

Ирина Малкина-Пых

ЛИШНИЙ ВЕС

Освободиться
и забыть

НАВСЕГДА

психология здоровья



Ирина Германовна Малкина-Пых Лишний вес. Освободиться и забыть. Навсегда

предоставлено правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=174670

И. Малкина-Пых «Лишний вес. Освободиться и забыть. Навсегда»: Эксмо; Москва; 2007

ISBN 978-5-699-24467-6

Аннотация

Вы устали сражаться с лишними килограммами? Вы не хотите больше мучить свой организм жесткими диетами? Вы не готовы рисковать своим здоровьем, принимая «волшебные таблетки» с непредсказуемым побочным действием? Тогда пора перестать бороться со следствием и взяться за причины.

Ведущий отечественный специалист по проблемам психосоматики И. Г. Малкина-Пых предлагает уникальную методику, которая устраняет причину лишнего веса – нарушенное пищевое поведение. Это единственный способ, который поможет вам избавиться от лишних килограммов и забыть о проблеме лишнего веса навсегда.

Содержание

Введение	4
Глава 1	9
1.1. Что такое «пищевое поведение»	10
1.2. Что такое голод и аппетит	13
1.3. Нарушения пищевого поведения, приводящие к лишнему весу	15
1.3.1. Психологические причины возникновения нарушений пищевого поведения	15
1.3.2. Эмоциогенное пищевое поведение	16
1.3.3. Экстернальное пищевое поведение	18
1.3.4. Ограничительное пищевое поведение	19
1.4. «Человек переедающий» – картина личности	25
Глава 2	28
2.1. Как рассчитывается идеальная масса тела	29
2.2. Какое бывает ожирение	30
2.3. Как регулируется пищевое поведение	31
2.4. Причины возникновения лишнего веса. Мнение медицины	33
Конец ознакомительного фрагмента.	35

Ирина Малкина-Пых

Лишний вес. Освободиться и забыть. Навсегда

Введение

В последней четверти XX века ожирение стало социальной проблемой в странах с высоким уровнем экономического развития, включая Россию, в которых как минимум 30 % населения имеют избыточную массу тела (Гинзбург и др., 1999). С избыточным весом связано многократное повышение частоты развития артериальной гипертонии, инсулин-независимого сахарного диабета (ИНСД), атеросклероза и ишемической болезни сердца, остеохондроза позвоночника и полиартрита, дискинезии желчного пузыря, хронического холецистита и желчекаменной болезни, различных опухолей и ряда других заболеваний. Примерно в 98 % всех случаев причиной избыточной массы тела является переизбыток пищи. Оставшиеся 2 % – эндокринные заболевания, сопровождающиеся приемом гормональных препаратов, и в этом случае необходимо лечить основной недуг.

Ожирение уменьшает продолжительность жизни в среднем на 3–5 лет при умеренном избытке веса и до 15 лет при выраженном ожирении. Установлено, что если бы человечеству удалось решить проблему ожирения, средняя продолжительность жизни увеличилась бы на 4 года. Тогда как решение проблемы злокачественных опухолей увеличило бы среднюю продолжительность жизни только на 1 год.

Актуальность проблемы ожирения заключается еще и в том, что количество людей с избыточным весом постоянно растет. Такой прирост составляет 10 % от прежнего количества за каждые 10 лет. Подсчитано, что если данная тенденция сохранится, то к середине следующего столетия практически все население экономически развитых стран будет болеть ожирением.

Проблема **лечения лишнего веса** была хорошо известна еще в Древней Греции, хотя повстречать человека, страдающего лишним весом, можно было не так часто, как в современных развитых европейских странах. Не случайно известный античный риторик Claudius Aelian (170–235 н. э.) включил в свои «Исторические заметки» подробное описание людей с подобным недугом. По мнению Aelian, ожирение было серьезной проблемой, достойной освещения в его работе, описывающей множество анекдотов и курьезных историй о необычных и странных персонах античного мира (<http://www.ves.ru>).

В современном западном обществе ожирение преобладает в нижней социально-экономической прослойке, в то время как в Древней Греции наблюдалась противоположная ситуация. Фактически большинство людей, описанных Aelian, были государственными деятелями. К примеру, Дионисиус из Гераклеи, живший в IV веке до н. э.

Хотя так же, как и в наши дни, **лишний вес** тогда не считали серьезным недугом, как другие болезни, но к таким людям относились весьма презрительно. Дионисиус был очень толст, главным образом, от обжорства, он, подобно нашим современникам, стыдился своей полноты. Aelian рассказывает, что Дионисиус скрывал свое тело в бочке, из которой виднелась лишь его голова. Таким образом, он мог отдавать распоряжения слугам (ведь он к тому же был настоящим тираном Гераклеи!) и есть все, что захочет, в то время как его массивное тело, которого он так стеснялся, было спрятано от его подданных.

Дальнейшее развитие истории борьбы с лишним весом относится к началу прошлого тысячелетия.

1087: Король Англии Вильгельм I становится настолько толстым, что уже не в состоянии ездить верхом. Для борьбы с **лишним весом** он прибегает к алкоголю (сказывается нормандское происхождение короля), употребляя его в больших количествах, – это и является его жидкой диетой.

1830-е: Сильвестр Грэхем (Sylvester Graham), пресвитерианский священник, предлагает ограничительную диету для искоренения таких грехов, как обжорство, сексуальные желания и прочие аморальности. Хорошая комбинация религиозных чувств с пищевыми рекомендациями. Грэхем также напоминает, что лишний вес приводит к нарушению пищеварения, а оно, в свою очередь, к различным болезням. Ярые приверженцы учения Грэхема клянутся, что после сокращения питания они отлично себя чувствуют, хотя на вид бледные и вялые. Из-за этих бледнолицых Грэхем впоследствии получил прозвище «Доктор Опилки».

1878: Умирает Вильям Бантинг (William Banting), автор труда «Письмо о тучности» («Letter on Corpulence»). Эта работа, основанная на советах доктора Вильяма Харви (William Harvey), предупреждает о вреде еды, содержащей много сахара и крахмала. Сам Бантинг успешно сбрасывает 46 фунтов (20 кг) и выдвигает идею, что съеденные картошка и макароны в человеческом организме превращаются в жир. Идея оказывается настолько популярной, что британские граждане начинают применять слово «бантинг» для обозначения потери веса посредством диеты с ограничением сахара и крахмала.

1879: Выпускник Университета Джона Гопкинса (США) изобретает сахарин. Это служит толчком к основанию знаменитой «Monsanto» – мегакорпорации по пищевым биотехнологиям.

1890-е: Химик Вильбур Этюотер (Wilbur O. Atwater) «расщепляет» продукты питания на отдельные компоненты – белки, жиры и углеводы – и измеряет калорийную ценность каждой группы.

1894: В качестве средства для похудения начинают прописывать вещества, полученные из щитовидных желез животных.

1896: Появляются первые рекламы продукции для потери **лишнего веса**. В состав подобных снадобий входят слабительные, очистительные, мышьяк, стрихнин, стиральная сода и английская горькая соль.

Ранние 1900-е: История «похудательного» ажиотажа берет свои истоки в начале 1900-х годов, когда со страниц газет неиссякаемым потоком пошла реклама новейших способов избавления от лишнего веса. Тогда-то и начали сколачиваться состояния на «волшебных пилюлях от жира» и «удивительных методиках быстрого похудения».

Параллельно в истории мировой медицины появились имена выдающихся ученых. Аптон Синклер (Upton Sinclair) пропагандирует соблюдение постов как универсальное средство лечения и истощения, и лишнего веса. Гервард Каррингтон (Hereward Carrington) пропагандирует питание только сырыми фруктами и овощами. Гораций Флетчер (Hogase Fletcher) – длительное и тщательное пережевывание пищи, за что получает прозвище Великий Жующий. В гибком английском языке даже появилось слово «флетчерайзинг» – «пережевывание пищи по методу Флетчера».

Рассел Читтенден (Russell Chittenden), химик из Йельского университета (США), берет на вооружение идею химика Этюотера об измерении еды в калориях. Калория – это количество тепла, необходимое для поднятия температуры 1 г воды на 1 град. по Цельсию. Измерение калорий хорошо подходит для определения энергетической ценности еды и энергии, потраченной на физические упражнения. Начинается повсеместный подсчет калорий.

1917: Доктор Лулу Хант Петерс (Lulu Hunt Peters) публикует «Диеты и здоровье с разгадкой калорий» («Diet and Health, with Key to the Calories»). Это первая книга, пропа-

гандирующая подсчет калорийности и соблюдение калоража как метод уменьшения веса. Предлагается такой научный принцип: контроль веса – это контроль калорий. А те, кто не в состоянии контролировать свой вес, объявляются недисциплинированными и морально неустойчивыми.

После Первой мировой войны: Замечено, что тучные мужчины, работающие на фабриках по выпуску боеприпасов с динитрофенолом, стремительно теряют вес. Медики берут сей факт на вооружение, и начинают прописывать это волшебное вещество для лечения ожирения. Динитрофенол также используют в сельском хозяйстве как инсектицид и гербицид, но желающих похудеть это не смущает. Сбрасывание **лишнего веса** происходит за счет того, что динитрофенол сильно ускоряет метаболизм. К 1935 году динитрофенол успевают принять более 10 тысяч человек. А к 1938 году динитрофенолом прекращают пользоваться.

