

Игорь Филиппов



Жир на кушетке

Взгляд психоаналитически ориентированного
терапевта на проблему ожирения

Игорь Филиппов

Жир на кушетке

Взгляд психоаналитически ориентированного
терапевта на проблему ожирения

Санкт-Петербург

«БХВ-Петербург»

2013

УДК 613.2
ББК 54.13
Ф53

Филиппов И. А.

Ф53 Жир на кушетке. Взгляд психоаналитически ориентированного терапевта на проблему ожирения. — СПб.: БХВ-Петербург, 2013. — 160 с.: ил.

ISBN 978-5-9775-0423-2

Книга посвящена осмыслению проблемы ожирения с психодинамической точки зрения. Представлена авторская концепция психоаналитического понимания природы данного расстройства и выстроена стратегия психотерапевтической работы с пациентами с ожирением. Основное внимание уделяется применению символдрамы (Кататимно-имагинативной психотерапии) в терапии ожирения.

Книга рассчитана в первую очередь на специалистов — психологов и психотерапевтов, работающих с данной проблемой. Также может быть интересна людям, страдающим ожирением.

УДК 613.2
ББК 54.13

Группа подготовки издания:

Главный редактор	<i>Екатерина Кондукова</i>
Зам. главного редактора	<i>Екатерина Трубей</i>
Зав. редакцией	<i>Екатерина Капальгина</i>
Редактор	<i>Григорий Добин</i>
Компьютерная верстка	<i>Ольги Сергиенко</i>
Корректор	<i>Зинаида Дмитриева</i>
Дизайн обложки	<i>Марины Дамбиевой</i>

Рецензенты:

Я. Л. Обухов, канд. психол. наук, доц. МОКПО, президент МОО СРС КИП, член Центрального Совета ППЛ;

М. В. Овсянников, д-р мед. наук, доц. МОКПО, зам. гл. врача ГУЗ «Психоневрологический диспансер Ростовской области».

Подписано в печать 31.10.12.
Формат 70×100^{1/16}. Печать офсетная. Усл. печ. л. 12,9.
Тираж 1000 экз. Заказ №
"БХВ-Петербург", 191036, Санкт-Петербург, Гончарная ул., 20.
Первая Академическая типография "Наука"
199034, Санкт-Петербург, 9 линия, 12/28

ISBN 978-5-9775-0423-2

© Филиппов И. А., 2013
© Оформление, издательство "БХВ-Петербург", 2013

Предисловие	11
ГЛАВА 1. Введение в проблематику, или постановка проблемы	13
О выборе инструментов исследования.....	16
Немного истории.....	17
ГЛАВА 2. Об ожирении, пищевом поведении, физиологии и питании (коротко о важном)	19
К вопросу о терминологии.....	19
Физиология системы пищеварения.....	20
Питание человека.....	24
Энергия.....	26
Как рассчитывается калорийность продукта?.....	27
Суточная потребность человека в калориях.....	28
Практикум по подсчету калорий.....	29
Пищевой дневник.....	30
ГЛАВА 3. Психология ожирения	33
Когнитивный подход.....	33
Поведенческий подход.....	34
Психоаналитические взгляды на проблему ожирения.....	35
Топическая и структурная модели психики.....	36
Теория объектных отношений.....	41
Теория привязанности Джона Боулби.....	43
Идентичность.....	44
Самость (Self).....	45
Экзистенциальная точка зрения.....	46
Образ тела и сексуальность.....	48
Магическое мышление.....	51
Социально-культурные аспекты ожирения.....	53
ГЛАВА 4. Психодинамика развития ожирения	57
Ожирение как результат пищевой зависимости.....	71
Беременность и вес.....	73
ГЛАВА 5. Психоаналитическая диагностика пациентов с ожирением	75
Шкала 1 — субъективных переживаний пациента.....	76
Шкала 2 — отношений.....	78

Шкала 3 — конфликтная.....	79
1-й конфликт: автономия/зависимость.....	80
2-й конфликт: подчинение/контроль.....	82
3-й конфликт: автаркия/зависимость.....	85
4-й конфликт: самооценки (нарциссический конфликт).....	87
5-й конфликт: вины (эгоизм/просоциальность).....	89
6-й конфликт: эдипально-сексуальный.....	90
7-й конфликт: идентичности (диссонанс идентичности).....	92
8-й конфликт: недостаточная восприимчивость к конфликтам и чувствам.....	94
9-й конфликт: временное конфликтное напряжение, стресс.....	95
Шкала 4 — структурная.....	95
Диагностика пограничной структуры (Borderline) по DSM-IV.....	97
Шкала 5 — психических и психосоматических нарушений.....	99
Экстернальное пищевое поведение.....	99
Гиперфагическая реакция на стресс.....	100
Ограничительное (рестриктивное) пищевое поведение.....	101
ГЛАВА 6. Символдрама в терапии ожирения.....	103
Что такое символдрама?.....	103
Формы проведения символдрамы.....	107
Индивидуальная терапия.....	107
Групповая форма работы.....	107
Терапия пар.....	108
Техника проведения символдрамы.....	108
Этапы психотерапевтической работы с пациентами, страдающими ожирением и избыточной массой тела. Место символдрамы в психотерапии ожирения.....	110
Этап I: когнитивно-поведенческий.....	111
Анализ и структурирование пищевого поведения.....	111
Техники работы с пищевым поведением.....	113
Работа с неконструктивными стереотипами пищевого поведения и агрессией.....	120
Работа с алекситимией.....	121
Работа с мотивацией.....	122
Этап II: психодинамической психоаналитически ориентированной психотерапии.....	123
Индивидуальная работа с использованием символдрамы.....	123
Обзор стратегий психотерапии ожирения и избыточной массы тела, предлагаемых на рынке «похудательных» услуг. Взгляд с точки зрения психоанализа.....	131
Гипносуггестивные методы, кодирование.....	131
Группы самопомощи («анонимные обжоры»).....	132
Медицинские методы снижения веса.....	133
ПРИЛОЖЕНИЕ. Клинические случаи.....	135
№ 1. Пациентка Б., 33 года.....	135
Анамнез.....	135
Психодинамика.....	136

№ 2. Пациентка Л., 19 лет	138
Анамнез.....	138
Анализ	139
Психодинамика	139
№ 3. Пациентка С., 49 лет	141
Анамнез.....	141
Анализ	142
Психодинамика	142
№ 4. Пациентка Т., 22 года	143
Анамнез.....	143
Анализ	143
Психодинамика	144
№ 5. Пациентка З., 32 года	144
Анамнез.....	145
Анализ	145
№ 6. Пациентка О., 28 лет	146
Анамнез.....	146
Анализ	147
Список литературы	149

В последние десятилетия в связи с подъемом экономического уровня жизни населения проблема избыточной массы тела и ожирения стала социальной проблемой во многих странах, в том числе и в России. Количество людей с лишним весом многократно возрастает с каждым годом, что неизбежно приводит к увеличению проблем со здоровьем, уменьшению продолжительности жизни, ухудшению качества жизни в целом. И с уверенностью можно сказать о том, что проблема лишнего веса является одной из наиболее актуальных проблем человечества на сегодняшний день.

День ото дня появляются новые способы нормализации веса. К ним можно отнести различные «модные диеты», «чудо-таблетки», «одежду для похудения», всевозможные методики, гарантирующие быструю потерю лишних килограммов. Но большинство из них направлены на устранение следствия, а не причины ожирения, и, несмотря на обилие предложений, средний вес человека продолжает расти.

