

**PSYCHOLOGISCHER
GEWICHTSBERATER
FÜR FRAUEN**



ЗА ПРЕДЕЛАМИ ДИЕТ
Интегративная психология
пищевого поведения

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение в курс.....	5
Модуль 1. Базовый протокол: психолог-консультант как проводник, а не диетолог	10
Тема 1.1. Нейробиология голода и насыщения у женщин.....	10
Тема 1.2. Биопсихосоциальная модель веса у женщин	28
Тема 1.3. Границы компетенции и альянс со смежными специалистами	43
Практическое задание к Модулю 1.....	65
Инструменты для консультирования. Модуль 1	76
Раздаточные материалы. Модуль 1	85
Итоги Модуля 1	98
 Модуль 2. Тело, которое кричит: алекситимия и психосоматика веса у женщин.....	100
Тема 2.1. Алекситимия: когда нет слов для чувств	100
Тема 2.2. «Жир как броня»: телесная метафора защиты у женщин	114
Тема 2.3. Дифференциация чувств: голод физический vs голод эмоциональный	127
Практическое задание к Модулю 2	141
Инструменты для консультирования. Модуль 2	152
Раздаточные материалы. Модуль 2	160
Итоги Модуля 2.....	163
 Модуль 3. Голоса прошлого: семейные пищевые сценарии и поколенческая травма	165
Тема 3.1. «Давай, покушай». Еда как язык любви и контроля в женской линии семьи.....	166
Тема 3.2. Трансгенерационная передача травмы голода по женской линии.....	182
Тема 3.3. Работа с генограммой пищевых сценариев.....	198
Практическое задание к Модулю 3	215
Инструменты для консультирования. Модуль 3.....	226
Раздаточный материал Модуля 3.	237
Итоги Модуля 3.....	241

Модуль 4. Травма и лишний вес у женщин: работа с телом в консультировании243

Тема 4.1. Связь неблагоприятного детского опыта (АСЕ) и ожирения у женщин	244
Тема 4.2. Вес как диссоциация у женщин	257
Тема 4.3. Созависимость, границы и лишний вес у женщин	270
Практическое задание к Модулю 4	282
Инструменты для консультирования. Модуль 4	293
Раздаточные материалы. Модуль 4	302
Итоги Модуля 4	309

Модуль 5. Образ тела без иллюзий: простые техники работы с самооценкой женщины311

Тема 5.1. Когнитивная триада у женщин с нарушениями пищевого поведения	312
Тема 5.2. Внутренний критик и стигма веса	325
Тема 5.3. От сравнения к принятию	336
Практическое задание к Модулю 5	347
Инструменты для консультирования. Модуль 5	358
Раздаточные материалы. Модуль 5	363
Итоги Модуля 5	368

Модуль 6. Эмоциональная регуляция без холодильника: простые навыки для женщин370

Тема 6.1. Протокол «СТОП-СРЫВ»	371
Тема 6.2. Навыки дистресс-толерантности (DBT) простыми словами	385
Тема 6.3. Как восполнить дефицит заботы без еды	396
Практическое задание к Модулю 6	408
Инструменты для консультирования. Модуль 6	419
Раздаточный материал Модуля 6.	426
Итоги Модуля 6	429

Модуль 7. Еда как привычка: как формировать и менять пищевое поведение у женщин..... 431

Тема 7.1. Петля привычки: триггер - действие - награда.....	432
Тема 7.2. Среда, которая управляет нами	442
Тема 7.3. Маленькие шаги: метод постепенных изменений	455
Практическое задание к Модулю 7.....	467
Инструменты для консультирования. Модуль 7.....	478
Раздаточные материалы. Модуль 7	484
Итоги Модуля 7	486

Модуль 8. Ловушка диеты: цикл «ограничение-срыв» и выход из него..... 488

Тема 8.1. Психология запрета и эффект «Какого черта!».....	489
Тема 8.2. Интуитивное питание для женщин	499
Тема 8.3. От весов к самоощущению	512
Практическое задание к Модулю 8	522
Инструменты для консультирования. Модуль 8	533
Раздаточные материалы. Модуль 8.....	537
Итоги Модуля 8.....	540

Модуль 9. Психология голодания: сопровождение клиентки в процессе542

Тема 9.1. Голодание как феномен: наука, мотивы и смыслы	543
Тема 9.2. Психологическое сопровождение во время голодания: кризисы, эмоции, окружение.....	553
Тема 9.3. Завершение голодания и интеграция опыта	564
Практическое задание к Модулю 9	574
Инструменты для консультирования. Модуль 9	584
Раздаточные материалы. Модуль 9.....	587
Итоги Модуля 9.....	591

Модуль 10. Удержание результата: работа с сопротивлением и рецидивами у женщин.....593

Тема 10.1. Вторичные выгоды веса у женщин	594
Тема 10.2. «Саботажник»: почему часть меня не хочет меняться	605
Тема 10.3. Профилактика срыва: как спланировать «шаг назад» и превратить его в полезный опыт	616
Практическое задание к Модулю 10	627
Инструменты для консультирования. Модуль 10	638
Раздаточные материалы. Модуль 10	643
Итоги Модуля 10	645

Модуль 11. Психолог-консультант по похудению для женщин: маркетинг, этика и самопомощь647

Тема 11.1. Этика консультирования женщин по весу	648
Тема 11.2. Как говорить с женщинами о весе экологично	659
Тема 11.3. Профилактика выгорания: «Теневой дневник специалиста»	670
Практическое задание к Модулю 11	679
Инструменты для консультирования. Модуль 11	687
Раздаточные материалы. Модуль 11	691
Итоги Модуля 11	694

Приложения к курсу696

Приложение 1. Глоссарий	696
Приложение 2. Сборник кейсов для самостоятельного разбора	701
Приложение 3. Письмо начинающему консультанту	705
Итоги курса	707

Введение в курс

Добро пожаловать!

Если Вы читаете эти строки, значит, Вы приняли важное профессиональное решение - специализироваться на психологическом консультировании женщин по вопросам веса и пищевого поведения. Или, возможно, Вы уже консультируете и хотите углубить и систематизировать свои знания.

В любом случае - добро пожаловать. Этот курс создан для Вас.

Вы держите в руках не просто учебник. Это инструмент. Инструмент, который поможет Вам уверенно и этично работать с одной из самых сложных, стигматизированных и востребованных тем в психологическом консультировании - с темой веса.

Мы не будем говорить о диетах. Мы не будем считать калории. Мы не будем делить продукты на «хорошие» и «плохие». Всё это оставим диетологам.

Наша задача глубже и интереснее: понять, что на самом деле стоит за перееданием, «срывами», невозможностью удержать результат. Какие психологические механизмы управляют пищевым поведением женщины. Как детство, семья, культура и травма формируют её отношения с едой и телом. И самое главное - как помочь ей изменить эти отношения без насилия над собой, без чувства вины и без очередной диеты.

Этот курс - о психологии. О теле, которое помнит. О голосах прошлого, которые звучат в голове каждый раз, когда рука тянется к холодильнику. О том, как стать для клиентки не ещё одним строгим контролёром, а проводником к настоящей, глубокой и устойчивой нормализации веса.

Давайте начинать.

Для кого этот курс

Курс создан для двух категорий специалистов - и продуман так, чтобы быть полезным обеим.

Начинающие психологи-консультанты

Если Вы только начинаете свой путь в консультировании и хотите специализироваться на работе с женщинами по вопросам веса - этот курс даст Вам структуру, пошаговую систему. Вы получите не разрозненные техники, а целостную методологию: от понимания нейробиологии голода до выстраивания частной практики в Европе.

Вам не нужно будет собирать информацию по крупицам из разных подходов. В этом курсе уже соединены и адаптированы под практику консультирования ключевые концепции из психодинамической теории, когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), диалектической поведенческой терапии (DBT), терапии принятия и ответственности (АСТ), соматической терапии травмы, теории семейных систем и других доказательных подходов.

Каждая тема написана так, чтобы быть понятной, даже если Вы сталкиваетесь с ней впервые. В конце каждого модуля - готовые инструменты, которые Вы можете использовать на следующей же консультации.

Действующие психологи-консультанты

Если Вы уже практикуете, но чувствуете, что тема веса требует более глубокой специализации - этот курс поможет Вам систематизировать знания, заполнить пробелы и получить новые инструменты.

