на протяжении хотя бы 6 месяцев перед

тем, как задумываться о дальнейшем похудении. Пациентка ответила, что с удовольствием так и поступит. Хотя терапевт и пациентка согласились, что пациентка перейдет к стадии удержания веса, как она и хотела, терапевт все же настоял на том, чтобы обсудить важные аспекты целей по потере веса. Хотя пациентка, очевидно, уже пришла к желательному выводу о гибкости целей по потере веса, было по-прежнему необходимо выявить ее первичные цели и обсудить их, и некоторые вопросы из раздаточного материала по целям по потере веса стали важным отправным пунктом для этого обсуждения.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ ЦЕЛЕЙ

Рассматривая цели по потере веса, которые ставят перед собой пациенты, и их представления о том, что они получат в результате потери веса, терапевты должны провести четкую грань между целями, достичь которых без какой-то потери веса невозможно (например, уменьшение размера одежды) и теми, которые не обязательно требуют потери веса (например, занятия спортом, повышение самооценки). Последние можно назвать «первичными целями».

Задача терапевта - не жалеть времени на выявление первичных целей пациента. Это должны быть реалистичные цели, а не полеты фантазии. Терапевту следует перечислить цели и поощрять пациентов добиваться тех из них, которых можно достичь прямо сейчас (например, ходить в бассейн, посещать вечерние курсы). На следующих сессиях терапевты в обязательном порядке проверяют, насколько пациенты приближаются к достижению этих целей. Цели, которые зависят от веса, и цели, которых трудно достичь, на время откладываются, хотя терапевты ясно и четко заявляют, что впоследствии к ним вернуться. Цели, связанные с представлением о собственном теле, следует рассматривать так, как указано в главе 7.

Одна пациентка выполнила задания из «Ваших целей по потере веса» и перечислила несколько целей, которых она надеялась добиться, достигнув желаемого веса: «Иметь возможность ходить в бассейн; быть уверенной, что я получу повышение по службе (на которое претендует стройная девушка); чувствовать себя привлекательной, чувствовать, что необходимо ухаживать за собой и заботиться о собственной внешности». Терапевт и пациентка пересмотрели этот список и определили, какие из этих целей полностью зависят от веса. Пациентка сумела понять, что ни одна из целей не зависит напрямую от похудения и поэтому можно добиться их, больше не теряя в весе. Кроме того, терапевт обсудил с пациенткой ее достижения на данный момент (потерю веса, повышение самооценки и пр.) Пациентка начала ценить свои достижения как таковые, хотя и хотела похудеть еще сильнее.

Кроме того, терапевт сосредоточил обсуждение на представлении пациентки о том, что если она не достигнет желаемого веса, то решит, будто она ничтожество и неудачница. Подобным же образом пациентка относилась ко многим сферам своей жизни — например, она была уверена, что потерпела полный провал как мать, когда у одного из ее сыновей-подростков были неприятности с полицией. Терапевт побудил пациентку отмечать каждый раз, когда она кажется себе ничтожеством, и собирать доводы за и против подобных представлений. Он порекомендовал ей задавать себе вопросы наподобие «Что бы я подумала, если бы в этой ситуации оказалась моя подруга?», чтобы объективнее смотреть на события.

К тому времени, когда пациентке настала пора переходить к удержанию веса, она была рада это сделать, а терапевт проследил, чтобы и на этом этапе продолжилась работа над достижением первичных целей средствами, не имеющими отношения к потере веса.

Другой пациентке на момент, когда настала пора переходить к удержанию веса, осталось сбросить до желаемого веса еще 7 фунтов (3,2 кг). Терапевт вместе с пациенткой пересмотрел ее первичные цели, чтобы оценить, насколько изменилась бы ее жизнь, если бы она сбросила оставшийся лишний вес. При этом терапевт обнаружил, что пациентка либо полностью добилась большинства своих целей, либо существенно продвинулась на пути к их достижению. Скажем, она настолько лучше стала относиться к образу собственного тела, что потеря еще семи фунтов, пожалуй, вряд ли существенно повлияла бы на это. Пациентка оказалась способна понять, что главным стимулом, побудившим ее стремиться к целевому весу в начале терапии, было желание «довести дело до конца». Она чувствовала, что если бы не достигла поставленной цели, то считала бы себя ничтожеством (ведь мать в детстве ругала ее за то, что она «ничего не доводит до конца»). Дальнейшие размышления над первичными целями дали пациентке возможность осознать, что преследование настолько произвольной цели едва ли принесет ей пользу и можно найти альтернативные способы опровергнуть критические замечания матери.

НЕУДАЧИ ПРИ СОХРАНЕНИИ ДОСТИГНУТОГО ВЕСА В ПРОШЛОМ

На этом этапе терапии уместно вернуться к принципам регуляции веса (о них мы говорили в главе 4), чтобы закрепить этот материал и подчеркнуть, что это навык, который следует усвоить и натренировать. Информацию нужно подавать сжато и по существу. Основные принципы перечислены в таблице 4.3 (раздаточный материал E).

Цель этой дискуссии - напомнить пациентам, что ограничивать прием пищи - это тяжелый труд, поэтому было бы чрезмерно требовать, чтобы они всегда ограничивали себя в пище так, как сейчас. В самом деле, если бы они решили так поступить, то обрекли бы себя на неудачу: исследования показывают, что по прошествии 4-6 месяцев удерживаться на уровне 1200-1500 калорий становится все труднее независимо оттого, насколько легко было соблюдать эти ограничения в первое время (см. Wadden, Sarwer, & Berkowitz, 1999; Wilson & Brownell, 2002). Терапевтам придется объяснить, что настанет время, когда станет очевидно, что пациентам лучше оставить попытки худеть и сосредоточиться на том, как сохранить достигнутый вес.

Сохранение веса в прошлом

Пока пациенты еще теряют вес, терапевты должны обсудить с ними их опыт по потере и повторному набору веса. Цель дискуссии — помочь пациентам выявить лично значимые факторы, которые, вероятно, помешали им удержать достигнутый вес в прошлом. Большинству пациентов уже приходилось худеть, но впоследствии они снова набирали вес. В этих случаях терапевты должны в подробностях выяснить, что именно произошло. Лучше всего, если терапевт начинает с последнего (показательного) эпизода похудения и набора веса. Основные проблемы можно выяснить, опросив пациента о нижеперечисленных показателях. Задавать следует лишь самые релевантные вопросы. (Проделать эту процедуру с теми немногими пациентами, которые никогда раньше не пытались худеть, невозможно. Их следует просто познакомить с обычным ходом событий, предложив поразмышлять над тем, что, как правило, происходит на каждом этапе).

ФАЗА ПОТЕРИ ВЕСА

- Вес в «отправной точке».
- На сколько удалось похудеть.
- Сколько времени это заняло.
- Насколько потеря веса соответствовала или не соответствовала поставленным целям.
- Представления пациента о том, чего удалось и чего не удалось достичь.

Попытки СОХРАНИТЬ ВЕС

- Причины прекращения дальнейших попыток похудеть: принятие решения или постепенное замедление.
- Решение сохранить вес.

ДЛЯ ТЕХ, КТО РЕШИЛ ПОПЫТАТЬСЯ СОХРАНИТЬ НОВЫЙ, БОЛЕЕ НИЗКИЙ ВЕС

- Подробности того, как пациент пытался сохранить вес.
- Знания о том, как сохранить вес.
- Помощь и советы окружающих.
- Подробности режима питания пациента: количество потребляемой пищи, рацион и пр.
- Подробности слежения за весом (если пациент это делал).

ДЛЯ ТЕХ, КТО НЕ ПРИНЯЛ РЕШЕНИЯ ПОПЫТАТЬСЯ СОХРАНИТЬ НОВЫЙ, БОЛЕЕ НИЗКИЙ ВЕС

- Причины отказа от сохранения веса
- Представления о новом весе по сравнению с прежним

ПОСЛЕДУЮЩИЕ СОБЫТИЯ

- Ход последующего набора веса
- Реакции на набор веса

ДЛЯ ТЕХ, КТО ПЫТАЛСЯ БОРЬТЬСЯ С ПОВТОРНЫМ НАБОРОМ ВЕСА

- Подробности попыток бороться с повторным набором веса
- Причины отказа от усилий по контролю над весом (по возможности)

ДЛЯ ТЕХ, КТО НЕ ПЫТАЛСЯ БОРЬТЬСЯ С ПОВТОРНЫМ НАБОРОМ ВЕСА

- Причины отказа от попыток бороться с повторным набором веса
- Приятие нового, более низкого веса (даже если он больше, чем хотелось бы)

Для ТЕХ, кто НЕ СМИРИЛСЯ со своим новым,

БОЛЕЕ НИЗКИМ ВЕСОМ

- Причины неприятия нового веса
- Ощутимые перемены в результате потери веса (если они есть)

Цель этого подробного опроса — выявить, какую роль в неудаче при сохранении веса сыграли соответственно три механизма, которые, как правило, ответственны за это:

1. Нереалистичная цель по потере веса. Если пациенты терпят неудачу в попытке достичь своей цели, это нередко приводит к тому, что они не пытаются сохранить свой новый, более низкий вес либо относятся к этому без энтузиазма.

Это происходит потому, что они относятся к достигнутой потере веса как к чему-то несущественному и поэтому не достойному сохранения (пример дихотомического мышления).

2. Необходимость в течение очень долгого времени сильно ограничивать себя в пище. Если для того, чтобы сохранить новый, более низкий вес, пациенту приходится идти на серьезные диетические ограничения, скорее всего, вес будет набран, так как большинству пациентов трудно соблюдать строгие ограничения в питании в течение неопределенно долгого времени. Подобная слабость зачастую усугубляется тем, что при первых признаках набора веса пациент отказывается от любых попыток его контролировать (еще один пример дихотомического мышления).

3. Смутные представления о том, что следует делать, чтобы сохранить достигнутый вес. Некоторые пациенты не понимают, что сохранение веса - это активный процесс, который требует обдумывания и тренировки, так как, чтобы добиться стабилизации веса и сохранить достигнутые результаты, следует внести поправки в режим питания (и уровень физической активности) в соответствии с изменениями в весе. Терапевты должны обсудить с пациентом относительный вклад каждого из этих механизмов, чтобы вместе выработать индивидуальную концепцию причин, помешавших пациенту сохранить достигнутый в прошлом вес.

Вероятно, будет полезно использовать упрощенную версию когнитивного подхода к со-

хранению веса (глава 2), при котором делается упор на два фундаментальных фактора: неподходящие цели по потере веса (основа для причин 1 и 2 из вышеприведенного списка) и непонимание того, что обеспечивает долгосрочное сохранение достигнутого веса.

Терапевты затем объясняют пациентам, что данный метод специально предназначен для преодоления этих распространенных трудностей, так как помогает поставить перед собой реалистичные цели по потере веса и дает возможность научиться удерживать вес и пользоваться этими навыками. Если пациент в прошлом много раз набирал вес, особенно важно, чтобы терапевт вдохновлял его и оптимистически относился к тому, что на сей раз все будет иначе.

Одна наша пациентка обсудила с терапевтом прежние попытки сбросить вес. Она рассказала о том, как это происходило в последний раз: ей удалось достичь желаемого веса, но затем она постепенно вернулась к прежним показателям. Она вспомнила, что когда перестала ходить в группу поддержки желающих похудеть, то постепенно вернулась к прежнему рациону. Кроме того, важные события в ее жизни отвлекли ее от удержания веса. Терапевт и пациентка пришли к выводу, что набор веса стал результатом того, что в пищевых привычках пациентки не произошло фундаментальных перемен и она не осознала, что активное удержание веса — задача, которую она будет решать всю жизнь.

* * *

Другая пациентка вспомнила, что прошлым летом ей удалось несколько похудеть, придерживаясь крайне строгих ограничений: она очень много занималась спортом и питалась по-спартански, но только по будним дням, а по выходным в той или иной степени возвращалась к прежнему стилю жизни. Прошло несколько месяцев, и она перестала этим заниматься и набрала сброшенный вес снова. Пациентка и терапевт пришли

к выводу, что ей не удалось сохранить достигнутый вес, так как она была вынуждена соблюдать крайне тяжелый режим и к тому же не сумела допускать некоторые «поблажки», не теряя контроля над ситуацией.

* * *

Когда одну из наших пациенток спросили, есть ли у нее опыт потери и сохранения веса, она рассказала, что ходила в коммерческий клуб желающих похудеть, но утратила энтузиазм, поскольку не достигла целевого веса. Она перестала взвешиваться, потому что «чувствовала себя неудачницей». Ей казалось, что сохранять новый вес нет смысла, ведь она не достигла цели, и она быстро набрала вес снова. Пациентка отметила, что в прошлом так происходило сплошь и рядом. Когда же ей однажды удалось достичь целевого веса, ей пришлось «морить себя голодом», чтобы его сохранить. Пациентка и терапевт выяснили, что нереалистичная цель, которую она перед собой ставила, и максимализм и стали основой порочного круга голодания и переедания, который впоследствии привел к тому, что пациентка оставляла попытки худеть и набирала вес снова.

Информация о регулировании веса и обдумывание того, что происходило в прошлом, прямо приводит к переоценке цифры желаемого веса, которого хочет достичь пациент. Вопрос о сохранении веса можно отложить, пока темп потери веса не снизится (см. главу 11).

В свете этих обсуждений может быть полезно предложить пациенту в качестве домашнего задания перечислить краткосрочные и долгосрочные «за» и «против» нынешнего желаемого веса. Если у пациента нет определенной цели по потере веса, его следует попросить перечислить «за» и «против» дальнейшего похудения.

На вводной сессии пациентка сказала, что ее желаемый вес — 70,5 кг. Это самый низкий вес, который был у нее во взрослом состоянии, и она полагала, что, если она будет столько весить, то сможет носить одежду любого фасона. Она добавила, что с трудом смирилась бы с весом 98 кг, но не больше.

В ходе терапии пациентка стабильно теряла в весе. На 23 неделе терапевт снова поднял вопрос о целях по потере веса. Пациентка сказала, что «вес ее мечты» по-прежнему 90,3 кг, однако желаемый вес может колебаться от 70,5 до 98 кг. Сознание того, что вес может колебаться, показывает, что пациентка уже внесла коррективы в прежний дихотомический образ мыслей. Она уже не говорила, что «с трудом смирилась бы» с весом 98 кг, а, наоборот, заявляла, что такой вес вполне бы ее устроил, поскольку именно столько она весила, когда выходила замуж, причем прекрасно себя чувствовала и носила красивую модную одежду. Она считала, что сможет носить бикини и заниматься водными видами спорта, не стесняясь того, как она выглядит. Теперь она считала, что самый большой вес, с которым она готова смириться — это 82,5 кг.

Терапевт попросил пациентку дома ответить на вопросы 5 и 6 из раздаточного материала «Ваши цели по потере веса»: она должна была подумать, как изменится ее жизнь, если она достигнет желаемого веса, и что будет, если она его не достигнет. Пациентка подробно ответила на вопросы домашнего задания, причем указала, что уже сейчас похудела настолько, что это принесло ей много существенных преимуществ. Тем не менее она думала, что если достигнет желаемого веса, то ей уже не придется «прятаться и прикрываться», легче будет заниматься физическими упражнениями, можно будет покупать красивые наряды, она станет привлекательнее для мужа, у нее возникнет ощущение достигнутой

цели. Если же желаемого веса достичь не удастся, то, как писала пациентка, «Мне было бы приятно, даже если бы я сейчас перестала худеть, но жаль упускать такую удобную возможность достичь желаемого веса. Сохранить

его может быть гораздо труднее. Мне бы казалось, что я потерпела неудачу... к тому же, если я не буду весить 78 кг, я не буду казаться себе достаточно стройной».

На следующей сессии терапевт задал пациентке вопрос о том, какой у нее накопился опыт похудения и удержания достигнутого веса. Пациентка рассказала, что ходила в коммерческий клуб желающих похудеть и «почувствовала себя неудачницей», так как не достигла цели — похудеть до 66,5 кг, — а в результате быстро набрала сброшенный вес. Один раз ей удалось похудеть до 70,5 кг — именно такую цель она поставила перед собой в начале терапии, — но тогда ей пришлось «морить себя голодом», чтобы сохранить достигнутый вес.

Когда терапевт с пациенткой перешли к обсуждению целей по потере веса, пациентка пришла к выводу, что самая важная цель для нее — сохранить тот вес, которого она уже достигла, даже если не удастся похудеть до целевого веса, на который она надеялась. Она решила, что цифра на весах «не волшебная». Тогда терапевт рассказал ей о концепции «смирения и перемен». Пациентка рассказала, что, похудев на 14 кг, она уже гораздо лучше относится к себе и заметно приободрилась. Она сказала, что ей нравится выглядеть «женственно», а не «как супермодель». Пациентка добавила, что смогла бы принять тот вес, который ей удастся удержать, даже если он окажется выше, чем она поначалу рассчитывала.

В этот период терапии пациентка продолжала предпринимать действия для достижения своих «первичных целей», о которых говорилось на прошлых сессиях. Она попробовала надевать модные маечки, оставлявшие открытым загорелый живот, а не «прикрываться и прятаться», и друзья и родные обеспечили ей положительную обратную связь. Кроме того, пациентка продолжила заниматься плаванием и велосипедным спортом.

На 32 неделе терапии пациентка перешла к стадии удержания веса — с весом 82,5 кг. Хотя первоначально она заявляла, что не смирилась с подобным весом, те-

перь она говорила, что рада принять его и постарается удержать. Она не чувствовала себя неудачницей, а, по ее словам, понимала, что хорошо потрудились над тем, чтобы так сильно похудеть. Она добавила, что ей очень нравится, как она выглядит.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕИМУЩЕСТВ УМЕРЕННОГО ПОХУДЕНИЯ

Терапевт начинает разговор о преимуществах умеренного похудения с того, что теперь, когда пациент худеет, пора обдумать, какие преимущества ему это приносит. Пациентов просят тщательно обдумать, какие положительные перемены уже произошли в их жизни благодаря потере веса. Следует привлечь их внимание к тем сферам, где, вероятно, и наблюдаются эти перемены: например, пациент ощущает прилив сил, хорошо себя чувствует, стал подвижен, спортивен, спокойнее держится в повседневной жизни, на работе и т. д. Это нужно достаточно подробно обсудить, после чего терапевт предлагает пациентам переформулировать свои достижения — выразить их позитивно. Терапевт подводит пациента к мысли о том, что если пациент признает свои достижения, то, скорее всего, будет добиваться успеха и впоследствии. Для этого, как правило, стоит привлечь внимание пациента к тем моментам в прошлом, когда успех приводил к восходящей спирали повышения самооценки и дальнейших успехов — а ощущение неудачи, напротив, приводило к нисходящей спирали понижения самооценки и дальнейших трудностей.

Терапевтам следует подкрепить представления об уже полученных преимуществах следующей информацией о том, насколько умеренное похудение полезно для здоровья. Потеря 10-15% массы тела обеспечивает следующие благоприятные перемены.

- Улучшение внешнего вида, уменьшение объема талии (а следовательно, и размера одежды).

[Если это возможно, укажите на подобные перемены, которые уже произошли с пациентом].

- Укрепление самоуважения, улучшение общего самочувствия.

[Отметьте, что многие похудевшие начинают больше себя уважать, становятся более уверенными в себе и даже начинают делать то, на что не решались долгие годы. Если это возможно, укажите на подобные перемены, которые уже произошли с пациентом].

- Уменьшение или исчезновение многих побочных эффектов ожирения (повышенного артериального давления, повышенного уровня липидов в крови, повышенного уровня сахара в крови), а также риска возникновения подобных симптомов.

[Обсудите с учетом нынешнего состояния здоровья пациента].

- Улучшение физического самочувствия.

[Расскажите о том, что многие похудевшие лучше себя чувствуют, у них больше сил, они меньше устают физически и решаются заняться новыми делами. Если это возможно, подчеркните, что и пациент начал чувствовать себя лучше, по его же словам].

В качестве домашнего задания имеет смысл попросить пациентов перечислить все преимущества, которые они уже получили. Проверив эту домашнюю работу, терапевты убедятся в том, что их пациенты не станут отмечать свои достижения, считая их несущественными.

НЕОБХОДИМОСТЬ СМИРЕНИЯ И ПЕРЕМЕН

Следующий шаг играет ключевую роль в данной разновидности терапии. Пациент должен усвоить, что необходимо и мириться с происходящим, и меняться. Чтобы решить проблему излишнего веса, пациенту следует изменить то, что можно из-

менить, - причем с расчетом на долгосрочную перспективу, - и смириться с тем, чего нельзя изменить (Wilson, 1996). Ниже мы приводим тезисы, которые следует подчеркнуть (о многих из них уже шла речь раньше). Терапевты должны подробно обсудить каждый пункт и подкрепить информацию раздаточным материалом S («Смирение и перемен»).

Спешить и искусственно подталкивать этот процесс нельзя; следует по-прежнему применять коллаборационный стиль беседы, постоянно проводя параллели с личным опытом и обстоятельствами пациента. Полезно выдать пациентам раздаточный материал на дом и попросить их перечитать его, а все вопросы и комментарии обсудить на следующей сессии. Перечислим не обходимые тезисы.

- Некоторые аспекты проблемы избыточного веса можно изменить, а некоторые - нет.

• Хорошая терапия призвана помочь изменить то, что можно изменить, и смириться с тем, чего изменить нельзя. Можно провести параллели с сахарным диабетом. Больные диабетом могут научиться, что и когда есть и когда принимать инсулин, чтобы снизить риск возникновения осложнений, но они должны смириться с тем, что у них диабет и что никакое лечение не устранил изначальное заболевание. Подобным же образом люди, склонные к излишней полноте, могут научиться питаться и упражняться так, чтобы держать ожирение под контролем и оставаться здоровыми, однако предрасположенность останется.

• В значительной степени вес определяется наследственными факторами и поэтому подлежит контролю лишь отчасти.

• Если строго ограничить потребление калорий, можно в короткое время добиться довольно эффективных краткосрочных перемен, но огромное количество исследований показывают, что надолго подобные достижения практически никогда не сохраняются.

• На данный момент не существует лечения ожирения (кроме хирургических операций на желудочно-кишечном тракте), которое привело бы к потере веса больше чем 10-15% изначальной массы тела, и в подавляющем большинстве случаев-

ев потерянный вес возвращается. Как правило, в пределах года возвращается треть потерянного веса, а почти весь потерянный вес - в течение 5 лет (Wadden, Sarver, & Berkowitz, 1999; Wilson & Brownell, 2002). Это справедливо как для всех нехирургических методов (разнообразные виды диетотерапии, резкое ограничение калорийности пищи, модификация поведения, медикаменты, подавляющие аппетит), так и для сочетаний этих методов.

[Терапевту следует выяснить, сколько именно составляет для данного пациента 10-15% изначальной массы тела, и сообщить пациенту это число].

• • Большинство стремящихся похудеть желают сбросить гораздо больше 10-15% изначальной массы тела.

[Следует сравнить желаемый вес пациента с потерей в 10-15% изначальной массы тела].

• В результате те, кто пытается потерять больше этой цифры, считают, что либо они сами, либо терапия потерпели провал, тогда как на самом деле потерять такое количество веса и сохранить результат - большое достижение.

• Потеря веса в 10-15% имеет много преимуществ.

