

Игорь Филиппов



Жир на кушетке

Взгляд психоаналитически ориентированного
терапевта на проблему ожирения

Игорь Филиппов

Жир на кушетке

Взгляд психоаналитически ориентированного
терапевта на проблему ожирения

Санкт-Петербург

«БХВ-Петербург»

2013

УДК 613.2
ББК 54.13
Ф53

Филиппов И. А.

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

ISBN 978-5-9775-0423-2

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

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

УДК 613.2
ББК 54.13

Группа подготовки издания:

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

Рецензенты:

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

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

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

ISBN 978-5-9775-0423-2

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

ОГЛАВЛЕНИЕ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Своим учителям посвящаю...

ПРЕДИСЛОВИЕ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Благодарю и моих близких, обеспечивших мне безусловную поддержку.

Спасибо!

И. А. Филиппов,
апрель 2012 г.

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

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

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

ГЛАВА 1

ВВЕДЕНИЕ В ПРОБЛЕМАТИКУ, ИЛИ ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

О выборе инструментов исследования

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

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

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

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

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

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

Немного истории

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ГЛАВА 2

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

К вопросу о терминологии

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

Индекс массы тела рассчитывается по формуле:

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

где:

m — масса тела в килограммах;

h — рост в метрах.

Измеряется ИМТ в кг/м².

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

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

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

Таблица 2.1. Интерпретация показателей ИМТ

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

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

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

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

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

Физиология системы пищеварения

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Питание человека

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Энергия

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

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

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

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

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

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

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

Как рассчитывается калорийность продукта?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Суточная потребность человека в калориях

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Практикум по подсчету калорий

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

Попробуем сварить суп. Для этого все, что кладем в кастрюлю, вначале взвешиваем и, исходя из веса на упаковке продукта и из данных табл. 2.2, рассчитываем калорийность. Таблица 2.2 этот процесс наглядно иллюстрирует.

Таблица 2.2. Калорийность супа куриного с картофелем

№	Продукт	Вес (гр)	Калорийность
1	Вода	3000	0
2	Курица (бедро)	800	864
3	Картофель	400	360
4	Лук репчатый	100	30
5	Морковь	50	13,5
6	Укроп	50	13
7	Петрушка	50	20,5
8	Растительное масло	30	266,7
Итого:		4480	1567,7

Осталось произвести нехитрые арифметические действия — взяв из табл. 2.2 суммарный вес всех продуктов, составляющий общий вес блюда (4480 гр), и общую калорийность (1567,7 Ккал), составим пропорцию:

В 4480 гр общего веса продукта

в 100 гр

— 1567,7 Ккал

— x Ккал

Решая ее, узнаем, сколько калорий содержится в 100 граммах готового продукта:

$$x = 1567,7 \text{ Ккал} : 4480 \text{ гр} \times 100 \text{ гр} = 34,9 \text{ Ккал}$$

Очень даже небольшая калорийность. Экономность и сытость — это основное отличие горячих (первых и вторых) блюд. Поэтому они должны составлять основную долю рациона — три приема пищи в день должны быть горячими.

По приведенному образцу можно рассчитать любые сложные блюда. И более основательные знания придут к вам только при практическом использовании того материала, который был здесь изложен.

Пищевой дневник

Итак, осталось дело за малым — в соответствии с полученными рекомендациями выстроить свой рацион таким образом, чтобы не ощущать дискомфорта от недоедания, которое часто сопровождает диеты, и в суточной калорийности выйти в дефицит. В решении этого вопроса никак не обойтись без ведения пищевого дневника, где отражаются важнейшие данные. Не стоит надеяться на свою память: во-первых, такое количество информации не удержится в ячейках кратковременной

памяти, а во-вторых, уж слишком сильны порой защитные механизмы вытеснения, которые напрочь стирают воспоминание о ненароком съеденной шоколадке. Пищевой дневник может вестись по такой форме:

Дата _____

Время пробуждения (это точка отсчета для приемов пищи) _____

Вес (как это не грустно, но надо держать под контролем. Проблемы с весом однозначно указывают на ошибки в рационе) _____

Время приема пищи	Продукт	Вес	Калорийность	Общая оценка удовольствия от приема пищи
Завтрак — 8:00	Яйцо	50	60	Оценивается по пятибалльной шкале
	Каша гречневая	150	162	
	Хлеб белый	20	46	
	Сыр	15	51	
	Кофе с молоком 2,5 % (20 г) и сахаром (10 г)	200	(10,6 + 40) = 50,6	
Итого за завтрак:		435	369,6	

И так далее...

* * *

Специалисту, работающему с проблемой ожирения, так или иначе придется окунуться в проблему, попробовать на себе подсчет калорийности и структурировать свой рацион питания. Все, чему учишь других, нужно, прежде всего, уметь самому. И эта глава как раз и была посвящена основам практических знаний и умений, которыми необходимо обладать специалисту, работающему с пациентами, страдающими ожирением и избыточной массой тела. Весь предложенный материал может стать содержанием первого этапа когнитивно-поведенческой психотерапии, о которой речь пойдет далее.

ГЛАВА 3

ПСИХОЛОГИЯ ОЖИРЕНИЯ

Вот женщина: она грустит,
Что зеркало ее толстит.

И. Губерман

Когнитивный подход

В самом названии подхода запечатан главный постулат этого направления — *приоритет сознания*. Такое допущение является продолжением представлений о человеке, как о венце природы, человеке, который имеет божественную природу, потому как сделан по образу и подобию божьему. Даже научное название вида из отряда приматов гласит — *Homo sapiens*, Человек разумный. Приятно осознавать себя идеальным существом... Но современные представления о, казалось бы, свойственных только человеку душевных проявлениях, которые исследовательским путем были получены в этологии¹, низвергли позицию человека с незаслуженного пьедестала.

Изначально вся система представлений о внутреннем мире человека ограничивалась сознанием, и эта концепция была воспринята другими отраслями человеческой деятельности, такими, к примеру, как правосудие, где человек рассматривается как существо, полностью дающее себе (а значит, и могущее объяснить это другим) отчет в своих поступках — имеется в виду, что прежде всего за преступлениями скрывается сознательный мотив. Можно только представить себе масштаб той нарциссической травмы, что нанес человечеству вот уже более 100 лет назад З. Фрейд своей концепцией бессознательного.

Тем не менее когнитивный подход, отрицавший теорию бессознательного, продолжал развиваться, и с ним произошло то, что и должно было произойти, — как это часто бывает, когда в своем развитии система постепенно исчерпывает внутренние средства для дальнейшего развития и выходит за собственные границы, инкорпорируя в себя то, что до недавнего времени казалось невозможным. Так, в процессе экспериментального изучения сознания и психических процессов, обеспечивающих

¹ Этология — дисциплина зоологии, изучающая поведение животных. В полном объеме с современными исследованиями поведения животных в плане проявления сугубо «человеческих черт» поведения можно познакомиться в книге А. Маркова «Эволюция человека. Обезьяны, нейроны и душа», 2 книга. — М.: Астрель, 2011.

сознательную (т. е. психическую) деятельность, экспериментаторы пришли к выводу, указывающему им на существование сфер, недоступных сознанию. Изучая процессы восприятия, они открыли феномен *подпорогового восприятия*, когда сигналы из окружающего мира, попадая в зону ощущений и по сути становясь содержанием психики, в силу своей слабости не достигают сознания. То есть остаются за пределами осознания. На этом феномене основан всем известный эффект 25-го кадра, воздействие которого на психику человека до конца однозначно не изучено, но, тем не менее, принимаются законы о запрещении его использования в рекламе.

Итак, было установлено, что наши рецепторы получают из внешнего мира одномерно несколько миллионов битов информации, тогда как усваивается объем информации, равный примерно 40 битам. Зрительный анализатор (палочки и колбочки сетчатки глаза), к примеру, возбуждается, получая сигнал, эквивалентный яркости пламени свечи с расстояния 40 км. Но для восприятия его сознанием необходимо, чтобы этот сигнал был намного сильнее [13].

Таким образом, представители когнитивного подхода столкнулись со сферой, лежащей вне нашего сознания, где и остается огромный пласт информации. Даже экспериментально было установлено соотношение сознания и бессознательной сферы психики — 1 : 25000.

Современные подходы в рамках когнитивной концепции по сути включают в себя понятие бессознательного и объясняют причину того или иного недуга и страдания наличием неправильных *установок* (РАТ, Эллис [79]). Установка же понимается как неосознанная или малоосознаваемая структура психики, как правило, исторически сложившаяся и проявляющаяся в поведении. Исходя из этого, терапевтические интервенции основываются на воздействии с целью изменения тех неадекватных установок, что привели пациента к проблеме.

Поведенческий подход

Поведенческий подход основан на идеях бихевиоризма, основные положения которого сформулировали Д. Уотсон и Б. Скиннер. Психика с их точки зрения является «терра инкогнита», и нет никакого смысла туда лезть. Объектом же исследования и терапевтического воздействия должно стать *поведение* как то, что поддается внешнему наблюдению. Все многообразие человеческой психики было выражено в простой формуле: «S – R» — определенному стимулу (S) соответствует определенное поведение, реакция (R). Психика человека с этой точки зрения мало чем отличается от психики животного, и терапевтическое воздействие для устранения симптома напоминает дрессировку собаки с целью выработки нужных моделей поведения путем положительного и отрицательного подкреплений. Таким образом, путем подкрепления желаемого поведения и санкций за нежелательное, вырабатывается необходимая модель поведения. На концепциях бихевиоризма основана пенитенциарная система исполнения наказаний. Поведенческий подход в своем архаичном проявлении выражен в некогда популярной, чисто советской, условно-рефлекторной психотерапии, прозванной в народе «рыгаловкой». Основанная на негативном оперантном подкреплении путем медикаментозно обусловленной рвоты, эта

модель психотерапии призвана создать у пациента стойкую поведенческую реакцию отвержения аппетитной еды. Таким же способом работали и с алкогольной зависимостью.

Но и поведенческий подход в своем развитии претерпевал изменения в плане ухода от ортодоксальности. Так, к примеру, последующими теоретиками поведенческого подхода в великую формулу бихевиоризма была введена переменная I, означающая индивида с его индивидуальными особенностями. Формула приняла вид: «S – I – R», означающий теперь, что не каждый стимул вызовет однозначную реакцию, все будет зависеть от индивидуальных особенностей.

Современные поведенческие подходы в терапии (к примеру, биологически обратная связь, БОС) основаны на включении самого индивида в терапевтический процесс. А это уже, скорее, когнитивно-поведенческий подход, представляющий собой качественно новый продукт, отличающийся от отдельно взятых когнитивного и поведенческого подходов.

В плане терапии ожирения и избыточной массы тела когнитивно-поведенческий подход показал свою эффективность на первом этапе, когда пациенту предоставляется модель с четкой структурой действий для достижения терапевтической цели — снижения веса.

Если поэтапно представить эту модель, то она будет иметь следующий вид:

- ☐ создание у пациента понимания взаимосвязи лишнего веса и неадекватного пищевого поведения;
- ☐ отличие адекватного пищевого поведения от неадекватного (поведение стройного человека и полного);
- ☐ создание концепции адекватного пищевого поведения в сознании пациента;
- ☐ изменение имеющегося пищевого поведения на адекватное путем переструктурирования рациона питания;
- ☐ попутная работа с мотивацией и с неадекватными когнитивными установками;
- ☐ закрепление результатов изменений пищевого поведения путем позитивного подкрепления в виде поддержки и негативного подкрепления в виде санкций;
- ☐ дальнейшее закрепление адекватного пищевого поведения в виде пролонгированной поддержки.

И здесь необходима, в том числе, и просветительская работа в плане понимания физиологических процессов набора лишнего веса (*об этом см. главу 2*).

Психоаналитические взгляды на проблему ожирения

В начале своей терапевтической деятельности, прежде всего с невротическими пациентами, З. Фрейд встретился с фактами, указывающими на неоднородность психики человека, на то, что многие конгломераты психики остаются вне зоны осозна-

вания. Одним из таких феноменов, показывающих неоднородность и совершенно иную природу психики, являются *сновидения*. Именно в знаменитом труде З. Фрейда «Толкование сновидений» [67] прослеживается путь становления мышления самого автора, зашедшего в тупик со своей биоцентрированной моделью представлений о человеке. Более того, углубление в понимание природы психики произвело переворот в его сознании и, впоследствии, в сознании всего человечества. Ведь если вспомнить, то вначале Фрейд считал психоанализ временным явлением, которое сойдет на нет в будущем, когда естественные науки о человеке достигнут достаточных для понимания психики высот, чтобы объяснить душевные феномены как протекание физических и химических процессов в головном мозге. Однако время показало, что ни любовь, ни поиски смысла жизни, ни что-то еще, являющееся содержанием психической жизни, никоим образом не сводимо к действию гормонов или процессам, происходящим в синапсах. Психика есть нечто по своей природе совершенно другое, нежели любой объект физического мира. И именно на материале сновидений З. Фрейд демонстрирует это открытие, производшее, в конце концов, переворот в системе представлений о человеке, включенном в господствующую на тот момент ньютоно-картезианскую картину мира.

Топическая и структурная модели психики

Психика с точки зрения З. Фрейда — это неоднородная субстанция, и есть зоны, куда свет нашего сознания не проникает. Таким образом, появилась *топическая* модель представлений о психическом аппарате человека, где выделялись зоны сознания, предсознательное и бессознательное. Содержание бессознательного в виде *инстинктов*, запретных и не принимаемых в обществе мыслей и желаний (как правило, сексуальных потребностей), постоянно пытается прорваться и стать содержанием сознания. В то же время на страже сознания и душевного покоя стоит некая структура под названием *цензура*, которая обеспечивает недопущение в сознание запретного и вытесненного материала. Так появилось представление о душевных процессах, напоминающих гидравлическое устройство, когда под водой удерживается, постоянно затрачивая усилия, некий материал, осознание которого вызвало бы еще худшие последствия. То есть психическая структура в таком виде представляется достаточно напряженной. И если жизненные силы под воздействием каких-либо неблагоприятных факторов истощаются, чтобы не допустить прорыв и затопление сознания вытесненным материалом, на помощь приходит *симптом*. От чего зависит выбор симптома — однозначного ответа нет.

Теория Ф. Александера [2], основателя психосоматической медицины, считающего, что определенный конфликт приводит к определенному симптому и заболеванию, не подтвердилась, и в настоящее время представляет лишь исторический интерес (Э. Вильке¹). Выбор симптома очень индивидуален, и его следует искать в истории

¹ Вильке Эберхард — доктор медицины, вице-президент Международного общества кататимного переживания образов (МОКПО), главный врач крупнейшей в Германии психоаналитической психосоматической клиники в г. Маленте, живая легенда Кататимно-имажинативной психотерапии. После смерти основоположника символдрамы проф. Ханскарла Лейнера он возглавил МОКПО и долгие годы руководил им.

ческом контексте. В плане формирования ожирения и избыточной массы тела симптом переедания также связан с необходимостью поддержания сложившегося равновесия в психике, где заедание носит функцию стабилизатора системы. Как правило, пациент, страдающий ожирением, может осознать влияние стрессовых факторов на усиление аппетита, которое происходит в двух формах: непосредственного усиления во время стресса либо снижения аппетита в ситуации стресса и усиления его сразу после того, как обстановка немного стабилизировалась.

Топическая модель хотя и помогает понять некоторые механизмы симптомообразования, но, как и любая другая модель, имеет ограничения в плане узости восприятия исследуемого объекта. Она объясняет природу невротических расстройств, однако с более глубокими нарушениями она не работает.

На рис. 3.1 представлена схема симптомообразования невротической личности, функционирующей в регистре вытеснения. В этой топической модели выделяются два уровня психического аппарата: сознание и бессознательное. Материалом для бессознательного становится вытесненный из сферы сознания материал: мысли, желания, фантазии и пр., неприемлемые для сознания. Но вытеснение не происходит раз и навсегда. Основываясь на первичном процессе функционирования бессознательного, вытесненный материал стремится всплыть из темных глубин бессознательного и прорваться вновь в сознание. Поэтому для поддержания этого материала всегда затрачиваются определенные силы.

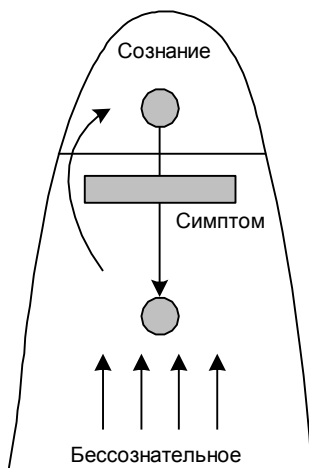


Рис. 3.1. Топическая модель психики. Образование симптома

Если такая личность сталкивается с событиями, требующими чрезвычайных затрат душевных сил, а также под воздействием алкоголя, наркотиков или во сне, этих сил на удержание не хватает, и тогда на помощь приходит симптом. Симптом в символическом виде указывает на вызвавшую его причину. И с этим механизмом мы сталкиваемся в своей работе, когда происходит замещение тревоугодием, к примеру, сексуальных проблем. Отсутствие партнера, жесткие рамки социальных ограничений и в то же время стремление сексуальных потребностей прорваться наружу, в сферу сознания, приводят к симптомообразованию.

Но, по наблюдениям автора, чаще всего личность индивида, страдающего ожирением, как правило, занимает пограничный, даже психотический, континуум, так что в плане изучения проблемы ожирения, как психосоматического расстройства, описанная модель имеет свои ограничения, не отвечая на вопросы:

- почему именно заедание является стабилизирующим психическую систему действием?
- почему заедание и связанный с ним набор веса являются стойким образованием (симптомом) с очень большой вероятностью повторного набора веса в катамнезе?
- почему через осознание неадекватного поведения в виде заедания не исчезает данная модель совладания?

В процессе исторического развития учения З. Фрейда столкновение с той же проблемой привело к тому, что на смену топической модели приходит модель *структурная*.

Структурная модель психики была сформулирована Фрейдом в работе «Я и Оно» [66]. Структура включает в себя: Оно (Ид), Я (Эго), Сверх-Я (Супер-Эго), которые находятся в динамическом взаимодействии. Исходя из этого, можно утверждать, что человек не завершен, и никогда не будет завершенной моделью. Он всегда находится в противоречии, и противоречивая природа человека — это его сущность. Современный психоанализ рассматривает структурную модель через призму *теории систем*. Любая система стремится, с одной стороны, к состоянию стабильности (гомеостаза), с другой — к изменениям. На страже постоянства, стабильности и целостности системы стоят защитные механизмы, бесспорный вклад в развитие учения о которых внесла дочь З. Фрейда, талантливый психоаналитик Анна Фрейд. И личность, формирующаяся в процессе взаимодействия с окружением, в процессе воспитания, создает, выстраивает структуры и стабилизирующие систему механизмы защит, приобретает те или иные черты, поведение, которые и позволяют нам классифицировать личности по определенным типам. То есть динамика взаимоотношений между структурами Оно, Я и Сверх-Я, защиты и копинг-стратегии, сплавляясь в единую систему, запечатлеваясь в памяти, превращаются в опыт и отражаются в ментальных установках и поведенческих реакциях.

З. Фрейд считал, что с Оно человек приходит в этот мир, и только в процессе развития и взаимодействия с объектами формируются Я и Сверх-Я. Оно представляется инстанцией, в которой находятся все побуждения, все инстинктивные потребности. Постепенно, по мере расширения взаимодействия с окружающей средой, у человека возникает необходимость соотнесения внутренних побуждений и внешней реальности. Таким образом возникает структура Я, которая, в свою очередь, является репрезентантом внешних объектов (прежде всего, материнского). Стабильное Я, как основа зрелости, закладывается и формируется исторически и связано с материнским объектом.

Так называемая *теория либидо* основана на предположении, что жизненная энергия либидо инвестируется (катексирована) в определенные части тела, которые имеют четкую этапность и на разных возрастных этапах сменяют друг друга. Так вот, развитие, берущее начало от процесса рождения, проходит через стадию, на которой,

по мнению З. Фрейда, либидозной энергией катексирована *ротовая полость*. Именно она становится авангардом развития на данной стадии, и именно она дала название всей стадии, охватывающей период от рождения и, примерно, до одного года, — *оральная стадия*.

Несмотря на то, что дальнейшее развитие продолжается, как только индивид в своем развитии сталкивается с нарушающими стабильность внутренними и внешними воздействиями, срабатывает механизм регрессии на оральную стадию, где стабильность структуры Я поддерживается ресурсной оральной подпиткой в виде еды. Понять, почему так происходит, можно апеллируя к *теории травмы*. Психика имеет одну удивительную особенность — саногенные (самовосстанавливающиеся, самоисцеляющиеся) механизмы пытаются вылечить полученную травму путем постоянного периодического возвращения к травматическому опыту, как только внешние обстоятельства, так или иначе, напоминают травматические события. Так человек, реально переживший голод, будет склонен к запасанию еды и к еде впрок. Таких пациентов приходилось наблюдать — по воспоминаниям одной из пациенток 67-ми лет, она помнит, как маленькой девочкой мать ставила ее в огромную очередь за хлебом, каким он казался вкусным, когда получив в руки это богатство, она шла домой и съедала корочку хлеба. И главный продукт, которым она набирала лишние калории, откладывающиеся в лишний вес, был хлеб. Любое напряжение стимулировало желание съесть свежий, мягкий с хрустящей корочкой хлеб.

Основная функция Я — это способность к саморегуляции. Именно благодаря наличию или отсутствию оной мы можем судить о зрелости структуры Я. Регулирование заключается в обретении некоего состояния внутренней стабильности в динамической структуре, где эта стабильность невозможна по определению. Выполнить задачу по удовлетворению желаний инстанции Оно в соответствии с условиями внешней среды и внутренних родительских объектов в виде Сверх-Я — вот положение Я, находящегося, говоря образным языком, между молотом и наковальней. Несвоевременные желания, или желания, неприемлемые для «окультуривающей», обеспечивающей оценку с точки зрения моральных норм, структуры Сверх-Я, вытесняются. И это нормальный механизм функционирования психического аппарата. Симптом же возникает там, где не срабатывает вытеснение.

Дальнейшее развитие с точки зрения З. Фрейда происходит путем катексирования либидозной энергией (инвестирования жизненных сил, если использовать экономическую терминологию) области *ануса*. То есть либидо, как энергия развития, перенаправляется, или инвестируется, на область ануса не в силу физиологических особенностей, а как необходимость обретения функции самоконтроля Я через символизацию тела и телесных функций. Если рассмотреть всю систему пищеварения в целом, то функция сознательного контроля Я возможна лишь «на входе» и «на выходе». В связи с этим данная стадия получила название *анальной стадии*, ведущим новообразованием которой является приучение к порядку и чистоплотности.

Усиливающиеся фрустрации со стороны значимого *другого* интенсифицируют процесс формирования Сверх-Я. Но Сверх-Я — структура не только наказующая. Она играет роль направляющую — в ситуациях, когда не хватает потенциала Я для возможности выбора, эту роль на себя берет Сверх-Я. Таким образом, в результате де-

фицита возможности выбора (дефицит Я, его слабость) проявляется направляющее действие Сверх-Я через интериоризированные родительские фигуры. И если родительское *имаго* на символическом уровне связано с продуктом, актом приема пищи, — эта роль может проявляться, помимо всего прочего, и в виде заедания.

Вспоминается случай, когда клиент, страдающий ожирением и являющийся руководителем крупного предприятия, рассказывал о своей любви к колбасным изделиям, без которых он не мог представить себе жизни и которые ел в большом количестве. Колбаса, если взять время лет, эдак, 20–30 назад, являла собой символ обеспеченности, достатка, статуса, стабильности и уверенности в завтрашнем дне. Если же проанализировать на более глубоком уровне, колбаса — это фаллический символ, инстанция отца как важнейшего объекта, обладающего силой и властью. Что пытался инкорпорировать тот клиент, учитывая, что его «любовь» к колбасе особо усилилась в период кризиса, когда висела реальная угроза банкротства предприятия?

Как можно видеть, оральная и анальная стадии играют огромную роль в плане формирования структуры Я через обретение контроля над системой пищеварения — рот и анус символизируются в виде саморегулирующейся функции Я. Именно через тело и телесные функции обретается образ Я. «Вбирать» и «отдавать» становятся основными символами взаимоотношений с окружающим миром. Заедания, как основная причина ожирения, является в данной парадигме регрессией на стадию оральности, когда стимуляция зоны рта становится ресурсным и стабилизирующим структуру Я действием. Стадия анальности характеризуется тем, что ведущую роль играет Сверх-Я с его запретами и санкциями, что в силу амбивалентности играет важную роль в динамике развития ожирения.

Амбивалентность проявляется в противоположно направленных, противоречивых тенденциях: с одной стороны — агрессия по отношению к наказующим родительским объектам, с другой — страх потери этих объектов. Все это находит отражение в пищевом поведении пациента с ожирением — дефицит внутреннего материнского объекта стремится быть восполненным с помощью переходного объекта — аппетитной еды. То есть в силу внешних стрессовых обстоятельств, актуализирующих базовую проблему потери материнского объекта, происходит регрессия на оральную стадию. Получив необходимый ресурс, структура начинает возвращаться на более зрелые этапы развития, следующие после оральной стадии. На анальной же стадии включается гиперконтроль Сверх-Я, и следует наказание за невозможность удержаться от соблазна и съесть аппетитную пищу. Таким образом, амбивалентность отношения страдающего ожирением приводит к тому, что сама еда становится для полного человека табуированной. А нарушение табу усиливает санкции, ввергая его в замкнутый круг страданий, ускоряя, в конце концов, набор веса.

Следующая стадия носит название *эдипально-фаллической*, потому как в символическом пространстве формирующейся личности появляется новый объект, обладающий фаллосом, — отец. Обладание фаллосом означает обладание властью. И обладателю фаллоса принадлежит самое главное сокровище — материнский объект. Все напряжение и трагизм внутренней динамики этой стадии отражены в древ-

негреческой трагедии Софокла «Царь Эдип». Появление отцовской фигуры, как третьего объекта, требует реструктурирования системы отношений в плане проявления конкуренции и нежной привязанности. Эта стадия требует внутренней устойчивости и саморегуляции структуры Я. Ведь, как правило, весь накал страстей триангуляторных отношений зачастую является фактором, обеспечивающим регрессию на оральную стадию развития для восполнения ресурса внутреннего дефицитного материнского объекта. На этой стадии происходит (или не происходит) обретение символического фаллоса, что у мальчиков подразумевает обретение мужской модели поведения, выражающейся в терминах власти, достижения и конкуренции. У девочек же происходит (должна произойти) проекция внутреннего фаллоса на противоположный пол. В одном из исследований (Petzold, Reindell, 1980) указывается на проблемы полоролевой идентичности в силу выполнения отцовской функции (т. е. обладание фаллосом) матерью и слабым отцом, как фактором, сопутствующим ожирению у женщин. Мать доминирует, обладает всей полнотой власти в семье, обеспечивая ребенку гиперопеку и сверхпривязанность, отец же играет лишь подчиненную роль.

Латентная стадия, когда, по мнению З. Фрейда, накал страстей заметно снижается, когда интерес смещается на познание внешнего мира, подразумевает время достройки новообразований предыдущих фаз развития и, главное, выстраивание системы рациональных связей и защит, обеспечивающих внешнюю стабильность.

Из сказанного можно сделать вывод, что ожирение является доэдипальной проблемой, как и все психосоматозы, закладывающейся на ранних этапах развития, — на оральной стадии.

В силу того, что у пациентов с более глубокими, нежели невротические, доэдипальными нарушениями мы сталкиваемся с несформированными, диффузными структурами, необходимо спуститься на более глубокий базовый уровень понимания, нежели дает структурная теория. А именно на уровень объектов, составляющих структуры Я и Сверх-Я.

Теория объектных отношений

Теория классического психоанализа З. Фрейда хотя и указывает на внешний объект, но примат развития все же отдается внутренним побуждениям. Однако в процессе познания и усложнения представлений о природе человеческой психики требуется введение новых составляющих в теорию, чтобы она могла объяснять проблемы, появляющиеся в практической деятельности. Так было и у самого З. Фрейда, когда на смену топической модели психического аппарата пришла структурная модель, о которой говорилось ранее.

Объект в понятии З. Фрейда является внешним фактором, с помощью которого влечение может достигнуть своей цели. Однако, чтобы использовать внешний объект, нужна внутренняя идея самого объекта, его диспозиция. Именно *теория объектных отношений*, как развитие идей З. Фрейда, позволяет понять природу психики, структурированную в виде образов, сформированных под воздействием

внешнего реального окружения. Позволим себе еще раз подчеркнуть эту идею — психика есть система образов. И если животное имеет конституционально закрепленный образ, а это проявляется в выборе брачного партнера, строительстве гнезда у птиц и т. д., то у человека это образ не закреплен. По мнению многих психологов человек является преждевременно рожденным существом, не имеющим строго предопределенного образа, и если его поместить в среду, отличную от современной культуры, на выходе окажется совершенно иной продукт. Это показали исследования детей, волею судеб оказавшихся на воспитании в среде животных, что было отражено в известном произведении Р. Кипплинга «Маугли». Увы, само произведение противоречило истинному положению дел, и найденные в животной среде дети, возвращенные в человеческую среду, так и не смогли стать полноценными членами общества (например, мальчик Виктор, воспитанный в стае волков [13]).

Таким образом, внутренний объект, или образ, должен сформироваться путем запечатления объекта внешнего из социального окружения ребенка. А чтобы он сформировался, должна существовать внутренняя матрица, ячейки которой заполняет объект из внешнего мира. То есть человек рождается с врожденной способностью к взаимодействию с объектом (Стэрн Д. [60]), и постепенно эта способность реализуется через отношения с первичным окружением. Как правило, первичным объектом становится мать или лицо, ее замещающее. Этот внешний объект, обеспечивающий материнские функции ухода и заботы, называется *материнским объектом*.

Материнский объект обеспечивает надлежащий уход и заботу, и именно от него зависит беспроблемное формирование на данной стадии. Применительно к ожирению хочется сказать, что, как правило, — да, объект был, но был недостаточным, дефицитным. В целом базисное доверие к миру по Э. Эриксону [77, 78], в основе которого лежит образ матери — материнский объект, сформировалось, но фрагментарное, «дырявое». Однако нарушение базиса первого года жизни в некоторых случаях приводит к формированию криминальной ориентации, в других — к психосоматике. Все дело в направлении вектора агрессивных и либидозных энергий. Психосоматика, включая ожирение, считается аутоагрессивным процессом. Что же влияет на направление вектора? Здесь однозначную роль играет структура Сверх-Я как интериоризованный важный объект, выступающий в качестве внутреннего судьи, совести.

Дефицит внутреннего материнского объекта стремится быть заполненным с помощью *механизмов проекции*, когда данный дефицит проецируется вовне, на конкретного человека (часто им становится ребенок) или группу близкого окружения, и он/они окружаются любовью и заботой. Но в силу того, что забота носит компенсаторный характер, она становится чрезмерно усиленной. По сути, со стороны заботящегося субъекта происходит демонстрация своих потребностей, он как бы старается показать, чего на самом деле хочет он. И, не получая должного ответа, еще более увеличивает заботу, в результате чего, в конце концов, возрастает внутренний диссонанс между желаемым и действительным. Это усиливает аффективную составляющую, чувство ненужности, что выражается в появлении аппетита и заедании.

Итак, если в процессе формирования на первом году жизни происходит дефицитное заполнение внутренних направляющих объектов, это становится изъяном в фундаменте дальнейшего строительства здания личности. Нестабильный образ материнского объекта включает определенные стратегии поведения, что наглядно показывает исследование Дж. Боулби.

Теория привязанности Джона Боулби

Теория привязанности Джона Боулби [7] была разработана в конце 60-х — начале 70-х годов XX века. Под *привязанностью* понимаются отношения между матерью и ребенком в первые месяцы жизни, которые впоследствии проявляются в течение всей жизни. Эта модель взаимодействия закрепляется и становится моделью взаимоотношений со всеми остальными людьми. Изначально Боулби разрабатывал свою теорию в рамках психоанализа, но ортодоксальные психоаналитики приняли его теорию негативно, и он стал развивать ее как отдельное направление психологии. Сейчас психоаналитики принимают и широко используют теорию Дж. Боулби в продолжении его ученицы — М. Айнсворт.

Была разработана специальная схема экспериментального исследования привязанности — эксперимент носит название «Странная ситуация» (1978) и продолжается до сих пор. В эксперименте участвуют дети в возрасте от 1 до 1,5 лет. Мать сначала играет со своим ребенком в комнате, где ведется видеонаблюдение, а через некоторое время выходит из комнаты, оставляя ребенка одного. Затем, спустя заданное время, она возвращается, и фиксируется реакция ребенка на возвратившуюся мать. Вначале было выделено три типа реакции ребенка на мать, потом добавился и четвертый тип реагирования. Эти типы реагирования оказались настолько устойчивы, что впоследствии характеризовали дальнейшее развитие личности.

Итак, типы привязанности:

- *тип В (1-й тип)* — надежная привязанность. После выхода мамы из комнаты ребенок беспокоился, но быстро успокаивался и продолжал играть самостоятельно. Когда мама возвращалась, ребенок очень радовался, обнимал маму, и потом они уже вместе продолжали играть. Такая реакция говорит об успешной интериоризации материнского объекта, который стал основой внутренней стабильности;
- *тип А (2-й тип)* — неуверенная (избегающая) привязанность. Ребенок, оставаясь один, не реагировал на уход матери и также не реагировал, когда она возвращалась, демонстрируя внешнее безразличие. При изучении моделей воспитания неуверенная привязанность коррелирует с так называемым «спартанским» воспитанием;
- *тип С (3-й тип)* — тревожно-амбивалентная привязанность. Когда мама уходила, ребенок начинал плакать и не успокаивался даже тогда, когда она возвращалась. Такой тип привязанности характеризует предрасположенность к тревожным расстройствам и депрессиям. Нестабильность материнского объекта и постоянный страх разрушить его вызывают подавление агрессивных тенденций и постоянное чувство вины за «разрушенный» объект.

Именно вина в разрушении является ведущим аффектом на депрессивной позиции по М. Кляйн [21] — когда мать часто отсутствовала, не отражала ребенка в своем взгляде, т. е. не была для ребенка зеркалом, через которое он формировал свою идентичность, свое Я. Именно во взгляде матери ребенок находит свою идентичность, т. е. свой образ себя самого.

Эксперимент усложнили — ввели анализ кортизола и измеряли электропроводимость кожи (анализ потовыделения). Уровень стресса в типе А оказался наибольшим. И именно в этом типе максимальное количество психосоматических расстройств. Тип А коррелирует с контрфобическим поведением: никаких проявлений слабости, нежности, рискованное поведение, далекие путешествия. В личных отношениях люди такого типа никого близко к себе не подпускают. Это соответствует нарциссической патологии.

Через некоторое время был выделен *тип D (4-й тип)* — дезорганизованная, дезориентированная привязанность. Характерна абсолютно непредсказуемая реакция различных типов. К примеру, когда мама возвращалась, ребенок прислонялся не к маме, а к холодной стене. Очень типично для шизоидов и психотического уровня. Как правило, мать там была шизофреногенная — крайне непоследовательная и неустойчивая, не чувствующая своего ребенка, не подстраивающаяся под него. При исследовании оказалось, что у таких матерей в 56 % случаев имела ранняя травматизация (физическая травма, насилие и пр.), что послужило общему для них названию — травмированная мать.

Теория привязанности — очень важное дополнение к теории психотерапии в плане понимания многих нарушений и расстройств, в том числе и центральной темы этой книги — ожирения.

Анализируя анамнез пациентов с ожирением и избыточной массой тела, проходившими психоаналитически ориентированную терапию, можно сделать вывод, что наиболее часто встречающимися типами привязанности является тип С с тревожно-амбивалентной привязанностью (см. в *приложении* клинический случай № 1) и тип А с избегающей привязанностью (клинический случай № 3).

Идентичность

Понятия «объект» (рассмотрен ранее), «идентичность» и «Самость» (см. далее) являются краеугольными камнями современного психоанализа.

Разработкой концепции *идентичности* занимался Э. Эриксон [77], который определял ее как осознание человеком своей самотождественности и непрерывности во времени. Весь жизненный путь, с точки зрения Э. Эриксона, представлен как постоянное развитие своей идентичности, формирующейся через возрастные кризисы. Прохождение возрастного кризиса предполагает решение некоторых жизненных задач, от которых зависит, сформируется ли идентичность на данном возрастном этапе или нет. К примеру, протестное поведение ребенка 2–3 лет, когда он может проявлять импульсивность в поведении — кататься по полу, требуя игрушку, является нормальным для этого возраста. Если такое поведение наблюдается

у ребенка 5–6 лет, это может говорить о фиксации на предыдущих стадиях и проблемах идентичности.

Первый кризис, по Э. Эриксону, с которым сталкивается младенец, — это формирование базового доверия на положительном полюсе итога пройденного кризиса. На негативном полюсе формируется идентичность с базовым недоверием. Как можно видеть, итог этой стадии для формирующейся идентичности целиком и полностью зависит от социального окружения и, в частности, от материнского объекта. Несформированная (или не до конца сформированная) идентичность с отсутствием базового доверия является основной темой проблемы ожирения и избыточной массы тела.

В дальнейшем изучением вопроса идентичности занимался О. Кернберг [20], дополнивший ее понятием *диффузии идентичности*. Диффузия идентичности предполагает невыстроенную систему представлений индивида о самом себе, отсутствие целостного образа, который в психоанализе называется *Я-репрезентацией*. Кроме того, при диффузной идентичности, когда отсутствует четкий образ себя самого, т. е. Я имеет неструктурированные границы, нет также четкого представления о другом человеке — нарушена *объект-репрезентация*.

К примеру, в структурном интервью, разработанном О. Кернбергом [20], вопросы, относящиеся к исследованию Я-репрезентации, заключаются в просьбе описать самого себя: «Могли бы рассказать мне о себе, что Вы за человек?» Другая группа вопросов направлена на исследование объект-репрезентаций: «Расскажите, что Вы за человек с точки зрения других людей. Как они воспринимают Вас?»

Когда Я- и объект-репрезентации не имеют между собой границы, или эта граница нечеткая, плюс к тому наблюдаются и проблемы с тестированием реальности, — это говорит о психотической структуре. У пациентов, страдающих ожирением, как правило, граница между Я и объектом дифференцирована, но противоречивые представления о самом себе внутри Я не сведены в единое непротиворечивое целое, диффузны. Нестабильность материнского объекта на ранних этапах развития, ставшая, в конце концов, основой Я — такой же нестабильной и противоречивой, проявляется в проекции этой нестабильности на объект. Индивид с диффузной идентичностью нуждается в объекте как никто другой. Потребность в объекте, страх потери объекта и формирование ситуации его реальной потери — вот постоянный противоречивый сценарий внутренней динамики пациента с ожирением. Как правило, внутренняя нужда в объекте проецируется на внешний объект из социального окружения и происходит его обеспечение любовью и заботой, зачастую с приставкой «гипер».

Идентичность как главное условие сформированности Я-репрезентации проявляется в ощущении целостности и непрерывности во времени.

Самость (Self)

В силу того, что отец психоанализа З. Фрейд не придавал большого значения объекту, и его понимание психического аппарата было, по большей части, автономно функционирующим, то впоследствии, в процессе развития представлений о значе-

нии объекта в развитии психики, возникла необходимость введения нового понятия — *Самости* (Self). Исследованием Самости занимались Х. Кохут [23], Д. Стэрн [60] и др. Также понятие Самости встречается в трудах К. Г. Юнга, и следует отметить, что трактовка этого термина в современном психоанализе носит совершенно иной характер. Если у Юнга Самость является целью индивидуации (процесса развития), то в психоанализе она выступает как структура психического аппарата, его ядро, связующий центр между устойчивой конфигурацией личности и влиянием социального окружения. Самость представляет собой ядро личности, включающее в себя образы самого себя и образы людей из близкого социального окружения, впоследствии интериоризированные (ставшие внутренним содержанием).

