

*А. Лэнгле, Б. Иобстель, Р. Катхан-Виндиш, К. Клун,
С. Лэнгле, К. Лопатка, К. Пробст, М. Пробст,
Д. Тробиш, П. Викоф, Х. Цайрингер*

БУЛИМИЯ – ОБМАНУТЫЕ ОЖИДАНИЯ **Феноменологическое понимание и** **экзистенциальный подход**

В соответствии с ориентированной на Person методологией экзистенциального анализа, в статье дается описание феноменологического подхода к булимии, то есть подхода, исходящего из субъективных переживаний пациента. При этом булимия выступает как симптом двойного экзистенциального дефицита: с одной стороны, у пациентов есть недостаток обращения к себе (что соответствует 2-й экзистенциальной фундаментальной мотивации), с другой стороны, есть трудности в обретении и защите собственной Самости, а также связанные с этим проблемы в проведении границ. В соответствии с 3-й экзистенциальной фундаментальной мотивацией, последнее затрудняет доступ к Собственному (к бытию собой как Person). После описания психологического значения еды «перекидывается мост» к пониманию еды (и рвоты) как средства смягчения характерной булимической патологии. В этом контексте булимия предстает в качестве манифестации специфических персональных процессуальных блокад. С точки зрения генеза психопатологии, булимия возникает в рамках диффузных, несущих разочарование отношений, где в качестве специфической причины страдания и болезни выступает подаваемое под видом обращения отвержение. В заключение дается описание производных от указанного феноменологического понимания терапевтических подходов.

Ключевые слова: булимия, экзистенциальный анализ, экзистенциальные фундаментальные мотивации, феноменология.

ВВЕДЕНИЕ

В экзистенциальной психотерапии ключевую роль для понимания человека и имеющихся у него нарушений играет феноменологический подход, поскольку он

открывает путь к сущности человека — к его персональному бытию. Экзистенциальный анализ нуждается в феноменологии, поскольку она действует прежде всего через мобилизацию персональных сил в человеке (например, через понимание, занятие позиции, принятие решения), чтобы таким образом прийти к аутентичной экзистенции.

Важным средством, позволяющим добраться до этих персональных сил, является понимание субъективных переживаний пациента. Но пониманию частностей в терапевтическом процессе предшествует понимание сущности того или иного нарушения (расстройства). Знания по теме определенного расстройства (в нашем случае это булимия) позволяют терапевту лучше настроиться на пациента и его проблемы.

Далее будет представлен экзистенциально-аналитический феноменологический подход к пониманию булимии, который можно рассматривать как дополнение к количественно-эмпирическому изучению симптомов в рамках естественнонаучно ориентированных направлений психотерапии. Полученная феноменологическим путем информация берет начало в переживаниях самих пациентов и воспринимается через эмпатию терапевтов, которую следует понимать как полный сопереживания пациентам взгляд в глубину происходящего. Процесс лечения является производным от полученного таким путем знания.

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ БУЛИМИЧЕСКИХ АТАК

При феноменологическом рассмотрении в булимии обнаруживаются два вида переживаний, которые, на первый взгляд, являются противоположными:

1. *Наполнение*: наестся до отвала (на языке булимиков: «нажраться»), пока не станет больно. При этом где-то глубоко остается ощущение голода/неудовлетворенности.
2. *Разгрузка (облегчение)*: освободиться через *рвоту*. Наступающее облегчение переживается как возможность освобождения от чего-то плохого, наполняющего жизнь, как излишне обильная еда, наполняющая желудок.

Пищевой атаке предшествует появление напряжения, ощущения неблагополучия, которые чаще всего появляются вследствие одиночества и отсутствия отношений, пустоты и скуки. На этом фоне прием пищи происходит как жадное, торопливое заглатывание продуктов питания, причем без каких-либо ограничений. Это ведет не к приятному насыщению, а к ощущению болезненного и чрезмерного наполнения. Таким образом происходит выход за разумные границы, что является одним из симптомов

зависимого поведения. Возникающее подобным образом физическое состояние соответствует состоянию психологического страдания, которое существует у булимика уже давно, однако не воспринимается им на уровне чувств. Теперь, благодаря пищевым атакам, это состояние становится ощутимым и доступным на телесном уровне (непосредственным и/или символическим образом). На этом (функциональном, психосоматическом) уровне оно может быть и облегчено. Этому служит сначала прием пищи, который уже приносит облегчение, а потом наступает рвота, с помощью которой опять можно освободиться от того, что ощущается как плохое. Это снижает уровень напряжения и страдания только на телесном уровне, но, конечно же, не может привести к разрешению психологических проблем. Поэтому облегчение может быть лишь временным. Ритуал в его принудительно-навязчивой манере может повторяться столь долго, сколь долго сохраняется причина напряженного состояния.