Возможно, Вы замечали, что стандартные техники не всегда работают с клиентками, которые годами борются с весом. Что эмоциональное питание - это только верхушка айсберга, а под ней - семейные сценарии, поколенческая травма, диссоциация. Этот курс поможет Вам увидеть айсберг целиком и научиться с ним работать.

Отдельный фокус сделан на специфике консультирования русскоязычных женщин, живущих в Европе. Постсоветское культурное наследие, миграционный стресс, языковой барьер, изоляция от привычной системы поддержки - всё это создаёт уникальный контекст, который необходимо учитывать в работе.

Как устроен курс

Курс состоит из десяти модулей. Они выстроены в логике «от фундамента к практике, от понимания к действию».

Модули 1-4: Фундамент

Мы закладываем научную и методологическую базу. Разбираем нейробиологию голода и насыщения, биопсихосоциальную модель веса, психосоматику пищевого поведения, семейные сценарии и поколенческую травму, связь травматического опыта с весом.

Это теория, без которой невозможна грамотная практика. Но даже в этих модулях Вы найдёте практические инструменты - потому что я убеждена: теория, не привязанная к практике, быстро забывается.

Модули 5-7: Практика

Мы переходим к основным мишеням консультирования: образ тела и самооценка, эмоциональная регуляция, формирование и изменение пищевых привычек. В этих модулях максимум конкретных техник, протоколов и сценариев. Вы сможете применять их сразу.

Модули 8-9: Углубление и удержание

Разбираем ловушку диетического мышления и цикл «ограничение - срыв», внедряем принципы интуитивного питания, работаем с сопротивлением изменениям и вторичными выгодами веса. Это ключ к устойчивым результатам.

Модули 10-11: Удержание и профессиональная позиция

Завершающие модули посвящены работе с сопротивлением и рецидивами - тому, что делает изменения устойчивыми. Вы научитесь работать с вторичными выгодами веса, договариваться с Саботажником и планировать профилактику срывов. А затем - супервизорский модуль для Вас как для специалиста: этика консультирования по весу, дестигматизирующая лексика, работа с контрпереносом, профилактика выгорания, экологичный маркетинг и построение практики в европейском контексте.

Как построен каждый модуль

Каждый модуль состоит из трёх частей.

Теория

Научная база, разбор концепций, клинические примеры. Написана живым языком, без «академизма» и перегруженных конструкций. Вы получите понимание не только «что происходит», но и «почему это происходит» и «как с этим работать».

Инструменты для консультирования

Конкретные техники, протоколы, сценарии бесед, опросники. Всё, что Вы можете взять и использовать на консультации. Каждый инструмент описан пошагово: для какого случая подходит, сколько времени занимает, какие могут быть сложности и как их обойти.

Раздаточные материалы

Готовые бланки, памятки, чек-листы, карточки для клиенток. Вы можете распечатать их или отправить в электронном виде. Они созданы так, чтобы быть понятными без дополнительных пояснений.

Как учиться по этому курсу

Курс построен так, чтобы Вы могли идти по нему в своём темпе.

Если Вы начинающий специалист - рекомендуем проходить модули последовательно, не пропуская. Каждый следующий модуль опирается на предыдущий. Прежде чем работать с пищевыми привычками, важно понять нейробиологию. Прежде чем работать с образом тела - разобраться с семейными сценариями.

Если Вы действующий консультант - Вы можете двигаться по курсу в любой последовательности, выбирая те модули, которые наиболее актуальны для Вашей текущей практики. Единственная рекомендация: не пропускайте Модуль 1 и Модуль 10. Первый задаёт рамку всей работы, последний заботится о Вас как о специалисте.

В конце каждого модуля есть практическое задание. Оно поможет Вам не просто прочитать материал, но и применить его - на себе или на учебном кейсе. Психолог-консультант, который понимает собственные отношения с едой и телом, работает с клиентками на порядок эффективнее.

Несколько важных слов напоследок

Консультирование по вопросам веса - это не про «сделать женщину стройной». Это про «помочь женщине стать свободной». Свободной от диетического мышления. Свободной от голоса внутреннего критика. Свободной от семейных предписаний. Свободной от необходимости заедать чувства.

Вес, который нормализуется в результате такой работы - это не цель. Это побочный эффект. Приятный, желанный, но побочный.

Цель - чтобы женщина перестала воевать с собой и начала жить. В мире с едой, в мире с телом, в мире с прошлым.

И Вы, как психолог-консультант, можете стать для неё тем человеком, который поможет пройти этот путь. Не надзирателем. Не судьёй. Проводником.

Этот курс даст Вам для этого всё необходимое.

Добро пожаловать за пределы диет!

Модуль 1. Базовый протокол: психолог-консультант как проводник, а не диетолог

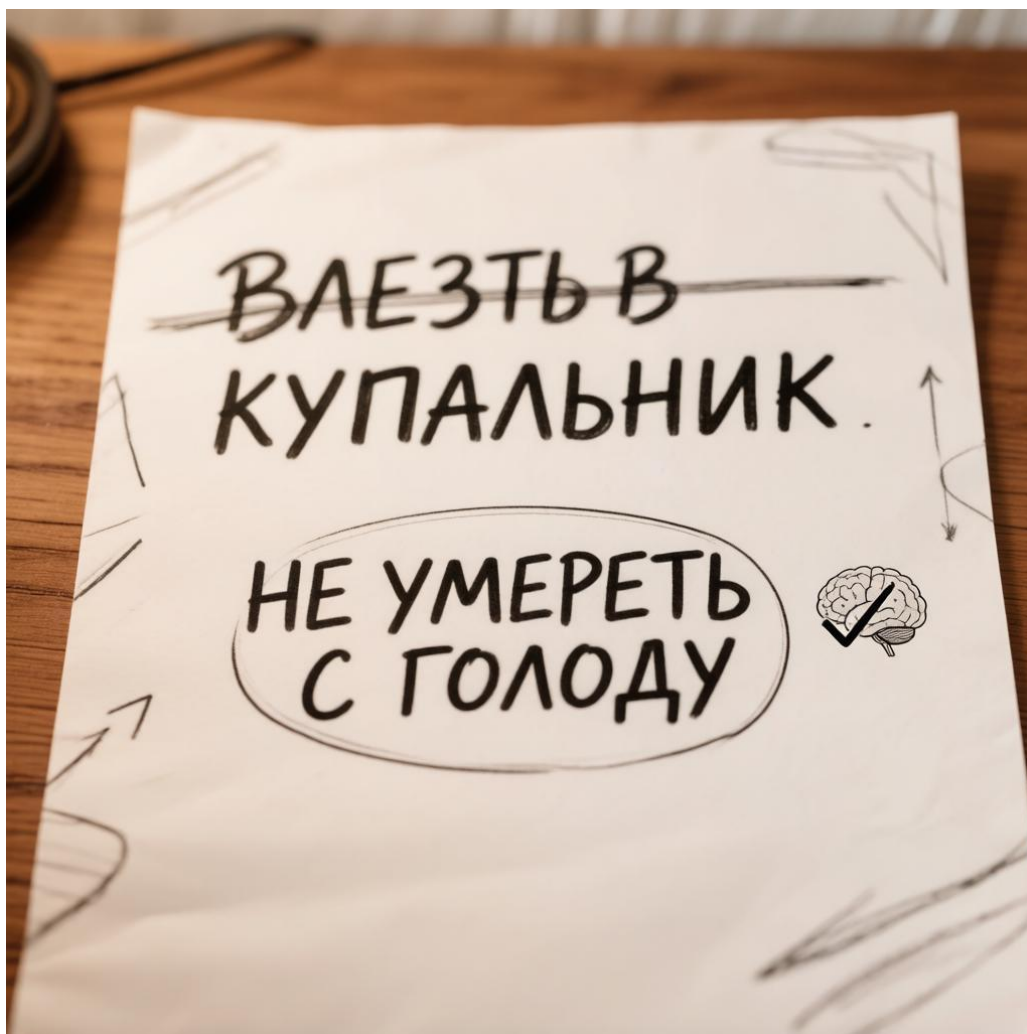
Тема 1.1. Нейробиология голода и насыщения у женщин

«Ваш мозг не заботится о том, как Вы выглядите в купальнике.

Он заботится о том, чтобы Вы не умерли от голода.

И в этом споре мозг всегда побеждает».

Сандра Аамодт, нейробиолог



Когда женщина приходит к Вам на консультацию с запросом о весе, за её плечами почти всегда стоит многолетняя история борьбы. Борьбы с собой, с аппетитом, с «отсутствием силы воли». Она убеждена: *«я просто недостаточно стараюсь»*, *«я слабая»*, *«у других получается, а у меня нет»*.