Формирование Самости на ранних этапах развития (Х. Кохут) происходит вследствие неизбежно возникающих фрустраций со стороны материнского объекта путем перехода от первичного нарциссического равновесия и интегрирования в структуру Я через постепенное смягчение эксгибиционизма и грандиозности. Таким образом, у взрослого человека получение удовольствия происходит через успешную деятельность и приобретения самоуважения. С другой стороны, Самость постепенно включает в себя идеализированный образ родителей, который впоследствии становится идеализированным Сверх-Я. В результате, индивид, реализуя свои стремления и притязания, должен соотносить их с идеализированными объектами и их нормами, что обеспечивает личности наполнение смыслом и содержанием. Умение выдерживать напряжение между двумя порой противоречивыми полюсами требований характеризует нормально функционирующую Самость, получившую название *связной Самости*.

Хотя, по мнению некоторых психоаналитиков, не было особой нужды вводить новое понятие, тем не менее, понятие Самости не сводимо к понятию Я. Самость — это более широкое понятие, представляющее собой некий фундамент, благодаря которому осуществляется система саморегуляции. Самость сохраняет свое функционирование в течение всей жизни и необходима для поддержания нормального психического состояния индивида.

Что касается ожирения, то в данном случае имеет место нарушение — так называемая *патологическая Самость* в виде фрагментированной Самости, которая проявляется в виде периодического нарушения связности отдельных частей Самости, что приводит к появлению аффекта тревоги. Тревога, в силу слабости Я, включает импульсивные механизмы совладания, контроль над которыми невозможен или затруднен, — в том числе и заедание.

Экзистенциальная точка зрения

Понятие любви и заботы, как функции материнского объекта, в процессе развития постепенно становящейся Самостью, может быть осмыслено через такие экзистенциальные понятия, как время и пространство.

Время для индивида является не пустой абстракцией, оно есть структура бытия, это способ переживания себя. Для З. Фрейда обретение понятия «время» проявляется в установлении диктата принципа реальности над принципами удовольствия и

является признаком обретения зрелости в онтогенезе. Появление понятия времени — это символизация пространства, которая возможна лишь как следствие процесса структурирования и выстраивания внутреннего пространства. В бессознательном, по мнению З. Фрейда, нет времени, поэтому в символических продуктах проявления бессознательного (сновидения, фантазии, творческий акт и т. д.) нет прошлого, настоящего и будущего, все слито воедино, и все, что стало его содержанием в прошлом, актуально в настоящем и будет проявляться в будущем. Все, с точки зрения бессознательного, едино, и когда-то вытесненное содержание сознания будет также стремиться обратно через 10, 20 и более лет.

Вспомним представителей теории объектных отношений. Достаточно хорошая мать (термин Д. В. Винникотта [9]) чувствует потребности ребенка интуитивно и удовлетворяет их, с возрастом увеличивая время фрустрации. Это чувство, по мнению некоторых авторов похожее на симптом шизофрении, так называемое *первичное чувство материнства*, формируется во время беременности и представляет собой симбиотическую тесную связь, когда мать впоследствии может чувствовать ребенка буквально на расстоянии. Но, если мать сама не доверяет своему чувству материнства? Быть может, она сама является пограничной личностью, не укорененной в реальности, не отвечает на потребности ребенка, кормит, к примеру, по часам (как это было принято в советской педиатрии лет тридцать назад)? Особенно на ранних стадиях развития тогда образуется «дыра во времени» — едва нарождающееся Я, фундаментом которого является репрезентация своего тела, регрессирует. В конце концов, это приводит к отсутствию прочной связанности со своим телом.

Важная характеристика объекта во времени — это последовательность и константность. А поскольку Я формируется и накладывается на структуру времени, то «дыра» образуется и в Я. Психика человека обладает саногенным свойством — стремлением преодолеть дефициты образа, заполнить их содержанием, обеспечивающим стабильность Я. Стремление изменить сложившиеся дефициты, уже у ставшего взрослым человека, происходит через диеты, голодания, как отыгрывания того дефицитного сценария раннего развития. Противоречивое отношение к своему телу чрезвычайно напоминает драму взаимодействия с миром на параноидно-шизоидной стадии развития, когда в результате расщепления мир разделяется на два противоположных полюса: белое и черное, плохое и хорошее. Свои пышные формы наделяются негативными чертами и отвергаются, а возделенный образ дев из индустрии красоты становится тем недостижимым образом счастья и полноты бытия, к которому так стремится индивид, страдающий лишним весом.

Что касается пространства, то зрелое Я характеризуется ощущением укоренения в окружающем мире. Наличие границ Я, с одной стороны, отграничивает внутреннее от внешнего, с другой — делает возможным ощущение вовлеченности в события окружающего мира и наполненности бытия с пониманием своего места и роли в пространстве мира. Внутренние дефициты объект-репрезентаций будут постоянно рождать потребность во внешнем объекте со стремлением к залипанию, слиянию с объектом. Но слишком близкое расстояние угрожает и без того проблемной идентичности, что порождает амбивалентность в отношениях. Внутренняя пустота,

проявляющаяся в аффекте скуки, и стремление заполнить ее внешним объектом сменяются страхом разрушения при слиянии с объектом. И все это скрывается под слоем жировой ткани, как падающий снег прячет грязь и изъяны рельефа местности под своим белым покрывалом.

Понятия времени и пространства в этом плане очень взаимосвязаны — «дыра во времени», как временная смерть в отсутствие объекта, проявляется в отторжении пространства тела. Тело, которое играет базисную функцию в формировании Самости, тело, через которое посредством системы анализаторов осуществляется связь с окружающим миром. Тело, как некий мостик, соединяющий Я и мир, испытывает на себе отсутствие четких границ Я в буквальном смысле — то расширяется, облекаясь в жировые оковы, то сужается, худея во время очередной диеты.

Образ тела и сексуальность

По мнению С. Жижека¹ (фильм «Киногид извращенца»), в своем теле мы словно Чужие — захватчики из других цивилизаций и измерений. И драма взаимоотношений человека с телом разворачивается на сцене его жизни. Тело — это некая данность, что мы получаем с момента рождения, и никто не спрашивает, подойдет ли ему такое тело или нет. Вспоминается реплика Е. Гришковца из спектакля «Одновременно», который, рассказывая про особенности своего тела, вопрошает: «И я это заказывал? Меня-то кто спрашивал?»

Итак, несмотря на то, что тело мы имеем с самого рождения, его репрезентация (образ) в психике формируется очень непросто и постепенно. В этом плане Ф. Дольто [17] выделяет несводимые друг к другу понятия схемы тела и образа тела. *Схема тела* это, по сути, наше реальное тело со всеми особенностями: изъянами, патологиями. В сознании человека с избыточной массой тела, который способен реально воспринимать свое грузное тело, имеется еще и *образ тела*, который воплощается в том, что в сновидениях, фантазиях он представляет себя стройным. То есть образ тела — это воображаемое, фантазийное представление о собственном теле, которое должно быть символизировано и представлено на уровне психики. И, как можно видеть, у полного человека образ тела и схема тела порою очень далеки друг от друга, т. е. нарушена символическая функция.

Фиксация на оральной стадии развития с генерализированной дефицитарной оральной потребностью, следствием чего является отсутствие образа тела, делает возможным миграцию оральной потребности по телу. Примером может послужить одна из пациенток тридцати с небольшим лет, которая после когнитивно-поведенческого тренинга очень хорошо снизила вес на 15 кг и встретила с проблемой усиления сексуальности. Появились случайные связи, причем выбор ею партнеров оказался определен разницей в возрасте не менее 10 лет — она выбирает только моложе себя. После нескольких таких встреч, осознавая случайность и не-

¹ Славой Жижек (р. 1949) — словенский психоаналитик, культуролог и социальный философ фрейдомарксистского толка.

стабильность любовной связи, испытывает сильнейшую тоску, пустоту, что подвигает ее на поиск новых партнеров. Свои ощущения внизу живота описывает как голод, следствием чего является неконтролируемое желание насытиться. Причем в процессе аналитической работы была выявлена взаимосвязь сексуальности и аппетита — как только сексуальность достигала определенного критического уровня, но объект удовлетворения отсутствовал, у нее появлялся сильный аппетит, и она начинала есть сладости (более подробно эта ситуация описана в *приложении*, клинический случай № 1).

Сексуальность очень тесно связана с образом тела и является важной сферой, отражающей структурный уровень и личностные стратегии. И сексуальность невротика — это нечто иное, нежели сексуальность психотика. Невротическая структура предполагает наличие *Другого*, или субъекта, отношения с которым выстраиваются как с отдельной личностью со всем своеобразием индивидуальных особенностей. Такой уровень зрелых отношений возможен лишь при условии наличия устойчивого Я с четкими границами, интеграции образа тела, возможностью регуляции драйвов либидо и агрессии и, как уже было сказано, наличием этого Другого. Психотическая структура экстернизирует внутренние объекты вовне, воспринимая партнеров и выстраивая отношения с ними в соответствии со своей внутренней динамикой, когда Другой воспринимается, к примеру, как питающая грудь, как часть собственного тела и т. д.

Помимо безусловного влияния на развитие сексуальности биологических факторов, огромное влияние оказывают и социально-психологические факторы, связанные с воспитанием. В структуре сексуальности выделяются следующие социально-психологические факторы (О. Кернберг [21]):

□ ядерная половая идентичность;

□ полоролевая идентичность.

Огромное влияние на формирование ядерной половой идентичности оказывают взаимодействие с матерью и связанное с нею чувство безопасности на очень ранних этапах развития. Ядерная половая идентичность занимает одно из центральных мест в идентичности Я. По мнению З. Фрейда [69] природа человеческой сексуальности бисексуальна, поэтому поведение родителей играет большую роль в интеграции ядерной половой идентичности и принятии в конечном итоге мужской или женской половой роли. Дефицит материнского объекта на ранних этапах развития определяет не только проблему, связанную с центральной темой этой книги, — ожирением, но и тотально затрагивает другие сферы жизни субъекта. И по аналогии с типами характеров, связанных с фиксацией на определенной стадии развития, на взгляд автора, можно было бы говорить об оральной сексуальности, свойственной пациентам с ожирением и избыточной массой тела, когда осуществляется своего рода замещение органа, выступающего в роли ведущей единицы удовлетворения потребности, — с области рта на, к примеру, вагину, но при этом оральные потребности остаются без изменений и выполняют роль насыщения и восполнения орального объектного дефицита.

Практически все теории сходны в одном — рождаясь, младенец воспринимает себя как единое целое с окружающим миром. Такое восприятие получило название

омнипотенции, когда отсутствуют границы и, соответственно, не существуют понятия Я и не-Я, ощущается магическая власть над миром, в частности над матерью и ее грудью. И только лишь фрустрации в виде неблагоприятных ощущений (холод, боль и т. д.), фрустрация немедленного удовлетворения потребностей — все это закладывает первые кирпичики образа тела, границы которого ощущаются кожей. Безусловно, уровень фрустраций должен соответствовать возрасту, и для новорожденного обязан быть сведен к минимуму. Но, чем старше становится ребенок, тем более он нуждается не только в любви и заботе, но и в определенном количестве фрустраций, которые он уже способен переносить, формируя, таким образом, важнейшую функцию саморегуляции. Искусство воспитания заключается в умелом использовании любви и фрустрации.

Фрустрация в виде включения небольших временных промежутков между временем появления потребности и ее удовлетворения рождает эмоциональный отклик в виде агрессивных тенденций, что в теории М. Кляйн [25] соответствует параноидно-шизоидной позиции, проявляющейся в агрессии к материнской груди.

Именно лишения (в виде неудовлетворения потребностей) и страдания (в виде негативных ощущений неудовольствия) позволяют индивиду обрести в своем развитии адекватный образ тела.

Вначале, как уже упоминалось ранее, материнское тело воспринимается продолжением тела младенца, а материнская грудь — своеобразным органом младенца. В плане формирования ожирения, по всей видимости, именно на этой стадии закладывается ядро проблемы, когда возникает фантазия о владении и инкорпорировании материнской питающей груди, самое главное — на уровне символизации. То есть, при сепарации от материнского объекта и обретении границ собственного тела грудь становится внутренним устойчивым символическим объектом. И именно здесь происходит нарушение перехода внешней питающей груди во внутреннее символическое пространство — грудь, в силу дефицита заботы, не становится внутренним содержанием, обеспечивающим стабильность. Грудь воспринимается в буквальном смысле, фрустрации же дают понять, что она принадлежит не мне, что включает механизмы активации поиска внешней питающей груди, как основы внутренней стабильности. Дефицитная грудь актуализирует состояние нехватки, что сопровождается ощущениями пустоты.

Итак, символическая репрезентация материнской груди дает ощущение внутренней стабильности, владения питающим и поддерживающим ресурсом. Это состояние стабильности достаточно легко актуализируется при техниках релаксации и визуализации, в частности при использовании мотивов основной ступени символдрамы. Но случилось так, что символизация груди по каким-то причинам была нарушена (скорее всего, это было связано с отсутствием константности материнского объекта), и питающая, дающая грудь, как источник внутренней стабильности, не стала внутренним символическим содержанием, а осталась внешней по отношению к индивиду инстанцией. В ситуациях дестабилизации внутреннего состояния возникает потребность не в символической груди, а в реальной вскармливающей груди в виде пищи, и, как видно из приведенного ранее примера с сексуальностью, не только.

«Иметь» в формулировке Э. Фромма [72] — это проявление стремления завладеть этой грудью в любом виде. А вид эта «внешняя грудь» может принимать совершенно различный: крутая машина, пышногрудая блондинка, одежда и пр. Потребительство, что отличает современную цивилизацию, есть стремление к заполнению этого внутреннего дефицита, вечная погоня за грудью. «Быть» же, означает иметь внутреннее содержание, внутреннюю символическую грудь.

Почему же этот механизм запускается зачастую уже в зрелом возрасте? Во-первых, на взгляд автора, он имеет место и на более ранних этапах развития, но в силу компенсаций следствие такого механизма в виде набора веса появляется много позднее. Во-вторых, известен факт, что чем более поверхностно нарушение, тем раньше оно проявляется в онтогенезе — к примеру, невротические нарушения. Соответственно, чем более глубока структурная патология, тем дольше она остается скрытой, компенсируясь разнообразными, на первый взгляд, невротическими стратегиями. Психозы зачастую разворачиваются уже в зрелом возрасте.

Магическое мышление

Одной из частых ошибок в позиции терапевта является отношение к пациентам с избыточной массой тела и ожирением как к зрелой невротической структуре, как к субъекту. Грустно смотреть, как на группах снижения веса участники все время ищут магических средств для спасения и обретения стройности.

Рассказ одной из участниц: «Все было хорошо, после группы я чувствовала подъем сил, появилось ощущение, что обязательно справлюсь. Не было никакого аппетита. Снизил 28 кг буквально на одном дыхании. Однако спустя полгода — и это была моя ошибка — я поехала в ведомственный санаторий, где был шведский стол. После санатория я приехала с пятью килограммами. Потом вышла на работу, там неприятности — еще плюс 10. Я не хочу, сделайте что-нибудь. Мне нужен толчок или пинок».

Вера в чудеса и магическое мышление присутствуют у большинства наших пациентов. Магическое мышление — это наделение значимого Другого всемогуществом, неземной силой. Это позиция ребенка, который расшиб коленку и просит маму подуть, чтобы боль прошла. Мама подует, и боль действительно проходит. В основе магического мышления лежит идеализация, как поиск идеального материнского объекта, который может восполнить внутренние дефициты, дать хлеба голодным, дать наставления заблудшим. Однако, и это следует помнить любому специалисту помогающих профессий, идеализация очень скоро может смениться девальвацией и участием Христа.

Одна из пациенток после очередного срыва, внимательно выслушав анализ пищевого поведения и рациона со стороны специалиста, спросила, а есть ли какие-нибудь специальные слова, которые помогают сдерживать аппетит и не набирать вес. Такой вопрос очень наглядно иллюстрирует психотическую структуру магического мышления, отражающую недифференцированность внутреннего и внешнего. Психотику жизненно важно найти точки соприкосновения с реальностью, чтобы,

защипавшись за них, он мог закрепиться в реальности и получить подтверждение своего существования.

Следует отметить, что психосоматические расстройства, включая ожирение, являются прегенитальными, а значит довербальными расстройствами. Не получая отражения в языке, они не могут быть символизированы и интегрированы в общую структуру, следовательно составляют внутреннее содержание, не воспринимающееся как Я. В современных взглядах на природу психосоматических расстройств одно из центральных мест уделяется проблеме *алекситимии* (греч. *a* — отрицание, *lexis* — слово, *thyme* — чувство). Алекситимия — это неспособность пациента называть эмоции, переживаемые им самим или другими людьми, т. е. переводить их в словесную форму. Это явление было описано П. Сифнеосом (P. Sifneos) в 1968 году и рассматривалось им как предпосылка развития психосоматических заболеваний. Напомним, что алекситимия включает в себя, помимо затруднений в вербализации эмоций, затруднение в различении эмоций и телесных ощущений, снижение способности к символизации, фокусирование преимущественно на внешних событиях и склонность к конкретному, утилитарному, логическому мышлению. Понятие алекситимии и характерные черты этого феномена соответствуют дефицитам, характеризующим пограничный и психотический структурные уровни.

Именно язык является важнейшей основой бытия человека, и сущность бытия закреплена в языке. Язык можно рассматривать как признак успешно пройденной символизации и обретения внутреннего содержания. Ведь психика, по определению Ж. Лакана, есть фикция, есть воображаемое, а симптом — есть молчание говорящего субъекта.

Некоторые смыслы, закреплённые в словах, не доходят до пограничных или психотических пациентов. Так, работа пациента с целями, которые являются одним из этапов когнитивно-поведенческой терапии ожирения, есть не что иное, как оперирование необретенными смыслами. Он в этом плане схож с попугаем, которого научили говорить несколько фраз, и тот использует их по поводу и без, но это не делает его существом говорящим, а значит, мыслящим. С точки зрения психоанализа здесь надо работать не с четко осознаваемыми целями, а с неосознанными желаниями: что скрывается за их симптомом? Кому принадлежит желание снизить вес? Что стоит за этим желанием?

Структурные нарушения не получится закрыть средствами когнитивно-поведенческой терапии, они требуют глубокой проработки в индивидуальном режиме, о чем со страниц этой книги хочется сказать тем пациентам, которые все-таки дочитали досюда. Хотя и бесспорным является тот факт, что когнитивно-поведенческое направление остается в настоящее время самым эффективным методом в краткосрочной терапии ожирения. С чем это может быть связано?

Временное улучшение в плане снижения веса может быть достигнуто благодаря опоре на внешний объект Самости, через поверхностную и нестабильную идентификацию с ним. Таким механизмом инкорпорации часто пользуются пограничные и психотические личности, чтобы заполнить прорехи самоидентичности. Именно этим феноменом обусловлено достаточно кратковременное снижение веса, когда

происходит проекция родительского имаго на терапевта, и он воспринимается как родитель, образ которого впоследствии вновь интериоризируется и становится нестойким содержанием Самости, внося кратковременную стабилизацию во внутреннюю структуру.

Указанная кратковременность стабилизации связана, как правило, с кратковременностью самого терапевтического воздействия в силу, безусловно, коммерческой направленности программ снижения веса и отсутствия спроса на длительную терапевтическую работу. Ну, и оставаясь в теме раздела, нельзя не отметить, что сей факт обусловлен также и приматом магического мышления в менталитете, верой в чудесное сиюминутное избавление от чар колдовства, наславшего лишний вес, как по щучьему велению. Круг замкнулся...

Социально-культурные аспекты ожирения

Часто в обыденном сознании национальность связывается с определенными чертами, свойственными всей нации. Немецкая пунктуальность, русское разгильдяйство и т. д. Отбросив возможные и существующие крайности взглядов на этот счет, вычленим имеющееся здесь рациональное зерно. Преобладание определенных национальных черт и с точки зрения психоанализа зависит от культуры воспитания и ухода за ребенком. В этом плане вспомним существовавшие несколько десятилетий назад обычаи в обращении с ребенком. Еще недавно младенца было принято туго пеленать таким образом, чтобы ручки оказались вытянуты вдоль туловища без возможности быть хоть каким-то образом освобожденными. Рука — в плане развития и познания окружающего мира — имеет огромное значение. По сути, она символизирует возможность человека изменять окружающий мир — «мочь». Лишение этой возможности закладывает глубокие сомнения в самостоятельной возможности не только что-то сделать, но и внутреннюю потенцию это сделать. Далее, в недавней традиции осуждалось часто брать ребенка на руки: «Не приучай к рукам, ручной будет — намучаешься», — говорили матери окружающие ее матроны.

И вот младенец лежит, лишенный возможности самостоятельного изучения мира и в ощущении дефицита материнского объекта, что означает для него смерть, и лишь в некоторые моменты смены пеленок и кормления (обязательно по часам) он пробуждается к жизни, никак не понимая, почему мать вновь бросает его. Таким образом происходит фиксация на депрессивной позиции. Да к тому же это кормление по часам, а не по потребности! В концепции осознания своего тела это формирует такую «дыру», что потом она проявляется в течение всей жизни и ведет к развитию психосоматических заболеваний, коим и в сущности является ожирение.

Это, конечно же, проблема алекситимии, когда для человека с ожирением недоступны сигналы тела о голоде и насыщении. В результате отсутствует возможность регуляции пищевого поведения, и — это часто можно видеть в работе с группой таких пациентов — сигналом о том, что пора принимать пищу, являются не внутренние потребности, а внешние критерии. Считается, что в российском характере, когда тоска и грусть чередуются с разухабистостью и удалством, как раз наличие

ствуют депрессивные черты наряду с истероидностью. Эдипальная проблематика, забегая вперед, формируется в силу недостатка жилья и в целом коллективной «культурой проживания», когда дети становятся свидетелями «первичной сцены». Насколько сильным и аффективно заряженным становится эдипов конфликт, отразилось в историческом контексте на примере Павлика Морозова, образ которого был мифологизирован, как настоящего пионера-героя, борца за коллективизацию, не побоявшегося гнева отца-кулака. Но в плане проблемы ожирения наиболее весомым является наличие депрессивного радикала, о чем будет сказано в *главе 4*.

Современная культура, по мнению многих авторов [58], нарциссична. В ней форма превалирует над содержанием — важно производить внешнее впечатление, что значительно повышает и подчеркивает положение в обществе. Благодаря общей нарциссической среде индустрия красоты приносит огромные прибыли. Как ощущает себя в такой среде индивид с избыточной массой тела, не говоря уж об ожирении? Стремление обрести стройное тело основано на бессознательной фантазии обретения объекта с его интересом и любовью со стороны окружающих — именно в эту иллюзию инвестируются все чаяния индивида с лишним весом. И практически всегда это оборачивается разочарованием, когда на первых порах, встречаясь с позитивной обратной связью, похудевшие наполнялись этим вниманием, наполняли на символическом уровне свой внутренний дефицитный объект. А затем все привыкали к новому образу стройного индивида и переставали обращать внимание на его стройность, что буквально выбивало его из колеи, лишало того душевного равновесия, которое было достигнуто благодаря нарциссической подпитке со стороны социума, — и приводило к повторному набору веса.

Это напоминает действия ребенка, стремящегося завладеть вниманием матери и интуитивно ищущего то, что может привлечь к себе инвестиции материнского объекта. В реальности подобное поведение часто сопряжено с выбором симптома, болезни, что дает возможность возратить мать. Таким образом, в очередной раз набирая вес и получая теперь уже отрицательную обратную связь, индивид обретает иллюзию возможности вернуть (в символической форме) материнский объект — вновь получить внимание социума.

Социум как система, состоящая из каждого конкретного индивида, имеет свою систему «общественной души», называемую *менталитетом*, или общественным сознанием. Менталитет структурирован в виде представлений и образов, отраженных в языке и культуре. Социализация каждого отдельного индивида предполагает поглощение и ассимиляцию общих культуральных образов и включение в общий символический порядок (Ж. Лакан) той или иной культуры. В виде метафоры это хорошо отражено в фильме «Матрица»¹. И первыми агентами интеграции в общий символический порядок становятся родительские объекты, дарующие ребенку символические ключи для доступа в общую социальную систему.

¹ Фильм «Матрица» (1999), режиссеров Энди Вачовски и Лана Вачовски, США (Village Roadshow Pictures).

Символический порядок является динамической системой, которая претерпевает постоянные изменения. Если оглянуться назад, лет эдак на 100, то образ идеала красоты и отношение к полноте были совсем иными, нежели в современном обществе (рис. 3.2). Полнота тела символизировала полноту бытия, достаток и здоровье. Современный образ идеала красоты заметно отличается от идеалов ушедшей эпохи, и несоответствие своего тела социальному представлению об идеале рождает проблему символического порядка. Стремление через соответствие этому порядку завоевать внимание и расположение значимого объекта (здесь имеется в виду материнский объект, отношения с которым проецируются на социум в целом) — вот истинная причина снижения веса даже при небольшом превышении нормы. Парадокс снижения веса при ожирении и избыточной массе тела заключается в том, что стремление завоевать расположение объекта — стремление к объекту — оборачивается еще большим отторжением. Еда, как уже было сказано ранее, является персонифицированным материнским объектом, замещающим базовый дефицит, и приводит к жировым отложениям. А увеличение массы тела еще больше увеличивает пропасть между реальным и идеальным, идеальным — как состоянием символической полноты обладания объектом.



Рис. 3.2. Кустодиев Б. М. «Красавица», 1915 (Третьяковская галерея)

То же состояние дефицита базового объекта рождает любые страдания, которые можно обозначить как страдания нехватки: денег, желания иметь красивую дорогую машину, шубу и т. д.

Получается так, что культура, как некий символический ряд, как совокупность образов, рождает свои симптомы, награждая ими тех, кто по каким-либо причинам не смог встроиться в этот образ. И если образ идеала прошлой эпохи, воплощенный в образе «Красавицы» кисти знаменитого русского художника Б. М. Кустодиева (1878–1927), имел свои стандарты, то ныне — это образ анорексичной красавицы с торчащими костями, напоминающий экспонат анатомической комнаты.

Из сказанного следует сделать вывод, что пройдет некоторое время, и образ красоты, запечатленный в культуре, сменится, быть может, на прямо противоположный (а тенденции к этому уже есть — новую эру в индустрии красоты открыли француженка Тара Линн и русская красавица Екатерина Жаркова), и тогда придется работать в противоположном направлении, помогая не снижать вес, а набирать его.

ГЛАВА 4

ПСИХОДИНАМИКА РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ

Психодинамический подход отличается тем, что рассматривает человека в целом как исторический объект, поэтому любой симптом должен рассматриваться сквозь призму развития. Попросту говоря, причина закладывается задолго до ее проявления «здесь и сейчас» и полностью определяется «там и тогда». Человек в этой связи представляется целостным вектором развития, где вчера, сегодня и завтра связаны в единый континуум. Посему справедливо отправиться на поиски причин лишнего веса по линии развития назад, к точке отсчета человеческой жизни — рождению, а, быть может, и к чуть более раннему времени.

Долгое время в психоаналитической концепции шел спор о том, приходит ли человек в этот мир чистым, как лист бумаги, либо уже готовым субъектом? Сам З. Фрейд считал ребенка лишь результатом воспитания и тех травм и фрустраций, что были получены им в детстве. Долгое время во взглядах на эту проблему существовало два противоположных мнения. Одну сторону здесь представляли З. Фрейд, а также Р. Шпиц [75] и его коллеги, считавшие, что младенец становится психическим существом после рождения, и фактом начала психической жизни является появление первой улыбки. А это уже 3–4-я неделя жизни. Другую сторону олицетворял Отто Ранк, утверждавший в своем произведении «Травма рождения» [51], что тело обретает душу — т. е. индивид становится психическим существом, Человеком в более или менее полном смысле слова — еще до рождения.

Современные исследования, изучающие влияние общения матери и плода, показывают, что ребенок аффективно реагирует на голос матери и/или звуки музыки, которые она слушала еще до рождения ребенка. Сейчас считается, что психическая жизнь начинается примерно с седьмого месяца беременности. Однако в свое время этот спор привел к разрыву З. Фрейда и его ученика О. Ранка. И, возвращаясь к метафоре о ребенке, приходящем в мир, как чистый лист, хочется добавить: уж если в той книге страницы пока чисты, то сама структура книги, переплет, количество страниц — уже определены.

Пребывая во внутриутробном состоянии, ребенок слит воедино со всем миром, и этот мир дает ему все необходимое. Он и Вселенная существуют неразрывно в безграничности, где нет времени и пространства. Это состояние получило название *омnipотенции* — ощущения всемогущества, которое может проявляться и у взрос-

лого индивида в виде фантазий и магического мышления. Но плод растет, его Вселенная уменьшается, растет тревога, и вот, в конце концов, некие силы выталкивают его в другой мир. И здесь начинается новый этап жизни маленького существа.

Ребенок должен пройти через акт инициации, в котором ему предстоит умереть в качестве плода и родиться уже в качестве младенца. В глубинных пластах психики хранятся следы этих воспоминаний, которые выражаются в мифотворчестве многих народов, объединенном темой изгнания из рая и вечного его поиска. С. Гроф [15], изучая в состояниях измененного сознания проявления следов таких воспоминаний, на основе этого выделил несколько этапов перинатального развития, обозначив их как *базисные перинатальные матрицы* (БПМ), последней среди которых является БПМ-IV, соответствующая акту рождения. Боль и страдания сопровождают акт рождения. И, вполне возможно, что на глубинном психологическом уровне обречение себя на диетологические страдания и боль голодовок имеет важный смысл потребности в возвращении в безопасное лоно матери.

Только что рожденный младенец сталкивается с реальностью нового мира — это совершенно другая среда, которая, в отличие от привычной ему водной, буквально обрушивается на рецепторы вновь рожденного существа с необычайной силой, порождая первое впечатление о ней как о враждебной. Здесь можно только представить, что чувствует новорожденный ребенок, и какой огромный поток новых ощущений получает его восприятие, — как если бы нам в один миг открылась возможность воспринимать, к примеру, радиоволны или видеть инфракрасное излучение. Выдержала бы наша психика такого изменения в восприятии?

И первое желание новорожденного — вновь обрести потерянный рай, свою Вселенную под названием Мать. И только контакт с матерью, ее грудью дает защиту от невыносимых впечатлений нового мира. Именно там, на заре жизни, находясь в материнских объятиях, вкушая ее молоко, с которым он получает защищенность, заботу, любовь — вот она, иллюзия бывшего рая — начинает выстраиваться взаимосвязь: быть накормленным — означает быть защищенным, окруженным заботой и любовью. И этот «условный рефлекс» остается на всю жизнь: «Ням-ням — намного легче стало нам...»¹

В процессе психотерапевтической работы с использованием метода *символдрамы* (о чем более подробно будет рассказано в *главе 6*) хорошо видно, что материнский объект для пациентов с ожирением является важным и аффективно заряженным. Это может проявляться в мотивах с оральной тематикой: неприятный отталкивающий луг, или кухня в доме, где мало еды или ее нельзя есть, ручей с крутыми неприступными берегами. Вся драма отношений с материнским объектом на первом году жизни накладывает отпечаток на отношения с окружающим миром в целом и с пищей в частности. Ведь следует помнить, что для младенца, пришедшего в этот мир из теплого и уютного рая внутриутробной водной среды, он холоден и враждебен. И то, насколько дружелюбно встретил его этот мир, насколько мать сумела

¹ Шлягер 1990 годов в исполнении Аллы Пугачевой на стихи Маргариты Марчуковой и Александра Юдова, композитор Владимир Кочулков.

окружить его заботой и любовью, — ровно настолько в развивающуюся психику младенца будет впечатано базисное отношение к миру. Э. Эриксон [77, 78] именно в этом плане говорил о формировании базисного доверия и недоверия к миру на первом году жизни.

С точки зрения М. Кляйн [25] первый год жизни проходит через параноидно-шизоидную и депрессивную позиции. Тотальное расщепление объектов (в первую очередь материнского объекта) на хорошие и плохие характеризует *параноидно-шизоидную позицию* и является необходимым условием развития и защитой от непонятного и совершенно отличного окружающего мира — отличного от внутриутробного и безвозвратно потерянного рая. Почему материнский объект играет такую важную роль на заре жизни? Если вспомнить метафору о книге, отражающую приходящего в этот мир младенца в качестве ее чистых страниц, специальные страницы в этой книге отведены для описания важнейшего объекта в жизни каждого человека — матери. И каким будет такое описание полностью зависит от человека, выполняющего эту важнейшую функцию, — встречи новорожденного существа в этом мире. И не всегда эту роль выполняет биологическая мать — им может стать любой человек, осуществляющий материнские функции *холдинга* (термин Д. В. Винникотта [9]), обеспечивающий должный уход и безопасность. Именно эта «запись в книге», эта история раннего развития, обусловленная наличием человека, выполняющего материнские функции, называется *материнским объектом*. Как это происходит? Понаблюдайте за взаимодействием матери и ребенка, когда мама с улыбкой дотрагивается до ребенка: «А какие у нас глазки, а какой носик. А это ротик, он улыбается!» И на белом листе психики младенца остаются отпечатки ее прикосновений. Таким образом мать, словно зеркало (*стадия зеркала* в теории Ж. Лакана), дарит ребенку образ его тела, надежно «пристегивая» тело к психике, обеспечивая формирование надежного фундамента — Самости ребенка — на основе которого в дальнейшем будет строиться здание личности.

Психика формируется, словно появляющиеся в безбрежном океане бессознательно-го маленькие островки первых запечатлений, которые постепенно растут, сливаются, и вот уже появляется клочок земли под названием Я. И хотя внезапный порыв ветра или шальная волна могут в любой момент захлестнуть едва народившуюся землю, все же она есть! Не здесь ли основа важного мифа о сотворении мира, зародившегося именно в архаичном сознании формирующегося человека? Научная гипотеза Большого взрыва, по сути являющаяся также продуктом мифотворчества, очень хорошо вписывается в базовые структуры психики, которые К. Г. Юнг [81] называл *архетипами*. Большой взрыв — как метафора рождения, хаос состояния, подвергающегося мощнейшей бомбардировке внешними стимулами окружающего мира, которые впоследствии начинают постепенно дифференцироваться и структурироваться. И важнейшую роль превращения хаоса в космос с последующим разделением внешнего и внутреннего играет внешний материнский объект, являющийся главной составляющей дальнейшего развития ребенка. По мнению многих авторов (Д. Стэрн [60]), потребность в объекте и готовность вступить во взаимодействие с объектом есть врожденное свойство психики.

Именно взаимодействие с объектом становится тем фундаментом, той основой, на которой в дальнейшем выстраивается вся модель будущей личности. И Д. В. Вин-

никотт [9] и, впоследствии, Х. Кохут [23] отводят значимое место человеческой атмосфере во взаимоотношениях с младенцем, который жизненно нуждается в своих ранних объектах и их заботе, любви и холдинге, чтобы, в конечном счете, с их помощью выстроить свою психику. Нужда младенца в этих объектах тотальна — как говорил М. Балинт, эта потребность сравни потребности в воздухе, чтобы дышать и выживать. М. Малер указывает, что на стадии *реципрокности* (первые 6 недель жизни), когда должна произойти синхронизация матери и ребенка, который еще никак не разделен с матерью, материнский объект играет огромную роль в развитии психики. Недаром некоторые исследователи говорят о феномене младенца как о преждевременно рожденном существе.

В психической матрице уже с рождения имеются ячейки для объектов, впоследствии заполняемые образами лиц из реального окружения младенца. Быть может, стоит учитывать опыт внутриутробного пребывания, когда плод и мир (представленный утробой матери) были слиты воедино, но впоследствии плод был изгнан, отделен от мира. Сам акт рождения предполагает одно из первых ощущений собственных границ и отделенности от окружающего мира — есть Я и есть Другой, независимый от меня. Но на уровне психики этот скачок в развитии рождает хаос и тревогу потери, что в дальнейшем определяет вечные поиски первоначального рая.

Потребность в объекте и та внутренняя пустота, которая возникает при его потере (явной или символичной), как мы потом увидим, являются основой суррогатного замещения образовавшейся пустоты пищей, наркотиками и пр. Телесные взаимодействия с матерью, тактильный контакт — это то знакомое, что когда-то составляло первоначальный рай внутриутробного существования, — являются ядром кристаллизации психической структуры. Тело с его системой анализаторов и есть первичное составляющее психики, наполняющее ее содержанием, и все последующее развитие есть структурирование и дифференциация сигналов, обучение управлению телом и внешним миром. А это залог развития мышления.

Но, все же, вернемся к началу развития. По М. Клайн [25], восприятие младенца очень фрагментарно: первым объектом является материнская грудь, которая расщепляется на хорошую и плохую, дающую и фрустрирующую. Расщепление является примитивным, но необходимым на данном этапе развития, процессом. Это первые попытки выстраивания структуры и некоего порядка на основе хаоса внешних стимулов, отраженных в психике в виде впечатлений. И свободно витающие энергии агрессии и либидо, которые, вполне вероятно, имеют один источник и являются врожденными (быть может, даже биологически обусловленными), атакуют внешний объект. По мнению Д. В. Винникотта, мать должна в это время выдержать агрессивные аффекты младенца, чтобы в его нарождающейся психике появилось важнейшее ощущение константности и неразрушимости. Криминальные проявления в отношении объектов внешнего мира, прочие негативные зависимости имеют, как и ожирение (в значительно менее выраженной форме), дефицитарную оральную природу, когда мир воспринимается как будто бы имеющим неоплаченный долг перед индивидом. Тот мир, который не смог стать стабильным, принимающим и доброжелательным. Появление чувства вины за попытки разрушить материнский объект знаменует переход на *депрессивную* позицию, и в этом отличие оральной

зависимости, приводящей к ожирению, от психотического уровня и антисоциальных тенденций. Таким образом, ожирение характеризует более высокий уровень развития, предполагающий вину перед материнским объектом за попытки его разрушения, нежели склонность к криминальности и химическим зависимостям, где объект по сути отсутствует.

С позиции психоанализа депрессия означает перенаправление агрессивных тенденций на самого себя, что есть аутоагрессивные проявления. Проявлением чувства вины, как основного содержания депрессивной позиции, является желание восполнить разрушенный объект — так младенец при кормлении пытается вложить пальчики маме в рот, как бы кормя ее. Если посмотреть на эту стадию с точки зрения энергий либидо и агрессии, то здесь происходит освоение либидо и заполнение этой энергией внутреннего объекта, поэтому младенец умеет любить и проявляет эту любовь по отношению к матери. Проблемной зоной являются агрессивные тенденции, которые пока не освоены и представляют собой угрозу разрушения для объекта (а потеря объекта угрожает Самости), поэтому агрессия подавляется. Таким образом, в основе любой депрессии, проявляющейся в последующем, лежит подавленная агрессия как одна из основных особенностей психосоматических пациентов, в том числе страдающих ожирением.

В силу недифференцированности от окружающего мира стадии, соответствующие отношению к материнскому объекту, применимы и в отношении самого себя, собственного Я, которое пока слито воедино с окружающим миром. Подобное расщепление отражается уже во взрослом состоянии в отношении к своему телу — ненависть к своему телу и идеализация внешнего образца, зачастую навеянного культурой. Здесь мы вновь возвращаемся к телу как отправной точке развития психической структуры, инстанции Я. Для появления Я необходимо появление понятия *границы*, которая отделяет внешнее от внутреннего. Граница формируется постепенно, включая вначале во внутреннюю составляющую материнский объект, воспринимающийся как неотделимое целое, как часть младенца. Благодаря фрустрациям происходит разрушение омnipотенции и сужение субъективного ощущения границ до границ своего тела.