Ожирение, как заболевание, долгое время рассматривалось только с медицинской точки зрения, не включая психологический аспект. К настоящему времени уже известно, что именно психотерапия дает наиболее высокие и устойчивые результаты в решении этой проблемы. Издано множество литературы, в которой описаны различные психологические подходы и техники для борьбы с лишним весом.

В предлагаемой вашему вниманию книге, в отличие от других методов, проблема избыточной массы тела рассматривается с психоаналитической точки зрения с использованием метода символдрамы. Это позволяет более глубоко взглянуть на природу ожирения и его причину — пищевую зависимость.

Эта книга окажется интересной широкому кругу читателей. Наибольшая часть населения нашей страны до сих пор не имеет ясного представления о пищевом поведении, ожирении и пищевой зависимости. Большая осведомленность в вопросах возникновения избыточного веса и его коррекции будет полезна как студентам и молодым специалистам-психологам, так и врачам — сторонникам медицинского подхода. Книга заинтересует и профессионалов, ведь расширение профессионального кругозора способствует обогащению теоретической базы психотерапевта и делает более успешной его работу.

Книга содержит краткую и емкую информацию о понятии пищевого поведения, физиологии и питания. В ней описывается психология ожирения и представлены некоторые известные психологические модели решения этой проблемы. Отдельно автором выделяется психоаналитический взгляд на ожирение и психодинамику ожирения. Отмечено, что уникальность психодинамического подхода заключается в рассмотрении человека в целом и его симптомов сквозь призму развития личности, а причина лишнего веса, пищевая зависимость, закладывается с момента рождения человека, возможно, во внутриутробном состоянии.

В книге подробно описывается используемый автором диагностический аппарат — Операциональная психодинамическая диагностика (OPD). Адаптированный к российским условиям перевод OPD, изданный Я. Л. Обуховым, М. В. Овсянниковым и Е. В. Родиной, является, на наш взгляд, наиболее точным, отражающим всю глубину данного метода, и достаточно простым в применении. Автором проведена Операциональная психодинамическая диагностика пациентов с ожирением и, согласно ее результатам, выстроены соответствующие стратегии психотерапии. Разработаны этапы психотерапевтической работы с пациентами, страдающими избыточным весом, важное место в которых отводится методу символдрамы.

Изложенный в книге материал может с успехом использоваться в психотерапевтической работе и окажется одной из фундаментальных ступеней, ведущих к решению проблемы ожирения. Выражаю надежду, что применение символдрамы в комплексном лечении ожирения будет дополняться новым практическим опытом психотерапевтов-символдраматистов.

*М. В. Овсянников (Ростов-на-Дону),
врач-психиатр-психотерапевт, доктор медицинских наук,
заместитель главного врача ГУЗ «Психоневрологический
диспансер Ростовской области», преподаватель кафедры
психиатрии РГМУ, руководитель центра реабилитации
аддиктивных расстройств, доцент Международного общества
Кататимного переживания образов и имажинативных методов
в психотерапии и психологии (МОКПО),
председатель Ростовского общества символдрамы*

Своим учителям посвящаю...

ПРЕДИСЛОВИЕ

Эта книга рождалась из заметок, статей, записанных размышлений. В конце концов, словно формирующийся психический аппарат, постепенно, из островков ярких образов и впечатлений, которые разрастались, сливаясь вместе, и образовывали некое поле смысла, обреталось понимание непростой проблемы избыточной массы тела и ожирения. Как и каждое детище, данный продукт авторского творчества погружает самого автора в пространство эмоционального беспокойства, связанного с выведением своего детища в социум. Станет ли система субъективного опыта автора понятна широкому кругу специалистов, интегрируется ли в общее семантическое пространство?

Несмотря на то, что проблеме ожирения посвящено множество трудов — от научных монографий до огромного количества популярной литературы о том, как «правильно» снижать вес, — серьезное осмысление ее с психоаналитических позиций, по крайней мере на русском языке, попросту отсутствует. Книга содержит достаточное количество авторского материала, что может вызвать волну всякого рода критики. Тем не менее, автор открыт конструктивной дискуссии, за что будет премного благодарен.

Безусловно, книга эта основана на знании психоаналитической теории, и без хотя бы начальных знаний и представлений вряд ли будет осмыслена и по достоинству оценена. Начинать же освоение психоаналитической теории с азов в рамках данной работы не представляется возможным, да и не ставил автор перед собой таких целей, отсылая пытливого читателя к соответствующей литературе.

Вряд ли изложенная концепция будет принята специалистами с категориальным аппаратом, отличным от психоаналитической парадигмы. Однако все мысли о популяризации были, в конечном счете, оставлены в силу хотя бы субъективного убеждения автора, что позиция непонимания как раз и мотивирует индивида на дальнейшее развитие, обеспечивая процесс становления профессионала. Поэтому более глубокое погружение в понятийный аппарат авторского понимания проблемы обеспечит многочисленная литература в конце книги.

Книга, думается, будет полезна и непрофессионалу, быть может, пациенту, страдающему той проблемой, что стала основной темой книги, имеющему достаточный образовательный уровень и ищущему выход из тупика. Очень трудно найти среди книжных развалов «науч-попа» на эту тему, от которых ломятся полки, действительно достойную крупицу знаний.

И, безусловно, книга будет полезной психоаналитически ориентированным специалистам, психологам и психотерапевтам, так или иначе работающим с данной

проблематикой. Ведь достаточного и структурированного материала на тему психоаналитического осмысления ожирения чрезвычайно мало, а если сказать прямо, он попросту отсутствует.

Книга содержит эксклюзивный материал по применению психоаналитического классификатора OPD 2, — этому посвящена 5-я глава книги, которая написана в соавторстве с моими уважаемыми коллегами и учителями: Я. Л. Обуховым¹, М. В. Овсянниковым² и Е. Н. Родиной³.

Автор выражает искреннюю благодарность своим учителям — образ их стал тем внутренним содержанием отцовского объекта, или архетипа Мудреца, который заложил фундаментальную основу профессионализма.

Важную роль в структурировании и оформлении психоаналитического аппарата мышления сыграли семинары и супервизии доцента Международного общества кататимного переживания образов (МОКПО) И. Е. Винова (Украина, Киев).

Выражаю благодарность коллегам медицинской компании «Доктор Борменталь», с кем работал рука об руку в течение ряда лет в Поволжье и Северо-Западном регионе России.

Особо хочется отметить уже упомянутого здесь Обухова Якова Леонидовича — президента МОО СРС КИП, специалиста, открывшего для России *символдраму*, человека, вклад которого в систему гуманитарных знаний и опыта практического применения их в психотерапии в современной России трудно переоценить.

Благодарю и моих близких, обеспечивших мне безусловную поддержку.

Спасибо!

*И. А. Филиппов,
апрель 2012 г.*

¹ Обухов Яков Леонидович — кандидат психологических наук, доцент Международного общества кататимного переживания образов (МОКПО, Германия), президент Межрегиональной общественной организации содействия развитию символдрамы — Кататимно-имагинативной психотерапии (МОО СРС КИП). Ученик основателя метода Ханскарла Лейнера.

² Овсянников Марк Вадимович — врач-психиатр-психотерапевт, доктор медицинских наук, доцент Международного общества кататимного переживания образов (МОКПО, Германия).

³ Родина Екатерина Николаевна — доцент Международного общества кататимного переживания образов (МОКПО, Германия).