[Терапевт должен перечислить пациенту все преимущества, которые тот уже отметил, например:

- улучшение внешнего вида, уменьшение объема талии (а следовательно, и размера одежды);

- укрепление самоуважения, улучшение общего самочувствия;

- уменьшение или исчезновение многих побочных эффектов ожирения (повышенного артериального давления, повышенного уровня липидов в крови, повышенного уровня сахара в крови), а также риска возникновения подобных симптомов;

- улучшение физического самочувствия].

• Одновременно с потерей веса терапия помогает достичь и других целей, важных для пациента, и, как правило, в значительной степени улучшает качество его жизни.

[Терапевту следует привести в пример конкретные первичные цели данного пациента, подчеркнуть, насколько пациент приблизился к их достижению, и напомнить, что скоро терапия сосредоточится именно на этих целях]. В завершение беседы терапевту следует подчеркнуть основные выводы, которые пациент должен сделать из этой информации:

• Пациенты способны в значительной степени изменять свой вес (скажем, сбросить 10% изначальной массы тела), хотя, скорее всего, им удастся похудеть не так сильно, как хотелось бы.

• Они способны прилагать усилия к достижению других важных (первичных) целей, однако очень важно, чтобы они смирились с тем, чего изменить нельзя (диапазон веса, телосложение).

• Если им не удастся принять то, чего нельзя изменить, возникает риск

- Недооценить достигнутое в ходе терапии,

- Решить, будто вес невозможно контролировать,

- Без должного энтузиазма отнестись к тому, что достигнутый вес следует сохранить. Наш опыт показывает, что это главная причина повторного набора веса. Следует по возможности подчеркнуть этот пункт применительно к жизненному опыту пациента.

Домашние задания по этой теме предполагают, что пациент обдумает свой нынешний желаемый вес и решит, не надо ли несколько повысить эту цифру. Кроме того, он должен подумать, какие у него возникнут сложности, если достигнутый вес окажется больше желаемого, и возникнут ли они вообще. На следующей сессии следует пересмотреть эти выводы, чтобы выявить препятствия, мешающие пациенту смириться с относительно скромной целью по потере веса. Задача — не добиться радикального пересмотра целей по потере веса, а выработать более гибкую и прагматическую позицию и отказаться от нереалистичных и жестких целей не с пассивным сожалением, а с активным смирением (Wilson, 1996).

Наша пациентка согласилась с тем, что через 6 недель она перейдет к стадии удержания веса, однако заявила, что намерена сначала похудеть еще на / фун-тов (3,2 кг). Ей предстоял отпуск, и она хотела увереннее чувствовать себя в шортах и купальнике. Терапевт понимал, что пациентка на данный момент (24 недели терапии) потеряла меньше веса и поэтому маловероятно, чтобы ей удалось настолько похудеть в ближайшие 6 недель. Хотя терапевт не собирался обескураживать ее и заставлять отказываться от дальнейших попыток похудеть, нельзя было и поддерживать нереалистичные цели пациентки.

Терапевт ответил пациентке примерно следующее: «Если вы хотите еще похудеть, это замечательно. Давайте обсудим, что именно вам следует делать, чтобы ваш вес снова начал снижаться. Тогда и посмотрим, каков будет прогресс в ближайшие недели. Как вы знаете, пока что вы худели довольно медленно, поэтому, пожалуй, сейчас вам не стоит ставить перед собой чрезмерно честолюбивые цели. Кроме того, надо уделить определенное время размышлениям о сохранении веса и понять, что для этого нужно. В какой-то момент вы должны будете переключиться с активных стараний похудеть на активные старания сохранить вес». Так терапевт не только помог пациентке скорректировать цель по

потере веса, но и затронул тему смирения.

Пациентка выразила сомнения в том, будет ли она довольна отпуском, если не потеряет намеченный вес. Терапевт ответил, что это не обязательно так, и предложил поговорить о том, как прекрасно пациентка проведет отпуск, даже если не похудеет еще немного.

Так пациент признал желание пациентки еще немного похудеть, уклонившись от дискуссии о конкретных целях, и при этом сумел познакомить пациентку с одним из основных принципов удержания веса, причем в полном соответствии с нынешним настроением пациентки.

ПООЩРЕНИЕ СМИРЕНИЯ

Терапевты должны выявлять препятствия, мешающие пациентам смириться с относительно скромными целями по потере веса. Обычно препятствия относятся к следующим категориям.

- Пациентам трудно смириться с тем, что их цели по потере веса нереалистичны. Когнитивного сдвига можно добиться не сразу, а лишь через некоторое время. Обычно этому способствует снижение темпа похудения, которое, как правило, наблюдается после нескольких месяцев терапии.

- Пациентам трудно понять, что даже умеренное похудение - это тоже «успех». Поэтому пациентов надо подтолкнуть к размышлениям о том, что на самом деле составляет успех. Терапевтам следует поощрять выявление плюсов и минусов быстрого достижения веса, который невозможно сохранить, и повторного набора веса по сравнению с относительно скромной потерей веса, которую можно закрепить и удержать и при этом продвинуться на пути к первичным целям пациента. Даже если пациент вообще не похудел, успехом вполне можно считать окончание постепенного набора веса.

Одной нашей пациентке оказалось трудно отвести терапии приоритетное положение в своей жизни (она пропускала сессии и не делала домашних заданий), и при обсуждении целей по потере веса оказалось, что они у нее по-прежнему чересчур амбициозны. Прошло 18 недель терапии, а вес пациентки снизился меньше чем на 0,9 кг, однако она была твердо уверена, что если ей не удастся сбросить 20 кг, это станет для нее сильнейшим ударом по самолюбию. Очевидно, достичь подобных результатов за оставшийся период терапии было невозможно. Терапевт понимал, что если пациентке не удастся в какой-то степени смириться с нынешним весом, велика вероятность, что она вообще откажется от попыток контролировать вес, а это, скорее всего, приведет к его набору.

Пациентка по-прежнему неаккуратно посещала сессии. Это означало, что до конца терапии осталось всего три сессии — времени оставалось очень мало. Однако пациентка за это время все же научилась мириться с тем, что вес придется не терять, а удерживать: она признала, что пыталась похудеть в крайне напряженный период в жизни. Она начала относиться к своей скромной потере веса не как к личной неудаче, а скорее как к воле обстоятельств, и согласилась, что на данном этапе ее жизни важно именно сохранить вес, и именно это и стоит считать достижением.

- Пациентам кажется, что они мало продвинулись по пути к достижению первичных целей и не изменили отношения к образу собственного тела. И то, и другое очень важно. Следует провести границу между первичными целями и целями по потере веса. Центральной темой каждой сессии должны стать первичные цели (см. главу 9). Как уже говорилось, вопросы образа тела обсуждались в главе 7.

Во время перехода от достижения цели по потере веса к стадии удержания веса терапевт попросил пациентку подумать, остались ли какие-то препятствия к тому, чтобы она смирилась с весом, который будет выше, чем она первоначально рассчитывала. Пациентка решила, что единственная существенная трудность — это ее негативное отношение к образу собственного тела. Терапевт и пациентка решили, что пациентке будет полезно перейти к удержанию веса в заранее намеченные сроки, одновременно занимаясь коррекцией отношения к собственному телу.

- Пациенты желают достичь конкретного целевого веса, который зачастую определяют как «ниже определенного «волшебного» показателя». У некоторых пациентов есть фикси-

рованная цель по потере веса, которой они хотят достигнуть (весить 79 кг, весить меньше 68 кг). Следует подчеркнуть, что подобные числа по природе своей зачастую произвольны - скажем, они зависят оттого, в каких единицах мыслит пациент: в килограммах может получиться одна величина, а в фунтах - другая. Терапевты должны подчеркивать, как важно понимать, что уже потерянный вес - это достижение, а не пытаться достигнуть конкретного «целевого веса».

Пациентка выразила желание достигнуть определенного веса к тому моменту, как она перейдет к сохранению веса. Терапевт расспросил ее об этом. Почему вес в 79,5 кг для нее приемлем, а выше — уже нет? Пациентка обдумала это и сумела признать, что это пример максимализма. Обсудив этот вопрос, пациентка и терапевт пришли к выводу, что пациентке не следует ставить все на достижение конкретного веса. Да, вес в 79,5 кг для нее приемлем, однако неразумно считать, будто 80 кг — это ужасно.

К тому моменту, когда пора было переходить к удержанию веса, пациентка и в самом деле весила 80 кг. Она вовсе не считала это катастрофой, а когда ей удалось достаточно долго удерживать этот вес, ей стало гораздо легче мириться с мыслью о том, что ее вес будет по естественным причинам колебаться в определенных пределах. Для пациентки было важно признать, что сам факт похудения принес ей много преимуществ, как и нынешний стиль питания, уже не такой строгий, и это лучше, чем слишком сильно беспокоиться о том, сколько именно она сейчас весит.

- Пациенты хотят худеть и дальше, а не мириться с уже достигнутым весом. При таких обстоятельствах терапевт должен снова вернуться к обоснованию того, как важно научиться сохранять вес еще в рамках терапии. Возможно, пациенты и понимают, почему им следует перейти

к стадии удержания веса, и даже на вид «смиряются» с нынеш-

ним весом на уровне сознания, но не настолько уверены в этом, чтобы вести себя соответственно. Один наш пациент выразился следующим образом: «Я вижу, что это логично, но не верю в это» (что было бы лучше всего перестать худеть и научиться удерживать достигнутый вес). Другая пациентка сказала: «Я бы хотела худеть и дальше, но готова следовать вашим рекомендациям, ведь все, что вы говорили раньше, было правдой». В обоих случаях терапевту удалось убедить пациента в том, что сомневаться в целесообразности подобных действий, какими бы разумными они ни казались, - это нормально. В подобных обстоятельствах терапевт должен предложить пациенту поэкспериментировать с новой точкой

зрения - вести себя так, как будто он полностью с ней согласен, и отмечать результаты.

Глава 9

МОДУЛЬ VII. РАБОТА

НАД ПЕРВИЧНЫМИ ЦЕЛЯМИ

Первичные цели - это цели, не связанные с похудением, которых пациенты надеются достичь в результате похудения. Лишь немногие пациенты заинтересованы исключительно в потере веса как таковой (то есть в уменьшении показаний весов); как правило, похудение - лишь средство для достижения других целей. В число первичных целей обычно входят изменения внешности, улучшение здоровья и самочувствия, укрепление самооценки. Цели данного модуля:

1. Выявить первичные цели.
2. Продвинуться на пути к их достижению.
3. Подробно остановиться о том, какими часто бывают первичные цели при потере веса, и выяснить, какие из них имеются у пациента.

Работа с первичными целями пациента - важная часть когнитивно-бихевиоральной терапии. Если единственной целью терапии сделать потерю веса, то, вероятно, не удастся добиться важных для пациента целей, не связанных напрямую с похудением, а в итоге, даже если пациенту удастся достичь целевого веса, не удастся преодолеть определенные аспекты той проблемы, которая заставила пациента обратиться за помощью. Тогда пациент рискует и дальше пытаться сбросить вес, а это помешает успешному удержанию достигнутого веса. Напротив, если удастся добиться первичных целей, пациент, скорее всего, будет рад любой потере веса (даже если первоначально надеялся похудеть сильнее). Как уже говорилось, чем больше пациент будет удовлетворен результатами терапии, тем скорее ему удастся долго удерживать достигнутый вес.

Поэтому важно, чтобы пациенты понимали, что многих целей они могут достичь безотносительно к потере веса.

ОБЩАЯ СТРАТЕГИЯ РАБОТЫ С ПЕРВИЧНЫМИ ЦЕЛЯМИ

Выявление первичных целей

В общих чертах всевозможные цели пациента, связанные с терапией, уже обсуждались на вводной сессии (см. главу 3). Терапевту не нужно очерчивать весь диапазон первичных целей пациента, пока первичные цели не станут центральным вопросом терапии (см. главу 8). На практике некоторые первичные цели нередко выходят на первый план на более ранней стадии терапии, и если пациент способен работать с ними, не отвлекаясь от приоритетной задачи - то есть похудения и сохранения достигнутого веса, - это следует поощрять. С другой стороны, если пациенту трудно терять вес, как правило, лучше всего, если терапевт объяснит, что отвлекаться на другие цели сейчас не стоит (см. таблицу 9.1).

Работу с первичными целями следует тесно сопрягать с работой над весом тела. Первый шаг - определить и разграничить всевозможные первичные цели пациента. Обычно это несколько взаимосвязанных целей, например, стать здоровее и лучше себя чувствовать. Одни цели зависят от веса и поэтому требуют похудения (например, уменьшение размера одежды), однако другие - и их очень много - не связаны с весом напрямую (например, вести более насыщенную светскую жизнь). Последнюю разновидность целей вполне можно рассматривать вне зависимости от похудения.

Работа с первичными целями

Как только удалось определить, каковы всевозможные первичные цели пациента, к каждой из них следует применить алгоритм решения проблем, описанный в главе 4. Для этого придется очертить широкий диапазон возможных решений каждой проблемы, а затем выбрать самые подходящие и применить их, после чего оценить выбранное решение. Как правило, формулируется и долгосрочный план, и конкретные краткосрочные задачи, которые приобретают форму домашних заданий. К примеру, одинокий пациент, который желает улучшить свою социальную жизнь, решает вступить в клуб любителей прогулок - это краткосрочный эксперимент. Если пациент вступит в клуб и впоследствии будет ходить на его собрания, это станет рутинным пунктом в повестке дня терапевтических сессий. Возможно, такой поступок откроет перед пациентом и другие возможности для общения, которые, в свою очередь, также станут центральным пунктом сессий и задачами, требующими решения. Однако следует отметить, что первичные цели редко становятся главным пунктом в повестке дня и ни в коем случае не должны превалировать над вопросами похудения и удержания веса. Но и забывать о них нельзя.

Нужно поощрять и поддерживать пациентов в их стремлении сформулировать первичные цели, не связанные с весом, параллельно с работой над весом. Работа над целями, связанными с весом, откладывается до той поры, когда пациенту удастся существенно похудеть. Как правило, прогресс в работе над первичными целями способствует и успеху в похудении и удержании веса.

Одна наша пациентка была уверена, что не может посещать занятия по акваэробике, пока не достигнет целевого веса. Однако к тому времени, когда уже приближалась фаза удержания достигнутого веса, стало очевидно, что пациентке до достижения целевого веса осталось похудеть еще на 6,3 кг. Когда пациентку спросили, какие из ее целей зависят от веса, а какие нет, она уверенно ответила, что акваэробика от веса не зависит. Тогда терапевт попросил ее в качестве домашнего задания подумать, что мешает ей записаться и ходить на занятия акваэробикой. На следующей сессии пациентка

сказала, что считает, будто другие женщины, увидев ее в купальнике, подумают, что она толстая, а ей неприятно думать, что к ней так отнесутся. Затем она признала, что никаких доказательств такого отношения к себе у нее нет. Более того, ей пришло в голову, что остальные женщины из группы начинающих, скорее всего, будут озабочены вопросами собственного выживания, а вовсе не фигурами окружающих. Кроме того, пациентка вспомнила, что видела в магазинах купальники гораздо больших размеров, чем у нее, а значит, она едва ли будет так уж сильно бросаться в глаза.

Терапевт похвалил пациентку за то, что она так тщательно все обдумала, и побудил ее предпринять очередной шаг к достижению ее цели — разузнать, где поблизости проводятся занятия акваэробикой.

РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ПЕРВИЧНЫЕ ЦЕЛИ

Лучше выглядеть

Цель лучше выглядеть (то есть чтобы вся фигура или отдельные части тела стали красивее) мотивирована желанием пациентов больше нравиться самим себе или стать привлекательнее для других. Как правило, потеря веса приводит к тому, что человек начинает больше нравиться самому себе - часто, но не всегда. С другой стороны, пациенты иногда

начинают лучше относиться к своей внешности безотносительно к степени похудения. Некоторые пациенты соглашаются, что проблема не столько в весе (в показаниях весов), сколько в том, что они думают о своем весе. Поэтому похудение само по себе - не единственное решение; можно также поработать с отношением к собственному весу и к облику вообще (см. главу 7). Кроме того, пациентам следует напоминать, что при любом весе можно прилагать усилия, чтобы выглядеть привлекательнее, и если у тебя большой вес, это не означает, что ты непривлекателен. Следует поощрять пациентов принимать меры, чтобы лучше относиться к своей внешности: иначе одеваться, изменить прическу, пользоваться косметикой - см. ниже).

Разнообразнее одеваться

Это очень распространенная цель. Обычно она проистекает из желания выглядеть в целом привлекательнее. Если пациент похудеет, то, возможно, ему станет легче выбирать фасоны одежды и одежда станет доступнее. В ходе терапии многие пациенты склонны откладывать покупку новой одежды, надеясь, что похудеют еще сильнее и смогут носить одежду меньшего размера. Терапевтам следует с этим бороться и поощрять пациентов покупать новую одежду еще в процессе похудения. Это укрепляет боевой дух пациентов и приносит положительные вторичные результаты (например, комплименты окружающих). Подобные соображения относятся и к переменам в других аспектах внешности (прическа, косметика). Особенно важно, чтобы у пациентов на этапе удержания веса была одежда, соответствующая их нынешнему размеру: это отличный показатель степени «смирения». О том, как быть, если пациент избегает определенных разновидностей или фасонов одежды, мы писали в главе 7.

Стать здоровее

Для многих пациентов это главный стимул похудеть, особенно если у них уже возникли проблемы со здоровьем, связанные с избыточным весом - повышенное артериальное давление, сахарный диабет II типа, заболевания суставов, вызванные чрезмерной нагрузкой. Кроме того, эту цель часто ставят себе те, у кого в семье были случаи заболеваний, вызванных избыточным весом, - сердечно-сосудистых расстройств. В целом подобная первичная цель не нуждается в том, чтобы работать с ней непосредственно, поскольку здоровый рацион, подвижность и похудение, неотъемлемо связанные с терапией, существенно улучшают общее состояние здоровья. Можно считать доказанным, что даже умеренная потеря веса (10-15% от начальной массы тела) заметно улучшает здоровье, даже если у пациента остается достаточно много лишнего веса (Blackburn, 2002). Если пациенты стабильно набирали вес, уже при прекращении набора у них существенно снижается риск осложнений, даже если они совсем не похудеют. К настоящему моменту пациенты уже должны обладать этой информацией (см. главы 3 и 8); при необходимости им следует об этом напомнить.

Быть в спортивной форме

Некоторых пациентов беспокоит их спортивная форма. Это коренится и в трудностях в повседневной жизни (пациентам с избыточным весом трудно играть с детьми, подниматься в гору или по лестнице и пр.), и в желании заниматься спортом или активно отдыхать. Всем пациентам следует рекомендовать повысить физическую активность в рамках общих изменений в образе жизни. Это неотъемлемая часть терапии, с которой мы работали в главе 6. Обретение спортивной формы зачастую приводит к благоприятным побочным эффектам - например, оно в целом повышает самооценку, позволяет лучше относиться к своей внешности, а если речь идет о командных видах спорта, приводит к важным переменам в социальной жизни.

Улучшить отношения с окружающими

Решить проблему улучшения межличностных отношений в контексте данной терапии можно лишь отчасти. Работа с долгосрочным дефицитом межличностных отношений выходит за рамки нашей методики. Естественно, пациентов следует побуждать к социальной активности, а их усилия в этом направлении надо поддерживать. Перемены в этой области, как и покупку новой одежды, нельзя откладывать до той поры, пока не будет достигнут какой-то целевой вес. Нужно подталкивать пациентов к тому, чтобы ставить перед собой небольшие конкретные цели. Если пациентам не удастся добиться такой цели, нужно прибегнуть к решению задач, чтобы выявить все препятствия, и при необходимости поставить перед собой другую, более достижимую цель.

Повысить самооценку

Работать с этой целью достаточно сложно. Трудности с самооценкой бывают разной степени тяжести - от некоторого уныния (вызванного, вероятно, набором веса) у человека, относящегося к себе с достаточным уважением, до плохого отношения к себе, носящего хронический и всеобъемлющий характер. Обычно в результате терапии самооценка повышается, особенно у тех пациентов, у которых не было тяжелых расстройств в этой области. В частности, обретение контроля над приемом пищи (особенно у тех, кто был склонен объедаться), похудение, увеличение уровня физической активности, улучшение отношения к своей фигуре и весу повышают и самооценку. Кроме того, общая когнитивная работа с дихотомическим и негативным образом мысли с успехом помогает пациентам оценивать себя объективнее. С другой стороны, подобные перемены и процедуры не так действенны при работе с пациентами, давно страдающими серьезными расстройствами самооценки. Работа с негативной самооценкой у таких пациентов выходит за рамки нашей терапии.

Пациентов, которые хотят похудеть ради улучшения самооценки, следует, как и при работе с другими целями, не связанными с весом, подталкивать к размышлениям о том, нет ли других средств улучшить их отношение к себе. Их надо поощрять исследовать самые разные варианты и экспериментировать с теми возможностями, которые, по их мнению, скорее всего помогут им улучшить самооценку.

Добиться перемен в жизни

Некоторые пациенты планируют, сбросив вес, изменить какие-то аспекты своей жизни. Зачастую эти перемены откладываются до тех пор, пока пациентам не удастся похудеть. В число таких перемен входит поиск работы, активный отдых, разрыв неудачных отношений. В целом терапевты должны подталкивать пациентов к достижению этих целей лишь в той степени, в которой это не мешает похудению и удержанию достигнутого веса.

Обсуждение первичных целей иногда приводит к осознанию того, что похудение как таковое не обеспечит достижения определенных целей, и поэтому они выходят за рамки данной терапии.

Одна наша пациентка рассчитывала, что если она похудеет, у нее улучшатся отношения с мужем, однако оказалось,

что муж не замечает ее веса, ни высокого, ни низкого, и поэтому потеря веса, скорее всего, не скажется на их отношениях. Терапевт разъяснил пациентке, что некоторых целей невозможно достичь в ходе терапии, нацеленной на контроль над весом, и сказал: «Буду рад помочь вам похудеть и приложу для этого все усилия, однако нам важно понимать, что при этом мы не преодолеем трудностей, возникших в вашей семейной жизни. С другой стороны, если вы похудеете, то тем самым принесете себе много пользы; это важный шаг, который вы способны предпринять ради самой себя».

В некоторых случаях пациенты не достигают первичных целей, даже если достигают целевого веса или приходят к выводу, что цель не зависит от похудения. Вероятно, имеются и другие препятствия к достижению этих целей, скажем, недостаток времени или денег, и если пациент их не достиг, это вовсе не значит, что он сам или терапия потерпели неудачу. Главное - чтобы пациенты понимали, что добиться поставленных целей им мешает не вес сам по себе, поскольку подобное представление зачастую заставляет пациентов плохо относиться к своему весу и фигуре и пытаться потерять вес и дальше.

Один наш терапевт дал пациентке домашнее задание перечислить свои первичные цели и подумать над тем, каких из них она могла бы достигнуть в результате потери веса, а какие от веса не зависят.

Пациентка перечислила следующие первичные цели: 1) свободнее выбирать одежду; 2) стать увереннее в себе (не чувствовать себя такой заметной); 3) ходить в бассейн.

Пациентка пришла к выводу, что ни одна из этих целей не связана непосредственно с весом. Она решила, что ей стоит разведать несколько новых магазинов одежды, а также заняться спортом, в том числе пойти в бассейн, — а в результате, вероятно, у нее улучшится и самооценка. После этого терапевт и пациентка смогли поработать над программой физических упражнений для пациентки. Кроме того, они исследовали, как еще пациентка может достичь своих первичных целей: например, поработать над предвзятыми представлениями, из-за которых ей кажется, что она слишком бросается в глаза, особенно в бассейне.