Здесь следует вспомнить теоретиков семейной психологии, которые утверждают, что разнополюсные модели воспитания — гиперопека и заброшенность — являются сторонами одной медали, обеспечивающими приобретение фиксаций в развитии и определенной проблематики. Симбиоз матери с ребенком, зачастую предупреждающей даже появление потребности у ребенка и заранее ее удовлетворяющей, приводит к нарушению выстраивания границ Я. Также и отсутствие должного ухода и заботы приводит к затруднениям в выстраивании структуры Я. Отсутствие в последнем случае доброжелательного отношения мира в лице матери и жесткая фрустрация заставляют индивида перейти на более ранние недифференцированные, но более безопасные стадии развития, оставаться на стадии «ничто», психотической недифференцированности, в чрезвычайном выражении которая проявляется в аутизме и психозе.

Если возвратиться к теме ожирения, то практически все авторы, так или иначе, говорят о фрустрации оральной потребности. Эта потребность является ведущей на

оральной стадии в теории психосексуального развития З. Фрейда и К. Абрахама [1]. На этой стадии рот становится зоной, катексированной либидозной энергией. То есть, ротовая полость заполняется энергией жизни, становясь неким локомотивом развития. Рот, когда поступает материнское молоко, является источником наслаждения, источником взаимодействия и исследования окружающего мира. На этой стадии младенец сталкивается с противоположными полюсами своих состояний: голод и наслаждение от пищи, холод и тепло материнских рук. Данные противоположные модальности запечатлеваются в памяти и дают возможность познания окружающего мира через противоположности: плохо-хорошо, тепло-холодно и т. д.

Еще раз стоит подчеркнуть значимость на этой стадии материнского объекта, который смягчает фрустрации и враждебность окружающего мира. Однако, если мать не имеет возможности обеспечивать достойный холдинг или попросту отсутствует, тогда мир воспринимается как не внушающий доверия, не обеспечивающий безопасности. И один из выходов — воссоздание питающего внутреннего объекта и наполнение его либидозной энергией пищи. В этом случае еда выступает как способ усиления внутреннего позитивного стабильного объекта. Здесь очень важно понять, что внешний объект уже почти выстроен, произошла неполная, но все же дифференциация Я и объекта, который перестал быть частичным, и есть депрессивный аффект вины перед разрушением объекта, что не дает агрессивным энергиям быть направленными против внешнего объекта, против Другого. Но в то же время, внутренний материнский объект, являющийся фундаментом структуры Я, дефицитарен, и агрессия идет на него, т. е. вовнутрь. Здесь для углубления понимания следует привести взгляды теоретика объектных отношений Р. Фэйрберна (Fairbairn, 1954), предложившего этапность развития объектных отношений.

- Первая стадия — это стадия инфантильной зависимости, которая характеризуется наполнением извне, базовой установкой на то, чтобы вбирать в себя внешние содержания, будь то молоко, забота, впечатления и т. д. В этой стадии Фэйрберн выделял раннюю (преамбивалентную) и позднюю (амбивалентную) оральные подстадии. Эти подстадии связаны с постепенным обретением более целостного материнского внутреннего объекта — от груди до матери, обладающей грудью. Однако на этой стадии внутренний материнский объект остается частичным.
- Вторая стадия является переходной от инфантильной зависимости к зрелой зависимости, когда предполагается, что соответствующий данной стадии материнский объект целостен, и ребенок уже относится к нему с учетом его (объекта) внутреннего содержания. Эта стадия характеризуется *дихотомией* — процессом одновременного направления на объект либидозных и агрессивных импульсов. На этой стадии ребенок уже некоторое время может существовать без матери, удерживая ее образ с помощью замещающего объекта, которым может стать плюшевая игрушка, мамин халат и т. п.
- Есть еще третья стадия зрелой зависимости, характеризующаяся дифференциацией Я и объекта, способностью не только брать, но и отдавать, и постепенно расширять границы взаимодействия с окружением, не теряя из виду мать. Материнский объект символизируется и становится внутренним содержанием.

И, исходя из приведенной схемы, можно предположить, что психозы возникают при фиксациях на первой стадии инфантильной зависимости. Ожирение, как зависимость от пищи, возникает на переходной стадии от частичного объекта к целостному, и именно поэтому происходит выбор в сторону персонифицированного объекта — еды.

Частичный внутренний объект с его дефицитами требует — и это жизненно необходимо — воссоздать, заполнить этот внутренний объект любым способом. Акт воссоздания этого внутреннего объекта заключается в стратегических действиях, приводящих к зависимостям, — в связи с тем, что еда занимает место переходного объекта, правомерно употребление термина *пищевая зависимость*. Этими действиями может быть поиск близкого человека (а это уже более зрелая стадия зависимости по Фэйрберну), на которого проецируется питающий наполняющий внутренний объект. И совершенно не важно, что в межличностных отношениях именно эта личность, нуждающаяся в заботе и любви, не получая ее, окружает заботой близких. Здесь действуют сложные механизмы проекции, когда внутренняя дефицитарная часть проецируется вовне на другого и окружается со стороны носителя этого дефицита, порою, излишней заботой и любовью, чтобы тем самым на символическом уровне восполнить свой внутренний дефицит.

Эту же восполняющую функцию исполняет и еда, но важным отличием является, как уже было сказано ранее, персонифицированность — т. е. объект связывается не с другим человеком, а с пищей. Мыслится, что это более примитивный и незрелый механизм, сродни мастурбации. Все же еда в виде готовых вкусных продуктов — это, если так можно выразиться, окультуренный, хотя и персонифицированный, объект. В попытке закрепиться в опосредованной культурой окружающей реальности путем восполнения внутренних дефицитов, индивид заполняет себя данным содержанием. При психозе можно увидеть усугубление и окончательный разрыв с социально-культурной реальностью и потерю механизмов закрепления в данной реальности. И тогда внутренняя пустота начинает заполняться безобъектным содержанием, окончательно утратившим связь с объектом, — при психозах большие могут есть непищевые вещества: землю, штукатурку, простыни и т. д.

Понимание значения пищи в стабилизации внутреннего объекта возможно через понятие *переходного объекта*, введенное Д. В. Винникотом [9]. Переходный объект представляет собой промежуточную стадию формирования внутреннего материнского объекта, являющегося, как уже было сказано, основой стабильности всей психической структуры. И если на ранних этапах развития ребенок нуждается в постоянном присутствии матери, а ее отсутствие, даже временное, воспринимается как смерть, то в дальнейшем, путем интериоризации, этот обеспечивающий стабильность объект постепенно становится внутренним содержанием. Но формирование внутреннего объекта проходит через стадию переходного объекта, когда реальный материнский объект замещается неким фетишем, символизирующим саму мать. Это может быть плюшевая игрушка, кусок ткани или халат, который носила мать, и пр. Такой переходный объект помогает перенести временную фрустрацию, когда реальная мать отлучилась. Но в реальности бывает так, что мать слишком долго отсутствовала, и тогда в фантазиях ребенок должен сформировать этот объ-

ект — ведь реальность психического выживания зависит от реальности присутствия рядом материнского объекта. И здесь речь идет не просто о *присутствии*, которое может быть «присутствием отсутствия», а о проявлении материнского объекта по отношению к ребенку посредством визуального и телесного контакта.

Дефицит именно такого присутствия представляет проблему в самовыделении из окружающего мира, в обретении идентичности Я. Аппетитная еда, как завышенная и не обусловленная физиологическими потребностями нужда, выступает в этом плане в качестве переходного объекта, на стадии которого произошла фиксация. Еда как заменитель, как некая суррогатная мать, которая заполняет внутренний дефицит материнского объекта и дает, порой при переедании, ощущение своих границ. Именно поэтому определен выбор пищевой зависимости — неперсонифицированный объект. Суррогатная мать в этом плане является метафорой молочной матери, которой отдают на вскармливание ребенка при отсутствии по каким-то причинам своего молока у матери биологической.

Итак, на начальном этапе развития мы имеем уже некий дефект, который впоследствии прорвется неоднозначным отношением к еде, итогом чего становится набор лишнего веса.

Следует понять, что сложившийся базовый дефицит, базовый дефект — есть стержень, на который нанизываются события дальнейшего развития. И они могут носить сколь угодно разнообразный характер, что может стать поводом для сомнения в возможности применения психоаналитического аппарата для понимания природы ожирения. Возникает вопрос: почему ожирение может проявиться в зрелые годы — ведь если бы такой базовый дефект имел место, оно проявилось бы значительно раньше? Если мы имеем дело с базовым нарушением первого года жизни, то речь может идти об определенных механизмах формирования определенной дефицитарной структуры. Напомню, что в современном психоанализе выделяется несколько структур: невротическая, пограничная и психотическая (см. подробнее в *главе 5*).

- *Невротическая* структура характеризуется сформированными структурами Я, Оно и Сверх-Я, развитой идентичностью, когда индивид является субъектом и ощущает себя целостным, историческим в плане непрерывности восприятия себя во времени существом. Для «невротика» существует Другой как отдельно функционирующий субъект.
- *Пограничная* структура — это достаточно широкая линия перехода между невротическим и психотическим. В целом данная структура может функционировать внешне как невротическая, но в определенные моменты и в определенных проблемных сферах как бы выпадать в психотическое существование. То есть границы сформированы, но в них есть бреши, имеется идентичность, но в некоторых местах она «дырявая». И иногда происходит слипание с Другим, и он прекращает свое существование, превращаясь во внутренний объект, сценарий отношений с которым строится по принципу повторяемых интеракций.
- *Психотический* уровень — это сплошное решето: отсутствует идентичность, не выстроены структуры психического аппарата, понятие Другого отсутствует — это спроецированный вовне внутренний объект, в силу чего происходит посто-

янное слипание и отталкивание, идеализация и девальвация. Для психотика важно адаптироваться, что означает для него инкорпорировать определенный набор правил и норм поведения. Кстати, поэтому профессиональная сфера, сфера официальных взаимоотношений, как правило, для него более или менее сносная. Как только происходит переход на более близкие личностные отношения — возникают серьезные проблемы.

Итак, для «психотика» и для «пограничника» важно залатать прорехи в своей идентичности и создать иллюзию адекватного реагирования в социуме. И такая иллюзия, в которую верят окружающие и опосредованно через окружающих начинает верить и сам носитель базового дефекта, создается. Но аффективное просачивание сквозь прорехи начинается, когда индивид проходит определенные стадии развития взрослой жизни. Как правило, это выбор партнера, создание семьи и рождение ребенка. Перегруженная система личности, когда и без того перенапряженные системы защиты дают сбой, нуждается в сохранении статус-кво, сохранении целостности (или ее иллюзии). Тогда на помощь приходит симптом в качестве неадекватной, но все-таки защиты. Здесь и возникает гиперфагия, что постепенно приводит к набору лишнего веса.

Какая бы стратегия взаимодействия с собой и внешним миром — что определяет типологию личности — ни была выбрана впоследствии, пациентов с ожирением при всем их индивидуальном личностном разнообразии объединяет наличие базового дефицита материнского объекта. Слишком уж глубок уровень этой проблематики, чтобы проявляться на поверхности в виде определенных типов личности, — именно поэтому, что отмечают и многие специалисты, нет возможности выделить определенный тип личности пациента, страдающего ожирением.

Чтобы попытаться уложить все здесь изложенное в одну общую концепцию, позволим предложить умозрительную схему, которая, как и все схемы, достаточно условна и лишь приближает нас к более глубокому пониманию истины. Развитие и формирование личности можно описать с помощью метафоры. Но, как и всякая метафора или модель, она несет лишь отражение истины, преломленное через призму осознания автора. Однако, несмотря на искажение и кажущееся понимание реальности, все же она помогает понять хоть что-то, что может стать структурой осознанного видения проблемы и работы с ней, на что автор уповает более всего.

Как можно видеть на представленной схеме (рис. 4.1), на заре человеческой жизни психика формируется где-то в глубинах океана недифференцированности и хаоса, где отсутствуют форма и содержание и вообще какие бы то ни было понятия. И через систему анализаторов ощущения окружающего мира и внутренние органические ощущения (пока в психике этого разделения на внешнее и внутреннее тоже нет) запечатлеваются первыми островками того, что уже можно назвать психической жизнью. В художественной форме это очень хорошо описал В. Пелевин в рассказе «Иван Кублаханов»¹.

¹ См. в Пелевин В. «Желтая стрела». — М.: Вагриус, 2000.

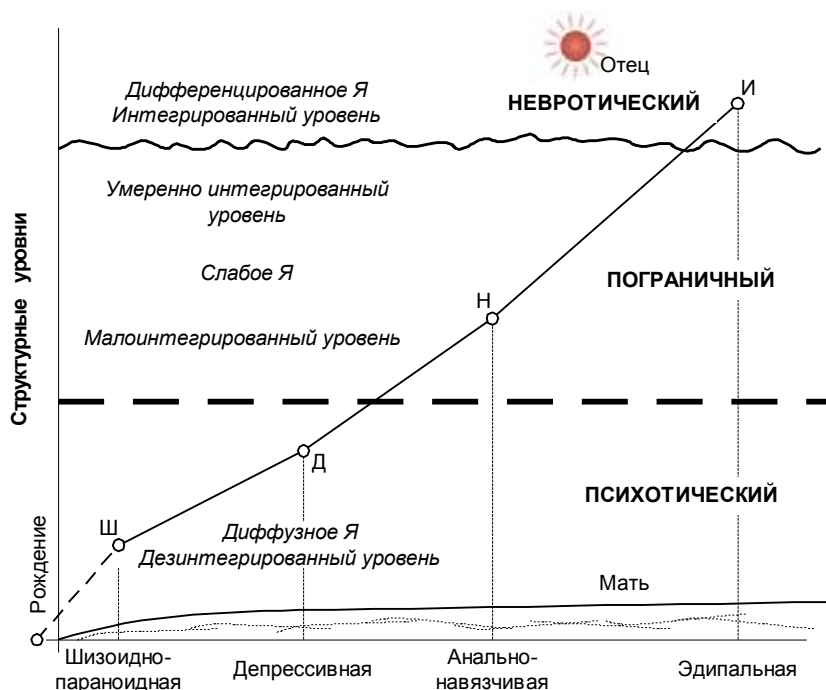


Рис. 4.1. Схема развития

Путь развития человека начинается со дна океана. Дно, как часть земли, является символической матерью, от которой отделяется при рождении ребенок. Данная схема, на наш взгляд, очень архитипична и составляет сюжеты многих мифов о сотворении мира из небытия и хаоса. И если следовать метафоре развития и гипотетически предположить, что глубины океана — это жизнь существа, не знающего своего бытия, сфера бессознательного, сфера, которую воспевают некоторые романтики как чистоту природного незамутненного осознанием бытия, то поверхность этого океана есть сфера видимого, а значит, осознаваемого — есть сознание и осознание себя как субъекта, есть онтологическое бытие человека. Тогда весь процесс развития, вторя теории зарождения жизни на земле, идет по пути постепенного всплытия из глубин праокеана на поверхность. И этапность развития есть постепенное (но не обязательное, как считали представители гуманистического подхода) движение вверх.

В толще воды можно выделить три зоны развития, представляющие структурный уровень:

- придонная зона — психотический безобъектный уровень;
- зона, что находится ближе к поверхности, — пограничный уровень;
- поверхность же воды, освещаемая солнцем, представляет собой невротический зрелый уровень.

Движение к поверхности предполагает обретение границ и целостного Я. В толще глубин, ближе ко дну, Я не имеет четких границ, диффузно и, словно глубоко-

водные морские твари, попавшие на свет божий, расплывается бесформенным сгустком.

Особую роль в процессе развития играет дно воображаемого нами океана — как колыбель развития, представляющая собой материнский объект. Если дно, или материнский объект, нестабильно, в толще воды происходит фиксация на этих стадиях, которые проявляются по жизни поиском замещающих объектов, поиском того, что может заполнить эту дыру, сформировать ощущение психической почвы, опоры под ногами. Говоря образно, не имея возможности оттолкнуться от дна и, в конце концов, всплыть на поверхность, индивид застревает в толще воды на той или иной глубине. «Невротик» имеет некие механизмы, удерживающие его на плаву, — на поверхности представленного на схеме океана.

Для того чтобы адаптироваться к окружающему миру и к социуму, индивид вынужден хотя бы иметь представления о поверхности, т. е. о нормах поведения в обществе, если даже и не быть носителем (или имитатором) его потребностей и ценностей. Но эти нормы у «психотика» не проходят процесса символизации и не встраиваются в общую структуру. Это очень хорошо видно в процессе психотерапии, когда пациент начинает говорить. *Язык* представляет собой символическое пространство, через которое осуществляется выход индивида в культуру, в социум. Язык существует как система знаков с закрепленными за ними определенными смыслами — *означаемое* в терминологии Ж. Лакана. Кроме языка имеется еще и *речь*, где слова наделяются индивидуальными смыслами, становятся *означающим*. И там, где пациент «проваливается» в речевые штампы, где обнаруживается расхождение между речью и языком (Ф. де Соссюр), между означающим и означаемым (Ж. Лакан), — именно там зияет бессознательное и именно там открывается истинная сущность.

Рассогласование речи и телесных реакций, когда разворачивается поле психотерапевтического процесса, и в тонких нюансах взаимоотношений отсутствует возможность соответствовать каким-то заученным правилам и нормам, — это прямо указывает на отсутствие внутреннего функционирующего аппарата, обеспечивающего существование на поверхности невротического уровня. Психотику остается лишь имитировать присутствие на поверхности, и происходит это таким образом, что ядро, оставаясь в глубинах, выбрасывает на поверхность океана некие рудиментные органы имитации, а внешне это выглядит вполне привлекательно и гармонично. Но не стоит забывать, что ядро структуры находится под водой, и психический центр тяжести помещается в глубине. Другими словами, логический оператор находится наверху, на поверхности, а смысл бытия, сама структура, остается в глубинах. И как только на поверхности неспокойно, вся кажущаяся внешняя гармония куда только девается — все наносное и поверхностное смывается волной, и проявляется истинное бытие человека, где отсутствует или очень ограничена функция саморегуляции и возможности объективной оценки себя и своего поведения через Другого. Другой здесь выступает внутренним объектом, представляющим собой объективную точку зрения как бы со стороны. Так же это можно назвать *наблюдающим Эго* (Ральф Р. Гринсон [14]), наличие которого является одним из диагностических критериев невротической структуры.

Отделившись от дна-матери, пройдя акт рождения, ребенок попадает в новый мир. Рождение в этом плане переживается как смерть внутриутробной жизни, что закономерно ведет к появлению нормальных (для этого периода развития) защит от аффектов — расщепления. Это шизоидная стадия, обозначенная на схеме буквой Ш. При этом на данном этапе отсутствует целостное восприятие объекта, оно частично. Мать, таким образом, воспринимается как грудь, в свою очередь грудь расщепляется на хорошую, питающую, и на плохую, фрустрирующую. Грудь как частичный материнский объект воспринимается как продолжение себя, что, сталкиваясь с реальностью отсутствующей груди, вызывает агрессию. Желание завладеть грудью, обрести над ней тотальный контроль движет младенцем. По мнению Винникотта [9], задача матери — справиться с аффектами младенца и не разрушиться. Именно в этом случае происходит нормальный переход на следующую, депрессивную стадию. Фиксация на шизоидно-параноидной стадии приводит к формированию шизоидной личности, которая характерна для лиц, которые недополучили в первые месяцы жизни эмоционального тепла во взаимоотношениях с матерью, которым не доставало контакта «глаза в глаза». Ведь ребенок находит себя на поверхности взгляда матери.

Время идет, и если ребенок окружен заботой и любовью матери, если она выдерживает его агрессивные импульсы, происходит переход на депрессивную стадию (Д). Эта стадия характеризуется наличием ведущего аффекта вины за стремления разрушить материнский объект. И если мать на этом этапе, быть может в силу обстоятельств, вынуждена подолгу отлучаться либо покинуть ребенка, происходит фиксация на данной стадии. Депрессивная личность ощущает постоянную потребность в материнском объекте, испытывая постоянный страх перед его потерей. Но, как известно, страх потери зачастую оборачивается контрфобическими установками, проявляющимися в том, что индивид сам неосознанно делает все, чтобы его бросили. Еще раз стоит подчеркнуть значение данной стадии в формировании неадекватного пищевого поведения (пищевой зависимости), приводящей, в конце концов, к избыточной массе тела и ожирению.

Стадия развития, следующая за депрессивной, — анально-навязчивая (Н). Она характеризуется обретением контроля над выделительными функциями тела, что сопряжено с обретением границ тела. Через телесные границы происходит дальнейшая дифференциация и структурирование Я ребенка. Разделение на Я и не-Я подразумевает более детальное изучение границ, когда ребенок проявляет агрессивные импульсы, как бы осяпывая окружающее пространство в попытке более детального установления границ. Внешне это может выглядеть как протестные реакции упрямства, непослушания и т. д. Излишняя озабоченность родителей протестными аспектами поведения ребенка и стремление исправить и подчинить его могут привести к фиксации на данной стадии, когда происходит подавление драйвов, и структурирование всех возможных областей жизни становится средством совладания со стремящимися наружу агрессивными импульсами, что характеризует навязчивый тип личности.

Этап всплытия на поверхность эмпирического океана развития, представленного в нашей схеме, соответствует эдипальной стадии (И). В психическом мире ребенка,

кроме материнского объекта, появляется отцовский объект. Хотя этот процесс формирования репрезентации образа отца начинается значительно раньше (Е. Фридрих [71]), тем не менее, на этой стадии так называемая *триангуляция* является ведущим событием психической жизни и дальнейшего развития. Эта стадия является своего рода итоговой проверкой всего процесса развития, и ее успешное прохождение зависит от выполненных задач развития предыдущих стадий. Когда выстроены отношения в диаде с материнским объектом, развитие которых идет по пути постепенного увеличения дистанции, тогда открывается возможность появления отцовского объекта во внутреннем пространстве. Процессы, происходящие на данной стадии и обозначенные З. Фрейдом как *эдипов комплекс*, предполагают окончательное формирование полоролевой идентичности. Это является неким последним штрихом в окончательной картине зрелого и дифференцированного Я. Фиксации на данной стадии развития приводят к формированию истероидной структуры личности, для которой важное значение имеют внешние впечатления, которые она производит на противоположный пол, и жесткая конкуренция с представителями того же пола.

Факт достижения индивидом определенной стадии развития вовсе не говорит о невозможности регрессии на более ранние стадии. Вот наглядный пример такой флуктуации между депрессивной и анально-навязчивой позициями с использованием техник символдрамы. Диагностический мотив символдрамы «Цветок» применяется для введения пациента в систему воображения, а также для диагностических целей, и, как правило, уже на этом пробном мотиве может происходить психотерапевтическая проработка эмоциональных проблем на символическом уровне. После демонстрации образа пациенту дается домашнее задание его нарисовать. Пациентка (см. приложение, клинический случай № 6) принесла два рисунка диагностического мотива «Цветок»: один, выполненный грифельным карандашом (рис. 1 цветной вклейки), другой, спустя некоторое время, выполненный цветными карандашами — цветик-семицветик (рис. 2 цветной вклейки).

Первый рисунок был сделан пациенткой сразу после психотерапевтической сессии и принесен на следующую встречу, второй был нарисован чуть позднее — на третьей сессии. При сравнении рисунков обращает на себя внимание выбор средств изображения, композиция рисунка. Если первый рисунок выполнен грифельным карандашом легкими, едва заметными линиями, что может свидетельствовать об астении, пониженном фоне настроения и общей депрессивности, то второй рисунок, в результате психотерапевтической проработки и обретения ресурса, выглядит совсем по-другому. Тут уже присутствует цвет, причем цветок становится сказочным (цветик-семицветик), выполняющим желания, что свидетельствует о наличии истероидности и появлении дополнительных объектов эдипальной динамики. При дальнейшей работе и сборе анамнеза динамика, отраженная в рисунках, четко прослеживалась в динамике жизни пациентки. Яркая, привлекающая внимание женщина, с явными признаками демонстративности при определенных условиях, связанных с взаимодействием с противоположным полом, впадала в состояние апатии, пониженного настроения — именно в такие моменты появлялся аппетит и происходил набор веса.

Драматизм эдипальных отношений является, как правило, непреодолимой преградой для индивида с фиксацией на доэдипальных стадиях развития, коим и является пациент с ожирением. Сцена Эдипа с ее необходимостью выстраивать отношения партнерства и напряжением очень истощает его ресурсы и отбрасывает на более ранние стадии развития для их восполнения. Недаром было сказано, что на полях любви полегло намного больше людей, чем во всех войнах [58].

Еще раз стоит отметить, что схема носит достаточно приблизительный характер, и в ней не отобразилась динамика развития, которая имеет не линейный, а поступательный, циклический характер, когда формирующееся Я постоянно меняет дистанцию в первую очередь до материнского объекта, то приближаясь, то удаляясь. На каждой из стадий развития преобладают разные драйвы, являющиеся движущими силами, — то либидо, то агрессия.

Для проблемы ожирения и избыточной массы тела характерна фиксация на депрессивной стадии, стадии переходного объекта, но впоследствии компенсируясь, общая структура может обретать различные черты, будь то истерические или навязчивые проявления. Или, что не было отражено в схеме в силу противоречивых взглядов на проблему в современном психоанализе — нарциссические проявления. Важно то, что базовый дефект личности проявляется даже несмотря на то, что индивид успешно адаптирован к окружению и демонстрирует зрелую невротическую структуру — при декомпенсации в результате событий, связанных с потерей объекта, он погружается в глубины, соответствующие депрессивной стадии.

На наш взгляд данная динамическая тенденция коррелирует с теорией Дж. Энгеле и А. Шмале [26, 41] о причинах развития психосоматических расстройств, при которых можно наблюдать характерный комплекс *giving up* (прекращаемый, бросаемый) и *given up* (прекращенный, брошенный). У пациентов возникает чувство потери, разрыва взаимосвязи между прошлым и будущим, в результате чего они больше не могут позволить себе с доверием и надеждой смотреть в свое будущее. Жизнь кажется мрачной и больше не привлекает, при этом пациент испытывает отчаяние, депрессию, безнадежность, горе и печаль, чувство невозполнимой потери, беспомощность. Механизмом совладания с состоянием потери объекта и является заедание, как восполнение внутреннего дефицита.

Косвенным подтверждением общего фона депрессивности как дефицита базового объекта является тот факт, что в медицинской практике фармакотерапии ожирения в настоящее время большую эффективность показало применение антидепрессантов [45]. В отечественной медицинской парадигме система взглядов на психосоматические расстройства, коим является ожирение, сводится к пониманию психосоматозов как проявлений соматизированной депрессии [63] — это единственное отличие от психоаналитической парадигмы во взглядах на саму природу депрессии и депрессивности.

Ожирение как результат пищевой зависимости

Круг и хождение по кругу, как метафора безвыходного, постоянно повторяющегося сценария развития, характеризует внутреннюю динамику пациента с ожирением. Этот сценарий можно изобразить в виде замкнутого круга (рис. 4.2), характерного и для других видов зависимости, в основе которых лежит базовый дефект.

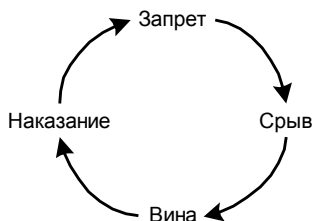


Рис. 4.2. Круг зависимости

Как уже было сказано ранее, базовый объектный дефицит формируется на депрессивной стадии, где ведущим аффектом является чувство вины. Вина играет важнейшую роль в психодинамике пищевой зависимости. Из рисунка видно, что запрет, который может проявляться в виде различных ограничений (диеты, разгрузочные дни, голодание), всегда рано или поздно приводит к окончанию ограничительных мероприятий и включению механизма гиперкомпенсации, попросту — срыва. Любая нехватка, даже иллюзорная, активизирует потребность и желание восполнить данный дефицит с запасом. Ярким примером такого случая может служить событие, поразившее всю, по крайней мере, европейскую часть России — несколько лет назад появился слух, что запасы соли иссякли, и соли будет не хватать. Этот слух породил потребность запастись солью впрок, на что рынки отреагировали пятикратным повышением цены. Более того, панические настроения коснулись и тех регионов, в которых соль добывают. Так жители Оренбуржья запасались солью в Соль-Илецком месторождении, вывозя ее в буквальном смысле машинами.

Итак, любое ограничение или запрет, актуализирует потребность в обладании данным объектом и заканчивается гиперкомпенсацией, или срывом. Срыв же запускает механизм эмоционального сопровождения, когда родительское имago (наказующая часть архаичного незрелого Сверх-Я) наказывает за неумение обойтись без материнского объекта. Для индивида возникает патовая ситуация: дефицит объекта, сопровождаемый повышением градуса тревоги, включает механизм компенсации — поиск и насыщение сверх необходимой потребности. И это оборачивается для индивида всегда проигрышем — дефицитный материнский объект снова наказывает депривацией. Как будто долго отсутствующая мать наказывает тянущегося с объятиями и радующегося возвращению матери ребенка тем, что вновь покидает его, мотивируя свой уход, что он так не по-взрослому себя ведет. Снова вспоминается

уже приведенная ранее цитата из произведения Ф. Кафки «Процесс»: «Вина всегда притягивает правосудие». Правосудие, как правило, реализуется в виде санкций или наказания. Для индивида, страдающего ожирением, этим может стать самоуничтожительная критика и действие искупления, — как правило, опять же ограничительного характера.

На линии вектора развития компенсация дефицитного внутреннего объекта и выход из депрессивной позиции возможен несколькими путями, от выбора которых зависит стратегия поведения индивида. Регрессия на предыдущую параноидно-шизоидную позицию предполагает расщепление внутреннего объекта на хорошую мать и плохую. Причем, как правило, плохой материнский объект проецируется вовне и связывается с частичным неперсонифицированным объектом — едой. Весь прошлый опыт снижения веса подавляется, будто его и не было вовсе, и возникает иллюзия начала «с чистого листа». Но вновь возвращаясь к депрессивной позиции и необходимости заполнения внутреннего дефицита для совладания с разъедающей целостность тревогой, индивид терпит поражение. И вина толкает его на поиск средств наказания, и, быть может, еще более изощренного, чем предыдущее. Роль наказания может играть более строгая диета, полный отказ от пищи — голодание. Вот почему постоянно появляющиеся диеты, коими пестрят модные гляцевые журналы, так востребованы, хорошо встраиваясь в данный сценарий. Искупление вины в виде очередного наказания, ограничительного испытания — это, по сути своей, очередной запрет. В наказании, как в возможности очищения, имеется отглоток анально-навязчивой стадии развития. Наказание в виде попытки структурировать внутреннее состояние через поиск наиболее подходящей диеты или метода снижения веса (это могут быть и интенсивные физические нагрузки) и планирование своего поведения по воплощению поставленной цели. Уж лучше строгий и наказующий родитель, чем его отсутствие. Таким образом происходит выход на новый виток данного сценария зависимости.

Однако пищевая зависимость, имея сходные черты с прочими зависимостями, все же имеет существенные отличия от химических зависимостей, с которыми ее часто сравнивают. Химические зависимости, вследствие влияния на физиологию мозга, злокачественно и очень быстро регрессируют пациента на дообъектный уровень. Если сравнивать пищевую зависимость, алкогольную и наркотическую, то, с точки зрения теории объектных отношений, пищевая зависимость будет занимать более высокое место на воображаемом векторе развития. Как уже говорилось ранее, это депрессивная позиция с выходом на переходный объект и более интегрированная структура Я. Наркотическая же зависимость предполагает шизоидную позицию с формированием частичного объекта и быстрой регрессией на безобъектный уровень. Алкогольная зависимость, на взгляд автора, занимает промежуточное положение между пищевой и наркотической зависимостями с имеющейся тенденцией к регрессии. Вот почему в социальном плане наркомания намного опаснее — происходит быстрая по времени злокачественная регрессия на безобъектный уровень, что означает окончательное растворение дефективных структур личности (Я и Сверх-Я в первую очередь) и социальную и психическую смерть.

Беременность и вес

Возникает вопрос, почему склонность к набору лишнего веса у женщин зачастую актуализируется после рождения ребенка. Безусловно, с медицинской точки зрения, и автор этого ни в коей мере не отрицает, происходит гормональная перестройка, которая и вызывает набор лишнего веса. Но попробуем рассмотреть это с психологической точки зрения. Образ, идея своего будущего ребенка, задолго до его рождения у будущей матери уже есть. И те девять месяцев, что длится беременность, даются не только для формирования плода, но и на изменения в идентичности матери, которая готовит базу, фундамент для будущих отношений с ребенком. В психическом пространстве матери происходят важные изменения — она регрессирует на более ранние этапы развития. Это проявляется в некоторой чувствительности к внешним воздействиям, беременные придают большее значение сказанным кем-то словам, взглядам и т. д., пытаясь от них отгородиться. Такое поведение указывает на проявление магического мышления, что является признаком регрессии будущей матери на более ранние архаичные стадии развития, временный переход на психотический структурный уровень. Образ будущего ребенка, или внутренний объект младенца, проходит через определенные стадии развития и самым непосредственным образом связан с историей развития самой матери, актуализируя весь вытесненный материал фрустраций начального периода развития. Таким образом, актуализация повторного прохождения стадий внутреннего объекта ребенка вызывает попадание в зоны нехватки у самой матери. И нехватка эта, этот дефицит связаны опять-таки с материнским объектом — стремление восполнить который и запускает процесс заедания. В результате и появляется повышенный аппетит, связанный не только с биологической потребностью растущего плода, но и с определенной внутренней психодинамикой.

ГЛАВА 5

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

ПРИМЕЧАНИЕ

Глава написана в соавторстве с Я. Л. Обуховым, М. В. Овсянниковым и Е. Н. Родиной.

Диагностический аппарат позволяет структурировать, прежде всего, мышление специалиста, чтобы наложить некую структуру на его видение разнообразия патологий. Диагноз ради диагноза не есть цель психодиагностики. Выделение нозологических единиц позволяет проводить некий анализ в плане патогенеза, т. е. причин, лежащих в основе симптома, и, соответственно, стратегий дальнейшей терапевтической работы. Данная стратегия создания систем и классификаций изучаемых явлений является базой научно обоснованного подхода. В медицине существует Международный классификатор болезней, сейчас уже 10-го пересмотра, который создан на основе американской системы классификации DSM-IV. Но чисто медицинская биологоцентрированная парадигма не подходит к вопросам, касающимся душевных феноменов. В связи с этой общей неудовлетворенностью была создана новая модель классификации на основе теории психоанализа. Недаром кризис и противоречия являются источником развития, в том числе и в развитии научной мысли.

Так, группой разработчиков, прежде всего из Германии, Австрии и Швейцарии, была создана классификация, получившая название «Операциональная психодинамическая диагностика» (OPD). Первая консультация этой рабочей группы с целью создания OPD состоялась в 1992 году, а в 1996 году был опубликован первый вариант OPD-1. Позднее классификатор был дополнен и отредактирован и в 2006 году опубликован под названием OPD-II.

В нашей стране OPD пока остается малоизвестной, но уже сейчас готовится к печати авторский перевод (Обухов Я. Л., Овсянников М. В., Родина Е. В.)¹. А пока по-прежнему повсеместно применяется МКБ-10, носящий чисто описательный характер, который не дает понятия природы расстройства, его динамики, поэтому подвергается всеобщей критике.

¹ Черновой вариант этого перевода с согласия авторов доступен для ознакомления на сайте psy-symbol.ru.

По сути OPD является ответом психоаналитиков на несовершенство и связанную с ним неудовлетворенность МКБ-10.

OPD включает в себя пять диагностических шкал, которые позволяют произвести оценку пациента.

Шкала 1 — субъективных переживаний пациента

Это то, с чего начинается любая терапия, — жалобы и формулирование запроса пациентом. И здесь, прежде всего, следует сослаться на структурное интервью О. Кернберга [20], в котором заложены практически все основные идеи OPD.

При контакте с пациентом необходимо, прежде всего, внимательно вслушиваться в смыслы его повествования, уметь выделять контекст его речевого послания: о чем он говорит, что он транслирует через определенный набор слов? Именно в словах необходимо искать субъективное значение, *означающее* в терминологии Ж. Лакана [33]. И если чуть расширить смысл некоторых обозначений, передаваемых словами, можно наблюдать, как пациент «проваливается» именно в тех сферах, где имеются главные конфликты. Пациент сваливается в онтологическую пропасть, где слова теряют функцию символообразования, а тем временем закрывает эти дыры речевыми штампами: «Ох, у меня, доктор, депрессия», — проникновенно говорит пациентка на первой встрече. «Вы не знаете что это такое?» — продолжает она, выслушав просьбу психотерапевта пояснить, что такое депрессия. Здесь терапевт должен быть начеку, чтобы не пропустить главного — те замаскированные в речи ямы, прикрытые трюизмами и речевыми штампами, именно под которыми и лежит ядро конфликта. Слова — лишь символы, и где нарушена символизация, именно там следует искать причину развернувшегося патологического процесса, запускающего механизм искажения символообразования. В приведенном примере необходимо понять феноменологию слова «депрессия», какие смыслы вкладывает пациентка в это понятие. «Это состояние, — продолжает свои объяснения пациентка, — когда опускаются руки, мне не хочется идти на работу, где весь день одно и то же; когда устала твердить мужу, а он, как всегда, делает по-своему...» И под депрессией постепенно открывается поле конфликтов, вызвавших дискомфортное, патологическое состояние пациентки. Именно на этой почве проявляется симптом *гиперфагии*, попросту — заедания.

В OPD выделяются следующие критерии, которые позволяют оценить пациента по первой шкале.

- Критерий тяжести симптома, который позволяет объективно оценить, учитывая тяжесть и прогноз заболевания, насколько данный симптом адекватно воспринимается пациентом. Так, при онкозаболеваниях, в менталитете обывателя эквивалентных смертельному приговору, могут включаться различные механизмы отрицания и вытеснения, динамику которых описала Э. Кюблер-Росс [29]. Через

отрицание, затем проявление агрессии и депрессии, к принятию идеи неизбежности смерти.

- Гнет страданий (субъективное переживание симптома, которое может совершенно не соответствовать объективной тяжести симптома), который оказывает прямое воздействие на мотивацию к психотерапии. Мотивация на психотерапию является важным условием заключения психотерапевтического контракта. Этот критерий включает в себя следующие составляющие:
 - насколько нарушено восприятие себя после возникновения симптома (болезни). Пример высказывания пациентки с ожирением: «Я ощущаю себя в свои 19, когда я была стройная и красивая, и никак не могу смириться со своим нынешним весом»;
 - вторичная выгода от болезни, которая практически всегда имеет место. Пациентке с ожирением всегда уступают место в общественном транспорте, когда тучный человек куда-либо заходит, его сразу видно, словно крейсер всплывает в тихую гавань;
 - адекватность субъективной оценки своего симптома — насколько субъективное видение своего симптома соответствует действительности. Пациентка при нормальном весе утверждает, что у нее лишних целых два килограмма! Этот пример уже может свидетельствовать о нарушенной идентичности с неадекватным восприятием себя и своего тела по типу дисморфомании либо дисморфофобии, что характерно для пациентов с пограничной или психотической структурой. Другой пример — восприятие ожирения как привычки, но не как болезни, имеющей свою динамику, осложнения и прогноз.
- Ожидания от лечения и готовность принять лечение подразумевают способность принять новую информацию о душевных феноменах, лежащих в основе передаточности и, как итог, избыточной массы тела. Медицинские аспекты заболевания, в частности, последние исследования в области диетологии, основы анатомии и физиологии и самое главное — связь между симптомом и психическим состоянием:
 - отношение пациента к выбранной форме лечения у пациентов с ожирением отличается, в силу структурных дефектов, наличием веры в чудо — так называемое *магическое мышление*: волшебная таблетка, чудо-тренажер и т. д.;
 - мотивация на психотерапию — как правило, заключается в формуле «Чтобы сделать, лишь бы ничего не делать» — «Доктор, худейте меня!».
- Ресурсы:
 - психосоциальная интеграция — насколько человек организован, ведь придется перестраивать свой привычный жизненный график, уделяя больше времени питанию. Как правило, наибольшей проблемой для пациента (в рамках поведенческого подхода) является выполнение правил формирования адекватных пищевых привычек: дробное питание через каждые 3–4 часа и т. д.;

- личностные ресурсы — насколько личность стенична, насколько человек мотивирован на избавление от симптома;
- социальные ресурсы (помощь семьи, близких) — очень важная составляющая, ведь многие приходят на терапию инкогнито, а иной раз, при явном сопротивлении близких.