Ваша первая и важнейшая задача как психолога-консультанта - снять с неё этот груз вины. И самый надёжный способ сделать это - дать ей научное, биологически обоснованное объяснение того, что с ней происходит. Не *«соберись, тряпка»*, а *«твой мозг работает именно так, и это нормально»*.

В этой теме мы разберём базовые нейробиологические механизмы голода и насыщения, научимся объяснять их клиенткам простым, человеческим языком и зложим фундамент для всей дальнейшей работы. Потому что невозможно консультировать по вопросам веса, не понимая, как устроен мозг.

Давайте на время отложим всё, что Вы знаете о диетах, калориях и «правильном питании». Давайте начнём с чистого листа - с того, как на самом деле устроен мозг женщины, когда речь заходит о еде. Обещаем: когда Вы дочитаете эту тему до конца, слово «срыв» навсегда изменит для Вас своё значение. И Вы сможете передать это новое понимание своим клиенткам.

Часть 1. Гормоны голода и насыщения:

кто управляет аппетитом

Представьте, что в организме женщины работает сложнейшая химическая лаборатория. В ней круглосуточно трудятся два главных «менеджера по питанию» - грелин и лептин. Их задача - поддерживать энергетический баланс, и они выполняют её миллионы лет, с тех самых пор, когда наши предки охотились на мамонтов и понятия не имели, когда будет следующая еда.

Грелин - «гормон голода»

Грелин вырабатывается в желудке, когда он пуст. Его задача проста и жизненно важна: сообщить мозгу, что пора искать пищу. Грелин поднимается до пика непосредственно перед приёмом пищи и падает после еды.



Что важно знать психологу-консультанту о грелине:

1. Грелин - это не «враг». Это древний механизм выживания. Без него наши предки просто забывали бы поесть и умирали от истощения. Поэтому когда клиентка ругает себя за чувство голода - она ругает собственный эволюционный механизм, который работает безупречно.
2. Грелин реагирует не только на пустой желудок, но и на стресс. Исследования показывают: хронический стресс повышает уровень грелина. Это объясняет, почему в тревожные периоды жизни женщина может чувствовать голод даже после полноценного приёма пищи. Тело готовится к опасности и запасает энергию.
3. Недосып резко повышает уровень грелина. Всего одна ночь неполноценного сна - и на следующий день грелин зашкаливает. Женщина с маленькими детьми, работающая мать, специалистка в стрессе - все они находятся в группе риска просто потому, что хронически не высыпаются. Это не слабость, это физиология.

Лептин - «гормон сытости»

Лептин вырабатывается жировыми клетками. Его задача - сообщить мозгу: *«энергии достаточно, можно прекращать есть и начинать тратить»*. Лептин - это сигнал насыщения и благополучия.



Что важно знать о лептине:

1. При наборе веса жировой ткани становится больше, лептина вырабатывается больше. Логично? Да. Но здесь кроется главная ловушка: при ожирении развивается **лептинорезистентность**. Мозг перестаёт слышать сигнал лептина. Представьте, что Вы живёте рядом с аэропортом и через месяц просто не замечаете шума самолётов. Так же и мозг: лептина много, но он для него «фоновый шум», а не сигнал.
2. Именно лептинорезистентность объясняет, почему женщина с избыточным весом может искренне хотеть есть сразу после обильного приёма пищи. Её мозг не получил сигнал «стоп». Он думает, что организм голодает. И это не жадность, не распущенность - это сбой в работе гормональной системы.
3. Резкое похудение вызывает падение уровня лептина. Мозг воспринимает это как угрозу голодной смерти и запускает каскад реакций: повышается грелин, замедляется метаболизм, нарастает одержимость едой. Это знаменитый «эффект плато» и последующий срыв. Женщина не срывается потому, что она безвольная. Она срывается потому, что её древний мозг борется за выживание.



Практический вывод для консультанта:

Когда Вы объясняете клиентке работу грелина и лептина, Вы делаете важнейшую интервенцию: Вы снимаете моральную оценку с её пищевого поведения. «Я обжора» превращается в «у меня лептинорезистентность, и это поправимо». Это первый шаг от стыда к управлению.

Часть 2. Дофаминовая система подкрепления: почему «вкусненького» хочется всегда

Помимо грелина и лептина, за пищевое поведение отвечает ещё одна мощнейшая система - дофаминовая. И если грелин с лептином управляют голодом и сытостью, то дофамин управляет желанием и вознаграждением.

Как работает дофамин:

Дофамин - это нейромедиатор, который мозг выделяет в ответ на стимул, обещающий награду. Не на саму награду, а именно на предвкушение. Когда женщина видит шоколадный торт, дофамин выделяется в момент, когда она его видит или даже просто представляет. Мозг говорит: *«Это принесёт удовольствие, запомни этот стимул и повтори»*.

Ключевой момент, который необходимо донести до клиентки: дофаминовая система не создана для того, чтобы делать нас счастливыми. Она создана для того, чтобы заставлять нас искать и добывать. И она работает тем сильнее, чем более неожиданным, ярким и калорийным является стимул.

Почему современная еда «взламывает» мозг:

На протяжении эволюции наш мозг формировался в условиях дефицита. Сладкое означало безопасные ягоды, а не отраву. Жирное означало редкий и ценный источник энергии. Солёное - минералы. Мозг научился мощно реагировать на эти вкусы, потому что они повышали шансы на выживание.

Современная пищевая промышленность довела эту науку до совершенства. Продукты спроектированы так, чтобы вызывать максимальный дофаминовый отклик. Исследователь нейробиологии питания Стефан Гийене называет это «точкой блаженства» - идеальное сочетание сахара, жира и соли, которое буквально «угоняет» дофаминовую систему.

Для клиентки это звучит так: когда она не может остановиться есть чипсы или мороженое, это не потому, что она безвольная. Это потому, что над этими продуктами работали команды учёных, чтобы она не могла остановиться. Её мозг реагирует именно так, как и должен реагировать в ответ на сверхстимул.

Дофаминовая ловушка привыкания:

Ещё один важный механизм: при регулярном употреблении высокодофаминовой пищи чувствительность дофаминовых рецепторов снижается.

Это означает, что:

- Обычная еда перестаёт приносить удовольствие. Куриная грудка и брокколи кажутся пресными не потому, что они плохие, а потому что дофаминовые рецепторы «оглохли» и требуют более мощного стимула.
- Чтобы получить тот же уровень удовольствия, требуется больше стимулирующей еды. Это классическая спираль: больше еды - меньше удовольствия - ещё больше еды.
- Возникает дофаминовый дефицит в обычной жизни. Женщина чувствует вялость, апатию, снижение мотивации - и тянется к еде просто чтобы «почувствовать себя живой».
-



Практический вывод для консультанта:

Объяснение дофаминовой системы помогает клиентке перестать демонизировать себя и начать видеть биологический механизм. Она не «наркоманка», она человек с нормально функционирующим древним мозгом, который столкнулся с неестественной пищевой средой. Это важнейший сдвиг от самобичевания к пониманию.

Часть 3. Почему «сила воли» - это миф

Теперь у нас есть все элементы, чтобы разобрать, пожалуй, самый вредный миф в сфере веса: миф о силе воли.

В популярной культуре вес подаётся как уравнение:

меньше есть + больше двигаться = стройность

А если уравнение не решается, значит, женщина ленивая и безвольная. Это не просто неправда - это вредная, стигматизирующая и антинаучная неправда.

Что происходит в реальности

Представьте, что Вы держите под водой большой надувной мяч. Вы можете удерживать его минуту, две, десять. Вы можете напрячь всю свою силу воли и держать его час. Но рано или поздно Ваши мышцы устанут, и мяч вырвется на поверхность с удвоенной силой.

Так же работает и организм с весом. Есть понятие **«установочного веса» (set point)** - это диапазон веса, который мозг считает безопасным и стремится поддерживать. Этот диапазон определяется генетикой, эпигенетикой, гормональным фоном, историей питания, уровнем стресса.

Когда женщина начинает резко ограничивать питание, её мозг воспринимает это как угрозу голодной смерти и запускает каскад защитных реакций:

- ✓ Повышается грелин - голод становится невыносимым.
- ✓ Падает лептин - насыщение не наступает.
- ✓ Снижается метаболизм - организм переходит в режим энергосбережения.
- ✓ Дофаминовая система обостряется - еда становится навязчивой идеей.
- ✓ Растёт кортизол - стресс зашкаливает.