Глава 10

МОДУЛЬ VIII. ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ

Данный модуль посвящен тому, как помочь пациентам правильно питаться. Это важно для всех пациентов. Разговор о правильном питании можно начать на любой стадии терапии, но если рацион пациентов перенасыщен жирами, стоит обратиться к этому вопросу с самого начала (см. таблицу 10.1). По нашему опыту, многие пациенты уже знают, что если они хотят похудеть, им следует придерживаться нижеприведенных принципов, и они так и поступают, пока худеют. Однако, стоит им потерять вес, и они постепенно возвращаются к прежним привычкам в питании. При работе с такими пациентами можно отложить знакомство с этим модулем и перейти к нему одновременно с модулем, посвященным долгосрочному удержанию веса (см. главу 11); более того, его можно считать одним из аспектов удержания веса. Даже если вопрос о здоровом питании уже обсуждался раньше, терапевтам нужно вернуться к нему на стадии удержания веса, чтобы закрепить у пациентов понимание необходимости придерживаться этих принципов в течение долгого времени.

Этот модуль основан на двух основных темах: теме пищевого поведения и теме выбора продуктов.

1. Пищевое поведение (временной паттерн приемов пищи, перекусывание, размеры порций и пр.). Обо всем этом уже шла речь в ходе терапии (см. главы 4 и 5). Тем не менее терапевту следует освежить в памяти обе главы, чтобы проверить, не осталось ли у пациента каких-либо трудностей, с которыми следует поработать. Если да, нужно прибегнуть к вышеописанным стратегиям.

2. Выбор продуктов. До сих пор выбор продуктов обсуждался в ходе терапии лишь применительно к потере веса. Здоровая диета - ключ к удержанию веса, поэтому с этого момента она должна стать центральным вопросом терапии. Пациентам рекомендуется диета с низким содержанием жиров, поскольку именно она позволяет долгосрочно контролировать вес и в целом способствует оздоровлению организма (в частности, снижает риск заболеваний наподобие ишемической болезни сердца и разнообразных видов рака).

ОБЩАЯ СТРАТЕГИЯ ПООЩРЕНИЯ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ

Чтобы придерживаться диеты с низким содержанием жиров, большинству людей достаточно прибегнуть к трем приемам: снизить потребление жиров, увеличить потребление углеводов — то есть хлеба, круп, макаронных изделий, - и увеличить потребление овощей и фруктов. Терапевт должен донести до пациентов эту информацию и подтолкнуть их к тому, чтобы они последовали этим принципам. Чтобы похудеть, многим пациентам придется прибегнуть и к дальнейшим коррективам, согласующимся с этими принципами, однако кому-то будет достаточно придерживаться прежней, не очень здоровой диеты и просто стараться есть меньше. Впоследствии предоставленную информацию следует согласовать с индивидуальными особенностями пациента.

В целом, чтобы помочь пациентам внести в свой рацион эти коррективы, терапевту надо придерживаться следующей стратегии.

1. Объяснить, в чем причины подобных рекомендаций. Терапевт должен убедиться в том, что пациент понимает, какие причины стоят за всеми тремя диетическими рекомендациями. Вкратце эти причины таковы, а) Снизить потребление жиров.

• Диета с низким содержанием жиров рекомендуется для долгосрочного удержания веса. Люди, потерявшие вес, реже набирают его обратно, если придерживаются диеты с низким содержанием жиров, и обычно весят меньше, чем те, кто этого не делает.

• Жиры содержат вдвое больше калорий на грамм, чем белки и углеводы (то есть «перенасыщены энергией»). Поэтому, чтобы получить то же количество калорий, можно съесть вдвое больше пищи с низким содержанием жиров.

• Диета с низким содержанием жиров снижает уровень холестерина в крови, а значит, предотвращает ишемическую болезнь сердца.

б) Увеличить потребление углеводов - то есть хлеба, круп, макаронных изделий.

• В этих продуктах содержится большое количество энергии и клетчатки. Они сытные, но содержат мало жиров.

• Если потреблять больше таких продуктов, то в организм будет поступать меньше калорий из жиров.

в) Увеличить потребление овощей и фруктов.

- Эти продукты богаты клетчаткой. Они сытные, но содержат мало жиров, а поэтому также уменьшают количество калорий, поступающих из жиров.

- Потребление большого количества овощей и фруктов снижает риск сердечно-сосудистых заболеваний.

2. Оценить нынешние объемы принимаемой пищи и ее калорийность. Как только пациент поймет, в чем смысл этих диетических рекомендаций, необходимо пересмотреть рацион пациента и понять, какие в него следует внести изменения. Для этого достаточно разобрать последние три дня из пищевых дневников пациента и оценить каждую из этих трех областей. Чтобы сделать такую оценку, терапевту рекомендуется придерживаться следующих критериев:

- из жиров надо получать не больше 35% калорий;

- в день надо съедать не менее 11 порций продуктов из группы хлеба, круп и макаронных изделий;

- надо съедать 5 порций овощей и фруктов в день. Мы не рекомендуем просить пациентов точно подсчитывать количество съеденных жиров или порций конкретных продуктов. Вместо этого мы предлагаем пересматривать пищевые дневники пациентов в общих чертах и при необходимости обсуждать, например, как часто пациент употребляет продукты, богатые жирами, и в каком количестве он съедает их в каждом случае. Беседы о хлебе, крупах, макаронных изделиях, овощах и фруктах следует вести с той же обобщенной точки зрения, сосредотачиваясь на количестве съеденной пищи. С нашей точки зрения, нецелесообразно и даже вредно требовать от пациентов подсчитывать точное количество порций тех или иных продуктов, поскольку таким образом их легко перегрузить и подтолкнуть к тому, чтобы вовсе отказаться от попыток контролировать вес.

3. Обсудить области, где следует произвести коррективы, и достичь согласия с пациентом по данному вопросу. Оценив нынешний рацион пациента, терапевт и пациент должны договориться о том, что в диете следует изменить и на что пациент готов решиться. Рекомендуемые перемены должны быть разумными и реалистичными, они должны учитывать и то, какие блюда пациент любит, каковы его кулинарные способности и возможности, что предпочитают его домашние, что позволяет бюджет и т. д.; кроме того, надо учесть, что перемены должны быть долгосрочными.

4. Согласовать и четко спланировать конкретные перемены. Пациенту с терапевтом следует вместе поставить перед пациентом четкие достижимые цели - например, сократить порции мяса, перейти на обезжиренные молочные продукты, сократить потребление жиров, частично отказавшись от посещения ресторанов быстрого питания. Кроме того, необходимо запланировать, как именно пациент будет достигать этих целей, - например, держать в холодильнике вкусные готовые продукты с низким содержанием жира, чтобы не приходилось есть гамбургеры и бутерброды, когда нет времени приготовить что-нибудь полезное.

Ближе к концу терапии одна наша пациентка обсудила с терапевтом свой рацион, и они поговорили о том, что для долгосрочного сохранения веса необходимо придерживаться диеты с низким содержанием жиров. Пациентка рассказала о том, что в начале терапии она очень усердно следила за тем, чтобы во всех продуктах, которые она покупает, было как можно меньше жиров, но сейчас она вынуждена признать, что ест гораздо больше продуктов, богатых жирами. Пациентка решила, что не хотела бы менять некоторые аспекты своего рациона: например, она иногда ела немного шоколада и научилась не относиться к этому как к катастрофическому нарушению диетических правил. Однако в ее рационе были и другие богатые жирами продукты, от которых она с легкостью могла бы отказаться — как частично, так и полностью. Скажем, она понимала, что если перейдет на нежирный сыр, это не повлияет на вкусовые качества блюд. Кроме того, пациентка вспомнила прежнюю привычку читать этикетки и выбирать продукты с самым низким содержанием жира. Кроме того, пациентка поняла, что существенное количество жиров получает с блюдами из ресторанов быстрого питания. В последнее время она снова начала туда заходить. Она согласилась, что эту проблему можно решить, если несколько внимательнее планировать свой день. Она решила ходить в рестораны быстрого питания не чаще раза в неделю и заранее планировать, что она будет есть завтра, чтобы даже в очень насыщенные дни у нее всегда были под рукой готовые полезные продукты.

5. Следить за прогрессом и преодолевать возникающие трудности. Нужно обязательно следить за прогрессом в достижении поставленных целей и решать все проблемы при помощи алгоритма решения проблем, описанного в главе 4.

6. Долговременная привычка правильно питаться. Наконец, терапевту следует подчеркнуть, насколько важно придерживаться принципов здорового питания в долгосрочной перспективе. Как уже упоминалось, пациентов следует побуждать к тому, чтобы внести в свой рацион реалистичные

коррективы, которые должны сохраниться на долгое время. Кроме того, следует поощрять пациентов так планировать свою жизнь, чтобы всегда питаться с учетом внесенных коррективов.

Одна пациентка, обсудив с терапевтом, как важно соблюдать рацион, богатым хлебом, крупами и макаронными изделиями, а также овощами и фруктами, смогла продумать, какие перемены помогут ей достичь поставленной цели — то есть повысить в своей диете содержание этих продуктов. В прошлом она считала, что проще всего держать под контролем потребление калорий, если есть рис, макароны и картофель очень маленькими порциями, но при этом не ограничивать себя в мясных блюдах независимо от содержания в них жиров. После беседы с терапевтом она рассказала о том, как в гостях съела небольшую порцию риса, тарелку овощного салата — и то, и другое она очень любила, — и маленькую порцию мясного блюда. Пациентке показалось, что такой набор блюд понравился ей куда больше, а калорий и жира в нем было меньше. Кроме того, ей понравилось, что не пришлось вовсе отказываться от мясного блюда — ей хотелось его попробовать, к тому же было неловко произвести впечатление человека, слишком разборчивого в пище. Она поняла, что такого рода корректив можно придерживаться сколь угодно долго, а после некоторой тренировки научилась питаться так и дома, и в гостях, и в ресторане.

* *

Когда другая пациентка обсудила с терапевтом потребление фруктов и овощей, оказалось, что несмотря на то, что она их любит, в ее ежедневном рационе их довольно мало. Поскольку пациентке нравились эти продукты, она решила, что нужно просто сознательно стараться есть их почаще. В частности, она решила, что вместо шоколада, который она ела почти каждый день,

можно перекусывать экзотическими фруктами. Пациентка старалась, чтобы под рукой всегда были вкусные фрукты, и постепенно обнаружила, что они прекрасно заменяют шоколад, который она теперь ела все реже и реже. Кроме того, она

старалась добавлять овощи и фрукты к каждому приему пищи. За завтраком она пила фруктовый сок или добавляла сухофрукты в кукурузные хлопья, в обеденный перерыв ела не только бутерброды, но и овощной салат, а вечером, даже если готовила что-то на скорую руку, например, размораживала готовое блюдо, всегда добавляла к нему немного вареных овощей или съедала на десерт какой-нибудь фрукт. Вскоре она обнаружила, что такая еда приносит ей гораздо больше удовольствия, и ей уже не хочется перекусывать вредными калорийными лакомствами.

Глава 11

МОДУЛЬ IX. СОХРАНЕНИЕ ДОСТИГНУТОГО ВЕСА

Главная отличительная черта нашей методики - внимание, которое она уделяет удержанию достигнутого веса. Этот вопрос поднимается с самого начала терапии, причем потенциальные препятствия к удержанию веса выявляются и преодолеваются с самых разных точек зрения по мере похудения - например, при работе с нереалистичными целями по потере веса, с первичными целями, с неудовлетворенностью своим внешним видом. В дальнейшем долгосрочное удержание веса становится главной темой терапии.

Цели этого модуля - помочь пациентам:

1. Подготовиться к удержанию веса.
2. Приобрести навыки, необходимые для сохранения стабильного веса в течение долгого времени.
3. Оценить прогресс в ходе терапии.
4. Постепенно прекратить тщательное наблюдение за калорийностью принимаемой пищи.
5. Проработать вопрос об изменении веса в будущем.
6. Проработать вопрос о том, как лучше всего пытаться худеть в будущем.
7. Подготовить индивидуальный план сохранения веса.

ДОЛГОСРОЧНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ

В последнее время авторитетные специалисты по лечению ожирения сошлись на том, что ожирение - это хроническое заболевание, причем больные нуждаются в долгосрочном лечении (Perrin & Corsica, 2002). Существуют некоторые свидетельства в пользу того, что повторный набор веса в результате более длительной терапии откладывается, однако убедительных исследований, показывающих, что происходит после окончания терапии, пока нет. Один из немногих отчетов об успешном удержании веса в результате долгосрочной поддержки дает нам исследование групповой поддержки (Latner et al., 2000). У тех, кто продолжал посещать групповые сессии, наблюдались хорошие долгосрочные результаты. Однако лишь 32% тех, кто начинал терапию, продолжали посещать сессии в течение 3 лет и лишь 22% - в течение 5 лет. Кроме того, те, кто начинал терапию, относились к тщательно отобранной и мотивированной подгруппе тех, кого сочли подходящими для терапии (60%), поскольку ради того, чтобы похудеть, они соблюдали все достаточно строгие требования.

Гипотеза о том, что больные ожирением нуждаются в долгосрочной терапии, представляется убедительной со многих точек зрения. Естественно, если человек предрасположен к накоплению избыточного веса, для удержания веса ему требуется бдительность в течение длительного времени. Проблема в том, что лишь немногие пациенты желают продолжать терапию неопределенно долго. Конечно, процент отсева в долгосрочной терапии очень высок - и чем дальше, тем больше. Именно поэтому мы сосредоточились на том, чтобы помочь пациентам приобрести навыки, необходимые для сохранения стабильного веса в течение долгого времени без поддержки извне. С другой стороны, мы видим, что открытая долгосрочная группа по поддержанию веса как раз и помогает пациентам придерживаться нижеперечисленных принципов. Цель подобной группы - именно удержание, а не потеря веса. Даже если в распоряжении пациента и окажется такая группа, мы предлагаем продолжить «острую» терапию пациента согласно нижеприведенным принципам, и завершить ее одновременно с окончанием фазы удержания веса. После этого пациенты могут по желанию присоединиться к группе по удержанию веса - либо сразу, либо через некоторое время.

КОГДА СЛЕДУЕТ ПЕРЕХОДИТЬ К МОДУЛЮ, ПОСВЯЩЕННОМУ УДЕРЖАНИЮ ВЕСА

К модулю, посвященному удержанию веса, следует переходить задолго до конца терапии (см. таблицу 11.1). Наш опыт показывает, что на эту фазу надо отвести как минимум 14 недель. Это делается для того, чтобы у пациентов было достаточно времени закрепить и консолидировать навыки по удержанию веса. Предпочтительно переходить к этому модулю даже раньше, чем за 14 недель до конца терапии (по нашему опыту - в любой момент после 20 недели), чтобы закреплять навыки как можно дольше. Особенно это рекомендуется при следующих обстоятельствах:

1. Если пациент больше не хочет худеть.
2. Если потеря веса замедлилась или прекратилась, а в результате обсуждения выясняется, что «затраты», необходимые для дальнейшего похудения, перевешивают возможную пользу.

Как только пациент переходит к модулю, посвященному удержанию веса, все оставшиеся сессии посвящаются исключительно вопросам удержания веса.

СУТЬ МОДУЛЯ

Пациентов следует подготовить к процессу удержания веса, и эта подготовка должна начаться задолго до того времени, когда им предложат оставить попытки терять вес и дальше. Эта подготовительная работа описана в разделе «Подготовка к удержанию веса». При переходе к фазе удержания веса на первых же двух сессиях следует разобрать разделы «Определение целевого диапазона веса и налаживание системы наблюдения над весом» и «Интерпретация изменений веса». Затем значительное время на следующих сессиях посвящается разделам «Выработка

навыков долгосрочного удержания веса» и «Реакция на изменения веса». Эти разделы рассказывают о принципах и приемах удержания веса.

В определенный момент во время работы над этим модулем терапевты должны помочь пациентам пересмотреть свои достижения с момента начала терапии. При этом ставится двойная цель - и определить, что было достигнуто, и оценить, что остается сделать. Эти темы обсуждаются в разделе «Обзор итогов терапии». К концу терапии следует наладить самонаблюдение за потреблением пищи («Налаживание самонаблюдения»). Терапевт должен рассмотреть с пациентом темы «Работа с изменениями веса в будущем» и «Возможные попытки похудеть». Наконец, нужно составить и выдать пациенту индивидуальный план («Подготовка индивидуального плана по удержанию веса») вместе с запасом

таблиц по удержанию веса.

На протяжении всего этапа удержания веса сессии должны проводиться по прежней схеме: взвешивание, оценка прогресса, обсуждение повестки дня, а затем работа по повестке дня. Упор делается на удержании веса, хотя зачастую продолжается и работа над первичными целями (см. главу 9), а параллельно прорабатываются и другие модули (см. таблицу 11.1).

Последние несколько сессий должны все сильнее ориентироваться на будущее: задача терапевтов - помочь пациентам переключиться на то, как они будут преодолевать трудности в дальнейшем. Даже те сложности, которые возникают между сессиями, следует разбирать с точки зрения будущего и побуждать пациентов думать о том, как они будут решать подобные проблемы после окончания терапии.

ПОДГОТОВКА К УДЕРЖАНИЮ ВЕСА

Прежде чем посвящать работу удержанию веса, терапевтам следует провести несколько подготовительных бесед о том, почему необходимо сосредоточиться на удержании веса. Обсудите следующие темы.

- Способов похудеть очень много, однако ни один из известных на данный момент не помогает человеку удержать достигнутый вес в течение долгого времени. Более того, большинство терапевтических программ не занимается удержанием веса, а если и занимается, это скорее несколько слов в заключение, а не полноправная составная часть терапии. Цель данной терапии - помочь людям развить, натренировать и закрепить навыки, необходимые для сохранения стабильного веса.

- Большинство людей, пытавшихся похудеть, обнаруживают, что после 6 месяцев работы над похудением темпы потери веса замедляются, а затем похудение прекращается (Wad-den et al, 1999; Wilson & Brownell, 2002). Поэтому мы и настаиваем, чтобы в этот момент пациенты оставили попытки худеть и сосредоточили усилия на том, чтобы научиться удерживать достигнутый вес, чтобы минимизировать риск повторного набора веса.

- На то, чтобы развить, натренировать и закрепить навыки удержания веса, следует отвести достаточно времени. Необходимо на это время прекратить всякие попытки потерять вес, поскольку они не совместимы с усвоением навыков удержания веса.

- С нашей точки зрения необходимо, чтобы после периода изучения навыков удержания веса пациент тренировался удерживать стабильный вес как минимум в течение 6 месяцев.

Некоторые пациенты неохотно переходят к стадии удержания веса, поскольку хотят похудеть еще сильнее (то есть у них возникают трудности со «смирением», см. главу 8). Таким пациентам нужно специально помогать прекратить попытки и дальше терять вес. При работе с ними следует дополнительно подчеркивать важность сохранения стабильного веса. Вероятно, стоит упомянуть о том, что можно будет худеть дальше через 9 месяцев (то есть после трех месяцев терапии, посвященной навыкам удержания веса, и шести месяцев самостоятельной тренировки). Несмотря на это, иногда встречаются пациенты, которые не хотят ждать целых девять месяцев. Терапевту следует поощрять таких пациентов продумать все преимущества и недостатки того, что они отложат дальнейшие попытки похудеть. Пациенты должны перечислить их и подробно обсудить с терапевтом. Терапевт помогает пациентам оценить эти преимущества и недостатки объективно и непредвзято с точки зрения как краткосрочной, так и долгосрочной перспективы.

Все эти подготовительные тезисы рассматриваются уже на первой сессии по поддержанию веса. Дополнительно следует очертить все «этапы» усвоения навыков сохранения веса:

1. Определение диапазона допустимого веса.
2. Налаживание удобной системы слежения за весом, которой можно будет пользоваться в течение долгого времени.
3. Обучение интерпретации изменений веса.
4. Сохранение стабильного веса.
5. Обучение методам реагирования на увеличение веса. Следует обязательно обсудить с пациентом все трудности, связанные с долгосрочным сохранением стабильного веса, и разницу между похудением и удержанием веса. Особенно важно подчеркнуть, что удержание веса приносит гораздо меньше морального удовлетворения, чем похудение, по четырем причинам:

1. Цель - сохранить неизменный вес, а не уменьшить его.
2. Необходимо смириться с весом (и фигурой), которые раньше казались неприемлемыми.
3. Процесс расщипан на неопределенно долгий период времени и ничем не ограничен.
4. Пациент будет лишен прежней поддержки окружающих. Цель терапевта - помочь пациентам понять, что удержание веса - это естественный следующий шаг в терапии, а не нечто навязанное извне. Есть надежда, что активное удержание веса превратится в необременительную привычку и не будет отнимать столько сил.

Нередко пациенты отрицательно реагируют на идею удержания веса. Это коренится как в недостаточном смирении с нынешним весом (а главное, фигурой), так и в нежелании тратить силы на усвоение навыков удержания веса, и в обескураживающей мысли о том, что это придется делать всегда. Подобное отношение выражается в том, что пациент начинает нерегулярно посещать сессии, а иногда и отказывается от дальнейшей терапии, выражает враждебность к терапевту или терапии, отказывается от диетических ограничений. Терапевтам следует бдительно следить за подобными проявлениями. Надо давать пациентам возможность выразить все свои чувства по поводу удержания веса - и заранее, еще до того, как они перейдут к данному модулю, и на любой стадии работы с модулем.

Некоторых пациентов также тревожит перспектива окончания терапии. Вероятно, они сомневаются в своих способностях продолжать начатое без постоянной поддержки или нуждаются в ком-то, кому можно докладывать о своих действиях, чтобы сохранять мотивацию. В подобных случаях наша стратегия состоит в том, чтобы не отмахиваться от этих соображений, а подробно их обсуждать. Лучше всего выявить их как можно раньше, чтобы на обсуждения было достаточно времени. Если этот вопрос еще не поднимался, терапевт должен сам заговорить об окончании терапии по крайней мере за четыре сессии до ее прекращения и спросить, что пациент чувствует по этому поводу - тогда можно будет все обсудить без спешки. На каждой последующей сессии терапевт напоминает пациенту, сколько осталось сессий, и работает со всеми трудностями, связанными с окончанием терапии. Кроме того, терапевту не следует жалеть сил на то,

чтобы ясно показать пациентам, чего они достигли в ходе терапии, и приписывать эти достижения исключительно стараниям самого пациента. Надо обязательно подчеркивать все свидетельства компетентности пациента.

На одной из последних сессий наш терапевт спросил у пациентки, как она относится к тому, что терапия скоро закончится. Пациентка призналась, что страшится этой перспективы и беспокоится, что не сумеет справиться с поставленной задачей самостоятельно. В ходе терапии у нее бывали трудные периоды, особенно в связи с тем, что у нее было много трудностей в семейной жизни и она тревожилась, что они мешают ей успешно контролировать вес. Терапевт в ответ помог пациент-

ке перечислить все, чего ей удалось добиться, особенно подчеркнув навыки, которые она усвоила, и то, как она сможет применять их в дальнейшем. Терапевт с пациенткой разработали план сохранения веса, чтобы она знала, какие конкретные приемы ей надо применять в трудных ситуациях в будущем. Кроме того, они обсудили, куда еще пациентка может обратиться за поддержкой. Хотя в ходе терапии не шла речь о том, как работать с семейными трудностями пациентки, пациентка смогла на сессиях выражать свои чувства и обнаружила, что это ей помогает. Поэтому они обсудили альтернативные виды поддержки — от друзей до официального психологического консультирования и психотерапии. Пациентка по-прежнему несколько тревожилась из-за того, что приближалось окончание терапии, но сумела понять, что обладает навыками, необходимыми для контроля над весом, и планом сохранения веса, который поможет ей в трудные периоды. Кроме того, она теперь знала, где искать помощи, чтобы преодолеть и другие жизненные трудности.

