

— IDŹ DO —

PRZYKŁADOWY ROZDZIAŁ

SPIS TREŚCI

— KATALOG KSIĄŻEK —

KATALOG ONLINE

ZAMÓW DRUKOWANY KATALOG

— TWÓJ KOSZYK —

DODAJ DO KOSZYKA

— CENNIK I INFORMACJE —

ZAMÓW INFORMACJE
O NOWOŚCIACH

ZAMÓW CENNIK

— CZYTELNIĄ —

FRAGMENTY KSIĄŻEK ONLINE

Jak opanować wilczy apetyt? Trening

Autor: Linda W. Craighead

Tłumaczenie: Izabela Szybilska

ISBN: 978-83-246-0916-1

Tytuł oryginału: [The Appetite Awareness Workbook: How to Listen to Your Body And Overcome Bingeing, Overeating, & Obsession With Food](#)

Format: B5, stron: 304



We współczesnym świecie dominujące trendy mody usilnie propagują przesadnie szczupłą sylwetkę kobietą. Patrząc na dziewczyny z okładek magazynów, często zapominamy, że ich idealna figura jest głównie dziełem grafików komputerowych. Dążymy do fikcyjnego ideału piękna, stosując diety wyniszczające organizm – zarówno fizycznie, jak i psychicznie.

Czy traktujesz jedzenie jako sposób na poprawienie sobie nastroju? Czy stosowanie diet i ograniczeń w odżywianiu powoduje u Ciebie psychiczny dyskomfort? Czy zdajesz sobie sprawę, że obsesyjne myślenie o jedzeniu jest przejawem zaburzeń odżywiania? Jeśli chcesz skutecznie i trwale uregulować proces odżywiania się, rozpocznij Trening świadomego Apetytu. Jest on efektem dziesięcioletniej pracy doskonałej psycholożki, świetnie zdającej sobie sprawę, jak wiele wysiłku każdego dnia wkładamy w swój wygląd, diety i utrzymanie dobrego samopoczucia.

Stosując kilka nieskomplikowanych wskazówek, nauczysz się słuchać sygnałów wysyłanych przez Twoje ciało. Podpowiadają Ci one, co, kiedy i ile możesz jeść, by móc czerpać z posiłków przyjemność, wyzbyć się poczucia winy i zachować smukłą sylwetkę.

Spis treści

Podziękowania	5
Wprowadzenie	7
Rozdział 1. Współczesny dylemat związany z jedzeniem i wagą	11
Rozdział 2. Rozwiązanie: trening świadomego apetytu	27
Rozdział 3. Zaburzone odżywianie czy zaburzenia odżywiania?	53
Rozdział 4. Odkryj sygnały wysyłane przez swój żołądek	79
Rozdział 5. Odzyskaj kontrolę	101
Rozdział 6. Jak zredukować objadanie kompulsywne do przypadków zwykłego przejedzenia?	117
Rozdział 7. Skuteczne jedzenie emocjonalne	145

Rozdział 8. Trenowanie świadomości żywnościowej	171
Rozdział 9. Samodzielne przeszkolenie na całe życie	193
Rozdział 10. Jak wyjść z labiryntu zaburzonego sposobu odżywiania?	219
Dodatek A Pułapka: praktyki przeczyszczające	227
Dodatek B Pułapka: strach przed przyrostem wagi	247
Dodatek C Wrota utraty na wadze	267
Bibliografia	293
O autorce	299

Zaburzone odżywianie czy zaburzenia odżywiania?



Trening świadomego apetytu początkowo stworzono po to, by pomóc kobietom, u których zdiagnozowano zaburzenia odżywiania. Jednak postawy żywieniowe najlepiej jest opisać jako pewne kontinuum, które zaczyna się od niezwykle problematycznych zachowań, takich jak zagrażająca życiu odmowa przyjmowania pokarmów, a kończy na zupełnie niegroźnym sposobie jedzenia, w którym człowiek utrzymuje zdrową wagę bez większego wysiłku czy wyrzeczeń. Większość kobiet plasuje się na miejscach gdzieś pomiędzy — może cierpią na zaburzone odżywianie, ale nie na zaburzenia odżywiania. Krótko opiszę kryteria, których używają lekarze do postawienia diagnozy o zaburzeniach odżywiania, żebyś mogła sama określić prawdopodobieństwo, w jakim się do nich stosujesz. Jeżeli sądzisz, że spełniasz kryteria zaburzeń odżywiania, może dojść do powstania potencjalnie groźnych problemów medycznych. Należy więc zasięgnąć porady specjalisty, który ma uprawnienia w zakresie diagnozowania zaburzeń odżywiania. Wiele następstw zdrowotnych, które kojarzy się z zaburzeniami odżywiania, nie jest oczywistych i można je wykryć jedynie za pomocą badań

medycznych. Jeżeli nie zobaczysz się z lekarzem, nie dowiesz się, czy rozwija się u Ciebie cukrzyca, ryzyko zawału czy osteoporoza. Nie odkładaj zatem wizyty u specjalisty.

To, czy zdiagnozowano u Ciebie zaburzenia odżywiania, czy może cierpisz na zaburzone odżywianie, ma niewielkie znaczenie z punktu widzenia TŚA. W każdym z tych przypadków i tak program przyniesie Ci korzyści. Nawet jeśli odżywasz się rozsądnie, lecz obsesyjnie rozmyślasz o tym, co powinnaś jeść i masz poczucie winy z powodu tego, co zjadłaś, TŚA może Ci pomóc. Takie problemy określa się zwykle terminem zaabsorbowania wagą. Zjawisko to leży u źródeł zarówno zaburzonego odżywiania, jak i zaburzeń odżywiania, lecz może być także samoistnym problemem. Jeżeli to Twój przypadek, pewnie często czujesz niepokój i przygnębienie, a z czasem możesz popaść w izolację towarzyską. Zaczнеш się skarżyć, że troska o wagę pochłania zbyt wiele Twojego życia.

Czy cierpisz na zaburzenia odżywiania?

Specjaliści zajmujący się zdrowiem psychicznym wysuwają obecnie zaledwie dwie oficjalnie akceptowane diagnozy zaburzeń odżywiania: **jadłowstręt psychiczny** (*anorexia nervosa*) i **żarłoczość psychiczna** (*bulimia nervosa*). Kryteria diagnostyczne opisano w *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV* (American Psychiatric Association, 1994).

Zdiagnozowanie anoreksji oznacza, że pacjent ma niezdrową wagę, która — jeśli nie wzrośnie — doprowadzi w przyszłości do poważniejszych problemów zdrowotnych. Osoba cierpiąca na jadłowstręt psychiczny mogła wcześniej mieć wagę w normie lub nawet nieco powyżej normy w stosunku do swojego wzrostu. Następnie schudła, prawdopodobnie w krótkim czasie. Może też być tak, że osoba zawsze była szczupłą, ale w pewnym momencie jej waga spadła poniżej dopuszczalnego poziomu. Co więcej, odmawia przybrania na wadze. Jak widać, kryteria są bardzo rygorystyczne, więc wiele kobiet, które odżywiają się w sposób zaburzony, nie kwalifikuje się ze swoimi objawami do zdiagnozowania anoreksji.