И вот женщина срывается. Не потому, что она слабая. А потому, что её биология сильнее любого сознательного решения. Это не провал силы воли. Это победа эволюционного механизма выживания над сознательным намерением.



Исследования, которые важно знать:

Знаменитый Миннесотский «голодный» эксперимент 1944-1945 годов под руководством Анселя Киса показал: здоровые молодые мужчины, посаженные на полуголодный рацион, становились одержимы едой. Они думали о ней постоянно, коллекционировали рецепты, смотрели кулинарные книги. Некоторые после эксперимента стали поварами. Их настроение падало, возникала депрессия, раздражительность. А когда ограничения сняли, многие уходили в запой переедания.

Узнаёте? Это точь-в-точь симптомы, которые женщины годами считают своей личной слабостью. Но это не слабость. Это физиология голодания.



Как объяснить это клиентке:

«Представьте, что Вы задерживаете дыхание. Вы можете не дышать 30 секунд, минуту, может быть, две. Но потом Ваше тело заставит Вас вдохнуть. Вы не можете «волевым усилием» не дышать. Точно так же Вы не можете волевым усилием подавить древний механизм голода. Это не Ваша вина. Это Ваша биология, и она работает правильно».

Часть 4. Гормональные циклы и их влияние на аппетит: что важно знать консультанту о женском теле

Женский организм отличается от мужского одним фундаментальным свойством: он цикличен. Гормональный фон женщины меняется в течение месяца, и эти изменения напрямую влияют на аппетит, пищевые предпочтения и способность контролировать питание.

Консультирование по весу без учёта цикла - это как вождение автомобиля с закрытыми глазами. Вы будете давать прекрасные рекомендации, но они не будут работать, потому что не учитывают базовую физиологию.

Менструальный цикл и аппетит: четыре фазы

Цикл женщины можно условно разделить на четыре фазы. В каждой из них гормональный фон разный, и это напрямую отражается на пищевом поведении.

Фолликулярная фаза (примерно 1-14 день цикла):

Эстроген на подъёме. Это время, когда женщина чувствует себя наиболее энергичной и «контролирующей». Аппетит стабильный, тяга к сладкому снижена, физическая активность даётся легче. В эту фазу клиентка будет вдохновлена, мотивирована и склонна давать себе самые смелые обещания. Именно в фолликулярную фазу начинают диеты - и именно поэтому они кажутся такими лёгкими в начале.

Овуляция (примерно 14-16 день):

Пик эстрогена, небольшой подъём тестостерона. Энергия и мотивация на максимуме. Аппетит под контролем. Это «витрина» цикла - женщина чувствует себя прекрасно и уверена, что так будет всегда.

Лютеиновая фаза (примерно 16-28 день):

Начинается после овуляции. Прогестерон растёт, эстроген падает. И вот здесь начинается то, что клиентки обычно называют «я теряю контроль».

Прогестерон:

- Повышает аппетит, особенно тягу к углеводам и жирному.
- Снижает чувствительность к инсулину (этот эффект усиливается снижением уровня эстрогена) - сахар в крови скачет, провоцируя новые приступы голода.
- Усиливает эмоциональную чувствительность - женщина острее реагирует на стресс.
- Повышает температуру тела - метаболизм слегка ускоряется, но и потребность в энергии растёт.

Исследования показывают: в лютеиновую фазу женщина в среднем потребляет на 100-500 калорий больше, чем в фолликулярную. Это не распущенность. Это подготовка тела к возможной беременности.

Предменструальные дни (28-1 день):

Резкое падение и эстрогена, и прогестерона. Серотонин на минимуме. Женщина испытывает не просто «капризы», а самый настоящий нейрохимический дефицит. Еда - особенно углеводная - временно повышает серотонин. Женщина тянется к шоколаду не потому, что она безвольная. Она бессознательно лечит нейрохимический сбой самым доступным способом.

Практическое значение для консультирования:

Когда Вы знаете о цикле, Вы можете объяснить клиентке: её «срывы» во второй половине цикла - это не срывы. Это её тело функционирует в точном соответствии с гормональным расписанием. И вместо того, чтобы бороться с этим, можно научиться учитывать.

Например:

- Планировать более сытные и богатые углеводами приёмы пищи в лютеиновую фазу сознательно и без вины.
- Не назначать самые жёсткие пищевые ограничения на вторую половину цикла.
- Отслеживать цикл и предвидеть дни, когда контроль будет слабее - не чтобы ругать себя, а чтобы подготовиться.

Беременность и послеродовой период

Отдельная тема, которая требует особой бережности. Во время беременности тело женщины проходит через гормональную бурю. Грелин и лептин работают иначе, дофаминовая система перестраивается. Тело запасает энергию для вынашивания и кормления - это его работа.

После родов гормональный фон резко меняется. Добавляются недосып, стресс, новая социальная роль, давление «вернуть форму». Женщина оказывается в идеальном шторме: грелин повышен из-за недосыпа, кортизол зашкаливает от стресса, дофамин ищет быстрые источники удовольствия.

Консультанту важно нормализовать этот опыт: *«Ваше тело не предало Вас. Оно выполнило сложнейшую работу - выносило и родило ребёнка. Сейчас ему нужно восстановление, а не наказание диетой».*

Менопауза

Снижение эстрогена в менопаузе меняет распределение жировой ткани - жир уходит из бёдер и ягодиц в абдоминальную область. Это эволюционно обусловлено: эстроген «держал» жир на бёдрах для репродуктивной функции, а когда репродукция завершается, жир перераспределяется.

Снижение эстрогена также влияет на чувствительность к инсулину и дофаминовую систему. Многие женщины в менопаузе замечают: «Я ем то же самое, что и в 30 лет, но набираю вес». И это правда. Метаболизм меняется, и это не вина женщины, это биология старения.

Задача консультанта - помочь клиентке адаптироваться к новому этапу без ненависти к себе и своему телу.

Часть 5. Как объяснять всё это клиентке простыми словами

Научная база важна для Вас как для специалиста. Но клиентке не нужна лекция по нейробиологии. Ей нужны простые, понятные метафоры, которые снимут груз вины и помогут увидеть ситуацию иначе. Вот несколько готовых формулировок, которые Вы можете использовать в консультировании:

О грелине и лептине: *«В Вашем организме есть два гормона. Один говорит: "Пора поесть". Второй говорит: "Хватит, я сыта". У многих женщин второй гормон работает как радио с помехами - мозг не слышит сигнал "стоп". Это не Ваша вина, это особенность работы организма, и с этим можно работать».*

О дофамине: *«Современная еда спроектирована так, чтобы Вам хотелось ещё. Над этим работали команды учёных. Когда Вы не можете остановиться есть чипсы - это не слабость, это химия. Ваш мозг реагирует на чипсы так же, как должен реагировать на редкую и ценную находку. Просто чипсы - не редкая и не ценная, но мозг-то об этом не знает».*

О силе воли: *«Сила воли - это как держать под водой надувной мяч. Можно держать час, два, но рано или поздно он вырвется. Ваше тело не спрашивает у Вас разрешения, когда хочет дышать. Оно не спрашивает разрешения и когда хочет есть. Это древний механизм выживания, и он сильнее любых сознательных решений. Поэтому мы не будем с ним бороться. Мы будем учиться с ним договариваться».*

О цикле: *«У Вас есть внутренние биологические часы, которые меняют Ваш аппетит в течение месяца. Во второй половине цикла тело готовится к возможной беременности и просит больше еды. Это не срыв. Это работа репродуктивной системы. Давайте научимся это учитывать».*

О менопаузе: *«Ваше тело не предало Вас. Оно просто перешло в новый режим работы. Раньше эстроген помогал держать вес на бёдрах. Теперь эстрогена меньше, и жир идёт в живот. Это нормально. Мы не будем воевать с телом, мы будем искать новый баланс».*

Практическое задание к Теме 1.1.

Это задание поможет Вам:

- Проверить, насколько глубоко Вы усвоили материал о нейробиологии голода и гормональных циклах.
- Научиться объяснять сложные механизмы простыми словами - так, чтобы клиентка не уснула и не почувствовала себя «сломанным механизмом».
- Почувствовать разницу между «лекцией» и «консультированием».