1920-1950-е: Повсеместный подсчет калорий постепенно затихает.

1921: Американская Медицинская Ассоциация (American Medical Association) в своем компендиуме «Панацеи и знахарство» («Nostrums and Quackery») упоминает ламинарию, фукус и лаконос как средства, способствующие похудению.

1940-е: Врач Альфред Пеннингтон (Alfred Pennington) проводит наблюдение над сотрудниками компании «DuPont», имеющими **лишний вес**, и приходит к следующему выводу: чтобы похудеть, надо есть жиры. Этот вывод основан на том предположении, что когда организм перерабатывает жиры, он не в состоянии перерабатывать углеводы, и, таким образом, при обильном потреблении жиров потребляемые углеводы исключаются из энергетического обмена.

1943: Марион Вайт в своей книге «Диета без отчаяния» предложила альтернативу оливковому и растительным маслам: минеральное масло, неперевариваемое человеческим организмом. Однако минеральное масло, уже хорошо известное и продаваемое в аптеках в качестве слабительного, вызывает газы, вздутие живота, диарею и другие желудочно-кишечные расстройства.

1944: В американской армии проводят изучение действия полуголодных диет на гражданах, отказавшихся от военной службы по политическим или религиозно-этическим убеждениям. Результаты таковы: большинство участников этих экспериментов, бывшие в начале эксперимента здоровыми и энергичными, становятся больными и квелыми.

1950-е: Женские журналы вспоминают о давно забытом подсчете калорий и воскрешают идею вытачивания фигуры посредством уменьшения калоража. А для вдохновения на диетподвиги приводятся многочисленные частные случаи счастливого похудения.

1951: Тилли Люис (Tillie Lewis) запускает в производство и продажу свою знаменитую линию «Tasti – Diet» – продукты на сахарине вместо сахара: пирожные, пуддинги, желе, шоколадные соусы.

1952: Газета «Newsweek» публикует статью «Тучная личность» («Fat Personality»), посвященную толстякам. Идея статьи такова: желание кушать всякие высококалорийные блюда идет от тоски, неустроенной личной жизни и сексуальной недостаточности.

1955: Рождение индустрии жирозаменителей. О.А. Батиста (O.A. Batista), прокрутив волокна искусственного шелка в миксере, с изумлением обнаружил, что полученный продукт на вид и на ощупь – ну в точности как жир! Продукт выпускают на рынок под названием «AviceI». Однако его вкусовые качества оставляют желать лучшего.

1957: Становится популярным использование человеческого гормона роста – хорионического гонадотропина (ХГ). ХГ используют для лечения мальчиков с синдромом Фрелиха (Frohlich's syndrome) – это расстройство функции гипоталамуса, приводящее к увеличению веса. Лечение ХГ успешно убирает у мальчиков жир с бедер, ягодиц и нижней части живота. Однако это не подходит для женщин, потому что у них не бывает синдрома Фрелиха.

1959: Журнал «New York Times» отмечает, что 90 % всех случаев ожирения вызваны «психогенными проблемами».

1961: Массовое стремление следить за своим весом породило новую мораль: жир признан аморальным.

1961: Первый диет-гуру – Джек Лаланн (Jack LaLanne) – набирает популярность. Он внедряет физические упражнения для похудения, предлагает оборудование для выполнения этих упражнений, диетические напитки, витамины, белковые вафли и вдохновляющие книги. Также он одним из первых внедряет в массы концепцию низкожировой кухни.

1961: Доктор Герман Толлер (Herman Taller) публикует книгу «Не считайте калории».

О новейшей истории и современных методах снижения лишнего веса можно подробно прочитать в ряде замечательных книг, например Бессесен Д.Г., Кушнер Р. Избыточный вес и ожирение. Профилактика, диагностика и лечение. – М.: ЗАО «Издательство БИНОМ», 2004; Бобровский А. Современные методы снижения веса. Осторожно! Не все они полезны. – СПб., ИК «Невский проспект», 2005.

Приведенные факты говорят о том, что проблема избыточного веса актуальна и по сей день, несмотря на то, что чуть ли не каждый месяц появляется новое средство или метод, обещающее гарантированное похудение. Гигантская индустрия производства всевозможных таблеток, поясов для похудения и других чудодейственных способов сбросить вес процветает, а масса тела среднестатистического россиянина год от года увеличивается.

Экономисты подсчитали: человек, который изобретет эффективное средство от избыточного веса, станет миллиардером менее чем за полторы минуты. Это отражает, с одной стороны, неэффективность большинства диет и препаратов для коррекции веса, а с другой стороны – злободневность проблемы.

Отчасти эта ситуация объясняется тем, что большинство способов нормализации веса устраняют следствие, а не причину. Ведь избавиться от истинной причины переедания гораздо сложнее, чем надеть «волшебный» пояс, который «работает в то время, когда вы отдыхаете», или съесть «чудесную» таблетку, которая «позволит есть все, что вы захотите». Производителям выгодно держать потенциального покупателя в неведении, заставляя его «клевать» на все новое.

Между тем психология и психотерапия располагают вполне реальными разнообразными подходами и методами помощи человеку, страдающему от переедания и лишнего веса. Именно практическая психология дает наиболее устойчивые результаты преобразования внешности. И в развитых странах, где еще в прошлом столетии отказались от многих способов лечения, до сих пор практикуемых в России, для снижения веса обычно обращаются к психологам и психотерапевтам.

Это и понятно, поскольку большинство ученых, работающих над проблемой алиментарного (пищевого) ожирения, сходятся в одном: лишние килограммы обусловлены привычками их «хозяина». Привычка – это сложившийся стереотип поведения, в том числе и пищевого. Другими словами, переедание обычно является результатом нарушения ваших отношений с едой, то есть вашего пищевого поведения. Это привычка есть много жирной или сладкой пищи, мало двигаться или «заедать» стресс. Это – образ жизни полного человека. Психологические методы помогают нормализовать пищевое поведение и отказаться от старых привычек.

Книга, которую вы держите сейчас в руках, призвана научить вас самостоятельно снижать вес, избавляясь от его основных причин, контролировать свой вес и сохранять стройность.

Из этой книги вы узнаете:

- что такое пищевое поведение, почему и как оно может нарушаться;
- как различаются голод и аппетит;
- как объясняет причины возникновения лишнего веса медицина, а как – психология;
- что такое психосоматика и пищевая зависимость.

Но самое главное, что в каждом разделе даются практические рекомендации, направленные не столько на похудение, сколько на нормализацию вашего пищевого поведения, поэтому, выполняя предлагаемые техники, вы при желании сможете:

- выяснить настоящие причины возникновения вашего лишнего веса;
- научиться разделять понятия голод и аппетит;
- понять, какие эмоции вы «заедаете», и перестать делать это;
- осознать пользу лишних килограммов и распрощаться с ними;
- стать любящим родителем самому себе;
- научиться любить и понимать свое тело, вашего лучшего друга на земле.

Глава 1

Лишний вес и пищевое поведение

Потребность в пище является одной из первичных *биологических* потребностей, она направлена на поддержание жизни. Люди едят для того, чтобы получать необходимую энергию, строить новые клетки и создавать сложные химические соединения, необходимые для жизни.

Согласно теории А. Маслоу потребности человека, касающиеся биологического выживания, должны получить удовлетворение на минимальном уровне, прежде чем станут актуальными любые потребности более высокого уровня (Хьелл, Зиглер, 1997).

Тем не менее ежедневный рацион человека, как правило, не ограничивается лишь жизненно необходимыми калориями и питательными веществами. Кроме того, количество съеденного, время приема пищи, предпочтение определенных продуктов питания и их сочетаний – все это отличается своеобразием у каждого человека.

1.1. Что такое «пищевое поведение»

Итак, под *пищевым поведением* понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа (Менделевич, 2005). Иными словами, пищевое поведение включает в себя установки, формы поведения, привычки и эмоции, касающиеся еды, которые индивидуальны для каждого человека.

Пищевое поведение определяют не только потребности, но и полученные в прошлом знания. Хотя потребность в энергии и создает такое биологическое влечение, как чувство голода, на конкретное поведение (что человек будет есть) влияют сформировавшиеся привычки и стратегии мышления (Фрэнкин, 2003).

Биологические потребности с учетом индивидуального опыта и конкретных условий относятся к *физиологическим* потребностям. С ними тесно связаны привычки – сформированные в процессе развития стереотипные действия высокой степени прочности и автоматизации (Шостак, Лытаев, 1999). Пищевые привычки определяются традициями семьи и общества, религиозными представлениями, жизненным опытом, советами врачей, модой (Коньшев, 1985), экономическими и личностными причинами.

Хотя питание, безусловно, является физиологической потребностью, *психологическая* мотивация также влияет на пищевое поведение – как здоровое, так и патологическое. Например, потребность поесть может быть вызвана не только желанием «накормить себя», но и положительными (например, счастье) и отрицательными (например, злость, депрессия) эмоциями. Не последнюю роль играют внутренние социальные установки, нормы и ожидания в отношении потребления пищи.

Ожирение возникает в результате воздействия множества разнообразных психологических факторов, среди которых чаще встречаются следующие.

- Фрустрация при утрате объекта любви. Например, ожирение, чаще у женщин, после смерти супруга, разлуки с сексуальным партнером или даже после ухода из родительского дома («пансионное ожирение»). Известно, что утрата близкого человека может сопровождаться подавленностью и одновременно – повышением аппетита («заесть горькую пилюлю»). Дети часто реагируют повышенным аппетитом на рождение младшего ребенка в семье.