В основе булимических атак лежат два *внутрипсихических болезненных состояния*, которые являются причиной напряжения и страдания пациента и приводят к появлению симптоматики:

а) дефицит *отношений с самим собой* на уровне чувствования себя, что связано

б) с ощущением *внутренней пустоты и отчужденности*.

а) Дефицит *отношений с самим собой* состоит в отсутствии чувства близости к себе. Пациенты слабо ощущают самих себя или ощущают с большим трудом. Недостаток способности почувствовать себя относится как к собственному телу, так и к внутренней, психической сфере. Для пациентов свойственно диффузное восприятие себя, в том числе, того, что у них не все в порядке с собой. У них нет ощущения, что «им хорошо с собой». С точки зрения динамического аспекта, этот дефицит способности почувствовать самого себя связан с недостатком способности *обратиться* к самому себе (*Zuwendung*). Ключом к выходу из этого дефицита является получение такого обращения. И здесь в качестве эрзаца служит *еда*, которая используется как средство проявления обращения, внимания к себе. Инкорпорирование пищи может вызвать чувство близости к себе и усилить телесное ощущение себя.

Однако в более длительной перспективе интенсивность указанного психологического *дефицита* не может быть снижена через прием пищи. Человек начинает сильнее хвататься за эрзац, в результате чего его стремление к приему пищи превращается в неконтролируемое *жадное влечение*. Жадное поглощение пищи не знает никаких границ

и поэтому становится самоповреждающим поведением. Так, вслед за попыткой помочь самому себе, которая поначалу вела к облегчению, появляется страдание от того, что человек не может насытиться. Эта акция оборачивается против него самого, человек выходит из нее обманутым и разочарованным. Жадность, с которой он поглощает пищу, сопровождается *всплеском агрессии* против себя самого, раздражением, гневом и яростью, включенными в одновременно переживаемое им удовольствие. Аутоагрессия является следствием внутреннего напряжения, неспособности утолить собственный голод по жизни и неспособности ощутить себя самого. Поглощение пищи не может быть остановлено, поскольку неблагополучие (голод и напряжение) сохраняется. Только боль от избыточно принятой пищи может медленно остановить это лихорадочное заглатывание.

Такая форма приема пищи является самоповреждением, это — симптом. Здесь речь не идет об удовольствии, о наслаждении пищей, здесь нет отношений с самим собой или общности с другими людьми. Здесь человек не уделяет себе время (что являлось бы предпосылкой для получения удовольствия), чтобы насладиться ценностью еды; он не уделяет время ни акту приема пищи, ни себе самому, ни другим людям.

Принудительно вовлеченный во все эти процессы, человек снова и снова переживает, что такое объедание не приносит ему ничего хорошего. Оно не приносит удовольствия, сопровождается болью и не утоляет его настоящий голод — голод по обращению к себе. Все, что у него остается, это внутренняя *пустота*, несмотря на физическую наполненность.

В теории экзистенциального анализа, когда мы говорим об указанных выше причинах, речь идет о *структурном дефиците отношений с жизнью* в рамках так называемой «2-й экзистенциальной фундаментальной мотивации» (2-й ФМ) (Längle, 2008). В экзистенциальном анализе выявлено четыре фундаментальные мотивации (ФМ), которые соответствуют структурам экзистенции (*Ibid.*). Первая структура экзистенции (1-я ФМ) связана с тем, как мы обращаемся с фактами, условиями и возможностями реальности. Но в булимии борьба идет не за это экзистенциальное измерение. Здесь на переднем плане стоит не неуверенность человека в его «мочь быть», не дефициты восприятия и не страх. Затронутая здесь структура экзистенции (2-я ФМ) состоит в соприкосновении человека с неизбежным фактом, который заключается в том, что *бытие (Dasein)* должно *осуществляться как жизнь*. Жизнь же требует от человека вступать в *отношения* с другими людьми и с самим собой, жизнь означает, что он должен испытывать *чувства*, которые будут изнутри двигать им. В то время как функционирование во внешнем мире у булимических пациентов протекает вполне

успешно (за что отвечают 1-е и 4-е экзистенциальные измерения), их отношение к себе (и параллельно также, как минимум, отношение к другим людям) является нарушенным.