* * #

Другая пациентка незадолго до конца терапии на вопрос, как она относится к окончанию терапии, ответила, что нервничает по этому поводу и боится, что скатится к прежним привычкам и наберет вес. Терапевт попросил ее как можно подробнее разъяснить такой прогноз. В каких именно ситуациях ей, по ее мнению, станет трудно? Как она будет на них реагировать? К каким последствиям для нее приведет такое поведение?

После этого терапевт и пациентка смогли подробно исследовать эти сценарии и продумать, как можно вести себя в каждом подобном случае. Они обсудили практические правила поведения в трудные моменты, а кроме того, поговорили о том, как пациентка интерпретирует эти ситуации. Пациентка отретировала с терапевтом возможные варианты поведения в целом ряде трудных ситуаций, в том числе и при «наихудшем», с ее точки зрения, сценарии развития событий, и в результате поняла, что располагает надежным арсеналом средств, позволяющим преодолеть любые трудности, с которыми она может столкнуться.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕЛЕВОГО ДИАПАЗОНА ВЕСА И НАЛАЖИВАНИЕ СИСТЕМЫ СЛЕЖЕНИЯ НАД ВЕСОМ

Прежде всего следует разъяснить пациентам, что их задача — не сохранить какой-то конкретный вес, а удержать его в определенном диапазоне. А значит, он будет естественным образом колебаться - изо дня в день, из недели в неделю. Наш опыт показывает, что диапазон веса должен составлять 8 фунтов (4 кг), а осью колебаний должен стать средний вес пациента за 3 недели до начала этапа удержания веса. В некоторых случаях допустимы отступления от этого правила. Скажем, некоторые пациенты в последние недели до перехода к удержанию веса начинают особенно усердно стараться похудеть, чтобы достичь как можно более низкого веса. В результате диапазон веса оказывается неоправданно низким, то есть удерживать такой вес будет слишком трудно. Лучше всего предупредить возникновение подобной проблемы, заранее поговорив об этом с пациентом, тем не менее может случиться, что придется выбрать несколько завышенный диапазон удержания веса.

Терапевты должны как можно тщательнее вычислять диапазон веса, привлекая пациентов к активному участию в этом процессе. Когда диапазон выбран, терапевт проводит соответствующие линии на графике динамики веса до даты окончания терапии. (Мы называем эти линии «направляющими»). Пациентов снабжают запасом чистых бланков для графиков, на которых отмечен вес, и просят провести линии и на этих графиках (см. рис. 11.2).

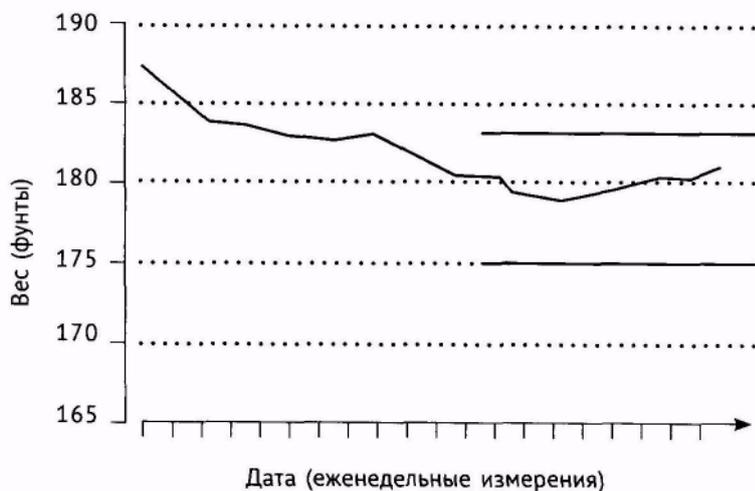


Рис. 11.2. График динамики веса. Пример А

Для успешного удержания веса пациенту следует наладить удобную систему слежения за весом. Система должна позволять отслеживать значительные изменения веса и при этом быть удобной, так как пациент будет придерживаться ее длительное время. На практике, как нам представляется, хорошо зарекомендовал себя следующий метод. Пациенты должны взвешиваться раз в неделю, утром, в день, который они сами выберут. (Мы рекомендуем им выбрать либо самый удобный день, либо такой, который они не забудут, - например, утро понедельника, если взвешивание у них ассоциируется с началом рабочей недели). Результат этого взвешивания - их «официальный вес» на неделю. Пациент должен отметить дату и свой вес на долгосрочном графике динамики веса, который он будет хранить вдали от

посторонних глаз, но так, чтобы часто заглядывать в него, - например, с внутренней стороны дверцы платяного шкафа (до конца терапии график надо носить с собой на все сессии, а затем можно будет куда-нибудь прикрепить). Каждую неделю пациенты внимательно изучают график, чтобы не пропустить значительных изменений веса и вовремя решить, когда нужно предпринять какие-либо меры (см. ниже).

Важно, чтобы терапевт, объясняя принципы слежения за весом, четко разъяснил пациентам, что следить за весом им придется неопределенно долго. Это объясняется постоянным риском повторного набора веса.

Когда пациент проведет «направляющие», следует объяснить ему, что его цель - следить, чтобы вес не выходил за эти линии. В числе прочего это предполагает отказ от дальнейших попыток похудеть. Более того, с этого момента терять вес так же нежелательно (с точки зрения терапии), как и набирать его, поскольку тогда пациенты так и не научатся удерживать его на стабильном уровне.

Многие пациенты стремятся определить, сколько именно калорий они должны потреблять для удержания веса. Как ни странно, это не так проблематично, как кажется. Многие пациенты, уже переставшие терять вес, не нуждаются в изменении калорийности суточного рациона (какой бы низкой она ни казалась по их записям и отчетам). Если пациент продолжает худеть, рекомендуется слегка ослабить диетические ограничения. Если пациент продолжает худеть, рекомендуется слегка ослабить диетические ограничения. Некоторым пациентам требуются более тонкие коррективы. К сожалению, невозможно точно подсчитать, сколько человеку требуется калорий в день в повседневной жизни, а поскольку на этой стадии терапии пациенты редко ведут абсолютно точные записи, это в любом случае едва ли будет полезно. Приводить среднестатистические показатели также бессмысленно, поскольку они тоже не слишком точны и не обязательно подходят в данном конкретном случае из-за индивидуальных отличий. Скорее следует руководствоваться личным опытом пациента. Нужно пересмотреть графики веса на всем протяжении терапии и выявить периоды, когда он не терял, а скорее сохранял вес (скажем, во время отпуска). Чтобы подсчитать калорийность рациона в такие периоды, можно воспользоваться старыми пищевыми дневниками. Всем пациентам рекомендуется не снижать уровень физической активности.

Если окажется, что наблюдались перемены в калорийности рациона, терапевт должен подтолкнуть пациента к небольшим изменениям (например, если пациент продолжает медленно худеть, повышать калорийность рациона на 100 калорий в день) и рекомендует затем следить, как это скажется на весе. Например, если пациент успешно терял вес при рационе в 1500 калорий в сутки, ему советуют перейти на 1600 калорий (приблизительно), а через 2-3 недели оценить динамику веса. Прежде чем вносить дальнейшие коррективы, следует выждать как минимум 2 недели.

Необходимость ослабить диетические ограничения, но не отказываться от них полностью заслуживает подробнейшего обсуждения. Цель ее - опровергнуть распространенное заблуждение, что когда человек похудел, ему можно вернуться к прежним привычкам в питании. Терапевт должен объяснить, что если пациенты хотят удержать нынешний вес, им придется есть меньше, чем до начала терапии. Отчасти это объясняется тем, что до начала терапии они набирали вес (то есть у них был положительный энергетический баланс), а отчасти тем, что теперь они весят меньше, чем раньше, и, следовательно, потребность в калориях у них снизилась. На практике часто случается, что пациенты увеличивают потребление пищи и набирают немного веса. Вероятность этого снизится, если заранее предупредить их, что увеличить калорийность рациона можно совсем немного (скажем, на эквивалент одного банана в день), иначе они наберут вес. Иногда пациенты подбирают энергетический баланс для сохранения веса после некоторого периода проб и ошибок.

В конце первой сессии, посвященной удержанию веса, пациенты получают домашнее задание:

1. Следить за весом вышеописанным методом.
2. Принести на следующую сессию график динамики веса.
3. Прекратить попытки дальнейшего похудения и при необходимости отрегулировать калорийность рациона, чтобы сохранять стабильный вес.

После первых двух недель удержания веса одна наша пациентка несколько прибавила в весе, поскольку потребляла больше калорий, чем первоначально постановила. Показывая терапевту свои пищевые дневники, она объяснила, что иногда ее переполняет такая радость из-за того, что теперь она «освободилась» от жестких диетических ограничений, которые пришлось наложить на себя ради похудения, что она полностью теряет контроль над приемом пищи. Однако она быстро поняла, что удержание веса нельзя приравнивать к отказу от контроля — просто теперь она располагает несколько большей гибкостью, чем было возможно, пока она худела. Впоследствии пациентка научилась умерять свой аппетит, чтобы выработать у себя привычки, способствующие сохранению веса.

* * #

Другая наша пациентка после двух недель удержания веса (что ей прекрасно удавалось) заметила, что очень обескуражена тем, насколько низкой калорийности рациона ей приходится придерживаться, чтобы сохранять вес. В эти две недели она потребляла около 1600 калорий в сутки, а до этого худела при калорийности суточного рациона в 1500 калорий. Пациентка добавила, что в эти две недели ела с аппетитом и не чувствовала особенного голода и отметила, что небольшое увеличение калорийности обеспечивает более свободный выбор продуктов и блюд. Она привыкла есть больше фруктов и научилась контролировать калорийность пищи даже вне дома. Тем не менее она пожаловалась: «Если я обречена всю оставшуюся жизнь съедать не больше 1600 калорий в день, это удручает, потому что я по-прежнему чувствую, что вынуждена ограничивать себя в пище. Я могу сбалансировать калорийность рациона так, чтобы иногда есть побольше, зато в другие дни сильнее себя ограничивать, — но ведь так тоже нельзя. Когда мой рацион составлял 1500 калорий в день, я худела, а когда он составил всего 1600, сохраняю вес. Почему мне оказалось достаточно такой маленькой прибавки?»

Терапевт ответил ей по нескольким пунктам. Во-первых, хотя пациентка была огорчена тем количеством калорий, которое она должна была употреблять, сама по себе пища ей нравилась. Иначе говоря, представлялось, что ее тревожит не количество пищи на тарелке, а мысль о том, что этого недостаточно. Кроме того, терапевт отметил, что поскольку за эти две недели пациентка несколько раз ела вне дома, количество калорий в эти дни было подсчитано лишь с «некоторой погрешностью», а значит, полагаться на него не стоит. Кроме того, терапевт отметил, что хотя пациентка старалась

подсчитывать калории как можно точнее, она должна помнить о том, что обычно люди недооценивают калорийность рациона и, возможно, она получала в день больше 1600 калорий. Терапевт предположил, что пациентке будет приятнее, если она сосредоточится на том, что она хорошо питается и с удовольствием ест вне дома, а не на точном количестве калорий, которые ей «разрешено» съесть.

В этом контексте терапевт счел необходимым обсудить и некоторые другие соображения.

- Пациентка удерживала вес еще не настолько долго, чтобы быть уверенной, что это и есть ее сбалансированный рацион на долгое время. Нужно еще немного подождать и накопить опыт.

- Увеличив физическую активность (если она еще этого не сделала), пациентка сможет позволить себе еще немного повысить калорийность рациона, а тогда, вероятно, сможет придерживаться его в течение долгого времени. С другой стороны, это нельзя считать окончательным решением проблемы, так как добиться значительных потерь энергии в результате физической активности непросто.

- Если пациентка будет предпочитать обезжиренные продукты, то сможет заметно увеличить количество пищи, не повышая ее калорийности. Терапевт посоветовал пациентке несколько хороших кулинарных книг, посвященных блюдам с низким содержанием жира.

- Пациентке придется смириться с тем, что для поддержания энергетического баланса ей никогда нельзя будет вернуться к привычкам в питании, которые были у нее до того, как она начала худеть. Если она не хочет повторно набрать вес, ей придется навсегда отказаться от прежнего рациона.

- Даже люди с «нормальным» весом должны следить за потреблением пищи и в определенной степени контролировать его. Поэтому избежать определенных «ограничений» в принципе невозможно.

На следующей сессии терапевт предположил, что пациентке пора постепенно прекращать отслеживание калорийности принимаемой пищи (см. ниже). Поэтому пациентка вела пищевые дневники еще две недели, но перестала подсчитывать калории. Ей по-прежнему удавалось удерживать вес в пределах «направляющих», а со следующей сессии она окончательно прекратила вести пищевые дневники. В процессе пациентка поняла, что размышления о потребляемых калориях не приносят ей никакой пользы. Когда же она научилась сосредотачиваться на самой пище и на том, насколько расширилось теперь ее меню по сравнению с тем периодом, когда она худела, она стала получать все больше удовольствия от пищи.

Пациенты должны учиться отличать существенное увеличение веса от простых колебаний. Для этого пациентов учат обращать внимание на следующие три явления.

1. Вес выходит за пределы «направляющих». В этом случае пациент должен провести ревизию рациона (см. ниже).

2. Вес имеет тенденцию возрастать. В этом случае стоит задача отличить тенденцию от простых колебаний. На еженедельные колебания веса в пределах «направляющих» не стоит обращать особого внимания, однако, если их амплитуда растет, это свидетельствует о нестабильности рациона пациента и возросшем риске набора веса. Чтобы выявить тенденцию, говорящую о наборе веса, пациент должен отмечать не только то, как вес изменился за последнюю неделю, но и его динамику за последние четыре недели. Поэтому пациентам советуют пересматривать четыре последние отметки и проверять, не свидетельствуют ли они о наборе веса.²

На рисунке 11.2 налицо тенденция к набору веса, с которой необходимо работать. На рисунке 11.3 показано успешное сохранение веса (за последние четыре недели нет тенденции ни к увеличению, ни к снижению веса). На рисунке 11.4 отражено продолжение потери веса, с которым также необходимо работать, так как это не позволяет пациенту научиться сохранять стабильный вес.

3. Вес внезапно меняется. Если наблюдаются внезапные изменения веса, их также следует обдумать и при необходимости предпринять какие-либо меры. Например, если пациент похудел после острого заболевания, это следует отметить, однако никаких действий предпринимать не надо. Напротив, если пациент резко набрал вес, так как вернулся к привычному чревоугодию, это требует немедленного внимания. Если между двумя измерениями подряд вес изменился на 4,5 фунта (2 кг) или больше, это повод для серьезного беспокойства.

В начале каждой сессии, посвященной сохранению веса, терапевт просит пациента прокомментировать динамику веса за последнюю неделю. Для этого пациент отмечает вес на своем личном графике динамики веса (а терапевт - на копии, которая хранится у него) и смотрит, не наблюдается ли какое-нибудь

- 2 У некоторых пациенток наблюдается существенная прибавка в весе перед менструациями. Если это очевидно и происходит постоянно, следует учитывать это при наблюдении за колебаниями веса. Пациентке следует обсудить эту особенность с терапевтом на текущей, завершающей стадии терапии.

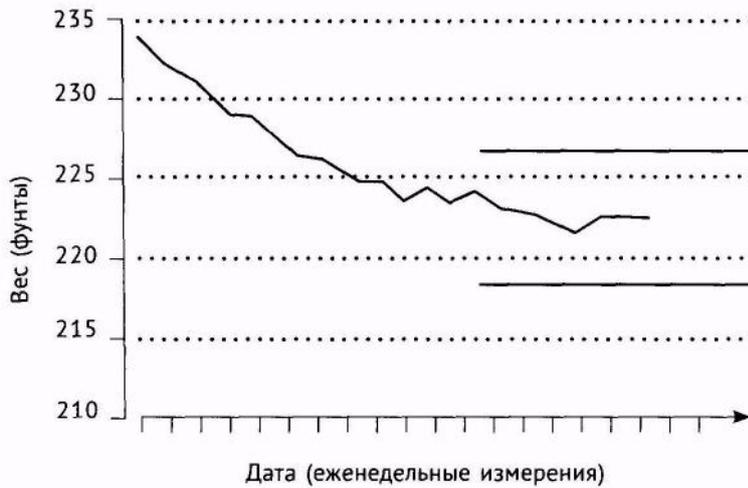


Рис. 11.3. График динамики веса. Пример В

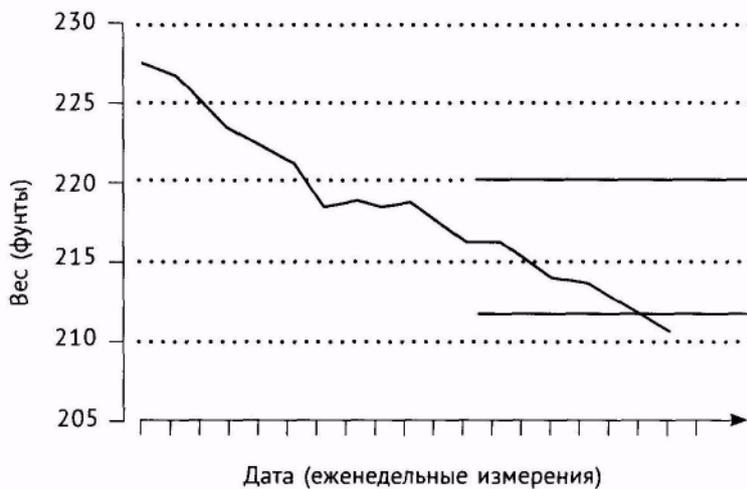


Рис. 11.4. График динамики веса. Пример С

из трех вышеперечисленных явлений. Так терапевт прививает пациенту навык распознавания существенных изменений в весе. Кроме того, пациент должен делать то же самое при каждом взвешивании между сессиями.

ВЫРАБОТКА НАВЫКОВ ДОЛГОСРОЧНОГО СОХРАНЕНИЯ СТАБИЛЬНОГО ВЕСА

Значительное время терапевт должен уделить обсуждению принципов долгосрочного сохранения стабильного веса. Перечислим эти принципы.

- Для успешного сохранения стабильного веса нужно сбалансировать потребление и расход энергии. Поскольку потребление энергии влияет на набор веса сильнее, следить за ним важнее, чем за расходом, однако пренебрегать физической активностью также не следует, поскольку клинический опыт и исследования показывают, что удерживать вес лучше удается людям, ведущим активный образ жизни.

- Пациенты должны научиться сохранять вес в самых разных жизненных обстоятельствах, в том числе в отпуске, при стрессах, в периоды болезней и вынужденного снижения активности. Одни подобные ситуации можно предсказать (скажем, отпуск), а поэтому они поддаются планированию. Другие непредсказуемы, поэтому в таких случаях возможно предпринять лишь корректирующие действия уже после того, как событие произошло.

- Вес необходимо регулярно отслеживать и оценивать результаты, как рассказано выше.

- Изменения веса почти всегда вызываются изменениями в потреблении энергии или в уровне активности (либо и в том, и в другом). Исключения - беременность, а также некоторые заболевания (расстройства щитовидной железы, сахарный диабет, рак) и побочные эффекты лекарств (стероидов, а также некоторых антидепрессантов и антипсихотических средств).

- Для коррекции изменений веса следует корректировать потребление или расход энергии (или и то, и другое). Изменение потребления энергии обычно оказывается более действенным методом.

- Доказано, что люди, ведущие активный образ жизни, успешнее сохраняют вес. Прямой связи между этими явлениями проследить не удалось, однако наблюдений накопилось достаточно, чтобы настоятельно советовать пациентам вести активный образ жизни.

- Значительные изменения веса следует отмечать и сразу же начинать над ними работать. Ниже мы обсудим, почему сохранять стабильный вес в районе середины целевого диапазона лучше, чем допускать небольшой набор веса, а затем корректировать его.

- Вернув вес в целевой диапазон, следует снова скорректировать потребление и расход энергии, чтобы сохранять достигнутый вес. Для этого особенно необходимо продолжать тщательно и постоянно следить за динамикой веса. Кроме того, всех пациентов просят подумать над следующими вопросами.

- Почему лучше следить, чтобы вес колебался в районе середины целевого диапазона, чем допускать, чтобы он поднимался до верхней «направляющей», а затем принимать необходимые меры? Пациентам предлагают составить списки преимуществ и недостатков каждого метода. Некоторым пациентам кажется, что им будет удобнее есть все, что захочется, пока их вес не достигнет верхней «направляющей», а тогда они начнут снова считать калории и сокращать рацион, пока вес не вернется к середине диапазона. Однако по здравом размышлении большинство пациентов приходит к мысли о том, что придерживаться такой стратегии будет трудно, поскольку придется постоянно возвращаться к строгой диете, а это обескураживает. Кроме того, как известно многим пациентам по прошлому опыту, подобный набор веса зачастую настолько деморализует, что вынуждает вовсе отказаться от попыток контролировать вес. Особенно это рискованно для пациентов, сохраняющих привычку к дихотомическому мышлению (максимализму). Обычно легче привыкнуть съесть примерно одно и то же количество одних и тех же продуктов и сделать это своей второй натурой, а не перескакивать с одного рациона на другой. Полезно поговорить о личном опыте пациента и о том, какие стратегии оказывались для него действенными, а какие нет.

- Стоит ли обдумывать это заранее? Следует побуждать пациентов сохранять бдительность в периоды, когда особенно легко набрать вес (например, во время отпуска или в праздники). Нужно спросить у них, каковы относительные преимущества того, что они постараются избежать набора веса (не отказывая себе в удовольствиях полностью), вместо того чтобы набрать вес, а затем принимать меры, чтобы снова похудеть.

- Нет ли у пациента каких-либо особенностей поведения или установок, из-за которых он особенно подвержен риску набрать вес? Это может быть, например, склонность в стрессовых ситуациях перекусывать жирными лакомствами, склонность к малоподвижному образу жизни зимой, представление о том, что в отпуске можно есть все, что пожелаешь, тенденция передать вне дома и так далее. Пациентов следует спросить, каковы могут быть последствия подобных слабостей с точки зрения успешного сохранения стабильного веса в течение долгого времени. Не нужно ли пациенту обдумать какие-либо коррективы? Нельзя ли выработать какие-нибудь простые приемы, позволяющие избегать подобных ситуаций?

Одна наша пациентка потеряла за первые 6 месяцев терапии 13% изначальной массы тела. Затем встал вопрос об удержании веса. Хотя пациентка с самого начала терапии знала, что придется перейти на стадию сохранения веса, мысль о том, что она больше не похудеет, ее расстроила. С этого момента она постепенно перестала худеть и, судя по всему, очень переживала из-за того, что близится окончание терапии. Ей казалось, что она мало похудела и «недостаточно изменилась».

Собственное тело ей по-прежнему не нравилось, хотя в ходе терапии проводилась соответствующая работа.