- Odmowa utrzymania wagi na poziomie dopuszczalnego minimum dla danego wieku i wzrostu (punktem odniesienia jest tu BMI o wartości niższej od 17,5).
- Silny strach przed przytyciem nawet w przypadku oczywistej niedowagi.
- Zniekształcony sposób myślenia (kobieta nie postrzega swojego ciała we właściwy sposób i przeczy, że niska waga może stanowić zagrożenia dla jej zdrowia).
- W przypadku kobiet niepojawienie się menstruacji w oczekiwanym wieku lub brak naturalnych cykli miesięczkowych przez co najmniej trzy kolejne miesiące; tej kategorii nie bierze się pod uwagę, gdy cykle regulowane są przez pigułki antykoncepcyjne.
- Osoby z anoreksją o postaci ograniczającej ilość pożywienia nie objadają się i nie stosują strategii przeczyszczających. Te zaś, które należą do kategorii „objadanie się/przeczyszczanie”, postępują tak w regularny sposób; niemniej stosują normalne, a nawet niewielkie ilości pożywienia.

Zdiagnozowanie bulimii oznacza, że dana osoba korzysta z niezdrowych strategii, rekompensujących objadanie napadowe. Ponownie kryteria diagnostyczne są tu bardzo ostre, więc objawy występujące u wielu kobiet nie kwalifikują się do bulimii. Wśród nich wyróżniamy:

- Epizody obiektywnego objadania napadowego (wrażenie duże ilości i poczucie utraty kontroli) przynajmniej dwa razy w tygodniu przez co najmniej trzy miesiące.
- Niezdrowe zachowania kompensacyjne (w tym przeczyszczanie, głodówki czy przesadnie intensywne ćwiczenia fizyczne) przynajmniej dwa razy w tygodniu przez co najmniej trzy miesiące.
- Samoocena nadmiernie uzależniona od kształtu ciała i wagi.
- Nie spełnia kryteriów diagnostycznych dla jadłowstrętu psychicznego (waga zwykle pozostaje w normie).

Wciąż rozważa się trzecią diagnozę — dla **zespołu objadania napadowego (kompulsywnego)**. Na objawy składają się epizody objadania się w ilościach obiektywnie dużych co najmniej dwa razy w tygodniu przez przynajmniej pół roku, lecz w przeciwieństwie do bulimii dana osoba nie rekompensuje sobie regularnie obżarstwa w niezdrowy sposób. Epizody objadania muszą wywoływać dyskomfort lub być fizycznie nieprzyjemne i często występować w tajemnicy. Ludzie cierpiący na zespół objadania napadowego mogą mieć wagę w normie, ale bardzo często są niezdrowo otyli i ryzykują wzrostem wagi, jeśli epizody objadania będą się utrzymywać.

Z kolei diagnoza niekonkretna — **bliżej niesprecyzowane zaburzenia odżywiania** — można przypisać każdej postawie żywieniowej, która wywołuje dyskomfort i upośledza jakość życia. Wielu specjalistów podważa zasadność stawiania konkretnych diagnoz zaburzeń odżywiania, ponieważ najpowszechniej rozpoznaje się bliżej niesprecyzowane zaburzenia odżywiania. Ludzie często doświadczają dyskomfortu o dużym nasileniu i cierpią na zaburzony sposób odżywiania przez długie okresy, lecz wraz z biegiem czasu stawiane im diagnozy mogą ulegać zmianie. Na przykład u szesnastoletniej kobiety, która znacząco traci na wadze, można rozpoznać anoreksję. Dzięki leczeniu odzyskuje zdrową wagę, lecz od czasu do czasu stosuje strategie przeczyszczające, bojąc się przytyć. Mając lat dziewiętnaście, spełnia kryteria diagnostyczne dla bulimii. W końcu przestaje stosować praktyki przeczyszczające, lecz pozostaje mocno zaabsorbowana tym, czym je, spożywa bardzo ograniczoną pulę pokarmów lub ćwiczy zbyt intensywnie. Już nie wykazuje objawów jakichś konkretnych zaburzeń odżywiania, ale nie czuje się też w pełni wyleczona. Gdy ma trzydzieści pięć lat, ma trudności ze zrzućeniem wagi po urodzeniu drugiego dziecka, co wywołuje stosowanie rygorystycznych diet i objadanie napadowe, które nasila się do tego stopnia, że można u niej już zdiagnozować zespół objadania kompulsywnego.

JAKIE PROBLEMATYCZNE ZACHOWANIA ŻYWIENIOWE WYSTĘPUJĄ U CIEBIE?

Użyj poniższego zestawienia, aby rozpoznać u siebie zachowania żywieniowe, które chciałabyś zmienić.

Przejadanie się

Ile razy w tygodniu **czujesz się** tak, jakbyś się przejadła? _____

Możesz czuć, że się przejadłaś, ponieważ masz przepełniony żołądek, zjadłaś więcej niż normalnie lub więcej niż planowałaś.

Jak często występują u Ciebie epizody przejedzenia się w ciągu jednego dnia? _____

Ile spośród Twoich epizodów przejedzenia się łączy się z pochłanianiem obiektywnie dużych porcji? _____

Zwrot „obiektywnie duży” oznacza porcje wyraźnie większe niż spożyłoby inni ludzie w podobnych sytuacjach. Dokładki, dwie porcje deseru albo dwa batoniki to ilości, które często się je i nie uważa za obiektywnie duże. Bardzo wysocy albo niezwykle aktywni ludzie potrafią wziąć więcej niż dwa dania i nie uznać tej ilości za obiektywnie dużą.

Objadanie napadowe

Ile razy w tygodniu czujesz, że tracisz kontrolę nad jedzeniem? _____

Ile spośród tych epizodów Twoim zdaniem łączyło się z pochłanianiem obiektywnie dużych ilości? _____

Objadanie kompulsywne technicznie opisuje się jako doświadczenie utraty kontroli do pewnego stopnia podczas jedzenia. Objadanie się nie oznacza jedynie, że czujesz winę lub wstyd po przejedzeniu; lepiej nazwać to zjawiskiem żalu po jedzeniu. Utrata kontroli z kolei znaczy, że chcesz przestać jeść, ale nie możesz. Kończysz jeść tylko dlatego, że nie ma więcej pożywienia, boli Cię brzuch, ktoś Ci przerwie, uda Ci się zasnąć lub musisz wyjść z danego

spotkania. Niektórzy ludzie utratę kontroli odczuwają tylko wtedy, gdy spożyją obiektywnie duże ilości. Inni zaś odnoszą wrażenie utraty kontroli po zjedzeniu normalnych, a nawet niewielkich ilości zakazanej żywności.

Zachowania kompensacyjne

Ile razy w tygodniu nakładasz na siebie te same niezdrowe ograniczenia, aby zminimalizować ilość pochłanianych kalorii? _____

Jak często korzystasz z następujących strategii?

- Opuszczanie posiłków _____
- Nadmierne ograniczenia (mniej niż 1000 kalorii dziennie)

- Post (obywanie się bez jedzenia przez osiem godzin lub więcej)

- Przyjmowanie środków obniżających łaknienie _____
- Przeżuwanie i wypluwanie pożywienia bez połykania _____

Ile razy w tygodniu korzystasz z niezdrowych strategii, które zapobiegają wchłanianiu kalorii, redukują zawartość wody w organizmie i spalają dodatkowe kalorie?