Шкала 2 — отношений

Лестер Люборски [32] предложил анализировать отношения пациента, разложив их на составляющие: желания, ожидания и опасения. Покажем это на примере обратившейся за помощью пациентки с избыточной массой тела. Ее *желания* — с помощью терапевта снизить вес и стать стройной и привлекательной. *Ожидания* — в плане того, какую цену (в затрате сил, времени и прочих ресурсов) она готова за это заплатить, чем готова поступиться. *Опасения* у пациентов, особенно неоднократно снижавших вес, бывают всегда. И, прежде всего, они связаны с хорошо вытесняемой возможностью срыва и повторного набора веса.

Для понимания пациента, патогенеза его страданий, важно уделять пристальное внимание тем отношениям, которые возникают в терапии: перенос и, соответственно, контрперенос. *Перенос* — это те сценарные отношения пациента, в которые рано или поздно он втягивает свое социальное окружение, в том числе и терапевта. Переносные отношения подразумевают проекцию вовне внутренней динамики объектных отношений — и к терапевту, к его личности, не имеют никакого отношения. Перенос представляет собой проявление пациентом бессознательного материала, не подверженного вытеснению, — это зона несформированных отношений с объектом, где индивид не знает себя.

Терапевт выступает здесь как объект, как экран для проекций внутренних значимых не выстроенных отношений со значимым объектом, который используется для их достройки. И перенос зачастую начинается еще до прихода пациента на терапию — он по каким-то каналам нашел информацию о терапевте и уже выстроил с ним воображаемые отношения. Как правило, переносные отношения являются диагностичными в плане определения структурного уровня. С психотическим пациентом в рамках терапии отношения переноса возникают практически сразу. В силу расщепленности внутренних объектов на хорошие и плохие (М. Кляйн [25], параноидно-шизоидная позиция), на терапевта может вначале проецироваться образ хорошей матери, который в любой момент может смениться на образ плохой, ужасной матери. Поэтому у психотика так часто встречается идеализация терапевта: «Доктор, вы наша последняя надежда!» Но такая надежда, зачастую, быстро сменяется на девальвацию (обесценивание). На это часто «ведутся» начинающие терапевты — ведь как приятно чувствовать себя великим и всемогущим, когда идет мощная подпитка нарциссических потребностей терапевта, но потом они оказываются низвергнутыми в пропасть обесценивания, после чего включается копинг-стратегия, описанная Э. Берном [3]: «Но ведь я пытался помочь!»

Проваливание в чувства терапевта в ответ на переносные отношения пациента называются *контрпереносом*. К примеру, вдруг у терапевта появилось сильное жела-

ние помочь пациенту, окружить его заботой, спасти. Часто это связано с тем, что терапевт попал в поле психотического слияния пациента, где в результате проявления проективной идентификации [19] часть нарушенного страдающего Я пациента было, как бы, вброшено в Я терапевта. Произошла своеобразная инвазия патогенным материалом пациента. Здесь, безусловно, опять следует подчеркнуть важность супервизионной практики.

Также следует учитывать и другие сферы отношений. Если пациент рассказывает терапевту о своем ближайшем окружении, давая только позитивные либо только негативные оценки, здесь следует предположить, что, опять-таки, имеет место механизм расщепления, и, скорее всего, это психотический пациент. Интересен в этом плане подход Л. Люборски [32], который пытается структурировать процесс терапии.

Шкала 3 — конфликтная

Лестер Люборски предложил внимательно исследовать пациента в сферах текущих отношений в рамках терапии, отношения вне терапии и прошлых отношений, анализируя их в подсистемах предыдущей шкалы 2: а) желания; б) ожидания; в) опасения.

Выделение однотипных паттернов реагирования в этих трех сферах отношений: во время терапии, в сфере актуальных отношений вне терапии и анамнестических данных прошлых отношений, получило название метода ЦТКО (центральная тема конфликтных отношений).

Для выявления ЦТКО необходимо проанализировать важные сферы отношений пациента:

- ☐ проявление конфликта в отношениях с супругом;
- ☐ проявление конфликта в родительской семье;
- ☐ проявление конфликта на работе;
- ☐ проявление конфликта в отношениях собственности;
- ☐ проявление конфликта отношения с социумом;
- ☐ проявление конфликта отношения к болезни.

В рамках психоаналитически ориентированной психотерапии на выявление ЦТКО уходит обычно от 3 до 5 установочных сессий, которые как раз необходимы для принятия терапевтом решения о необходимости терапии.

Выделяется несколько базовых конфликтов, которые являются центральными темами жизненных сценариев пациента. Конфликты определяются наличием противоположных разнополюсных стратегий, которые, как две стороны одной медали, указывают на данный конфликт. Недаром говорят, что противоположности обращают на себя внимание в плане однозначной проблемности данной сферы человека. Каждый конфликт описывается в виде двух противоположных на первый взгляд модусов, указывающих на ядро конфликта.

1-й конфликт: автономия/зависимость

Привязанность и независимость имеют жизненно важное значение для каждого человека. Они простираются между противоположными полюсами: стремлением к близким отношениям и симбиотической близости — с одной стороны, и стремлением к подчеркнутой самостоятельности и ярко выраженной дистанции (неестественная автономия, проявляющаяся как контрфобическая установка) — с другой. Зрелая личность может комфортно чувствовать себя в разных диапазонах дистанций в отношениях. Конфликт автономии/зависимости указывает на то, что лишь узкая полоска дистанции является для пациента с данным конфликтом комфортной. Становится ясным, что для пассивного модуса комфортная дистанция должна быть минимальной, для активного модуса — максимально удаленной.

Если вспомнить теоретиков объектных отношений (М. Малер), то стадия симбиотических отношений проявляется, когда единственным объектом в мире формирующейся психики младенца является мать. Великая мать с ее обладанием безусловного блага — питающей груди, на более зрелых стадиях может символически замещаться другими объектами: алкоголем, работой, другим человеком, на которого спроецирован материнский объект, и, конечно же, едой.

Говоря об этом конфликте, следует понимать, что речь идет о ранних формах симбиотической близости, что указывает на фиксацию на данной стадии развития и наличии определенного структурного уровня: как минимум — пограничного, как правило — психотического.

Данный конфликт, основа которого закладывается в период до 1,5 лет, является причиной депрессий, алкогольной и прочих зависимостей и психосоматических расстройств. По нашим наблюдениям в ходе многолетней работы с ожирением подавляющее большинство пациентов имеют именно этот базовый центральный конфликт во всех проявлениях. Ведущим аффектом, отличающим данный конфликт, является страх, а страх всегда связан с объектом.

Критерии рассматриваемого конфликта сведены в табл. 5.1.

Таблица 5.1. Критерии 1-го конфликта: автономия/зависимость

Критерии	Пассивный модус	Активный модус
Общая характеристика	Комфортно быть зависимым и нет никакого желания быть автономным. По жизни занимает ведомую подчиненную позицию. У психотерапевта часто возникает контрпереносное чувство ответственности за пациента. Когда возникает опасность потерять объект (работа, отношения и т. д.), то возникает страх — ведущая эмоция этого конфликта	Здесь подчеркивается своя независимость, самостоятельность, финансовая состоятельность, которая выражается в принципе: «Я всегда сама за себя плачу». Противоречивые тенденции: неосознанное фантазийное желание обрести объект, который будет о ней заботиться, и в то же время внешняя демонстрация своей автономии

Таблица 5.1 (окончание)

Критерии	Пассивный модус	Активный модус
Отношения с партнером	Такие пациенты выбирают партнера, который будет заведомо выше их. Однако партнер не должен быть излишне активным. Очень зависимы в отношениях с партнером, испытывают потребность в такой зависимости, не желают изменений в жизни, но этого не осознают, рационализируют: «Я не могу оставить его одного»	В отношении с партнером подчеркивается независимость, следствием чего бывает очень много конфликтов в семье. Окружение страдает от их активности. Бескомпромиссны
Отношения в родительской семье	Феномен психического невзростления. Будучи взрослыми, живут вместе с родителями (маменькина дочка, маменькин сыночек) — часто передающаяся установка	Отношения в семье конфликтные, очень рано заявляют о собственном мнении. Покидают семью, как правило, рано. Преждевременно выгоняют своих детей из дома
Отношения к работе	Подчиненное положение на работе, избегает ответственности, он «второй человек», нет темы конкуренции, просто он боится принимать решение, важно, чтобы решение принял начальник	Как правило, занимают ведущее положение, становятся руководителями, ни от кого не могут зависеть, ни под кем не могут быть, не способны к кооперации, работать в команде. Особость, индивидуальность (это встречается и в учебе, например — индивидуальный план)
Отношение к собственности	Зависимая, пассивная позиция. Внешне складывается впечатление, что ничего не нужно, на самом деле собственность пугает ответственностью	Финансовая сторона — это базис для собственной независимости (зачастую рано заводят счет в банке), но может быть другая крайность: «Мне ничего не надо, зато я свободен и от собственности я не завишу»
Отношения с социумом	Важно принадлежать к какой-то группе, чувство принадлежности, причем в группе никогда не будет лидером, в группе будет следовать за вождем	Не хотят принадлежать ни к какой группе, цинизм: «Я выше всех связей»
Отношение к болезни	Зависимость от близких, от врача, как будто бы подчиняется своей судьбе	Пациенты боятся, что болезнь может сделать их зависимыми, частая смена врачей. Считаются тяжелыми пациентами. Повышенная вероятность инфаркта у этих пациентов

ПРИМЕР. ПАЦИЕНТКА Н., 28 ЛЕТ

В настоящее время проживает в родительской семье с ребенком младшего школьного возраста от первого брака.

Н. единственный ребенок в семье. Когда ей было 2 года, родители развелись, затем мать вышла замуж повторно. Родители употребляют алкоголь. В 17 лет она ушла из дома к молодому человеку, с которым, прожив год, рассталась, вернувшись к родителям. Причина развода — проблемы с наркотической зависимостью

у мужа. В настоящее время достаточно успешна, имеет работу, стабильный доход. Родители, несмотря на то, что еще не достигли пенсионного возраста, более 3-х лет не работают, живут на доходы дочери. Н. постоянно чувствует вину перед ними. Высказывая желание бросить их и уйти с ребенком на квартиру, думает, что они без нее пропадут. Кроме того, часто навещает своего биологического отца, ведущего асоциальный образ жизни, оказывая ему финансовую помощь.

В настоящее время встречается с молодым человеком на несколько лет младше ее. Никогда не берет у него денег в долг, даже если очень нуждается, считая, что так поступают падшие женщины, берущие за любовь оплату. Проявляет отталкивающее поведение по отношению к партнеру, проговаривая ему, чтобы он нашел себе девушку без прошлого, что у нее есть ребенок и т. д.

Имеет заболевание внутренних органов, требующее оперативного вмешательства, но не может себе позволить «выйти из строя», поскольку на ней ответственность перед близкими. Высказывает опасения, что окажется прикованной к постели, что для нее невыносимо.

При всех уверениях с ее стороны в необходимости терапии на следующую встречу прийти не смогла в силу проблем на работе, что, скорее, связано с терапевтическими отношениями зависимости от терапевта, приводящими к проявлению ведущего аффекта страха.

☒ Налицо первый конфликт автономии/зависимости в активной фазе.

2-й конфликт: подчинение/контроль

Здесь речь идет о людях, центральным мотивом которых является доминирование над окружающими или подчинение им. Поэтому ведущими аффектами при этом конфликте являются раздражительность, злость, а также вина и стыд, блокирующие внешние проявления и перенаправляющие агрессивные аффекты вовнутрь. Подчинение/контроль являются противоположными полюсами в смысле «позволить руководить собой» или «руководить» другими. Большое значение при этом имеют нормы поведения — мораль, а также нравственные установки. Человек с активным модусом второго конфликта живет по принципу: «Есть только два мнения: мое и неправильное». Это тип домашнего тирана.

Переживание власти и беспомощности может повлиять, прежде всего, на самооценку, поэтому особое внимание необходимо уделить выделению чистого конфликта самооценки. Так, в пассивном модусе нужно различать, возникает ли чувство стыда от того, что человек подчиняется кому-либо, или же от того, что кто-то другой хочет напрямую вызвать в осознанном или неосознанном переживании пациента чувство заниженной самооценки. В активном модусе необходимо определить, что выходит на передний план: мотив господства над другими, удовольствие от власти или, скорее, потребность унижать других, занижать их уровень (чтобы самому быть на этом фоне «сильным»).

В рамках работы с ожирением данный конфликт встречается как сопутствующий основному, в подавляющем большинстве случаев, 1-му конфликту автономии/зависимости. В силу выраженных ведущих аффектов агрессии и необходимости их сдерживать, конфликт подчинение/контроль зачастую сопровождается сома-

тической симптоматикой в виде гипертонии и прочей сердечно-сосудистой патологии.

Критерии рассматриваемого конфликта сведены в табл. 5.2.

Таблица 5.2. Критерии 2-го конфликта: подчинение/контроль

Критерии	Пассивный модус	Активный модус
Общая характеристика	Люди с высоким самоконтролем, умеют себя сдерживать, владеют собой, не претендуют на особые права, не выдвигают требований, очень ответственные, исполнительны. Протест либо в форме плача, слез, либо — описки, ошибки. В отношениях с другими они редко проявляют инициативу, следуют тому, что предлагается	Люди, которые выступают против правил, обязанностей, попытки контролировать воспринимают как наезд на права, конкурируют, не способны признать права контроля за другими — «только они могут». Внешне производят впечатление садиста
Отношения с партнером	В отношениях не способны сказать «нет», не могут настоять на своем. Важную роль играют правила, все распланировано, статус в отношениях, часто отношения формальные, традиционные. Очень скромные, удовлетворены своим подчиненным положением, сопротивляются слабо	В отношениях самодурство, все «как мне надо», своеволие, упрямая агрессивность. Если их пытаются регулировать — протест. С ними беспокойно, воспринимаются как мешающие, «знающие как лучше», «я же о тебе позабочусь», навязывают другим представление о счастье. Выбор рецепнтно-комплиментарного супруга, который будет зависеть и подчиняться. Производит впечатление домашнего тирана
Отношения в родительской семье	Семейные традиции уже в родительской семье, иерархические отношения, «несу ответственность за свой род»	В родительской семье из поколения в поколение жесткие правила, нет теплых и эмоциональных отношений, неспособность выслушивать детей: «Сказал, и точка»
Отношения к работе	Как правило, занимают подчиненное положение, пассивно подчиняются требованиям, избегают принимать решения, бессознательно боятся власти и ответственности. Часто сверхскрупулезно выполняют свою работу	Работа очень важна, жесткое отношение к работе, важен авторитет на работе, в иерархии занимают ведущее положение. Живут по принципу: «Есть только два мнения: мое и неправильное!»
Отношение к собственности	Отношение к деньгам и недвижимости подчеркнуто скромное, но это для него значимо	Собственность и деньги имеют важное значение как средство самоутверждения: «Деньги — это власть»
Отношения с социумом	Важно иметь четкую принадлежность к группе: «Кто Я?», но никогда не занимают лидирующие позиции. Берут на себя мировоззрение группы, идеологию группы пассивно, смирение, идеология группы — тирания	Вступают в социальные группы для того, чтобы реализовать власть и влияние

Таблица 5.2 (окончание)

Критерии	Пассивный модус	Активный модус
Отношение к болезни	Болезнь как судьба, которой надо подчиниться, послушны, просто выполняют указания врача, невозможно полноценное сотрудничество	Стеничное отношение, проявляющееся в выражении: «Все на борьбу с болезнью! Я не сдамся, не дам победить себя болезни!» Отношения с врачом сложные, пациент самоутверждается и контролирует врача

ПРИМЕР. ПАЦИЕНТКА П., 50 ЛЕТ

Родом из одной из республик Кавказа. Три года назад умер муж, после чего никак не может его «отпустить», он постоянно приходит к ней в мыслях, во снах. Буквально до последнего носила траур, пока родные не настояли на его прекращении. За время после смерти мужа ухудшилось состояние здоровья, кроме набора веса, была оперирована по поводу гинекологической патологии, также была диагностирована гипертоническая болезнь, перенесла инсульт.

Анамнез: происходит, по ее словам, из знатного рода. В родительской семье было 8 человек, она — шестой ребенок в семье. Для нее очень важны родовые связи, соблюдение обычаев, поддержание своего статуса. В 18 лет вышла замуж, прожили с мужем, который был старше ее на 3 года, почти 30 лет. Последнее время совместно работали, у них свой семейный бизнес. Муж, который был ей опорой во всем, последнее десятилетие жизни страдал сердечно-сосудистой патологией, перенес несколько инфарктов и от последнего, обширного, скоропостижно скончался 3 года назад. Все его знали как очень положительного человека, а их брак считали самым счастливым.

Объективно: при всей внешней мягкости и приветливости ощущается жесткая структура. При разговоре на отвлеченные темы достаточно общительна, как только затрагиваются болезненные темы — замолкает. Очень трудно выстроить терапевтический альянс. На терапию приходит, не отказывается от выполнения домашнего задания, однако находятся объективные причины его не делать. Очень сдержанная в плане проявления эмоций.

В тесте «Цветок» представила белую лилию, стоящую в вазе. При рассматривании белых лепестков заметила темное пятнышко. Только через некоторое время позволила себе проговорить, что через год после смерти позвонила молодая женщина, сказав, что была любовницей мужа. При всех негативных неотреагированных чувствах по отношению к предательству мужа сдерживала свои чувства, заботясь о чести рода, следствием чему стала депрессия и психосоматические расстройства, в том числе и ожирение.

При обсуждении темы смерти (белое и черное как проявление цветовой гаммы в нескольких мотивах) выразила мысль, что все равно умрем, поэтому не стоит стараться.

Жесткий запрет на проявление эмоций связан с социальной неприемлемостью негативных чувств: позволяя себе прикоснуться к чувствам, тут же вытесняет их ради сохранения чести рода и образа семьи.

☒ Налицо пассивный модус второго конфликта.

3-й конфликт: автаркия/зависимость

Термин «автаркия» (от греч. *αὐτάρκεια* — самообеспеченность, самодостаточность) в своем классическом понимании означает систему замкнутого воспроизводства сообщества с минимальной зависимостью от обмена с внешней средой — как когда-то экономика Советского Союза. Под данным конфликтом понимается основная потребность человека в том, чтобы что-то получать, это может быть любовь, забота и прочие ресурсы, с другой стороны, чтобы быть независимым от обеспечения. На одном полюсе конфликта находится автаркия, как опора только на собственные ресурсы, полная «самодостаточность». На другом полюсе — зависимость, которая проявляется в том, чтобы другие заботились о нем, тем самым происходит некая эксплуатация других людей, использование их в своих целях.

Этот конфликт предполагает, что у человека есть принципиальная способность иметь отношения с другим человеком, т. е. способность к привязанности и отношению с объектом. Конфликт автаркия/зависимость необходимо отличать от 1-го конфликта автономии/зависимости. Здесь, в первую очередь, идет речь о зависимости в рамках отношения, а не о зависимости от отношений в целом.

Ведущими аффектами конфликта автаркия/зависимость являются печаль, подавленность и депрессия с тревогой о других людях или со страхом потерять других.

Критерии рассматриваемого конфликта сведены в табл. 5.3.

Таблица 5.3. Критерии 3-го конфликта: автаркия/зависимость

Критерии	Пассивный модус	Активный модус
Общая характеристика	Эмоционально сильно привязываются к другим, важно ощущение защищенности. На любое расставание реагируют депрессией. Такое чувство, что им нужен контакт, если не получают, впадают в депрессию, у них «голод общения», им важно быть не одним. Психотерапевт часто на уровне контрпереноса испытывает озабоченность, беспомощность	Всячески показывают, что самодостаточны, ни на что не претендуют. Внешне производят впечатление альтруистов
Отношения с партнером	Выбирается партнер, который будет заботиться, делается так, чтобы расставание стало невозможным. Люди привязаны через работу, бизнес. При расставании — ненормальная мучительная близость, которая рационализируется. Партнер чувствует давление и агрессивует на такого «прилипалу», как на ограничивающего свободу. Любые даже намеки на возможное расставание вызывают депрессию Одна из форм как реактивное образование — промискуитет (постоянные измены) — бросает сам, чтобы его не бросили	В отношениях с партнером показывают самодостаточность, демонстрируют свою безвозмездность, когда что-то делают для других. Однако имеется внутренняя убежденность, что их забота о других вернется сторицей. Если этого не происходит, обвиняют других в неблагодарности

Таблица 5.3 (окончание)

Критерии	Пассивный модус	Активный модус
Отношения в родительской семье	Желание, чтобы тебя обслуживали. Это передается из поколения в поколение. Характерно, что в семье очень зависимы от своих родителей	Рано покидают семью, подчеркивают свою самостоятельность. Они должны служить своей семье. То, что они делают для семьи, больше никто не сможет сделать (поэтому им бывает трудно нанять кого-либо для ухода за больными или престарелыми родителями)
Отношения к работе	Не могут работать самостоятельно. Не занимают такую должность, где нужно принимать решения, идут «в поток», могут работать только в команде, избегают повышения по службе. Работать комфортно в команде, хотят сохранить свою нишу безопасности, где они адаптировались	Активное положение на работе, работают, не щадя себя, но при этом бессознательно ожидают похвалы, в качестве вознаграждения им достаточно очень немногого. Если их не хвалить, то они сомневаются в собственной значимости, на что реагируют, опять-таки, депрессией
Отношение к собственности	Данный критерий занимает центральное место в конфликте — патологически не могут отдавать. Собственность превращается в главное. Не могут жить в съемной квартире, т. к. важно чувство защищенности, заботы. В редких случаях может быть противоположность — они от всего отказываются, становятся «бедными»: «пусть обо мне заботится государство»	С одной стороны, они показывают, что им ничего не нужно, а с другой стороны, точно знают сумму долга
Отношения с социумом	В социальной жизни не проявляют активности, люди их воспринимают как людей притязательных — они хотят, чтобы о них заботились, им все время мало	Как правило, в социуме занимают лидирующее положение, но на длительные отношения не способны. Сценарий отношений примерно одинаковый: делают вначале безвозмездно, однако потом требуют, чтобы их затраты были тем или иным способом компенсированы: «Как ты ко мне, так и я к тебе»
Отношение к болезни	Очень много ждут от врача, прилипали: «Лечите меня!» Несамостоятельны, не способны к сотрудничеству	Не способны к терапии, т. к. не способны к здоровой регрессии. Не могут признать свою слабость, но бессознательно ждут заботы. Обычно не довольны лечением, отказываются от любой помощи. Однако при внешней демонстрации недовольства и критичности на самом деле нуждаются в помощи, заявляя о ней в такой искаженной перевернутой форме

Пример активного модуса третьего конфликта — см. в *приложении*, клинический случай № 6.

4-й конфликт: самооценки (нарциссический конфликт)

Конфликт самооценки является всеохватывающим даже в большей степени, чем конфликты других уровней. Любой человек заботится об удовлетворении и признании чувства собственного достоинства. Конфликт самооценки имеет место в том случае, когда усилия, направленные на признание самооценки, являются чрезвычайно завышенными и носят компенсаторный характер. Конфликты в данном случае затрагивают ценность Самости — ценность объекта в качестве несогласованности полюсов «уметь сомневаться в себе самом» и «уметь чувствовать собственную ценность». Ведущую роль в конфликте играет стыд, как основной аффект всех переживаний состояния самодостаточности. Обращает на себя внимание именно резкими колебаниями состояний, связанных так или иначе с самооценкой. Недаром говорят, что любые крайности наводят на размышления.

Критерии рассматриваемого конфликта сведены в табл. 5.4.

Таблица 5.4. Критерии 4-го конфликта: самооценки

Критерии	Пассивный модус	Активный модус
Общая характеристика	Основной лейтмотив переживаний: «Я — ничто», «Я ничего собой не представляю»	Внешняя напускная, излишне демонстрируемая самоуверенность, как проявление гиперкомпенсации внутренней неуверенности в себе
Отношения с партнером	Очень часто бывают устойчивые отношения в семье с партнером, часто бывает общая история унижения, например унижение в детстве. Они выбирают такого партнера, что испытывают унижение, четко присутствует мазохистический компонент. Доминирует негативный образ себя	Выбор партнера, как правило, идет по принципу Селф-объекта (Х. Кохут), который должен подпитывать, восхищаться. Имеют склонность делить мир на друзей и врагов
Отношения в родительской семье	Как правило, в семье доминирует негативный образ себя, принижение собственной семьи. При сильных нарушениях они ощущают, что родители так были, и они должны быть так. Устойчивые отношения в семье, общая история унижения и обиды	Либо родительская семья идеализируется: «Он — достойный отпрыск семьи». Либо другой вариант — семья вытесняется, и он ее стыдится
Отношения к работе	Добиваются больших результатов в труде, очень исполнительные. Если понижают или унижают, то это может провоцировать появление симптоматики	Переоценка собственных достижений, если человек совершает ошибки, они приписываются другим. Пациенты болезненно обидчивы, если есть проблемы на работе, они обычно об этом не говорят
Отношение к собственности	Обладание собственностью не гарантирует нарциссу удовлетворенность. С одной стороны, собственность обеспечивает стабильность, с другой — может вызвать ощущение беспокойства, чувство стыда за то, что у них это есть	Отношение к собственности помогает самоутвердиться, становится атрибутом самоуверенности, важны фетиши достатка (например, дорогие часы, дорогой телефон)

Таблица 5.4 (окончание)

Критерии	Пассивный модус	Активный модус
Отношения с социумом	В группе он находит то, что не получает в жизни в плане самооценки. Часто в референтной группе занимает подчиненное положение и ограничивается этой группой. Для него главное — принадлежность	Является удовлетворением нарциссической потребности подтверждения их статуса, все служит самоутверждению, для подтверждения своей принадлежности используются, например, фото со звездами, автографы. Уход за телом, культ тела
Отношение к болезни	Если происходит несчастный случай или травма, часто возникает ощущение бессилия, несправедливости, обиды. Обвиняют врача, бога, другие авторитеты в том, что с ними несправедливо поступили	Чаще занимают активную позицию, иногда она может переходить в пассивную, но обычно предпочитают бороться

ПРИМЕР. ПАЦИЕНТКА А., 32 года

Внешне эффектная, со вкусом одетая женщина. Работает менеджером в крупной компании. Обратилась с проблемой взаимоотношений с мужем, которого считает неинтересным человеком. О себе отзывается как о творческой интересующейся натуре, занимающейся саморазвитием. Заявила, что прежде чем обратиться, долго изучала профессиональный уровень специалиста, черпая информацию из всех возможных источников.

Анамнез: А. является младшим ребенком в полной семье, есть еще старшая сестра, с которой отношения прохладные. Отец — военнослужащий, мать — домохозяйка, отношения с родителями натянутые, считает родителей виновными в том, что не دادали необходимого ей тепла и заботы.

В настоящее время живет в браке, есть ребенок. Сутью конфликтных отношений является то, что у мужа есть идеализированный объект в лице пожилого мужчины, которого он воспринимает как наставника. У А. это вызывает раздражение, поскольку она считает, что этим идеалом и наставником для своего мужа является она, на фоне чего возникают скандалы. Таким образом, нарциссическое поражение приводит к ощущению внутреннего опустошения, что включает механизм совладания. В дальнейшем этот механизм совладания проявился. В ходе терапии было установлено, что в своей оздоровительной практике для решения проблем с избыточной массой тела А. использует голодание. Считает очень важным поддерживать себя в форме, в чем ей и помогает голодание. Практика голодания, как выяснилось, очень хорошо встраивается во внутреннюю психодинамику. За определенный период времени накапливается раздражительность, неприязненное отношение к себе и своему телу. Голод же позволяет приблизиться к себе, добиться «очищения».

☒ Налицо четвертый конфликт в активном модусе.

5-й конфликт: вины (эгоизм/просоциальность)

Чувство вины возникает тогда, когда человек предполагает, что он обидел кого-то или ущемил его права и интересы. Это чувство возникает, как правило, в связи с конфликтом между эгоистическими и социальными тенденциями. При этом речь может идти не только о реальных или надуманных ошибках в межличностном поведении, но и о возможном нарушении интериоризованной системы ценностей и норм, закладываемых под влиянием культуры в процессе воспитания.

Каждый проступок, благодаря возможности посмотреть с позиции другого, оценивается в соответствии с нравственными императивами и может проявляться в виде чувства вины (здесь речь, конечно же, идет о невротической структуре, поскольку налицо сформированность структуры Сверх-Я и возможности рефлексии). Это приводит к необходимости задействования системы защитных механизмов посредством вытеснения, замещения, переосмысления реальности, проекции и т. д. Из-за этого вина часто перекладывается на других, а манифестация конфликта происходит в конкретном противопоставлении противоположных модальностей: «обвинение себя — обвинение других». Напряженные конфликтные ситуации подобного рода — явление повседневно.

Здесь важны, прежде всего, нереалистичные установки и фиксации в виде постоянной тенденции отрицания вины или, наоборот, покорного признания вины. Альтруистическое поведение может возникнуть в связи с реакцией на агрессивные и антисоциальные тенденции. При этом может возникнуть адаптация, хотя конфликты возникают все же чаще.

Конфликт вины сложно отличить от конфликта самооценки. На помощь здесь может прийти ведущий аффект: при конфликтах вины преобладает чувство вины, а при проблемах с самооценкой возникает чувство стыда. Стоит напомнить, что П. Куттер [28] дифференцирует чувство вины от чувства стыда и определяет вину как уверенность субъекта в том, что он грешен, он плохой, а чувство стыда — как уверенность в том, что окружающие считают тебя грешным и плохим.

Для способности переживания чувства вины необходим определенный уровень структуры личности. Совесть и индуцируемое этой инстанцией чувство вины предполагают наличие объект-репрезентации в структуре идентичности, т. е. наличие позиции Другого.

Критерии рассматриваемого конфликта сведены в табл. 5.5.

Таблица 5.5. Критерии 5-го конфликта: вины

Критерии	Пассивный модус	Активный модус
Общая характеристика	Преувеличенно берут вину на себя, склонны к самообвинению. Если его прощают, не принимают извинений. Когда их начинают успокаивать, реагируют парадоксально — плачут, могут взорваться гневом, обвинением. Частое проявление — мазохизм. Крайний случай — бред греха: «я грешен — меня должны наказать»	Приписывание вины другим, морализаторство. Видят «соринку в чужом глазу...». Холодные, готовые идти по трупам

Таблица 5.5 (окончание)

Критерии	Пассивный модус	Активный модус
Отношения с партнером	Склонность брать в отношениях с партнером вину на себя, а партнера во всем извинять, оправдывать. Загоняют себя в такую ситуацию, когда правомерна метафора: «Прости, что дышу, живу, родилась»	Собственная вина не замечается, а у других же недостатки и вина постоянно замечаются
Отношения в родительской семье	Эта тенденция наблюдается в родительской семье — уже там был козлом отпущения	В семье был культ правильности именно родительской семьи: «все было правильно», «у нас так не принято». Не было традиции признавать вину
Отношения к работе	Ошибки свои склонны преувеличивать, а ошибки других — извинять. Используют как козлов отпущения. Их вклад недооценивают, замечают когда болеют, но это бывает редко	Собственные недостатки и ошибки не признаются и приписываются другим
Отношение к собственности	Брать или давать очень конфликтно, если им что-то дарят, то они должны ответить тем же, просто так взять не могут — сверх-Я ведет счет. Такие пациенты сами делают подарки	Человек стремится поставить себя и других в положение, когда ему все должны, что он чего-то недополучает: «я имею на это право»
Отношения с социумом	Как правило, занимают вторые роли, даже если они способны, не могут себе позволить стать лучше, чем мама, папа. Иначе — чувство вины	Отношения с социумом — заносчивое, эгоистичное. Они ожидают, что у них будет привилегированное положение
Отношение к болезни	Если врач не прав, в случае врачебной ошибки (а именно по отношению к таким клиентам часто бывают врачебные ошибки), они их не замечают, извиняют. Рассматривают болезнь как наказание за вину	Обвиняет врача: «неправильный диагноз», он жертва несправедливости других

Пример пассивного модуса пятого конфликта — см. в *приложении*, клинический случай № 5.

6-й конфликт: эдипально-сексуальный

Эдипальный конфликт на векторе психического развития происходит в возрасте от 3 до 6 лет. Эдипов конфликт может говорить о достаточно зрелом уровне развития структуры психики, когда в символическом пространстве появляется третий — отцовский объект, с которым предстоит выстроить отношения. И отношения эти носят напряженный характер, весь драматизм которого заложен в самом названии, имеющем истоки в древнегреческой трагедии Софокла «Царь Эдип». Каждый индивид в своем развитии сталкивается с необходимостью идентифицировать себя как представителя того или иного пола с интериоризацией социально обусловленных моделей поведения. Выстраивание идентичности происходит через напряженные отношения с обоими родителями и проявляется в виде любви и привязанности к родителю противоположного пола и соперничестве и конкуренции с родителем

одного пола. Страх кастрации на данном этапе является ведущим аффектом, заставляющим произвести полоролевою идентификацию с родителем одного пола. Проблемы данного этапа развития проявляются в сексуальной составляющей жизни человека: либо жестко вытесняются, либо тотально распространяются на все сферы жизни.

Критерии рассматриваемого конфликта сведены в табл. 5.6.

Таблица 5.6. Критерии 6-го конфликта: эдипально-сексуального

Критерии	Пассивный модус	Активный модус
Общая характеристика	Вытеснение секса, доминируют черты невинности, детскости, нежелание ничего об этом знать, кокетство. На уровне контрпереноса мы замечаем заинтересованность в сексе	Характерно то, что все сферы жизни сексуализируют, эротизируют. Синдром «Дон Жуана», нимфомания. Характерна частая смена настроения, много сексуальных партнеров
Отношения с партнером	В отношениях с партнером на первом месте любовь, защищенность, а сексуальная жизнь вытесняется. Партнер зачастую старше по возрасту	Выбор партнера характеризуется противоречивым поведением — близость-дистанция, что проявляется в самом названии: «нежно кастрирующая женщина». Партнер выбирается по типу эдипального объекта: «Такой, как папа или мама». Часто происходит разочарование в выборе
Отношения в родительской семье	Семейная жизнь идеализируется, дезэротизируется, вытесняются конфликты	Сильная привязанность к семье в целом, особенно к родителю противоположного пола (может быть бессознательно). Характерно соперничество между сиблингами
Отношения к работе	Важно, чтобы со всеми были хорошие отношения, чтобы напряжения не было. Как правило, занимает подчиненное положение	Все сексуализируется, очень сильная конкуренция, открытые конфликты, бессознательная зависть. Но это стимулирует достижения
Отношение к собственности	Собственность не используется, чтобы подчеркнуть сексуальную привлекательность, нет соперничества, конкуренции за собственность. Собственность — тихая замена сексуального удовлетворения	К собственности отношение как к возможности подчеркнуть сексуальность. Женщина на красной машине и т. п.
Отношения с социумом	Незаметное положение, невыпячивание сексуальной стороны. Отношения как «братья и сестры», избегание соперничества	Социальная жизнь светской львицы
Отношение к болезни	Иногда получают удовольствие от болезни больше, чем от секса, болезнь — суррогат сексуального удовлетворения. Впечатление слабых и псевдорегрессивных	Отношения с врачом часто эротизируются или возникает конкуренция с врачом. В контрпереносе воспринимается как сексуальный объект, как угроза, как соблазняющий

Пример активного модуса шестого конфликта см. в *приложении*, клинический случай № 1.

7-й конфликт: идентичности (диссонанс идентичности)

Под Самостью в психоаналитической теории, в отличие от представлений К. Г. Юнга, понимается совокупность внутренних образов и представлений человека о себе самом. Идентичность Самости в этом плане представляется целостностью, сведением воедино всех представлений о себе, как участнике многих систем взаимоотношений, выполнения множества социальных ролей. Идентичность и проблемы, с нею связанные, проявляются в сфере регуляции самооценки и уверенности в себе. В обеих сферах ненапряженные состояния связаны с чувством благополучия и уверенности. Удачное оформление идентичности с достаточной гомогенностью и прочностью приводит к чувству благополучия и уверенности. Конфликты являются результатом противоречивых репрезентаций Самости, когда отсутствует возможность сведения воедино всех образов самого себя, сопровождаемых чувством неуверенности и отвращения. Этот конфликтный диссонанс отдельных сфер Самости необходимо строго ограничивать от диффузии идентичности. Диффузия рассматривается в OPD на оси структурных расстройств. Если наблюдаются конфликты диссонанса в узком смысле этого слова, то они затрагивают собственную идентичность, причем эти конфликты не обязательно являются неосознанными, а, зачастую, осознанными. Таким образом, речь идет о людях, у которых произошло неудачное формирование чувства собственной идентичности, сопровождаемое обычно соответствующим чувством благополучия.

Пациенты со структурными расстройствами Я и Самости (например, пограничный структурный уровень личности) изображаются на оси структуры. Напротив, в рамках конфликта идентичности рассматриваются люди, у которых существуют репрезентации Самости и объекта с достаточно зрелой структурой Я, но чье представление о себе все-таки приводит к конфликтам.

Формирование идентичности — это процесс, длящийся всю жизнь. Он находит свое отражение на каждой фазе развития в субъективном чувстве идентичности и непрерывности. Идентичность всегда связана с отношением к различным объектам, другими словами, существует большое количество различных идентичностей, которые в случае конфликта проявляются как гомогенная и прочная идентичность Самости (например, половая идентичность, идентичность в роли отца, религиозная идентичность, социальная идентичность, семейная идентичность, национальная и этническая идентичность и т. д.).

Поскольку люди в ходе своего развития включаются в общественные структуры с часто различной идентичностью, в результате у них формируются как осознанные, так и — более ярко выраженные — неосознанные репрезентации Самости. В первую очередь рассматриваются расстройства в следующих частичных сферах идентичности: физическая, половая, семейная идентичность, этническая, религиозная, социальная, политическая, эмоциональная и профессиональная идентичность. В конфликт могут быть вовлечены, например, идентичность в роли отца ребенка, в роли сына своего отца, происхождение из другой семьи и желание интеграции (также национальной) или желание добиться (по-мужски) успеха, но сохранить женственность. К этому относится и социальное восхождение и принятие новой

идентичности, когда происходит столкновение с лояльностью к своему социальному происхождению и связи с ним. Конфликты идентичности могут охватывать конфликты, связанные с различными представлениями о теле: спортсменка — женственная фигура, инвалидность — безупречность, вечный мальчик (Приап) — старость, а также послеоперационные состояния, например ампутация груди.

Конфликты идентичности диагностируются в том случае, если основная часть психодинамической феноменологии обнаруживается в этой сфере, а не в рамках других конфликтов (например, в рамках конфликта вины).

Критерии рассматриваемого конфликта сведены в табл. 5.7.