ГЛАВА 1

ВВЕДЕНИЕ В ПРОБЛЕМАТИКУ, ИЛИ ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ

Ожирение в наши дни является чрезвычайно актуальной проблемой для человечества. Цивилизация, преодолев в своем развитии голод и лишения, встретила более коварным противником, скрывающимся под пологом всеобщего достатка. Статистические данные, а собственное восприятие не дает повода в них усомниться, свидетельствуют об огромных масштабах распространенности проблемы избыточной массы тела и ожирения. Все бы ничего, если бы проблема эта носила чисто эстетический характер в критериях красиво-некрасиво — понятие красоты уж слишком переменчиво. Главное же в том, что ожирение тянет за собой целый воз проблем, связанных со здоровьем в частности и продолжительностью и качеством жизни в целом.

Может возникнуть закономерный вопрос: почему книгу о болезни пишет психолог — специалист, объектом профессионального интереса которого являются душевные феномены?

Несмотря на то, что используется дефиниция болезни, относящаяся к проблемам компетенции медицины, все же она не является чисто медицинской проблемой. Биоцентрическая модель медицины не может дать конкретного ответа без выхода за рамки чисто биологического материала о патогенезе и способах эффективного устранения проблемы ожирения. И, как часто бывает в науке, простой вопрос имеет очень непростой ответ, и для того чтобы дать этот ответ, нужно привлечь дополнительный материал, выходящий за узкие рамки биологического подхода.

Для начала стоит разобраться в понятии «человек». Ведь каждая наука рассматривает этот феномен с различных углов зрения, теряя при этом целостность восприятия. В последнее время наиболее принятой концепцией и объективным воззрением является представление о человеке как о био-психо-социальном единстве — так называемая *био-психо-социальная модель*. Био-психо-социальная модель возникла в конце 70-х гг. XX века как модель болезни (Т. Икскуль, В. Везиак, В. Вайцеккер). Эта модель основывается на системной теории, согласно которой любая болезнь, как, собственно, и любой объект, есть иерархическая структура, выстроенная от уровня элементарных частиц до масштабов биосферы, в которой каждый уровень интегрирован в целостную систему и отражает ее общие характеристики. Данная модель была принята Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и отрази-

лась в определении понятия здоровья как состояния благополучия в телесной, психической и социальной сферах.

Биологическое в человеке представлено его телом с совокупностью органов и систем, функционирующим по определенным закономерностям. Безусловно, ожирение в первую очередь проявляется на данном соматическом уровне как отложение жировой ткани. Но если есть тело, должна быть душа (психе), что определяет сложную систему получения и переработки информации из окружающего мира и выстраивание на данной основе поведенческих актов. Это душевная составляющая био-психо-социальной модели. Кроме того, у человека есть сознание и бессознательное, чувства и эмоции, мотивы и цели и т. д. И все это он реализует в социальной среде, потому что человек является существом социальным, о чем говорил еще Аристотель. Без общества человек бы не стал Человеком в полном смысле слова, да и долгое время прожить бы не смог. Социальное, как источник эмоциональных переживаний, а также установок и систем ценностей, всегда незримо присутствует в этой сложной системе.

Как рассматриваемая модель соотносится с проблемой ожирения, ведь проявляется она только лишь на уровне тела? Дело в том, что жировая ткань имеет одну очень важную функцию — аккумуляции энергии. А энергия поступает в наше тело только с пищей. Поступление пищи в тело регулируется сложной системой, которую в общем можно определить как *пищевое поведение*. И образовавшийся дисбаланс в гармонии энергий может говорить лишь о неадекватном пищевом поведении — а это суть *психический уровень* организации. Социальные аспекты взаимодействия, принятые в нашем обществе, связаны с необходимостью приема пищи, когда даже в ней нет потребности: «Попробуй, уважь хозяйку». Даже переживания несоответствия социально принятым стандартам красоты своего тела, фигуры, вызывают дисбаланс уже на душевном уровне.

О медицинских аспектах заболевания написано много книг, но все они отражают лишь функционирование клеток, гормонов и прочие причины сбоя липидного обмена, приводящего к ожирению. Но проблема ожирения давно перестала быть лишь чисто медицинской (имеется в виду биоцентрическая позиция многих медиков, в профессиональном видении которых понятие психического напрочь отсутствует). Понимая это, автор, имеющий и медицинское, и психологическое образование, может быть более объективен в плане подходов и взглядов на проблему ожирения.

Можно однозначно сказать, что эта книга ставит своей целью не умалить значение медицинского подхода, а расширить видение затронутой проблематики, сделать его стереоскопическим. Чего греха таить, среди психологов много таких специалистов, которые не только не имеют представления о патологии, но в своих изысканиях настолько уходят в область мистики и эзотерики, что для научной парадигмы становятся просто потерянными. И все бы ничего, если бы не тот вред, который они могут нанести пациенту, вставая в оппозицию к официальной медицине. В силу этого автор ратует за холический подход, который давным-давно определен четкой фразой: «Лечить больного, а не болезнь». Лучше и не скажешь. Однако процитиро-

ванное крылатое выражение до сих пор так и остается неким меморандумом о намерениях...

Эта книга рождалась из сплетения противоречий и тупиков, подстерегающих специалиста при обращении к психосоматической проблеме ожирения и избыточной массы тела. Проработав в системе организаций, занимающихся снижением веса, и оценивая пройденный путь, понимаешь ловушки заблуждений, ухабы противоречий теории и практики. И этот бесценный опыт требует своего анализа, пересмотра тупиковых стратегий и поиска более эффективных средств для достижения целей. Теория всегда толкала практику... А, может быть, наоборот? — неизвестно... Тем не менее, теория и практика всегда идут рядом, подстегивая друг друга на пути постижения истины. Так в противоречивых гипотезах, спорах рождалась научная мысль. В рамках краха теорий атомистического представления о душе В. Вундта на рубеже XIX и XX веков были заложены основные направления современной психологии: психоанализ, гештальт и бихевиоризм. Уже в середине XX века в результате сложностей и ошибок при лечении пациентов с тяжелыми нарушениями в рамках психоаналитической концепции появляется теория Х. Кохута с новыми понятиями и взглядами на природу человеческой психики.

Что касается более частных случаев, то, как принято полагать, любой специалист во внутренней динамике становления профессионала проходит определенные стадии, усложняющие представление о психическом аппарате человека, делающие его более объемным. Удел дурака — искать легкие пути объяснения и понимания природы человека, с чем автору приходилось сталкиваться довольно часто. Яркий пример — утверждение знакомого врача, что все болезни от глистов в той или иной степени. Это утверждение стало «притчей во языцех», своего рода сигналом, страхующим от однобокой и, как правило, субъективной позиции, оскудняющей представление о человеке.

Некоторые специалисты, работающие с проблемой лишнего веса, высказываются: «Не снижает вес — значит, не хочет!», что в какой-то степени соответствует действительному положению дел. Но проблема мотивации к снижению веса — это лишь поверхностное отражение глубинных процессов, когда необходимость еды, еды аппетитной и калорийной, встраивается в некие структуры психики человека, итогом чему и становится набор лишних килограммов. Понимание этого пришло и к автору, когда в процессе работы с пациентами, страдающими ожирением, первоначальная эйфория от применения краткосрочной когнитивно-поведенческой терапии сменилась состоянием разочарования в силу очень скромных результатов, достигнутых пациентами в длительном катамнезе. Разочарование, как проявление внутренних противоречий, подстегивало к поиску выхода из этого тупика. Таким выходом стала *психоаналитическая парадигма* системы взглядов на человека в целом и проблему ожирения в частности. А поездка в Германию для знакомства с системой психотерапевтической помощи при психосоматических заболеваниях, организованная Я. Л. Обуховым и Е. Н. Родиной в рамках Межрегиональной общественной организации содействия развитию символдрамы (МОО СРС), помогла расставить многие точки над *i*.