б) Другой вид нарушений при булимии *проистекает из третьей экзистенциальной фундаментальной мотивации* (3-я ФМ). В ней речь идет о бытии самим собой, о бытии *Person*, об основанной на ощущениях настройке на самого себя и согласовании с собой всего происходящего. Человек создает себе внутреннего собеседника, с которым он может вести (внутренний) диалог. Если человек проживает такую внутреннюю жизнь, то он живет аутентично и ответственно, осуществляя свою свободу. У булимических пациентов наблюдается ослабление также и этой структуры. Напротив, четвертая экзистенциальная структура (4-я ФМ), то есть смысловой и контекстуальный уровень, развивается у них чаще всего беспрепятственно.

Поскольку внутренние отношения (2-я ФМ) развиты слабо, дефициты в рамках 3-й ФМ переживаются особенно болезненно. Внешнее одиночество становится невыносимым, поскольку отсутствует внутренний собеседник, и поэтому человек не может по-настоящему «быть с собой». Внутренний диалог умолкает или заменяется комментированием и упреками. Пациенты чувствуют отчужденность от самих себя, внутреннюю пустоту. Они не способны переживать *Собственное*, они теряют аутентичность. Они страдают от того, что постоянно *нарушаются их границы* — как другими людьми, так и ими самими, не в последнюю очередь через их собственные пищевые атаки. Им не удается удержать *Собственное* и границы. Для этого был бы необходим доступ к чувствам и определенная устойчивость чувств, иначе невозможно определить их масштаб. В таком дефицитарном состоянии неприятные переживания не могут быть переработаны. Они либо вытесняются, либо отщепляются.

Если дефицит 2-й ФМ булимик пытается скомпенсировать прежде всего через *еду*, то дефицит 3-й ФМ — через *рвоту*. Она означает проведение границ заново, сохранение и защиту *Собственного*.

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ГЕНЕЗ БУЛИМИЧЕСКИХ АТАК

То, что булимические пациенты плохо ощущают самих себя (2-я ФМ) в сочетании с нарушением способности быть самим собой (3-я ФМ) ведет к трудностям в проведении собственных границ. Это проявляется не только в повседневных отношениях или на

работе, но и в том, что им трудно бывает заметить, когда уже стоит остановиться в еде. Но то, что здесь, наконец, проявляется во внешнем плане, не является чем-то новым.

Задолго до возникновения булимических атак возникали ситуации, в которых пациентам аналогичным образом не удавалось отграничить себя от разного рода обременений, причем они даже не чувствовали, насколько тяжелой и неприятной была для них та или иная ситуация. Неизбежно дело дошло и до нарушения границ в еде. При каждой булимической атаке они чувствуют, что при чрезмерном потреблении еды им становится нехорошо. Каждый раз при переедании в теле появляется ощущение, которое соответствует тому, что они переживают на психологическом уровне, а именно: ощущение постоянного, напряженного *неблагополучия*. Попытки справиться с ним приводят к тому, что внутреннее неблагополучие переходит в телесное. Это подобно сценической постановке, где на физическом уровне воспроизводится то, что уже существует на психологическом, Ощущение болезненности от переедания, возникающее на телесном уровне, позволяет человеку заметить скрытое, трудно постижимое и непонятное ему внутреннее (психическое) состояние.