- Przesadnie intensywne ćwiczenia fizyczne _____
- Przechyszczanie (sztucznie wywoływane wymioty, środki przeczyszczające) _____
- Moczopędne pigułki/herbatki/potrawy _____

Takim strategiom zwykle nadaje się miano **zachowań kompensacyjnych**, gdyż wiele kobiet korzysta z nich, by zrehabilitować się za epizod objęducia się lub przejedzenia. Niemniej niektóre kobiety używają ich w świadomy sposób, aby utrzymać niezdrową masę ciała, nawet gdy nie uważają, że zjadły zbyt dużo.

Może Ci być trudno określić, w jakim momencie Twoje ćwiczenia można nazwać przesadnie intensywnymi. Przestań się oszukiwać, myśląc, że ćwiczenia są właściwe, gdyż wykonujesz je z przyczyn niezwiązanych ze swoją

wagę, na przykład trenując do maratonu. Aby usprawiedliwić bardzo intensywne ćwiczenia i zamaskować ten problem, można podawać i inne powody. Nadmiernie intensywne ćwiczenia charakteryzuje się jako wykonywanie większej liczby ćwiczeń niż wymaga rozsądny trening, niezdolność zrobienia sobie kilkudniowych wakacji albo przerwy z uwagi na chorobę lub kontuzję, albo też uprawianie sportu w reakcji na epizod przejedzenia.

Czy masz nadwagę?

Nadwagę definiują standardy medyczne, wskazujące na wagę, przy której zaczyna się wykrywać ryzyko dla zdrowia i po przebadaniu dużej liczby osób. Liczby te — w odniesieniu do każdej człowieka — stanowią jedynie dane szacunkowe. Twój lekarz może Ci pomóc określić, czy występują u Ciebie dodatkowe czynniki ryzyka, które musisz wziąć pod uwagę, ustalając zdrowy dla siebie zakres wagowy. Zakres BMI, używany do określenia nadwagi, wynosi od 25 do 30, a kategoria wyższego ryzyka (otyłości) ma wartość powyżej 30. Jednak BMI to tylko jeden ze wskaźników ryzyka zdrowotnego. Zdrowie mocniej umięśnionej osoby o wyższym BMI może być mniej zagrożone niż mniej sprawnej osoby z niższym BMI.

Właściwszym (i bardziej pomocnym) pytaniem byłoby raczej to, czy przekroczyłaś zakres najzdrowszej wagi niż po prostu pytać, czy masz nadwagę. Samo pytanie należałoby zmienić na: „Jaką wagę przekroczyłaś?”. Dlatego też cały zakres zdrowej wagi uznaję za wagę normalną. Nadwaga przekracza ten zakres. Proponuję, abyś powstrzymała się przed określaniem siebie jako osoby z nadwagą, kiedy masz na myśli jedynie to, że czujesz się grubo lub ważysz więcej niż byś chciała. Nawet jeśli to drugie jest prawdą, używanie słowa „nadwaga”, kiedy nie przekraczasz zdrowego zakresu wagi, jest dosyć szkodliwe. Termin ten bowiem wywołuje negatywne emocje, co z kolei utrudnia osiągnięcie swoich założeń wagowych. Musisz sobie powiedzieć: „Znajduję się w normalnym przedziale wagowym”, jeżeli to prawda. A jeśli jednak czujesz konieczność doprecyzowania tego twierdzenia, możesz powiedzieć, iż Twoja waga jest wysoka, ale w normie, i dodać: „Wolałabym ważyć

mniej”. Nigdy nie mów: „Jestem gruba”. Samokrytyka nie jest bowiem skutecznym sposobem motywowania siebie do zrzucenia wagi. Strategie karne działają jedynie wtedy, gdy ktoś inny kontroluje ważne następstwa negatywne (jak odsiadki na ławce rezerwowych, mandaty czy wyroki sądowe). Próba ukarania samej siebie w kwestii zrzucania wagi obróci się przeciwko Tobie.

Obecny sposób myślenia — jak twierdzą przywódcy ruchu „Health at Every Size” — zachęca ludzi, by koncentrowali swoje wysiłki na redukowaniu ryzyka zdrowotnego za pomocą zwiększenia swojej sprawności fizycznej, a nie po prostu usiłowaniu schudnięcia (Campos, 2004; Gaesser, 2002). Eksperti ci wskazują na to, że ryzyko dla zdrowia, zwłaszcza to kojarzone z umiarkowaną nadwagą, wydaje się nieco przesadzone. Bez względu jednak na wagę przeniesienie nacisku z osiągnięcia kulturowo pożądanej wagi na wagę zdrowszą pomoże Ci zachować lepszą perspektywę, gdy będziesz dążyć do swojego celu.

OCENA WŁASNEJ WAGI W OPARCIU O BMI

Na następnej stronie znajduje się ten sam wykres BMI (rysunek 3.1), z którym po raz pierwszy zetknąłeś się w rozdziale 1.

Na podstawie wykresu BMI odpowiedz na następujące pytania dotyczące Twojej wagi:

Według BMI moja waga jest:

_____ poniżej (zdrowej) normy;

_____ w (zdrowej) normie;

_____ powyżej normy (prawdopodobieństwo zagrożenia dla zdrowia);

_____ powyżej normy i wiem, że cierpię na następujące dolegliwości zdrowotne, które związane są z moją wagą _____ .

Zakres zdrowej wagi dla mojego wzrostu wynosi _____ .

Mogę zaakceptować następujący zakres wagowy _____ .

Jeżeli cierpisz na niedowagę, czy czujesz presję, by przytyć? _____ .

Jeżeli cierpisz na nadwagę, jaką wagę docelową mogłabyś zaakceptować?