Что нужно сделать

Ниже приведены три мини-кейса. Для каждого кейса напишите короткое объяснение - что происходит с клиенткой с точки зрения нейробиологии. А затем перепишите это объяснение так, как Вы сказали бы это на консультации: простым языком, с метафорой, с бережностью.

Старайтесь уложиться в 3-5 предложений для каждого кейса. Представьте, что клиентка сидит напротив Вас, она устала от диет, она не верит в себя и ждёт, что Вы сейчас скажете что-то вроде «надо меньше есть». А Вы вместо этого дадите ей понимание.



Напишете:

- [illegible]



Клиентка, 28 лет, рассказывает: «Каждый месяц одно и то же. Три недели я нормально питаюсь, а за неделю до месячных начинается кошмар. Мне хочется сладкого, жирного, солёного - и всё сразу. Я могу съесть плитку шоколада за раз. Я чувствую, что не контролирую себя. Почему я такая безвольная?».

1. Что происходит с точки зрения гормонального цикла.
2. Как Вы объясните это клиентке.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



Напишите:

- [illegible]



Как проверить себя

После того как Вы написали свои варианты, посмотрите на них глазами клиентки:

- Понятно ли Вам, что с Вами происходит?
- Появилось ли у Вас чувство облегчения? («Оказывается, я не виновата, это физиология»)
- Нет ли в Ваших словах оценки, осуждения или лекторского тона?
- Есть ли в объяснении простая, запоминающаяся метафора?

Если на все четыре вопроса Вы ответили «да» - отлично. Вы только что освоили один из ключевых навыков консультирования по весу: снимать вину через знание.

Если где-то «нет» - не страшно. Это учебное задание. Перечитайте материал темы 1.1 и попробуйте ещё раз. Навык «говорить о сложном просто» тренируется, и это нормально, если он не получается с первого раза.



Дополнительное задание (для тех, кто хочет глубже)

Вспомните свой собственный опыт. Была ли у Вас ситуация, когда Вы ругали себя за «срыв» или «отсутствие силы воли» в отношении еды? Посмотрите на эту ситуацию через призму того, что Вы узнали в Теме 1.1.:

- ✓ Что изменилось в восприятии?
- ✓ Какие механизмы работали на самом деле?

Это упражнение не для самокопания, а для профессиональной рефлексии. Психолог-консультант, который понимает собственные пищевые паттерны, работает с клиентками на порядок увереннее и глубже. А кроме того - не спроецирует на клиентку собственный непроработанный стыд за «слабость».

Резюме темы 1.1

1. Голод и насыщение управляются гормонами, а не моральными качествами. Грелин вызывает голод, лептин сигнализирует о сытости. При ожирении часто возникает лептинорезистентность - мозг не слышит сигнал «стоп».
2. Дофаминовая система создана для поиска награды, и современная еда эксплуатирует этот механизм сверхстимулами. Тяга к высокодофаминовой пище - не распушенность, а нормальная реакция мозга на неестественную пищевую среду.
3. Сила воли - это миф. Организм имеет мощные механизмы защиты от голодания, и они сильнее сознательных решений. Срывы на диете - это не провал воли, а победа эволюционной биологии.
4. Женские гормональные циклы напрямую влияют на аппетит. Консультирование без учёта цикла, беременности и менопаузы не может быть эффективным.
5. Первая задача консультанта - снять с клиентки вину через научное объяснение её пищевого поведения. Стыд - главный враг изменений, знание - первый союзник.

Тема 1.2. Биопсихосоциальная модель веса у женщин

«Тело ведёт счёт. В нём записано всё: и что мы едим, и что мы чувствуем, и что пережили наши бабушки».

Бессел ван дер Колк, психиатр



В предыдущей теме мы разобрали нейробиологию голода. Это важнейший, но не единственный кусочек пазла. Вес женщины - это не просто результат «потреблённые калории минус потраченные калории». Это сложная, многослойная система, в которой переплетаются биология, психология и социальный контекст.

Если консультант работает только с одним слоем - например, с эмоциональным питанием - и игнорирует остальные, результаты будут неустойчивыми. Женщина может проработать детскую травму, но если у неё невыявленная инсулинорезистентность или она живёт в среде, где переедание является нормой, вес не изменится.

Биопсихосоциальная модель - это карта местности. Она помогает и Вам, и клиентке увидеть всю картину целиком, перестать искать «одну причину» и начать работать системно.

Часть 1. Биологический уровень: что дано от природы и что изменилось

Биологический уровень - это всё, что связано с телом как физическим объектом. Генетика, гормоны, метаболизм, состояние здоровья.

Генетика и эпигенетика

Исследования на близнецах показывают: генетика объясняет от 40% до 70% вариаций веса. Это не означает, что «у меня гены широкой кости, поэтому я никогда не похудею». Это означает, что у разных женщин разная стартовая точка и разная предрасположенность.

Ключевое различие: генетика - это то, с чем женщина родилась. Эпигенетика - это то, как гены «включились» или «выключились» под влиянием среды. И вот здесь открывается пространство для работы.

Исследования Рейчел Йехуды показали: стресс родителей и даже прародителей может менять экспрессию генов у потомков. Ребёнок рождается с определённой эпигенетической настройкой, которая делает его более или менее склонным к накоплению веса. Это важнейшее знание: женщина не виновата в том, как её гены отреагировали на стресс бабушки.

Гормональный фон

Помимо циклических изменений, о которых мы говорили выше, есть хронические гормональные состояния:

- Гипотиреоз (сниженная функция щитовидной железы) замедляет метаболизм. Женщина может есть меньше, чем раньше, но вес стоит или растёт. Без медицинской диагностики это останется незамеченным и будет списываться на «лень».
- СПКЯ (синдром поликистозных яичников) затрагивает до 10% женщин репродуктивного возраста. Инсулинорезистентность и повышенный тестостерон при СПКЯ делают похудение объективно более трудным.
- Инсулинорезистентность сама по себе - состояние, при котором клетки хуже усваивают глюкозу, а поджелудочная железа вырабатывает больше инсулина. Высокий инсулин блокирует жиросжигание и усиливает голод.

Для консультанта критически важно: Вы не ставите медицинские диагнозы. Но Вы знаете о них и можете вовремя порекомендовать клиентке посетить эндокринолога или гинеколога. Это часть грамотного консультирования - видеть, где заканчивается психология и начинается чистая физиология.

Метаболическая адаптация

Отдельный феномен, о котором важно знать: после периодов жёстких диет метаболизм может оставаться замедленным годами. Исследования показывают: у участников шоу «The Biggest Loser» через шесть лет после похудения метаболизм был значительно ниже, чем у людей того же веса, никогда не имевших ожирения.

Для клиентки это означает: *«Я набираю вес, даже когда ем меньше подруги»*, - это может быть не жалоба, а объективный факт. Её метаболизм действительно медленнее из-за истории диет.

Часть 2. Психологический уровень: что внутри

Психологический уровень - это всё, что происходит в психике женщины: её мысли, эмоции, убеждения, травмы, привычки, способы справляться со стрессом. Это самый объёмный уровень в работе психолога-консультанта, и ему будут посвящены многие последующие модули. Сейчас - обзорно.

Эмоциональное питание

Ключевой механизм, знакомый практически каждой женщине. Еда используется не для утоления голода, а для регуляции эмоций. Стресс - съесть. Скука - съесть. Обида - съесть. Тревога - съесть. Одиночество - съесть.

Почему это работает? Еда, особенно углеводная и жирная, временно повышает серотонин и дофамин. Она даёт быстрое, доступное и легальное удовольствие. В отличие от алкоголя или наркотиков, еда социально приемлема. Женщина не может выпить на работе, но может съесть шоколадку.

Проблема в том, что облегчение временное, а последствия - вес и чувство вины - остаются. Формируется порочный круг: эмоция - еда - временное облегчение - вина - ещё более сильная эмоция - снова еда.

Когнитивные паттерны

У женщин с нарушениями пищевого поведения часто выявляются специфические мыслительные паттерны:

- Дихотомическое мышление: *«Либо я на диете и всё идеально, либо я всё провалила и можно жрать»*. Этот чёрно-белый взгляд не оставляет пространства для нормы.
- Катастрофизация: *«Я съела пирожное, теперь я никогда не похудею, всё пропало»*.
- Долженствование: *«Я должна весить 55 килограммов, я должна есть только здоровую пищу, я должна контролировать себя»*.

Эти паттерны не являются «глупостью» или «необразованностью». Они формируются годами под влиянием воспитания, культуры, диетической индустрии.