Таким образом, эта книга является результатом осмысления автором пройденного творческого пути становления и формирования психоаналитических взглядов на пациента, страдающего ожирением.

О выборе инструментов исследования

Любой симптом, любую жалобу пациента надо рассматривать целостно — у медиков такой подход называется *клиническим мышлением*. Ведь банальный кашель, как симптом, являет собой следствие целого ряда причин. Причиной, вызвавшей кашель, может быть бронхит, может быть туберкулез или онкология, может быть глистная инвазия. Именно такой профессиональный взгляд, основанный на понятии детерминизма, является важным фундаментом профессионального подхода и позволяет, видя причины, выстраивать стратегию терапевтического воздействия. Поэтому, используя психоаналитический инструментарий, основанный на видении причин симптомов, попробуем взглянуть на природу *заедания* — пищевой зависимости, являющейся причиной ожирения.

Проблема избыточной массы тела с физиологической точки зрения связана с преобладанием поступающей энергии над израсходованной, излишки которой аккумулируются в жировых отложениях.

Важно понять, что использование механизма заедания и избыточного поступления калорийности является для индивида не банальной привычкой, а копинг-стратегией, стратегией совладания как с внешней реальностью, так и с внутренними объектами, точнее — имеющимся в онтогенезе негативном опыте потери объекта, который включается при малейшем сходстве возникшей актуальной ситуации с когда-то пережитыми событиями. Посему заедание является способом восполнения внутреннего дефицитарного объекта, что обеспечивает внутреннюю стабильность, вследствие чего уходит тревога. Но об этом чуть позднее.

Можно ли сказать, что заедание представляет собой пустую привычку (именно такова точка зрения поведенческого терапевта)? Здесь важен базисный вопрос о парадигме: какого мнения придерживается специалист в своем мировоззрении о явлениях и феноменах психики. Являются ли они беспричинными или имеют какие-либо причины (даже те, которые мы осознать пока не в силах)? Другими словами, является ли концепция детерминизма (причинности) в мировоззрении ведущей? — ведь в ином случае рассыпается вся логика выведения общих закономерностей течения душевных процессов, и психология как наука существовать не может. С точки зрения психоанализа — беспричинных явлений нет. Посему заедание как симптом имеет свои причины. Но понятие детерминизма в отношении душевных процессов, скорее, более широкое — при определенной причине возможна поливариантность симптомов.

Психоаналитический подход позволяет более глубоко взглянуть на природу и причину эмоционального отреагирования — почему та или иная ситуация становится для конкретного индивида настолько значимой, что запускает механизм патологического реагирования. Именно поэтому в этой книге автор позволил себе уделить

внимание психоаналитическому взгляду на ожирение (потому как теоретического материала по данной проблематике чрезвычайно мало), а также перспективам дальнейшей реабилитационной работы с использованием метода символдрамы с пациентами, имеющими избыточную массу тела.

Немного истории

На протяжении длительного времени, да и по сей день, существует представление о проблеме ожирения и избыточной массы тела как о некоей вредной привычке, преодолеть которую мешают отсутствие желания и недостаток волевых усилий. И это обывательское мнение очень широко распространено даже среди специалистов. Как-то одна из пациенток, обратившаяся за помощью, посетовала: «Пожаловалась врачу на проблему лишнего веса, на что он ответил, что меньше кушать надо». Если оглянуться на историю развития понимания и методов лечения ожирения, то приходит понимание, что за несколько сотен лет ничего не изменилось.

XI век — король Англии Вильгельм Завоеватель становится настолько толстым, что уже не в состоянии ездить верхом. Для уменьшения веса он прибегает к большим количествам алкоголя, что и является его «жидкой диетой». Что же, сменить один симптом на другой — это тоже выход. Ведь и сейчас существует так называемая «пивная диета», благодаря которой гипотетически вес снизить можно. Ну, скажите, кто из алкоголиков страдает лишним весом?

XIX век — за борьбу с ожирением берется религия, где, напомним, чревоугодие считается одним из смертных грехов. Сильвестр Грэм, пресвитерианский священник, предлагает ограничительную диету для искоренения таких грехов, как обжорство, сексуальные желания и прочие аморальности. Молитва и ограничения — вот залог здоровья, стройности и душевной гармонии. У каждой диеты или учения имеются свои приверженцы. Таковые были и у этого пастыря — они искренне клялись, что после сокращения питания стали чувствовать себя все лучше и лучше. Еще немного, и, наверное, превратились бы в ангелов. Да вот беда, ангелы живут на Небе, но никак не на грешной Земле. И внешний вид этих бедолаг говорил сам за себя — бледность и вялость, за что их вдохновитель получил прозвище «Доктор Опилки».

Множество последователей тех или иных ограничительных учений ведут аскетичный образ жизни, ввергая себя в водоворот последовательной смены периодов голодания и переедания. Ведь если разобраться, то все эти ограничительные концепции очень хорошо встраиваются в структуру внутренней психодинамики личности, ключевую роль в которой играет чувство вины (об этом подробнее будет изложено далее, при рассмотрении депрессивной позиции с ведущим аффектом вины). «Вина всегда притягивает правосудие» — цитата и центральная тема произведения Ф. Кафки «Процесс». И это правосудие, или наказание, не заставляет себя ждать — очередная диета или голодание с серьезной обосновательной базой служат основой многих оздоровительных систем.

В конце XIX — начале XX века организуются первые рекламные кампании продукции для потери веса. В состав рекламируемых средств входят следующие ин-

гредиаменты: слабительные, очистительные, мышьяк, стрихнин, стиральная сода и английская горькая соль. Волшебная таблетка, которая, словно взмах волшебной палочки, вмиг решит все проблемы — ведущая фантазия подавляющего большинства сегодняшних пациентов, страдающих избыточной массой тела.

1890-е годы — химик В. Этуотер (Wilbur O. Atwater) «расщепляет» еду на отдельные питательные компоненты: белки, жиры и углеводы — и измеряет калорийную ценность каждой из этих групп. Это поистине начало великой эры подсчета калорийности, которая придет чуть позже, спустя два десятилетия после выхода в 1917 году книги доктора Л. Х. Петерса (Lulu Hunt Peters) «Диеты и здоровье с разгадкой калорий». В России грядет Великая Октябрьская, а в цивилизованном мире — революция в сфере лечения ожирения и избыточной массы тела. Книга доктора Петерса стала первой, в которой пропагандировался подсчет калорийностей и соблюдение калоража как метод уменьшения веса. Предлагается такой научный принцип: контроль веса — это контроль калорий. Актуальность подсчета калорийности не теряет свой смысл и по сей день — все основные эффективные методы снижения веса, как у нас, так и за рубежом, включают в себя контроль калорийности.

И лишь в середине XX века возникает идея, что ожирение, помимо прочих причин, имеет психогенную природу, — впервые озвученная в статье «Тучная личность», опубликованной газетой «Newsweek». Желание кушать всякие высококалорийные блюда, с точки зрения авторов публикации, идет от тоски, неустроенной личной жизни и сексуальной неудовлетворенности.