Пациентка неохотно согласилась попытаться сохранить вес. Она удерживала вес в течение 2 недель, однако в течение следующих нескольких недель начала постепенно полнеть. Ей посоветовали немедленно принять меры, в том числе вернуться к ведению пищевых дневников и ограничить потребление калорий до 1500 в день. Пациентка приложила все усилия, чтобы выполнить эти рекомендации.

Оказалось, что удерживать вес ей трудно по нескольким причинам. Во-первых, ей по-прежнему не нравился нынешний вес, и она сопротивлялась идее сохранения веса в противоположность дальнейшему похудению. Во-вторых, она по-прежнему считала, что или «соблюдает» диету, или «не соблюдает», а опыта постоянного здорового питания у нее практически не было. С этим и было связано нежелание изменять рацион: пациентка явно предпочитала высококалорийные продукты. В-третьих, ей оказалось трудно достичь своих первичных целей — она не торопилась расширять круг знакомств, пока не похудеет еще сильнее, так как боялась, что над ней будут смеяться. Пациентка попала в порочный круг.

* * #

Другая пациентка обнаружила, что ей трудно соблюдать ограничения по калорийности рациона, когда она ест в обществе. Она часто приглашала подруг на посиделки, ходила в гости и в рестораны. Обсуждать диетические предписания с друзьями ей очень не хотелось, поскольку она хотела сохранить в тайне свои попытки похудеть. Терапевт расспросил ее о том, что она почувствует, если подруга, собираясь к ней в гости, попросит приготовить угощение, соответствующее ее диете. Пациентка ответила, что с удовольствием удовлетворит такое желание и обидится, если подруга ей ничего не скажет. Однако ей по-прежнему казалось, что просить

других адаптировать свое меню к ее нуждам — это неподходящая для нее стратегия. Она обсудила с терапевтом возможные альтернативы — например, брать себе маленькие порции, отказываться от добавки и тщательно выбирать блюда в ресторане. Поначалу пациентка отнеслась к этим вариантам без энтузиазма. Видимо, еда в обществе была для нее так важна, что ей оказалось трудно что-либо менять в этой области. Терапевт продолжил убеждать ее в том, насколько полезными для нее окажутся эти несложные приемы, и хвалил за любые попытки соблюсти ограничения по калорийности. Со временем пациентке стало лучше удаваться соблюдать диетические предписания даже в обществе. Первый крупный шаг вперед был сделан, когда пациентка обнаружила, что можно готовить вкусные праздничные блюда с низким содержанием калорий и жиров, поэтому, устраивая у себя званые обеды, она всегда могла приготовить что-нибудь подходящее и для себя. Кроме того, теперь она подавала сметану и соусы отдельно, чтобы можно было отказаться от них при желании. Ей стало проще просить маленькие порции и отказываться от добавок, когда она ела в обществе друзей. Кроме того, она разузнала, какие ресторанные блюда ей годятся, и научилась подсчитывать, какие особые блюда ей можно попробовать и в каком количестве, чтобы чувствовать себя свободнее.

- Как пациент, скорее всего, воспримет изменения в весе и не усугубит ли это положение дел? В частности, пациенты должны подумать о том, не возникнет ли у них искушения прекратить следить за весом (спрятать голову в песок), не

понадеются ли они, что проблема исчезнет сама собой (примут желаемое за действительное), не откажутся ли они от любых попыток контролировать вес (прибегнут к максимализму). Терапевтам следует попросить пациентов обдумать все эти предположения и решить, как следует поступать в этих случаях.

КАК РЕАГИРОВАТЬ НА ИЗМЕНЕНИЯ ВЕСА

Теперь пациентам нужно узнать, какие меры следует предпринимать, если будут замечены значительные изменения веса. Они перечислены ниже и подробно описаны в раздаточном материале «Как реагировать на изменения веса» (раздаточный материал U), который терапевт должен проработать вместе с пациентом. Перечислим основные темы для обсуждения.

1. Выявление и оценка любых изменений веса.
 - Что это — внезапный скачок или постепенное повышение (понижение) веса?
 - Вышел ли вес за «направляющие»?
2. Выявление причин любых изменений веса с точки зрения потребления и расхода энергии. Причины бывают следующими:
 - изменения рациона;
 - изменения уровня физической активности;
 - нарушения здоровья, беременность, медикаменты. Зачастую причинами набора веса становятся постепенное увеличение размеров порций (это обычно остается незамеченным), «кусочничанье», изменения в составе рациона (увеличение потребления калорийных продуктов) и «заедание» стресса. Следует также обдумать изменения в образе жизни и систематичность занятий физическими упражнениями.
3. Выявление глубинных причин перемен в поведении.
 - Есть ли очевидное объяснение этих перемен?
 - Вызвано ли оно изменением привычек?
4. Разработка и воплощение плана работы с набором веса. Пациентов побуждают составить план действий в случае набора веса. Работа должна проходить в два этапа: во-первых, достигается дефицит энергии с целью вернуть вес обратно в целевой диапазон. Обычно для этого приходится на несколько недель ограничить рацион (скажем, снизить его калорийность до 1500 калорий). Следует тщательно (каждые 3-7 дней) отслеживать прогресс и изменять тактику в соответствии с полученными данными. Во-вторых, как только вес будет скорректирован, следует предпринять дальнейшие шаги по его стабилизации. Как правило, для этого требуется скорректировать и потребление энергии, и физическую активность согласно вышеизложенным принципам. Слежение за калорийностью потребляемой пищи следует прекратить, а регулярное наблюдение над весом продолжить.
5. Разработка и воплощение плана работы с глубинными причинами перемен в поведении. Кроме того, пациенты должны работать и с глубинными причинами набора веса. Лучше всего применять для этого стандартный алгоритм решения проблем (см. главу 4). Как и при коррекции питания и активности, следует постоянно отслеживать прогресс и соответствующим образом изменять планы.

Через год после окончания терапии вес одной нашей пациентки начал ползти вверх. Поначалу ей было сложно разобраться, в чем причина. При помощи пищевых дневников и подсчета калорийности пациентка поняла, что порции пищи стали больше, она начала «кусочничать» по вечерам и вела менее активный образ жизни, чем полгода назад. У этого оказалось несколько причин. Во-первых, была зима, и пациентка сидела дома, а не работала в саду и не гуляла по вечерам. Во-вторых, ее новый партнер любил перекусывать, когда смотрел телевизор. Кроме того, он ел большими порциями, что, вероятно, повлияло и на размер порций нашей пациентки.

* * *

На сессии, посвященной удержанию веса, выяснилось, что другая наша пациентка, которая в ходе терапии боролась с максимализмом, набрала за неделю 4 фунта (1,8 кг). В результате она приблизилась к верхней «направляющей». До этого вес у нее практически не колебался. Набор веса очень расстроил пациентку. Вес начал расти после болезни, за которой последовал период мрачного настроения. Вспоминая этот период, пациентка рассказала, что чувствовала себя беспомощной, отчаявшейся и больной, однако напоминала себе, что следует внимательно относиться к пище, что она умеет контролировать свой аппетит и способна «делать себе добро». Прошло несколько дней, и пациентка возобновила ведение пищевых дневников, а после «мини-обзора» стала еще и подсчитывать калории. Она взвесилась, и хотя вес снова несколько увеличился, использовала полученную информацию конструктивно и превратила ее в стимул к действию. Пациентка понимала, что нельзя впадать в отчаяние из-за мелкого, по сути, срыва. Она начала осознавать, что умение справляться с изменениями веса входит в программу сохранения веса, а значит, она просто набирается опыта. Пациентка признала, что отчасти дело было в предменструальном наборе веса, но не только — она несколько переела, и с этим надо было поработать. Именно поэтому она решила возобновить подсчет калорий. Кроме того, пациентка приняла и второе решение — подождать, а не впадать в панику и не предпринимать слишком суровых мер. В заключение она напомнила себе, что если у нее растет вес, это ни в коем случае не означает, что она «плохой человек» или «неудачница».

Терапевт поздравил ее со всеми этими достижениями и подчеркнул, как важно, что в нынешнем эпизоде она увидела повод чему-то научиться. Кроме того, терапевт подтолкнул ее к тому, чтобы интерпретировать колебания веса нейтрально — как результат изменений в потреблении и расходе энергии или каких-то психологических перемен, — а не как свидетельство о личном крахе. Пациентка сумела вернуть вес к середине целевого диапазона и в дальнейшем спокойно, без лишних эмоций относилась к его колебаниям.

ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ ТЕРАПИИ

Очень полезно в какой-то момент на завершающей стадии терапии помочь пациентам увидеть, что они сделали за это время. Итоги подводят с двойной целью. Во-первых, нужно понять, чего пациенты добились: они об этом часто забывают. Во-вторых, надо выяснить, что еще следует сделать - и в ходе терапии, и после нее. Иногда бывает уместно пересмотреть старые пищевые дневники, домашние задания, анкеты. Особенно важные вопросы (скажем, вопрос физической активности или отношения к образу собственного тела) терапевт старается решить на сессиях, если позволяет время. В остальных случаях терапевты помогают пациентам разработать планы работы над ними в будущем.

ПОСТЕПЕННОЕ ПРЕКРАЩЕНИЕ ТЩАТЕЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ НАД КАЛОРИЙНОСТЬЮ ПРИНИМАЕМОЙ

ПИЩИ

К концу терапии пациенты должны прекратить следить за калорийностью принимаемой. Было бы нереалистично ожидать, что они будут вести пищевые дневники бесконечно долго. Лучше, если пациенты постепенно откажутся от этого еще до конца терапии, чем если они резко прекратят вести дневники одновременно с окончанием терапии (или в другой момент в будущем, когда это станет слишком обременительно) и риск срыва многократно возрастет. Постепенный отказ от дневников поможет пациентам приспособиться к перемене, пока они еще имеют возможность обратиться за помощью к терапевту. Кроме того, пациентам важно научиться сохранять вес без тщательного слежения за калорийностью пищи.

Мы рекомендуем, чтобы наблюдение прекращалось поэтапно. Наш опыт показывает, что целесообразно приступать к первому этапу как минимум за 6 сессий до конца терапии, а ко второму - уже на следующей сессии.

Этап 1. Попросите пациентов перестать записывать калорийность пищи, продолжая, однако, отмечать, что именно и когда

они съедают. Предложите подумать, к каким последствиям это приведет, и разработайте план работы с возможными трудностями.

Этап 2. Оцените, как этап 1 повлиял на потребление пищи и вес. Если не возникло серьезных трудностей (например, значительного увеличения веса), попросите пациентов полностью отказаться от пищевых дневников. Предложите подумать, к каким последствиям это приведет, и разработайте план работы с возможными трудностями. (Если на первом этапе возникли какие-то сложности, их следует преодолеть при помощи алгоритма решения проблем, описанного в главе 4, а этап 2 отложить до следующей сессии).

Этап 3. Оцените, как полный отказ от записей повлиял на потребление пищи и вес.

Пациенты по-разному реагируют на перспективу прекратить слежение за калорийностью пищи. У одной пациентки возникли смешанные чувства. Она беспокоилась, что если перестанет вести дневники, то ей станет труднее контролировать рацион, однако она понимала, что не сможет вести их вечно. Терапевт обсудил с пациенткой эти соображения и все «за» и «против» того, что она прекратит вести записи именно сейчас, а не в дальнейшем в ходе терапии. Пациентка поняла, что лучшее, что она может сделать, — это взять на себя контроль над ситуацией и проверить, как пойдут дела, если отказаться от записей. Пациентка решила прекратить подсчет калорий на неделю, затем оценить ситуацию после еженедельного взвешивания и, если это окажется удобно, совсем перестать вести дневники. Так она и поступила и после первой недели отметила, что вовсе не скучает по дневникам, более того, поражается, как у нее хватило сил вести их целые 9 месяцев! Пациентке казалось, что стоит ей прекратить записи, и вес стремительно пойдет вверх, однако, к ее удовольствию, он остался стабильным. Хотя пациентка думала, что иногда переедает, на основании данных, собранных за несколько недель, она

убедилась в том, что вес у нее не растет и, должно быть, если она и переедает, то незначительно. Этот опыт укрепил у нее уверенность в себе, и ей удалось прекрасно сохранять вес, а к записям возвращалась лишь эпизодически, когда хотела более детально понаблюдать за своим рационом.

* * *

Другая пациентка прекратила вести записи за несколько недель до начала этапа сохранения веса. Пациентка и терапевт обсудили сравнительные достоинства временного возобновления записей, чтобы можно было подобрать калорийность рациона, подходящую для удержания веса. Пациентка поняла, что это было бы полезно, но не хотела снова вести записи, поскольку считала, что уже научилась контролировать калорийность при помощи выбора блюд и ограничения их количества, а не подсчета калорий. Терапевт согласился, чтобы пациентка в порядке эксперимента не возобновляла ведение дневников. Если окажется, что сохранять вес ей трудно, придется продолжить записи. Однако пациентке прекрасно удавалось сохранять вес, и она возобновила записи лишь однажды, когда наблюдалось небольшое увеличение веса.

* * *

Третья пациентка была крайне обескуражена перспективой отказаться от записей. Когда об этом зашла речь, она расплакалась. Она боялась, что если перестанет вести дневники, то полностью утратит контроль над ситуацией. Терапевт предложил ей в порядке эксперимента попробовать временно отказаться от записей, поскольку чем раньше это произойдет, тем лучше. Если же что-то пойдет не так, у пациентки будет вдоволь времени, чтобы все уладить. Поначалу пациентка перестала считать калории. Чтобы совладать с ситуацией, она разработала жесткую «систему баланса»: если ей казалось, что она съела что-то слишком калорийное или жирное, на следующий день она в порядке компенсации ела совсем мало. На следующей сессии терапевт расспросил ее об этой «системе баланса», и пациентка начала понимать, что хотя в принципе это неплохой выход из положения, она рискует впасть в крайности и метаться от переизбытка к недоеданию. Несмотря на свои опасения, контроля над приемом пищи она не утратила. Тогда терапевт предложил ей вовсе отказаться от записей. Пациентка по-прежнему нервничала. Она пояснила, что если перестанет смотреть на таблицы пищевой ценности на упаковках и хотя бы в какой-то степени учитывать калорийность продуктов, то ей будет крайне сложно регулировать рацион. Тогда терапевт объяснил ей, что идея не в том, чтобы полностью утратить интерес к калорийности и составу продуктов, а в том, чтобы перестать вести подробные записи. Он заверил пациентку, что многим людям приходится «послеживать» за тем, что они едят, просто из соображений здорового образа жизни. Это подбодрило пациентку, и она согласилась перестать вести пищевые дневники. Вскоре она убедилась в том, что способна следить за рационом и без официальных записей. Хотя она боялась утратить контроль над ситуацией, ее вес оставался стабильным.

РАБОТА

С ИЗМЕНЕНИЯМИ ВЕСА В БУДУЩЕМ

Ближе к концу терапии пациентов спрашивают, как они собираются работать с возможными изменениями веса в будущем. Им уже известны все принципиальные приемы, которые необходимо применять при работе с весом. На этой стадии главное - помочь пациентам точно спланировать, что именно они будут делать, если их вес изменится. Терапевт обсуждает с пациентом следующие сценарии.

- Пациент возвращается из двухнедельного отпуска и обнаруживает, что его вес увеличился на 2 кг (4 фунта) и достиг верхней «направляющей». В этой ситуации следует обсудить два вопроса: во-первых, не лучше ли заранее

принять меры, чтобы вес в подобных обстоятельствах не увеличивался, во-вторых, как следует поступить, если пациент обнаружит подобную прибавку. Терапевт просит пациента подумать, полезно ли во время отпуска отказываться от контроля над весом. Он следит за тем, чтобы пациент тщательно взвесил все долгосрочные последствия ослабления бдительности во время отпуска - не приведет ли это к серьезному набору веса, который придется корректировать несколько месяцев, а также к тому, что пациент будет деморализован и полностью откажется от попыток контролировать вес. Терапевт должен помочь пациенту обдумать альтернативные стратегии - заранее планировать свое меню во время отпусков согласно раздаточному материалу Н («Планирование отпуска»).

- Если пациент обнаружит, что за время отпуска его вес до стиг верхней «направляющей» или превысил ее (неважно, предвидел он это или нет), следует побудить его скорректировать набор веса согласно уже изложенным принципам. Надо начать вести пищевые дневники и придерживаться <о ответственной калорийности рациона (например, 1500 К.Д. калорий в день), пока вес не вернется к середине целевого диапазона.

- При очередном взвешивании пациент обнаруживает, что его вес медленно растет. Следует подтолкнуть пациента к тому, чтобы он применял стратегии, усвоенные во время терапии и изложенные в раздаточном материале U («Работа с изменениями веса»). Если вес вышел за верхнюю «направляющую», следует подтолкнуть пациента к тому, чтобы пересмотреть калорийность рациона и придерживаться нужного количества калорий в сутки. Если вес постепенно прибавлялся в течение нескольких последних недель, но не вышел за «направляющие», следует подумать, чем это могло быть вызвано и что изменилось (в рационе или в физической активности) и принять соответствующие меры, чтобы изменить тенденцию.

- Пациент сломал ногу и несколько недель вынужден провести в постели. Нога в гипсе, поэтому взвешиваться он не может. Пациенты должны оценить риск попасть в подобную ситуацию и подумать, как в этом случае следить за весом. Следует также обсудить следующие соображения: возможно, им чаще будут предлагать пищу, им станет скучно или тоскливо, и поэтому они будут склонны есть больше обычного, посетители начнут угощать их шоколадом и другими лакомствами, а уровень физической активности существенно снизится. Кроме того, надо учесть, что когда гипс снимут, пациент, возможно, будет весить меньше, чем раньше, из-за истощения мышц, но когда мышцы снова окрепнут, вес увеличится. Пациенты должны составить план действий в подобных случаях, опираясь на навыки решения проблем. Например, в данном случае они могли бы взвеситься в гипсе, чтобы задать себе новую «нулевую отметку» и контролировать колебания вокруг нее, взвешиваясь еженедельно.

- Пациент болен или находится в состоянии стресса (заболел кто-то в семье, конфликт на работе, финансовые трудности) и его вес падает ниже нижней «направляющей». Терапевт должен помочь пациентам подумать о том, так ли хорошо терять вес в подобной ситуации. Особенно важно разобраться, не помешает ли сейчас похудение приобрести и закрепить навыки поддержания стабильного веса. Кроме того, пациентам следует обдумать, что вызвало падение веса и нужно ли предпринимать немедленные действия (например, начать переждать в попытке восстановить вес). После стрессов и болезней пациенты обычно обнаруживают, что вес восстанавливается сам собой и для этого не нужно предпринимать никаких усилий. Терапевт должен помочь пациенту прийти к выводу, что пытаться худеть в этот период нецелесообразно.

Пациентка, находившаяся на этапе сохранения веса, некоторое время болела. Когда она поправилась, то обнаружила, что ее вес упал ниже нижней «направляющей». Она обсудила ситуацию с терапевтом, так как не знала, стоит ли ей специально набирать вес, чтобы вернуться к центру целевого диапазона. В результате обсуждения она решила продолжать питаться на уровне сохранения веса и следить за результатами взвешивания, но пока ничего не менять. Пациентка и терапевт поговорили о том, что период болезни иногда может привести к быстрой потере веса, но обычно вес быстро возвращается, стоит выздоравливающему снова начать нормально есть и пить. Вес пациентки действительно слегка повысился, но после двух недель, в течение которых она питалась по прежним принципам сохранения веса, вес только-только достиг нижней «направляющей». Пациентка посоветовалась с терапевтом, они рассмотрели ситуацию и согласились, что если вес пациентки стабилен и она питается так же, как и до болезни (когда ей удавалось сохранять стабильный вес в районе середины целевого диапазона), нецелесообразно набирать вес лишь затем, чтобы вернуться на прежние позиции. Напротив, возможно, имеет смысл и дальше удерживать вес в районе нижней «направляющей».

- Пациентка рождает ребенка и после родов обнаруживает, что весит гораздо больше, чем до беременности. Беременным пациенткам мы настоятельно советуем изучать вопрос здорового питания. Пациентке следует понимать, что расхожее представление, будто беременная должна «есть за двоих» — это миф, расход энергии во время беременности увеличивается лишь незначительно и только на поздних сроках (Rossner, 2002). После родов нужно подтолкнуть пациентку к тому, чтобы изучить свою нынешнюю ситуацию и поставить себе цель постепенно вернуться к пищевым привычкам, которые она выработала на стадии удержания веса в рамках нашей программы. Пациенток побуждают применить навыки решения проблем, чтобы заранее решить, как они поведут себя,

столкнувшись с переменами в образе жизни, способными помешать этой цели - например, если им придется сидеть дома и ухаживать за новорожденным, а выходить в свет относительно мало. Пациентки должны подумать о том, как поддержать разумный уровень физической активности и как это сделать на постоянной основе, а также о том, как лучше всего следить за динамикой веса. Общепринятое представление о том, что кормление грудью предполагает прибавку в весе, не вполне оправдано.

В качестве домашнего задания пациенту предлагается придумать другие ситуации, в которых они рискуют набрать вес, и решить, как быть в таких случаях. В число прочих сценариев, которые стоит обсудить, входят решение бросить курить⁵, выход на пенсию или смена работы, семейный кризис, потеря работы, необходимость сидеть дома с маленькими детьми, необходимость провести какое-то время в больнице; женщинам стоит подумать о менопаузе и гормонально-заместительной терапии. Для каждой подобной ситуации нужно разработать стратегию поведения и конкретный план действий. Особенно актуальные для данного пациента сценарии необходимо включить в план сохранения веса (см. ниже).

5 Курение, как и ожирение, крайне вредно для здоровья. Иногда пациенты решают бросить курить, поскольку в

целом стремятся к здоровому образу жизни. С точки зрения здоровья это исключительно верный шаг, и его надо всячески поощрять. Если пациент спрашивает терапевта, не стоит ли ему бросить курить, мы рекомендуем терапевту сообщить ему следующее:

- Отказ от курения очень полезен для здоровья, и это отличная мысль.
- Пожалуй, не стоит бросать курить на ранних стадиях терапии (в первые 6 недель), поскольку пациенту и так придется многое менять в своей жизни и будет трудно изменить все одновременно.
- Обычно, бросив курить, человек несколько полнеет, но если пациенты будут строго придерживаться принципов сохранения веса, с которыми познакомятся в ходе терапии, это едва ли произойдет.
- Если им нужна специализированная помощь, они должны посоветоваться с врачом или обратиться в организации, помогающие бросить курить.

ВОЗМОЖНЫЕ ПОПЫТКИ ПОХУДЕТЬ В БУДУЩЕМ

Некоторые пациенты в будущем захотят похудеть еще больше. Следует подробно обсудить с ними это решение, поскольку попытки похудеть могут привести к обратным результатам. Если пациенты ставят себе цель по потере веса, достигнуть которой они едва ли в состоянии, существует опасность, что, не сумев это сделать, они воспримут это как личную неудачу. Кроме того, они рискуют недооценить то, чего сумели достичь. В результате они могут отказаться от любых попыток контролировать вес или будут делать это вполосилы, поскольку решат, что им не удалось контролировать свой вес в сколько-нибудь значительной степени. Даже если пациенты достигнут поставленной цели, но для удержания достигнутого веса им придется прибегнуть к крайне строгим диетическим ограничениям, существует опасность, что им не удастся сохранить его достаточно долго. Наш клинический опыт показывает, что как только наблюдается прибавка в весе и становится ясно, что сохранить желанный низкий вес невозможно, многие пациенты отказываются от попыток контролировать вес, так как им кажется, что это очень трудно, а к желаемым результатам не приводит.