Таблица 5.7. Критерии 7-го конфликта: идентичности

Критерии	Пассивный модус	Активный модус
Общая характеристика	Недостаток идентичности, недооценивает, преуменьшает, отрицает свою идентичную принадлежность, рационализирует	Недостаток идентичности сверхкомпенсируется: фамильное древо и т. д., следствие страха утратить свою идентичность
Отношения с партнером	Избегает выбирать партнера с четкой идентичностью, иначе — тяжело. Выбирается партнер, который не уверен в своей идентичности	Выбирается партнер с хорошей идентичностью, и он может поддержать брак с человеком с сильными религиозными традициями, стабильные отношения, родословная выискивается
Отношения в родительской семье	Характерно то, что была нечеткая идентичность, любую работу делали и мама и папа	Реконструирует корни своей семьи, или отказ от семьи, или становится основателем новой династии
Отношения к работе	Противоречий много, т. к. неустойчива роль	Идентифицируется со своей ролью, не бывают на отдыхе, фанатики, одержимы работой
Отношение к собственности	Иногда собственность помогает компенсировать недостаток идентичности: «Иметь вместо того, чтобы быть»	Собственность помогает стабилизировать свою идентичность: «Я — мой дом»
Отношения с социумом	Кажутся хамелеонами, приспособленцами, «ни за тех и ни за этих»	Принадлежность к определенной социальной группе очень важна: «мы, психологи»
Отношение к болезни	Отношение к болезни пассивное, не принимает роли больного. Не может лечиться	Принимают роль больного, организуют общество, например, «диабетиков», или другая крайность — отказ от идентичности больного. И то и другое способствует хронизации болезни

8-й конфликт: недостаточная восприимчивость к конфликтам и чувствам

Ограниченное восприятие чувств и конфликтов, что характеризует алекситимию и механистическое мышление. Часто демонстрируют внешнее благополучие: «Все хорошо», «У нас нет проблем», «Мы хорошо понимаем друг друга». Эмоциональная сфера для них недоступна, а любое спонтанное проявление чувств воспринимается негативно. Прагматичное отношение ко всем сферам жизни. Примат рациональной сферы — предпочитают дать логическое, рациональное объяснения. Конфликты вытесняются, происходит сглаживание острых углов: «Мы можем обо всем поговорить, отрегулировать».

Критерии рассматриваемого конфликта сведены в табл. 5.8.

Таблица 5.8. Критерии 8-го конфликта: недостаточной восприимчивости к конфликтам и чувствам

Критерии	Пассивный модус	Активный модус
Отношения с партнером	Партнер воспринимается как часть окружения — регулируется правилами. Обращение: папочка, мамочка, муж, жена, кажется, «все нормально». События развода просто как факт, хотя для всех загадка, вступают в брак по внешним причинам. Не способны к проявлению чувств	Выбирают человека эмоционального, чтобы скомпенсировать отсутствие эмоциональности, возникающие конфликты смягчают, собственные желания недооцениваются. Секс — средство для гармонизации отношений в паре, индикатор гармонии в паре. Вступление в брак и расставание — деловая необходимость
Отношения в родительской семье	Между родителями и детьми нет эмоций, общения, просто следуют правилам	Подавляются эмоциональные реакции, конфликты, важно, чтобы хорошее отношение было
Отношения к работе	Выбирают технические профессии, конкретные, «деловые», управленца. Их ценят на работе	Технические профессии, управленцы, чтобы все хорошо функционировало. Ценность — компетенция, недооценивают эмоциональную составляющую. Их ценят коллеги
Отношение к собственности	Собственность с большими эмоциями не связана, но важнее, чем люди	Собственность является компенсацией всего, что не получают в эмоциональных отношениях
Отношения с социумом	Мало принимают участия в обычной жизни, в группе активности не проявляют. В группе хорошо к ним относятся, т. к. они бесконфликтны	Принимают участие в функциональном значении (для карьеры, для пользы), при избегании эмоциональных контактов
Отношение к болезни	Болезнь — это судьбоносное событие, лечение переносит терпеливо, нет разочарования	Стремление как можно быстрее справиться с болезнью технически, хорошо сотрудничают с врачом

9-й конфликт:
временное конфликтное напряжение, стресс

Важно, как человек реагирует на стресс. Биологически обусловленная реакция на стресс — это бегство или нападение. Однако невротическое развитие, предполагающее наличие понятия Другого, и связанная с этим блокировка агрессии могут приводить к вытеснению, усилению невротического конфликта, вплоть до соматической конверсии. Зрелость, как некий умозрительный конструкт вектора развития, предполагает овладение и управление энергиями либидо и агрессии, возможность сублимации агрессивных драйвов в конструктивное созидательное русло. Реакция индивида на стресс как раз отражает наличие и возможности саморегуляции, как основной характеристики зрелости.

Критерии рассматриваемого конфликта приведены в табл. 5.9.

Таблица 5.9. Критерии 9-го конфликта:
временного конфликтного напряжения, стресса

Пассивный модус	Активный модус
На пассивном модусе человек уходит в смирение. Покорность судьбе, уход в себя	Активный модус ищет способы справиться с ситуацией, вплоть до контрфобий. Ориентация на объект

Шкала 4 — структурная

Структурная шкала основана на подходе, предложенном О. Кернбергом [20], который выделял в личности три структурных уровня (рис. 5.1):

- *невротический* (интегрированный) уровень — характеризуется четким осознанием границ Я, достижением постамбивалентного уровня (т. е. может одновременно испытывать либидо и агрессию), полной сформированностью психи-

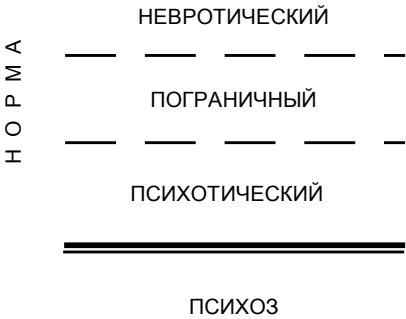


Рис. 5.1. Структурные уровни развития

ческих структур Оно, Я и Сверх-Я (говоря другими словами, индивид знает что он хочет, что он должен и может с этим обходиться) и идентичностью;

- *пограничный* уровень (умеренно интегрированный уровень, или *borderline*). К нему мы можем отнести индивида, функционирующего как невротик, но в значимых сферах выпадающего на уровень психотика. Вполне возможно предположить, что к данной подгруппе мы относим индивидов невротического уровня, которые в силу соответствующего социального окружения, где распространены нормы психотического поведения, ведут себя соответственно социуму. Кроме того, это диагностическая группа дает возможность, в случае неуверенности специалиста либо слишком завуалированных психотических проявлений со стороны пациента, помещать его в пограничной области.

О. Кернберг [20] в рамках пограничного уровня выделил два подуровня: нижний *borderline* (мало интегрированный) и верхний *borderline* (умеренно интегрированный).

- *психотический* (дезинтегрированный) уровень существует в рамках нормы и наряду с пограничным уровнем имеет высокую распространенность среди человеческой популяции — таких большинство. К психологу или психотерапевту такие пациенты обычно не обращаются, психотический пациент на прием пойдет, прежде всего, к экстрасенсу, магу, астрологу и т. п. Для психотика свойственно магическое мышление, благодаря которому он наделяет энергию мыслей способностью оказывать прямое воздействие на других и себя в том числе. Магическое мышление является примитивной, архаичной формой мышления, свойственной раннему детскому возрасту. Если вспомнить Л. С. Выготского и его мысли о том, что онтогенез равен филогенезу, то в культуральной традиции этап магического мышления отражается в понятии анимизма с его наделиением объектов окружающего мира душой. Психотическая структура с отсутствием четких границ, несформированностью психических структур Я, Сверх-Я и Оно, постоянно склонна к психотическому залипанию, поэтому и существует фантазм о возможности проникновения в чужое сознание и инвазии чужими, враждебными мыслями (сглаз, порча). В связи с этим у психотика, в отличие от пограничного пациента, нарушено тестирование реальности.

Структурный уровень развития личности определяется в OPD по шести критериям:

- *Самовосприятие* — это способность воспринимать себя как самостоятельную личность и критически к себе относиться, способность к самопознанию и способность выразить это словами, способность говорить о своих различных чувствах (в самовосприятие входит: саморефлексия, образ себя, идентичность, дифференциация аффектов). Речь идет о целостном восприятии себя во множестве социальных ролей и проявлений. Если Я сформировано и имеет четкие границы, то индивид имеет возможность вступать в интимные отношения с другим без опасения быть поглощенным этим другим (Э. Эриксон [77, 78]). Отсутствие целостной идентичности (6-й кризис — диффузия идентичности по Э. Эриксону) соответственно влечет за собой отсутствие понятия Другого, независимого от меня субъекта.
- *Саморегуляция* — это способность управлять своими потребностями, чувствами, справляться со своим волнением (в саморегуляцию входит: толерантность к аф-

фектам, регуляция самооценки, умение управлять своими желаниями, способность предвидеть последствия своих поступков — антиципация). Саморегуляция поведения, как важнейшая характеристика зрелой личности невротического уровня развития, осуществляется посредством возможности объективно посмотреть на себя со стороны, глазами другого объекта, что в психоаналитической терминологии носит название «наблюдающее Эго». Другими словами, это *критичность*. Критичность при психотическом уровне отсутствует, психотик, в силу наличия магического мышления, верит в воздействие на расстоянии, в астрологические прогнозы и т. п. В человеческой массе, особенно в периоды социальных кризисов и волнений, психотические тенденции усиливаются (З. Фрейд [70]).

- *Защита* — это способность сохранять психическое равновесие при конфликтах с помощью механизмов защиты. Если для невротического уровня, прежде всего, свойственно вытеснение со всеми вариациями, то для психотика — расщепление. Фанатизм, ксенофобия — это проявления психотической позиции. Единство отрицательных и положительных черт есть зрелая невротическая позиция, причем как в объекте, так и в себе, и в явлениях, и в перспективах.
- *Восприятие объекта* — это способность чувствовать различия между внутренней и внешней реальностями, способность к эмпатии, способность воспринимать других людей целостно и обладающими своими правами (в восприятие объекта входит: дифференциация между самим собой и объектом, эмпатия, целостное восприятие объекта, направленные на объект аффекты). Здесь, на наш взгляд, важную роль играет наличие понятия Другого во внутреннем пространстве индивида. Это можно выразить в психоаналитическом афоризме: «невротик страдает сам, у психотика страдает окружение». То есть, если невротик может поставить себя на место другого, прочувствовать его боль и страдания, то психотик, в силу отсутствия внутренней позиции Другого, этого сделать не сможет никогда. Да, он сможет приспособиться, инкорпорировав моральные нормы и законы, но они никогда не станут внутренней нравственной составляющей.
- *Коммуникация* — это способность устанавливать контакт с другим человеком, понимать его, умение показать ему себя и способность понять его эмоциональные сигналы.
- *Привязанность* — это способность создавать в себе внутренние репрезентации другого человека, способность в течение длительного времени сохранять отношения, умение расставаться и умение подстраиваться под отношения, которые протекают неравномерно (в привязанность входит: интернализация, сепарация, разнообразие отношений).

Диагностика пограничной структуры (Borderline) по DSM-IV

Главными признаками структурных нарушений являются крайняя внутренняя неустойчивость в оценке себя и других, ощущение внутренней пустоты и отсутствие смысла.

Критерии пограничной структуры таковы (диагностическим показателем в плане подтверждения гипотезы о наличии пограничной структуры у пациента является наличие пяти критериев):

- *зависимость от объекта* — пациенты с пограничной структурой прикладывают неимоверные усилия, чтобы их не оставили, не бросили. В процессе длительной терапии всегда проблемными будут периоды, когда необходимо сделать перерыв в терапии в связи с отпуском или учебной психотерапевта;
- *расщепление*, которое проявляется в том, что очень сильно идеализируют других, потом обесценивают. Интенсивные межличностные отношения, кидает из одной стороны в другую;
- *нарушение идентичности (кто Я?)* — нарушение самовосприятия, отсутствие целостного образа себя, неуверенность в себе. «Кто я? Тварь дрожащая или право имею?»¹ Диффузная идентичность проявляется в амбивалентном отношении к себе и другому (Нарушенные Я- и объект-репрезентации) и включает механизм расщепления;
- *импульсивное поведение*, которое может наносить вред пациенту:
 - импульсивное поведение при трате денег;
 - импульсивная сексуальность;
 - злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ);
 - безрассудная езда на автомобиле;
 - импульсивность в еде;
- *повторяющиеся суицидальные действия*, угрозы совершения суицида, самоповреждающее поведение. Стремление через боль и страдания обрести целостность идентичности, восстановив связь с телом, которое отщеплено. Саморазрушающие действия, как ни парадоксально, позволяют Самости не развалиться. Через ощущение боли происходит заполнение пустот ядра Самости, основу которого составляет репрезентация, образ собственного тела;
- *аффективная нестабильность* (эпизодическая дисфория, раздражительность, страхи). Неадекватные приступы ярости, отсутствие контроля, часто драки, рукоприкладство. Отсутствие зрелых структур, прежде всего Я с его функцией саморегуляции, не дает возможности удерживать и контролировать аффект;
- *хроническое чувство пустоты*, отсутствие смысла. В связи с этим постоянное стремление заполнить внутреннюю пустоту внешними стимулами;
- *временные психотические эпизоды*, как правило, вызванные стрессовой нагрузкой.

При разных структурных уровнях применяется разная стратегия работы. Важно как можно скорее определить структурный уровень. Здесь особую роль играет супер-

¹ Ф. М. Достоевский, «Преступление и наказание». Произведения Ф. М. Достоевского являются наглядным пособием по изучению пограничных и психотических структур.

визия как возможность объективного взгляда со стороны, не погруженной в иррациональное пространство переноса.

Шкала 5 — психических и психосоматических нарушений

Эта шкала позволяет соотнести OPD и МКБ-10 и выставить диагноз согласно общепринятой классификации МКБ-10.

С точки зрения Международного классификатора болезней 10-го пересмотра нас наиболее интересует не само ожирение (Е 66), являющееся следствием преобладания поступающей с пищей энергии, а причины избыточного поступления, связанные с пищевым поведением, классифицируемым как «Расстройства приема пищи» (F 50). К расстройствам приема пищи относятся:

- ☐ F 50.0 Нервная анорексия;
- ☐ F 50.1 Атипичная нервная анорексия;
- ☐ F 50.2 Нервная булимия;
- ☐ F 50.3 Атипичная нервная булимия;
- ☐ F 50.4 Переедание, связанное с другими психологическими расстройствами;
- ☐ F 50.5 Рвота, связанная с другими психологическими расстройствами;
- ☐ F 50.8 Другие расстройства приема пищи;
- ☐ F 50.9 Расстройство приема пищи неуточненное.

В существующей концепции психогенного подхода к терапии ожирения из перечня расстройств приема пищи в качестве причины выделяется психогенное переедание (F 50.4), которое вкратце и рассмотрим далее.

Традиционно в отечественной практике психотерапии выделяют следующие виды пищевых нарушений.

Экстернальное пищевое поведение

Экстернальное пищевое поведение проявляется повышенной реакцией не на внутренние стимулы, побуждающие к приему пищи (содержание уровня глюкозы в крови, перистальтика желудочно-кишечного тракта и т. д.), а на внешние: сервированный стол, продукт на витрине магазина, акт приема пищи другим человеком и т. п. Именно эта особенность лежит в основе переедания «за компанию», перекусов на улице, покупки лишних продуктов в магазине. В народе про таких людей говорят: «несытые глаза». Они никогда не откажутся от угощения, им трудно пройти мимо булочной, будут есть конфеты до тех пор, пока не закончится коробка. Считается, что у всех пациентов с ожирением в той или иной степени выражено экстернальное пищевое поведение, основой которого является не только повышенный аппетит, но и медленно формирующееся, неполноценное чувство насыщения.

Возникновение сытости у полных людей запаздывает по времени и ощущается исключительно как механическое переполнение желудка. Именно из-за отсутствия чувства сытости некоторые люди готовы есть всегда, если пища доступна и попадает им на глаза. Исходя из этих взглядов на данный симптом как привычку, и строит свою стратегию когнитивно-поведенческая терапия. Отсюда вытекает мысль, что убери все внешние стимулы — проблема долой! Святая простота...

Гиперфагическая реакция на стресс

Гиперфагическая реакция на стресс проявляется в том, что при эмоциональном напряжении у человека резко усиливается аппетит и возникает желание поесть. Причем различают два вида реагирования на стресс: непосредственное и отсроченное. *Непосредственная* реакция встречается реже и предполагает усиление аппетита в момент остроты стрессовой ситуации. *Отсроченная* же возникает в виде усиления аппетита, когда ситуация уже разрешилась и эмоциональная буря улеглась.

Таким образом, при этом типе нарушения пищевого поведения стимулом к приему пищи становится не голод, а эмоциональный дискомфорт — человек ест не потому, что голоден, а потому, что беспокоен, тревожен, раздражен, у него плохое настроение, он удручен, подавлен, обижен, раздосадован, разочарован, потерпел неудачу, ему скучно, одиноко и т. д. Другими словами, при эмоциогенном пищевом поведении человек заедает свои горести и несчастья, заедает свой стресс. Чаще всего пища при этом не дифференцируется, и люди едят все подряд, хотя есть исследования, показывающие, что предпочтение в этом состоянии отдается все-таки продуктам жирным и сладким.

Продукты питания у людей с эмоциогенным пищевым поведением являются своего рода лекарством, поскольку действительно приносят этим людям не только насыщение, но и успокоение, удовольствие, релаксацию, снимают эмоциональное напряжение, повышают настроение.

Эмоциогенное пищевое поведение представлено четырьмя подвидами:

- *компульсивное пищевое поведение* (компульсивная гиперфагия). Характеризуется тем, что человек без видимых причин или, во всяком случае, по причинам, им не осознаваемым, потребляет большое количество пищи, опять же чаще сладкой и жирной и чаще в виде так называемых закусок, т. е. в виде дополнительных приемов пищи, не связанных с основными приемами еды;
- *синдром ночной еды* (ночная гиперфагия) — разновидность компульсивной гиперфагии, императивное повышение аппетита в вечернее и ночное время. Ночная гиперфагия характеризуется следующими признаками: отсутствием желания принимать пищу утром, вечернее и даже ночное повышение аппетита и нарушение сна. Такие пациенты, как правило, не принимают пищу всю первую половину дня. Во вторую половину дня аппетит значительно возрастает, и к вечеру они чувствуют сильный голод, который приводит к перееданию. Причем, чем сильнее был дневной эмоциональный дискомфорт, тем более выражено вечернее переедание. Характерно, что больные не могут заснуть, не съев избыточного ко-

личества пищи. Их сон поверхностен, тревожен, беспокоен, они могут несколько раз просыпаться ночью и вновь принимать пищу. После приема пищи активность и работоспособность пациентов значительно снижаются, появляется сонливость, нарушается профессиональная деятельность. Это является одной из причин отказа от приема пищи в течение рабочего дня. Переедание вечерами используется пациентами в качестве снотворного средства. Вечернее время и ночь в силу усталости можно рассматривать как возможность прорыва бессознательного конфликтного материала вследствие ослабления контроля и недостаточности механизмов вытеснения. С точки зрения психоанализа, именно механизм ослабления защит может включать симптом — поведение с целью совладания с вытесненным материалом. Таким образом, симптом играет важную защитную функцию, являясь неадекватным, но все же механизмом удержания границ и, соответственно, дифференцированности структур психического аппарата (подробнее об этом см. в *главе 5*). Одним словом, симптом стоит на страже целостности личности. Этот механизм, на наш взгляд, имеет место и в следующих видах эмоциогенного пищевого поведения;

- *углеводная жажда* — отметим, что сейчас чаще говорят просто о пищевой жажде, полагая, что для ее удовлетворения пациентам требуется пища одновременно сладкая и жирная: шоколад, мороженое, крем и т. п. В случае с углеводной жаждой подобного рода пища похожа по своему эффекту на наркотик. В его отсутствие у пациентов развивается тягостное депрессивное состояние, чем-то напоминающее абстиненцию, тогда как при потреблении сладостей эти явления проходят;
- *предменструальную гиперфагию* можно рассматривать как одно из проявлений синдрома предменструального напряжения. Явления гиперфагии, опять же, чаще с предпочтением сладкой и жирной пищи, наблюдаются у женщин в течение 4–7 дней перед месячными.

Ограничительное (рестриктивное) пищевое поведение

Так называют избыточные пищевые самоограничения и бессистемные слишком строгие диеты. Слишком строгие диеты не могут применяться долгое время и достаточно быстро сменяются периодами еще более сильного переедания. В результате такого поведения человек находится в постоянном стрессе: во время самоограничений он страдает от сильного голода, а во время перееданий страдает от того, что опять набирает вес, и все его усилия были напрасны. Эмоциональная нестабильность, возникающая во время применения строгих диет, получила название *диетической депрессии*. Диетической депрессией условно называют целый комплекс отрицательных эмоций, который возникает в период соблюдения строгих диет. Он проявляется в виде повышенной раздражительности и утомляемости, чувства внутреннего напряжения и постоянной усталости, агрессивности и враждебности, тревожности, сниженном настроении, удрученности, подавленности и т. д.

Диетическая депрессия из-за выраженного эмоционального дискомфорта приводит к отказу от дальнейшего соблюдения диеты и к рецидиву заболевания.

* * *

Подводя итог сказанному, отметим, что диагностическая концепция и описательный характер пищевых расстройств как причин ожирения в МКБ-10 предполагают соответствующие подходы: изменение стратегий пищевого поведения через осознание, суггестию или прочие методы (когнитивно-поведенческая психотерапия, суггестивные методы, включая кодирование) и снижение сензитивности к запускающим стрессогенным факторам в виде фармакотерапии.

Точка зрения психоаналитической концепции отличается от изложенной в плане видения глубинных причин ожирения и выстраивания соответствующих стратегий психотерапии. Обоснование этой концепции, собственно, и является целью данной книги.

ГЛАВА 6

СИМВОЛДРАМА В ТЕРАПИИ ОЖИРЕНИЯ

Когда мы способны давать выход примитивным чувствам и фантазиям в сновидениях и свободных снах наяву, то это может оберегать тело от реагирования бредовым способом, то есть путем соматических ответов, которые не подчинены какой-либо биологической потребности.

Дж. Макдугалл, «Театры тела»

Что такое символдрама?

На первый взгляд символдрама кажется очень по-детски примитивным методом терапии, но именно на взгляд тех людей, мышление которых носит поверхностный характер, порхающий, словно мотылек с цветка на цветок, чтобы добыть нектар познаний. За внешней простотой и примитивностью, вроде бы доступной даже первокласснику, скрывается огромная методологическая глубина.

Начнем с истории. Метод символдрамы разработан немецким психотерапевтом Ханскарлом Лейнером (1919–1996) в конце 40-х годов XX века. Если уложить это узкоспециальное событие в исторический контекст, то можно оценить общий социальный фон, на котором была рождена символдрама. Конец Второй мировой войны, оставившей глубокие душевные раны у огромного количества людей, плюс к тому одномоментное «отрезвление» немецкой нации, понявшей, куда оно зашло в воплощении безумных идей своего лидера. Нищета послевоенного положения при высоком уровне потребности в терапевтических интервенциях. На этом общем фоне становится понятным, что необходим новый метод психотерапии, менее длительный по времени, нежели психоанализ, и более глубокий, нежели прочие подходы. Тем более, что психоаналитические традиции за полтора десятка лет гонений были похерены, догматом считалось «истинно арийское» аналитическое направление К. Г. Юнга. Методом же символдрама становилась постепенно, начавшись как частный эксперимент всем известного ассоциативного метода К. Г. Юнга, вбирала в себя психоаналитический фундамент и постепенно отдалялась от юнгианства (следует отметить, что одно из современных направлений символдрамы — это слияние с психоанализом в чистом виде). Итак, несомненными плюсами нового метода стали экономическая выгода, краткосрочность, клиническая направленность. И хотя метод визуализации в целом был не нов, инкорпорирование в себя психоаналитической базы позволило достаточно быстро укрепиться на ниве психотерапевтических подходов.

Появлению символдрамы как самостоятельного направления в психотерапии предшествовала длительная экспериментальная работа, проводимая Х. Лейнером на базе психиатрической клиники Марбургского университета. Работа заключалась в том, что при экспериментах с ассоциативным методом, когда пациенту предлагалось ненаправленное фантазирование, в подавляющем большинстве случаев спонтанно возникали ландшафтные образы: луг, ручей или река, гора и т. д. Причем у невротических пациентов эти образы имели выраженный терапевтический эффект, что позволило Х. Лейнеру выделить мотивы основной ступени и сделать вывод о наличии базовой, свойственной для всех символики таких мотивов.

Внешне символдрама выглядит также достаточно банально и по-немецки четко структурировано: общение психотерапевта с пациентом с кристаллизацией темы, расслабление пациента и представление образа на заданную терапевтом тему, затем обсуждение образа. Однако даже в форме проведения, подвергшейся резкой критике со стороны ортодоксальных психоаналитиков, заложены особые смыслы. Пациент страдающий приходит на терапию зачастую после того, как все доступные ему способы совладания с симптомом были испробованы, а это отнимает много психической энергии. Поэтому на терапию приходят пациенты в той или иной степени астенизированные, с истощенными ресурсами и отсутствием возможности проработки конфликтного материала.

Форма классического сеанса символдрамы походит на материнскую заботу о своем ребенке, т. е. сама форма предполагает некую регрессию. Регрессия и насыщение ресурсов и есть первый этап терапии, который часто может стать последним в силу достаточно быстрого избавления от симптома. Безусловно, терапевт регулирует степень и глубину регрессии, понимая в какой момент можно переходить к конфликтной проработке. Ведь сама регрессия в психотерапии может играть позитивную, ресурсную роль, что можно обозначить как «шаг назад, чтобы сделать два вперед». А бывает регрессия злокачественная, когда психотерапевт, ведая того или нет, превращается в питающую грудь, «бетонируя» пациента в своей незрелой зависимости и симптоме.

И коль скоро мы уже начали говорить о методологических основах символдрамы, попробуем сформулировать их в виде положений:

- человек способен развивать в своем воображении фантастические представления, которые известны не только как ночные сновидения, но и как дневные фантазии. При помощи своей имажинативной способности человек может каждый раз заново создавать свой образ, исходя из самого себя, и познавать себя в ходе четкого диалектического процесса. Психика человека представляет собой динамическую структуру, поэтому, несмотря на заданную терапевтом тему имажинаций, существует огромное многообразие сценариев развития образа и не только в популяции, но и в рамках исследования или терапии отдельно взятого человека;
- реальность воображения для индивида идентична действительной реальности. Преодоление препятствий, отыгрывание сценария и его реструктурирование в сфере воображения, в конце концов, проявляются во внешнем мире;

- в результате эмпирических наблюдений за фантастическими образами разработан ряд специфических правил и выявлены некоторые закономерности, которые подчинены первичному процессу;
- в состоянии сновидения наяву, помимо первичного процесса присутствует и вторичный и, самое главное, происходит встреча и исследование бессознательных структур по типу опускающегося в глубины батискафа с исследователем на борту. А если мы вспомним, что основной психотерапевтический принцип психоанализа: «Где было Оно, там стало Я» — это расширение границ сознания путем включения отщепленных и вытесненных частей бессознательного, благодаря чему укрепляется позиция Я.

За свою историю метод неоднократно менял название, и сейчас официальное его название: *Кататимно-имагинативная психотерапия* (хотя в России и европейских странах постсоветского пространства закрепилось другое название — символдрама). Само название сконструировано из слов: «Ката» — в соответствии, «тимос» — душа в ее эмоциональной сфере, «имаго» — образ. Все наши проблемы, по мнению Х. Лейнера [31], находятся в эмоциональной сфере, поэтому значение названия этого метода можно обозначить так: эмоциональная проработка бессознательных конфликтов при помощи представлений, образов.

Что же работает в символдраме, или, другими словами, что является психотерапевтическим фактором? И речь здесь идет об основополагающих принципах, составляющих сам метод.

- *Ресурсная составляющая* представляется одним из важных этапов работы и выстраивания терапевтической стратегии. Как правило, пациент, пришедший на прием к терапевту в попытках самостоятельно разрешить проблему, избавиться от симптоматики, осуществлял некую, зачастую, интенсивную деятельность, чтобы совладать со своим страданием. И, в конце концов, истощил свои ресурсы. Поэтому пациент не сможет перенести и, тем более, ассимилировать конфликтную проработку причины своего страдания. Сама форма проведения сеанса символдрамы предполагает ресурсную подпитку, за что, к слову сказать, жестко критикуется со стороны ортодоксальных психоаналитиков. Действительно, фаза расслабления очень напоминает укачивание заботливой матерью своего младенца. А это, в отличие от позиции дистанцирования, принятой в классическом психоанализе, архинеобходимо пациентам, симптоматика которых носит доэдипальный характер.

Психосоматический пациент, в том числе и страдающий ожирением, это пациент, причины расстройств которого как раз и заключаются в фиксациях на ранних доэдипальных стадиях развития. Задача начального этапа терапии — это подпитка и насыщение глубинных архаичных потребностей. Архаичные потребности в этом плане выступают как актуализированные бессознательные дефициты ранних этапов развития, потому как любое истощение ресурсов регрессирует нас на более инфантильную позицию. Выделяется несколько видов архаичных потребностей.

- Это, прежде всего, *нарциссическая потребность*, которая удовлетворяется самым терапевтическим пространством, когда терапевт внимательно слушает

пациента, проявляет интерес к его высказываниям, мыслям, жалобам, подбадривает его, оказывает поддержку. Это напоминает симбиотическое общение младенца с матерью, когда он ощущает себя единым целым с материнским объектом и, собственно, со всем миром, кой для него заключен в матери. По мнению Х. Кохута, пока мы не подпитаем архаические потребности, бессмысленно работать с конфликтом.

- *Оральные потребности* удовлетворяются на символическом уровне в образе, когда пациент кормит какой-то объект своей фантазии (а это суть проекция своего внутреннего объекта) или же ест сам. Питание, о чем говорилось ранее при обсуждении проблемы аппетитной еды у пациента с ожирением, выступает как символ любви, тепла, эмоционального внимания.
- *Анальные потребности* могут проявляться в действиях, где имеют место агрессивные тенденции. В образе это может проявляться, к примеру, в том, что пациент вымажется в грязи, в варенье, измажет грязью кого-то, будет кидаться тортом и т. д.
- *Фаллические потребности* могут выражаться в объятиях, телесных контактах.

□ *Работа с конфликтами* — она различна на разных ступенях символдрамы и выражается в различных режиссерских принципах.

- *Задача основной ступени* — ассимилировать конфликт, сгладить и, по возможности, снять конфликт. Если на основной ступени конфликт возникает, терапевт снимает его отвлечением на детали — к примеру, задается вопрос, что пациент видит вблизи или вдалеке, как ощущается почва под ногами, какое сейчас небо и т. д. Если в образе появляется какое-то существо, то задача терапевта на этом этапе — накормить его, что называется, «до отвала». Следует понимать, что любое существо или объект имажинации являются частью внутреннего мира пациента, и акт кормления и перекармливания, а также тактильного контакта в виде нежных поглаживаний и объятий, выполняет задачу принятия всех вытесненных и отщепленных частей личности в единое целое.
- *Задача средней ступени* — усиление конфликта и конфликтная проработка техниками «глаза в глаза», своей интонацией, голосом.
- На *высшей ступени* можно еще более усиливать конфликт, напряжение техниками: измотать, добить и dokonать.

□ *Творческая составляющая*: рисование, лепка, вышивание и пр. — все это повышает творческие способности. При встрече с неожиданностями в реальных условиях больше шансов нестандартно подойти к решению проблемы. Творчество — это сфера эмоционального, и в прикосновении через творчество к своему эмоциональному миру происходит обогащение внутреннего мира, индивид рефлексировывает к душевным феноменам, проговаривая их и анализируя, включает в структуру Я. Часто можно наблюдать, как в процессе терапии постепенно растет глубина эмоционального проживания акта творчества через использование средств изображения, цвета, объема.

Формы проведения символдрамы

Индивидуальная терапия

Индивидуальная терапия с использованием метода Кататимно-имагинативной психотерапии относится к краткосрочным методам психотерапии, поэтому в основном курс лечения для пациентов с невротической структурой занимает 15–20 сеансов. Но для психосоматических пациентов (т. е. пограничных или психотиков), в том числе страдающих ожирением, продолжительность терапии будет значительно дольше. Частота сессий при этом варьируется от 1 до 3 раз в неделю.

Структура индивидуальной сессии приблизительно такова. Вначале терапевт и пациент обсуждают проблему, его самочувствие после предыдущей сессии, и проявляется некая актуальная тема, за которой скрываются смыслы и причины страдания пациента. В предварительной беседе эта тема кристаллизуется, после чего предлагается изучить ее с помощью ассоциативного процесса, связанного с воображением. Далее, удобно расположившегося на стуле или кушетке пациента, терапевт вводит в состояние расслабления, используя произнесение простых формул, наподобие аутогенной тренировки по Й. Х. Шульцу. В работе со многими детьми даже и это часто бывает излишним. После достижения пациентом состояния расслабления ему предлагается представить образы на заданную терапевтом тему — как правило, особенно в начале терапии, дается один из стандартных мотивов, о которых будет сказано чуть далее. Представляя образы, пациент рассказывает о своих переживаниях сидящему рядом терапевту, который, в свою очередь, как бы сопровождает пациента в его образах и, если необходимо, направляет их течение в соответствии со стратегией лечения. После выхода из состояния имажинации происходит обсуждение эмоциональных переживаний представления данного образа. Подчеркиваем — только эмоциональных!

Фазы индивидуальной формы сеанса символдрамы:

- предварительная беседа: 10–15 минут;
- фаза расслабления: 1–5 минут;
- представление образов: 5–40 минут;
- фаза последующего обсуждения: 5–15 минут.

Групповая форма работы

Групповая форма работы с использованием символдрамы представляет собой совместное представление образа группой из 4–12 человек. Основные принципы и фазы работы индивидуальной терапии присутствуют и в групповой символдраме. После обсуждения и кристаллизации темы участники группы, сидя в креслах или лежа в форме ромашки, представляют совместный образ. По очереди в произвольном порядке рассказывают, что они представляют. Если в индивидуальной терапии мы имеем дело с переносом, то в группе работает мультиперенос — мы можем переносить на других людей опыт детства на уровне объектных отношений, а может быть, на субъектном уровне — проекции своих качеств личности. Кроме того, в групповой терапии пациент учится толерантности, учится слышать других и соотносить свои потребности с желаниями других.

Терапия пар

Терапия пар может быть как супружеской, так и детско-родительской, когда определенный мотив задается совместно супружеской паре или ребенку и родителю. Очень хорошо работает при решении конфликтных ситуаций, в частности в состоянии развода.

Техника проведения символдрамы

Основной структурной единицей метода в техническом отношении является *мотив* — представление пациентом образа на заданную тему. Но было бы наивным считать, что в символдраме работает образ, а функция терапевта сведена к роли оператора, управляющего сложным механизмом и регулирующего процесс вовремя сказанным или заданным наводящим вопросом.

В методологических целях символдрама была разделена на несколько ступеней, отличающихся друг от друга подходами, стилями ведения или режиссерскими принципами и стратегиями психотерапии.

- Первая ступень получила название *основной*, что предполагает начальную основу не только в освоении метода специалистами, но и в стратегии начального этапа психотерапии в работе с пациентом. Как правило, пациент, обращающийся за помощью, особенно в традиции российского менталитета, использовал все возможные методы для совладания с проблемой. Это, как правило, истощило его ресурсы и порой достаточно основательно. Стратегия и мотивы основной ступени выполняют важнейшую задачу начального этапа — восполнение ресурсов и подготовка плацдарма для терапевтических интервенций на последующих этапах, связанных с конфронтацией и конфликтной проработкой проблемы пациента. Режиссерские принципы ведения мотивов основной ступени символдрамы связаны с заглаживанием конфликтов, примирением, кормлением и нежными поглаживаниями, что с психоаналитической точки зрения может выступать как интеграция отщепленных и вытесненных частей в единое целое.

С технической стороны для разворачивания мотива в предварительной беседе задается определенная тема, являющаяся ядром кристаллизации разворачивания образа. Некоторые мотивы имеют достаточно широкое поле для спонтанного разворачивания событий и проявления внутренних потенций пациента. Примером такого мотива может послужить представление луга. Другие являются более узкими мотивами в плане разворачивания образа и проработки определенной конфликтной темы — к примеру, мотив горы.

- Средняя ступень предполагает смену режиссерских принципов и выход на конфронтацию. Мотивы средней ступени имеют более узкоспецифичную направленность для проработки тем сексуальности, агрессии, идентичности.
- Мотивы высшей ступени символдрамы усиливают конфликтную составляющую, что называется «до предела», позволяя энергии драйвов проявиться, переплавиться и модифицироваться.

Отличия стратегий ведения психотерапевтического процесса на разных ступенях можно понять, представив работу в виде схемы — графика, на котором вертикальная ось определяет степень выраженности конфликта, а горизонтальная ось является осью времени (рис. 6.1).

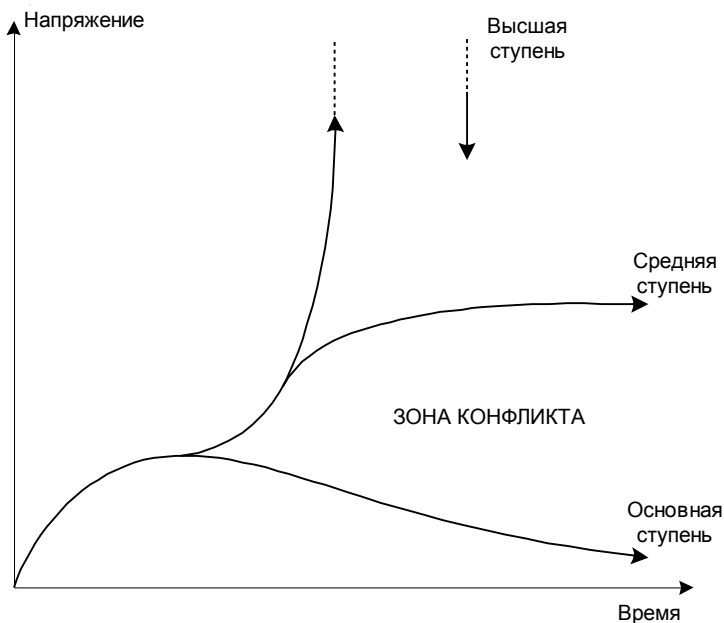


Рис. 6.1. Конфликтная составляющая и связанная с ней стратегия терапии на разных ступенях символдрамы

Получается, что задача и связанный с ней стиль ведения основной ступени символдрамы заключаются в сглаживании конфликтов. Это, как уже отмечалось, позволяет восстановить силы и накопить ресурсы для дальнейшей конфликтной проработки. При усилении конфликта терапевт отвлекает внимание пациента на второстепенные детали, закармливает появляющиеся в образах существа.

На средней ступени стратегия заключается в усилении конфликта до определенных пределов возможностей пациента, тестирование которых зависит от профессионализма психотерапевта. Режиссерские принципы средней ступени выражаются в стратегии усиления конфронтации и фокусировки конфликта. Это достигается терапевтическим приемом контакта «глаза в глаза», когда терапевт привлекает внимание пациента к выражению глаз и взгляду появившегося в образе существа, являющегося символической репрезентацией внутреннего конфликта. Прямой взгляд глаза в глаза — это возможность проявления агрессии, ведь с точки зрения этологии у животных прямой взгляд на соперника однозначно интерпретируется как вызов, что нередко переходит в открытое противостояние.

Высшая ступень характеризуется усилением конфликтной составляющей до, можно сказать, невозможных пределов, когда словно птица Феникс, возрождающая се-

бы из пепла, пациент сгорает в огне накала внутреннего конфликта, чтобы возродиться заново. Режиссерские принципы высшей ступени, позволяющие достигнуть этих целей, — это «измотать, добить и доконать», применение магических жидкостей. Для такой интервенции психотерапевту важно четко представлять внутренние ресурсы и возможности пациента, позволяющие ему справиться с такой интенсивностью конфликта. Это требует высокой квалификации специалиста и, на взгляд автора, важнейший медицинский принцип «Не навреди!» очень уместен в любых сферах помогающих профессий.

Следует отметить, что в конкретной терапевтической работе четкие границы перехода ступеней отсутствуют. И умелое сочетание в работе с пациентом режиссерских принципов определяет профессионализм психотерапевта, что возможно лишь при практическом освоении метода на семинарских занятиях в рамках образовательной программы МОКПО¹.

Этапы психотерапевтической работы с пациентами, страдающими ожирением и избыточной массой тела.