- Общая подавленность, гнев, страх перед одиночеством и чувство пустоты могут стать поводом к импульсивному перееданию.

- Ситуации, требующие особых усилий и повышенного напряжения (например, подготовка к экзаменам, профессиональные перегрузки), пробуждают у многих людей повышенные оральные потребности, которые приводят к усиленному потреблению пищи или курению.

Во всех этих ситуациях еда играет роль заместителя удовлетворения. Она укрепляет связи, создает ощущение безопасности, ослабляет боль, чувство утраты и разочарования; еще в детстве многие люди усвоили, что при боли, болезни или потерях им дают сладости для утешения, этот опыт может стать основой для неосознанных психосоматических реакций у взрослого.

Необходимо также отметить *социальное* значение еды. Питание человека с самого рождения связано с межличностным общением. Впоследствии еда становится неотъемлемой частью процесса общения, социализации: празднования различных событий, установления и формирования деловых и дружеских взаимоотношений. В свою очередь, традиции,

пищевые привычки отражают уровень развития культуры, национальную, территориальную и религиозную принадлежность, а также семейное воспитание в сфере пищевого поведения.

При анализе психосоциальных аспектов ожирения выделяют следующие функции пищевого поведения: поддержание гомеостаза, релаксация, получение удовольствия, коммуникация, самоутверждение (оно связано с представлением о престижности пищи и «солидной» внешности), познание, поддержание ритуала или привычки, компенсация, награда, защита и удовлетворение эстетической потребности (Креславский, 1981).

Таким образом, пищевое поведение человека направлено на удовлетворение не только биологических и физиологических, но также психологических и социальных потребностей.

Была разработана современная концепция накопления избыточного веса, не только объясняющая причины трудностей в похудении, но и дающая реальный шанс с легкостью снизить вес и сохранить вожделенную стройность. Это так называемая *биопсихосоциальная модель*. В соответствии с перечисленными функциями еды в ней выделяется три группы причин, приводящих к лишним килограммам (Гаврилов и др., 2006).

Во-первых, физиология организма, или **биологические причины**: малоподвижный образ жизни, наследственная предрасположенность, состояние энергетического обмена. Далее мы подробно рассмотрим взаимосвязь обменных процессов с душевным состоянием, пока же только подчеркнем, что биологическая составляющая избыточного веса во многом зависит от составляющей психологической.

Во-вторых, причины психологические. Об этом мы будем подробно говорить в главе 3 нашей книги. Сейчас же коротко напомним, что психологические причины характеризуются двумя моментами.

1. Психологическая зависимость от пищи, когда еда используется для коррекции настроения, подобно алкоголю или никотину. И если мужчинам свойственно «залить» горе или скуку спиртным, то для женщин наиболее социально приемлемый способ «утешиться» – это возможность переплавить свои негативные эмоции в жир. Торты и шоколадки повышают настроение, не вызывая порицания со стороны общества.

2. Так называемая гиперфагическая (греч. *hyperphagia*, гипер+ *phagein*– есть, поедать, пожирать) реакция на стресс, когда пища используется во время или после стресса. В этом случае переедание своего рода предмет «забавы», стремление заслониться от реальности. Но делать вывод о полноценном антистрессовом эффекте преждевременно, поскольку в этом случае создается лишь видимость душевного благополучия. Проблема, не находя решения, «загоняется вглубь» и периодически дает о себе знать.

Третья группа причин избыточного веса – это **социум**. Иными словами, использование пищи и, вследствие этого, переедание для улучшения общения с близкими, друзьями, коллегами. В данном случае лишние килограммы могут быть и результатом воспитания в чересчур хлебосольной семье, и следствием привычки расслабляться в дружеской компании за столом, ломящимся от яств, и средством общения в рабочем коллективе.

Избыточный вес предоставляет немало «социальных» выгод: начальникам – авторитетную солидную внешность, женам – отсутствие ревности со стороны мужа, домохозяйкам – репутацию радушных кулинарок.

Таким образом, выбор жизненного стиля под названием «переедание» порой диктуется принятыми в обществе традициями, обычаями, ритуалами, правилами поведения, модой, воспитанием. Все это формирует не только нашу личность, но и наш облик, а эти два понятия неразделимы.

Вывод напрашивается сам собой: если природа заболевания преимущественно психосоциальная, то и основным средством лечения

должна стать психотерапия – коррекция всех трех первопричин переедания. Если хотя бы одна составляющая останется, сброшенные с таким трудом килограммы быстро вернуться.

1.2. Что такое голод и аппетит

Количество, качество и частота потребления пищи зависят от таких феноменов, как чувство голода, аппетит и чувство насыщения. *Физиологическим* регулятором количества потребляемой пищи является *голод* – совокупность неприятных переживаний, заключающихся в ощущении пустоты и спазмов в желудке и в инстинктивном ощущении необходимости поесть (Татонь, 1981). Чувство голода возникает тогда, когда питательные запасы организма недостаточны для энергетического равновесия. Одним из факторов голода является сокращение пустого желудка, которое механорецепторы его стенок передают в головной мозг, где и формируется чувство голода. Иногда мощные сокращения мышц желудка связаны со снижением концентрации глюкозы в крови.

Итак, голод можно определить как потребность организма в питательных веществах, он распознается как пустота в желудке, недостаток энергии, слабость. Голод – это сигнал, а чаще всего несколько сигналов вашего тела: «подсасывание» в области солнечного сплетения, урчание или чувство дискомфорта и пустоты в желудке, повышенное слюноотделение, легкое головокружение.

По данным многих исследований, чувство голода зависит также от температуры окружающей среды (Корешкин, 1998). Тем не менее необходимо различать голод, как физиологическое состояние, и психологический фактор восприятия и осознания голода. Психологическое переживание выражается в неприятном, приковывающем внимание, ощущении, которое человек испытывает при лишении пищи и которое приводит к поиску еды для облегчения дискомфорта. В более позитивной форме это желание называется аппетитом (лат. *appetitus* – «стремление, желание»). Собственно, он играет важную роль в получении удовольствия от еды и формировании пищевых привычек (Савчикова, 2005).

Appetitus, один из *психологических* факторов регуляции пищевого поведения, представляет собой общее чувство приятных эмоциональных ощущений, связанных со стремлением человека к приему определенной пищи. Аппетит может быть компонентом чувства голода, но может существовать и сам по себе, независимо от питательных запасов организма. В отличие от голода аппетит не зависит от сохранения энергетического равновесия, он может усиливаться или ослабевать под воздействием различных условных раздражителей (Газенко, 1987). Аппетитность конкретной пищи в большой степени зависит от отношения к ней.

Аппетит всегда обусловлен нефизиологическими обстоятельствами и проявляется как реакция на душевный дискомфорт, например, когда тревожно на душе, или скука одолела, или возникает «за компанию». В ряде случаев, когда аппетит выходит из-под контроля, он становится «жором». Аппетит – это еще и использование пищи для получения удовольствий.

Аппетит и голод можно легко различать на физическом уровне: выше и ниже уровня диафрагмы. Все, что выше (душевные переживания, мысли о еде, восприятия вкусовых рецепторов) – это аппетит. Все, что ниже (ощущения в желудке, слабость в ногах, сексуальное безразличие) – это голод (Бобровский и др., 2006).

Противоположными по отношению к аппетиту и голоду являются состояния *насыщения* и *сытости*, для которых характерно отсутствие желания есть. Насыщение заставляет закончить прием пищи, при сытости желание есть подавляется на какое-то время. Эти состояния сопровождаются чувством удовольствия и ощущением полноты в желудке.

Выбор пищи зависит от комплекса физиологических, психологических и социокультурных факторов. При изучении их влияния на чувствительность к внутренним и внешним признакам голода были получены данные, свидетельствующие о том, что на субъективную оценку чувства голода и насыщения влияет не только калорийность пищи, но и ее состав. Таким образом, внешние раздражители оказывают влияние на формирование у человека ощущений голода и насыщения.

Итак, самой простой формой пищевого поведения является прием пищи с целью удовлетворения потребности в питательных веществах, когда еда является средством поддержания энергетического равновесия. Однако потребность в пище, будучи чисто биологической по своей природе у животных, у человека предстает в более сложном виде, являясь средством:

- разрядки психоэмоционального напряжения;
- чувственного наслаждения, выступающего как самоцель;
- общения, когда еда связана с пребыванием в коллективе;
- самоутверждения, когда первостепенную роль играют представления о престижности пищи и о соответствующей «солидной» внешности;
- поддержания определенных ритуалов или привычек (религиозных, национальных, семейных);
- компенсации неудовлетворенных потребностей (потребность в общении, родительской заботе и т. д.);
- награды или поощрения за счет вкусовых качеств пищи;
- удовлетворения эстетической потребности (Савенков, 1985).

1.3. Нарушения пищевого поведения, приводящие к лишнему весу

Пищевое поведение может быть гармоничным (адекватным) или девиантным (отклоняющимся), это зависит от множества параметров, в частности, от того, какое место занимает процесс питания в иерархии ценностей человека, а также от количественных и качественных показателей питания. Этнокультурные факторы оказывают огромное влияние на стереотип пищевого поведения, особенно при стрессе. Извечный вопрос о значении питания – это вопрос о связи питания с жизненными целями («есть, чтобы жить, или жить, чтобы есть»).