Резюмируя историю развития взглядов на проблему ожирения, можно классифицировать представителей имеющих взглядов и подходов как «телесников» (объективисты) и «душевников» (субъективисты). «Телесники» видят проблему набора веса в объективных причинах: патологиях обменных процессов, гормональном дисбалансе, культуральных особенностях питания и т. д. «Душевники», или субъективисты, видят причины в глубинных душевных проблемах, которые вряд ли осознает даже сам субъект. А теперь подумайте — за кем большинство?

Крайняя полнота взглядов на тот или иной объект грешит одномерностью и сродни расщеплению — психотическому примитивному защитному механизму. Истина, как всегда, где-то посередине...

ГЛАВА 2

ОБ ОЖИРЕНИИ, ПИЩЕВОМ ПОВЕДЕНИИ, ФИЗИОЛОГИИ И ПИТАНИИ (КОРОТКО О ВАЖНОМ)

К вопросу о терминологии

Часто возникает путаница с терминами «ожирение» и «избыточная масса тела». Чтобы разобраться с терминологией и развести данные понятия, необходимо обратиться к *индексу массы тела* (ИМТ). Индекс массы тела (англ. — Body Mass Index, BMI) — величина, позволяющая выявить степень соответствия массы человека и его роста и, тем самым, косвенно оценить, является ли масса недостаточной, нормальной или избыточной (ожирение). ИМТ важен, прежде всего, для диагностики.

Индекс массы тела рассчитывается по формуле:

$$I = \frac{m}{h^2},$$

где:

m — масса тела в килограммах;

h — рост в метрах.

Измеряется ИМТ в кг/м².

Показатель индекса массы тела разработан бельгийским социологом и статистиком Адольфом Кетеле (Adolphe Quetelet) в 1869 году.

Разработанная в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения интерпретация показателей ИМТ (ВОЗ, 1997) представлена в табл. 2.1.

Следует отметить, что показатели ИМТ достаточно условны, и не стоит брать их за абсолютную основу. Тем более, что, по данным ВОЗ, небольшой избыток массы тела более оптимален в плане здоровья, нежели ее дефицит. И если *ожирение* — это хроническое, склонное к рецидивам, заболевание обмена веществ, проявляющееся избыточным развитием жировой ткани, прогрессирующее при естественном течении и имеющее высокий риск возникновения осложнений, то *избыточная масса тела* рассматривается как состояние, имеющее риски перерасти в болезнь, — только и всего. Тем не менее, по наблюдениям многих специалистов, как только индивид, имеющий избыточную массу тела, берется за искоренение данной про-

Таблица 2.1. Интерпретация показателей ИМТ

Индекс массы тела	Соответствие между массой человека и его ростом
15,9 и менее	Выраженный дефицит массы
16—18,4	Недостаточная (дефицит) масса тела
18,5—24,9	Нормальная масса тела
25—29,9	Избыточная масса тела (предожирение)
30—34,9	Ожирение I степени
35—39,9	Ожирение II степени
40 и более	Ожирение III степени

блемы, да еще с использованием традиционных методов, переход на более весомый уровень — ожирение — не за горами.

В отечественной литературе наибольшее распространение получила классификация ожирения на первичное и вторичное.

- *Первичное* (называемое также «эссенциальным», «алиментарным») ожирение вызвано факторами, которые, по мнению авторитетов в данной области от медицины, до конца не изучены (В. Г. Баранов и соавт., 1977, 1985). Более того, применение термина «алиментарное» для ожирения неправомерно в силу того, что «любое ожирение является результатом переедания» [45]. И, несмотря на успехи современной генетики, биохимии и т. п., все же «причины ожирения и избыточной массы тела кроются, прежде всего, в особенностях стиля жизни и пищевого поведения» [46].
- *Вторичное* (симптоматическое) ожирение является следствием различных первичных патологических процессов, таких как: синдром Иценко-Кушинга, гипотиреоз, органический гиперинсулинизм, заболевания ЦНС, опухоли, травмы и т. д. Отличительным свойством вторичных форм ожирения является уменьшение массы тела при успешном лечении основного заболевания. По статистике только 1–5 % случаев ожирения относятся к вторичному ожирению. При вторичном ожирении главным, безусловно, является лечение основного заболевания, повлекшего за собой развитие ожирения.

Исходя из сказанного, следует сделать вывод, что подавляющее большинство случаев ожирения так или иначе связано именно с психогенными факторами, и в этой книге, если пользоваться приведенной классификацией, рассматриваются именно первичные формы ожирения.

Физиология системы пищеварения

Организм представляет собой четко дифференцированную систему, где каждый орган, каждая часть тела выполняют свою функцию. Жировая ткань, вследствие своей энергоемкости, имеет одну основную функцию — аккумуляции энергии.

Энергия же поступает в тело человека, как, собственно, и любого животного, вместе с пищей. И нарушенный баланс энергий, одна из которых поступает вместе с пищей, а другая — расходуется, приводит к складированию ее в виде жировых отложений. В результате чего возникает такой дисбаланс? Ответ очевиден — нарушение системы регуляции пищевого поведения. Но что за этим стоит, что входит в понятие *пищевого поведения*? Как осуществляется контроль за съеденной пищей? Эти вопросы очень сложны, но очень важно, чтобы не только пациент, но и специалист понимали данную структуру, — ведь здесь речь идет о взаимодействии физиологии и психического представительства системы пищеварения.

Итак, приступим... Потребность в пище — это базовая витальная потребность всего живого, в том числе и человека. Поступление пищи обеспечивает нам жизнь и выживание человека как биологического вида. И эта базовая физиологическая потребность называется *голодом*. Голод, как физиологическая потребность, переживается на психическом уровне в виде дискомфорта, состояния неудовольствия. Таким способом тело сигнализирует в центральный аппарат управления организмом о необходимости актуализировать поисковую активность, направленную на удовлетворение данной потребности.

Центр голода находится в гипоталамусе (латеральное ядро). Главным (но не единственным) фактором активации центра голода и запуска соответствующей активации является уровень содержания глюкозы в крови. Однако гипоталамические ядра представляют собой только часть (хотя и весьма важную) пищевого центра. Исследования показали, что нарушение пищевого поведения происходит также и при поражении лимбической системы, ретикулярной формации и передних отделов коры больших полушарий. А это означает, что пищевое поведение связано самым непосредственным образом с подкорковыми структурами мозга, ответственными за эмоциональную активацию. То есть именно на этом уровне происходит переход с физиологического уровня на психический в плане субъективного переживания голода конкретным индивидом.

Благодаря эмоциональной активации включаются мотивационные структуры, актуализирующие потребность в пище и активизирующие деятельность. Зигмунд Фрейд в этом плане говорил о стремлении всего живого к *удовольствию*, как восстановлению нарушенного гомеостаза вследствие неудовлетворенной потребности, и, соответственно, к избеганию неудовольствия. В этом процессе осознания потребности в пище, как вы поняли, происходит взаимодействие телесных физиологических механизмов и психических феноменов, что знаменует превращение потребности в желание. Это и есть голод, субъективные проявления которого выражаются в ощущении «сосания под ложечкой», пустоты и дискомфорта в области желудка, тошноты, иногда головокружения и общей слабости.

В сигнальной системе оповещения о голоде выделяются первичные и вторичные сигналы. Первичные сигналы идут из эпигастральной области (область желудка) и далее, по мере усиления голода, они генерализируются и распространяются на все тело, становясь вторичными сигналами. Вторичные сигналы голода проявляются в головной боли, треморе рук, головокружении, раздражительности и т. д. вплоть до голодного обморока. Как правило, подавляющее большинство пациентов

с ожирением страдают отсутствием восприятия первичных (а, зачастую, и вторичных) сигналов голода, что красноречиво говорит о нарушении взаимосвязи сознания и тела (об этом подробнее будет сказано в *главе 3*).