Когда пациенты работают с желанием терять вес дальше, их следует побуждать к размышлениям о том, зачем им нужно худеть и поможет ли им похудение достичь желаемого. Возможно, они принимают за желание похудеть какие-то первичные цели (например, найти новых друзей или партнера), и им лучше сделать для этого что-нибудь более полезное. Пусть пациенты подумают и над тем, так ли велики преимущества дальнейшего похудения по сравнению с усилиями, которые придется для этого предпринять.

При обсуждении этих вопросов пациентам необходимо напомнить, что преждевременные попытки похудеть помешают им вполне усвоить навыки сохранения веса. Поэтому, как показывает наш опыт, стоит посоветовать им отложить дальнейшие

попытки похудеть как минимум на 6 месяцев после окончания терапии.

Если пациенты твердо настроены пытаться худеть дальше, терапевты должны рассмотреть, как именно они собираются это делать. Если у пациента есть конкретный план, следует обсудить его с точки зрения выявления возможных трудностей. Стратегии, одобренные и пациентом, и терапевтом, включают в план сохранения веса (см. ниже). В целом лучше всего рекомендовать методы, использовавшиеся в ходе терапии (ведение пищевых дневников с подсчетом калорий, использование той же цели по калорийности рациона, что и в ходе терапии, здоровое питание и пр.)

Наконец, пациентам надо напомнить о том, как важно, чтобы за любой попыткой похудеть следовал период сохранения веса, чтобы «закрепить» достигнутый вес. Этот пункт обязательно нужно включить в индивидуальный план сохранения веса (см. ниже).

Во время обсуждения целей по потере веса (см. главу 8) одна наша пациентка рассказала, что ее цель — похудеть до 133 фунтов (60,3 кг, ИМТ 22,4). На данной стадии терапии (28 недель) она потеряла 24 фунта (ю,9 кг) и достигла веса в 168 фунтов (76,2 кг, ИМТ 28,3). Пациентка была рада перейти к фазе сохранения веса, но по-прежнему стремилась когда-нибудь впоследствии достичь своей конечной цели. Терапевта насторожило то обстоятельство, что подобная цель едва ли была реалистичной, хотя когда-то пациентке и удалось похудеть до этой отметки, однако ела она в то время очень мало, изнуряла себя физическими упражнениями и к тому же принимала таблетки для похудения. Но и тогда ей не удалось надолго сохранить достигнутое.

Во время подготовки плана сохранения веса для этой пациентки терапевт снова поднял этот вопрос. Несмотря на то, что в прошлом у пациентки был отрицательный опыт набора веса, она по-прежнему была твердо намерена достичь целевой отметки в неопределенном

будущем. Поскольку пересматривать свою цель она, очевидно, не собиралась, терапевту пришлось применить прагматический подход. Он объяснил пациентке, что попытки худеть можно предпринимать лишь (1) отточив навыки сохранения веса как минимум в течение 9 месяцев, (2) ненадолго, после чего нужно будет снова перейти к фазе сохранения веса, и (3) как следует обдумав, нет ли другого, более подходящего способа достичь ее личных целей. Тем самым терапевт добился того, что пациентка могла вести работу в интересующем ее направлении, но поэтапно и не утратив при этом навыков сохранения веса. Пациентка и терапевт внесли эти соображения в план сохранения веса, и к концу терапии пациентка заявила, что больше худеть не собирается, однако способна оценить все преимущества навыков сохранения веса. Она планировала пересмотреть все варианты дальнейших действий примерно через полгода.

СОСТАВЛЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПЛАНА СОХРАНЕНИЯ ВЕСА

К концу терапии пациент и терапевт вместе составляют индивидуальный план сохранения веса. Обычно на это отводят три сессии, поэтому начать работу следует не позднее чем за три сессии до окончания терапии. Каждая сессия посвящена одному из трех этапов составления плана; в промежутках пациент выполняет домашнюю работу.

Шаг

Прежде чем терапевт рассказывает, почему так важно разработать четкий письменный план, где подробно говорится о том, как именно пациент будет контролировать вес в дальнейшем. Это и есть план сохранения веса. Следует подчеркнуть два обстоятельства: этот план может служить полезным напоминанием

о том, что пациент уже знает о сохранении веса, и к тому же снабдит пациента подробной инструкцией, что делать, если появятся признаки того, что вес пациента увеличивается, причем эта инструкция будет отвечать

особенностям конкретного пациента. Кроме того, следует объяснить, что лучше заранее подготовиться к таким периодам, чем рассчитывать, что такого никогда не произойдет. Нужно напомнить пациентам, что хотя сейчас они прекрасно понимают, что именно им помогло, но если через 5 лет вес у них начнет увеличиваться, они будут счастливы получить в свое распоряжение подробную инструкцию, которая напомнит им обо всех тактиках и процедурах, когда-то им помогавших, и восполнит все забытые или упущенные детали.

В качестве домашнего задания пациенты обдумывают, что именно нужно включить в свой план сохранения веса. Задача терапевта — объяснить, что «верных ответов» не существует и что самое главное - понять, что поможет данному конкретному пациенту. Раздаточный материал «Примерный план сохранения веса» (Таблица 11.1; раздаточный материал V) содержит самые распространенные пункты и предоставит пациентам отправную точку для размышлений.

ТАБЛИЦА 11.1 Примерный план сохранения веса

Сделайте пометки под данными заголовками.

1. Причины, по которым я не хочу снова набирать вес: а.
Б. с. d.
2. Полезные привычки, которые стоит сохранить (питание) а.
Б. с. d.
3. Полезные привычки, которые стоит сохранить (физическая активность)
а. Б. с. d.
4. Опасные зоны, о которых надо помнить: а.
Б. с.
d.

Кроме того, терапевты советуют пациентам обдумать разные составляющие терапии и записать, что им особенно помогло. Если какие-то элементы не оказались им полезны, пациенты должны подумать, в чем причина этого: может быть, дело в том, что они просто оказались недостаточно эффективны или были неправильно применены, а не плохи сами по себе. Если теперь или в будущем они могут принести пользу, их также следует записать.

Наконец, пациентов побуждают записать, в каких ситуациях они особенно рискуют набрать вес и как они себе представляют свое поведение в подобных случаях.

Шаг 2

Оттапливаясь от домашней работы пациента, терапевт с пациентом вместе составляют план сохранения веса, а на последней сессии терапевт выдает пациенту отпечатанную версию. Пример плана сохранения веса приведен в Таблице 11.2.

Шаг 3

Терапевты раздают пациентам отпечатанные планы сохранения веса и вместе их разбирают. Следует попросить пациентов предложить всевозможные исправления и дополнения, а затем обновленную, полную версию плана высылают пациенту или вручают на месте.

ТАБЛИЦА 11.2 Пример готового плана сохранения веса

МОЙ ПЛАН СОХРАНЕНИЯ ВЕСА

Это важный документ. Я всегда буду склонен к полноте. Этот план поможет мне минимизировать риск располнеть. Мне необходимо регулярно перечитывать этот план. Каждый раз я буду записывать в ежедневник напоминание о том, когда мне нужно будет перечитать план в следующий раз.

Почему я не хочу снова полнеть

Важно помнить, почему я не хочу снова полнеть:

- Я чувствую себя гораздо лучше.
- У меня больше сил.
- Мой вес больше не мешает мне участвовать в активной жизни. Я могу легко взбежать по лестнице и не отстаю от других людей при ходьбе.
- Мне гораздо легче, чем раньше, подбирать одежду.
- Мне уже не кажется, будто я значительно крупнее окружающих и бросаюсь в глаза.
- Я больше не думаю, что не могу делать что-то такое, что могут другие.

Сохранение веса

1. Мой целевой диапазон веса

Мой целевой диапазон веса - 200-208 фунтов (90,7-94,3 кг). Я постараюсь удерживать его между «направляющими» в течение ближайших 6 месяцев, поскольку мне нужно научиться и привыкнуть сохранять стабильный вес. Если после этого я захочу похудеть еще сильнее, то прежде всего задам себе вопрос, зачем мне это нужно. Я прослежу за тем, чтобы мыслить реалистично. Я обдумываю все за и против, помня о том, что чем

ниже вес, тем труднее его удерживать. Я напомню себе, что для меня гораздо лучше научиться уверенно сохранять вес, чем пытаться сбросить еще несколько килограммов и в результате располнеть. Я подумаю о том, удачный ли это момент, чтобы пытаться худеть.

Если я все-таки решу худеть дальше, то буду делать это по принципам, которым научился в ходе терапии (э не при помощи модных диет). Я четко определю сроки, в которые я буду стараться похудеть (например, 3 месяца) и буду ежемесячно оценивать прогресс. Когда пройдет 3 месяца (или если я поху= дею настолько, насколько собирался или насколько это в моих силах), я снова перейду к сохранению веса, чтобы «закрепиться» на новой отметке.

2. Полезные привычки

Я хочу сохранить у себя следующие полезные привычки:

- Следить за тем, что я ем.
- Есть три раза в день.
- Не есть слишком много (то есть по большей части отказываться от добавки).
- Не есть слишком быстро (особенно при стрессе).
- Не есть слишком часто (то есть стараться пореже перекусывать между приемами пищи).

- С другой стороны, не делать слишком больших перерывов между приемами пищи.
- Заранее планировать, что я буду есть на обед, и брать еду с собой на работу.
- Ограничивать количество алкоголя (устраивать себе «безалкогольные дни») и напоминать себе о том, что я чувствую себя лучше, когда не пью.
- Выбирать нежирные продукты.
- Есть больше овощей и фруктов (стараться есть не меньше пяти порций в день).
- С каждым приемом пищи есть хлеб, крупы или макаронные изделия.
- Не есть прямо из упаковки.
- Если хочется пожевать что-нибудь за рулем, жевать жевательную резинку без сахара.
- Когда я покупаю новые продукты, смотреть, какая у них калорийность, и сравнивать разные фирмы-производители.
- Остатки пищи выбрасывать или отдавать друзьям.
- В ресторане не доедать свою порцию.
- Если мне случится переест, компенсировать это - на следующий день есть поменьше.
- Время от времени взвешивать пищу, чтобы проверить, не увеличились ли порции.
- Ничего себе не запрещать - если мне хочется что-то съесть, можно попробовать маленький кусочек, но не переедать в целом.

- Подавлять порывы есть, когда мне на самом деле этого не хочется, но возникает искушение.

3. Полезные привычки (физическая активность)

Я хочу сохранять прежний уровень физической активности. Для этого мне необходимо:

- Напоминать себе о том, что физическая активность - это полезно.
- Ездить на велосипеде.
- Как можно больше ходить пешком.

4. Опасные зоны

1) Когда я испытываю стресс, то склонен «заедать» его. Это увеличивает риск набрать вес и не облегчает стресс. Я постараюсь найти другие способы решить проблемы, чтобы облегчить свое психологическое состояние на долгое время. Кроме того, я не буду закрывать глаза на проблемы и применю алгоритм решения проблем, чтобы найти выход из положения.

2) У меня есть тенденция занижать свои достижения. Кроме того, я постараюсь не путать «плохое настроение» с «ощущением, что я толстый».

3) Иногда я переедаю, потому что очень устаю. Я постараюсь следить за собой и выделять достаточно времени на отдых и расслабление, чтобы не выбиваться из сил.

4) В прошлом я имел склонность к максимализму. Теперь я знаю, что «запретных» продуктов не существует. Если я переем или прибавлю в весе, то смогу убедить себя не опускать рук и вернуться к прежнему рациону.

5) Еще одна опасная зона — ситуация, когда я кого-то угощаю. Я должен помнить о том, что не обязательно готовить для других высококалорийные блюда. Кроме того, теперь я знаю, что не обязан никого угощать, если сам этого не захочу! Если же я приглашу к себе друзей и родственников, то постараюсь получить удовольствие от общения и не переест.

5. Слежение за весом

Мне необходимо взвешиваться всю жизнь, поскольку риск располнеть никогда не исчезнет. Лучше признать, что такая проблема имеет место, чем притворяться, будто ее нет. Мне ни в коем случае нельзя перестать взвешиваться. Я буду взвешиваться каждую пятницу, утром, и вносить показания в график динамики веса, чтобы сразу заметить признаки увеличения веса.

6. Когда принимать меры

Я должен принимать меры в следующих случаях:

- 1) Если мой вес выходит за пределы «направляющих» (то есть диапазона между 200 и 208 фунтами).
- 2) Если в течение 4 недель наблюдается устойчивая тенденция к увеличению веса.
- 3) Если наблюдается резкий скачок веса (на 4 фунта и более).

Если мой вес увеличится, но останется в пределах целевого диапазона, я приложу все усилия, чтобы следить за тем, что я ем. Сделать это очень важно, поскольку проще задавить проблему в зародыше, чем терять вес, когда он увеличится еще сильнее. Если вес выйдет за верхнюю «направляющую», мне нужно будет обдумать нижеследующие вопросы.

Как быть в случае повышения веса

1. Оценить изменения в весе
 - Что это - постепенное увеличение или резкий скачок?
2. Выявить причины происходящего. Причин может быть три:
 - 1) Изменения в рационе (скорее всего)
 - 2) Изменения в уровне физической активности
 - 3) Болезнь

Я соберу всю необходимую информацию, чтобы понять, что вызвало увеличение веса, и снова начну вести пищевые дневники. Для этого мне нужно будет считать калории (и поэтому взвешивать пищу). Я уже знаю, что главные причины увеличения веса в моем случае - это увеличение среднего размера порции, неправильный выбор блюд и продуктов и тенденция переедать при стрессе. Кроме того, я подумаю о том, насколько много я двигаюсь. Не слишком ли подолгу я сижу? Хожу ли я в тренажерный зал, стараюсь ли ходить пешком?

3. Выявить глубинные причины происходящего

Мне придется подумать о том, что еще происходит в моей жизни такого, что подталкивает меня к набору веса. Я обдумаю, какой была моя жизнь в последние несколько месяцев. Имели ли место какие-либо важные перемены? Подвергаюсь ли я стрессу? Может быть, я несколько ослабил бдительность и приобрел дурные привычки в питании?

4. Составить план работы с изменениями веса

- Этап 1. Я должен наладить дефицит энергии, чтобы вес снова вернулся к середине между направляющими. Для этого, как правило, требуется на несколько недель ограничить калорийность рациона (скажем, до 1500 калорий). Мне придется регулярно оценивать прогресс (примерно каждые 3 дня) и корректировать свои действия в соответствии с наблюдениями.

- Этап 2. Когда мой вес вернется в норму, мне надо будет внести дальнейшие коррективы в рацион, чтобы стабилизировать вес. Кроме того, мне нужно будет исправить те изменения в рационе и физической активности, которые привели к набору веса. В какой-то момент мне надо будет прекратить считать калории и вести пищевые дневники.

5. Составить план работы с глубинными причинами

Если у меня есть глубинные проблемы, я применю алгоритм решения проблем, чтобы выйти из положения. Мне надо (буде) регулярно оценивать прогресс.

ЗАВЕРШЕНИЕ ТЕРАПИИ

На последней терапевтической сессии терапевты поздравляют пациентов с достигнутыми успехами и спрашивают, что они думают о терапии в целом и о том, что она закончена. Нужно еще раз обсудить все нерешенные вопросы. Пациентов следует побудить к тому, чтобы регулярно перечитывать план сохранения веса, особенно если появятся признаки увеличения веса. Кроме того, им нужно напомнить, что они должны еженедельно взвешиваться и отмечать вес на графике. Наш опыт подсказывает, что если снабдить пациента запасом примерно в 20 бланков графика динамики веса, это станет для него ощутимым стимулом к тому, чтобы заполнять бланки. На первом экземпляре следует отметить индивидуальные данные пациента - его изначальный вес (если пациент существенно похудел) и «направляющие».

Терапевты должны приложить все усилия, чтобы терапия всегда оканчивалась на оптимистичной ноте; терапевт выражает надежду на то, что пациент продолжит следовать принципам, усвоенным в ходе терапии. Пациентам напоминают, что теперь они знают, как бороться с прибавкой в весе, и если они продолжают этим принципам, то никогда не наберут вес, который им удалось потерять.

Очень полезно назначить пациентам несколько «контрольных» встреч после конца терапии.⁴ Мы советуем проводить их раз в два месяца. Можно считать их «сессиями-подкрепителями», которые дают пациентам возможность выявить и обсудить возможные трудности, возникшие уже после окончания терапии.

4 Такими же общими рекомендациями, однако в ходе Оксфордского исследования этого не делалось. Дело в том, что нашей целью было проверить, правда ли, что наша терапевтическая программа даже безо всякой дальнейшей поддержки оказывается действеннее, чем более распространенные методы контроля веса.

Приложение

РАЗДАТОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Раздаточный материал А

КАК ВЕСТИ ПИЩЕВОЙ ДНЕВНИК

Наблюдение за собой крайне важно! Записывать все съеденное и выпитое насущно необходимо для успеха терапии. Такие записи помогут вам точно определить, что именно в вашем поведении нужно изменить, а также помогут вам добиться

этих перемен.

На этом этапе вам нужно записывать все, что вы съели и выпили. Достаточно самого простого описания. Чтобы вести этот дневник, вам нужно везде и всегда брать его с собой. Ниже приведена инструкция, как правильно вести пищевой дневник.

- В графе 1 записывайте точную дату и время, когда вы ели и пили, а также что именно вы съели или выпили. Записывать нужно как можно быстрее после приема пищи, лучше всего сразу.

- В графе 2 вам нужно кратко описать принятую пищу и напитки. Записывайте абсолютно все, не пропуская ничего! Пожалуйста, разделяйте приемы пищи фигурными скобками.

- Графа 3 предназначена для записи места, где вы ели и пили. Если это было дома, укажите точно, в какой именно комнате.

- В графе 4 нужно отмечать звездочкой все то из съеденного и выпитого, что вы считаете лишним. Это должна быть ваша точка зрения, а не чужая.

- В графе 5 записывайте количество потребленных калорий.

- В графу 6 вносите сопутствующие мысли, чувства, обстоятельства, связанные с приемом пищи. Кроме того, отмечайте в этой графе свой вес каждый раз, когда взвешиваетесь. **ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРИНОСИТЕ СВОЙ ПИЩЕВОЙ ДНЕВНИК НА КАЖДУЮ ТЕРАПЕВТИЧЕСКУЮ СЕССИЮ!**

Раздаточный материал В

ОБРАЗЕЦ ПИЩЕВОГО ДНЕВНИКА

ДЕНЬ Среда

ДАТА 7 октября

И рем»	Продукты	Мес то		Калор ии	Примечания
Н- 45	2 куска черного хлеба 14 г сливочного масла 14 г арахисового масла вода	Кух ня	*	160 102 87 о	Н;і га мим іі' 'п есть не мигнем і. Ел;1 мс млд\ МІ. ни ясь.
Н- 55					Всг ю;{ ы і мши КОМ МНОГО.

50	Диетическая кола	раб ота			
12. 50	Шоколадка из торгового автомата	раб ота		255	
i;t. (К)	Бутерброд с креветками и низкокалорийным майонезом, диетическая кола, шоколадка	каф е		283 о 255	Калории \ К.І.І.ІМ ни упакоикг Не ХОТІVLI п- о и, сама не ІІІННІ, и чем с-бсла
15. 00	Диетическая кола	раб ота		о	
18. 05	1 ДЖИН-ТОНИК	паб		85	Зашла погпдгп. с нравился д\ мала о том, как неправильно и питаюсь сотрудницами Коктейль не пи
19.4 0	Полбуханки хлеба (то есть 400 г), масло, арахисовое масло, 4 бокала красного вина	гост иная *		88о 5Ю 435 340 *	Калории указаны приблизительно—я ничего не взвешивала. Настроение ужасное. Сама не верю, что опять это сделала. Все, иду спать.
		ИТО ГО		3392	

Раздаточный материал С
ОБРАЗЕЦ ПИЩЕВОГО ДНЕВНИКА
ДЕНЬ Воскресенье ДАТА 1\$ августа

Вре мя	Продукты	Место	Калор ии	Примечани и
ю.о о	2 ломтика подсушенного хлеба; плавленый сыр (низ- кокалорийный) ; черный кофе	гостин ая	158 25 о	
п. 40	ю чипсов	гостин ая	но	Не могла удержаться
12. 00	Нектарин	кухня	8о	Кажется, съела его от скуки
13- 40	2 ломтика подсушенного хлеба; плавленый сыр (низ- кокалорийный) ; диетическая кола	гостин ая	158 25 о	
18.3 0	Курица (до г) Жареные помидоры (40 г) Морковка (8о г) Цветная капуста (90 г)	гостин ая	3о6 172 8о 90	Поела с большим удовольствием
19. 20	Большой апельсин (130 г)	кухня	91	
21.0 0	Средний банан Бокал белого вина	В гостях у подруги	114 95	Не могла ничего взвесить, поэтому кало- рии подсчита-

					ла прибли- тельно
		ИТОГ О		1504	Я умница! Я довольна сегодняшним днем

Раздаточный материал Е ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ БАЛАНС

Основные принципы

- Если вы хотите сохранить стабильный вес, нужно следить, чтобы потребление энергии (то, что вы получаете с пищей и питьем) было равно расходу энергии (то, что необходимо для работы организма и физической активности).
- Расстройства веса возникают, когда потребление энергии (калорийность рациона) на протяжении долгого времени превосходит энергию, которую вы сжигаете.
- Положительный энергетический баланс (излишняя энергия) откладывается в теле, преимущественно в виде жира.
- Лишний вес (жир) теряется только в том случае, если создается отрицательный энергетический баланс: тогда организм начинает брать энергию из запасов.
- Чтобы похудеть, нужно в течение долгого времени сократить потребление энергии (в виде пищи и питья).
- В принципе, вес будет уходить быстрее, если вы увеличите количество энергии, которое вы сжигаете при физической активности, но на практике это не принесит серьезного результата. С другой стороны, регулярная физическая активность помогает сохранить стабильный вес.
- Когда вы достигнете целевого диапазона веса, вам будет необходимо скорректировать рацион и уровень физической активности, чтобы стабилизировать вес. Это важный навык, который нужно натренировать.

Почему у некоторых людей накапливается излишний вес?

- Существует две главные причины ожирения. Как правило, присутствуют они обе.
- Человек слишком много ест (излишнее потребление энергии).
- Человек недостаточно активен (недостаточный расход энергии).
- Расстройства обмена веществ, гормональные отклонения, другие медицинские проблемы почти никогда не играют существенной роли в развитии ожирения, хотя расход энергии на работу организма у разных людей несколько различается.
- Обычно проблемы с весом - это семейное явление. Они связаны либо с традициями семьи, либо с генетическими факторами, а иногда и с тем и с другим.
- Вес тела в некоторой степени определяется наследственностью, поэтому, если у многих ваших родственников имеются серьезные проблемы с избыточным весом, возможно, вы генетически предрасположены к подобным расстройствам.
- У некоторых переедание вызывается психологическими факторами. Иногда люди переедают, поскольку такова их реакция на стресс, а также когда они подавлены или скучают; у некоторых в таких случаях аппетит, напротив, снижается. Кроме того, переедание поощряется пристрастием к жестким диетам.
- Кроме того, у некоторых возникают дурные пищевые привычки (их усваивают дома, в школе, на работе, в других обстоятельствах). В современном обществе особой проблемой стал выбор продуктов, богатых жирами, — в основном потому, что они очень доступны и вкусны.
- В целом мы стали не так активны, как раньше. Должностные обязанности вынуждают многих из нас мало двигаться; дома нам также не приходится прилагать физических усилий.