Несмотря на то что чрезвычайно сложно определить «нормальные» пищевые стереотипы, существует определенная типология пищевого поведения и его нарушений.

1.3.1. Психологические причины возникновения нарушений пищевого поведения

Здесь необходимо вспомнить, что наше пищевое поведение начинает формироваться в первые часы после рождения, когда нас в роддоме приносят на первое кормление.

Именно поэтому стиль питания отражает эмоциональные потребности и душевное состояние человека. Ни одна другая биологическая функция в ранние годы жизни не играет столь важной роли в эмоциональном состоянии человека, как питание. Ребенок впервые испытывает избавление от телесного дискомфорта во время грудного кормления; таким образом, удовлетворение голода обретает крепкую связь с ощущением комфорта и защищенности.

Страх голодной смерти становится основой ощущения незащищенности (страх перед будущим), даже если учесть, что в современной цивилизации смерть от голода – явление редкое. Для ребенка ситуация насыщения означает «меня любят»; фактически чувство защищенности, связанное с насыщением, основано на этом тождестве (оральная чувствительность) (Александр, 2002).

Таким образом, чувства сытости, защищенности и любви в переживаниях младенца тесно связаны и смешаны между собой (Любан-Плоцца и др., 2000).

Метафорическое и символическое значение еды достаточно очевидно: поддерживать жизнь, ощущать вкус мира, впуская его в себя (Перлз, 2000). В первые дни и месяцы жизни ребенка кормление становится той «ведущей деятельностью», в которой формируются другие психические процессы, – отношение к себе как эмоциональная матрица самоосознания.

На первом году жизни отношения матери и ребенка во многом определяются приемом пищи. Кормящая мать, навязывая ребенку вопреки его желанию ритм кормления (общепринятое еще совсем недавно «кормление по часам»), тем самым воспитывает в ребенке недоверие к себе самому и к окружающему миру. В этой ситуации младенец часто глотает поспешно, не испытывая насыщения. Подобное поведение является ответом младенца на «незащищенные», нарушенные отношения с матерью, формируя, таким образом, основы нарушений нашего пищевого поведения, иногда на всю жизнь.

Установка матери относительно ребенка имеет большее значение, чем метод кормления. На это указывал и З. Фрейд. Если мать не проявляет любви к ребенку, а во время кормления она спешит или в мыслях своих далека от него, у ребенка может появиться агрессия к матери. Свои агрессивные импульсы ребенок не может ни выразить в поведении, ни пре-

одолеть, он может их лишь вытеснить. Это ведет к двойственной установке к матери. Конфликтующие чувства обуславливают различные вегетативные реакции. С одной стороны, организм готов для приема пищи. Если же ребенок бессознательно отвергает мать, это ведет к обратной реакции – к спазмам, рвоте.

Кормление может поощрять и наказывать, с молоком матери ребенок «впитывает» систему значений, опосредующих естественный процесс поглощения пищи и превращающих его в орудие внешнего контроля, а затем и самоконтроля (Столин, 1983). Более того, благодаря своему поведению во время кормления ребенок получает мощное средство воздействия на других, поскольку может вызывать тревогу, радость, повышенное внимание, и, таким образом, учится манипулировать поведением значимого взрослого.

В то же время еда для ребенка поддерживает бессознательную фантазию единения с матерью, впоследствии продовольственный магазин или холодильник могут стать символическими заменителями матери. Для многих взрослых людей быть сытым означает находиться в безопасности, в непосредственной близости от матери, поэтому удовлетворение непреодолимого желания поесть неосознанно способствует ослаблению страха.

Были выделены разнообразные по силе и длительности воздействия факторы, способствующие развитию нарушений пищевого поведения: конституционально-биологические, социально-психологические, микросоциальные, психогенные. Роль этих факторов и их сочетаний в происхождении нарушений пищевого поведения неоднозначна. Механизмы возникновения пищевых нарушений также до конца не изучены.

Лишний вес, ожирение являются результатом нарушений пищевого поведения, в первую очередь, по типу переедания. Ожирение – это увеличение массы тела за счет избыточного отложения жировой ткани. Различают экзогенно-конституциональное (алиментарное) ожирение вследствие несоответствия между поступлением и расходом энергии при наличии конституциональной предрасположенности; церебральное, связанное с заболеваниями головного мозга (воспалительный процесс, травма, опухоли); эндокринное, возникающее при патологии эндокринной системы (заболевания гипофиза, надпочечников, щитовидной железы и др.).

К возникновению лишнего веса чаще всего приводят такие нарушения пищевого поведения, как эмоциогенное, экстернальное и ограничительное пищевое поведение (Савчикова, 2005).

1.3.2. Эмоциогенное пищевое поведение

Эмоциогенное пищевое поведение наблюдается после стресса или эмоционального дискомфорта. Распространенной реакцией на такие состояния, как гнев, страх и тревога, является потеря аппетита, но некоторые люди реагируют на это чрезмерным потреблением пищи.

Такое нарушение наблюдается у 30 % представителей любого пола с абсолютно нормальным весом, но наиболее характерно для полных эмоциональных женщин, а у пациентов с ожирением встречается в 60 % случаев.

При этом типе нарушения пищевого поведения стимулом к приему пищи является не голод, а эмоциональный дискомфорт, когда человек ест не потому, что голоден. Другими словами, при эмоциогенном пищевом поведении человек «заедает» свои горести, несчастья и стрессы, так же, как человек, привыкший к алкоголю, «запивает». Для этого используются разные виды пищи, но в основном преобладают легкоусвояемые высококалорийные

продукты, богатые углеводами и жирами (пирожные, мороженое, пирожки, конфеты, торты, шоколад).

В данном случае продукты питания являются своеобразным лекарством, так как действительно приносят не только насыщение, но и успокоение, удовольствие, релаксацию, снимают эмоциональное напряжение, повышают настроение.

Эмоциогенное пищевое поведение может быть представлено еще двумя подвидами: компульсивное (англ. *compulsive* – вынужденный) пищевое поведение и синдром ночной еды.

У больных, находящихся на строгих диетах, распространенность компульсивного пищевого поведения достигает 50 %. Оно проявляется четко обозначенными во времени, довольно короткими, повторяющимися приступами переедания, которые длятся не более двух часов. Во время такого приступа человек ест намного больше и значительно быстрее обычного. У него может возникать ощущение потери контроля над количеством съеденного, он не способен остановить прием пищи, пока не пройдет приступ. Эпизоды переедания сопровождаются тремя любыми из следующих признаков: прием пищи совершается быстрее, чем обычно; прием пищи до ощущения неприятного переполнения желудка; прием больших количеств пищи без чувства голода; переедание в одиночестве из-за стыда перед окружающими. Частота эпизодов резкого переедания, позволяющая диагностировать данную форму нарушения, – не реже двух раз в неделю на протяжении полугода.

Особым видом эмоциогенного пищевого поведения является ночная еда, которая наблюдается у 9 % людей с ожирением. Синдром ночной еды проявляется как триада симптомов: утренняя анорексия (нежелание есть, отсутствие аппетита), вечерняя и ночная булимия (повышенный аппетит с перееданием), нарушения сна. Люди с синдромом ночной еды, как правило, не принимают пищу всю первую половину дня. Во второй половине дня аппетит значительно возрастает, и к вечеру ощущается сильный голод, который и приводит к перееданию.

Чем сильнее дневной эмоциональный дискомфорт, тем ярче выражено вечернее переедание. Характерно, что человек не может заснуть, не съев избыточного количества пищи. Его сон поверхностен, тревожен, беспокоен, он может несколько раз за ночь просыпаться, чтобы поесть, после чего активность и работоспособность его значительно снижаются, появляется сонливость, нарушается профессиональная деятельность. Это является одной из причин отказа от приема пищи в течение рабочего дня. Вечернее переедание используется в качестве снотворного средства.

Эмоциогенное пищевое поведение и ожирение также рассматриваются в рамках гипотезы, комбинирующей теорию социального обучения с концепцией стресса. Согласно этой гипотезе ожирение является следствием заученной неспособности к различению чувства голода и состояния тревоги, в результате чего человек реагирует на стресс как на голод увеличением потребления пищи, вследствие чего формируется избыточный вес. Переедание объясняется смешением внутренних эмоциональных состояний и чувства голода, что обусловлено ранним опытом.

Такая модель подчеркивает значение отношений мать – дитя в возникновении ожирения. Когда мать предлагает еду в ответ на сигналы ребенка о том, что он голоден, у младенца постепенно формируется чувство голода, которое отличается от других потребностей и состояний дискомфорта. Если же реакция матери длительное время неадекватна, то по мере своего роста ребенок не обретает способности отличать состояние голода от других дискомфортных состояний. Чем шире диапазон точных реакций на различные выражения

потребностей и импульсов ребенка, тем более точно ребенок учится разделять свои различные телесные переживания, ощущения, мысли и чувства.

Существенное значение в формировании эмоциогенного пищевого поведения имеет неправильное воспитание в раннем детстве; в данном случае выделяют следующие важные закономерности, усугубляющие и закрепляющие нарушения пищевого поведения, которые начали формироваться в младенчестве.

1. Пища – главный источник удовольствия – играет доминирующую роль в жизни семьи. Другие возможности получения удовольствия (духовные, интеллектуальные, эстетические) не развиваются в должной мере.