Место символдрамы в психотерапии ожирения

Применение психоаналитических методов в классическом немодифицированном виде на первых этапах в психотерапии ожирения, как правило, обречено на провал. Следует напомнить, что фрейдовский психоанализ был методом лечения неврозов, ожирение же, как и психосоматика в целом, как уже было сказано ранее, является более глубоким доэдипальным нарушением. Безусловно, к специалисту могут обращаться уже «подготовленные» пациенты, страдающие ожирением, и тогда их запрос не будет касаться проблем лишнего веса. Из этого следует, что причинно-следственная связь между лишним весом и душевными страданиями уже установлена. Если же запрос касается снижения веса, то здесь необходим начальный этап когнитивно-поведенческой психотерапии, с овладением практическими знаниями о том, как снижать и удерживать вес. Содержание *главы 2* является тем материалом, который, в виде знаний и навыков, должен наполнить сознание пациента.

Есть еще одно «но», которое может повлиять на ход и результаты психотерапии. Речь идет о мотивации и отсутствии гнета страданий. Слишком выраженная временная размытость в плане динамики не дает возможности сформировать четкую взаимосвязь между душевными страданиями, заеданием, как попыткой совладания с этими страданиями, и ростом массы тела за счет жировых отложений.

¹ Международное Общество Кататимного переживания образов и имажинативных методов в психотерапии и психологии (г. Геттинген, Германия). Председатель: доктор медицинских наук Ульрих Заксе. Секретариат: Bunsenstr. 17, D-37073 Göttingen. МОО СРС КИП представляет интересы МОКПО и организует систему образования в России, Украине, Белоруссии и Казахстане. Подробнее см. на сайте symboldrama.ru.

Этап I: когнитивно-поведенческий

Анализ и структурирование пищевого поведения

Прежде всего необходимо, чтобы пациент обладал минимальными необходимыми представлениями об анатомии и физиологии системы пищеварения. Это этап когнитивного научения, чему посвящена *глава 1* о пищевом поведении и физиологии системы пищеварения. С этой задачей нетрудно справиться с помощью образовательных фильмов, которые могут быть предложены пациенту для домашнего просмотра, или чтения специальной популяризированной литературы. Можно посвятить просмотру видеоматериала и изучению основ знаний о физиологии системы пищеварения одно или несколько занятий, особенно если поддерживается групповой формат работы, с последующим обсуждением участниками группы. О необходимости таких знаний говорят все специалисты, работающие с психосоматическими расстройствами, включая онкологию (К. и С. Саймонтоны [57], В. Леш¹). Таким образом, необходимо постепенно формировать в сознании пациента связь: ожирение — неадекватное пищевое поведение — стрессы (социальные конфликты) — интрапсихический конфликт.

Длительность и возможность выполнения этой задачи зависят от индивидуальных особенностей пациента (включая интеллектуальные способности) и стадии развития психосоматоза. В этом плане представление о возможностях, стратегиях и длительности психотерапии дает модель психосоматических циклов, предложенная М. В. Коркиной и В. В. Мариловым (1995), где выделяется несколько этапов течения психосоматического расстройства. *Первый этап*, который запускается при стрессовой нагрузке, обрушающей и без того перегруженные защиты индивида, характеризуется функциональным нарушением, когда связь между стрессовой нагрузкой и соматическим симптомом осознается, происходит ее невротическое перерабатывание. Включается, согласно теории А. Митчерлиха, первый эшелон обороны. Постепенно (*второй этап*) внимание переключается на симптом и происходит переход на следующую стадию параллельного существования соматического симптома и невротических механизмов совладания. *Третий этап* характеризуется появлением психосоматических кругов, когда ухудшение соматического состояния ведет к ухудшению эмоционального состояния, которое, в свою очередь, негативно сказывается на, опять же, соматическом состоянии. Получается примерно так: «Я ем, потому что мне тяжело. И становится еще хуже, когда цифра на весах неумолимо растет. И от этого хочется нажраться...» И наконец, *четвертый этап* характеризуется тем, что осуществляется полная конверсия в соматический симптом, выстраивается система расщепления тела от душевных процессов, выражающаяся в алекситимии. То есть происходит включение второго эшелона обороны по А. Митчерлиху — соматического. Здесь наблюдается патологизация психосоматического процесса, когда функциональное нарушение переходит на уровень органических патологических изменений. У больных ожирением нарушается липидный обмен,

¹ Вольфганг Леш (р. 1944) — доктор медицинских наук (г. Потсдам, Германия), автор метода психотерапии рака: Имагинативной телесно-ориентированной психотерапии.

происходит гормональный сбой и т. д. И болезнь не оставляет каких бы то ни было намеков на свою психическую природу. При работе с пациентами, страдающими ожирением, при успешном снижении веса происходит возвращение конфликта с соматического уровня на невротический, что для самого пациента субъективно переживается значительно хуже.

Таким образом, стратегии психотерапии пациентов в зависимости от этапа развития психосоматоза будут разными. На первом и втором этапах развития психосоматоза, когда взаимосвязь психоэмоциональной нагрузки и телесного симптома еще осознается, вполне возможно, что переход на следующий этап психодинамической глубинной проработки причин произойдет значительно быстрее. Часто бывает, когда пациент с начальной стадией развития психосоматоза обращается с психологическим запросом, что говорит о достаточно зрелом уровне интергированности. Однако, в любом случае, начало психотерапии, на взгляд автора, должно быть определено наличием первого этапа овладения знаниями и практическими навыками, связанными со структурированием своей системы питания.

Но эта задача будет неразрешимой, если не сформируется *рабочий альянс* [14]. Под рабочим альянсом подразумевается создание атмосферы доверия и сотрудничества, которое предполагает наличие мотивации у пациента. Как правило, надежный рабочий альянс формируется у невротического пациента, поскольку его страдание Эго-дистонно (т. е. пациент воспринимает свой симптом и свои страдания как нечто внешнее, отделяя их от своего Я). Особенности пациента, страдающего ожирением, чьи нарушения носят доэдипальный характер, создают серьезную проблему в плане формирования рабочего альянса. На этом этапе психотерапии происходит идеализация психотерапевта, наделение его магическими свойствами, всемогуществом родительской фигуры. Мастерство психотерапевта состоит в том, чтобы от патерналистской позиции постепенно перейти к партнерской, потому как идеализация всегда заканчивается девальвацией и разрушением рабочего альянса. Ну а пока на данном этапе психотерапевт присоединяется к идеализированным ожиданиям пациента своей позицией эксперта, дающего четкие диетологические рекомендации.

Неадекватное пищевое поведение, когда поступающая в организм энергия преобладает над необходимой для жизнедеятельности, в первую очередь нуждается в коррекции. Для этого необходимо проанализировать и выделить в пищевом поведении определенные структуры и закономерности. В этом плане наиболее эффективным является выделение в пищевом поведении *субличностей* (Р. Ассаджиоли), или персонажей. Прежде всего: Голода и Аппетита, также некоторыми авторами выделяются Стройность и Жир [22]. Персонажи пищевого поведения отражают сложность и неоднозначность феномена потребности в пище и возможность его изменения.

Важнейшими составляющими потребности в пище являются голод и аппетит. При этом голод, являясь базовой витальной потребностью, обеспечивающей жизнь, нуждается в безоговорочном удовлетворении. Иначе голод усиливаясь, превращается в интенсивный голод или *жор*, т. е. состояние гиперкомпенсации фрустрированной потребности. Аппетит же, как потребность иного плана, отражает неудовлетворен-

ные душевные потребности, проявляющиеся в результате замещения в желание что-то съесть. И это «что-то» обязательно должно быть вкусным, приносящим удовольствие. Перефразируя слова персонажа комедийного фильма «Операция Б1»: «Жить хорошо, а хорошо жить еще лучше!», можно проиллюстрировать этот процесс так: «Поесть — это хорошо, а хорошо и вкусно поесть — еще лучше».

Другие персонажи, Стройность и Жир, играют вспомогательную роль в плане управления своими желаниями. Стройность как идеал, к которому стремится пациент. Жир — как метафора сопротивления и выгод симптома.

Таким образом, в сознании пациента создается метафора пищевого поведения, и пациент вместе с терапевтом начинают говорить «на одном языке», понимая друг друга.

Техники работы с пищевым поведением

Использование символдрамы

Мотив «Персонажи пищевого поведения», который задается после обязательного этапа расслабления следующим образом: «Попробуйте представить, что вы сидите за накрытым столом, рядом с вами сидят персонажи вашего пищевого поведения: Голод, Аппетит, Стройность и Жир. Как вы их сейчас себе представляете? Как они взаимодействуют?»

Желательно, чтобы в мотиве было задействовано не менее трех персонажей. Это позволяет отследить динамику эдипального конфликта внутренних объектов, спроецированного на персонажи пищевого поведения. В дальнейшем при аналитической проработке мотива пациента постепенно выходят на символическое содержание образа каждого персонажа. В роли Аппетита, как правило, выступает наиболее значимый объект — это может быть молодой любовник пациентки, это может быть заботливая бабушка, умершая более тридцати лет назад, воспоминания о которой являются очень ресурсными именно сейчас, когда пациентка с ожирением переживает одиночество и потерю. В роли Голода обычно появляется привычный, банальный объект из окружения — у пациентки с молодым любовником в роли Аппетита, в роли Голода представился муж. У пациентки, для которой образ бабушки обладал ресурсной поддержкой, в роли Голода также представился муж, который страдает сердечно-сосудистой патологией и вызывает опасения у пациентки в плане его возможной скорой смерти и потери для нее объекта поддержки.

У пациентки с шизоидным радикалом в роли Аппетита представилась огромных размеров женщина, которая то раздувалась, то сужалась, была неприятна, но в ней было что-то живое, даже сексуальное. Голод же представлял собой существо, напоминающее человека из сплетенных ветвей сухого дерева, и только один зеленый листик говорил, что оно пока живое.

Следует обратить внимание, что этот мотив, как правило, несет в себе конфликтную составляющую, поскольку отражает эдипальный конфликт, который является фактором регрессии на доэдипальные позиции, и включает механизм заедания. Прежде всего необходимо дать пациенту ресурс — в символдраме это достигается использованием orally-материнских мотивов основной ступени.

Использование сказкотерапии

Написание сказки в группе или подгруппах (в зависимости от количества участников):

- составить сказку с персонажами пищевого поведения. На доске пишутся действующие лица, которых участники группы хотят включить в сюжет сказки;
- ведущий начинает сказку «Жили-были...» и указывает на участника группы, тот должен сказку продолжить.

ПРИМЕР РАБОТЫ С ГРУППОЙ

СКАЗКА

В некотором царстве, в некотором государстве жили-были Царь с Царицей, и была у них любимая дочь Стройнушка. Холили и лелеяли Царь с Царицей Стройнушку, и она росла и хорошела день ото дня. Вскоре она выросла такой красавицей, что ни в сказке сказать, ни пером описать. Царь с Царицей не могли нарадоваться на свою Стройнушку.

В царском дворце работал подмастерьем Иванушка Голопушкин. Иванушка рос маленьким, тщедушным мальчиком. Он знал Стройнушку с детства и очень ее любил. При каждой встрече Иванушка говорил Стройнушке о своей любви к ней. Но она высокомерно ему отвечала: «Как ты, простолюдин, смеешь говорить мне о своей любви, мне — царской дочери?» Горько было слышать это Иванушке. И он решил отступиться от такой заносчивой невесты.

О красоте Стройнушки разнеслась молва по всему свету, и стали к ней свататься заморские женихи.

Первым пришел из далеких краев купец Чемоданов. Принес разные подарки: шкатулки, чемоданчики, сундучки. Он пообещал Стройнушке, что если та выйдет за него замуж, будет у нее этого добра в изобилии. Пусть выбирает любой сундук или чемодан, а может быть даже несколько... Не понравился купец Чемоданов Стройнушке.

Потом стал свататься к Стройнушке королевич Стрессофил. Никаких подарков он не принес, сказал, что он сам как подарок. Был он каким-то желчным, нервным, раздражительным. И ему Стройнушка дала от ворот поворот.

Однажды посватался к Стройнушке принц Аппетинол. Каким он был галантным, обходительным, да и к тому же просто красавец! Приглянулся он Стройнушке. Ей с ним всегда было легко и хорошо. А Иванушка Голопушкин тем временем лежал на печи и горевал. Вскоре был назначен день свадьбы Стройнушки и принца Аппетинола. Но тут случилось такое...

Злой Колдун Хитрожир в своем Замке услышал о красоте Стройнушки и решил во что бы то ни стало заполучить Стройнушку себе в жены. Принял он на себя облик Аппетинола, так любимого Стройнушкой, проник в царский дворец и похитил Стройнушку, утащил ее к себе в Замок, околдовал ее, опоил колдовским зельем. И стала Стройнушка жить в Замке злодея Хитрожира.

Обнаружив пропажу дочери, Царь с Царицей долго горевали, без нее им жизнь стала не мила. Обратились они к женихам: «Кто спасет Стройнушку от злодея Хитрожира, тот женится на ней и получит полцарства в придачу».

Собрались женихи Аппетинол, Чемоданов, Стрессофил в путь-дорожку дальнюю. Долго ли, коротко ли они шли, добрались наконец до Замка Хитрожира и уже со-

брались с ним биться, но Хитрожир был очень коварен. Он предложил женихам Стройнушки оставаться у него в Замке придворными и пообещал им, что они каждый день будут видеть Стройнушку и станут жить в роскоши. Женихи подумали-подумали и согласились. Каждый вечер в Замке Хитрожира устраивались шикарные пиры, на которых всегда присутствовали сам Хитрожир, купец Чемоданов, королевич Стрессофил, принц Аппетинол и, конечно же, Стройнушка. Но как она изменилась! От былой красоты Стройнушки не осталось и следа. С каждым днем все больше и больше на нее действовали чары Хитрожира.

Прослышав о такой беде, Иванушка Голопупкин вспомнил о своей любви к Стройнушке и решил во что бы то ни стало спасти ее. Но как же он будет ее спасать, ведь он такой слабый, тщедушный? Все равно Иванушка пошел на спасение Стройнушки. Шел он, долго ли, коротко ли, и набрел в глухом лесу на Избушку на курьих ножках. Зашел он в Избушку и увидел там Бабу-ягу. Рассказал Иванушка ей о своей беде. Хотела Баба-яга его сначала съесть, но потом увидела, что он такой маленький, слабенький, одна кожа да кости, сжалилась над ним и решила ему помочь. Рассказала Баба-яга, что есть в глухом лесу источник с целебной родниковой водой. А вода та имеет чудесные свойства. Коль выпьешь из источника воды, станешь силы богатырской, красоты неопишущей. А рядом с источником обломок скалы, под которым лежит Меч-Кладенец. В Мече этом сила необыкновенная. Кто взял этот Меч в руки, не страшна тому никакая нечистая сила.

Пошел Иванушка на поиски чудодейственного источника. Много испытаний выпало на его долю по дороге. Но вот, наконец-то, в глухой лесной чаще увидел Иванушка обломок скалы, а прямо из-под него бьет родник с кристально чистой водой. Попытался сдвинуть скалу Иванушка, ничего не получилось. Напился он воды из родника, и проснулась в нем сила богатырская, стал он выше ростом, шире в плечах, красоты неопишущей, прямо не простолюдин, а принц какой-то. Легко сдвинул Иванушка обломок скалы, достал Меч-Кладенец, взмахнул им — теперь не страшна ему никакая нечистая сила.

Направился Иванушка к страшному Замку Хитрожира. Хитрожир давно его поджидал, не хотел он отдавать Стройнушку. И вот сошлись Иванушка и Хитрожир в страшной битве. Тяжелая была битва. Хитрожир прибегал к своим колдовским уловкам, хитростям. Но Иванушка отчаянно бился и победил Хитрожира, чары Хитрожира стали развеиваться. Вбежал Иванушка в замок Хитрожира, стал искать Стройнушку. Нашел большой зал и увидел пир. За столом все те же: Чемоданов, Стрессофил, Аппетинол и Стройнушка. Еле узнал Иванушка свою любимую. Даже у него закралась тень сомнения, а зачем он за нее бился. Но тут чары Хитрожира окончательно развеялись, и Стройнушка стала прежней. Увидела она Иванушку, узнала его, удивилась, какой он стал сильный да красивый, и полюбила его с первого взгляда. Взял Иванушка Стройнушку за белые ручки и повел домой. Чемоданов, Стрессофил и Аппетинол бросились перед Иванушкой и Стройнушкой на колени, стали просить, чтобы их тоже взяли с собой, не могут они жить без Стройнушки. Но Стройнушка и Иванушка прогнали прочь Чемоданова и Стрессофила, а Аппетинола они взяли с собой, потому что он по натуре своей был добрым и больше жизни любил Стройнушку.

Возвратились они втроем в царский дворец. Радости и счастья Царя с Царицей не было предела. Вскоре сыграли богатую свадьбу Стройнушки и Иванушки и подарили ему полцарства в придачу. Теперь Стройнушка и Иванушка неразлучны. Они любят друг друга с каждым днем все больше и больше. И Аппетинол живет с ними, он стал им братом названным. А о злодее Хитрожире теперь никто не вспоминает, он повержен Иванушкой навсегда. И так они стали жить-поживать и добра наживать.

АНАЛИЗ СКАЗКИ

Сказка создавалась совместно в подгруппе из четырех человек. Очень интересно символическое проявление внутренней динамики. В первую очередь обращает на себя внимание то, что внутренний мужской объект является инфантильным, незрелым и слабым: «Рос Иванушка маленьким и щедедушным...» В то время как женское начало в роли Стройнушки, благодаря гиперопеке родителей, сформировало грандиозную Самость (Self) с нарциссическим радикалом. Если вспомнить основную проблему нарциссической личности, то она характеризуется ведущим аффектом стыда и меняющимися противоположными состояниями грандиозности и раздувания Я с обрушением в бездну самоуничижения и никчемности. По ходу повествования обращает на себя внимание нестабильность и неискренность позиций в отношениях как самой Стройнушки, так и персонажей, ее окружающих. Ощущение, как будто персонажи плохо и неестественно играют какие-то чужие роли. Интересны в этом плане два персонажа: Аппетинол и Хитрожир.

Аппетинол обходителен, словно Дон Жуан, обольщает Стройнушку, но не имеет того состояния и замка, что есть у Хитрожира. Налицо любовный треугольник, выход из которого для Стройнушки пассивен — ее выбирает Хитрожир. Пассивность в плане исполнения желаний определяет в дальнейшем поведение Стройнушки и ее судьбу. Очень напоминает распространенную проблематику «жены олигарха» — красавицы, посаженной на золотую цепь в плену у злодея.

Тем временем Иванушка проходит важные этапы развития и взросления, которые характеризуют психотерапевтический процесс. Вначале это накопление ресурсов с помощью регрессии на ранние этапы развития — помощь Бабы-яги, являющаяся отщепленным негативным материнским объектом. Эта сцена символизирует процесс интеграции в единое целое расщепленных частей материнского объекта, итогом чего является высвобождение внутренней энергии — искупался в целебном источнике. И только после этого у него появились силы для обретения символа мужественности — фаллоса в образе меча. Именно мужская идентичность помогла ему одержать победу над Хитрожиром, после чего он усомнился в необходимости для него этой женщины — Стройнушки, которая так и осталась незрелой, томящейся в плену красавицей. Но тут по ходу повествования сказки, на взгляд автора, произошла регрессия и, даже, инфляция мужского, и создается новый союз, более компромиссный и более свободный для Стройнушки. Ведь у нее появляется возможность быть вместе с двумя персонажами: с Иванушкой, который, по всей видимости, уйдет в государевы дела или в развлечения и охоту, и с Аппетинолом, который недвусмысленно оказывается здесь в роли любовника. И все остается по-прежнему...

Психодраматическое проигрывание

- *Вариант 1. Аналитическая психодрама* — проигрывание пищевого поведения конкретного пациента, когда он выстраивает психодраматическую сцену, выбирает персонажей (Голод, Аппетит, Стройность и Жир) из присутствующих. Затем в уста каждого вкладываются фразы, слова и запускается психодраматическое действие. Во время действия смотрят на реакцию пациента и спрашивают о его эмоциях и, быть может, по ассоциативной связи выходят на конфликтный материал, когда запускается ситуация совсем другого уровня.
- *Вариант 2. Групповое психодраматическое проигрывание.* К примеру, группа совместно пишет сказку (см. ранее), распределяются роли и проигрывается сюжет сказки с последующим обсуждением.

□ *Вариант 3. Групповая форма работы с использованием символдрамы.* Совместное погружение в образ и дальнейшее развертывание сюжета в пространстве групповой имажинации. Групповая символдрама технически проводится следующим образом. Вначале, как и при индивидуальной работе, задается фаза расслабления. Затем психотерапевт просит представить: «Что вы все отправились в сказку, где живут главные герои» — перечисляются герои написанной сказки. При групповой форме работы задачей ведущего является включение в динамику образа всех участников группы, наблюдение за процессом группового взаимодействия и сценарием разворачивания сюжета. Включение в динамику непроявившихся участников осуществляется с помощью вопросов психотерапевта группе: «А кто видит участника А?» Вопрос уже другому участнику: «Б, а как вам представляется А, как он выглядит в образе?» У третьего участника ведущий может спросить: «В, а что А делает в образе?» Далее психотерапевт проявляет этого участника А: «А, а что вы чувствуете, когда одеты так-то и так (возвращаются слова Б)? Что вы чувствуете, когда делаете то-то и то (возвращаются слова В)?» Образно говоря, терапевт «сшивает» разрозненную ткань группового образа в единое полотно имажинации. После разворачивания образа и его логического завершения, когда было выполнено какое-то действие, развернувшееся в образе, терапевт завершает образ. Критерием завершения может служить время, поскольку нецелесообразно проводить погружение в образ более 40 минут. После выхода из образа важно обсудить его на эмоциональном уровне. Затем идет этап рисования образа, который можно выполнить совместно на листе ватмана.

Аппетит в системе пищевого поведения является самым неоднозначным персонажем, что требует дополнительной проработки с использованием мотивов символдрамы: «Опушка леса», «Представьте себе свой Аппетит», мотивов освобождения: «В плену у злодея» (Т. Б. Василец [8], Н. В. Романова), «Трон» (мотив из работы с использованием старших арканов карт Таро Е. М. Ницше в обработке и адаптации Я. Л. Обухова).

Наибольшую эффективность в работе показал мотив «Аппетит», когда психотерапевт просит пациента его представить. В этом плане Аппетит символизирует те вытесненные аффективно заряженные комплексы, которые выводят на интрапсихический конфликт. Мотив «Аппетит» связан с проекцией внутренних объектов на данный персонаж пищевого поведения, проявляющийся в актуальном состоянии и в совершенно различных сферах. Часто во время аналитической проработки пациент приходит к выводу, что сценарий взаимодействия с этим персонажем напоминает взаимоотношения с конкретным человеком из его окружения, что помогает обрести свое желание. В этом мотиве, учитывая стадию развития психотерапевтических отношений и способность пациента переносить конфликт, можно идти на усиление проработки конфликтной составляющей, используя режиссерские принципы средней ступени символдрамы. Примерами из практики могут служить клинические случаи, когда пациентка с помощью мотивов «Персонажи пищевого поведения» вышла на понимание наличия старательно вытесняемой фрустрации потребностей в супружеских отношениях, когда Голод представился в виде мужа, а Аппетит в виде привлекательного молодого коллеги по работе. Моральные нормы жесткого Сверх-Я не допускали даже такой мысли.

В другом случае в образе Аппетита пациенткой был представлен свой собственный сын, грустный и одинокий. При этом аналитическая проработка позволила вернуться к событиям более чем десятилетней давности, когда во время развода ее сын, по ее мнению, оказался брошенным и страдал. Актуализация вытесненного чувства вины помогла понять внутреннюю психодинамику, свою собственную потребность в объекте. В этом плане чувство вины, запустившее механизм поиска наказания, было связано с тем, что ее личная жизнь в дальнейшем так и не сложилась. Ведь чтобы быть достойным материнского объекта, нужно пройти через испытания наказанием. Очень яркий пример психодинамики депрессивной позиции.

То, как разворачивается образ, никоим образом не зависит от ожиданий психотерапевта и каждый пациент — это словно новая неизведанная земля, неоткрытый материк, на которую впервые ступает нога исследователя. Используя в своей работе мотив «Аппетит», снова и снова убеждаешься в этом. И сценарий этого мотива может проявляться по-разному, и вовсе не обязательно, что Аппетит представится в виде какого-то существа, животного или человека. Так, у одной из пациенток в образе возникла зеленая поляна у реки, где чуть позже она увидела склоненную к реке березу. На противоположном берегу растет шелковица, плоды которой осыпаются в воду. Поодаль стоит старая деревянная лодка, на которой хочется переправиться на тот берег. Но, сев в лодку, она решает плыть по течению дальше. При анализе актуальной ситуации и работе с образом лодка ассоциируется с бабушкой, которая в детстве много времени проводила с пациенткой, однако сейчас в силу преклонного возраста сама стала нуждаться в уходе. Здесь речь может идти о дефиците внутреннего направляющего (материнского) объекта, который бы мог сказать: «У тебя все получится, ты самая лучшая!» К сожалению, место этого дефицитного объекта муж пациентки занять не смог. Поэтому у нее возникла любовь по отношению к пожилому мужчине, который эту поддержку ей обеспечивал. Однако объективные обстоятельства и достаточно жесткое Сверх-Я пациентки со строгими нравственными нормами (благодаря этому выбор профессии — педагог) не дали возможности продолжать эти отношения. В этой имажинации она сама была в образе склонившейся березы, нуждающейся в поддержке. Но осыпающаяся шелковица, символизирующая образ пожилого мужчины, ставшего проекцией дефицитного объекта, недоступна, поскольку она на другой стороне реки. Лодка, как воплощение опоры под ногами в бурном океане бытия, может дать возможность переправиться, но это ли ей надо? Поэтому она плывет дальше вниз по течению в надежде найти то, чего ей так не хватает...

Аппетит можно рассматривать как защитную форму механизмов совладания, имеющую глубокие корни в онтогенезе. Дефицит матери на первом году жизни приводит к фиксации на стадии формирования переходного объекта [9] или направляющего объекта (К. Кениг). Сущность переходного объекта в том, чтобы постепенно формировался внутренний материнский объект и, по сути, вкусная аппетитная еда выступает здесь как возможность обходиться без мамы. Пациент с лишним весом застрял на стадии переходного объекта.

Применение мотива основной ступени «Опушка леса» помогает в этом плане преодолению внутренней динамики, усиливающей симптоматику, описанную ранее в

форме круга зависимости. Режиссерские принципы перекармливания, поглаживания существа, вышедшего из леса, символизируют интеграцию отщепленной и вытесненной части Я в единое целое. Эта стратегия обеспечивает принятие и высвобождение энергии, шедшей на поддержание дистанции с непринимаемой частью психического аппарата.

Мотивы «В плену у злодея» и «Трон» очень похожи в плане инициации или экономической теории обмена, когда за избавление от пищевой зависимости платится определенная цена, эквивалентная затраченным усилиям. Эти мотивы, кроме всего прочего, предполагают проявление агрессивных тенденций, выражающихся в активности, что для данной группы пациентов является проблемной зоной. Поэтому эти мотивы освобождения следует давать уже подготовленным к активным действиям пациентам. Выход из образа на негативе, когда действие не свершилось, требует более длительной вербальной проработки.

Таким образом, именно работа с Аппетитом является как бы переходной стадией между практическим прикладным этапом когнитивно-поведенческой проработки и глубинным уровнем психоаналитически ориентированной психотерапии.

Как одно из направлений работы с Аппетитом, возможна работа непосредственно с аппетитной едой. Это, безусловно, поведенческая стратегия работы, применима она для пациентов с конкретным мышлением и отсутствием функции символизации. Этот этап, таким образом, может являться обучением с помощью воображения отношению с символическим пространством, что предполагает переход на более высокий уровень организации. Для невротической личности характерна символизация объектов, для психотика же — их конкретное восприятие. Невротик может понять, что в основе его отношений с Другим присутствует проекция его внутренних объектов, т. е. восприятие Другого. Психотик же, стремясь инкорпорировать субъект, превратит его во внутренний объект или орган, совершенно не воспринимает свои проекции.

Можно попросить пациента принести свою любимую аппетитную еду и поработать с ней с помощью техник символдрамы — образов. С точки зрения психоаналитически ориентированного психотерапевта, основная задача этого этапа заключается во введении пациента в символическое воображаемое пространство, понимание того, что любая еда — это, прежде всего, еда. А та притягательность еды, воспринимающаяся как нечто внешнее, оказывающее влияние на пациента, — всего лишь проекция и наполнение еды своими внутренними смыслами. Мотив, который можно использовать в работе с аппетитной едой и навеянный произведением Л. Кэрролла «Алиса в Стране чудес», — это «Волшебный кусочек». Психотерапевт просит представить пациенту самого себя (подключение краткосрочной памяти), сидящим с аппетитной едой на ладони. Для усиления образа, что может быть проблемным для пациентов с выраженной алекситимией, можно попросить непосредственно перед имажинацией откусить кусочек аппетитной еды, которую пациент выбрал. После детализации образа терапевт производит интервенцию, когда просит представить, что аппетитная еда стала увеличиваться в размерах и постепенно заполнила все пространство. Как правило, преодолевая отвращение, пациент выбирается наружу.

Работая далее в аналитическом ключе вербализации чувств и ассоциативных связей, можно выйти на тему символики самой аппетитной еды, которая, как правило, указывает на родительский объект. Так, к примеру, выбор шоколадных конфет в качестве аппетитной еды был связан с воспоминанием об отце, с которым в детстве существовала эмоциональная близость, когда тот, приезжая из командировки, обязательно привозил те самые шоколадные конфеты. Фигура отца для этой пациентки символизировала чувства защищенности и заботы — папа сильный, он все решит и всегда защитит. У другой пациентки пожилого возраста аппетитной едой было банальное соленое сало. В своих воспоминаниях она связывает эту аппетитную еду со временем, когда жили впроголодь, но бабушка, жившая на Украине, часто присылала «гостинцы», среди которых было и сало. В детстве получение посылки от бабушки всегда было праздником — все вместе шли на почту за посылкой, после чего обязательно подавался вкусный ужин в атмосфере теплоты семейного очага. Сейчас, когда все родные уже умерли, ей очень не хватает близких — тех, кто был рядом. Речь опять же идет об объектных дефицитах.

Следующий мотив из репертуара поведенческого подхода — это «30 килограмм в придачу». После представления и детализации себя, сидящего с аппетитной едой, терапевт просит откусить кусочек этой еды. И после этого сразу же дается интервенция, когда немедленно на плечи ложится дополнительная масса — 30 лишних килограммов. После разворачивания образа лучше закончить его на позитиве, дав некий выход в перспективе: «А теперь попробуйте представить себя через полгода (или год), когда вы достигнете своей стройности». И как можно подробнее во всех модальностях следует развернуть этот образ.

Работа с неконструктивными стереотипами пищевого поведения и агрессией

Мотив «Побег из тюрьмы» (рис. 3 цветной вклейки) символизирует акт инициационного избавления от плена прежних стереотипов. Он схож по динамике с мотивами «В плену у злодея» и «Трон», однако применяется при работе с группой и задается следующим образом. После стадии расслабления просят представить, что группа отправляется в туристическую поездку в страну третьего мира. Постепенно, благодаря уточняющим вопросам терапевта, разворачивается образ. Далее происходит интервенция, когда терапевт говорит, что во время пребывания данной туристической группы в стране произошел переворот, и всех иностранцев захватили в заложники и посадили в тюрьму. На рассвете вас расстреляют, что вы будете делать?

Этот мотив проявляет основную тенденцию личности с проблемами ожирения и избыточной массы тела — это зависимость и пассивность. Как правило, в таком мотиве проявляется напряженное ожидание того, кто придет и спасет всех из плена. Отсутствие активных действий и блокирование агрессивных импульсов, что характерно для всех психосоматических пациентов. Поэтому стиль ведения группы подбадривающий и протективный.

Как можно видеть из содержания, здесь затрагиваются агрессивные тенденции, которые, как правило, у психосоматического пациента надежно вытеснены. Страх

перед своими агрессивными проявлениями вызван, как уже было отмечено, дефицитарным материнским объектом и постоянным страхом его окончательного разрушения и потери. Работу с агрессией необходимо проводить уже на более поздних этапах терапии, чтобы не спровоцировать чувство вины и, как следствие, депрессии, являющейся следствием перенаправления на самого себя этого драйва. К сожалению, динамика вытеснения такова, что оно не происходит раз и навсегда, и, самое главное, чтобы ткань вытесненного материала не всплыла на поверхность сознания, вытеснению подвергается все, так или иначе связанное с непосредственным материалом (З. Фрейд). И в данном случае вытеснению и подавлению подвергаются не только агрессивные тенденции, но и энергия активации и достижений. А это уже связано со сферой мотивации. Через этот мотив происходит прикосновение к обитающим в сфере бессознательного чудовищам агрессивных драйвов. И при должной амортизации и вербальной проработке происходит сознательное прикосновение к агрессии, что обладает важным психотерапевтическим эффектом в плане усиления структуры Я.

Итогом работы с пищевым поведением и проверкой сформированности адекватных пищевых привычек может стать спокойное отношение к еде. Мотивы символдрамы являются самым экологичным методом проверки. С этой целью могут быть использованы мотивы: «Пышное застолье», «Я на пиру», «Пикник за городом» (рис. 4 цветной вклейки), «Поход в ресторан». С позиций экспозиционной техники поведенческой терапии имеет смысл сходить с пациентом в ресторан и, что называется, *in vivo* проверить его навыки: выбор выгодных продуктов, подсчет калорий, особенности принятия пищи и т. д. Однако это противоречит психоаналитическим рамкам структурирования терапевтического процесса и в дальнейшем, при переходе к психоаналитически ориентированной терапии, могут возникнуть трудности. Техники же символдрамы позволяют сделать это в образе — *in imago* — используя перечисленные здесь мотивы. Их можно применять как в индивидуальном, так и в групповом формате работы.

Работа с алекситимией

При работе в алекситимией, или с ядерной телесной Самостью (Д. Стэрн [60]), могут быть использованы практики телесно-ориентированной терапии, аутогенной тренировки. Сама техника проведения сеанса символдрамы позволяет попутно, как бы между делом, добиться этой цели, когда на этапе расслабления терапевт, так или иначе, фиксирует внимание пациента на внутренних состояниях и ощущениях.

Очень хороший эффект дает использование символдрамы с применением мотивов «Путешествие внутрь собственного тела». После подробного обсуждения физиологических основ пищеварения и ожирения можно использовать мотивы, направленные на регуляцию обменных процессов «Огонь внутри», усиления тонуса желудка, расщепления жировых отложений по типу мотивов, использующихся в работе с онкобольными для усиления иммунитета (К. и С. Саймонтоны [57]).

Мотив «Путешествие внутрь собственного тела» задается следующим образом. После стадии расслабления пациента просят представить свое тело как бы со стороны. Себя же представить в виде маленького человечка, который отправляется в путе-

шествие — внутрь тела. Особенностью этого мотива является то, что войти внутрь тела психотерапевт предлагает через слуховой проход уха. Это делается потому, что многие физиологические отверстия тела символически нагружены и предоставление свободного выбора может вызвать у пациента сопротивление. Обычно пациенты в образе проводят ряд мероприятий (при этом психотерапевт направляет течение имажинации) по уменьшению объема желудка, а также дробят, расчищают завалы жировых отложений и выводят их наружу.

Мотив «Огонь внутри» задается после обсуждения обменных процессов и их роли в накоплении жировой ткани. Мотив представляет собой модификацию предыдущего мотива «Путешествие внутрь собственного тела», когда предлагается представить очаг внутри тела, и действия пациента направлены на усиление огня в очаге. Это может быть раздувание кузнечного меха, открывание заслонки для доступа кислорода. Представить, как в огне начинают растапливаться, словно слежавшийся снег под весенним теплым солнцем, жировые отложения.

Часто для пациентов с ожирением, как и для психосоматиков, свойственно, что на рисунках более детально отображается голова как символ рациональности и, порой отсутствует тело, как проявление сферы ощущений и эмоций. Проблема процесса символизации тела, являющегося ядром Самости, и его нарушения описаны в *главе 3*.

Работа с мотивацией

Работа с мотивацией очень важна. Здесь необходимо проговорить о том, кому принадлежит желание снизить вес, насколько оно необходимо, какую цену готов заплатить за это пациент и т. д. Символдрама может быть использована для проработки мотивации на преодоление препятствий на пути к стройности. Этой цели могут служить мотивы: «Подъем в гору», «Решетка», сказочные сюжеты: «На перепутье дорог», «Спящая красавица», «Освобождение из плена».

Мотивация на обретение стройности складывается из нескольких факторов. Как правило, с одной стороны, это наличие гнета страданий, который заставляет пациента обращаться за помощью и что-то делать самому, затрачивая при этом ресурсы. С другой стороны, что свойственно не всем пациентам, это наличие четкого образа своей стройности. Сформированный образ стройности имеется у тех пациентов, которые совсем недавно набрали вес, и полное тело еще не интегрировано в систему саморепрезентации. Эти мотивы позволяют оценить степень активации, определить цену в виде усилий и прочих ресурсов, которыми готов заплатить пациент. Может оказаться, что и в гору идти нет никакого желания, и, уж тем более, преодолевать препятствия.

Мотив «Освобождение из плена» поможет найти и проявить внутренние ресурсы в виде персонажей — помощников, освобождающих пациентку из плена. Как правило, это мужское начало в виде «добра молодца», обеспечивающего личностную мотивацию на достижение. Следует помнить, что все персонажи имажинации пациента есть проявления его внутренних объектов, и неважно, какой персонаж придет на помощь, — в реальности это означает нахождение ресурса для достижения поставленной цели.

Как продолжение этапа работы с мотивацией, выступает следующее направление, связанное с формированием образа стройности. Здесь используются мотивы: «Моя стройность», «Я стройная через один год», «Новая одежда». В отличие от суггестивных методов работы с перспективным образом, символдрама дает возможность пациенту самостоятельно выполнять эту работу по выстраиванию своей идентичности, и не всегда ему удается представить себя в новом качестве. Поэтому данному этапу должна предшествовать длительная работа и, все-таки, работа с идентичностью — это уже следующий глубинный психоаналитически ориентированный этап в общей стратегии психотерапии.

О нарушении идентичности говорит, к примеру, представление себя сорокалетней пациенткой стройной, как в 17 лет. Важно также, чтобы произошел символический обмен, и обретенный образ стройности был достигнут путем определенных усилий. Так сценарий мотива «Новая одежда», символизирующий приобретение нового образа, предполагает преодоление препятствия. И только после этого находится новая одежда. Мотив может задаваться подъемом в гору, как символикой преодоления, либо преодолением реки, как символа разделения прошлой жизни и будущей. После детализации и преодоления препятствия пациенту предлагается оглянуться и найти новую одежду. Обычно находится сверток или пакет, в котором обнаруживается одежда. Ряд вопросов по поводу размера одежды, покроя, фактуры ткани и т. д. подталкивает пациента к тому, чтобы он примерил одежду. Описанию телесных ощущений в новой одежде уделяется особое внимание. Диагностическими являются вид одежды, покрой, подходит ли она, и возьмет ли пациент эту одежду с собой, возвращаясь с вершины горы.

Этап II: психодинамической психоаналитически ориентированной психотерапии

Индивидуальная работа с использованием символдрамы

Если предыдущий этап носил конкретно-прикладной характер, и работа была направлена на конкретный запрос, то данный этап характеризуется постепенным переходом с конкретной проблемы ожирения на более глубокий уровень проблематики, который является причиной избыточной массы тела. Другими словами, мы переходим от симптоматического лечения к патогенетическому. И здесь отдельно следует выделить тот факт, что психоанализ и психоаналитически ориентированная терапия работают не с отдельным симптомом, а с личностью в целом. И предыдущий этап знаменует постепенным формированием осознания у пациента, что за проблемой избыточной массы тела скрываются более глубинные пласты причин. Речь идет о переформулировании запроса, и на этом этапе проблем ожирения мы уже не касаемся. Происходит формирование новых терапевтических отношений (трансформация рабочего альянса), при которых терапевт, тем не менее, продолжает играть роль принимающего, напитывающего материнского объекта, который отсутствовал у пациента. Это можно обозначить как воссоздание позитивного питающего материнского объекта.