Раздаточный материал F ЕЖЕНЕДЕЛЬНЫЙ САМООТЧЕТ

Теперь, когда сессии с терапевтом будут проходить только раз в 2 недели, важно, чтобы вы еженедельно проводили похожую сессию, но сами с собой - еженедельный домашний самоотчет. Кажется странным? Но оно так же полезно, как и с терапевтом! Цель домашнего самоотчета - точно установить, что вы бдительно следите за собой, своим прогрессом и любыми проблемами, которые могут возникнуть. Регулярные самоотчеты также помогают поддерживать импульс, необходимое настроение между сессиями с терапевтом.

Помните: домашние самоотчеты очень важны, должны быть вашим приоритетом и стоять на первом месте. Лучше всего, если вы будете планировать еженедельные самоотчеты заранее, по расписанию, подобно сессиям с терапевтом. Каждый домашний самоотчет лучше строить по такому плану:

- Проверьте, как прогрессирует терапия, основываясь на ваших последних записях и на любых изменениях в вашем весе. Обязательно учитывайте те домашние задания, которые вы получили на последней сессии. Выполнили ли вы их? Насколько успешно?
- Определите все ваши достижения на прошедшей неделе. Важно хвалить себя за каждое из них.
- Поставьте себе одну-две задачи на следующую неделю. Кроме того, очень важно продолжать взвешиваться раз в неделю и отмечать вес на графике.

На каждой сессии мы с вами будем обсуждать, как вы прове ли еженедельный домашний самоотчет, а также как выполнили задачи, которые сами себе поставили.

Такой самоотчет, наблюдение за собственным прогрессом войдет у вас в привычку и пригодится в будущем, когда вы уже перестанете ходить на терапию.

Раздаточный материал G

КАК ПИТАТЬСЯ В ОБЩЕСТВЕ

Когда вы едите где-то вне дома или в обществе других, но при этом стараетесь контролировать потребление калорий,

любой выход в свет может стать непростым испытанием. Ключ к успеху таков: планируйте все заранее. Особенно важно заблаговременно продумать и позаботиться о том, как решить практические проблемы светской трапезы и вашу установку на то, чтобы придерживаться лимита калорий. Если у вас заранее составлен план и вы предусмотрели все, с большинством ситуаций можно справиться. Но вот если «выход в свет» застал вас врасплох, оказался неожиданным, то риск столкнуться с проблемами и отклониться от курса сразу повышается.

А. Практические стратегии

Общие соображения

- Планируйте праздничную трапезу заранее, потому что вам, возможно, захочется за несколько дней до и после нее скорректировать свое питание (потребить меньше калорий в дни до и после праздничной трапезы). Таким образом вы сумеете «сберечь» калории для праздничной трапезы. Кроме того, планирование заранее поможет успешно справиться с конкретными ситуациями (см. ниже) в зависимости от того, где вы будете есть.

- Подумайте о возможных трудностях, с которыми столкнетесь. Обдумайте следующее:

- Какие блюда будут подавать и какими порциями, в каких количествах?

- Ожидает ли вас социальное давление, будут ли вас заставлять есть?

- Доступность «дополнительной» пищи и напитков - будут ли закуски, сладкое на десерт, «комплименты», то есть бесплатные дополнения?

- Будут ли подавать алкоголь?

- Полезно припомнить, как вы вели себя в подобных ситуациях в прошлом.

Далее перечислены конкретные ситуации праздничной трапезы. Едите ли вы в гостях, в ресторане, устраиваете ли праздничный обед дома, ВСЕГДА полезно планировать свое поведение ЗАРАНЕЕ. Таким образом вы сможете продумать потенциальные трудности и то, как с ними справиться. Ниже приводятся практические советы. Обратите внимание: не все они могут вам подойти.

В ресторане

- По возможности, участвуйте в принятии решения, какой ресторан выбрать. Заранее просмотрите меню или позвоните в ресторан, чтобы выяснить, подают ли там низко-калорийные блюда или блюда с пониженным содержанием жиров. Сейчас у многих ресторанов есть сайты в Интернете. Там обозначены и размеры, а зачастую и калорийность взрослых и детских, то есть больших или маленьких порций.

- Если возможно, попросите подать ваш заказ без дополнительной порции масла, а любой соус, майонез или заправку подать отдельно от блюда, чтобы вы могли проконтролировать, как заправите блюдо. Подумайте: возможно, стоит заказать маленькую порцию, дополнив ее овощным гарниром или добавкой салата.

- Осторожно относитесь к так называемым «наборам», то есть укомплектованным «обедам». Они нередко содержат блюда, вредные для тех, кто намерен похудеть, однако соблазнительны, потому что комплексный обед подается со скидкой.

- Постарайтесь заказать на десерт свежие фрукты или взять десерт пополам с кем-нибудь.

Шведский стол, фуршет и т. д.

- Прежде чем положить что бы то ни было себе на тарелку, тщательно оглядите все, что есть на столе. Советуем не набирать и пробовать всего понемножку, а выбрать пищу и напитки, от которых вы точно получите удовольствие. Если вы хотите выбрать что-то сытное, постарайтесь остановиться на низко-калорийных блюдах, например, на рисе или салате.

- Постарайтесь взять не большую тарелку, а десертную.

- Воспринимайте трапезу так, как если бы вы ели не стоя, а сидя за столом. То есть подойти к шведскому столу и положить себе пищу можно только 1 раз. Как только доедите, сразу же отставьте тарелку, чтобы не было соблазна взять добавку.

- Еще один вариант: не подходите к столу сами, а попросите кого-нибудь принести вам именно то, что вы попросите, и положить ровно столько, сколько вы скажете.

К вам пришли гости

- Подумайте: вы ведь не обязаны непременно подавать гостям жирную, высоко-калорийную пищу. Многие, не только вы, или стараются не поправиться\похудеть, или берегутся подобной пищи по состоянию здоровья. Низко-калорийные блюда наверняка понравятся вашим гостям не меньше, а то и больше, и никоим образом не будут признаком вашей негостеприимности.

- Советуем подавать порционные блюда, например, курицу кусочками: если блюдо готовится из расчета по одной порции/кусочку на гостя, то вам легче готовить и в то же время вы избежите соблазна съесть то, что останется.

- Если какие-то блюда не будут доедены до конца, сразу заморозьте их или вручите гостям с собой (заранее запаситесь контейнерами).

- Если у вас есть склонность покусовничать, пока вы готовите, или часто пробовать пищу во время готовки, постарайтесь избегать этого. Два совета: использованную посуду сразу ставьте в мойку, чтобы не подбирать остатки; во время готовки жуйте жевачку.

Вы пришли в гости

- По возможности постарайтесь заранее выяснить, что будут подавать на стол. Если вы хорошо знаете хозяина\хозяйку, можно заблаговременно поговорить, объяснить ваше положение и спросить, можете ли вы рассчитывать на их помощь и поддержку. Можно выяснить, какое меню планируется, и тогда у вас будет возможность заранее знать, что предстоит есть, и вы соответственно спланируете день праздника и питание в дни перед и после праздника.

- Если хозяева не против, вызовитесь принести хотя бы одно блюдо собственного приготовления, и тогда вы будете точно знать, что на столе будет хотя бы одно низко-калорийное блюдо.

- Предложите хозяевам помочь раскладывать пищу, тогда вы сможете проследить за размером своей порции. Или попросите положить вам поменьше.

- Под конец праздника поинтересуйтесь у хозяев точными рецептами блюд; так вы сумеете в вежливой форме

выяснить, какие продукты входили в то или иное блюдо, и подсчитать потребленные вами калории

В. Другие случаи

Если вас заставляют есть

Если вы часто сталкиваетесь с тем, что окружающие в той или иной форме заставляют вас съесть больше, чем вы планировали, постарайтесь определить, что вызывает у вас ощущение психологического давления. Тревожит ли вас то, что окружающие обидятся, если вы не съедите все предложенное или откажетесь от добавки? Возможно, вас беспокоит, что, съедая меньше остальных и тщательно выбирая пищу, вы привлечете нежелательное внимание? Обязательно вникните, в чем проблема, и тогда вам будет легче с ней справиться. Например, предположим, вы поняли, что озабочены реакцией хозяев: они обидятся если вы будете есть мало. В таком случае полезно потренироваться говорить «нет» - вежливо, но твердо. Имеет смысл проверить, получается ли у вас отказываться от пищи необидно для хозяев. Чтобы проверить это, представьте себя на месте хозяйки, и вообразите, что гость отказывается от угощения в той форме, которую вы продумываете. Также советуем понаблюдать за окружающими: всегда ли они едят много и съедают все предложенное? Как, в какой форме, с какой интонацией отказываются? Как на это реагируют окружающие? Замечают ли люди, если кто-то ест меньше, чем все? Как другие реагируют на замечания, адресованные им по этому поводу? Если вас волнует, что вы будете отличаться от остальных, понаблюдайте, например, за поведением тех, кто не пьет алкогольные напитки (будучи за рулем или просто не употребляя спиртного) или не ест сладкого, и за реакцией на это поведение со стороны окружающих. Задайтесь вопросом, разумно ли реагировать на подобные ситуации негативно, и как поступите лично вы.

Если вы чувствуете себя «обделенным»

Хотя предварительное планирование и помогает удержаться в заданных рамках калорий, зачастую у нас возникает стойкое ощущение, будто любые праздники и т. п. вращаются вокруг калорийной пищи и напитков, а потому знать, что вам, в отличие от прочих, придется отказать себе в угощении, - это мучительно и во многом уменьшает прелесть праздника. Чтобы проверить, так ли это, прислушайтесь к себе: вы и правда получаете от праздника меньше удовольствия, если ограничиваете себя в пище и спиртном? Скорее всего, окажется, что это не так. Кроме того, советуем сосредоточиться на других аспектах праздника, не связанных с пищей и питьем - ведь на празднике много приятного, помимо этого (скажем, общение с друзьями, завязывание новых знакомств, возможность расслабиться, то, что не нужно мыть посуду). Если вы переключитесь таким образом, пища и питье перестанут быть для вас слишком значимой составляющей праздника.

Как вести себя в неожиданных ситуациях

Зачастую приглашения в ресторан, в гости, на фуршет и т. д. мы получаем в последнюю минуту или по крайней мере неожиданно: кто-нибудь предлагает поужинать в ресторане, друзья зовут к себе в гости, дружная компания решает после кино пойти в кафе и т. д. Советуем не соглашаться сразу, а несколько минут тщательно обдумать, как быть и как справиться с возникшей ситуацией. Можно согласиться и пойти со всеми, но потом урезать себя в калориях в течение дня, вечера или на следующий день. Если же вы уже поели или запланировали, что именно будете есть, то лучше отказать и сказать приглашающим, что вы охотно составите им компанию в другой раз. Или же можно согласиться пойти со всеми, но предупредить, что съедите меньше других, потому что уже поели раньше. Лучше всего поэкспериментировать с разными выходами из положения и выяснить, какой именно вам подходит.

Раздаточный материал Н

КАК СПЛАНИРОВАТЬ ПИТАНИЕ В ОТПУСКЕ

Для тех, кто ограничивает себя в калориях, отпуск тоже может превратиться в серьезное испытание. Вы можете оказаться в незнакомой обстановке, где пища может отличаться от той, к которой вы привыкли дома, возможности выбора будут иными, и вам может оказаться труднее контролировать приготовление пищи.

В этом случае тоже важно по возможности все спланировать заранее. Особенно полезно заранее продумать то, как вы будете справляться и с практическими проблемами, связанными с едой, и со своими чувствами, вызванными необходимостью соблюдать лимит калорий. В большинстве случаев со всеми проблемами можно справиться, если заранее подумать, как. В то же время в отпуске и в поездках вы как никогда уязвимы перед неожиданно возникающими и непредсказуемыми проблемами.

Общие соображения

Отпуск - это время для отдыха, время расслабиться, и поэтому зачастую многим кажется, будто отпуск несовместим с необходимостью ограничивать себя в пище и питье. Поэтому продумайте заранее, как получить от отпуска максимум удовольствия, но при этом не разрушить результаты всех ваших стараний, приложенных к похудению. Первым делом решите, какова основная цель вашего отпуска. Хотите ли вы продолжать худеть или сохранить вес, которого добились? Если вы намерены придерживаться своего лимита калорий и поставленной цели - продолжать худеть, тогда смотрите на вещи реально и четко решите, как не отступать от своих правил. Если вам кажется, что вам не удастся в отпуске придерживаться лимита калорий, то имеет смысл обсудить вопрос с терапевтом и выработать на время отпуска новый лимит калорий, чуть менее строгий, - чтобы по крайней мере сохранить достигнутый вес и не начать поправляться.

Чтобы принять верное решение относительно своих целей, связанных с весом, советуем подумать о том, что, помимо возможности есть и пить вволю, в отпуске в любом случае будет много других приятных аспектов. Поразмыслите и о том, что отпуск дает вам отличную возможность потренироваться в новых навыках, которые вы освоили, и поэкспериментировать с тем, как получать удовольствие от жизни, даже если вы ограничиваете себя в пище и спиртном.

Предлагаем вам обдумать практические моменты, которые помогут спланировать поездку заранее.

Как следить за питанием и весом

- Собираетесь ли вы следить за своим весом и питанием в отпуске, то есть вести пищевой дневник и график динамики веса? Будет ли у вас возможность взвешиваться и взвешивать пищу?

- Когда вы будете проводить еженедельный самоотчет? Можете ли вы выкроить для него время? Поможет ли вам, если вы будете посылать свои еженедельные самоотчеты терапевту по факсу или электронной почте?

Планирование путешествия.

• Какова будет длительность вашего путешествия «от порога до порога», то есть включая время в пути? Что вы будете есть все это время? Предстоит ли вам дальний авиаперелет и т. п.? Если да, то как это обстоятельство может повлиять на ваше питание?

• Какая пища будет вам доступна? Стоит ли брать пищу с собой, чтобы иметь возможность контролировать свое питание? Грозит ли вам соблазн доступных перекусов на автозаправках, в аэропортах и поездах? Будет ли ваш выбор пищи определяться обстоятельствами (например, пища, которую предлагают в самолете)? Если да, то имеет ли смысл заказать особую пищу (многие авиакомпании предлагают альтернативные меню - диетическое, для диабетиков, кошерное и т. д.)?

• В котором часу вы придете к месту назначения, а также на обратном пути - домой? Сумеете ли вы устроить так, чтобы по прибытии наготове была подходящая вам пища (скажем, оставив замороженные продукты и блюда в холодильнике дома или заранее выяснив, можно ли найти диетическую пищу там, куда вы приедете)?

• Какими способами вы можете облегчить себе самоконтроль в течение поездки? Многим кажется, что после перерыва в поездке вернуться в режим постоянного самоконтроля очень тяжело, поэтому советуем не отказываться от самоконтроля и наблюдения за весом и питанием в течение поездки. Важно взять с собой ваш пищевой дневник и держать его под рукой. Советуем также заранее просчитать калорийность и вес провизии, которую вы берете с собой, - тогда вам проще будет следить за собой в пути.

Общие вопросы на время поездки

• Будет ли вам обеспечено питание, входит ли оно в стоимость поездки? Будете ли вы питаться в ресторанах и т. д., или же готовить самостоятельно, или и то и другое? Как вы планируете справиться с тем или иным вариантом? Предвидите ли вы какие-то сложности? Продумав эти вопросы заранее, вы сильно облегчите себе отдых.

• Как ваши требования будут сочетаться с привычками остальных, если вы едете компанией?

• Какие типы пищи и блюд будут доступны на отдыхе?

Спиртное

• Больше ли вы, как правило, потребляете спиртного на отдыхе? Как планируете решить эту проблему?

Раздаточный материал I

ОСОБЫЕ ПРАЗДНИЧНЫЕ СЛУЧАИ

Контролировать калорийность пищи на крупных светских мероприятиях (днях рождения, свадьбах и т. д.) бывает трудно. Считайте подобные случаи отличным поводом натренировать навыки, усвоенные в ходе терапии, и на опыте убедиться в том, что можно прекрасно провести время и при этом не переесть. В этом пособии приведены вкратце все тактики, которые мы рекомендуем применять во время праздников. Кроме того, мы предлагаем вам по-новому оценить роль пищи в крупных светских мероприятиях.

Цели

В целом лучше всего придерживаться еженедельной калорийности рациона. Тщательно обдумайте, как это сделать. Если вы накануне праздника будете голодать, то рискуете в результате переесть. Разумнее снизить калорийность рациона накануне праздника или после него. Кроме того, ошибочно было бы полностью отказываться от блюд, которые вам нравятся. Лучше заранее запланировать, что вы будете их есть, и включить их в пищевой план на день.

Планирование

Единственная стратегия поведения в особых случаях - планирование. Особенно это важно, если вы будете окружены избыточным количеством пищи в продолжение нескольких дней и если за это время будет не один, а несколько праздничных приемов. Зачастую высококалорийные блюда и алкогольные напитки становятся неотъемлемой частью подобных мероприятий, поэтому так важно спланировать, как вы будете себя вести. В целом полезно составить план на каждый день, а если празднество продлится несколько дней, спланировать все эти дни заранее.

Наблюдение

Очень важно продолжать следить за калорийностью рациона. Тогда вы будете знать, как действуют ваши тактики, и при необходимости корректировать планы. Кроме того, это не даст вам забыть о своих целях.

Спиртное

Особенно важно заранее спланировать, как вы будете обращаться с алкоголем: алкоголь не только добавляет калории, но и ослабляет решение есть умеренно.

Как сосредоточиться на других приятных сторонах особых мероприятий

Хотя многие празднования предполагают высококалорийное угощение и алкоголь, подумайте, не удастся ли вам отпраздновать радостное событие, не употребляя алкоголь и вредную для вас пищу в больших количествах. Вероятно, стоит подумать о том, как насладиться празднованием, не прибегая к пище (или по крайней мере к избыточному ее количеству). Постарайтесь уделить особое внимание тем сторонам празднования, которые позволяют получить от него удовольствие. Тогда вы наверняка придете к выводу, что если будете питаться умеренно, это не испортит вам праздника. Многие отмечают, что получают больше удовольствия от светских мероприятий, если мало едят и пьют.

Как сопротивляться искушениям

Возможно, вас будут уговаривать съесть больше, чем вы планировали, либо вам самим этого захочется. Такое происходит по многим причинам: просто потому, что вокруг много пищи, вы решите, будто обидите хозяев праздника, если не будете много есть, вы побоитесь оказаться «белой вороной», если не станете есть и пить все, чем вас угощают, вместе с остальными. Искать выход из подобного положения легче, если спланировать все заранее. Также целесообразно потренироваться отказываться от пищи - вежливо, но твердо. Вы не должны есть, чтобы доставить удовольствие окружающим, и редко кто замечает, что именно вы едите и пьете.

Съедобные подарки

Иногда вам дарят шоколад, сладости, пирожные и другие съедобные подарки. Если такое может произойти, почему бы заранее не попросить подарить вам что-нибудь другое? Если вам неудобно попросить об этом самим, пусть это сделает ваш партнер или супруг, друг, родственник: они могут деликатно намекнуть, что вы бы предпочли, чтобы вам не дарили ничего съедобного. Полезно также подумать, как вы поведете себя, если неожиданно получите подобный

подарок. Может быть, лучше подарить его кому-нибудь другому?

Лакомства

На праздниках гостям предлагают самые разнообразные лакомства. Если повсюду расставлены блюда с орехами, шоколадными конфетами и другими высококалорийными лакомствами, устоять перед искушением крайне трудно и почти никому не удастся, поэтому заранее подумайте, как найти выход из подобного положения. Если вы сами контролируете ситуацию, подумайте, как организовать все иначе.

Итак, если вы должны организовать угощение:

- Тщательно планируйте покупки, не покупайте ничего лишнего.
- Держите лакомства в запечатанной упаковке и доставляйте понемногу и только в особых случаях.
- Приготовьте себе альтернативные низкокалорийные лакомства - например, сырые овощи с низкокалорийным соусом, сухарики, фрукты, поп-корн без добавок (то есть без масла и сахара).
- Во многих особых случаях вам пригодятся наши советы из раздаточного материала G, посвященного питанию в обществе.

Раздаточный материал J РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ

Как обсуждалось на сессии, алгоритм решения проблем состоит из шести основных шагов и заключительного обзорного этапа. Перечислим эти шесть шагов:

Шаг 1. Выявите возникшую проблему как можно раньше.

Шаг 2. Точно сформулируйте, в чем состоит проблема.

Шаг 3. Обдумайте как можно больше решений.

Шаг 4. Продумайте все последствия каждого решения.

Шаг 5. Выберите наилучшее решение или сочетание решений.

Шаг 6. Действуйте в соответствии с решением.

Затем пересмотрите весь процесс решения проблемы и посмотрите, нельзя ли было найти более совершенное решение. Со временем вы натренируетесь и научитесь решать задачи еще лучше.

Раздаточный материал K

АНКЕТА

«ЧТО МЕШАЕТ МНЕ ПОХУДЕТЬ»

Ниже приведен перечень самых распространенных препятствий, мешающих похудению. Подумайте, какие из них актуальны для вас, и поставьте галочку в соответствующих графах.

Препятствия	Нет	В некоторой степени	Да
Точность ведения записей			
Все ли вы записываете?			
Точно ли вы взвешиваете порции?			
Тщательно ли подсчитываете калории?			
Взвешивание, еженедельные самоотчеты			
Взвешиваетесь ли вы раз в неделю?			
Проводите ли вы домашний самоотчет раз в неделю?			
Ваши привычки в питании			
Сильно ли варьируются ваши привычки в питании день ото дня?			
Есть ли в вашем режиме дня определенные приемы пищи и перекусы?			
Пропускаете ли вы приемы пищи?			
Случается ли вам делать слишком длинные перерывы между приемами пищи?			
Есть ли у вас склонность перехватывать куски между едой?			
Есть ли какие-то дни или время суток, когда вы особенно подвержены соблазну переест?			
Случаются ли у вас приступы переедания, большие или маленькие?			
Размеры порций			
Вы берете себе относительно большие порции?			
Берете ли вы добавку?			
Всегда ли вы доедаете все, что лежит на тарелке?			
Доедаете ли вы остатки?			
Выбор продуктов и напитков			
Склонны ли вы есть насыщенную калориями (то есть насыщенную жирами) пищу?			
Избегаете ли вы сознательно каких-либо продуктов или блюд?			
Как вы едите?			
Вы можете сказать о себе, что едите очень быстро?			
Случается ли вам есть вне кухни или столовой?			
Едите ли вы, когда смотрите телевизор?			
Едите ли вы за рулем, в кино или во время других занятий?			

Планируете ли вы заранее, что и когда будете есть?			
Едите ли вы прямо из упаковок и контейнеров, кастрюлек и т. д.?			
Другие препятствия к потере веса			
Утратили ли вы стимул худеть?			
Склонны ли вы «заедать» стресс?			
Склонны ли вы есть от скуки?			
Мешает ли вам похудеть максимализм?			
Сталкиваетесь ли вы с какими-то еще препятствиями к похудению?			