2. Любой физиологический или эмоциональный дискомфорт ребенка воспринимается матерью (или другими членами семьи) как голод. Наблюдается стереотипное кормление ребенка, что не позволяет ему научиться отличать физиологические ощущения от эмоциональных переживаний, например голод от тревоги.

3. В семьях не существует адекватного обучения эффективному поведению в период стресса, и потому закрепляется единственный, неправильный, стереотип: «когда мне плохо, я должен есть».

4. Нарушены взаимоотношения между матерью и ребенком. У матери есть только две главные заботы: одеть и накормить ребенка. Привлечь ее внимание ребенок может только с помощью голода. Процесс приема пищи становится суррогатной заменой других проявлений любви и заботы. Это повышает его символическую значимость.

5. В семьях наблюдаются травмирующие психику ребенка конфликтные ситуации, межличностные отношения хаотичны.

6. Ребенку не разрешают выйти из-за стола, пока его тарелка не опустеет: «Все, что лежит на тарелке, должно быть съедено». Таким образом, стимулом к окончанию приема пищи становится не чувство сытости, а количество доступной пищи. Малыша не приучают вовремя замечать признаки сытости, он постепенно привыкает, ест до тех пор, пока видит пищу, пока она есть на тарелке, в кастрюле, на сковороде и т. д.

Вспомните, когда мы делали в жизни свои первые успехи (например, с выражением рассказывали с трудом заученное стихотворение), как реагировали на это взрослые? В наши юные души сладостной музыкой вливались их слова: «Ах, какой хороший ребенок! На тебе за это...» – а дальше следовали аппетитные варианты: конфетку, шоколадку, кусок сладкого пирога, в идеале – торт! Очень скоро эта схема начинает восприниматься нами как должное: заслужил – получи лакомство. Попробовал бы нам кто-нибудь в качестве поощрения за примерное поведение предложить, к примеру, огурчик или помидорчик. Обиде и недоумению не было бы предела (Бобровский и др., 2006).

Так лакомство становится для нас неким подтверждением положительных качеств нашей натуры и связанного с этим жизненного успеха. В сознании прочно укореняется формулировка своего рода психологической теоремы: «Я ем сладкое (вкусное), следовательно, я хороший. Что и требовалось доказать». Эта «теорема» является очень сильным средством примирения и гармонизации отношений и с собой, и с окружающими. Поэтому в случае «внутренних» и/или «внешних» конфликтов мы спешим предоставить «веское доказательство» в виде сладенького как лично себе, так и ближним своим.

1.3.3. Экстернальное пищевое поведение

Экстернальное пищевое поведение связано с повышенной чувствительностью к внешним стимулам потребления пищи. Иными словами, человек не реагирует на внутренние стимулы (уровень глюкозы, пустой желудок и т. д.). Он реагирует на внешние стимулы (витрина

продуктового магазина, хорошо накрытый стол, реклама пищевых продуктов и т. д.).

Человек «ест глазами» – увидел, значит, съел. Именно эта особенность лежит в основе переедания «за компанию», перекусов на улице, избыточного приема пищи в гостях, покупки лишних продуктов в магазине. Такие люди никогда не пройдут мимо киоска с мороженым или пирожками, они никогда не откажутся от угощения, например будут поглощать конфеты до тех пор, пока в коробке ничего не останется.

Практически у всех пациентов с ожирением в той или иной степени выражено экстернальное пищевое поведение. Реакцию на внешние стимулы к приему пищи определяет не только аппетит, но и медленно формирующееся неполноценное чувство насыщения. Возникновение сытости у полных людей запаздывает по времени и ощущается исключительно как механическое переполнение желудка. Именно из-за отсутствия чувства сытости некоторые люди готовы есть всегда, если только пища доступна и попадает им на глаза.

Потенциальный источник формирования экстернального (внешнего), а не интернального (внутреннего) контроля пищевого поведения достаточно очевиден. Его развитие очень часто поощряют родители, которые используют время дня и ситуации для того, чтобы заставить ребенка есть, когда он того не хочет, а также ограничивают доступ к еде, когда он выражает желание поесть. Поскольку младенцы и маленькие дети обычно хорошо регулируют свое потребление энергии, они становятся более чувствительными к внешним сигналам в процессе своего развития.

Более полные дети, а также дети, матерям которых было свойственно многократное использование диет и импульсивное пищевое поведение, обладают повышенной чувствительностью к пищевым экстернальным стимулам. Это согласуется с другими данными: дети часто «наследуют» от матерей проблемы избыточного веса и трудности контроля над питанием, что может приводить к избыточному весу в детстве.

1.3.4. Ограничительное пищевое поведение

Третий тип нарушения пищевого поведения – ограничительное пищевое поведение. Так называют избыточное пищевое самоограничение и бессистемное соблюдение чрезмерно строгой диеты.

В течение последних 30 лет соблюдение диеты стало более популярным, особенно в западном обществе, среди молодых женщин, это можно считать одним из факторов, способствующих перееданию. Соблюдение диеты – это преднамеренное замещение питания, регулируемого чувством голода, распланированным и рациональным питанием. Люди, ограничивающие себя, игнорируют внутренние сигналы голода (или жажды) и придерживаются низкокалорийного режима питания, который, как предполагается, приведет к потере веса.

Такого рода диету невозможно соблюдать долгое время, достаточно быстро ей на смену приходят периоды выраженного переедания. В результате такого поведения человек находится в постоянном стрессе: в период ограничений он страдает от сильного голода, во время переедания, – что опять набирает вес, и все его усилия были напрасными.

Эмоциональная нестабильность, возникающая на фоне применения строгих диет, получила условное название «диетическая депрессия», сюда входит целый комплекс отрицательных эмоций. Она проявляется в виде повышенной раздражительности и утомляемости, внутреннего напряжения и постоянной усталости, агрессивности и враждебности, тревожности, плохого настроения, удрученности, подавленности и т. д. Выраженный эмоциональный дискомфорт при «диетической депрессии» приводит к отказу от дальнейшего соблюдения диеты и к рецидиву болезненного переедания. Такой эпизод может повлечь за собой

появление чувства вины, снижение самооценки, неверие в возможность излечения (Савчикова, 2005).

Таким образом, стройный силлогизм «меньше ешь – больше худеешь, вообще не ешь – худеешь еще больше» подводит не только пациентов, но и авторов ряда книг о тотальной пользе голодания: П. Брэгга, Г. Малахова и других. Есть и такие, кто признает голодание как метод похудения, но делает критические замечания. Например, И. Корешкин («Все способы похудеть») пишет: «Лечебное голодание – прекрасный способ исцеления от многих болезней. Однако при лечении ожирения он имеет ограниченное применение, потому что дает только временный эффект похудения». Неприятные последствия голодания этим отнюдь не ограничиваются (Гаврилов и др., 2006).

При голодании организм попадает в суровые условия отсутствия пищевых веществ, что побуждает его заняться «самопоеданием». К жировым запасам он приступает лишь на третьи сутки, предварительно исчерпав скромный запас (500–600 г) гликогена из печени и мышц. Если учесть, что у человека с нормальным весом, допустим, в 70 кг, содержится 12–16 кг жировой ткани, и исключительно на этом запасе он может протянуть примерно два месяца, то нам – жить да жить. Проблема только в том, придется ли такая жизнь по нраву, если норма нашего бытия – распахивать холодильник каждые полчаса. Жизнь станет не только абсолютно безвкусной, но и очень противной: представьте себе постоянное чувство голода, боли в животе, слабость, тошноту. И не забудьте про очистительные клизмы! Голодание не оптимальный способ улучшить фигуру, но чтобы испортить характер, подходит безотказно.

А теперь коснемся долгосрочности «чудодейственного» эффекта голодания. Стоит нам вернуться в привычный пищевой режим, как, увы, набираем вес столь же быстро, как и сбросили. Причем лишние килограммы не просто возвращаются, но и увеличиваются.

Дело в том, что за время голодания (да и просто жесткой диеты) замедляется обмен веществ: организм, «натерпевшись страха», привыкает тщательно экономить поступающие питательные вещества, извлекая жир из самого скромного количества килокалорий и старательно пополняя жировые депо, – так, на всякий случай.

Вы, наверное, помните, как люди старшего поколения, наголодавшиеся в свое время, закупали продукты мешками даже во времена изобилия, «чтоб душа была спокойна», – а то вдруг снова зубы на полку класть придется? После голодания организм поступает точно так же. А его незадачливый хозяин продолжает полнеть и с горечью и недоумением погружаться в пучину депрессии.

У голодания есть еще одно последствие, которое должно предупредить, особенно женщин, особенно если им «за тридцать», от того, чтобы броситься в объятия «чуда-голодания». Дефицит питательных веществ лишает организм не только килокалорий, но и витаминов и микроэлементов, что основательно портит и здоровье, и внешний вид. Выпадение волос, расслоение ногтей, шелушение кожи, словом, «косметический эффект» вряд ли можно назвать чудесным. К тому же кожа в результате быстрого сбрасывания веса не успевает сокращаться, утрачивает свою упругость, обвисает и сморщивается.

Однако ограничительный тип пищевого поведения и соблюдение диеты не совсем аналогичные понятия. Диетические ограничения можно классифицировать по степени их жесткости, на этой основе можно судить о риске срыва (эпизода переедания) и об успешности применения диеты. Для жесткого контроля характерны такие особенности, как строгий подсчет калорий, строгие правила, исключаящие из рациона те или иные продукты, и частое использование диеты. Такой негибкий и бескомпромиссный подход к соблюдению диеты повышает вероятность переедания.