Но в этой сценической постановке содержится один парадокс: поначалу еда воспринимается как (кажущееся) обращение к себе. Однако поспешное набивание желудка и приводящее к боли нарушение границ насыщения приводят к тому, что человек начинает все больше отворачиваться от себя, что, по сути, является отвержением себя (*Ablehnung*). То, что психические дефициты и страдания ощущаются теперь на телесном уровне, только усиливает динамику этого отвержения. Трагизм ситуации состоит в том, что отвержение присутствует с самого начала, поскольку, хотя еда и может в принципе означать обращение к себе, но количество и скорость, с которой она поглощается, свидетельствуют о том, что ни о каком истинном обращении здесь нет и речи. Это мнимое обращение на самом деле направлено против себя. Здесь запускается порочный круг: попытка смягчить ощущение неблагополучия и напряжения посредством еды ведет к телесно ощущаемому отвержению, которое человек сам себе обеспечивает.

За счет того, что в булимии преобладают нарушения в рамках **2-й и 3-й ФМ**, по своим патологическим основаниям она очень близка к пограничным расстройствам. Поэтому с экзистенциальной точки зрения и, говоря несколько упрощенно, здесь речь идет о *«пограничном типе расстройств пищевого поведения»*. И при пограничных расстройствах, и при булимии мы имеем дело с такими базовыми экзистенциальными

темами как утрата себя через недостаток близости¹. Булимические пациенты испытывают недостаток в хороших внешних отношениях и страдают от того, что плохо ощущают свои чувства. Поскольку их чувства приглушены, им не хватает инструментария для переживания ценностей (2-я ФМ). Такая затрудненность доступа к себе сопровождается также дефицитом способности ощущать самих себя в измерении аутентичности (3-я ФМ). Другими словами, у булимиков есть *проблемы в сфере чувств* и в сфере ощущения *самого себя* (аутентичности).

Например, пациенты часто говорят, что их устраивает то, как у них обстоят дела, что у них нет никаких серьезных проблем, хотя это не так, и со стороны явно видно, что в их жизни много дисгармонии и проблем. Они не чувствуют, как на самом деле обстоят их дела. Еще Бройтигам (*Brütigam, Christian, 1997. S. 300*) указывал на истерические компоненты в структуре личности многих булимических пациентов.

С точки зрения экзистенциального анализа, наличие нарушений во 2-й и 3-й ФМ позволяет причислить булимию и к психосоматическим расстройствам, при которых также нарушаются эти два измерения экзистенции (*Längle, 2009; см. также Fleisch, 2012*).

ОТНОШЕНИЕ К СЕБЕ У БУЛИМИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

В свете экзистенциальных мотиваций можно сделать следующие наблюдения по поводу отношений булимиков со своей эмоциональной сферой. Эти наблюдения становятся основой для понимания развития булимии как зависимости.

- В рамках *биографического развития* пациенты часто сообщают о том, что на их собственные чувства в семье почти *не обращали внимания*. Их спонтанными высказываниями пренебрегали, другие члены семьи не придавали им серьезного значения (не быть увиденным как *Person* порождает дефицит 3-й ФМ, который здесь связан также с содержанием 2-й ФМ: пренебрежением чувствами).

¹ С точки зрения экзистенциального анализа пограничное личностное расстройство — это, прежде всего, нарушение бытия собой (3-я ФМ), здесь с дефицитами пытаются справиться с помощью эмоций и отношений (2-я ФМ). При булимии могут нарушаться сразу две эти ФМ, и может быть даже 2-я ФМ нарушена в большей степени, чем 3-я ФМ. Если пациентам с пограничными расстройствами нужны отношения и сильные раздражители (например, самоповреждение), то булимик используют еду, которая для них имеет примерно ту же ценность, что для пациентов с пограничными расстройствами их симптоматика.

- Обесценивание, нарушение границ, злоупотребления, чрезмерные требования, переживание себя неудачником и т.п., часто происходящие на базе незрелости, приводили к тому, что *обращение к себе* во многом утрачивалось (2-я ФМ).
- На этой основе у пациентов развивалась установка, что у них, по большому счету, нет и *права* на то, чтобы иметь собственные чувства (что с экзистенциально-аналитической точки зрения представляет собой нарушение 3-й и 2-й ФМ).
- Если человек видит, что его чувства не имеют значения, и верит, что у него нет права следовать своим чувствам, то он практически *перестает переживать* собственные эмоции. Он просто не принимает их в расчет, не воспринимает (что означает обеднение в рамках 2-й ФМ). В его поведении начинают преобладать субъективно воспринимаемые *функционирование* и *автоматизмы*, за которыми теряются собственные чувства (такой деперсонализированный способ поведения понимается как дефицит 3-й ФМ).
- В конце концов, дело доходит до того, что человек «восстает», борясь за самого себя, он *восстает против* своих слабостей, против того, что не может привнести в жизнь свои эмоции, — симптоматика булимии понимается как бунт против внутренней опустошенности.