_____ .

Waga	40	43	46	49	52	55	58	61	64	67	70	73	76	79	82	85	88	91	94	97	100	103	106	109	112	
Wzrost																										
150	17,8	19,2	20,5	21,8	23,2	24,5	25,8	27,2	28,5	29,8	31,2	32,5	33,8	35,2	36,5	37,8	39,2	40,5	41,8	43,2	44,5	45,8	47,2	48,5	49,8	
153	17,1	18,4	19,7	21,0	22,3	23,5	24,8	26,1	27,3	28,6	30,0	31,1	32,4	33,7	35,0	36,3	37,6	38,9	40,1	41,4	42,7	44,0	45,2	46,5	47,8	
156	16,4	17,6	18,9	20,1	21,3	22,6	23,8	25,0	26,3	27,5	28,7	30,0	31,2	32,4	33,7	34,9	36,1	37,4	38,6	39,8	41,1	42,3	43,5	44,8	46,0	
159	15,8	17,0	18,2	19,4	20,5	21,7	22,9	24,1	25,3	26,5	27,7	28,9	30,0	31,2	32,4	33,6	34,8	36,0	37,1	38,8	39,5	40,7	41,9	43,1	44,3	
162	15,2	16,4	17,5	18,7	19,8	20,9	22,1	23,2	24,4	25,5	26,7	27,8	28,9	30,0	31,2	32,4	33,5	34,7	35,8	36,9	38,1	39,2	40,4	41,5	42,7	
165	14,7	15,6	16,9	18,0	19,1	20,2	21,3	22,4	23,5	24,6	25,7	26,8	27,9	29,0	30,0	31,2	32,3	33,4	34,5	35,6	36,7	37,8	38,9	40,0	41,4	
168		15,2	16,3	17,3	18,4	19,5	20,5	21,6	22,7	23,7	24,8	25,8	26,9	28,0	29,0	30,1	31,1	32,2	33,3	34,4	35,4	36,5	37,5	38,6	39,7	
171		14,7	15,7	16,7	17,8	18,8	19,8	20,8	21,9	22,9	23,9	24,9	26,0	27,0	28,0	29,0	30,1	31,1	32,1	33,1	34,2	35,2	36,2	37,3	38,3	
174			15,1	16,1	17,2	18,2	19,1	20,1	21,1	22,1	23,1	24,1	25,1	26,1	27,1	28,1	29,1	30,0	31,0	32,0	33,0	34,0	35,0	36,0	37,0	
177				15,6	16,6	17,5	18,5	19,5	20,4	21,4	22,3	23,3	24,2	25,2	26,1	27,1	28,1	29,0	30,0	31,0	32,0	32,9	33,8	34,8	35,7	
180				15,1	16,0	17,0	17,9	18,8	19,7	20,7	21,6	22,5	23,4	24,4	25,3	26,2	27,1	28,1	29,0	30,0	30,8	31,8	32,7	33,6	34,5	
183					15,5	16,4	17,3	18,2	19,1	20,0	20,9	21,8	22,7	23,6	24,5	25,4	26,3	27,2	28,0	29,0	29,8	30,7	31,6	32,5	33,4	
186					15,0	15,9	16,7	17,6	18,5	19,4	20,2	21,1	22,0	22,8	23,7	24,6	25,4	26,3	27,2	28,0	28,9	29,7	30,6	31,5	32,4	
189						15,4	16,2	17,1	17,9	18,7	19,6	20,4	21,3	22,1	22,9	23,8	24,6	25,5	26,3	27,1	28,0	28,8	29,6	30,5	31,3	
192							15,7	16,5	17,3	18,1	19,0	19,8	20,6	21,4	22,2	23,0	23,9	24,7	25,5	26,3	27,1	27,9	28,7	29,6	30,3	
195								15,2	16,0	16,8	17,6	18,4	19,2	20,0	20,8	21,5	22,3	23,1	23,9	24,7	25,5	26,3	27,1	27,9	28,7	29,4

Poniżej 18 – ryzyko anoreksji

19 – 24 – waga w normie

25 – 30 – nadwaga

Powyżej 30 – otyłość

Rysunek 3.1. Indeks masy ciała (BMI)

Jaki poziom dyskomfortu czujesz w związku ze swoją wagą?

_____ okazjonalny;

_____ częsty;

_____ ciągły;

_____ czuję taki dyskomfort, że często unikam ludzi i czynności, które sprawiają mi przyjemność.

Co sprawia, że trudno Ci zaakceptować swoją obecną wagę? _____

Zakreśl jedną odpowiedź dla każdego z następujących pytań:

Jaka ilość nacisku na utratę (lub wzrost) wagi pochodzi od Ciebie?

Żadna Mała Umiarkowana Duża Cała

Jaka ilość nacisku na utratę (lub wzrost) wagi pochodzi od innych osób?

Żadna Mała Umiarkowana Duża Cała

Wymień osoby, które wywierają na Ciebie nieprzydatny nacisk? _____

Jak często obawiasz się, że przytyjesz, gdy zwykle jesz to, na co masz ochotę?

Wcale Niewiele Umiarkowanie Często Cały czas

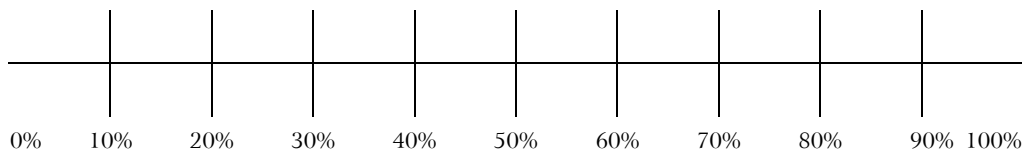
Czy myśli i odczucia względem jedzenia powodują u Ciebie dyskomfort?

Jest wiele sposobów na poddanie ocenie problematycznych myśli i uczuć, lecz na potrzeby tej książki chciałabym, abyś skoncentrowała się na trzech następujących aspektach: zaabsorbowaniu, poczuciu straty i wysiłku.

Zaabsorbowanie

Poniższe pytania zaczerpnięte z publikacji *Preoccupation with Eating and Weight Scale* (Niemeier i in., 2002) opracował mój zespół badawczy w celu stworzenia miernika poziomu, w jakim myślenie o jedzeniu wywołuje u ludzi problemy. Porównaj swoje odpowiedzi z normami i sprawdź, czy zaabsorbowanie jedzeniem jest w Twoim przypadku problemem. Kobiety bez rozpoznanych klinicznie problemów z wagą przyznają, że myślenie o żywności i jedzeniu zajmuje im 25% dnia, podczas gdy u kobiet ze zdiagnozowaną bulimią wartość ta wynosi od 50 do 100%, a u kobiet z zespołem objadania kompulsywnego zwykle od 40 do 80%. Celem TŚA jest redukcja częstotliwości myślenia o żywności i jedzenia oraz poziomu dyskomfortu związanego z takimi myślami. Większość kobiet odkrywa również, że zmniejsza się częstotliwość ich negatywnych myśli na temat własnej wagi. Kiedy jesteś bowiem pewna, że robisz to, co najlepsze, aby osiągnąć (utrzymać) rozsądną wagę, nieco łatwiej jest zaakceptować bieżącą masę ciała. Kiedy jeszcze zrozumiesz, że rozpamiętywanie swojej wagi tylko utrudnia osiągnięcie celu, prościej Ci będzie skupić się na prowadzeniu wartościowego życia niż na dążeniu do określonej wagi. Jeżeli jednak wciąż będziesz miała negatywne odczucia względem swojej wagi po zakończeniu tego programu, najlepiej skontaktuj się ze specjalistą, który pomoże Ci stawić czoło znaczeniu, jakie przypisujesz wadze jako miernikowi własnej wartości.

Jaką część dnia (gdy nie śpisz) spędzasz średnio na myśleniu o jedzeniu (o tym, co zjesz, przed czym się powstrzymasz lub co właśnie spożyłaś), kaloriach, zawartości tłuszczu w produktach spożywczych lub niemożności zjedzenia tego, na co się ma ochotę? Zaznacz jak najdokładniej na linii swój wynik:



Jaki dyskomfort wywołują u Ciebie myśli na temat żywności, jedzenia i kalorii?

0	1	2	3	4	5	6
Żaden						Ogromny

Gdy zaczynasz myśleć o żywności, jedzeniu lub kalorii, jak ciężko Ci przestać?

0	1	2	3	4	5	6
Wcale						Ogromnie

W jakim stopniu te myśli kolidują u Ciebie z umiejętnością skupienia się na innych rzeczach?

0	1	2	3	4	5	6
Wcale						Ogromnie

Poczucie straty

Jak często i jak intensywnie doświadczasz poczucia straty, czyli czujesz się przygnębiona lub zła, że nie możesz zjeść tego, na co masz ochotę lub czujesz urazę wobec osób, które wydają się spożywać wszystko to, co im smakuje?