Для понимания процесса психотерапии автор, несмотря на возможную критику, не может не прибегнуть к использованию метафоры, или образа. Попробуем представить себе основу зрелой личности через понятие современного психоанализа, о котором уже упоминалось, — *идентичности*. Проблема пациентов с ожирением с этой точки зрения — это наличие диффузной (О. Кернберг) идентичности, которую можно обозначить более просто — «дырявая» идентичность. Само понятие идентичности и его основной функции в возможности удерживать представления о себе и окружающем мире, смыслы бытия, можно представить в виде сосуда с неким содержимым. У зрелой невротической личности сосуд представляет собой цельную емкость, способную удерживать содержимое, — он будет выглядеть, быть может, как кастрюля. Предположим, в продолжение гастрономической метафоры, что смысл кастрюли — не только удерживать содержимое, но и дать возможность сварить, к примеру, суп (как метафора развития и трансформации). Самое главное, что добротная кастрюля позволяет это сделать, и даже страшные удары судьбы способны лишь слегка расплескать содержимое.

Диффузия идентичности — это когда в стенке кастрюли образуются дырки, и для сохранения содержимого нужно держать ее под определенным углом, чтобы дырка была выше уровня содержимого. Все бы ничего, но внешние воздействия могут легко расплескать большую часть содержимого. Дырявая кастрюля, в плане этой метафоры, символизирует пограничный структурный уровень. И, наконец, сосуд, представляющий собой сплошное решето, — например, дуршлаг, в котором нет никакой возможности удержать содержимое, поскольку нет четких границ, и они проницаемы. Речь идет, конечно же, о психотическом структурном уровне. А теперь попробуйте представить, сколько потребуется времени и трудозатрат, чтобы сварить суп в той или иной посуде? Дырявую кастрюлю придется сначала залатать, дуршлагоу приварить дно... Безусловно, это достаточно примитивное сравнение, однако наглядно дающее представление о процессе психотерапии. А пациенты с ожирением, как правило, являются «посудой второго типа» — дырявой кастрюлей. Поэтому технический этап прикладной психотерапии (речь идет о первом этапе когнитивно-поведенческой психотерапии) может продолжаться сколь угодно долго.

Одним из факторов перехода ко второму этапу работы является то, что пациент к проблеме веса не возвращается. И если на очередной сессии пациент заговаривает о своем весе (к примеру, жалуется, что вес не снижается), это может свидетельствовать о регрессии в динамике терапии и о потребности вернуться вновь к своим проверенным стратегиям совладания с аффектами, либо о проецировании на терапевта, как на родительский объект, своих агрессивных импульсов. В любом случае, по мнению автора, переход от прикладного когнитивно-поведенческого тренинга к этапу глубинной проработки, как правило, происходит после серии срывов и повторного набора веса. Также и на этапе психоаналитически ориентированной терапии могут возникать срывы, как попытки избавиться от запруживания аффектами в результате проработки глубинных конфликтов.

В силу нестабильности и ненадежности внутреннего материнского объекта и его проекции на терапевта происходит регрессия на безобъектный уровень (еда, как неперсонифицированный объект), что требует постоянного тестирования переноса

и внутренних ресурсов пациента. Здесь следует удерживать пациента в поле его возможностей переработки конфликтного материала. Психотерапевтическую работу часто сопровождает сопротивление, говорящее о том, что психотерапевт вплотную подошел к симптому, являющемуся защитой от тех пустот «дырявой» идентичности, которые периодически актуализируются при стрессовых нагрузках. Стрессами же для таких пациентов будут являться любые эдипальные триангуляторные отношения (так называемый «роковой треугольник»), когда на партнера проецируются внутренние доэдипальные объекты, и отношения с ним выстраиваются по типу замещения этих объектов. Все это приводит к конфликтам и сильному эмоциональному напряжению.

Как уже было сказано ранее, ожирение и избыточная масса тела представляют собой базовый дефицит материнского объекта, поэтому терапевтическая работа начинается с восполнения орального дефицита — в символдраме это называется *удовлетворением оральных архаических потребностей*. Идеальным мотивом, как для диагностики, так и для проработки, является мотив «Луг» (рис. 5 цветной вклейки).

Однако зачастую представление луга (рис. 6.2) отражает наличие внутреннего дефицита и не является ресурсным, восполняющим и напитывающим. Поэтому после анализа и обсуждения предлагается мотив «Идеального луга» — такого луга, на котором пациент чувствовал бы себя комфортно и безопасно. На символическом плане терапевт воссоздает ту основу психического бытия, которая была фрустрирована на ранних этапах развития. Было бы наивно предполагать, что возможно полностью стереть то воображаемое под названием «психика», словно отформатировать жесткий диск и заново установить нужные программы. Скорее, если уж представить терапевтическую работу в терминах программирования, мы создаем образ диска, или виртуальный диск, где прописываем альтернативную символическую историю развития индивида. И параллельно будут существовать две реальности: историческая и терапевтическая, созданная в результате совместной работы с психотерапевтом. Идеальный луг — это, по сути, создание нового полноценно питающего, любящего и заботящегося материнского объекта, который в результате терапевтической работы и смещения либидозного наполнения станет основой, можно даже сказать — протезом, обеспечивающим стабильность психической структуры. Следует отметить, что мотивы луга являются неперсонифицированными символическими образами материнского объекта. И здесь необходимо разграничить понятия реальной матери и отношений с ней с внутренним материнским объектом, потому как внутренний материнский объект является основой стабильности психической структуры, безопасности и базового отношения к миру.

Дальнейшая стратегия работы, как об этом уже говорилось, соответствует постепенному возвращению и ведению по вектору развития дальше — это обуславливает стратегическую задачу психотерапии в усилении структуры Я. Здесь отсутствуют четкие границы перехода, и процесс воссоздания стабильного наполняющего материнского объекта может быть очень растянутым во времени. С точки зрения психоанализа существует две энергии: либидо и агрессия, и каждый этап развития характеризуется проявлением то одного, то другого драйва. Если на дефицитарной



Рис. 6.2. Мотив «Луг», на котором явно прослеживается депрессивная составляющая и травматический опыт. Рисунок выполнен грифельным карандашом

стадии у пациентов с ожирением происходило заполнение либидозной энергией, то следующая, анально-навязчивая стадия, предполагает проявление агрессивных тенденций. И совместная работа должна строиться на возможности приручения агрессивных энергий и управления ими. Один из мотивов, который работает непосредственно с темой проявления агрессивности у женщин, является мотив «Дикая кошка» (рис. 6 цветной вклейки), для мужчин — мотив «Лев».

В целом терапия носит характер нестабильный — часто бывает, что пациент прекращает терапию, берет некий тайм-аут. Базовые проблемы с внутренним объектом дают о себе знать и проявляются в виде проблем близости и дистанции. Слишком близкая дистанция вызывает страх быть поглощенным, слишком большая дистанция — страх потери объекта и ощущение брошенности. И, что самое главное, происходит некая флюктуация внутреннего объекта. Иногда пациент будет чувствовать непреодолимую потребность в любви и заботе, острый объектный дефицит. А иногда этот же пациент скажет себе: «Хватит распускать нюни!» и, спланировав свое ближайшее будущее, начнет его добиваться, пока вновь не проявится острая

потребность в материнском объекте. И тогда появится непреодолимый аппетит, придет болезнь, быть может, в виде банальной простуды, которая никак не захочет вылечиваться, и т. д.

Терапевт в этом случае, как терпеливый родитель, в случае острой потребности должен напитать пациента ресурсом, а в случае «преждевременного взросления» — спокойно отпустить его, дав тем самым проверить успешность его настроя, когда он на высоте своих планов на будущее. Стабильность позиции терапевта как стабильность материнского объекта на параноидно-шизоидной позиции, когда он, подвергаясь нападкам и разрушению со стороны младенца, обеспечивает, в конце концов, стабильность фундамента внутреннего мира, коим и является материнский объект. Реальная мать когда-то не до конца выдержала это испытание и в силу тех или иных причин исчезала из поля восприятия ребенка, что породило фантазию о ее разрушении и яростном желании во что бы то ни стало вернуть или восстановить этот объект. Таким образом, проведя проверку на стабильность, терапевту можно надеяться на создание стабильного терапевтического альянса. И такие сценарии развития терапевтических отношений с данной категорией пациентов присутствуют всегда. Вся динамика отношений с психотерапевтом напоминает сценарий отношений с аппетитной едой — жажда и насыщение сменяются сепарацией и дистанцированием, как будто зарядилась внутренняя батарейка, которой хватит до очередной разрядки.

В динамике психотерапевтического процесса у пациентов с ожирением и избыточной массой тела бывает, что происходит субъективное ухудшение состояния, когда пациент жалуется на повышение тревожности, появление страхов, нарушение ночного сна и т. д., предъявляя невротический спектр жалоб. С объективной точки зрения динамику терапии можно рассматривать как позитивную, поскольку происходит актуализация соматизированного конфликта на невротическом уровне. В этом плане динамика терапии и изменения укладываются в модель двуэшелонной обороны, предложенную немецким психоаналитиком А. Митчерлихом, который представляет развитие психосоматического расстройства как переход ядра конфликта с уровня социального взаимодействия через невротический к соматическому. Этот процесс перехода связан с недостаточностью защит и прорывом в следующий эшелон обороны. Несмотря на милитаристский оттенок этой теории, в терапии ожирения часто происходит выход соматизированного конфликта на невротический уровень, что усиливает беспокойство как пациента, так и специалиста. Актуализация конфликта на невротическом уровне требует его проработки в рамках психотерапевтического процесса. И здесь продолжение терапии зависит от терапевтического альянса, доверия к терапевту, потому что выдержать необъективированное страдание, коим является высокий градус тревоги и связанная с ней невротическая симптоматика, субъективно намного сложнее, нежели объективированный конфликт в виде конкретного соматического симптома.

Следует отметить, что этапность психоаналитически ориентированной терапии выстраивается в соответствии с динамикой периодизации развития. Поэтому при усилении материнского объекта появляется возможность продолжения сепарации и проявление сепарационной агрессии. Таким образом, происходит постепенный пе-

реход на анальную стадию, где важнейшим событием становится соприкосновение с агрессивными драйвами. И задачей этого этапа является обретение умения управлять агрессией, что достигается посредством обретения контроля над телом. Выход на следующий этап психотерапевтической работы как раз и характеризуется проявлением агрессии, соприкосновением с агрессивными тенденциями и, посредством объекта, научением управлять ими.

Задача психотерапевта состоит в том, чтобы не разрушиться и сохранить свою целостность как объекта, который будет впоследствии интериоризирован (переведен во внутренний план) пациентом в виде стабильного внутреннего объекта. Стоит еще раз подчеркнуть одну главную истину — работает не отдельно взятый мотив или какая-то эффективная техника, а работает терапевт, предоставляя себя как объект, как возможность переструктурирования внутренней динамики объектных отношений пациента. Другими словами, психотерапевт — это полигон, на котором отрабатываются новые модели взаимодействий, которые впоследствии будут перемещены во внутреннее пространство пациента. Таким образом определяется психотерапевтический эффект от встречи со специалистом, в силу чего пристальное внимание должно быть уделено проблемам переноса и проработке его на супервизиях и в личной терапии самого психотерапевта.

Важным этапом является работа с сепарацией от материнского объекта. Здесь используются мотивы, которые предполагают манипуляции с дистанцией от объекта, которым в образе может выступать дерево, гора. Это позволяет постепенно расширить диапазон оптимального функционирования на различных дистанциях. Проблема же пациента с ожирением — это проблема дистанции, где комфортной зоной является лишь узкая полоса слишком близкой и слишком далекой дистанции от объекта.

В плане укрепления зрелой позиции Я хорошо зарекомендовал себя мотив «Надел земли» и, как его продолжение, — «Строительство дома». Мотив «Надел земли» задается через просьбу представить надел земли, который получен в наследство. Очень важная часть фразы «получено в наследство» символизирует тело и генетически заданные особенности, которые не имеется возможности изменить — необходимо их принять (идентичность), и на основе этого строить здание личности. «Строительство дома» как раз и символизирует процесс дальнейшего выстраивания и обретения идентичности.

Как правило, в семьях пациентов, страдающих ожирением, мать играет ведущую роль, выполняя структурирующую и направляющую отцовскую функцию. Женщина, которая выполняет отцовскую функцию, обладает символическим фаллосом, и путем идентификации он передается дочери. Поэтому в плане терапии обязательно возникает проблема эдипальных отношений и проблема полоролевой идентичности. Женщина в подавляющем большинстве случаев идентифицируется со своим полом через материнскую функцию, в диаде мать-дитя. Идентификация через отношения с мужчиной порой бывает самой проблемной зоной и, зачастую, идет через стратегию заботы. То есть женщина постепенно становится матерью для своего партнера, и прекрасное женское начало вновь обретает покой и сон, словно прин-

цесса в сказке «Спящая красавица», и ожидает своего принца, который снимет жировые чары сна и пробудит ее.

Нарушения женской идентичности с перекосом на материнскую функцию становятся основой созависимости и выбора партнера, страдающего зависимостью от алкоголя, наркотиков и т. д., и которого требуется постоянно спасать. Почему это происходит? С точки зрения теории объектных отношений внутренний дефицит материнского объекта и потребность в нем проецируются на внешний объект (человек, домашнее животное и т. д.), который заведомо вызывает чувства жалости, сожаления. И происходит так, что индивид, сам идентифицируясь с материнским объектом, окружает тотальной заботой тот внешний объект, с которым частично идентифицирован через свою дефицитную часть. Происходит так, что на символическом пространстве данный индивид выполняет свои задачи развития, пытаясь преодолеть дефициты фиксации на ранних стадиях развития. Материнское — это более ранняя модель идентификации для женщины. Истинно женское начало предполагает выстраивание отношений с противоположным полом, т. е. развитие доэдипальной стадии, когда в символическом пространстве появляется фигура отца.

Поэтому на данном этапе с пациентами женского пола (ожирение в большей степени распространено у женщин [44, 45, 46]) очень важна работа с женской идентичностью, ее пробуждением. Очень хорошо работают мотивы «Сосуд» (рис. 7 цветной вклейки) и «Старинная мастерская по изготовлению сосудов».

И не случайно при описании женской идентичности возникла метафора сказки — сказочные сюжеты мотивов прекрасно работают в плане символического пробуждения женского начала и инициации в качестве женщины [8]. Здесь можно использовать принцип свободных ассоциаций (принцип нулевого структурирования), когда после обсуждения предлагается представить что-то, что проявится само собой, или представить какую-нибудь сказку. И далее разворачивать мотив, следуя за пациентом.

Фаллическая женщина («гиперматеринский комплекс» включает мужское фаллическое начало, берущее на себя функцию защиты [8]) должна пройти акт кастрации, чтобы обрести свое женское начало. В плане символической кастрации и обретения женственности терапевтическую ценность имеют мотивы освобождения — к примеру, «Освобождение из плена Дракона». Дракон здесь как раз и символизирует «гиперматеринский комплекс» — совокупность псевдомужских качеств стремления к власти, жесткости, конкуренции. С одной стороны, наличие такого «гиперматеринского комплекса» помогает женщине в современном мире добиваться социальной успешности во властной иерархии, с другой — происходит, иной раз, полная потеря женственности и женской природы, что часто сопровождается психосоматическими проблемами, включая бесплодие — мужчина рожать не может. Пример работы с мотивом освобождения представлен на рис. 8 цветной вклейки.

Окончание процесса терапии (в идеале) осуществляется при достижении уровня зрелого устойчивого Я с дифференцированной идентичностью, что для некоторых

пациентов просто недостижимо. Тем не менее выход из психотерапевтического процесса и отсоединение от терапевта можно организовать, используя мотивы «Поездка за границу», «Сборы в дорогу». После обсуждения итогов терапевтического процесса предлагается мотив, который задается следующим образом: «Представьте, что вам предстоит длительное и далекое путешествие. Что вы возьмете в дорогу?» Разворачивая и детализируя образ, постепенно подводим пациента к тому, чтобы он, собравшись в дорогу, все-таки уехал.

Еще раз стоит подчеркнуть, что четко заданного пути психотерапии и строго определенного времени работы с конкретным пациентом нет и не может быть. Каждый пациент и его внутреннее пространство словно Зона, проводником или Сталкером¹ в которую является психотерапевт. Темп и продолжительность работы целиком и полностью зависят от возможностей пациента для ассимиляции (переваривания и усвоения, если пользоваться гастрономической терминологией) патологического материала. Ну а мастерство психотерапевта заключается в том, чтобы четко определить эти возможности.

Основные механизмы второго этапа — психоаналитический процесс, зависящий от профессионализма самого психотерапевта. Профессионализм же выстраивается благодаря постоянному развитию — изучению теоретического материала, участию в супервизиях и прохождению личной психотерапии самого специалиста. Несмотря на то, что про перенос написано много книг, и каждый специалист обязательно знает, что это такое, все же очень легко оказаться в переносных отношениях, особенно с нарушенным пациентом, умело включающим психотерапевта в сценарий внутренних объектов. Удивительно порой слышать от опытных специалистов, что они работают, слившись воедино с пациентом в психотическом единстве, считая это идеальным методом лечения и повторяя ошибки Юнга, лечившего Сабину Шпильрейн².

В заключение хочется сказать, что работа с нарушенными пациентами, в том числе и страдающими ожирением, — это серьезное испытание для идентичности самого терапевта, который будет постоянно включаться в рамки переносных отношений «идеализация — девальвация». Ведь профессиональная позиция психотерапевта может стать своего рода способом совладания и компенсации идентичности самого психотерапевта. Во-первых, сама позиция врача-человеческих душ де-факто предполагает, что у него душа является неким образчиком психического здоровья, что очень уж притягательно для психотиков. Данная позиция дает мощную нарциссическую подпитку. Во-вторых, во время психотерапевтического процесса осуществляется проекция психотерапевтом «больных» частей своей личности на пациента, над которым и производятся терапевтические мероприятия. То есть пациент используется как внутренний объект самого терапевта. И такое положение дел

¹ Аркадий и Борис Стругацкие, «Пикник на обочине».

² Сабина Шпильрейн (1885–1942) — выдающийся российский и советский психоаналитик, педагог, ученица и пациентка К. Г. Юнга. Этот исторический факт лечения С. Шпильрейн у К. Г. Юнга в клинике Бургхельцли в Цюрихе неоднократно вызывал интерес кинематографа и стал сюжетом для фильмов «Сабина» (реж. Роберто Фаенц, 2002 г.), «Опасный метод» (реж. Дэвид Кроненберг, 2012 г.).

встречается очень часто. Однако лишь психоаналитическая точка зрения позволяет увидеть глубины не только причин ожирения, но и понять динамику терапевтических отношений и стратегий, обзор которых приведен далее.

Обзор стратегий психотерапии ожирения и избыточной массы тела, предлагаемых на рынке «похудательных» услуг.

Взгляд с точки зрения психоанализа

Гипносуггестивные методы, кодирование

На рынке услуг по снижению веса чрезвычайно распространены суггестивные методы психотерапии ожирения, которые применяются и при прочих видах зависимости и в народе часто называются *кодированием*. С психоаналитических позиций — это регрессия с депрессивной позиции на параноидно-шизоидную (М. Кляйн) с чрезвычайным усилением жесткой, наказующей, плохой матери в структуре личности пациента для возможности пережить жесткие ограничения в виде диеты либо голодания. Но дефицитарная структура требует восполнения дефицита и либидозный катексис наказующего родительского объекта (Сверх-Я) иссякает, что требует постоянной его подпитки. Система поддержки подразумевает периодическую протренировку для поддержания эффекта. Как видим, структура данной стратегии подразумевает постоянное пользование, словно костыля, поддержки из вне. Но даже такая поддержка, основанная на усилении наказующей инстанции, обречена на поражение. Ведь усиливая гнет внутренней наказующей, мы усиливаем депрессию, когда и без того слабое Я еще больше погружается в состояние беспомощности и никчемности, что сопровождается страхом разрушения и диффузии Я. Включаются защиты, что может проявляться в переориентации агрессии вовне на жесткого родителя-тирана и/или актуализироваться неистовый поиск потерянного позитивного материнского объекта — хорошей матери.

Таких стратегий психотерапии ожирения, ориентированных на личность «Великого Отца» — как правило, основателя «революционного» метода снижения веса, на рынке психотерапевтических услуг представлено очень много. Выбранная стратегия вынуждает усиливать авторитет и проекции родительского объекта на «Единого и Великого», что постепенно сближается с неким подобием сектантства. Главное — поддерживать в пациентах (своей пастве) чувство вины, что не так уж и сложно. Распространение своих заряженных и лечебных фотографий, чудо-книг, целебных настроев — это продажа фетишей, переходных объектов Великого Родителя. И все это очень напоминает структуру религиозного культа.

Кстати, пищесвятцы — одно из религиозных движений России второй половины XX века, в котором «священные тексты» наполняют сакральными смыслами саму пищу и акт ее приема, особо выделяя в них божественную составляющую — Голод, как «экзистенциальную неполноту и нравственный императив» [80].

Группы самопомощи («анонимные обжоры»)

Здесь функцию переходного объекта берет на себя группа, и происходит замещение еды группой. В клинической динамике это на определенном этапе позитивно, когда с персонифицированного объекта происходит переориентация на участников группы. Однако динамика отношений в группе и проецирование своих внутренних объектов предполагает отщепление зависимой части Я и проекции ее на другого участника, который становится объектом для преследования. Иными словами, проецируя на другого свою зависимость, я начинаю бороться с ней и контролировать ее, становясь жестким наказующим объектом. В основе данной защитной стратегии зачастую лежит мотив выбора профессии психолога или психотерапевта, когда, проецируя свою проблемную, больную, часть на другого, начинается процесс лечения. То есть пациент используется как объект внутренней динамики для достижения своего исцеления терапевтом.

Именно поэтому непременным условием обучения психоаналитически ориентированным направлениям психотерапии является прохождение своей личной учебной терапии. Кроме того, участие в группе «анонимных обжор» предполагает, якобы, «признание себя обжорой», что в плане психодинамики низвергает в бездну чувства вины и депрессивности и усиливает поиск объекта, способного восполнить внутренний дефицит. Проекция своего внутреннего дефицитного объекта, озабоченного восполнением дефицита, на другого участника группы помогает временно справиться с внутренней деформацией. И вся эта система, основанная на угнетении, рушится как карточный домик, как только чуть ослабевает гиперконтроль. Кстати, не находите ли с чем аналогии? Быть может вспомнить историю нашего государства в XX веке?..

Насколько же организатору и ведущему группы нужно быть энергичным, зажигающим и ведущим за собой вечно «голодных и злых детей»¹? — что предполагает чрезмерную аффективную вовлеченность, накармливание и наполнение этого бездонного внутреннего дефицита. Насколько нужно специалисту самому быть погруженным в психотическое состояние, либо являющееся естественным вследствие структурного дефекта, либо специально индуцированное и очень временное в силу быстрого истощения ресурсов? Различные манипуляции с целью перекалывания организаторской роли на одного или нескольких участников, — это один из выходов, который, однако, также сопряжен с некоторыми проблемами.

На взгляд автора, здесь в первую очередь нарушается групповая структура, являющаяся моделью семьи, при которой актуализируется опыт депривации ребенка родительской фигурой и выделение среди прочих «любимчиков», наделенных большей властью, что может включать механизмы конкуренции. А при дефицитной структуре данное положение дискомфортно, что будет усиливать сопротивление каждого участника продолжению совместной работы и центробежные тенденции в целом. Кроме того, приближенный участник группы, ставший организатором,

¹ «Очень трудно накормить злых, голодных, маленьких детей» — Сальвадор Минухин, известный семейный психотерапевт, доктор медицины, профессор.

в силу своей нестабильной структуры и необходимости поддержания постоянной активности в группе, рано или поздно «иссыкает». Одним словом, когда группа выходит на стадию конфликтов без предварительной индивидуальной психотерапевтической работы, она прекращает свое существование в силу непереносимости агрессивных тенденций и неумения управлять ими каждым участником группы. Или идти по пути поиска внешнего врага и превращаться в секту?

Можно сделать вывод о том, что как только по каким-то причинам разваливается группа, вновь возвращается замещенная группой динамика пищевого поведения, где еда опять обретает свою функцию переходного объекта, приводящую, в конце концов, к набору веса.

Медицинские методы снижения веса

Целый ряд *медицинских методов* снижения веса, будь то фармакотерапия, акупунктура, биорезонансная терапия и т. д., с психоаналитических позиций (без погружения в объективный анализ и обоснования конкретной концепции терапии) имеют важное значение. Заключается оно в том, что на врача, специалиста в данной области, проецируется родительское имаго, наделяя его качествами omnipotency, всемогущества. Проекция включает так называемый *платцебо-эффект*, в результате чего происходит «волшебное исцеление». Конечно же, каждый из методов имеет свою объективную сторону терапевтического эффекта, однако значимую роль здесь все же играет феномен проекции родительской фигуры и идеализации специалиста. И специалист, ставший экраном проекций родительского имаго, накармливает «свое дитя» символическим молоком, становится идеальной наполняющей матерью. Переходный объект (еда) становится ненужным, пока идет процесс лечения и еще некоторое время после. Еще более эффективными являются манипуляции, где происходит телесный контакт (к примеру, косметологические процедуры) — материнский объект заботится, кормит молоком, да еще и берет на руки и гладит!

Что касается работы крупных медицинских центров по снижению веса, использующих психотерапию, следует отметить их, как правило, качественный подход и проработку на первом когнитивно-поведенческом этапе психотерапии ожирения. Дальнейшая работа невозможна по нескольким причинам. Во-первых, коммерческая направленность работы, где приоритетным является финансовый доход как основа экономического выживания на рынке. Индивидуальная работа — это кропотливый труд, но приносит он компании слишком низкие доходы. Во-вторых, такую работу могут провести специалисты высокого уровня, которые привыкли ценить свой труд и, как правило, являясь свободными по духу людьми, трудно встраиваются в жесткие иерархические рамки. Очень часто в подобных структурах входят в противоречие профессиональная психотерапевтическая позиция — позиция специалиста и позиция менеджера. Нетрудно догадаться, какая позиция одержит верх. Намного проще управлять молодыми менее опытными специалистами, формируя у них зависимость от структуры. При этом поддерживается необходимый уровень достаточно раздутого нарциссизма руководителя и создателя данной системы, который может быть фрустрирован обратной связью опытных специали-

стов. Это, если хотите, в-третьих. Поэтому, по сугубо личному мнению автора, для дальнейшей работы на втором этапе необходим частнопрактикующий специалист. Потому что для психоаналитически ориентированного психотерапевта нет и не может быть привилегированного объекта.

* * *

Стоит только посочувствовать пациентам, страдающим ожирением и избыточной массой тела и испробовавшим на себе порой не один десяток методов...

Хочется закончить эту главу метафорой, которая, на взгляд автора, характеризует жизнь пациента, страдающего ожирением и постоянно находящегося в поиске позитивного материнского объекта. Такой метафорой будут слова песенки мамонтенка из известного мультфильма¹:

«Пусть мама услышит,
Пусть мама придет,
Пусть мама меня непременно найдет!
Ведь так не бывает на свете,
Чтоб были потеряны дети...»

¹ Мультфильм «Мама для мамонтенка» (1981). Музыка В. Шаинского, слова Д. Непомнящего.

ПРИЛОЖЕНИЕ

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

№ 1. Пациентка Б., 33 года

Обратилась на индивидуальную терапию после прохождения группового когнитивно-поведенческого тренинга снижения веса, добилась очень хороших результатов, снизив вес на 17 кг. Запрос связан с темой сексуальности, когда, по словам клиентки, у нее усилилась сексуальность, и она стала вступать в сексуальные связи, выбирая партнеров моложе себя в среднем на 10 лет. Высказывает опасения, что частые сексуальные контакты и смена партнеров (промискуитет) «не доведут до хорошего», более того, испытывает чувство вины перед мужем, который «в общем-то хороший человек». Тем не менее, при длительном отсутствии сексуальных партнеров у нее наступает очень дискомфортное состояние, ощущение пустоты, которое необходимо заполнить по типу пищевой психологической потребности — аппетита.

Анамнез

Старший ребенок в полной семье, брат младше ее на 3 года. Нежеланный ребенок — родители поженились, что называется, «по залету». Жили в стесненных условиях, в доме была одна большая комната. Грудное вскармливание до 6 месяцев. С возраста в один год стала ходить в детский сад. Часто оставалась с бабушкой и тетками, которые помогали в воспитании. Когда Б. было 3 года, родился младший брат, и она стала спать отдельно от родителей. С трудом вспоминает, что в это время ей стали сниться кошмарные сны, часто во сне кричала, за что однажды ее наказали, и с тех пор, по словам пациентки, кошмары ее не мучили. Закончила школу, где хорошо училась и была «примерной девочкой». Помимо занятий в общеобразовательной школе по настоянию матери училась в музыкальной школе, что и определило выбор ее профессии. С 16-ти лет училась в другом городе, где познакомилась с будущим мужем. Последнее слово в выборе мужа было за матерью (хотя Б. любила другого молодого человека, с которым у нее были романтические отношения). Тем не менее, когда Б. было 23 года, они поженились. Через 4 года родился сын. Со слов пациентки, долго оттягивала рождение ребенка, т. к. «необходимо было многое сделать: карьера, учеба».

В настоящее время работает по специальности, воплощая свои творческие наклонности. Личная жизнь достаточно интенсивна — постоянно ищет новых партнеров, причем, как уже было отмечено, младше ее примерно лет на 10.

Очень важны для нее отношения с матерью.

Психодинамика

Здесь речь может идти о дефицитном материнском объекте. Особенно остро дефицит проявился в связи с рождением сиблинга (брата), когда появилась угроза потери идентичности и регрессия на параноидно-шизоидную позицию. Вспоминает, что в это время стали сниться кошмарные сны, содержанием которых было преследование частичными объектами — кисть руки матери, от которой она отбивалась палкой. Жесткое наказание в этот период восполнило внутренний дефицит жестким родительским имago. Это перепределило сложные зависимые отношения с материнским объектом, когда, с одной стороны, он идеализируется, а с другой — происходит выбор протестных моделей поведения. Протестное неосознанное поведение проявляется в попытках «переписать историю», при которых выбор партнеров определяется возрастом, ведь когда она вышла замуж (ей было 23 года), основное слово было за матерью. Сейчас Б. отвоевывает свое желание у матери, поступая вопреки семейной установке «у нас связываются семейными узами раз и навсегда». Налицо проявление желания и чувство вины, запускаемое гнетом внутреннего наказующего родительского объекта и страхом его потери. Именно эти страдания и привели Б. на терапию, когда стратегия совладания в виде заедания вследствие осознания стала недоступной.

Отцовская фигура, как обладателя фаллоса — символической власти, не символизована во внутреннем пространстве. Фаллос воспринимается пациенткой как суррогатный заменитель питающей груди. Грудь, которую нужно было обрести, чтобы заменить дефицитную материнскую грудь. Но объекты (молодые люди — партнеры Б.), обладающие фаллосом, как заменой груди, в силу своего возраста нестабильны и не могут дать определенность и постоянство в отношениях, что предопределяет поиск новых партнеров. И получается замкнутый круг. Очень хорошо видна эта динамика в образе луга, когда пациентка, оттолкнувшись от обрыва с зеленой сочной травой, как бы зависла в воздухе между водой протекающей внизу реки и лугом, крутым обрывом, уходящим вниз. Более понятным это становится при аналитической беседе с пациенткой, когда ее семья — детище решения ее матери — представляется ей стабильной, земной твердью, обеспечивающей «почву под ногами». Однако от нее хочется оттолкнуться, убежать, и следующий образ объясняет нам, почему (рис. 9 цветной вклейки).

Следующий рисунок к свободному ассоциативному образу (рис. П1) красноречиво показывает базовый дефицит и постоянную потребность его восполнить на уровне слияния с объектом.

Как можно видеть, на рисунке Б. изобразила себя и свое отражение в зеркале в виде мужчины. Не случаен в этом плане выбор пациентки в реализации внутреннего сценария отношений с объектом — превратить нестабильный объект (молодого мужчину) в стабильный, постоянный и наполняющий. И, на взгляд автора, это является неким саногенным свойством психики, когда через повторение негативного сценария возможен шанс его переписания, если развитие событий пойдет по-другому. Однако такое возможно лишь в психотерапевтическом структурированном пространстве, управляемом опытным и понимающим динамику пациента терапевтом.

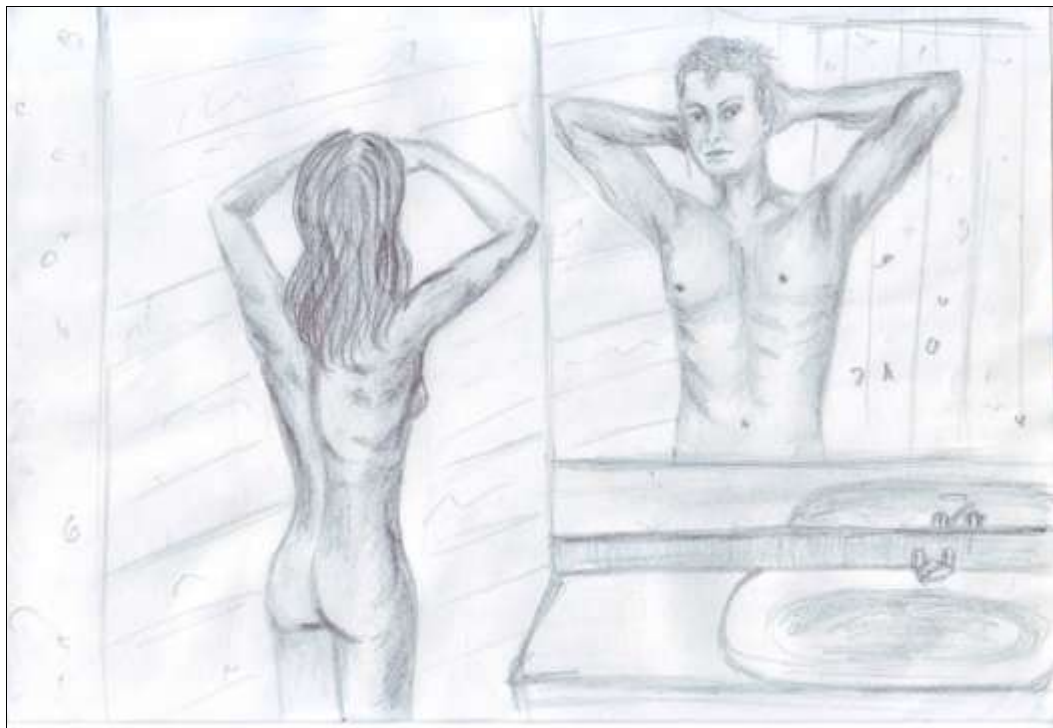


Рис. П1. Ассоциативный образ (рисунок выполнен грифельным карандашом)

Очень яркий пример внутренней динамики пациентки отражен в ее стихотворении.

Пустота... Пустота... Сладкий скрежет во тьме.
 Мне осталось одно — вспоминать о тебе...
 Сколько страстных ночей, сколько полных минут.
 Удержать! Удержать! А часы все идут...
 Безысходность во всем, если милого нет.
 Уничтожу я ту, что несет этот бред...
 И не будет страстей, и не будет любви...
 И не будет болеть сердце в женской груди...

Это поэтическое произведение выразительно показывает внутреннюю интенсивную динамику противостояния базовой потребности в объекте и, что видно в конце стихотворения, жесткой наказующей инстанции, которая блокирует удовлетворение потребности. Аналогия с событиями детства, связанными с рождением младшего sibлинга и желанием привлечь к себе внимание, вернуть материнский объект, и тем жестким пресечением таких попыток со стороны матери.

Соответствующая ситуации динамика в виде круга зависимости описана на примере отношений с персонифицированным объектом (пищей) в главе 4. Здесь, на взгляд автора, имеет место более интегрированный уровень, и объектная потребность, как результат терапии, вышла на уровень проекции на индивида — партнера Б., который ни в коем случае не воспринимается как субъект, а является проекцией

внутреннего объекта. Тем не менее существует опасность такой психодинамики, которая может выражаться в бессознательном поиске наказания, когда пациентка позволяет себе некоторые эксцессы, находясь «на грани фола».

Психотерапия с этой пациенткой продолжалась немногим более 20-ти сессий. Безусловно, за столь короткое время говорить о коррекции объектной динамики не приходится. В процессе терапии использовались мотивы «Аппетит», «Луг» и ассоциативный мотив. С помощью образа Аппетита вышли на значимую фигуру молодого человека — любовника, отношения с которым характеризовались крайней нестабильностью и амбивалентностью. Далее, через темы взросления и замужества, в аналитической работе вышли на тему проработки отвергающего материнского объекта и девальвированного отцовского объекта. Если очень кратко резюмировать, то задачами этого этапа психотерапии была символическая кастрация материнского объекта как носителя фаллоса и усиление образа отца.

Скорее всего, можно предположить, что терапевт и сам процесс терапии, пройдя через острый период эротического переноса со стороны пациентки, стал тем стабильным основанием, от которого, по ассоциации с образом луга, ей хотелось оттолкнуться, что, собственно, и произошло. Тем не менее следует отметить, что симптоматика пациентки сгладилась (обретение контроля над импульсами в результате усиления структуры Я), стали более ровными отношения с близкими. «Двери» психотерапевтического пространства остались открытыми, поэтому есть некое суждение о возможном возвращении пациентки в терапию.

Через полгода пациентка возобновила терапию...

№ 2. Пациентка Л., 19 лет

Страдает ожирением II степени. После прохождения когнитивно-поведенческой группы снижение веса было незначительным. Через полгода прежний вес вернулся обратно.

Анамнез

Родители пациентки познакомились еще будучи студентами, на последнем курсе решили пожениться. Пациентка родилась через полгода после свадьбы. Первое время жили у бабушки по маминой линии. С первых дней жизни пациентка оставалась с бабушкой, т. к. маме нужно было доучиваться. Однако уже через 10 месяцев после рождения пациентки родилась ее младшая сестра. Несмотря на то, что вскоре молодая семья обзавелась собственной квартирой, куда и переехала вместе с младшей сестрой, пациентка осталась жить у родителей мамы и воспитывалась бабушкой и дедушкой. Когда ей было 5 лет, папа ушел из семьи и вернулся, когда ей уже было 11 лет. После возвращения папы пациентка была возвращена в родительскую семью. Развивалась быстро, в школу пошла с 6-ти лет. Сколько себя помнит, все время сидела с родной и двоюродными сестрами и братьями. Ощущает себя 30-летней умудренной жизнью и уставшей от нее «старушкой». Испытывает труд-

ности в отношениях со сверстниками, считает их незрелыми. Круг друзей очень ограничен, выбирает их намного старше своего возраста. Близких интимных отношений не имела. Общение, в основном, опосредованное, через Интернет. В настоящее время учится в двух высших учебных заведениях. Интересен выбор будущих профессий: одна специальность определена прагматическим выбором — экономика, другая — филология — есть ее «душевный» выбор.

Анализ

Налицо выраженная депрессивная позиция с постоянным чувством вины и страха потери дефицитного материнского объекта и противоположной подавленной тенденцией агрессии и обиды к нему. Стремление завоевать расположение объекта выражается во многих сферах жизни: профессиональных достижениях (проходит обучение за рубежом), творческом воплощении (пишет стихи и публикуется), стремлением быть лучше всех, не такой, как все. Можно предположить, что на фоне дефицита внутреннего объекта воспитание происходило таким образом, что условием получения протекции со стороны значимых родительских фигур был мотив достижения, что, возможно, привело к формированию ложной Самости и проявлению нарциссических черт.