Следствием всех этих утрат в рамках 2-й и 3-й ФМ является то, что пациенты почти не находят в себе внутренней *защищенности*. Внутренне они не чувствуют себя «как дома», вследствие чего возникает ощущение *отчужденности* от самого себя. Постоянное ощущение внутренней пустоты и неустроенности препятствуют переживанию радости, что делает жизнь холодной и безжизненной, бедной связями и отношениями. Такое бедственное положение ведет к тому, что витальные силы организма восстают и со всей своей мощью выливаются в булимические симптомы, чтобы хоть как-то обеспечить психологическое выживание. Булимия в какой-то степени сглаживает внутреннюю угнетенность, но поскольку она является невыносимой и поскольку эрзац-действия не способны устранить настоящую причину дефицита, появляется ненасытность, что приводит к формированию симптоматики *алчности*. Жадное стремление получить пищу становится неутрачиваемым: все время нужно больше и больше. Начинает раскручиваться спираль *зависимости* (см. также Balogh, 2012; Fleisch, 2012; Koch, 2012; Kohler, 2012).

Йоахим Бауэр (Bauer, 2006) видит причину булимии в негативном опыте человеческих взаимоотношений, и, прежде всего, в недостатке принятия, признания позитивной ценности человека (и то, и другое экзистенциальный анализ причисляет к 3-й

ФМ), в недостатке обращения или симпатии (соответствует 2-й ФМ). Когда базовые потребности подобным образом нарушаются, когда ими пренебрегают и не удовлетворяют, это ведет к расстройству здоровья и заболеваниям, прежде всего, к названным пищевым расстройствам.

О ФЕНОМЕНОЛОГИИ ЕДЫ

Интересный вопрос, почему именно еда приобретает для булимиков первостепенное значение и становится ведущим симптомом? Понять это помогает феноменологическое рассмотрение того, что такое еда. Оказывается, что еда является подходящим средством для людей с такого рода специфическими дефицитами именно потому, что по своему психологическому значению она наиболее близка этим дефицитам. Во время еды происходит инкорпорирование. Продукты питания переводятся внутрь нашего тела. С феноменологической точки зрения это означает установление максимально возможной *близости* (2-я ФМ) к объекту: попробовать на вкус, разжевать и затем в проглатывании взять «к себе». С каждым актом заглатывания происходит переход за *границу*, по ту сторону которой уже невозможно волевым образом воздействовать на принятую пищу. Так пища переводится в сферу моего Собственного (в смысле, моего собственного тела). Акт заглатывания есть акт оперирования с границей. Присвоение и проведение границ соответствуют динамике 3-й ФМ, где речь идет прежде всего о бытии собой в отграничении от других. Таким образом, в еде мы видим сочетание содержания 2-й и 3-й ФМ, что соответствует преобладающей проблематике булимии.

Благодаря установлению близости, еда имеет большое значение для отношений вообще (2-я ФМ). Во-первых, в еде человек устанавливает и переживает отношение с самим собой. Он обращается к кушанью, которое затем сразу же переводится вовнутрь. Здесь содержится и обращение к самому себе, которое завершается в акте глотания. Кроме того, широко распространено явление, когда человек в периоды психологического неблагополучия с помощью еды компенсирует нехватку обращения, внимания к себе (например, жирок, который наедается, когда человека что-то сильно заботит или психологически обусловленное ожирение). «Еда сближает тело и душу», — гласит немецкая народная мудрость. Но здесь обращение можно рассматривать еще шире, оно содержит в себе также обращение к жизни. В еде человек принимает в себя продукты питания или, как их еще иначе называют, «продукты жизнеобеспечения». Еда служит

непосредственному поддержанию, обеспечению жизни. Поэтому еда служит также выражением нашего «да» жизни.