1	2	3	4	5
Rzadko	Czasami	Często	Często i intensywnie	Na pewnym etapie dosłownie przez cały czas

Wysiłek

Ile wysiłku musisz włożyć w kontrolę nad jedzeniem?

- _____ Nie więcej niż większość ludzi;
- _____ Znacznie więcej niż większość ludzi, ale przynajmniej mogę utrzymać odpowiednią dla mnie wagę;
- _____ Bardzo dużo i wciąż nie mogę utrzymać wagi w normie.

Czy masz inne problemy życiowe poza troską o jedzenie?

Troska o jedzenie i wagę może wywołać u Ciebie przygnębienie i niepokój, a także zniszczyć ważne dla Ciebie związki życiowe, obniżając oparcie, jakie masz w innych ludziach, oraz okazje do zabawy i intymności. Zastanów się nad następującymi trzema rodzajami sytuacji, w których obawy o jedzenie mogą jeszcze bardziej pogorszyć Twoje problemy życiowe.

Opisz każdy przypadek spięcia czy konfliktu z innymi ludźmi, który według Ciebie wiąże się z Twoimi wysiłkami na rzecz zapanowania nad swoim jedzeniem i wagą. _____

Wymień wszystkie czynności lub osoby, których czasami unikasz, ponieważ źle się czujesz ze swoją wagą lub nie chcesz być otoczona kuszącymi potrawami. _____

Wymień wszystkie czynności, które cenisz, a z których zrezygnowałaś, aby znaleźć czas na zajęcie się swoją wagą. Opisz także wszelkie zajęcia, w których pogorszyły się Twoje wyniki (na przykład nauka, wyniki zawodowe, zainteresowania i sport) w związku z czasem przeznaczonym na zadbanie o wagę. _____

Wyobraź sobie, jak wyglądałoby Twoje życie, gdybyś była w stanie szybciej podejmować decyzje żywieniowe, czuć się dobrze z tym, co jesz i akceptować swoją obecną wagę, a jednocześnie dążyć do osiągnięcia zdrowszej lub bardziej pożądanej masy ciała. Na co wykorzystałabyś dodatkowy czas i energię?

Podczas gdy troska o jedzenie i wagę zwykle pogarsza inne problemy życiowe, także te inne kłopoty mogą utrudnić zmianę sposobu odżywiania. Jak wyjaśnię to później, TŚA został tak opracowany, aby go stosować przy jednoczesnej pracy w celu rozwiązania innych problemów życiowych. Jeżeli jednak kłopoty te są zbyt dokuczliwe lub przechodzisz właśnie kryzys, musisz się zastanowić, czy to odpowiedni moment na wykorzystanie energii na zmianę postaw żywieniowych. Jeżeli przechodzisz przez poważne kłopoty, lecz oczekujesz, że wkrótce zostaną rozwiązane, lepiej poczekać, aż będziesz mogła poświęcić więcej uwagi wdrażaniu TŚA w życie. W TŚA poddajesz treningowi swoją uwagę, więc na początku może to wymagać od Ciebie nieco wysiłku. Jeżeli jednak Twoje problemy życiowe mają charakter przewlekły i nie masz szans na ich rychłe rozwiązanie, nie warto czekać. Nigdy bowiem może nie pojawić się lepszy czas na rozpoczęcie TŚA, a program może poprawić Ci samopoczucie, więc będziesz mogła również lepiej poradzić sobie z kłopotami. Jeśli naprawdę borykasz się z poważnymi i nieustannymi trudnościami, mogą one ograniczyć ilość wysiłku, który możesz przeznaczyć na TŚA, więc bądź cierpliwa. Możesz nieco wolniej niż byś chciała lub niż inni

osiągać postępy. Jednak znam wiele kobiet, które były w stanie pozbyć się zaburzonego sposobu odżywiania, mimo poważnych i nieustających kłopotów życiowych.

Z jakimi innymi problemami życiowymi — poza swoim odżywianiem — starasz się obecnie uporać? _____

Napisz, w jaki sposób przewidujesz, że mogą one kolidować z Twoim zaangażowaniem w kontrolowanie samej siebie i użycie strategii TŚA do zmiany postawy żywieniowej. _____

Czy to odpowiedni czas dla Ciebie na rozpoczęcie TŚA? _____

Jaką masz motywację, żeby zrezygnować teraz z zaburzonego odżywiania?

Możesz napotkać na duże trudności przy odpowiadaniu na zadane wyżej pytania. Może wiesz, kiedy i dlaczego zaczęłaś się przejmować swoją wagą, lecz to, dlaczego wciąż masz takie problemy z odżywianiem, już nie jest takie jasne. Możesz nie być w stanie odkryć, jakie korzyści przynosi Ci teraz objadanie (lub ograniczanie). Co sprawia, że tak trudno Ci zrezygnować z bieżących strategii, które się nie sprawdzają? Zastanów się nad dwoma sytuacjami.

Oczywista opcja polega na tym, że dzięki Twoim niezdrowym zachowaniom żywieniowym spełnione zostaną niektóre z Twoich krótkofalowych potrzeb. Model TŚA przedstawiony w rozdziale 2. pomoże Ci rozpoznać niektóre z pozytywnych skutków objadania się i przejadania. Zaczнеш cieszyć się przyjemnością, jaką dają smaczne potrawy. Może trochę więcej uwagi poświęci Ci partner bądź przyjaciele, martwiący się stanem Twojego zdrowia lub czujący się źle, gdy przygnębia Cię własna waga. Z kolei w przypadku ograniczeń żywieniowych zaczniesz czuć się szczupła i opanowana.

Z jakich pozytywnych konsekwencji musiałabyś zrezygnować, gdybyś przestała się odżywiać w sposób zaburzony? _____

Inna, mniej oczywista możliwość polega na tym, że nadmierne przejmowanie się jedzeniem i wagą pomże Ci uniknąć jeszcze bardziej przygnębiających lub trudniejszych spraw. Troska o jedzenie bądź wagę może pomóc Ci uniknąć skomplikowanych kwestii, takich jak niesatysfakcjonujący związek, frustrująca praca lub strach przed powrotem w miejsce pracy.

Jakich spraw Twoim zdaniem możesz unikać, nadmiernie poświęcając się kwestii jedzenia i wagi? _____

Jeżeli masz trudność z udzieleniem odpowiedzi na te pytania, po prostu zostaw je puste. TŚA nie każe Ci przecież zrozumieć, dlaczego odżywasz się w problematyczny sposób, aby zmienić to, w jaki sposób podejmujesz decyzje na temat jedzenia. Praktykując TŚA, stajesz się bardziej świadoma spraw,

które przeszkadzają Twoim postępowi. Kiedy zaś przestaniesz polegać na jedzeniu (lub niejedzeniu) jako metodzie radzenia sobie z nieprzyjemnymi uczuciami, będziesz w stanie wyraźniej zobaczyć, co dla Ciebie zrobił zaburzony sposób odżywiania i dlaczego tak ciężko Ci było porzucić taką postawę, mimo że tak bardzo niszczyła Twój spokój ducha.

Na czym polegają Twoje natychmiastowe i długofalowe dążenia?