Тестирование продукта, который может стать потенциальной пищей, происходит с помощью сенсорной системы. Вначале включаются так называемые *дистантные анализаторы* — зрение, которое позволяет по внешнему виду оценить пригодность продукта для употребления. Другим дистантным анализатором, принимающим непосредственное участие в тестировании пищи, является обоняние. Именно запахи играют очень важную роль в процессе распознавания пищи и удовольствия от ее приема. Вспомните, какой безвкусной кажется пища, когда из-за простуды заложен нос. Следующим звеном в системе проверки качества продукта является определение вкуса продукта уже при непосредственном с ним контакте. Сенсорная система анализаторов играет важную защитную роль в плане выбора качественного свежего продукта, что позволяет избежать нежелательных последствий интоксикации. Кроме того, эта система выполняет важную функцию наслаждения от приема пищи, что является существенным компонентом работы системы пищеварения.

Но вот пища найдена, и мы приступаем к *акту приема пищи*. Пищеварение начинается уже во рту, когда происходит механическая обработка и измельчение пищи. Пища смачивается слюнным секретом, содержащим *ферменты*. Кроме того, как уже было сказано, на языке расположены вкусовые рецепторы, а в носоглотке — обонятельные, которые также участвуют в акте приема пищи, анализируя поглощаемый продукт. Получается, что физиологическая система работает параллельно с психическим обеспечением удовлетворения голода. Обе системы функционируют синхронно, одновременно получая сигналы. Таким образом, к удовольствию (в понимании З. Фрейда, связанному с гомеостазом) присоединяется *наслаждение*, то есть психическое переживание акта приема пищи.

Кроме того, вкусовые и обонятельные ощущения запускают работу дальнейших отделов пищеварительного тракта: стимулируется работа желез внутренней секреции, выделение желудочного сока, желчи и т. д. По тому, как человек пережевывает пищу, можно сказать многое. Так Ф. Перлз в своей работе «Эго, голод и агрессия» проводит параллель между актом жевания и способом усвоения новой информации. В силу того, что вначале у ребенка появляются передние резцы, и он может лишь откусывать куски пищи, информация на этой стадии ложится во внутреннее пространство целыми блоками без какого-либо критического анализа. Анализ и осмысление чего-то нового, что в языке называют «попробовать на зуб», начинается, когда появляются коренные зубы, основная задача которых — перетирать пищу в гомогенную массу.

После пережевывания и параллельной стимуляции вкусовых и обонятельных анализаторов происходит *акт глотания* — сложный рефлекторный акт, регулируемый бульбарным центром, расположенным в продолговатом мозге. По пищеводу пища поступает в желудок, где подвергается воздействию кислоты и ферментов желудочного сока, нейтрализующего щелочную среду слюнного секрета. Под воздействием кислой среды происходит коагуляция белковых фракций пищи. При всем при этом в верхней части тела желудка находятся так называемые *барорецепторы*,

возбуждающиеся под воздействием объема пищи и несущие сигналы в центр насыщения, который находится в гипофизе. Возбуждение рецепторов происходит постепенно и развернуто во времени. Поэтому быстрая еда приводит к тому, что эти рецепторы не успевают возбудиться и доставить сигнал в центр насыщения.

В желудке пища находится несколько часов, там происходит ее набухание, разжижение, осуществляется механическая и химическая обработка. Ферменты слюны действуют на углеводы пищи там, куда не проник желудочный сок, нейтрализующий действие слюны. Желудочный сок, в свою очередь, расщепляет белки. Именно большее количество желудочного сока выделяется на белковую, мясную пищу. Во время приема пищи и в первые минуты после стенки желудка расслабляются. Затем возникают и усиливаются сокращения, перемещающие пищу по телу желудка и, в конце концов, эвакуирующие ее в двенадцатиперстную кишку, вход в которую охраняет привратник желудка. Время полной эвакуации зависит от количества и качества пищи. Быстрее всего эвакуируются углеводы, затем белки и жиры. Наполнение желудка, обеспечивающее ощущение сытости, при работе с ожирением должно быть постоянным, чтобы обеспечивать душевный комфорт, о причинах которого будет сказано далее. Поэтому современные диетологи сходятся в одном — программа снижения веса должна включать в себя дробное питание с промежутками между приемами пищи в 3–5 часов.

При переходе содержимого желудка в двенадцатиперстную кишку происходит деактивация кислой среды желудочного сока выделяющейся желчью и соком поджелудочной железы. Первая фаза, запускающая секрецию поджелудочной железы, обусловлена видом, запахом пищи и другими раздражителями, связанными с приемом пищи (условно-рефлекторные раздражения), а также воздействиями на рецепторы слизистой оболочки рта, жеванием и глотанием (безусловно-рефлекторные раздражения). Нервные импульсы, возникающие в рецепторах, достигают продолговатого мозга и затем по волокнам блуждающего нерва поступают к железе и вызывают ее секрецию. Последующие фазы связаны с возрастающей ролью гуморальной регуляции с помощью гормонов. И здесь не последнюю роль играет поджелудочная железа, которая помимо секреторной функции выполняет функцию эндокринной железы, выделяя важнейшие гормоны: инсулин, глюкагон и т. д., регулирующие углеводный и жировой обмен.

Было установлено, что режим питания и особенность пищи оказывают влияние на работу пищеварительной системы и содержание пищеварительных соков, в частности сока поджелудочной железы, в котором в зависимости от особенностей состава пищи и преобладания в ней определенных компонентов значительно менялся ферментный состав.

На содержимое желудка, эвакуирующееся в двенадцатиперстную кишку, оказывает влияние и желчь, выделяющаяся из желчного пузыря печени. Желчь эмульгирует жиры и способствует их всасыванию, а также усиливает гидролиз и всасывание белков и углеводов. Вода, минеральные соли и витамины начинают всасываться через кишечные стенки.

Изгибаясь, двенадцатиперстная кишка переходит в тощую и, далее, в подвздошную, общая протяженность которых составляет 5–6 метров. Именно в тонком ки-

щечнике происходит всасывание большей части питательных веществ из пищевой массы. Далее через специальный клапан пища попадает в толстый кишечник, где происходит дальнейшее расщепление питательных веществ уже с помощью микрофлоры кишечника, всасывание воды и формирование кала. В толстом кишечнике живет огромное количество бактерий, обеспечивающих возможность усвоения питательных веществ, которые не могут быть переварены силами самого организма. Кроме того, толстый кишечник выполняет значимую роль в системе иммунной защиты. И, наконец, непереваренные остатки пищи покидают организм в виде каловых масс через анальное отверстие.

Сознательная регуляция системы приема и переработки пищи осуществляется только на входе и на выходе, когда человек усилием воли может регулировать акты приема пищи и дефекации, манипулируя со временем. Не случайно в теории развития З. Фрейда первые две стадии — оральная и анальная — имеют прямое отношение к системе пищеварения. Регуляция этих физиологических актов приема пищи и выделения является важной составляющей саморегуляции как свойства зрелой личности со сформированным чувством идентичности. И, как будет сказано далее, базовым фундаментом формирования идентичности и зрелой структуры Я является тело.