Во-вторых, помимо интраперсонального значения еда имеет также интерперсональную ценность. У многих людей бывало такое, что они начинали есть все подряд в периоды, когда в их отношениях со значимыми людьми и/или в их базовом отношении к жизни (2-я ФМ — фундаментальная ценность) что-то шло не так. Но справедливо также и обратное: иногда человеку совсем не хочется есть, когда, например, он страдает от неразделенной любви, и не может больше быть здесь с собой, то есть когда у него нарушены отношения с собой.

Еда является также *средством для развития отношений* и помогает придать *совместному бытию* с другими людьми праздничный характер. Общее застолье способствует поддержанию и укреплению хороших отношений. Человек здесь уделяет время самому себе и другим. Ни один праздник не обходится без еды. Отношения с собой действуют укрепляюще на отношения с другими, и наоборот, отношения с другими помогают укрепить отношения с собой, и оба вида отношений усиливаются через отношения с миром, частью которых является еда. Общая еда сближает людей и потому, что они едят одно и то же. В этом проявляется архаичное значение еды, а именно то, что люди должны держаться вместе для поддержания жизни. Тем самым значение поддержания жизни придается не только «продуктам жизнеобеспечения», но и отношениям, вследствие чего еда может приобретать также сакральный смысл. Христианское причастие помимо совместного празднования означает символическое «да» вечной жизни.

ЕДА И ОТНОШЕНИЯ

Интерперсональное измерение еды проявляется также в *приготовлении пищи*. Когда мы готовим пищу для кого-то, это означает, что он примет ее в себя. Так еда становится средством для поддержания отношений, что особенно важно тогда, когда мы хотим сблизиться с кем-то. Сочетание близости, отношений и принятия пищи особенно отчетливо проявляется в *кормлении грудью*. Это как прообраз всякого кормления: что-то извне (часто бывает, что это приготовлено кем-то другим) принимается вовнутрь. Какая мера установок, отношений, страстных стремлений и желаний может быть связана с приготовлением пищи и ее инкорпорированием, отражено в поговорке «путь к сердцу лежит через желудок». О том, какую власть еда имеет над отношениями и над близостью,

можно судить и по тому, что мы переживаем, когда приготовленная нами еда отклоняется, — это часто означает отвержение нас самих.

Специфические нарушения, которые наблюдаются у склонных к булимии людей, содержательно соответствуют такому значению еды. Так еда в булимии начинает выполнять двойную функцию. С одной стороны, с помощью еды булимик пытается скомпенсировать длительный или постоянно возобновляющийся *недостаток ощущения жизни*. Благодаря еде он снова начинает чувствовать жизнь или, другими словами, его ощущение жизни снова приходит в движение.

Например, человек всю неделю работал и «функционировал», все было в порядке, шло по накатанным рельсам, но у него нет чувства, что он сделал что-то хорошее, нет радости от того, что он сделал и пережил, психологически он неудовлетворен. В его душе преобладает ощущение пустоты, которое не может исчезнуть само по себе, в силу недостатка внутреннего ощущения себя (2-я ФМ) и отношений с собой (3-я ФМ). В подобных случаях выходные дни, которые предстоит провести дома одному, переживаются как пустота, как пропасть под ногами. Имеющиеся у человека дефициты становятся угрожающими, поскольку в этой ситуации он больше не может отвлечься от них. Нужно компенсирующее «наполнение», которое воспринималось бы как справедливое вознаграждение за труды недели. Для противодействия угрожающей пустоте закупается большое количество продуктов, чтобы затем в булимии получить определенное облегчение и как-то пережить выходные.

Кроме того, еда выполняет функцию *снятия напряжения и заместителя (эрзаца) отсутствующего отграничения* (3-я ФМ). Эта функция рассматривается в следующей главе.

ЕДА ПРОТИВ НАПРЯЖЕНИЯ

Другая специфическая функция еды состоит в *приглушении* или *ослаблении* той боли, которая часто связана с отношениями (например, боли при сексуальных злоупотреблениях). Еда приносит облегчение в состоянии напряжения. Из-за напряжения человек ест торопливо и много, такое жадное проглатывание и нарушение границ насыщения создают новое напряжение. Для того чтобы его снять, нужна рвота. Так жадное заглатывание пищи с последующей рвотой помогают смягчить боль, с которой в настоящее время человек не может справиться иначе.