W ostatniej części tego rozdziału proszę Cię, abyś ustaliła swoje własne cele. Jeżeli podejmiesz **niezdrowe zachowania żywieniowe**, zredukowanie ich powinno być według mnie Twoim priorytetem. Łatwiej Ci będzie zmienić **negatywne myśli i odczucia** względem jedzenia i wagi, kiedy już zaczniesz odżywiać się normalnie. Niemniej wciąż możesz mieć mieszane uczucia co do zmiany niektórych swoich niezdrowych postaw żywieniowych. Kobiety zwykle pragną zrzucić wagę i przestać obsesyjnie myśleć o jedzeniu, lecz często wykazują mniejszą gotowość do zakończenia zachowań ograniczających czy kompensacyjnych. Chciałabym, aby było można pomóc Ci schudnąć i przestać myśleć o jedzeniu, jednak bolesna prawda jest taka, że najpierw będziesz musiała przeobrazić swoje zachowania żywieniowe. Nie możesz bowiem automatycznie zmienić swojej wagi i uczuć. Niemniej możesz poświęcić się zmianie swoich postaw żywieniowych i nauczyć się, jak stawiać czoło nieproduktywnym myślom. Przeprowadzenie takich przekształceń jest bowiem sposobem na dokonanie upragnionych zmian również w innych dziedzinach.

Przemyśl głęboko następujące pytania. Na czym polegają Twoje długofalowe dążenia? Jakie prawdziwe przyczyny kryją się za tym, że chcesz być zdrowsza, rzadziej myśleć o jedzeniu lub stracić na wadze? Te ostatnie dotyczą osiągnięcia natychmiastowych, krótkoterminowych korzyści. Lepiej uważać je za środki do celu. Do jakiego zatem upragnionego celu dążysz?

Satysfakcjonującego związku? Bardziej aktywnego życia towarzyskiego? Wyższej samooceny? Stania się zdrowszym wzorem dla córki? Zdrowia, aby móc cieszyć się emeryturą i bawić z wnukami?

Pragnę odżywiać się normalnie, ponieważ _____

Ważne, by biorąc udział w tym programie, pamiętać o swoich długofalowych dążeniach, gdyż dostarczają one motywacji, koniecznej do przeprowadzenia trudnych zmian w swoim postępowaniu.

W jaki sposób korzystać z dalszej części tego poradnika?

Twoje bezpośrednie dążenia, czyli rozwiązanie problemów z jedzeniem i wagą, jakie rozpoznałaś u siebie na początku tego rozdziału, określą to, w jaki sposób powinnaś skorzystać z pozostałych części tego poradnika. Cofnij się i spójrz na swoje odpowiedzi. Użyj tych danych, żeby podjąć decyzję, które z zachowań żywieniowych chciałabyś zmienić. Następnie odpowiedz na pytania:

Najważniejszym dla mnie celem związanym z jedzeniem jest _____

Z czystym sumieniem będę mogła przejść do realizacji kolejnego celu żywieniowego, gdy _____

Moje drugorzędne cele to _____

Najlepiej zrobisz, a zarazem będziesz mogła spodziewać się największych sukcesów, jeśli skupisz się na osiągnięciu tylko jednego celu naraz. Prawdopodobnie poczynisz pewne postępy w realizacji drugorzędnych celów, pracując nad osiągnięciem najważniejszego z nich i nie pozwól sobie na odwrócenie od niego uwagi.

Jeżeli zakończenie napadowego objadania jest Twoim najważniejszym celem, przejdź do rozdziału 4. i czytaj aż do 8. Gdy na tym etapie będziesz zadowolona ze swoich postępów, przejdź do rozdziału 9., który pokazuje, jak przestawić się na kontrolę psychiczną i utrzymać wagę w normie przez resztę życia. Jeżeli uda Ci się wyeliminować napady obżarstwa, lecz chciałabyś wypróbować dodatkowe i bardziej świadome strategie utraty na wadze, omiń rozdział 9. i przejdź do Dodatku C. Wróć do rozdziału 9., gdy tylko będziesz gotowa do pracy nad utrzymanie swojej wagi.

Jeżeli najważniejszym dla Ciebie celem jest utrata na wadze i nie objadasz się ani nie stosujesz niezdrowych zachowań kompensacyjnych, zacznij od ćwiczeń przedstawionych w rozdziale 4., a następnie kontynuuj lekturę aż do rozdziału 8. Skoro nie borykasz się z problemem objadania, będziesz musiała jedynie zastosować strategie TŚA do zredukowania wielkości i częstotliwości

epizodów przejadania się. Gdy już zaczniesz odżywiać się normalnie przez większość czasu, będziesz gotowa, by przejść do Dodatku C i wypróbować dodatkowe techniki wspomagające utratę na wadze.

Jeżeli dążysz głównie do zerwania z zachowaniami kompensacyjnymi, przeczytaj najpierw Dodatek A. Będziesz musiała zrobić kopie formularza kontrolnego zamieszczonego w Dodatku A i używać ich, wykonując ćwiczenia od rozdziału 6 do 8. Rozdział 6. najbardziej Ci pomoże, jeśli cierpisz na duże napady objadania się. Jeżeli jednak rzadko się przejadasz, a techniki oczyszczające stosujesz z reguły po normalnych, a nawet niewielkich ilościach pożywienia, prawdopodobnie większe znaczenie będzie tu miał rozdział 8., który omawia zmianę rodzajów pochłanianego pożywienia. Kiedy już uda Ci się zasadniczo wyeliminować niezdrowe zachowania kompensacyjne, przejdź do rozdziału 9., gdzie znajdziesz strategię utrzymania stałej wagi. Nie polecam Ci wypróbowania konkretnych strategii utraty na wadze z Dodatku C, ponieważ jesteś wyjątkowo podatna na nawroty cyklu „objadanie/oczyszczanie” i prawdopodobnie już udało Ci się osiągnąć normalny przedział wagowy. Najlepiej Ci posłuży normalne odżywianie i obserwowanie tego, co się wydarzy. Teraz musisz bowiem skoncentrować się na zwiększeniu akceptacji swojego ciała, a nie osiągnięciu niższej wagi.

Jeżeli najbardziej Ci zależy na zredukowaniu zaabsorbowania jedzeniem i wagą, przejdź do Dodatku B. Zachowanie, które ma ulec zmianie, to nadmierne ograniczenia żywieniowe. Trudno kontrolować ograniczanie, ponieważ brak przy nim zachowań żywieniowych. Niemniej formularz kontrolny z Dodatku B ma za zadanie pomóc Ci zauważyć chwile, w których świadomie ignorujesz głód, oraz rozpoznać nieproduktywne myśli i emocje, każące Ci się ograniczać z jedzeniem. Jeżeli pragniesz przybrać na wadze dla zdrowia, również pomoże Ci w tym ten dodatek, a jednocześnie rozwieje Twoje obawy przed przyrostem masy. Kiedy poczujesz się gotowa do przestawienia się na kontrolę psychiczną, przeczytaj rozdział 9.

Czy uda Ci się porzucić drogę zaburzonego odżywiania?