Питание человека

Теперь несколько слов собственно о питании человека в соответствии с физиологическими особенностями его системы пищеварения. Структура и цель этой главы такова, чтобы обозначить некий скелет, на который постепенно будет нарастать плоть знаний и представлений о анатомо-физиологических особенностях системы пищеварения. Для более подробного изучения данного вопроса у пытливого читателя есть огромное количество источников, ряд из которых упомянут в *списке литературы*.

Питательные вещества, получаемые человеком из пищи, представляют собой белки, жиры, углеводы, минеральные вещества и витамины.

Белки являются важнейшим компонентом пищи, выполняющим в организме множество функций. Прежде всего, это строительная функция, ведь клетка в сухом остатке на 50 % состоит из белка. Не стоит забывать двигательную функцию — благодаря сократительному белку мышц мы двигаемся. Ферментативная функция обеспечивает всю совокупность обменных процессов, регулируемых ферментами. Кроме того есть еще пластические и энергетические функции, осуществляемые белком. Белок состоит из аминокислот: 12 из них синтезируются в организме человека и называются заменимыми, а 8 не синтезируются — это незаменимые аминокислоты. Основным источником незаменимых аминокислот служит белковая пища животного происхождения. Причем из-за того, что белок в организме не депонируется, человек постоянно нуждается в белковой пище. Но, в то же время, излишки белка повышают содержание азота и шлаков, которые должны быть выделены, то

есть белковые диеты зашлаковывают организм и перегружают работу выделительных систем, что не каждому здоровому человеку по силам, не говоря уже о больных людях. Под сказанным ни в коем случае не подразумевается приоритет вегетарианства — белок животного происхождения человеческому организму, особенно растущему, просто необходим.

Вывод из изложенного простой — необходимо, чтобы белок в небольших количествах присутствовал во всех приемах пищи, то есть принимать белковую пищу следует часто и понемногу.

Жиры играют очень важную роль в энергетическом обмене, поскольку теплотворная способность этого питательного вещества огромна. Именно поэтому энергия в организме аккумулируется в виде жировой ткани, при расщеплении в случае нужды 1 грамма которой выделяется примерно 9,3 Ккал. И именно поэтому, являясь основным средством накопления энергии, жир играет ведущую роль в развитии ожирения и избыточной массы тела. По данным современных исследований (М. М. Гинзбург [12]) именно жирная пища является основным поставщиком жировой ткани для организма — уж очень производство жировой ткани из других питательных веществ энергозатратно.

Выводом из сказанного может быть одно — для снижения веса и его стабилизации необходимо контролировать поступление жиров в организм.

Основная роль *углеводов* определяется их энергетической функцией. Но, в отличие от жира, углеводы предоставляют нам несколько иную энергию. Если жир депонируется в организме, словно запас необходимых продуктов на зиму, которые помещаются в погреб, то углеводы — это продукты, хранящиеся в непосредственной близости, в холодильнике. И если в погреб еще нужно слазить, а это иной раз целое событие, то холодильник всегда под рукой. Углеводы накапливаются в печени в виде гликогена, который, продолжая метафору, всегда готов украсить стол, если неожиданно нагрянут гости. Под прожорливыми гостями, конечно же, подразумевается мышечная работа — физический труд. Ну, не оставишь же гостей без внимания, на полдня залезши в погреб?! Наша метафора позволяет понять, почему интенсивная физическая нагрузка практически не влияет на снижение веса, а лишь усиливает голод.

Углеводы, следует отметить, по строению и размеру молекул подразделяют на простые и сложные. Простые углеводы — в виде сладостей и кондитерских изделий — очень быстро всасываются в кровь. У сложных же, а к ним относятся крахмалистые продукты (хлеб, картофель, крупы и макаронные изделия), процесс всасывания в кровь растянут во времени. Длительный процесс всасывания обеспечивает занятость системы пищеварения, а значит, и отсутствие голода.

Вывод из этого прост — в питании должны преобладать сложные углеводы. Тогда как простые являются очень хорошим добавлением к рациону в конце приема пищи в качестве десерта, обеспечивающего наслаждение от приема пищи.

Энергия

Энергия, поступившая в организм с пищей, преобразуется в тепловую, механическую и электрическую. Энергия расходуется не только на поддержание температуры тела и выполнение работы, но и на воссоздание структурных элементов клеток, обеспечение их жизнедеятельности, роста и развития организма. Необходимая для функционирования организма энергия берется у всех животных только из пищи. Как становится понятным из предыдущего изложения, энергия и ее аккумуляция напрямую связаны с жировой тканью и проблемой ожирения. Отсюда следует, что ожирение является закономерным итогом избытка энергии, поступающего в организм вместе с пищей и запасаемого в жировых отложениях.

Энергия, как вы знаете из школьной программы, измеряется в килоджоулях (кДж) или килокалориях (Ккал). Именно после того, как был открыт энергетический потенциал пищи, подсчет калорийности стал основным способом контроля над весом. Название единицы энергии «калория» происходит от латинского слова *calor* — тепло. Это внесистемная единица количества работы и энергии, равная количеству тепла, необходимому для нагревания 1 грамма воды на 1 кельвин при стандартном атмосферном давлении.

Калорийность продуктов определяется наличием в них неокисленных атомов углерода и водорода. В молекулах жиров содержится больше всего таких атомов, именно поэтому они очень калорийны. Как уже было отмечено ранее, калорийность 1 грамма жира аккумулирует в себе 9,3 Ккал, в то время как в углеводах и белках содержание энергии распределяется поровну — по 4,1 Ккал в 1 грамме. Однако следует учитывать энергозатраты на переработку пищевых продуктов с целью получения той самой энергии.

Несмотря на то, что углеводы и белки имеют примерно равное количество аккумулированной энергии, из белков ее извлечь куда труднее. Возьмем для примера 100-граммовый кусок нежирной телятины, калорийность которого равняется примерно 100 Ккал. Однако чтобы его переварить, организму придется затратить энергии в полтора раза больше — порядка 160 Ккал. На этом физиологическом феномене основаны все белковые диеты.

От чего зависит норма потребляемых в день калорий? Прежде всего, от вида деятельности человека, от климата, пола, возраста и т. д. Так, детям по мере их взросления и роста требуется все больше калорий для полноценного развития организма. Но после достижения зрелости калорийность рациона необходимо пересмотреть. Далее, по мере увеличения возраста, суточные нормы калорий снижаются. Чем старше человек, тем меньше ему требуется энергии. Это, конечно, в меньшей степени относится к тем, кто продолжает активную жизнь или занятия спортом и в преклонном возрасте.

Кроме того, в некоторые периоды жизни калорийность рациона требует особой коррекции. Так, беременные и кормящие женщины должны помнить о достаточном количестве килокалорий для себя и для своего ребенка. Было подсчитано, что за период беременности на развитие и рост плода уходит порядка 80 000 Ккал —

очень уж затратное это дело... Спортсмены могут потреблять ежедневно значительно больше калорий, чем люди, не занимающиеся спортом, в силу того, что гипертрофированная мышечная ткань даже на поддержание своей жизнедеятельности без нагрузок нуждается в большом количестве энергии, иначе организм начинает отказываться от всего лишнего. Воистину, прав был тот, кто сказал, что все или развивается, или атрофируется.

Как рассчитывается калорийность продукта?