Напротив, гибкий контроль включает больше возможных вариантов поведения, такие как перспективное планирование питания, ограничение размеров порций, замедление процесса еды, при этом ограничение потребления не носит жесткого характера. Люди с более гибким подходом к соблюдению диеты склонны осознавать, что эпизоды переедания у них вероятны, и учитывают это факт, компенсируя их.

В целом, пациенты с нарушениями пищевого поведения испытывают большие трудности в сфере *самоконтроля*, постоянно впадая в крайности: они либо теряют контроль во время эпизода переедания, либо проявляют чрезмерный контроль во время голодания. Отсутствие желания есть или его отрицание сменяется бесконтрольным импульсивным стремлением поест, даже в отсутствии голода. При утрате контроля над количеством съеденной пищи появляется тенденция наедаться вплоть до ощущения дискомфорта в переполненном желудке. Ослабление контроля над ситуацией проявляется в нарушении общепринятых правил приема пищи (Крылов, 1995). Достижение контроля у женщин с нарушениями пищевого поведения часто затруднено также из-за отсутствия уверенности в своих способностях и из-за убеждения, что их поведение и его последствия больше зависят от значимых других.

Понятие *локуса контроля над весом* подразумевает, что человек может по-разному воздействовать на свой вес или контролировать его. При экстернальном (внешнем) локусе контроля над весом человек убежден в том, что его вес обусловлен факторами, находящимися вне его контроля, такими как наследственность, конституция, обмен веществ, удача, судьба или социальная поддержка; при интернальном (внутреннем) локусе контроля над весом человек убежден в том, что его вес детерминирован его собственным поведением. Люди с ожирением гораздо чаще желают снизить массу тела без соблюдения диеты и усиления физической активности (Старостина, Древаль, 2001).

Для полных людей характерно снятие с себя ответственности за свои трудности: они полностью экстерниорируют проблему своего веса и не чувствуют своей вины (Ялом, 1999). Иногда они оправдывают переедание депрессией, которая, в свою очередь, по их мнению, является адекватной реакцией на безнадежную жизненную ситуацию, ответственность за которую больные, как правило, отрицают. Интернальный локус контроля над весом позволяет прогнозировать успешное применение программ по коррекции веса.

А теперь давайте посмотрим, имеет что-то из сказанного выше отношение именно к вам. Вам предлагается тест для определения возможных нарушений пищевого поведения.

Голландский опросник пищевого поведения DEBQ

Голландский опросник пищевого поведения DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire) был разработан в 1986 году голландскими психологами на базе факультета питания человека и факультета социальной психологии Сельскохозяйственного университета (Нидерланды) для выявления ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения. В опросник входят 33 вопроса, каждый из которых имеет 5 вариантов ответа: «никогда», «редко», «иногда», «часто» и «очень часто», которые впоследствии оцениваются по шкале от 1 до 5, за исключением 31-го пункта, имеющего обратные значения.

ИНСТРУКЦИЯ. Перед вами ряд вопросов, касающихся вашего поведения, связанного с приемом пищи. Ответьте на них одним из пяти возможных ответов: «никогда», «редко», «иногда», «часто» и «очень часто», поставив галочку в соответствующем столбце на бланке теста.

№	Вопросы	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Очень часто 5
1.	Если Ваш вес начинает нарастать, едите ли Вы меньше обычного?					
2.	Стараетесь ли Вы есть меньше, чем Вам хотелось бы, во время обычного приема пищи (завтрак, обед, ужин)?					
3.	Часто ли Вы отказываетесь от еды и питья из-за того, что беспокоитесь о Вашем весе?					
4.	Аккуратно ли Вы контролируете количество съеденного?					
5.	Выбираете ли Вы пищу преднамеренно, чтобы похудеть?					
6.	Если Вы переели, будете ли Вы на следующий день есть меньше?					
7.	Стараетесь ли Вы есть меньше, чтобы не поправиться?					
8.	Часто ли Вы стараетесь не есть между обычными приемами пищи из-за того, что следите за своим весом?					
9.	Часто ли Вы стараетесь не есть вечерами, потому что следите за своим весом?					
10.	Имеет ли значение Ваш вес, когда Вы что-либо едите?					
11.	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы раздражены?					
12.	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вам нечего делать?					

13.	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы подавлены или обескуражены?					
14.	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вам одиноко?					
15.	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вас кто-то подвел?					
16.	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вам что-либо препятствует, встает на Вашем пути, или нарушаются Ваши планы, либо что-то не удается?					
17.	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы предчувствуете какую-нибудь неприятность?					
18.	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы встревожены, озабочены или напряжены?					

19.	Возникает ли у Вас желание есть, когда «все не так», «все валится из рук»?					
20.	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы испуганы?					
21.	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы разочарованы, когда разрушены Ваши надежды?					
22.	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы взволнованы, расстроены?					
23.	Возникает ли у Вас желание есть, когда Вы скучаете, утомлены, беспокойны?					
24.	Едите ли Вы больше, чем обычно, когда еда вкусная?					
25.	Если еда хорошо выглядит и хорошо пахнет, едите ли Вы больше обычного?					

26.	Если Вы видите вкусную пищу и чувствуете ее запах, появляется ли у Вас желание есть?						
27.	Если у Вас есть что-то вкусное, съедите ли Вы это немедленно?						
28.	Если Вы проходите мимо булочной (кондитерской), хочется ли Вам купить что-то вкусное?						
29.	Если Вы проходите мимо закусочной или кафе, хочется ли Вам купить что-нибудь вкусное?						
30.	Когда Вы видите, как едят другие, появляется ли у Вас желание есть?						
31.	Можете ли Вы остановиться, если едите что-то вкусное?						
32.	Едите ли Вы больше, чем обычно, в компании (когда едят другие)?						
33.	Когда Вы готовите пищу, часто ли пробуете ее?						

Для подсчета баллов по каждой шкале нужно сложить значения ответов по каждому пункту и разделить получившуюся сумму на количество вопросов по данной шкале.

Первые 10 вопросов представляют шкалу ограничительного пищевого поведения, которое характеризуется преднамеренными усилиями, направленными на достижение или поддержание желаемого веса посредством самоограничения в питании.

Следующие 13 вопросов представляют шкалу эмоциогенного пищевого поведения, при котором желание поесть возникает в ответ на негативные эмоциональные состояния.

Остальные 10 вопросов касаются экстернального пищевого поведения, при котором желание поесть стимулирует не реальное чувство голода, а внешний вид еды, ее запах, текстура либо вид других людей, принимающих пищу.

Средние показатели ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения для людей с нормальным весом составляют 2,4, 1,8 и 2,7 балла соответственно.

Если по какой-либо из шкал вы набрали баллов больше среднего значения, то у вас есть все основания читать эту книгу дальше.

1.4. «Человек переедающий» – картина личности

Немаловажную роль в развитии нарушений пищевого поведения играют особенности личности: высокая подверженность стрессам, склонность к тревожным реакциям, неуверенность в себе и ряд других. Эти особенности личности, а также развитие у многих людей с ожирением психовегетативных расстройств при отказе от привычных продуктов питания позволяют поставить пищевую зависимость в один ряд с алкогольной, никотиновой, лекарственной и наркотической формами зависимости.

Гиперфагия, снижение активности и, как результат этого, избыточный вес дают известную защиту от глубокого чувства неполноценности: став массивным и внушительным, человек с ожирением кажется себе более сильным и защищенным. Нередко наблюдается отчетливая хронологическая связь между появлением и усилением влечения к пище и фрустрацией (лат. *frustratio* – обман, разрушение планов). У человека появляются признаки внутреннего замешательства, апатично-мрачного отчаяния и бегства в одиночество. Процесс еды снижает, хотя и временно, интенсивность негативных эмоций и предотвращает развитие депрессии.

Человек с избыточным весом вознаграждает себя едой за отсутствие любви к себе, поскольку нередко отождествляет любовь и питание.

Людам с избыточным весом присущи следующие психологические особенности:

- высокая тревожность;
- несоответствие своему идеалу и неадекватная самооценка;
- наличие чувства внутренней пустоты, потерянности, подавленности;
- склонность к соматизации и чрезмерное беспокойство за состояние своего здоровья;
- сложности в межличностных взаимоотношениях, стремление уклониться от социальных контактов и обязанностей;
- психастенические симптомы: «отсутствие сил», психологический дискомфорт, плохое самочувствие;
- сильное чувство вины после эпизодов переедания.

Высокий уровень эмоциональной фрустрации и слабый контроль над эмоциональными состояниями, выраженная ориентация на социальные нормы, пассивность и зависимость от окружающих, эмоциональная незрелость, низкая самооценка, неприятие себя – все это свойственно людям с гиперфагической реакцией на стресс.

Чувство незащищенности, повышенная сентиментальность и изоляция часто встречаются у людей с ожирением. Иногда наблюдается напускная уверенность в себе, поддерживаемая фантазиями о своем величии, уме, способности контролировать свои эмоции и т. д. Эти фантазии неизбежно снова и снова опровергает реальность, но затем они возвращаются, что создает порочный круг.

Устойчивое повышение тревожности у людей с ожирением можно рассматривать как фундаментальное психическое свойство, оно влечет за собой повышенную чувствительность к воздействию стресса.