Warto, żebyś umiała zidentyfikować oznaki, po których poznasz, że zasadniczo porzuciłaś drogę zaburzonego odżywiania. Nie bądź perfekcjonistką i nie mów: „Już nigdy więcej nie będę przejmowała się swoją wagą”. Zastanów się głęboko nad tym, jakie zmiany pozwoliłyby Ci poczuć, iż Twoja troska o jedzenie i wagę nie różni się znacząco od postawy większości Twoich rówieśników. Czy za taką oznakę będzie można uznać zmniejszenie liczby napadów objadania, niższe zaabsorbowanie jedzeniem lub bardziej racjonalna percepcja własnego ciała? Mówię o „zasadniczym” porzuceniu tej drogi, gdyż nie powinnaś oczekiwać, że wszelkie Twoje obawy związane z jedzeniem i wagą znikną całkowicie. Zważywszy na współczesną presję społeczną, możesz się spodziewać, że nadejdą jeszcze trudne chwile, gdy będziesz się martwić tym, co jesz. Poczujesz pokusę, aby podjąć kolejną rygorystyczną dietę, która jak doskonale wiesz, doprowadzi Ci się napadu objadania. Dojdzie też do nawrotów. Wiele razy będziesz musiała świadomie zmienić kurs, aby powrócić na ścieżkę normalnego odżywiania. Niemniej jednak — jak to w rozdziale 9 opisała pewna młoda kobieta — masz szansę wyjść z matni zaburzonego odżywiania i poczuć swobodę w pożytkowaniu swojej energii na to, by warto było żyć.

Będę wiedziała, że zasadniczo porzuciłam ścieżkę zaburzonego odżywiania, gdy _____

Rodzaj zmian, jakich możesz oczekiwać

Każda osoba nieco inaczej odbiera TŚA. Niektórym ludziom więcej czasu zajmuje wsłuchanie się w swoje wewnętrzne sygnały. Początkowo kontrola apetytu może wydawać się sztuczna, ale im dłużej ją stosujesz, tym proces staje się bardziej naturalny. Gdy zaś staje się już automatyczny, możesz przejść do samodzielnego treningu. Stan większości ludzi zaczyna się poprawić, im dłużej stosują ów samodzielny trening. Po ponad dziesięciu latach takiego postępowania wciąż dowiaduję się nowych rzeczy o tym, jak reaguję na różne produkty spożywcze i z coraz większą przyjemnością podążam za własnymi zasadami żywieniowymi bez względu na to, jakie jedzenie zostaje podane lub jak wiele otaczających mnie osób zajmuje się jedzeniem. Przejdźmy teraz do historii zmian, jakich doświadczyły dwie kobiety w konsekwencji stosowania TŚA.

Historia Glendy (opowiedziana przez jej terapeutkę dr Caroline Aibel)

Glenda była czterdziestopięcioletnią rozwódką, która miała dwoje dorosłych dzieci, mieszkających poza stanem. Kiedy Glenda zgłosiła się na ochotnika do oceny projektu badawczego TŚA, przyznawała się do epizodów objadania kompulsywnego trzy do pięciu razy w tygodniu bez zachowań kompensacyjnych. Czasami również się przejadała i ogólnie nie czuła kontroli nad jedzeniem. Glenda zwierzyła się, że wyjątkowo źle myśli o sobie samej, o swoim braku opanowania, swojej wadze i zdrowiu fizycznym. Nie pozostawała w żadnych związkach, które zapewniałyby jej wsparcie i zwykle jadła sama.

Glenda opisała swoją matkę jako perfekcjonistkę, która nie była zbyt opiekuńcza, a ojca jako człowieka agresywnego. Była jednym z pięciorga dzieci i przyznała, że członków jej rodziny cechowała postawa „troszczenia się o siebie samego”. Wspominała, że rodzeństwo dokuczało jej z powodu tusty, chociaż Glenda nie uważała, jakby była naprawdę gruba w owym czasie.

Niemniej czuła wstyd z powodu swojej wagi i zaczęła kryć się z tym, co je. Pamięta, że pewne epizody objadania kompulsywnego (wraz z poczuciem utraty kontroli) zaczęły się u niej w wieku około dwunastu lat.

Glenda wypróbowała wielu programów, promujących zdrowsze odżywianie i utratę na wadze, nigdy jednak nie była w stanie wytrwać w nich na tyle długo, by znacząco schudnąć. Wyjaśniła, że fatalnie się czuła, musząc zapisywać, co spożyła, zwłaszcza gdy się objadała, więc zwykle tego nie robiła. Z wielką ulgą odkryła, że w TŚA nie będzie musiała notować tego, co zjadła.

Po analizie modelu TŚA Glenda była w stanie rozpoznać, że często nie zauważała swojego głodu, a niejednokrotnie była bardzo głodna, gdy zaczynała jeść. Odkryła także, że jadła z przyczyn emocjonalnych; często gdy zupełnie nie była głodna. Świadomie ignorowała poczucie sytości, ponieważ jedzenie było jedną z niewielu przyjemności, na jakie sobie pozwalała, a następnie doświadczała reakcji „Co u licha?” i jadła dalej, aż skończyła jej się żywność lub po prostu nie mogła już więcej przełknąć. Glenda przyznała, że zazwyczaj „umierała z głodu albo miała przepełniony żołądek”.

Kiedy wyjaśniono jej, na czym polegają formularze kontroli apetytu, Glenda była sceptycznie nastawiona do tego, czy uda jej się poskromić swój apetyt, ale także wykazywała podniecenie na myśl o nowym podejściu do odżywiania. Po tygodniu Glenda wróciła z formularzami, które wypełniła w sposób właściwy i pełny. Co ciekawe, mimo że początkowo twierdziła, iż zawsze umierała z głodu albo miała napchany żołądek, prawie wszystkie jej oceny miały niemalże neutralną wartość. Jasne było, że Glenda nie zauważa swoich własnych wewnętrznych bodźców; nie wiedziała, co to znaczy być głodnym lub sytym, o ile nie umierała z głodu lub nie miała przepełnionego żołądka. W pierwszym tygodniu Glenda przyznała się do czterech napadów objadania. Poddawszy je głębszej analizie, Glenda była w stanie wyraźniej zauważyć swoją skłonność do ignorowania głodu, jedzenia z przyczyn emocjonalnych (mylenia uczuć z głodem) i odżywiania się według zasad, które pozostawiały ją z uczuciem straty. Jej cel na kolejny tydzień zakładał poświęcenie większej uwagi wewnętrznym bodźcom, zwłaszcza sytości żołądka.

Po odbyciu kilku następnych sesji Glenda z coraz większą łatwością umiała rozróżnić między różnymi stopniami głodu i sytości oraz między uczuciem głodu fizycznego a ochotą na jedzenie z powodów emocjonalnych. Zmniejszyła

się u niej częstotliwość objadania napadowego oraz ilość pochłanianego pożywienia. Objadała się teraz raz albo dwa razy w tygodniu i zwykle była w stanie skrócić te napady (jadła na przykład pół tacy ciastek czekoladowych, a nie całą). Gdy zaś wsłuchiwała się głębiej w swój stan ducha, była w stanie mówić o poczuciu winy i wstydu, którego doświadczała podczas jedzenia. Kiedy Glenda zaczęła lepiej rozumieć swój stosunek do jedzenia i apetytu oraz pojmować to, że poczucie straty wiązało się z przykrymi doświadczeniami z dzieciństwa, osiągnęła zdolność ograniczenia jedzenia do zaplanowanych posiłków, przekąsek oraz chwil, kiedy naprawdę czuła głód. Między szóstym a czternastym tygodniem terapii u Glendy wystąpiły jedynie dwa przypadki objadania się, a po czternastym tygodniu już to się nie powtórzyło.