Определение калорийности пищевого продукта, то есть количества энергии, получаемой при сгорании определенного количества продуктов, производится в специальном приборе — *калориметре*, или, как его называют, «калориметрической бомбе». Эта «бомба» представляет собой герметически закрывающийся сосуд, помещенный в большой сосуд с теплонепроницаемыми стенками. В простенок между обоими сосудами налита вода. Внутри малого сосуда кладут точно взвешенное вещество, калорийность которого хотят определить. Сжигание этого вещества производится с помощью электрической искры в атмосфере кислорода, что способствует быстрому сгоранию исследуемого вещества и высвобождению тепла. Выделяющееся тепло через металлические стенки «бомбы» нагревает воду. По показаниям термометра устанавливают, какое количество тепла выделилось при сжигании данного вещества.

Калорийность пищевого продукта или блюда определяется также по специальным таблицам путем умножения количества входящих в его состав белков, жиров и углеводов на приведенные ранее значения калорийности 1 грамма соответствующего компонента. К примеру, если мы возьмем пачку овсянки, то увидим на ней следующий состав в граммах:

- белки — 11,0 г;
- жиры — 6,2 г;
- углеводы — 51,0 г.

А теперь произведем расчет калорийности, точно зная содержание энергии в белках, жирах и углеводах:

- белки: $11,0 \text{ г} \times 4,1 \text{ Ккал} = 45,1 \text{ Ккал}$;
- жиры: $6,2 \text{ г} \times 9,3 \text{ Ккал} = 57,66 \text{ Ккал}$;
- углеводы: $51,0 \text{ г} \times 4,1 \text{ Ккал} = 209,1 \text{ Ккал}$.

Складываем все вместе и получаем общую калорийность овсянки: 311,86 Ккал в 100 граммах продукта.

Понятие калорийности — очень уж относительная величина, и ее расчет сложен и приблизителен. В этом легко убедиться, если взять несколько таблиц калорийности одного и того же продукта из разных источников. От такой неточности и противоречивости данных могут просто опуститься руки. Но не стоит унывать, ведь при всей относительности сейчас это пока единственно возможный способ установле-

ния контроля над энергией, а значит, и над жировой тканью, аккумулирующей в себе избытки входящей в организм энергии.

В связи с этим вспомнилось, как один из пациентов, начитавшись, видимо, фантастики, предположил, что лет через невесть-сколько-надцать придумают такой прибор, который будет встраиваться в гортань и путем какого-нибудь спектрального анализа подсчитывать энергетический потенциал проглатываемой пищи. Сигналы от этого анализатора пойдут прямо в мозг. Как только будет превышена норма, вход в пищевод закрывается и — никакой лишней калорийности, никакого лишнего веса! Все бы хорошо, но в кого тогда превратятся люди? К слову сказать, в Японии уже создан прибор, который на основании анализа мочи может выдать заключение о том, переел ли человек или остался в своей норме. Но опять же, установить сей факт возможно лишь после случившегося. Точно, как в шутке на медицинскую тематику: «Вскрытие показало, что больной переел». Тем не менее, динамика развития событий направлена именно в эту сторону. И хотя пока такой прибор многим недоступен, но прогресс, при наличии устойчивого спроса, не заставит себя ждать.

Ну, а пока «бабушкин» метод подсчета калорийности никто не отменял. Материал на тему подсчета калорийности читатель может почерпнуть из многочисленных источников. И от вас не потребуется знания сложных технологических процессов и формул расчета — даже максимально упростив расчет, можно добиться результата. Но все эти сложности подсчета калорийности и учета съеденного состава пищи невозможно удержать в памяти, поэтому для решивших снизить вес просто необходимо ведение записей — *пищевого дневника*. Ведение пищевого дневника имеет еще — в плане работы с ожирением — и психотерапевтический смысл.

Как будет подробно показано в последующих главах книги, посвященных психологическим взглядам на проблему ожирения, она является следствием базового дефекта развития, заключающегося в наличии депрессивного радикала. А структурирование и упорядочивание пищевого поведения, как проявления анально-навязчивой стадии, является более высокой ступенью в развитии. Часто можно заметить, что в трудные периоды жизни, сопряженные с потерями, кризисами, зачастую появляется потребность вести дневниковые записи, отражающие внутренние переживания. Это один из механизмов совладания, которые интуитивно находятся в моменты страдания. Поэтому ведение пищевого дневника, как механизм взросления, перехода на следующую стадию развития, является методом самопомощи. Глядишь, и жизнь постепенно упорядочится и выстроится...

Суточная потребность человека в калориях

Важным критерием подсчета оптимальной суточной калорийности является *основной обмен* веществ. Основным обменом называются энергозатраты на поддержание жизнедеятельности организма на «холостом ходу», без дополнительных физических нагрузок. Ведь организму даже в спокойном состоянии требуется энергия на важнейшие процессы жизнедеятельности: дыхание, поддержание постоянной температуры тела, обмен веществ и т. д. Считается, что основной обмен в среднем

обычно составляет около 60–75 % ежедневных затрат энергии, поэтому зная его, несложно рассчитать свою суточную норму калорийности.

Основной обмен зависит от многих критериев, таких как пол, возраст и т. д. Существует множество способов расчета основного обмена. Самый простой — зайти через поисковый интернет-сервер, внести свои данные в формулу расчета и, нажав кнопку, получить заветную цифру. Но, если Интернета под рукой нет, можно использовать для расчета основного обмена (Е) с учетом веса, роста и возраста формулу Гаррис-Бенедикта:

□ для мужчин: $E = 66 + (13,7 \times \text{вес в кг}) + (5 \times \text{рост в см}) - (6,8 \times \text{возраст});$

□ для женщин: $E = 655 + (9,6 \times \text{вес}) + (1,8 \times \text{рост в см}) - (4,7 \times \text{возраст}).$

Рассчитаем, к примеру, основной обмен для сорокалетнего мужчины ростом 180 см и массой 106 кг:

$$E = 66 + (13,7 \times 106) + (5 \times 180) - (6,8 \times 40) = 2690,2 \text{ Ккал}$$

Другой пример — женщина, которая, как страшную тайну, храня свой сороколетний возраст, имеет рост 166 см и массу тела (о, какой ужас!) 90 кг. Ее основной обмен составляет:

$$E = 655 + (9,6 \times 90) + (1,8 \times 166) - (4,7 \times 40) = 2005,8 \text{ Ккал}$$

Простое правило снижения веса — даже если ваша суточная калорийность будет равна основному обмену, то вес все равно станет снижаться. Дефицит калорий, за счет которого будут сжигаться лишние жировые отложения, образуется в результате произведенной работы. К примеру, решили вы пройтись после работы пешком неспешным темпом — за час ходьбы сгорит примерно 300 Ккал. Если же за это время до дома пробежать трусцой, можно израсходовать в два раза больше — примерно 600 Ккал — да кто же меня заставит! Но даже если вы решите немного прибрать в квартире, то все равно калории будут сгорать. Главное, чтобы не было мучительно обидно, что без вас ничего не делается, и ваш вклад в «семейный банк» намного превышает те дивиденды, что вы получаете. От таких мыслей обязательно захочется шоколада, а это пятьсот с лишним килокалорий.

Итак, решение принято, и вы, рассчитав основной обмен, решили контролировать калорийность (то есть считать калории). Не стоит думать, что это является самым важным, ведь при несоблюдении правил построения адекватного рациона (о них было сказано ранее) вы опять станете себя ограничивать. А это очередная диета, которая вскоре закончится.

Практикум по подсчету калорий

Теперь несколько слов о подсчете калорий, для которого необходимо иметь прибор, измеряющий вес продукта, — это бытовые кухонные весы. Уверен, что мощью своего интеллекта вы без труда расколете, словно орешек, задачу по расчету бутерброда. Сложнее дело обстоит с расчетом сложных блюд, нуждающихся в приготвлении.