Отличительной особенностью психологической защиты таких личностей является преобладание механизма реактивного образования (гиперкомпенсации). При данном варианте психологической защиты человек защищается от осознания неприятных или неприемлемых мыслей, чувств, поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений. Происходит своего рода трансформация внутренних импульсов в их противоположность, понимаемую субъективно. Для личности также типичны незрелые защитные

механизмы: агрессия, проекция, а также регрессия – инфантильная форма реагирования, которая ограничивает возможность применять альтернативные формы поведения.

В другом исследовании (Савчикова, 2005) были выявлены следующие особенности женщин с избыточным весом:

- ощущение неспособности контролировать отношения с другими людьми, в том числе производственные и семейные отношения;
- склонность приписывать ответственность за важные события и ситуации жизни не собственным действиям, а другим людям, везению или невезению, внешним обстоятельствам;
- выраженные агрессивные тенденции (ненаправленные взрывы ярости, раздражение, физическая и вербальная агрессия);
- повышенная враждебность, выражающаяся в злопамятности, обидчивости, подозрительности, недоверии, настороженном отношении к людям, иногда в виде зависти или ненависти к окружающим из-за ощущения несправедливости судьбы или других людей;
- низкая оценка своей сексуальной привлекательности и своих качеств сексуальной партнерши;
- алекситимические тенденции (трудно определить и описать свои переживания и эмоции других людей, отличить чувства от телесных ощущений, снижена способность к символизации, в фокус внимания попадают в большей мере внешние события, чем внутренние переживания);
- недостаточная гибкость, тенденция «застревать» на негативных эмоциях с образованием аффективно окрашенной психологической доминанты;
- склонность к уходу от проблем в ситуациях эмоционального напряжения.

Таким образом, рассмотрев психологические особенности личности, склонной к перееданию, можно сделать общий вывод: это человек, который в ситуации эмоционального напряжения использует переедание в качестве компенсаторного источника положительных эмоций.

В сегодняшнем обществе человек с избыточным весом подвергается дискриминации. Образ «счастливого толстяка», который еще сохранялся в общественном мнении в 70-х годах прошлого столетия, например в Германии, сейчас сменился негативным образом толстого человека – «слабохарактерного», «тупого» и «противного». От такого отношения в большей степени страдают женщины. Любопытно, что полные люди проявляют меньше интереса к сексу; это касается и мужчин, и женщин, кроме того, эта особенность сохраняется и после успешного похудения.

Изучение социальных контактов людей с ожирением показывает, что круг этих контактов более ограниченный, чем у людей с нормальным весом. Люди с избыточным весом вспоминают меньше имен окружающих, которые их любят, оказывают им практическую поддержку или могут одолжить деньги. Женщины с ожирением гораздо больше контактируют с женщинами, чем с мужчинами.

Многие люди с ожирением были полными с младенчества или раннего детства. При этом во фрустрирующих и сложных жизненных ситуациях избыточное кормление могло служить своеобразным регулятором напряжения родителей и детей. Перекармливание, как уже говорилось выше, иногда связано с семейными традициями питания и слишком интенсивным использованием пищи для того, чтобы доставить ребенку удовольствие или его успокоить. В результате ребенок растет, не осознавая своих эмоциональных потребностей, и не учится распознавать состояния голода и насыщения. Не полагаясь на внутренние критерии, такой ребенок ориентируется на родителей, не чувствует себя хозяином собственного тела, не контролирует собственное поведение, потребности и импульсы.

Дети с избыточным весом в три раза менее подвижны, чем их сверстники, не способны терпеть сильную физическую и эмоциональную боль. Для робкого ребенка полнота дает чувство безопасности и силы, защиты от внешнего мира и связанной с ним ответственности.

Особый интерес представляет вопрос о взаимоотношении избыточного веса, переедания и агрессии. У тучных людей переедание используется как средство снижения гнева, вызывающего дистресс, или как средство замены гнева на более приемлемое эмоциональное состояние – чувство вины. Неспособность выражать гнев иногда порождает устойчивые и неконтролируемые состояния, которые воспринимаются как нежелательные. В результате появляются попытки вывести себя из этого эмоционального состояния посредством переедания.

При переедании человек переживает фрустрацию, и, соответственно, испытывает гнев, однако это чувство не направлено на других. Нарушения пищевого поведения развиваются как при несдержанности и конфликтности, так и при подавлении агрессии, в данном случае «более физиологически безопасной является гетероагрессия» (Гаврилов, 1998), тогда как агрессия, направленная на себя, способствует увеличению веса.

Больные ожирением апеллируют к своей внешности, пытаются оправдать неустроенность личной жизни, конфликты в семье, на производстве, отрицательное отношение знакомых. Напряжение в социальных контактах женщин нарастает при появлении и росте избыточного веса (Гаврилов, 1998). В сочетании с тенденцией к гиперсоциальным установкам, способствующим подавлению социально порицаемого открытого проявления агрессии, это приводит к возникновению внутреннего конфликта.

Было установлено, что полные женщины, имеющие постоянные отношения с мужчиной, имеют более высокую самооценку и уверенность в себе, а одинокие объясняют отсутствие таких отношений наличием избыточного веса. Они утверждают, что их бывшие партнеры недовольны их внешностью, а избыточный вес негативно влияет на интимные отношения. Женщины также отмечали, что, будь они стройнее, выбирали бы других партнеров.

Полные женщины чувствуют себя более скованно при обсуждении вопросов секса со своими партнерами, оценивают свои отношения как менее счастливые и считают себя физически непривлекательными по сравнению с другими женщинами.

Глава 2

Лишний вес: о физиологии

Ожирение определяется как накопление жира в организме, приводящее к увеличению массы тела на 15–20 % и более от средних нормальных величин. В медицине выделяют четыре степени ожирения: 1-я степень – избыток массы тела на 20–29 % превышает нормальную массу тела, 2-я степень – на 30–49 %, 3-я степень – на 50–99 %, 4-я степень – избыточный вес составляет 100 % и более нормальной массы тела. Под нормальной массой тела понимается масса, соответствующая средней величине в популяции и встречающаяся наиболее часто (Татонь, 1981).

Идеальная масса тела, по убедительным статистическим данным, сочетается, как правило, с наибольшей средней продолжительностью жизни (Корешкин, 1998), при этом человек с такой массой наиболее эстетически привлекателен для окружающих.

2.1. Как рассчитывается идеальная масса тела

В различных источниках описываются разные способы расчета нормальной или идеальной массы тела, например:

1) формула Лоренца:

$$M = (P - 100) - (P - 150)/2;$$

2) показатель нормальной массы тела Брейтмана:

$$M = P \times 0,7 - 50;$$

3) формула идеальной массы тела Я. Татоня (для женщин):

$$M = P - (100 + (P - 100)/10),$$

где M – нормальная масса тела в килограммах, P – рост в сантиметрах (Монтиньяк, 1999).

Одной из методик определения нормального веса является использование таблиц. Например, «Таблица идеальной массы тела у мужчин и женщин, соответствующая наибольшей предполагаемой продолжительности жизни».

Самым распространенным по всему миру способом расчета идеального веса считается формула Кетле (Quetelet) или индекс массы тела (ИМТ) – отношение веса в кг к площади поверхности тела в m^2 . С точки зрения медицины, границы нормы соответствуют 20–25 kg/m^2 . В диапазонах ниже 20 и выше 30 kg/m^2 отмечается повышение уровня смертности. Верхняя граница зоны, где не наблюдается выраженного изменения смертности, соответствует примерно 27 kg/m^2 . Поэтому ожирением считается ИМТ выше 27 kg/m^2 , а ИМТ в диапазоне 25–27 kg/m^2 соответствует избыточному весу (Зайчик, Чурилов, 2001).

Согласно М. Монтиньяку (1999), размеры фигуры считаются в норме при ИМТ от 20 до 23 kg/m^2 , именно этой цифры мы и будем придерживаться.

2.2. Какое бывает ожирение

Существует множество *классификаций* ожирения. По характеру изменений жировой ткани различают гипертрофическое ожирение, при котором накопление жира идет путем увеличения размера адипоцитов (жировых клеток), и гиперпластическое ожирение, при котором адипоциты не достигают предельной величины, но их количество превышает норму (Чурилов, 2001).

Жировая ткань может накапливаться в различных частях тела, причем форма распределения жира определяется генетическими и эндокринными механизмами (Гинзбург, 1997). В зависимости от характера распределения жировой ткани различают андройдный (от греч. *andros* – мужчина) («яблочное», туловищное или верхнее), гиноидный (от греч. *gynaikos* – женщина) (грушевидное, периферическое или нижнее) и смешанный типы ожирения.

При андройдном ожирении избыточные жировые отложения располагаются на животе и верхней части туловища. Для такого типа характерны развитие атеросклероза, жировая дистрофия печени, инсулинорезистентность, диабет, высокое артериальное давление, пониженное содержание сахара в крови и болезни сердца (Монтиньяк, 1999).

При гиноидном ожирении наблюдается избыточное отложения жира на бедрах, ягодицах и в нижней части туловища. Для этого типа характерно развитие болезней вен, артрита тазобедренных и коленных суставов. Гиноидное ожирение, более характерное для женщин, нередко носит гиперпластический характер и поэтому хуже поддается диетотерапии (Чурилов, 2001).

В зависимости от динамики массы тела выделяют прогрессирующее, регрессирующее и стабильное ожирение (Гинзбург и др., 1997).