Психодинамика

Следует заметить, что здесь необходима длительная работа, на первом этапе которой стоит важная задача — воссоздание позитивного питающего внутреннего объекта, дефицит которого очень хорошо виден в символике образов в рамках психотерапии с использованием Кататимно-имагинативной психотерапии. В мотиве луга представила летний луг, на котором растет ковыль и васильки. Трава сухая, если провести рукой, можно порезаться. Развела траву руками, земля также сухая. Небо в облаках, дует ветер. Невдалеке от луга — речка, рядом лес, густой со сломанными стволами, вызывает страх. Захотелось найти более комфортное место — около реки, где зелень травы яркая и сочная. Стало темнеть, небо заволакивают тучи. «Страшно, жду, быть может, кто-нибудь придет, принесет спички или фонарик». Неприятный образ (рис. 10 цветной вклейки).

Депрессивность и напряженные отношения с внутренним дефицитным родительским объектом проявлялись и в последующих образах, в частности в мотиве ручья, где она представила одинокое дерево с искривленным стволом на берегу ручья с холодной чистой водой (рис. П2). Вода настолько холодная, что пить ее не представлялось для пациентки возможным.

Являясь очень творческой натурой, Л. проявляет таланты во многих областях, в том числе и поэзии. С диагностической точки зрения депрессивной позиции и дефицита внутреннего объекта интересны ее стихи, которые приводятся далее.



Рис. П2. Мотив «Ручей» (рисунок выполнен грифельным карандашом)

* * *

Та туча тяжела была. И гром
Раздался снова, молния блеснула.
Опять гроза. И мой далекий дом,
Крыльцо и дерево — как будто все заснуло.

Ты лишь спроси — и будет солнца свет
Играть в том ручейке, звеня водою.
Ты лишь спроси — как будто много лет
Тебя не знала, но жила тобою.

* * *

Там, где когда-то сон был звездой,
Дремлет у берега дом мой родной.
Он не проснется. Он сторожит
То, чем душой всей своей дорожит.

Детство мое в этом доме живет,
Может быть ночью оно запоем?
В доме ни звука... Тихо в душе.
Сон мой нарушит крик в тишине.

Глаз не открою. Слезы текут.
Только в душе. Скоро пройдут...
Будет ли солнце на том берегу?
Может, свой дом никогда не найду...

№ 3. Пациентка С., 49 лет

Обратилась после прохождения групповой когнитивно-поведенческой психотерапии для пациентов с ожирением и после достаточно успешного очередного снижения веса стала вновь набирать вес.

Анамнез

Младший ребенок в родительской семье, есть брат старше ее на 7 лет. Родители много работали, и, сколько себя помнит, с малых лет всегда стремилась им помочь. По поводу первых лет жизни воспоминания не сохранились, помнит себя с детского сада. После детсада была школа, в которой, в отличие от брата, училась очень хорошо, чем радовала родителей. Более близкие отношения были с мамой, жалела ее. По ее словам, та без дела не сидела, и все в семье держалось на ней.

После окончания школы уехала учиться в другой город, где вышла замуж. Но брак оказался неудачным, «он был безответственным человеком, нельзя было положить-ся». Вскоре развелись. Повторно вышла замуж и через 4 года родила сына. Рожде-

ние ребенка выпало на период общей социально-экономической нестабильности. Со слов пациентки, иной раз было «нечего покушать». Через три года после рождения сына умерла ее мать, смерть которой она переживала очень тяжело. Именно в это время стала набирать вес, хотя сама набор веса связывает с беременностью и гормональной перестройкой. Кроме того, очень сильно разозлилась на отца, когда тот решил снова жениться, считала это предательством мамы. В тот момент для себя решила, что обязательно добьется стабильного материального положения. В настоящее время является достаточно успешным предпринимателем, имеющим несколько торговых точек. Напряженно работает даже сейчас, когда дело уже, что называется, поставлено. Часто бывает, что приходя домой уставшей, когда ничего не хочется, «тупо смотрит телевизор и что-то ест».

Анализ

В процессе психоаналитической работы прояснилось негативное отношение к отцовскому (мужскому) объекту, которому нельзя доверять и на который нельзя опереться.

Базовый дефицит материнского объекта реализовывался в проецировании этой потребности на окружающих и окружении их заботой. При этом росло внутреннее раздражение по поводу того, что «никто ей не помогает, и никому нельзя доверить даже уборку дома». Такую модель поведения связывает с поведением мамы, «на которой все держалось». Умирая, та попросила ее заботиться об отце и брате. Брат в настоящее время проживает один, развелся. С., по ее словам, приходится заботиться и о нем: «раньше даже рубашки гладила, сейчас сняла с себя эти обязанности».

Психодинамика

В ходе психотерапии появилось осознание взаимосвязи ожирения и тех душевных проблем, что так наглядно отразились в мотиве «Луг», где она представила земляничную поляну. Лето, теплая погода, полдень — самое время отдохнуть, наесться спелой ароматной земляники. Но занозой засела мысль, что куда-то надо идти, надо насобирать земляники хотя бы бидончик, а лучше — ведро. Постепенно скапливалось напряжение, выраженное в словах: «Все хватит, пора делать!» Пошла собирать землянику. При аналитической беседе, которая была для пациентки эмоционально значимой, высказала мысль, что это ее жизненная ситуация: ожидание, что вот еще немного «напряга», и там «за поворотом» — отдых. Особенно эта конфликтная тема проявилась в образе ручья, когда она представила ручей, впадающий в озерцо, откуда по трубам вода идет на полив дачного массива (рис. 11 цветной вклейки).

В мотиве «Гора» пациентка представила высокую остроконечную гору с заснеженной вершиной, на которую очень трудно забраться. Гора вызывала неприятные чувства, и лезть на нее не хотелось. Тем не менее, дойдя до середины горы, обнаружила там пещеру, в которой оказалось сухо и комфортно. Развела там огонь, было очень приятно. Наступил вечер, стало темнеть, решила на гору не забираться.

Данный мотив может свидетельствовать о ее проблемном отношении к отцовскому мужскому объекту. Здесь также можно подумать о том, кто выполнял функцию отца и, вполне вероятно (исследование анамнеза это показывает), что эту роль играла мать, которая чередовала жесткие установки на достижение (высокая гора) и поощрения в виде поддержки и заботы (комфортная пещера). В актуальной ситуации это проявляется в выборе высоких целей достижения (достижение в социуме, как мужская стратегия), ресурсов на которое, в силу дефицита материнского внутреннего объекта, не хватает, и на помощь приходит аппетит, замещающий и восполняющий этот дефицитный объект.

Процесс психотерапии для пациентки давался нелегко. Встреча с вытесненным болезненным материалом, связанным с материнским объектом, включал механизмы сопротивления — пациентка опаздывала на сессии, путая время начала, и т. д. На определенном этапе приняла решение взять тайм-аут и «переварить» результаты психотерапии, чтобы потом продолжить работу.

№ 4. Пациентка Т., 22 года

Обратилась после прохождения групповой когнитивно-поведенческой психотерапии, направленной на снижения веса. Снижения веса не произошло. На предварительной беседе было выяснено, что пациентка находится в состоянии актуального стресса. Была предложена краткосрочная Кататимно-имагинативная психотерапия.

Анамнез

Пациентка из восточной семьи с жесткими правилами. Средняя дочь, имеет двух сестер. Мама постоянно сидела дома с детьми, вела хозяйство. Жизнь в семье строго регламентировалась отцом. После окончания школы училась в техникуме. Все время жила в родительской семье. За 2 года до терапии познакомилась с молодым человеком ее национальности, по обычаям он мог выкрасть невесту, чем и воспользовался. Несколько лет пациентка жила в его семье, терпя унижения и побои. После последнего избиения своим сожителем попала в больницу, из которой ее забрала мать, упросив отца забрать пациентку обратно в родительскую семью. С большим сопротивлением тот согласился, постоянно ставя в упрек дочери тот позор, который она навлекла на него.

Несмотря на сильные эмоциональные переживания, всегда улыбается, даже когда на лицо наворачиваются слезы. Это может указывать на жесткий запрет на проявление эмоций со стороны деспотичного Сверх-Я. Вытеснение уже не справляется с эмоциональной «запруженностью», поэтому на помощь приходит соматизация конфликта.

Анализ

Как видно из анамнеза, интериоризированный подавляющий отцовский объект проявился в опыте взаимодействия с садистическим внешним объектом в виде молодого человека. Тот гнет всеобъемлющего чувства вины, который мог привес-

ти пациентку к более решительным аутоагрессивным действиям, компенсировался гиперфагией. Лишний вес лишь усиливал убежденность, что она ничего не достойна.

Психодинамика

В мотиве цветка представила ромашку и рядом девушку-ангела в белых одеждах и с крыльями за спиной. Это, своего рода, воплощение Идеала-Я, который, по мнению пациентки, безвозвратно утерян. Благодаря анамнезу и тесту «Цветок» многое становится понятным, и можно говорить о выстраивании стратегии и терапевтических целях, связанных с проработкой травматического опыта, через который, несомненно, произойдет выход на деспотичный отцовский объект. А в целом — это работа с идентичностью, выстраиванием и усилением позитивного принимающего внутреннего объекта и саморепрезентации.

В мотиве луга представила небольшой участок выходящего в море обрыва, на котором растут трава и красные цветы (рис. 12 цветной вклейки). Это может свидетельствовать о наличии позитивного внутреннего объекта, и задача первого этапа заключалась в его усилении, что и было сделано. Следует отметить, что после сессии с мотивом «Луг» (на вторую неделю с момента первой сессии) вес снизился на 5 кг, хотя к обсуждению темы веса больше не возвращались.

Очень позитивным был мотив ручья, где пациентка приятно повзаимодействовала с водой (вдоволь напилась чистой прохладной воды) — здесь, опять же, усиление позитивного материнского объекта.

Мотив дома стал достаточно конфликтным и выводящим на проблему идентичности. Именно в доме, бревенчатом и одноэтажном, где внутри все выгорело, будто после пожара, именно там она увидела на стене портрет молодой красивой и улыбающейся девушки. На другой же стене, напротив входа, висел портрет какого-то знатного вельможи в полный рост со строгим выражением лица, в дорогой расшитой золотом одежде. И это стало главной отправной точкой следующего этапа работы.

Быстрая компенсация и снижение веса после установления терапевтических отношений и удовлетворения архаических потребностей говорят о депрессивности вследствие травматического опыта.

За время психотерапии, которая длилась в течение полугода, произошло значительное снижение веса (на 16 кг), однако слишком сильный и подавляющий отцовский объект, как только к нему «подобрались», блокировал дальнейшую работу, и терапия на этом завершилась.

№ 5. Пациентка 3., 32 года

Обратилась с жалобами на бессонницу, тревожность, постоянные головные боли. Страдает ожирением I степени. Состояние характеризуется постоянной апатией, все приходится делать через силу. С ее слов, стала очень эмоциональной, на днях в сердцах разбила тарелку.

Анамнез

Росла и развивалась в полной семье, имеет еще младших сестру и брата. Мать характеризует как жесткую, наказывающую за малейшую провинность. Пациентке пришлось много нянчиться с младшими, т. к. мать много работала. Отец мягкий, принимающий, часто употреблял алкоголь. Воспоминания о детстве неприятные, и вся картина детства сводится к тому, что отец пил, а мать вечно бранилась. Более свободно ощущала себя, когда уехала после окончания школы учиться. Вернувшись, жила с родителями, пять лет назад вышла замуж. Работает в экономической сфере. Муж работает вахтовым методом — месяц отсутствует и на месяц приезжает домой. В его отсутствие чувствует себя плохо, идет жить, несмотря на гнетущую обстановку, к родителям.

В настоящее время пациентка находится в декретном отпуске по уходу за ребенком. Испытывает опасения по поводу скорого выхода на работу. Постоянное тотальное чувство вины, буквально за все, в том числе и за то, что ходит на терапию, — тратит деньги мужа, и т. д.

Анализ

Актуальная депрессия на фоне пограничного структурного уровня личности (borderline) и депрессивно-навязчивого типа. Имеется аффективная запруженность вытесненным и едва удерживаемым материалом. На это указывает образ луга, в котором представила клумбу, ограниченную кирпичной кладкой с узорами по периметру в виде остроконечных углов. На рисунке исправила эти углы, т. к. они были неприятны. Береза, нарисованная в левой (эмоциональной, материнской) части рисунка, со склоненными ветвями и черно-белой гаммой, может указывать на депрессивную составляющую и противоречивый расщепленный материнский объект, несущий любовь и заботу и, в то же время, на смерть (рис. 13 цветной вклейки).

В мотиве ручья представила небольшой ручеек, шириной с ладошку, источник обложен большими камнями. Ручей течет через поляну и далее, протекая через пашню, просачивается в землю. Образ неприятный и наглядно показывает так называемое ущемление аффекта — когда и без того перенапряженные механизмы вытеснения уже не срабатывают от натиска бессознательных драйвов, на помощь приходят соматические симптомы. Базовый объектный дефицит проявляется в депрессии, перенаправленности агрессивных драйвов на себя, поскольку более безопасно в плане сохранения целостности психической структуры погрузиться в чувство вины (что это я виновата в том, что материнский объект меня покинул), чем признать себя в своей ненужности.

Безусловно, в этом случае необходима длительная психотерапевтическая работа и начальный период должен быть сопряжен с воссозданием позитивного питающего объекта. Следует отметить, что благодаря аффективному проживанию образов, как правило, происходит достаточно быстрое нивелирование симптоматики. С одной стороны, это важный этап демонстрации эффективности терапии, за которую пациент платит. С другой, как зачастую бывает, быстрое снятие симптоматики влечет за

собой прекращение терапии в силу отсутствия гнета страдания и связанной с этим мотивации. В данном случае нивелирование соматической симптоматики и перегруженностью чувством вины привело к одностороннему окончанию терапии.

К сожалению, это бывает очень часто, и работа с психосоматическими пациентами является серьезным испытанием для идентичности психотерапевта. Размышляя над тем, был ли эффект от терапии, можно рассмотреть это на нескольких уровнях. Если говорить об уровне поверхностном, то произошло сглаживание симптоматики, подпитка ресурсами, благодаря которым пациентка еще какое-то время может продержаться в поле своего базового нарушения и связанной с ним организацией личного пространства (семья и жизнь в целом). Пока не произойдет обрушения либо поиска новых ресурсов. В стратегическом, более глубоком, плане необходима более глубокая и длительная работа для проработки базовых дефицитов, связанных с идентичностью. А работа эта займет по времени не один год...

№ 6. Пациентка О., 28 лет

Ожирение II степени. Обращение связано с жалобой на неудовлетворенность жизнью, отсутствие постоянных отношений с партнером, хотя имеется желание завести семью и детей. Совсем недавно появились страхи: боится садиться за руль, появились мысли о смерти. Первоначально прошла групповую терапию по поводу проблемы с избыточной массой тела, были достигнуты очень незначительные результаты, когда за полгода снизила всего 3 кг. Благодаря групповой работе поняла, что проблема ожирения связана с ее эмоциональным состоянием и душевными проблемами.

Анамнез

О. единственный ребенок в семье. Родители занимали значимые должности, обладали высоким статусом. Мама рано вышла на работу, оставив О. на попечение прабабушки, которая умерла, когда пациентке было 9 лет. По воспоминаниям пациентки, достаточно рано стала взрослой — вспоминает такой эпизод, как, будучи 4-летней девочкой, одна через весь город поехала на трамвае к матери на работу, чем немало всех удивила. Есть травматичные воспоминания 12-летнего возраста, когда у папы была связь с другой женщиной, а мама, узнав, совершила попытку суицида, явно демонстративную и шантажную. Эти воспоминания и поныне рожают сильнейшие негативные чувства вины. Во всем успешна — с отличием окончила школу и институт, занимается прибыльным бизнесом. Рано ушла из семьи — в 17 лет уехала учиться в другой город, когда вернулась, стала жить отдельно. Ежедневно навещает родителей, заботится о них — заезжает к ним по дороге на работу, т. к. они нуждаются в ее помощи.

В настоящее время имеет свою фирму, занимается туристическим бизнесом. Есть молодой человек, с которым, со слов О., сложные отношения. Она проявляет по отношению к нему интерес и заботу и ожидает ответных действий. Он же ведет себя, со слов О., как альфонс.

Описывает свое состояние в целом как неприятное, тревожное, отсутствие желания что-либо делать, пониженное настроение. Состояние усиливается в выходные, когда дома одна, и не предстоит каких-либо дел. В выходные приезжают родители, поскольку у нее недомогание и разбитость, помогают ей. Когда они, особенно мама, рядом, становится лучше. С ее слов, спасает работа — часто ездит за границу в ознакомительные туры. График поездок очень плотный, каждый месяц предстоит очередной тур. За границей чувствует себя хорошо и свободно, как-будто бы «что-то внутри отпускает». Ощущение, что «попадаешь как-будто в сказку, тебя чуть ли не на руках носят, сдувают пылинки, хотя и понимаешь, что это менеджеры, и главное для них — продать тур».

Анализ

Активный модус 3 конфликта. Обращают на себя внимание рисунки к мотиву «Цветок», на одном из которых (рис. 1 цветной вклейки) пациентка грифельным карандашом изобразила огромный цветок, у основания стебля окруженный голой земли, и на другом — цветик-семицветик (рис. 2 цветной вклейки). Рисунки выполнены как домашнее задание, но в разные дни после мотива. Можно наглядно увидеть стратегию защит, когда депрессивная составляющая компенсируется истероидно-эдипальной стратегией. Это можно проследить и в мотиве луга, когда она представила луг с густой высокой неприятной на ощупь травой, окруженный, с одной стороны, лесом, с другой — дорогой и рекой. Ей хотелось уйти с этого луга. Идеальный же луг она представила в виде альпийского луга на взгорье, куда еще надо забраться. Трава очень мягкая, шелковистая, зеленая и сочная. Очень хотелось с ней повзаимодействовать, побыть на этом лугу подольше. Весьма позитивный образ.

Безусловно, здесь же присутствует и нарциссическая проблематика ложной Самости, сформированной благодаря завышенным ожиданиям родителей и стремлению обрести дефицитный объект через достижения. Этот момент проявился и в дальнейшей работе при проработке вытесненных конфликтных отношений с материнским объектом в мотиве «Корова» (рис. 14 цветной вклейки), где она представила корову, у которой нет вымени, которая не дает молока. И пациентке в образе пришлось самой напоить корову молоком, дать ей сена.

Практически во всех мотивах присутствует тема ограничения жизненного пространства.

Важно понимать, что у этой пациентки после снижения веса произошла актуализация невротических конфликтов в виде страхов и навязчивостей. С точки зрения теории А. Митчерлиха, в клинической картине наблюдается позитивная динамика: соматизированный конфликт вышел на невротический уровень, что с клинической точки зрения является позитивным прогностическим фактором. Заедание (гиперфагия) и, как следствие, — лишний вес, с уровня соматического симптома конверсировались на уровень невротического — появились фобии. Однако в силу, как правило, отсутствия дальнейшей терапевтической работы, невротические симптомы пугают пациента, переживаются им более остро и порой невыносимо, нежели сома-

тические страдания, что, в конце концов, может вновь привести к возвращению к старой модели совладания — заедания и, соответственно, соматизации конфликта.

Далее в процессе работы был осуществлен выход на проработку страха. За ним стоит отношение к себе как к самостоятельной и независимой, которой никто не нужен, а на самом деле нуждающейся в любви и заботе. Из-за этого ее не устраивают отношения с молодым человеком — ведь хочется создать семью и обзавестись детьми. Отношения к мужчинам строились по сценарию отношения к отцовскому непостоянному объекту, которому нельзя доверять.

После краткосрочного курса психотерапии с использованием символдрамы (12 сессий) у клиентки улучшилось самочувствие, произошло снижение веса (за первый месяц на 6 кг, хотя к обсуждению проблем веса не возвращались), стали понятны многие проблемы и стратегии поведения. Психотерапию решила закончить, хотя с объективной точки зрения работа должна была быть продолжена.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрахам К., Гловер Э., Ференци Ш. Классические психоаналитические труды. — М.: КОГИТО, 2009.
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. — М.: ГЕРРУС, 2000, 296 с.
3. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений. — Екатеринбург: ЛИТУР, 2000, 576 с.
4. Бессесен Дэниел Г., Кушнер Роберт. Избыточный вес и ожирение. Профилактика, диагностика и лечение. — М.: ООО Издательский дом БИНОМ, 2006, 240 с.
5. Бобровский А. В. Современные методы снижения веса. — СПб.: Вектор, 2009, 190 с.
6. Бобровский А. В., Ромацкий В. В., Дрёмов С. В. Эффективная программа похудения за 7 дней. — СПб.: Невский проспект, 2006.
7. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. — М.: Академический проект, 2006, 232 с.
8. Василец Т. Мужчина и женщина. Тайна сакрального брака. — СПб.: Речь, 2010.
9. Винникотт Д. В. Семья и развитие личности. Мать и дитя. — Екатеринбург: Литур, 2004, 400 с.
10. Вологодина Н. В. Сказкотерапия, или Как стать победителем. — Ростов н/Д.: Феникс, 2006, 256 с.
11. Вудман М. Сова была раньше дочкой пекаря: Ожирение, нервная анорексия и подавленная женственность. — М.: Когито-центр, 2009, 176 с.
12. Гинзбург М. М. Краткий практикум успешного похудения. — Самара: ООО «Свет-PRINT», 2008, 68 с.
13. Годфруа Ж. Что такое психология: в 2 т., т. I. — М.: Мир, 1992.
14. Гринсон Ральф Р. Техника и практика психоанализа. — М.: Когито-центр, 2003, 478 с.
15. Гроф С. Области человеческого бессознательного: данные исследований ЛСД. — М.: Изд-во Трансперсонального института, 1993.
16. Дорожевец Т. В. Использование «сказочных помощников» для активизации внутренних ресурсов / Журнал практического психолога, № 10–11, 1999.
17. Дольто Ф. Бессознательный образ тела / Собрание сочинений. Т. XVI. — Ижевск: ERGO, 2006, 376 с.

18. Кататимно-имагинативная психотерапия как психодинамическая образная психотерапия: Сборник статей (Серия «Библиотека рабочей группы кататимно-имагинативной психотерапии») / под ред. Е. В. Садальской. — Вып. 1. — М.: Издательский дом «Атмосфера», 2008, 80 с.
19. Кейсмент П. Обучаясь у пациента. — Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995, 256 с.
20. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. — М.: Класс, 2001, 464 с.
21. Кернберг О. Отношения любви: норма и патология. — М.: Класс, 2006, 256 с.
22. Кондрашов А. В., Дрёмов С. В. Диета «Доктор Борменталь» — лучшая современная методика похудения в России. — М.: АСТ; СПб.: Сова; Владимир: ВКТ, 2009, 220 с.
23. Кохут Х. Восстановление Самости. — М.: Когито-центр, 2002, 316 с.
24. Ключевые понятия психоанализа / Под ред. Вольфганга Мертенса. — СПб.: Б&К, 2001, 383 с.
25. Кляйн М. Психоаналитические труды: В VI т. Том II: Любовь, вина и реперация — Ижевск: ERGO, 2007, 386 с.
26. Кулаков С. А. Основы психосоматики. — СПб.: Речь, 2005, 288 с.
27. Куттер П. Современный психоанализ. — СПб, 1997.
28. Куттер П. Любовь, ненависть, зависть, ревность. Психоанализ страстей. — М.: ООО Издательский дом «София», 2004, 256 с.
29. Кюблер-Росс Элизабет. О смерти и умирании. — Киев: «София», 2001, 320 с.
30. Лапланш, Ж.; Понталис, Ж.-Б. Словарь по психоанализу. — М.: Высш. шк., 1996.
31. Лейнер Х. Кататимное переживание образов. — М.: Эйдос, 1996, 253 с.
32. Люборски Л. Принципы психоаналитической психотерапии. Руководство по поддерживающему экспрессивному лечению. — М.: Когито-центр, 2003, 250 с.
33. Мазин В. А. Введение в Лакана. — М.: Фонд научных исследований «Прагматика культуры», 2004, 208 с.
34. Макдугал Джойс. Театры тела: Психоаналитический подход к лечению психосоматических расстройств. — М.: Когито-центр, 2007, 215 с.
35. Марков А. Рождение сложности. Эволюционная биология сегодня: неожиданные открытия и новые вопросы. — М.: Астрель, 2010, 527 с.
36. Мельникова М. Л. Граница тела и агрессивность: исследование детей 6–7 лет. — Ижевск: Издательский дом «Удмуртский университет», 2003, 126 с.
37. Немов Р. С. Психология в 3 т., т. I. Общие основы психологии. — М.: Владос, 2004.
38. Обложко С. М., Фурсова М. А. Три шага к стройности. — М.: АСТ; СПб.: Сова, 2011, 192 с.

39. Обухов Я. Л. Символдрама: Кататимно-имагинативная психотерапия детей и подростков. — М.: Эйдос, 1997, 112 с.
40. Обухов Я. Л. Символдрама. Введение в основную ступень. — Ростов-на-Дону: ООО «Мини Тайп», 2005.
41. Обухов Я. Л. Глубинно-психологический подход в психотерапии психосоматических заболеваний / Символдрама и современный психоанализ. — Харьков: Регион-информ, 1999, 251 с.
42. Обухов Я. Л. Психоанализ сказки и символдрама / Журнал практического психолога, № 10–11, 1999.
43. Одинец А. Г., Сбежнева В. Г., Михайлов В. И. Идеальное питание. — М.: Квадрига, 2009, 656 с.
44. Ожирение. От науки к практике/ Под ред. Г. Вильямс, Г. Фрубек, Изд-во Wiley-Blackwell, 2009.
45. Ожирение (клинические очерки) / Под ред. проф. Ю. А. Барановского, проф. Н. В. Ворохобиной. — СПб.: Диалект, 2007, 240 с.
46. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты / Под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006, 456 с.
47. Операционализированная Психодинамическая Диагностика (ОПД)-2. Руководство по диагностике и планированию терапии. — М.: Академический проект; Культура, 2011, 454 с.
48. Парамонова А. А. Сны наяву: использование метода символдрамы в психоаналитической психотерапии детей и подростков, страдающих нервной анорексией. — Ростов-н/Д: РОСТИЗДАТ, 2005, 366 с.
49. Прилепская В. Н. Ожирение: клиника, диагностика, лечение. — М.: МЕД-пресс — информ, 2007, 64 с.
50. Психоаналитические термины и понятия: Словарь / Под ред. Борнессо Э. Мура и Бернарда Д. Файна. — М.: Независимая фирма «Класс», 2000, 304 с.
51. Ранк Отто. Травма рождения и ее значение для психоанализа. — М.: КОГИТО, 2010, 239 с.
52. Рейнгольд Д. С. Мать, тревога и смерть. — М.: ПЕР СЭ, 2004, 384 с.
53. Решетников М. М. Психоанализ и психотерапия депрессий. — СПб.: ВЕИП, 2003, 328 с.
54. Родина Е. Н. Гармония души и тела. Использование символдрамы и Имагинативной телесно-ориентированной психотерапии для лечения психосоматических заболеваний / Журнал «Символдрама» № 2–4 (7), 2011, с. 12.
55. Рождественский Д. С. Пограничная личность. — СПб.: Б&К, 2006, 160 с.
56. Рождественский Д. С. Homo Somaticus. Человек соматический. — СПб.: ИП Седова Е. Б., 2009, 264 с.
57. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. — СПб.: Питер, 2001.

58. Скэрдеруд Ф. Беспокойство. Путешествие в себя. — Самара: Бахрах-М, 2003, 480 с.
59. Стайнер Дж. Психические убежища. Патологические организации у психотических, невротических и пограничных пациентов. — М.: Когито-центр, 2010, 239 с.
60. Стэрн Дэниэл Н. Межличностный мир ребёнка: взгляд с точки зрения психоанализа и психологии развития. — СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2006, 376 с.
61. Тайсон Ф., Тайсон Р. Л. Психоаналитические теории развития. — М.: Когито-центр, 2006, 407 с.
62. Топорова Л. В. Творчество Мелани Кляйн. — СПб.: Бизнес-пресса, 2001, 128 с.
63. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. — М.: Медицина, 1986, 384 с.
64. Филиппов И. А. Психоанализ лишнего веса. В: Символдрама как современный метод лечения в комплексной психотерапии зависимостей. Материалы межрегиональной научно-практической конференции. — Уфа, 2010, с. 71–77.
65. Филиппов И. А. Символдрама в терапии ожирения / Журнал «Символдрама» № 6, 2011, с. 101.
66. Фрейд З. Я и Оно. В: Фрейд З. Избранное. — М.: Внешторгиздат, 1989.
67. Фрейд З. Толкование сновидений. — М.: АСТ: Астрель, 2011, 638 с.
68. Фрейд З. Тотем и табу. — М.: АСТ, 2009, 317 с.
69. Фрейд З. Психология сексуальности. — Минск: ПРАМЕБ, 1993.
70. Фрейд З. Психология Я и анализ человеческих масс. — М.: АСТ: Астрель, 2011, 192 с.
71. Фридрих Е. Триангуляция / Журнал «Символ и Драма», 2000, № 1 (1).
72. Фромм Э. Иметь или быть. — М.: Издательская группа «АСТ», 2010, 314 с.
73. Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отто Ю., Рюггер У. Базисное руководство по психотерапии. — СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа совместно с издательством «Речь», 2002, 784 с.
74. Хорн Г. Шесть этапов развития ребенка в зеркале символдрамы / Журнал «Символ и Драма», 2000, № 1 (1).
75. Шпиц Р. А., Коблинер В. Г. Первый год жизни. — М.: ГЕРРУС, 2000, 384 с.
76. Энциклопедия глубинной психологии. Т. II. Новые направления в психоанализе. Психоанализ и общество. Психоаналитическое движение / Под ред. А. М. Боковой. — М.: Когито-центр, МГМ, 2001, 752 с.
77. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. — М.: Прогресс, 1996.
78. Эриксон Э. Детство и общество. — СПб.: Летний сад, 2000.

79. Эллис А. Гуманистическая психотерапия: Рационально-эмоциональный подход. — СПб.: Сова, 2002, 211 с.
80. Эпштейн М. Н. Новое сектантство. — Самара: БАХРАХ-М, 2005, 256 с.
81. Юнг К. Г. Структура психики и архетипы. — М.: Академический проект, 2007, 303 с.
82. Arbeitskreis OPD. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung Huber, Bern 2006.

МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЮ СИМВОЛДРАМЫ — КАТАТИМНО-ИМАГИНАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (МОО СРС КИП)

МОО СРС КИП создана в январе 2000 года и прошла перерегистрацию в феврале 2011 года. Основную деятельность МОО СРС КИП ведет в образовательной сфере, проводя обучающие программы по психотерапии, психологическому консультированию, бизнес-консультированию, коучингу.

Международное общество Кататимного переживания образов и имажинативных методов в психотерапии и психологии (МОКПО) и Институт Кататимно-имажинативной психотерапии в г. Геттинген (Германия) делегировали МОО СРС КИП право вести преподавание символдрамы в России. Президент МОО СРС КИП — Обухов Яков Леонидович, психолог, кандидат психологических наук, психотерапевт, доцент и член правления МОКПО, член Центрального Совета Профессиональной Психотерапевтической Лиги (ППЛ).

Обучение платное, предполагает наличие высшего образования (медицинского, психологического или социально-педагогического), длится несколько лет.

Символдрама, известная также как Кататимно-имажинативная психотерапия (Кататимное переживание образов), — это метод глубинно-психологически ориентированной психотерапии, который оказался клинически высоко эффективным при краткосрочном лечении неврозов и психосоматических заболеваний, а также при психотерапии нарушений, связанных с невротическим развитием личности. В качестве метафоры можно охарактеризовать символдраму как «психоанализ при помощи образов». Метод разработан известным немецким психотерапевтом профессором Ханскарлом Лейнером (1919–1996).

МОО СРС КИП также организует научно-практические конференции с целью обмена опытом, распространения современных достижений в области психотерапии, психологии и медицины, разработки новых научных концепций и направлений исследования. Такие конференции прошли в Киеве (24–27 августа 2000 г.), во Владивостоке (7 декабря 2000 г.), в Минске (24–27 августа 2001 г.), в Кривом Роге (15 октября 2001 г.), в Сергиевом Посаде (24–27 августа 2002 г.), в Калуге (3–6 августа 2003 г.), в Одессе (4–7 августа 2004 г.), в Ростове-на-Дону (3–7 августа 2005 г.), в Новокузнецке (3–6 августа 2006 г.), во Львове (16–19 августа 2007 г.), в Алма-Ате (25–28 сентября 2008 г.), в Волгограде (17 июля 2009 г.), в Пятигорске (22–25 октября 2009 г.), в Уфе (12 марта 2010 г.), Минске (5–7 ноября 2010 г.), в Уфе (7–9 января 2011 г.), в Волгограде (21 января и 25 марта 2011 г.).

МОО СРС КИП содействует организации учебно-методической работы с целью повышения квалификации психотерапевтов, психологов, педагогов, психоневроло-

гов, специалистов смежных областей, медицинских работников, социальных работников, занятых в сферах охраны психического здоровья населения. Организовывались стажировки по символдраме в Германии и Эстонии.

МОО СРС КИП разрабатывает научно-практические программы по актуальным проблемам психотерапии, психологии, психиатрии, психосоциальной и психокоррекционной помощи, медико-педагогической коррекции и пограничным областям, содействует созданию условий для их материально-технического, информационно-методического и кадрового обеспечения, реализации и внедрения результатов.

МОО СРС КИП также осуществляет издательскую деятельность. Издано девять книг и сборников статей, шесть номеров журнала «Символдрама», более 150 статей.

Специалисты МОО СРС КИП оказывают также психологическую помощь населению, занимаются частной психотерапевтической практикой, работают психотерапевтами и психологами-консультантами в государственных учреждениях, проводят индивидуальную и групповую психотерапию, занимаются коучингом и медиацией.

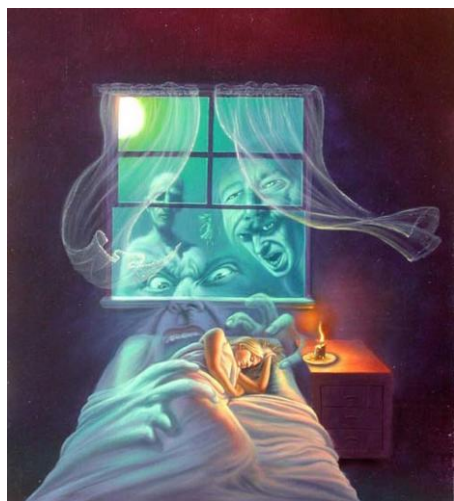
Более подробную информацию можно получить на сайте **symboldrama.ru**.



Психологическая студия Филиппова И. А.

Прием ведет клинический психолог, психотерапевт по методу символдрамы, доцент МОКПО (Германия), региональный руководитель МОО СРС в Самарской области — Филиппов Игорь Александрович.

Широкий спектр проблематики:



- ◆ невротическая симптоматика (бессонница, страхи, депрессии, конверсионные расстройства (соматические невротические симптомы) и т. д.);
- ◆ психосоматические расстройства, в том числе избыточная масса тела;
- ◆ кризисы семейной жизни (проблема выбора, предразводное состояние и т. д.);
- ◆ работа с детьми (поведение, мотивация, последствия развода родителей, утрат, травм и пр.);
- ◆ кризисы индивидуальной жизни (стрессы, утраты, психотравмы, зависимости, трудности в принятии важных решений);

- ◆ коучинг (подготовка к важным событиям (переговоры, комиссии), продажи, решения и пр.).

Предварительная запись по тел.:

в Самаре — (846) 972-01-50

в Сызрани — +7-927-692-01-50

psy-symbol.ru

psy-syzran.ru





Рис. 1. Выполнен непосредственно после визуализации грифельным карандашом и отражает состояние депрессивности



Рис. 2. Выполнен цветными карандашами, причем лепестки у цветка разноцветные (цветик-семицветик) — состояние истероидности

Рисунки к главе 4 и клиническому случаю № 6 в приложении. Мотив «Цветок»



Рис. 3 к главе 6. Групповой мотив «Побег из тюрьмы». На рисунке явно просматривается расщепление как защитная реакция от агрессивных аффектов. Как правило, стратегия поведения в мотиве — пассивное ожидание и надежда на внешние силы — говорит об объектной зависимости



Рис. 4 к главе 6. Мотив «Пикник за городом». Обращает на себя внимание отсутствие людей на рисунке. Форма скатерти на траве, словно внутриутробное защищенное пространство, где еда «падает с неба». На заднем плане забор, символизирующий запреты и солнце — отцовский символ, чей луч, словно «всевидающее око», проникает почти до самого стола



Рис. 5 к главе 6. Мотив «Луг». Обращает на себя внимание участок луга зеленого цвета в центре рисунка. Остальной луг — желтый, с высушенной травой. Наглядно показывает дефицит материнского объекта. Рисунок выполнен акварелью



Рис. 6 к главе 6. Мотив «Дикая кошка» (акварель)



Рис. 7 к главе 6. Мотив «Сосуд» (цветная восковая пастель). Материнский сосуд, дающий, открытый. Коричневый цвет усиливает материнскую символику



Рис. 8 к главе 6. Сказочный мотив «Освобождение принцессы» (цветные фломастеры). С точки зрения инициационной психотерапии Змей Горыныч символизирует так называемый гиперматеринский комплекс, освобождение от которого предполагает мотив именно этой пациентки. Обращает на себя внимание, что корзина с едой, и без того являющаяся материнской символикой, нарисована тем же цветом, что и Змей. Происходит прямо как в сказке Е. Шварца, где победитель Дракона сам становится тираном



Рис. 9. К клиническому случаю № 1 в приложении.
Мотив «Луг» (акварель)



Рис. 10. К клиническому случаю № 2 в приложении.
Мотив «Луг» (грифельный карандаш и гуашь)

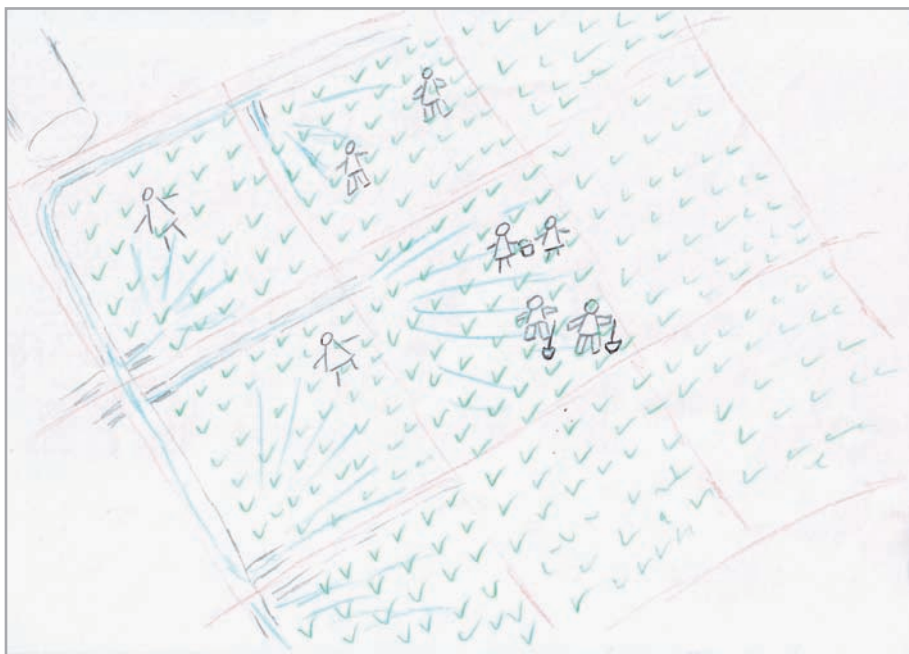


Рис. 11. К клиническому случаю № 3 в приложении. Мотив «Ручей» (рисунок выполнен цветными карандашами)



Рис. 12. К клиническому случаю № 4 в приложении. Мотив «Луг» (акварель)



Рис. 13. К клиническому случаю № 5 в приложении. Мотив «Луг» (цветные карандаши)



Рис. 14. К клиническому случаю № 6 в приложении. Мотив «Корова» (акварель)