Раздаточный материал L

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА УРОВНЕМ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Первый шаг к повышению уровня физической активности - измерить, насколько вы активны в данный момент. Для этого вы должны оценить три вида активности, которые обсуждались в ходе терапии.

Состояние покоя

Каждый вечер вспоминайте - как можно точнее, - сколько часов вы провели сидя или лежа. Сделайте эту оценку для периода в 24 часа (от полуночи до полуночи), составив прогноз на оставшиеся несколько часов. Затем отметьте это число в «таблице активности» на обороте сегодняшнего пищевого дневника (см. ниже). Если на работе вы сидите, лучше всего отмечать и подсчитывать количество часов, которые вы проводите сидя, в шестой графе пищевого дневника.

Повседневная активность

Здесь речь пойдет об эпизодической физической нагрузке, входящей в повседневную жизнь. Это ходьба, стояние, ходьба по лестницам, ведение хозяйства, работа в саду, езда на велосипеде и плавание (не как вид спорта).

Мы рекомендуем подсчитывать количество шагов, которое вы сделали за день (не считая езды на велосипеде и плавания), при помощи шагомера.

Если у вас есть шагомер, носите его с собой всегда, когда не лежите в постели или не занимаетесь физическими упражнениями (см. ниже). Обнуляйте его показания, нажав соответствующую кнопку, и носите с того момента, когда встаете с постели. Чтобы не забывать это делать, прикрепляйте шагомер к чему-то, чем вы пользуетесь, как только просыпаетесь (например, к расческе). Пристегивайте шагомер к ремню или к одежде на уровне пояса. Вечером, ложась в постель, отмечайте количество шагов в таблице активности. Обратите особое внимание, что нельзя принимать в расчет таблицы расхода калорий, прилагающиеся к шагомерам, так как эти данные по большей части далеки от точности.

Спортивная нагрузка

Каждый вечер вы должны также отмечать в таблице активности количество минут, которые вы потратили на спортивные упражнения. Спортивные упражнения - это упражнения, в результате которых ваш пульс и дыхание учащаются. Это, например, бег, плавание (в среднем или высоком темпе), быстрая ходьба, быстрая езда на велосипеде.

Таблица активности

В таблице активности подводятся итоги уровня активности за последние 24 часа. Таблицу следует чертить на обороте пищевого дневника и заполнять вечером. Образец таблицы:

Состояние покоя (в часах)	8 часов в постели, 3 часа сидя
Повседневная активность (в шагах)	3860
Спортивная нагрузка (в минутах, указать вид нагрузки)	Сегодня не было

Раздаточный материал M

АНКЕТА «ОТНОШЕНИЕ

К ОБРАЗУ СОБСТВЕННОГО ТЕЛА»

Внимание! Отвечая на вопросы, учитывайте положение дел ЗА ПОСЛЕДНИЙ МЕСЯЦ. Поставьте галочку в соответствующие графы.

За последний месяц...	Никогда	Иногда	Часто	Ко мне это не относится
Избегание				
Избегали ли вы смотреть на себя в зеркало (на свое отражение в витринах)?				
Избегали ли вы взвешиваться?				
Одевались ли вы так, чтобы замаскировать фигуру?				
Старались ли вы, чтобы вашу фигуру никто не видел (в т.ч. в бассейне, в общей раздевалке и пр.)?				
Уклонялись ли вы от участия в физической активности из-за вашей фигуры?				
Уклонялись ли вы от покупки одежды?				
Избегали ли вы того, чтобы вас увидели обнаженным дома (во время переодевания или в ванной)?				
Избегали ли вы надевать одежду, подчеркивающую фигуру?				

Избегали ли вы прикосновений (или ограничивали физический контакт) из-за того, что вам не нравится ваша фигура (имеются в виду рукопожатия, сексуальные контакты, объятия, поцелуи)?				
Избегали ли вы одежды, открывающей тело (рубашек с короткими рукавами, коротких юбок и пр.)?				
Избегали ли вы появляться в обществе из-за своей фигуры?				
Измерение параметров				
Рассматривали ли вы свое отражение в зеркале в полный рост?				
Рассматривали ли вы отражение в зеркале отдельных частей своего тела?				
Взвешивались ли вы?				
Измеряли ли части тела?				
Оценивали ли свои размеры какими-либо другими способами?				
Забирали ли кожу в складки, чтобы оценить количество жира?				
Общие вопросы				
Огорчала ли вас собственная фигура?				
Огорчали ли вас размеры отдельных частей тела?				
Беспокоились ли вы из-за того, что ваше тело колыхнется?				
Было ли вам стыдно или неловко показывать свою фигуру прилюдно?				
Казалось ли вам, что окружающие обращают внимание, какая у вас фигура?				
Казалось ли вам, что ваше тело отвратительно?				
Думали ли вы, что окружающие осуждают вас из-за фигуры?				
Казалось ли вам, что вы занимаете слишком много места (например, на диване или на сиденье в автобусе)?				
Хотелось ли вам, чтобы кто-нибудь утешил вас, доказав, что ваша фигура не так плоха, как вы считаете?				
Делали ли вам критические замечания по поводу вашей фигуры или внешности?				

Раздаточный материал N

БЛАНК ДНЕВНИКА ОТНОШЕНИЯ К ОБРАЗУ СОБСТВЕННОГО ТЕЛА

Отмечайте в дневнике случаи, когда вы: плохо, с осуждением думали о своем теле; чего-то избегали, так как стеснялись своей фигуры; проверяли параметры своего тела неконструктивными способами.

Ситуация	Чувства	Мысли	Поведение	Последствия	Альтернативные мысли

Раздаточный материал O

ЗАПОЛНЕННЫЙ ДНЕВНИК ОТНОШЕНИЯ К СОБСТВЕННОЙ ВНЕШНОСТИ. ПРИМЕР 1. ИЗБЕГАНИЕ

Отмечайте в дневнике случаи, когда вы: плохо, с осуждением думали о своем теле; чего-то избегали, так как стеснялись своей фигуры; проверяли параметры своего тела неконструктивными способами.

Ситуация	Чувства	Мысли	Поведение	Последствия	Альтернативные мысли
Сын попросил меня покатаюсь с ним на велосипеде	Не знал, что сказать, огорчился, расстроился	Вся улица увидит, как я смешно выгляжу на велосипеде. Я буду дрожать, как желе. Мне нельзя ездить на велосипеде, пока фигура не станет лучше. Вот и этого	Сказал сыну, что не смогу поехать. Придумал отговорку (солгал)	Не могу делать что-то вместе с сыном, постоянно все откладываю на потом, когда буду лучше выглядеть	Это я считаю, что выгляжу смешно и отвратительно. Я считаю, будто все так думают, но на самом деле не знаю, кто что думает. Раньше меня удивляло, что люди не всегда думают то, что, по моему мнению, должны думать; это такой же случай. Если бы я увидел полного человека на велосипеде, он не показался бы мне смешным, я бы решил, что это полезное для здоровья упражнение. Зачем же мне ждать, пока я похудею? Похоже, кто угодно может кататься на велосипеде, даже люди, которые гораздо полнее меня. Кроме того, раньше я обожал ездить на велосипеде, и это и правда отличное упражнение.

		мне тоже нельзя делать из-за того, как я выгляжу			Когда я говорю, что не могу это делать, я лишая себя возможности делать физические упражнения, благодаря которым мог бы лучше к себе относиться. Надо попробовать покататься и посмотреть, что будет
--	--	--	--	--	--

Раздаточный материал Р

ЗАПОЛНЕННЫЙ ДНЕВНИК ОТНОШЕНИЯ К СОБСТВЕННОЙ ВНЕШНОСТИ. ПРИМЕР «ПОСТОЯННЫЕ ПРОВЕРКИ»

Запишите в дневник случаи, когда вы отрицательно думали о своем теле; когда вы избегали каких-то ситуаций из-за своего отношения к собственному телу; когда вы ненадлежащим способом проверяли свои параметры и фигуру.

Ситуация	Чувства	Мысли	Поведение	Последствия	Альтернативные мысли
Одевалась утром	Чувствовал а себя несчастной до глубины души, сердилась на себя, ощущала отвращение к себе	У меня такие огромные бедра и зад, я ужасно выгляжу в этом наряде - и вообще в любом наряде. Я всегда выгляжу ужасно, в чем угодно	Я примерила несколько нарядов, надеясь, а вдруг какой-нибудь из них замаскирует мои бедра и зад. Я несколько раз посмотрелась в зеркало под разными углами - проверяла, может, в каком-то ракурсе выгляжу по лучше. Наконец я выбрала наряд, который смотрелся на мне получше, но не намного	Я в который раз опоздала на работу, потому что всегда долго выбираю наряд. И все равно весь день изводилась, как же я выгляжу. Несколько раз сходила в туалет посмотреться в зеркало, и все равно осталась недовольна своим видом. Когда я покупаю одежду то единственное, что меня волнует - это замаскирует ли она мой зад и бедра	Головой я понимаю, что, рассуждая разумно, моя фигура вряд ли могла измениться за сутки. Если вчера я чувствовала себя на работе нормально, то мое сегодняшнее плохое настроение не означает, будто я потолстела. Мои коллеги не станут приглядываться, поправились ли я за ночь, а вот если я опоздаю, это заметят все. Я знаю, что каждый, кто слишком пристально изучает себя в зеркале, непременно найдет в своей внешности черты, которые бы хотел изменить. Постоянно изучая себя в зеркале, я лишь порчу себе настроение, особенно потому, что рассматриваю я самые ненавистные части тела - а на глаза и волосы не обращаю внимания, между тем, они у меня красивые. Поэтому я постараюсь прекратить такое поведение. Я делаю для себя что могу и уже отчасти похудела, хотя худею медленнее, чем хотела бы. Теперь я буду извлекать максимум удовольствия из того, что уже достигла. Попробую-ка я купить обновки, которые мне действительно пойдут

Раздаточный материал Q

ЗАПОЛНЕННЫЙ ДНЕВНИК ОТНОШЕНИЯ К СОБСТВЕННОЙ ВНЕШНОСТИ. ПРИМЕР «НЕГАТИВНЫЕ МЫСЛИ»

Запишите в дневник случаи, когда вы отрицательно думали о своем теле; когда вы избегали каких-то ситуаций из-за своего отношения к собственному телу; когда вы ненадлежащим способом проверяли свои параметры и фигуру.

Ситуация	Чувства	Мысли	Поведение	Последствия	Альтернативные мысли
----------	---------	-------	-----------	-------------	----------------------

Сидела в приемной у стоматолога и рассматривала журналы мод	Завидовала фотомоделям, которые так красиво выглядят в потрясающих нарядах	Мне не идут никакие наряды, я в чем угодно выгляжу ужасно. В нормальную одежду я просто не влезаю. Несправедливо, что фотомодели такие стройные и привлекательные, а моя фигура такая толстая и безобразная	Мне было так плохо, что на обратном пути я купила себе в утешение шоколадку	Стало только хуже - весь день я думала, что от шоколадки стану только толще	Если я не такая стройная, как фотомоделка, и у меня не идеальная фигура, это вовсе не значит, что я непривлекательна. Я сравниваю себя с недостижимым идеалом: фотографии в журналах подправляют, чтобы скрыть все недостатки. Я всегда сравниваю себя с людьми, которые кажутся мне более привлекательными, чем я, а не с теми, кто кажется мне не таким привлекательным, как я. Если бы так поступал кто-то другой, я бы решила, что он несправедлив к себе. Я прекрасно знаю, какое извращенное представление о красоте принято в современном обществе, и восхищаюсь теми, кто не подпадает под влияние масс-культуры. Думать так, как я, бессмысленно, потому что в результате я ем вредные продукты, а это только усугубляет положение. Да, я вешу больше, чем хотелось бы, но это не означает, что я совершенно не привлекательна или что я не могу выглядеть модно и стильно
---	--	---	---	---	---

Раздаточный материал R ЦЕЛИ ПО ПОТЕРЕ ВЕСА

Мы приступили к обсуждению целей по потере веса, которые вы перед собой ставите. В качестве домашнего задания предлагаем вам уделить некоторое время перед следующей сессией обдумыванию нижеприведенных вопросов. Запишите свои ответы (хотя бы конспективно).

Не забывайте, что мы говорили о «желаемом весе», то есть о том, какого веса вы считаете нужным достигнуть. Ответьте на наши вопросы, помня о том, каков ваш желаемый вес. Отвечать на вопросы следует именно в том порядке, в каком они приведены.

1. Происхождение вашего желаемого веса:
 - Почему вы хотите весить именно столько?
 - Есть ли что-то особенное именно в этом весе?
2. Другие цели по потере веса, которые вы ставили перед собой в прошлом:
 - Были ли у вас другие цели по потере веса в прошлом?
 - Почему они отличались от вашей нынешней цели?
3. Достижимость желаемого веса:
 - Были ли у вас раньше другие цели по потере веса?
 - Как вы думаете, насколько трудно вам будет сохранить такой вес?
4. Важность достижения желаемого веса:
 - Насколько важно для вас достигнуть именно этого веса?
 - Если это важно, то почему?
5. Последствия того, что вы достигнете желаемого веса:
 - Как изменится ваша жизнь, если вы достигнете желаемого веса?
 - Что вы сможете делать такого, чего не можете делать сейчас?

Или: если вы уже достигали когда-либо этого веса, чем ваша тогдашняя жизнь отличалась от нынешней?

Отвечая на две части вопроса № 5, учитывайте следующие восемь аспектов повседневной жизни:

Привлекательность (в своих и чужих глазах) Досуг (в том числе спорт) Работа
Самооценка, самоуважение Размер и фасоны одежды Здоровье и самочувствие Общение
Личные отношения

6. Последствия того, что вы не достигнете желаемого веса:
- Как вы будете себя чувствовать, если не достигнете желаемого веса?
 - Как это скажется на вашей повседневной жизни?

НЕ ЗАБУДЬТЕ ПРИНЕСТИ СВОИ ОТВЕТЫ НА СЛЕДУЮЩУЮ СЕССИЮ!

Раздаточный материал S СМИРЕНИЕ И ПЕРЕМЕНЫ. ВЕРСИЯ I

- У проблемы избыточного веса есть разные аспекты, и какие то из них можно изменить, а какие-то нельзя.
- Хорошая терапия поможет пациентам изменить то, что можно изменить, и смириться с тем, чего изменить нельзя.
- Вес тела в значительной степени определяется наследственностью и поэтому его можно контролировать лишь отчасти.

• Если жестко ограничить потребление пищи, можно сильно похудеть за короткое время, однако исследования убедительно доказали, что сохранить достигнутый таким образом вес надолго не удастся.

• На данный момент не существует никакого метода лечения избыточного веса (кроме хирургических операций на желудочно-кишечном тракте), который позволил бы похудеть более чем на 10-15% изначальной массы тела, и в большинстве случаев вес набирается вновь. Как правило, в течение 1 года набирается треть потерянного веса, а в течение 5 лет - весь остальной вес. Это справедливо и для нехирургических методов лечения (разнообразных диет, в том числе низкокалорийных, модификации поведения, препаратов для подавления аппетита и пр.), и для сочетания этих методов.

- Если вы потеряете 10-15% изначальной массы тела, ваш вес составит _____.

- У большинства людей желаемый вес значительно ниже, чем их нынешняя масса тела минус 10-15%. В результате им
- кажется, будто терапия оказалась неудачной (или они сами чем-то плохи), хотя на самом деле похудеть на такую величину и сохранить этот вес — огромное достижение.
- Потеря 10-15% массы тела обеспечивает следующие благоприятные перемены.
- Улучшение внешнего вида, уменьшение объема талии (а следовательно, и размера одежды).
- Укрепление самоуважения, улучшение общего самочувствия.
- Уменьшение или исчезновение многих побочных эффектов ожирения (повышенного артериального давления, повышенного уровня липидов в крови, повышенного уровня сахара в крови), а также риска возникновения подобных симптомов.
- Улучшение физического самочувствия.
- Одновременно с потерей веса терапия помогает достичь и других целей, важных для пациента, и, как правило, в значительной степени улучшает качество его жизни.
- Ваши выводы
- Вы способны в значительной степени снизить свой вес (до 10-15% изначальной массы тела), хотя потеря веса может оказаться меньше, чем вы надеялись.
- Вы способны предпринять конкретные шаги, чтобы достичь других личных целей, однако важно, чтобы вы смирились с тем, чего нельзя изменить (диапазон вашего веса, ваше телосложение).
- Если вам не удастся смириться с тем, чего нельзя изменить, вы рискуете
- Недооценить свои достижения в ходе терапии.
- Решить, будто вы вообще не можете контролировать свой вес.
- Отнестись без энтузиазма к сохранению достигнутого веса, что становится главной причиной повторного набора веса.

ДЛЯ УСПЕШНОГО СОХРАНЕНИЯ ВЕСА РАВНО НЕОБХОДИМЫ И СМИРЕНИЕ, И ПЕРЕМЕНЫ.

Раздаточный материал Т

СМИРЕНИЕ И ПЕРЕМЕНЫ. ВЕРСИЯ II

- У проблемы избыточного веса есть разные аспекты, и какие-то из них можно изменить, а какие-то нельзя.
- Хорошая терапия поможет пациентам изменить то, что можно изменить, и смириться с тем, чего изменить нельзя.
- Вес тела в значительной степени определяется наследственностью и поэтому его можно контролировать лишь отчасти.
- Если жестко ограничить потребление пищи, можно сильно похудеть за короткое время, однако исследования убедительно доказали, что сохранить достигнутый таким образом вес надолго не удастся.
- На данный момент не существует никакого метода лечения избыточного веса (кроме хирургических операций на желудочно-кишечном тракте), который позволил бы похудеть более чем на 10-15% изначальной массы тела, и в большинстве случаев вес набирается вновь. Как правило, в течение 1 года набирается треть потерянного веса, а в течение 5 лет - весь оставшийся вес. Это справедливо и для нехирургических методов лечения (разнообразных диет, в том числе низкокалорийных, модификации поведения, препаратов для подавления аппетита и пр.), и для сочетания этих методов.
- Многие из тех, кто стремится похудеть, теряют меньше веса, чем хотели бы. В результате им кажется, будто терапия оказалась неудачной (или они сами чем-то плохи). На самом деле похудеть и сохранить достигнутый вес - это огромное достижение в любом случае, какой бы небольшой ни была потеря веса. Если человек до начала терапии полнел, для него достижением станет сохранение стабильного веса.
- Потеря 10-15% массы тела (или остановка набора веса) обеспечивает следующие благоприятные перемены и преимущества.
 - Улучшение внешнего вида, уменьшение объема талии (а следовательно, и размера одежды).
 - Укрепление самоуважения, улучшение общего самочувствия.
 - Уменьшение или исчезновение многих побочных эффектов ожирения (повышенного артериального давления, повышенного уровня липидов в крови, повышенного уровня сахара в крови), а также риска возникновения подобных симптомов.
 - Улучшение физического самочувствия.
- Одновременно с потерей веса терапия помогает достичь и других целей, важных для пациента, и, как правило, в значительной степени улучшает качество его жизни.
- Ваши выводы
- Хотя, вероятно, вы похудеете не так сильно, как хотели бы, надо считать достижением даже то, что вы перестали полнеть или сколько-нибудь похудели.
- Вы должны осознавать другие перемены к лучшему, которых вы добились в ходе терапии, например, шаги к достижению других важных для вас целей.
- Крайне важно, чтобы вы смирились с тем, чего нельзя изменить (диапазон вашего веса, ваше телосложение).
- Если вам не удастся смириться с тем, чего нельзя изменить, вы рискуете
- Недооценить свои достижения в ходе терапии.
- Решить, будто вы вообще не можете контролировать свой вес.
- Отнестись без энтузиазма к сохранению достигнутого веса, что становится главной причиной повторного набора веса.

ДЛЯ УСПЕШНОГО СОХРАНЕНИЯ ВЕСА РАВНО НЕОБХОДИМЫ И СМИРЕНИЕ, И ПЕРЕМЕНЫ.

Раздаточный материал U

РАБОТА С ИЗМЕНЕНИЯМИ ВЕСА

Вам необходимо еженедельно изучать свой график динамики веса, обращая особое внимание на отметки за последние 4 недели. На этом будет основан ваш еженедельный самоотчет. Он состоит из следующих этапов.

1. Выявление и оценка любых изменений веса.

Вопросы:

- Что это - внезапный скачок или постепенное повышение (понижение) веса?
- Вышел ли вес за «направляющие»?

Действия:

- Изучить график динамики веса, обращая особое внимание на отметки за последние 4 недели.

2. Выявление причин любых изменений веса с точки зрения потребления и расхода энергии.

Вопросы:

- Вызваны ли перемены изменением рациона?
- Вызваны ли перемены изменением уровня физической активности?
- Вызваны ли перемены нарушениями здоровья, беременностью, медикаментозным лечением?

Действия:

• Чтобы собрать информацию, необходимо тщательно проследить за потреблением энергии с пищей и питьем. Зачастую целесообразно на некоторое время возобновить подсчет калорий (а для этого взвешивать пищу). Зачастую набор веса вызывается постепенным (и потому незаметным) увеличением размера порций, «кусочничаньем», изменением состава рациона (и увеличением потребления высококалорийной пищи) и склонностью «заедать» стресс.

• Кроме того, следует обдумать возможную роль перемен в физической активности. Не отказались ли вы от ежедневной физической нагрузки (спорта, плавания в бассейне, пеших прогулок)?

3. Выявление глубинных причин перемен в поведении. Вопросы:

- Есть ли очевидное объяснение этих перемен?
- Вызвано ли оно изменением привычек и возвратом к вредным привычкам?

Действия:

• Следует подумать о том, какие факторы в вашей жизни влияют на перемены в вашем поведении. Если недавно в вашей жизни что-то изменилось, выявить глубинные причины не составит труда. Постепенные перемены выявить труднее.

4. Разработка и воплощение плана работы с набором веса.

Составьте план действий в случае набора веса. Работа должна проходить в два этапа.

• Во-первых, вы должны достигнуть дефицита энергии, чтобы вернуть вес в целевой диапазон. Обычно для этого приходится на несколько недель ограничить рацион (скажем, снизить его калорийность до 1500 калорий). Следует тщательно (каждые 3-7 дней) отслеживать прогресс и изменять тактику в соответствии с полученными данными.

• Во-вторых, как только вес будет скорректирован, следует предпринять дальнейшие шаги по его стабилизации. Как правило, для этого требуется скорректировать и потребление энергии, и физическую активность согласно вышеизложенным принципам. Слежение за калорийностью потребляемой пищи следует прекратить, а регулярное наблюдение над весом продолжить.

5. Разработка и воплощение плана работы с глубинными причинами перемен в поведении.

Вы должны работать и с глубинными причинами набора веса. Лучше всего применять для этого стандартный алгоритм решения проблем. Как и при коррекции питания и активности, следует постоянно отслеживать прогресс и со ответствующим образом изменять планы.

Раздаточный материал V

ПРИМЕРНЫЙ ПЛАН СОХРАНЕНИЯ ВЕСА

Сделайте пометки под данными заголовками.

1. Причины, по которым я не хочу снова набирать вес:

- a.
- b.
- c.
- d.

2. Полезные привычки, которые стоит сохранить (питание)

- a.
- b.
- c.
- d.

3. Полезные привычки, которые стоит сохранить (физическая активность)

- a.
- b.
- c.
- d.

4. Опасные зоны, о которых надо помнить:

- a.
- b.
- c.
- d.