Травма и вес

Связь между неблагоприятным детским опытом и ожирением у взрослых - одна из самых устойчивых находок в психосоматике. Исследование ACE (Adverse Childhood Experiences) Винсента Фелитти показало: чем больше травматических событий в детстве, тем выше риск ожирения во взрослом возрасте.

Механизмы этой связи разнообразны:

- Еда как способ диссоциации: уйти от невыносимых чувств в процесс жевания.
- Вес как защита: тело, которое воспринимается как «непривлекательное», защищает от нежелательного сексуального внимания.
- Хронический стресс: травма держит нервную систему в режиме «бей или беги», кортизол постоянно повышен, вес набирается.

Подробно эта тема будет раскрыта в Модуле 4.

Образ тела

То, как женщина видит своё тело, часто не имеет отношения к тому, как оно выглядит на самом деле. Образ тела формируется под влиянием семьи, сверстников, медиа и личного опыта.

Женщина с искажённым образом тела может смотреть в зеркало и видеть не то, что есть. Она может худеть на 10 килограммов и не замечать разницы. Она может весить 60 килограммов и чувствовать себя «огромной».

Искажённый образ тела - это не каприз, это психологический феномен, требующий отдельной работы (Модуль 5).

Часть 3. Социальный уровень: среда, которая формирует

Социальный уровень - это всё, что находится вокруг женщины: её семья, культура, работа, экономический статус, доступ к еде и информации.

Семейная среда

Семья - это первое место, где девочка узнаёт, что такое еда и зачем она нужна. Пищевые привычки родителей становятся её привычками.

- «Общество чистых тарелок»: нельзя выходить из-за стола, пока не доешь.
- Еда как награда: получила пятёрку - держи конфету.
- Еда как утешение: упала, ушиблась - на, съешь печенье.
- Еда как любовь: бабушка, которая выражает заботу исключительно через «покушай».

Во взрослом возрасте эти паттерны работают автоматически. Женщина доедает порцию в ресторане, даже когда сыта, потому что «неприлично оставлять». Она покупает себе торт после тяжёлого дня, потому что «заслужила». Она не осознаёт, что действует по сценарию, написанному в детстве.

Подробно семейные сценарии разбираются в Модуле 3.

Культурная среда

Культурные стандарты красоты оказывают колоссальное давление. На протяжении последних ста лет идеал женского тела становился всё более недостижимым. Женщины сравнивают себя с образами из медиа и соцсетей, не осознавая, что эти образы часто являются результатом фотошопа, хирургии, специального освещения и обезвоживания перед съёмкой.

Интернализованная стигма веса: женщина настолько впитывает культурное послание «полнота = лень, уродство, неуспешность», что оно становится её собственным голосом. Она стигматизирует саму себя ещё до того, как это сделает кто-то другой.

Постсоветский культурный контекст

Для русскоязычных женщин, живущих в Европе, добавляется особый слой: коллективная травма дефицита. Поколение бабушек, переживших голод, послевоенный дефицит, пустые полки 90-х, сформировало особое отношение к еде.

«Еду выбрасывать нельзя» - это не просто бытовая привычка. Это запечатлённое в теле и психике знание: еда может исчезнуть в любой момент, запасайся, доедай.

«Хороший ребёнок - сытый ребёнок» - это замена невыраженной любви и заботы. В семьях, где не умеют говорить о чувствах, еда становится единственным языком любви.

Женщина, выросшая в такой среде, может рационально понимать, что голод ей не грозит, что она живёт в стране с изобилием продуктов. Но её тело и глубинная психика этого не знают. Они действуют по протоколу выживания, написанному в другом веке.

Социально-экономический статус и стресс

Хронический стресс, связанный с финансовой нестабильностью, миграцией, тяжёлой работой, отсутствием поддержки - мощнейший фактор набора веса. Кортизол, гормон стресса, напрямую способствует накоплению абдоминального жира и усиливает тягу к калорийной пище.

Консультанту важно учитывать: рекомендация «ешьте больше свежих овощей и рыбы» может быть невыполнимой для матери-одиночки с двумя детьми, работающей на двух работах. У неё нет ни денег на дорогие продукты, ни времени на их приготовление. И это не «отмазка», это реальность, которую необходимо учитывать в консультировании.

Часть 4. Разбор биопсихосоциальной модели на примере конкретного женского кейса

Теперь соберём все три уровня вместе и посмотрим, как они взаимодействуют в реальной жизни. Ниже - учебный кейс, синтезированный из типичных клиентских ситуаций.

Кейс: Анна, 38 лет

Анна обратилась с запросом: *«Не могу похудеть, перепробовала всё»*. Ей 38 лет, у неё двое детей 7 и 4 лет. Живёт в Германии, переехала из России 5 лет назад. Работает удалённо бухгалтером. Жалуется на постоянную усталость, вечерние срывы, невозможность удержать достигнутый на диетах вес.

Биологический уровень:

- Анна не высыпается последние 4 года - младший ребёнок плохо спит. Хронический недосып означает: грелин повышен, лептин снижен. Она физически хочет есть больше.
- Ей 38 лет - возрастные гормональные изменения начинают влиять на метаболизм.
- У неё нерегулярный цикл - возможен синдром поликистозных яичников или предменопауза, но она не обследовалась.
- История диет: 10 лет диетических качелей, каждая снижала метаболизм. Сейчас её установочный вес сдвинут вверх.

Психологический уровень:

- Эмоциональное питание: по вечерам, уложив детей, Анна испытывает опустошение и усталость. Еда - единственное «время для себя».
- Дихотомическое мышление: Анна делит еду на «хорошую» и «плохую». Съев «плохое», она думает: *«День испорчен, можно есть дальше»*.
- Глубинные убеждения: *«Я должна быть идеальной матерью и идеально выглядеть. Если я толстая - я не справляюсь с жизнью»*.
- Травматический опыт: отец Анны был алкоголиком. В детстве она чувствовала беспомощность и одиночество. Еда стала способом утешения с 10 лет.

Социальный уровень:

- Семейная среда: мама и бабушка Анны постоянно сидели на диетах. Еда была и наградой, и наказанием, и главной темой разговоров. «Общество чистых тарелок» работало как закон.
- Культурный багаж: Анна выросла в 90-е, когда в семье экономили на всём. Выбрасывать еду для неё - почти физическая боль.
- Миграционный стресс: 5 лет назад переезд в Германию, языковой барьер, изоляция, потеря привычного круга общения. Еда стала якорем, связывающим с родной культурой.
- Ролевая перегрузка: Анна тянет работу, детей, быт. Поддержки мало, муж работает допоздна. Еда - единственное, что не требует от неё ничего и даёт мгновенное облегчение.

Что даёт биопсихосоциальная модель в этом кейсе:

Без модели консультант мог бы сфокусироваться на эмоциональном питании и дать рекомендации по ведению дневника. Или посоветовать интуитивное питание. Или отправить к диетологу.

Но с моделью мы видим: проблема Анны не решается на одном уровне. Нельзя вылечить эмоциональное питание, пока она не спит 4 года подряд. Нельзя скорректировать образ тела, не затронув семейные сценарии. Нельзя дать рекомендации по питанию, не учитывая её финансовые и временные ограничения.

Биопсихосоциальная модель даёт не просто «диагноз», а карту для системной, последовательной работы. И эту карту Вы будете вместе с клиенткой раскрывать постепенно, модуль за модулем.

Часть 5. Как работать с биопсихосоциальной моделью на консультации

Техника «Колесо баланса веса»:

На первой - второй сессии предложите клиентке нарисовать круг и разделить его на секторы: сон, стресс, гормоны, питание, физическая активность, эмоции, семья, работа, образ тела.

Попросите оценить удовлетворённость каждым сектором по шкале от 1 до 10. Затем соедините точки. Получившаяся фигура покажет, где находятся основные зоны дисбаланса. Часто клиентка впервые видит, что её проблема с весом связана не только с едой, но и со сном (2 из 10), стрессом (3 из 10) и отсутствием поддержки (2 из 10).

Подробное описание техники смотрите в разделе Инструменты для консультирования Модуль 1.



Опросник «Мой биопсихосоциальный профиль»

Предложите клиентке заполнить простую анкету.

- ✓ Сколько часов Вы спите в среднем?
- ✓ Есть ли у Вас диагностированные гормональные заболевания?
- ✓ Были ли в Вашем детстве периоды, когда еды не хватало?
- ✓ Что говорили о еде и весе в Вашей семье?
- ✓ Какой процент Ваших приёмов пищи приходится на эмоциональный голод?
- ✓ Есть ли у Вас поддержка в вопросах питания и здоровья?