Glenda zawsze uprawiała sport w stopniu umiarkowanym, zwykle udając się na spacer. Około dziesiątego tygodnia postanowiła zwiększyć intensywność ćwiczeń, aby nie musieć w tak dużym stopniu ograniczyć jedzenia w celu straty na wadze. Najpierw zwiększyła tempo marszu; następnie dodała nieco treningu wysiłkowego. Aby zaś uzyskać zewnętrzną motywację do ćwiczeń, zaczęła raz w tygodniu uprawiać marsze z przyjaciółką i zapisała się na lekcje pilatesu.

Gdy Glenda przestała stosować jedzenie jako jedyne źródło pocieszenia się, zauważyła, jak bardzo odcięła się od ludzi i zrozumiała, że poczucie osamotnienia i braku związku z innymi ludźmi w znaczącym stopniu było dla niej bodźcem do jedzenia. W trzynastym tygodniu terapii Glenda miała ochotę na nawiązanie bardziej znaczących znajomości. Czując się pewniej z uwagi na to, że zapanowała na swoim sposobem odżywiania, Glenda odkryła, iż interakcje towarzyskie były dla niej łatwiejsze i bardziej satysfakcjonujące niż w przeszłości. Terapeutka zachęciła ją, by poszukała innych sposobów na wypełnienie przestrzeni, którą wcześniej w jej życiu zajmowało jedzenie i objadanie się. Kobieta postanowiła popracować ponownie nad swoimi zdolnościami artystycznymi, uczęszczając na lekcje ikebany (japońskiej sztuki układania kwiatów). Lekcje przyniosły jeszcze jedną korzyść: nawiązanie nowych przyjaźni.

Około piętnastego tygodnia Glenda przeszła z fazy pisemnej kontroli do kontroli psychicznej. Pod koniec terapii (po dwudziestu czterech tygodniach) przyznawała się do sporadycznego przejedzenia, ale objadanie napadowe już nie wystąpiło i straciła nieco na wadze. Była zadowolona i zaskoczona, że

„mogła jeść jak normalny człowiek i nie tyć”. Wiedziała, że kluczem do zapobieżenia nawrotom była (dla niej) świadomość reakcji swojego ciała na jedzenie i utrzymywanie kontaktów z ludźmi. Glenda zgodziła się także, że w ramach swojej strategii wobec nawrotów powinna przestać się objadać, natychmiast przeanalizować sytuację, spisać odczuwane emocje i zacząć jeść normalnie w porze kolejnego wcześniej zaplanowanego posiłku. Glenda stwierdziła, iż ma zaufanie do swojej umiejętności powstrzymania się od objadania.

Uznała również, że z powodu swojej przeszłości byłaby zbyt podatna na poczucie straty, gdyby podjęła dietę w celu nawet niewielkiego zrzucenia wagi, więc podjęła decyzję o dalszym odżywianiu się w sposób normalny i kontynuowaniu programu ćwiczeń oraz obserwacji, czy stopniowo trochę schudnie.

Historia Karen (opowiedziana przez jej terapeutkę mgr Larę Ray)

Karen była dwudziestopięcioletnią kobietą, która przyszła do kliniki, mówiąc, że martwi się swoim odżywianiem i generalnie nie jest zadowolona ze swojego życia. Niedawno przeprowadziła się do tej dzielnicy, a próbując nawiązać nowe przyjaźnie, zaczęła pić częściej niż by chciała i angażować się w więcej seksualnych przygód niż planowała. Objadała się i przejadała, od kiedy skończyła dziesięć lat. Ukrywała jedzenie przed rodzicami, a potem przed współlokatorkami. Objadając się, spożywała duże ilości „zakazanych” produktów. Pamiętała co najmniej pięć epizodów, w których zjadła tak dużo, że czuła mdłości i wymiotowała, chociaż zaprzeczyła, że wywoływała wymioty specjalnie. Przyznała, iż w ciągu ostatnich dwóch lat objadała się dwa lub trzy razy w tygodniu. Nakładała na siebie ograniczenia, więc udawało jej się utrzymać wagę na wysokim poziomie normy. Najczęściej objadała się po tym, jak piła, gdyż miała wtedy mniejsze opory. Przyznała, że kiedy nie mogła opanować się z jedzeniem, spod kontroli wymykało się także jej życie.

Karen chciała najpierw zająć się swoimi problemami z odżywianiem. Przyznała, że model TŚA może się sprawdzić w jej przypadku, ponieważ „miała za sobą wiele zakończonych niepowodzeniem doświadczeń dietetycznych

oraz skłonność do obsesyjnego liczenia kalorii”. Przez pierwsze trzy tygodnie Karen napotykała trudności, chcąc ukończyć wypełnianie formularzy, mimo że podobał jej się pomysł dostrojenia do swoich wewnętrznych sygnałów. Zaczęła zauważać, że jej problemy z wypełnianiem formularzy przypominają bardziej generalną trudność z ustaleniem planu żywieniowego i się go trzymaniem. W danej chwili „podążała zwykle za swoimi uczuciami”, co często kończyło się tym, że żałowała tego, co zrobiła (lub odłożyła na później).

Przez kilka tygodni Karen z zaangażowaniem nad tym pracowała. Gdy była już w stanie opanować się przez większość czasu, zaczęła również czuć większą kontrolę nad jedzeniem, a tym samym była bardziej zmotywowana, aby kontynuować samokontrolę. Robiła to przez kolejne sześć tygodni, zwracając baczna uwagę na reakcję „Co u licha?”, która wywoływała u niej większość napadów objadania. Ustaliła, jakie wymówki stosuje, chcąc samej sobie udzielić pozwolenia na zjedzenie więcej (lub objadanie się) i nauczyła się stawiać czoło tym pretekstom.

Pod koniec dwunastej sesji Karen ustaliła pory regularnych posiłków, co zredukowało jej problemy ze zbyt dużym poziomem głodu. Wyeliminowała napady objadania, podejmując świadome decyzje o jedzeniu produktów, których czułaby się pozbawiona, gdyby odmówiła sobie tego, na co ma ochotę. Na tym etapie zaczęła stopniowo rezygnować z pisemnych formularzy. Pojawiała się na terapii już co dwa tygodnie i ustaliła plan zapobiegania nawrotom. Gdy Karen kończyła terapię, już od dwóch miesięcy nie miała napadu objadania. Niedawno doświadczyła też dyskomfortu związanego ze związkiem uczuciowym, który nie układał się za dobrze, ale z zadowoleniem przyznała, że nie doprowadziło ją to do jedzenia emocjonalnego. Znalazła również nową pracę i miała wrażenie, że życie zaczyna się bardzo dobrze toczyć. Wciąż była zaskoczona, iż udało się jej odmienić swoje nawyki żywieniowe w tak krótkim czasie, mimo że od tak dawna borykała się z problemami z jedzeniem. Swoją sukces przypisała tym razem odmiennemu sposobowi myślenia o żywności i jedzeniu — koncentrowała się bowiem na tym, co chciała zjeść i po czym dobrze się czuła, a nie na tym, na co może lub nie może sobie pozwolić. W przeszłości próbując przejść na dietę, doświadczała uczucia straty, w wyniku którego buntowała się i popadała w obżarstwo.