В зависимости от патогенеза (греч. *pathos* – страдание + *genesis* – происхождение) формирования жировой ткани выделяют первичное и вторичное ожирение. Вторичное ожирение наблюдается приблизительно в 5 % всех случаев, оно связано либо с болезнями эндокринной системы, либо с поражением мозга, в основном гипоталамуса и связанных с ним структур.

В остальных 95 % случаев имеет место первичное ожирение, обусловленное нейрохимическими нарушениями в системах, регулирующих пищевое поведение, жировой обмен и гормональный статус. При этом у 60 % людей с лишним весом преобладают нарушения пищевого поведения, а у 40 % наблюдаются нарушения обмена веществ, о которых мы поговорим в следующих разделах настоящей главы. При этом в нашей книге речь идет в первую очередь об алиментарном (экзогенно-конституциональном) ожирении.

2.3. Как регулируется пищевое поведение

В регуляции пищевого поведения большое значение имеет работа головного мозга. Прежде всего, это центры голода и насыщения в гипоталамусе и соответствующие им образования в лимбической системе и коре больших полушарий. При этом роль основного звена, с точки зрения формирования пищевой мотивации, принадлежит гипоталамусу, который не только обеспечивает вегетативную основу эмоционально-поведенческих реакций, но и управляет всеми основными гомеостатическими процессами, в том числе липостатом – системой, контролирующей постоянство веса тела (Зайчик, Чурилов, 2001). В 60-70-х годах XX века ученые пришли к единому мнению о локализации центра голода (аппетита) и центра насыщения, соответственно, в вентролатеральных и вентромедиальных ядрах гипоталамуса. Повреждение вентромедиального нервного центра гипоталамуса вызывает переедание, а повреждение латеральной зоны гипоталамуса приводит к потере аппетита.

В регуляции пищевого поведения кроме гипоталамических ядер участвуют и другие отделы центральной нервной системы. Практически во всех вышележащих отделах среднего мозга, а также в коре обнаружены зоны, при разрушении или при стимуляции которых возникают изменения пищевого поведения. Из этого следует, что пищевой центр, как таковой, это совокупность ядер, расположенных на разных уровнях центральной нервной системы.

Пищевой центр очень тонко и сложно реагирует изменениями пищевого поведения на те или иные изменения внешней и внутренней среды. В результате пищевые стимулы, приобретая сложную эмоциональную окраску, возникают как в условиях дефицита метаболитов, так и в условиях, на первый взгляд не связанных с необходимостью есть, например при волнениях, при виде пищевых деликатесов или богато сервированного обеденного стола и т. д.

Позднее было выявлено большое количество веществ, регулирующих пищевое поведение, 2 группы пептидов: стимулирующие (орексигенные) и подавляющие (анорексигенные) процесс потребления пищи. Так, в частности, установлено, что при повышении активности катехоламинов в центральной нервной системе пищевое поведение подавляется.

Исследована и роль другого вещества – серотонина. Доказано, что при повышении его уровня в структурах гипоталамуса возникает чувство сытости, и пищевое поведение подавляется, при уменьшении, наоборот, активизируется. Установлено, что особенно выраженное повышение уровня серотонина наблюдается после употребления пищи, богатой углеводами или белками, что связано с особенностями обмена предшественника серотонина – аминокислоты триптофана.

Полагают, что со снижением уровня мозгового серотонина связаны и такие пищевые нарушения, как гиперфагическая реакция на стресс и предменструальная гиперфагия, а также гиперфагия, развивающаяся обычно у курильщиков при отказе от курения.

Наряду с катехоламинами и серотонином известны еще ряд веществ, так или иначе влияющих на пищевое поведение: нейропептид-У, холецистокинин, лептин, кортикотропный релизинг-фактор, эндорфины, некоторые аминокислотные последовательности (фрагменты молекулы АКТГ) и др. Их влияние на потребление пищи различно. Снижение пищевой активности связывают с лептином и холецистокинином, а ее повышение – с нейропептидом-У и эндогенными опиатами (эндорфинами).

Кроме того, сама пища, вернее, нутриенты, содержащиеся в ней, являются мощными регуляторами аппетита и пищевого поведения. Установлено, что чувство голода возникает

при уменьшении содержания глюкозы в крови и в спинномозговой жидкости, а также гликогена в печени. При восстановлении нормального содержания глюкозы наступает насыщение, и потребление пищи прекращается. Другими словами, организм довольно жестко контролирует потребление углеводов и их баланс. Обусловлено это, скорее всего, малой емкостью депо гликогена. Действительно, по оценкам разных авторов, возможности накопления гликогена в организме не превышают 120–170 г (Кендыш, 1985).

Иначе обстоят дела с потреблением жира. Увеличение количества жира в пище не приводит к адекватному уменьшению потребления других питательных веществ, и в целом потребление калорий возрастает. Эти исследования позволяют сделать вывод о том, что регуляция потребления энергии на фоне диеты с большим содержанием жира нарушается, что может привести к переяданию.

При этом избирательное удаление жира из диеты не ведет к адекватному увеличению потребления других нутриентов и к полной энергетической компенсации дефицита жира. В отличие от углеводов возможности накопления жира намного выше: его запасы могут достигать десятков килограммов. Видимо, этим обусловлено отсутствие тесной связи между потреблением жира и массой его запасов.

Механизмы возникновения пищевых нарушений до конца не установлены. Полагают, что они связаны с нарушением передачи серотонина в структурах головного мозга, отвечающих за регуляцию пищевого поведения.

2.4. Причины возникновения лишнего веса. Мнение медицины

Как уже говорилось в предыдущих разделах, до настоящего времени мы могли лишь с сожалением констатировать, что более или менее точно причина развития ожирения может быть определена не более чем в 3–5 случаях из 100, речь идет о вторичном ожирении, связанном с некоторыми эндокринными болезнями и поражением центральной нервной системы. В остальных же 95–97 случаях ожирение развивается первично и в силу этого не связано с какой-либо конкретной причиной, а механизм его развития до конца не ясен (Гинзбург и др., 1999).

В 1962 году Джеймс Нил впервые предложил применить термин «бережливый генотип» при описании факторов, которые способствуют отложению жира в период стресса, что дает преимущества для выживания организма. В период пищевого изобилия «бережливый генотип» может привести к развитию ожирения.

У лиц, склонных к ожирению, уровень основного обмена и спонтанной двигательной активности ниже среднего. Некоторые авторы предполагают, что наряду с нарушениями обмена веществ при ожирении наблюдается усиление всасывания пищи в кишечнике на определенных этапах ее потребления. В возникновении ожирения имеют место нарушение нормального ритма питания, потребление основного объема калорий во второй половине дня, редкие приемы пищи (Синцова, 1991).

Гиподинамия и психоэмоциональное напряжение служат основным пусковым механизмом на фоне конституциональной предрасположенности к ожирению. Больные ожирением чаще, чем лица контрольной группы, едят в промежутках между основными приемами пищи и очень любят сладкое. Существует мнение, что при ожирении переедание обусловлено запоздалыми или ослабленными реакциями центра насыщения (Беюл и др., 1986). Наслаиваясь на конституциональную предрасположенность к развитию ожирения, переедание в дальнейшем приводит к нарушению обмена веществ, и, в свою очередь, к вторичным соматическим нарушениям.

По разным данным, при наличии ожирения обоих родителей дети страдают им в 78–80 % случаев, при ожирении одного из родителей – в 40–56 % случаев, при отсутствии ожирения у родителей – в 8–14 % случаев. Однако немалое значение имеет и обучение пищевому поведению, что подтверждает более высокая корреляция веса ребенка с весом матери, регулирующей его питание, а также случаи появления избыточного веса у приемных детей полных родителей (Гинзбург и др., 1999). Поэтому в возникновении лишнего веса культурный и поведенческий факторы являются более важными, чем генетическая предрасположенность.

Для объяснения природы алиментарного (экзогенно-конституционального) ожирения было предложено довольно большое количество гипотез, многие из которых не утратили своей актуальности до настоящего времени, обсуждение же других может представлять интерес лишь в историческом аспекте (Гинзбург и др., 1999).

Возникали гипотезы об ожирении как о сложном многофакторном заболевании, которые тут же вступали в противоречие с тем очевидным фактом, что в основе заболевания – абсолютно физиологическое явление, а именно способность жировой ткани накапливать жир.

Так, например, очень логичной выглядела схема развития заболевания, ставящая во главу угла энергетический дисбаланс. Согласно этой гипотезе ожирение развивается, когда энергия потребления начинает преобладать над энергией расхода. Данная ситуация может развиваться как при избыточном потреблении пищи, так и при малоподвижности (переход

на более спокойную работу, прекращение занятий спортом и т. д.). Логичным подтверждением этой схемы являются общеизвестные факты: при увеличении потребления пищи масса тела человека чаще всего нарастает, а при отказе от пищи снижается, при уменьшении двигательной активности масса тела может увеличиваться, а при интенсивных тренировках снижаться.

Существует также гипотеза, согласно которой чрезмерное потребление жиров даже в пределах нормальной (средней) суточной калорийности может вызвать нарастание жировой массы тела. То есть масса тела остается стабильной, если доля энергии, потребляемой в виде жира, равна доле энергии, получаемой организмом при окислении жиров. Если же количество жира в пище превосходит возможности его окисления, то избыток жира будет накапливаться в жировой ткани независимо от того, сколько вообще в этот день потреблено энергии.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

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

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