Ответы создадут первичную карту, с которой Вы начнёте консультирование.



Объяснение модели клиентке своими словами:

«Вес - это не просто "много ем". Это как пазл, в котором много деталей: Ваши гормоны, Ваш сон, Ваши эмоции, Ваше детство, Ваши привычки, Ваша семья, Ваша работа. Мы не будем искать одну волшебную причину. Мы будем спокойно, шаг за шагом, рассматривать каждую деталь и думать, что можно изменить. Не за неделю и не за месяц. В своём темпе, без насилия над собой».

Практическое задание к Теме 1.2

Это задание поможет Вам:

- Научиться видеть за проблемой веса все три уровня - биологический, психологический и социальный.
- Потренироваться собирать информацию системно, а не фокусироваться только на «еде» и «силе воли».
- Подготовиться к реальной консультации, на которой клиентка рассказывает о своей ситуации.

Что нужно сделать

Далее приведён мини-кейс. Прочитайте его и заполните таблицу биопсихосоциального анализа. Для каждого уровня выпишите факторы, которые могут влиять на вес клиентки.

Кейс: Марина, 45 лет

Марина обратилась с запросом: *«Не могу похудеть уже 10 лет»*. Ей 45 лет, она живёт в Берлине, переехала из Беларуси 3 года назад. Работает медсестрой в ночные смены. Замужем, двое детей-подростков. Муж часто в командировках, быт на ней.

Марина рассказывает: *«Я держусь на работе, а дома вечером нападаю на холодильник. Ем хлеб с маслом, колбасу, сыр - всё подряд. Потом ненавижу себя. Пробовала интервальное голодание, кето, подсчёт калорий - всё работало месяц-два, потом срыв. Мама говорит: "Ты просто много ешь, закрой рот и похудеешь". Но я не могу. Я устала. Мне 45, и я чувствую, что время уходит»*.

Из беседы Вы узнали:

- Месячные стали нерегулярными, появились приливы, но к гинекологу Марина не ходила.
- Спит 5-6 часов, часто просыпается.
- В детстве мама контролировала её питание: *«Будешь толстой - никто замуж не возьмёт»*.
- После переезда в Германию набрала 12 кг.
- Ест один-два раза в день, но помногу.
- Алкоголь не употребляет.
- Физической активности почти нет - нет времени и сил.



Заполните таблицу:

Уровень	Факторы, влияющие на вес
Биологический	
Психологический	
Социальный	



Как проверить себя

Ниже - пример заполнения таблицы. Сравните со своим вариантом. Возможно, Вы заметили что-то, что не указано. В реальном консультировании всегда есть нюансы, которые видны только при личном контакте.

Уровень	Факторы, влияющие на вес
Биологический	Возраст 45 лет - вероятная перименопауза: снижение эстрогена, изменение метаболизма. Нерегулярный цикл, приливы - гормональная перестройка. Ночные смены - хронический недосып, повышенный грелин, сниженный лептин. Нерегулярное питание (1-2 раза в день) - замедление метаболизма, резкие скачки сахара. Возможная инсулинорезистентность на фоне возраста и образа жизни.
Психологический	Эмоциональное питание: вечерние «нападения на холодильник» после рабочего дня. Чувство вины и ненависть к себе после эпизодов переедания. История диет: цикл «ограничение - срыв - стыд». Детский опыт: контроль со стороны матери, установка «будешь толстой — не выйдешь замуж». Усталость, возможная депрессия или выгорание.
Социальный	Миграция: переезд в другую страну, языковой барьер, изоляция, потеря привычной среды. Одиночество: муж в командировках, основная нагрузка быта и детей на Марине. Ночные смены: сбитый режим сна и питания, ограниченный доступ к свежей еде ночью. Культурный багаж: установка «просто закрой рот» от мамы - пищевые сценарии из семьи. Нехватка времени и ресурсов на физическую активность.



-
- This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



- ✓ Какие факторы Вы раньше не замечали или списывали на «лень» и «слабость»?
- ✓ Как изменилось Ваше восприятие ситуации после этого упражнения?

Резюме темы 1.2

1. Биопсихосоциальная модель рассматривает вес как сложную систему, включающую биологию (гены, гормоны, метаболизм), психологию (эмоции, мысли, травмы) и социальную среду (семья, культура, экономика).
2. Биологический уровень: генетика задаёт предрасположенность, гормоны влияют на аппетит и метаболизм, история диет меняет метаболизм надолго. Задача консультанта - не ставить медицинские диагнозы, но знать о возможных медицинских факторах и вовремя рекомендовать обследование.
3. Психологический уровень: эмоциональное питание, когнитивные паттерны, травма и образ тела - ключевые мишени психологического консультирования по весу.
4. Социальный уровень: семейные пищевые сценарии, культурные стандарты, постсоветская травма дефицита, миграционный стресс и социально-экономические ограничения создают среду, в которой формируется и поддерживается пищевое поведение.
5. Работа с моделью на консультации начинается с простых инструментов - «Колесо баланса веса» и биопсихосоциальный опросник - которые помогают клиентке увидеть картину целиком и перестать винить себя.

Тема 1.3. Границы компетенции и альянс со смежными специалистами

«Хороший специалист знает свой метод.

Зрелый специалист знает его границы».

Мюррей Боуэн, психиатр, основатель теории семейных систем



В предыдущих темах мы разобрали нейробиологию голода и биопсихосоциальную модель веса. Вы теперь знаете, что вес женщины - это сложная система, в которой переплетены гены, гормоны, эмоции, семейная история и социальная среда. И Вы, как психолог-консультант, работаете с важнейшей частью этой системы - с психологическими факторами.

Но есть одна профессиональная истина, которую стоит усвоить как можно раньше: **Вы не можете и не должны работать со всем в одиночку.**

Психолог-консультант по весу - это не универсальный специалист, который заменяет врача, диетолога и тренера. Это ключевой игрок в команде, которая при необходимости собирается вокруг клиентки. И Ваша профессиональная зрелость во многом определяется тем, насколько чётко Вы видите границы своей компетенции и насколько уверенно Вы выстраиваете альянс со смежными специалистами.

Эта тема - о том, где заканчивается психология и начинается чистая медицина. О красных флагах, которые нельзя пропустить. О состояниях женского здоровья, которые важно знать и учитывать. И о том, как объяснить клиентке, что направление к врачу - это не «я от Вас отказываюсь», а «я хочу помочь Вам комплексно».

Часть 1. Почему границы компетенции - это основа безопасности

Начинающие консультанты иногда боятся признать, что проблема клиентки выходит за пределы их компетенции. Им кажется, что направление к другому специалисту - это признание своей несостоятельности. *«Я же психолог, я должен помочь»*. Это опасная ловушка. Представьте: к Вам приходит женщина с жалобой на постоянную усталость, набор веса и «срывы». Она уверена, что дело в её слабой воле, и просит Вас помочь ей «взять себя в руки». Вы начинаете работать с эмоциональным питанием, дневниками, техниками самоконтроля. Но через два месяца ничего не меняется. Почему? Потому что у женщины - недиагностированный гипотиреоз. Её щитовидная железа работает на пониженных оборотах, и без медицинской коррекции никакая психологическая работа не даст устойчивого результата.

Самое горькое в этой ситуации: клиентка разочаруется не только в себе, но и в психологическом консультировании как таковом. Она скажет: *«Я и к психологу ходила, ничего не помогло»*. А Вы будете знать, что дело было не в методе, а в пропущенном медицинском факторе.

Границы компетенции - это не слабость. Это профессиональная ответственность.



Психолог-консультант:

- ✓ Работает с мыслями, эмоциями, убеждениями, поведенческими паттернами, семейными сценариями, образом тела, самооценкой.
- × Не ставит медицинские диагнозы.
- × Не назначает лекарства.
- × Не составляет планы питания с указанием калорий и нутриентов.
- × Не интерпретирует лабораторные анализы.
- × Не лечит гормональные нарушения.

Но психолог-консультант **знает** о медицинских факторах веса, **замечает** красные флаги и **вовремя рекомендует** обратиться к профильному специалисту. Это разные вещи - лечить и знать, когда направить.

Часть 2. С какими специалистами

выстраиваем альянс

Эндокринолог

Это первый и, пожалуй, самый важный врач в команде. Вес женщины напрямую связан с работой эндокринной системы, и если там есть нарушения, психологическая работа будет буксовать.

Когда направляем к эндокринологу:

- Клиентка сообщает о необъяснимом наборе веса, особенно если он произошёл быстро и без видимых изменений в питании.
- Постоянная усталость, сонливость, зябкость - возможные признаки гипотиреоза.
- Нерегулярный цикл, избыточный рост волос на лице и теле, акне - возможные признаки СПКЯ.
- Резкие перепады настроения, не связанные с психологическими триггерами.
- Клиентка старше 40 лет и сообщает о симптомах, похожих на перименопаузу: приливы, ночная потливость, нерегулярные месячные, набор веса в области живота при прежнем питании.



Что важно объяснить клиентке:

«Направление к эндокринологу - это не «с Вами что-то не так». Это базовый чекап, с которого начинается грамотная работа с весом. Как перед ремонтом квартиры Вы проверяете состояние труб и проводки, так перед психологической работой с весом стоит проверить гормональный фон».

Гинеколог

Женское репродуктивное здоровье напрямую влияет на вес, и наоборот - вес влияет на репродуктивное здоровье. Гинеколог в команде особенно важен, потому что многие клиентки привыкли списывать гинекологические симптомы на «ну это у всех так» и не обращаться к врачу годами.

Когда направляем к гинекологу:

- Нерегулярный цикл, болезненные менструации, отсутствие менструаций.
- Подозрение на СПКЯ (см. ниже).
- Клиентка находится в послеродовом периоде и испытывает резкие перепады настроения, набор или задержку веса.
- Клиентка в перименопаузе или менопаузе и не наблюдалась у гинеколога по этому поводу.
- Клиентка принимает гормональные контрацептивы и связывает с ними изменения веса или настроения.

В своей практике Вы наверняка столкнётесь с клиентками, которые говорят: *«У меня всегда были болезненные месячные, это нормально»*. Или *«Приливы? Ну возраст, что поделать»*. Ваша задача - мягко, но уверенно доносить: *«Нет, терпеть боль не нормально. Нет, приливы - это не «само пройдёт», это состояние, которое можно облегчить»*.

Гинеколог в команде - это не роскошь, а базовая потребность любой женщины, которая работает с весом. И чем раньше клиентка это поймёт, тем быстрее она перестанет винить себя в том, что на самом деле является медицинской проблемой.

Психиатр

Это, возможно, самый деликатный момент в консультировании. Слово «психиатр» у многих русскоязычных клиенток до сих пор вызывает страх и сопротивление: «Я что, псих?», «Меня что, в дурку?». Поэтому важно уметь объяснить направление к психиатру бережно и без стигматизации.

Когда направляем к психиатру:

- Подозрение на клиническую депрессию: подавленное настроение большую часть дня в течение двух недель и дольше, потеря интереса к жизни, изменения сна и аппетита, мысли о собственной никчёмности.
- Подозрение на тревожное расстройство: постоянное чувство тревоги, которое не связано с конкретными событиями, панические атаки, навязчивые мысли.
- Признаки расстройств пищевого поведения, требующих медицинского вмешательства (см. Часть 3 ниже).
- Клиентка сообщает, что ранее принимала антидепрессанты или другие психотропные препараты, но прекратила самостоятельно.



Как говорить с клиенткой:

«Я хочу, чтобы Вы получили максимально полную поддержку. Иногда наши эмоциональные состояния связаны не только с жизненными обстоятельствами, но и с биохимией мозга. Психиатр - это врач, который поможет разобраться, есть ли здесь медицинская составляющая. Это не "пожизненный диагноз", это консультация. Как если бы мы проверили гормоны щитовидной железы, только теперь проверяем нейрохимию».

Диетолог

Диетолог занимается составлением индивидуального плана питания с учётом состояния здоровья, образа жизни и целей клиентки. Важно: не путать диетолога с «нутрициологом» из соцсетей. Диетолог - это специалист с медицинским образованием, который имеет право работать с клиническими случаями.

Когда направляем к диетологу:

- Клиентке нужно помочь выстроить сбалансированное питание, а у Вас нет для этого компетенций (и это нормально).
- У клиентки есть медицинские ограничения в питании: диабет, пищевая аллергия, заболевания ЖКТ.
- Клиентка прошла через серию жёстких диет и нуждается в восстановлении нормального пищевого режима под наблюдением специалиста.
- Клиентка находится в послеродовом периоде или в менопаузе, когда потребности тела в нутриентах меняются.



Как говорить с клиенткой:

«Я помогаю Вам разобраться с тем, что происходит в Ваших мыслях и чувствах по поводу еды. А диетолог поможет составить такой план питания, который будет комфортным, вкусным и подходящим именно Вашему телу. Это две части одной работы».

Часть 3. «Красные флаги»: расстройства пищевого поведения, требующие медицинского вмешательства

Это самый важный раздел темы. Психолог-консультант по весу работает с нарушениями пищевого поведения, но есть состояния, которые требуют участия психиатра, а иногда и госпитализации. Пропустить их - значит навредить клиентке.

Нервная анорексия

«Красные флаги»:

- ИМТ значительно ниже нормы, но клиентка продолжает считать себя «толстой» и стремится худеть дальше.
- Сильное ограничение в еде: клиентка ест крайне мало, избегает целых групп продуктов, может считать калории с точностью до единиц.
- Искажённое восприятие тела: глядя в зеркало, видит «жир», которого объективно нет.
- Аменорея (отсутствие менструаций) у женщин репродуктивного возраста.
- Одержимость едой при отказе от неё: клиентка может готовить для других, коллекционировать рецепты, говорить о еде, но сама не ест.
- Холодные руки и ноги, постоянное чувство холода, пушковые волосы на теле (лануго) - признаки того, что организм перешёл в режим жёсткой экономии энергии.

Действия консультанта: нервная анорексия - состояние, угрожающее жизни. Это не зона для психологического консультирования в частной практике. Необходимо направление к психиатру, часто - в связке с диетологом и терапевтом. В некоторых случаях требуется госпитализация.

Нервная булимия

«Красные флаги»:

- Повторяющиеся эпизоды переедания с последующей «компенсацией»: вызывание рвоты, приём слабительных или мочегонных, изнурительные тренировки, периоды голодания.
- Эпизоды переедания происходят тайно, клиентка испытывает чувство стыда и отвращения к себе.
- Колебания веса: он может быть в норме, выше нормы или ниже нормы.
- Следы на костяшках пальцев (от вызывания рвоты), увеличенные слюнные железы («бульдожьё щёки»), проблемы с зубной эмалью.
- Клиентка может говорить: *«Я иногда срываюсь, но потом всё исправляю»*, - и за этим «исправляю» стоит компенсаторное поведение.

Действия консультанта: булимия требует участия психиатра. Психолог-консультант может работать параллельно с врачом, но не вместо него. Когнитивно-поведенческая терапия булимии (CBT-E, Fairburn) - метод с доказанной эффективностью, но он должен применяться с учётом медицинского состояния клиентки.

Компульсивное переедание

«Красные флаги»:

- Регулярные эпизоды переедания (не реже раза в неделю в течение трёх месяцев и дольше).
- Во время эпизода клиентка ест значительно быстрее обычного, ест до физического дискомфорта, ест без чувства голода.
- После эпизода - выраженный дистресс, стыд, отвращение к себе.
- В отличие от булимии, отсутствует регулярное компенсаторное поведение.

Действия консультанта: компульсивное переедание - это расстройство, с которым психолог-консультант может работать, если у него есть соответствующая подготовка. Но важно оценить тяжесть состояния: если эпизоды частые, тяжёлые, сопровождаются депрессией, суицидальными мыслями или самоповреждением - необходимо участие психиатра. В любом случае стоит рекомендовать клиентке консультацию психиатра для оценки общего состояния и исключения сопутствующих расстройств.

Ключевой принцип для консультанта:

Если у Вас есть сомнения - направляйте. Лучше отправить клиентку к психиатру и получить заключение «психиатрической патологии не выявлено», чем пропустить состояние, которое будет ухудшаться без медицинской помощи.



И помните:

Клиентка может рассказывать о своём питании не всё. Стыд, страх осуждения, нежелание «разочаровать» консультанта - всё это приводит к тому, что информация о вызывании рвоты или приёме слабительных может всплыть не на первой и даже не на пятой сессии.

Будьте внимательны к косвенным признакам!