Так, у тридцатидвухлетней женщины постоянно наблюдались булимические атаки на протяжении последних двух лет. Причиной явились измены ее партнера. Каждый раз, когда она замечала, что он «ходит на сторону», начиналась очередная серия пищевых приступов. Она не могла позволить себе испытывать эту боль, поскольку тогда ей пришлось бы иметь дело с последствиями, но это было ей не по силам. Одновременно ей было стыдно за свое поведение. Булимия оставалась единственным вентиляем, позволявшим выпустить пар.

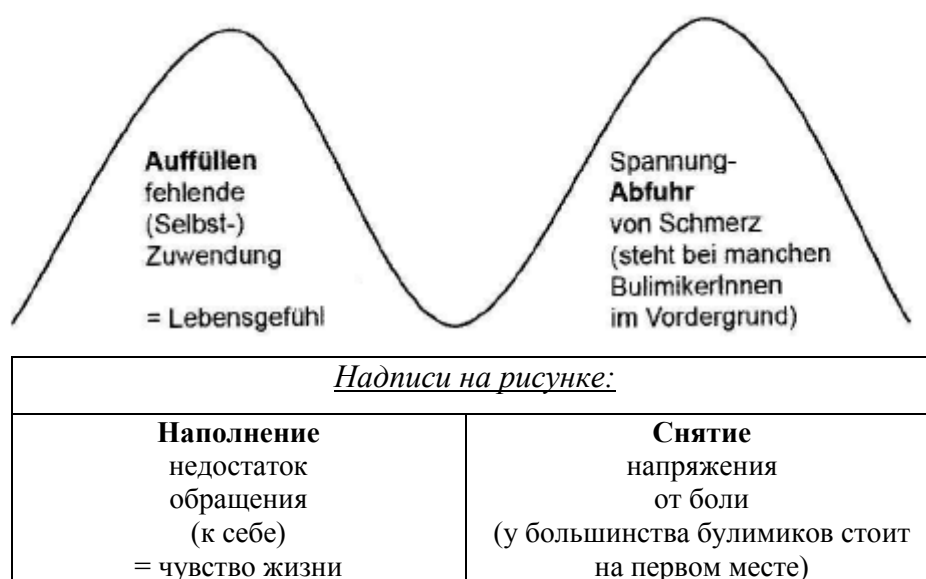


Рис.1. Две основные причины запуска булимического пищевого поведения

Таким образом, причины булимических пищевых атак группируются под двумя пиками (см. рис. 1): потребность в снятии напряжения приводит к булимии, прежде всего, тогда, когда она сочетается с голодом по обращению. Иначе происходит формирование других симптомов, таких как алкоголизм, поведение избегания, самоповреждение и др. Самоповреждение и булимия могут рассматриваться также как взаимозаменяемые симптомы.

В принципе, напряжение может быть вызвано различными феноменами: утратой опоры (1-я ФМ); утратой отношений (2-я ФМ); нарушением границ (особенно, злоупотреблениями, насилием), нарушением самооценности, неспособностью к встрече (3-я ФМ); утратой смысла (4-я ФМ) (например, в контексте плохих отношений).

Голод и насыщение при булимических атаках не следуют за логикой тела. Чувство голода чаще всего нагружено еще и другими потребностями и диффузными ощущениями

недостатка чего-то и связанного с этим дискомфорта. Одна суицидальная пациентка, например, считала: «Угрожающим является то, что *после* еды все равно есть голод». Со своими булимическими атаками она постоянно связывала надежду, что ей удастся утолить этот жизненный голод, а когда это не удавалось, она все в большей мере прибегала к алкоголю. Он был средством для поиска жизни и одновременно служил для смягчения чувства боли. Жизнь достаточно была ее, и она хотела уйти от нее, оглушая себя. Таким образом, в ней сочетались противоречивые тенденции.

Что касается *насыщения*, то булимические пациенты не могут *прекратить* есть

- а) потому что речь идет не об *утолении телесного голода*, а о нарушении, о страдании, которое сохраняется даже тогда, когда человек достаточно поел;
- б) из-за того, что они *недостаточно хорошо чувствуют* самих себя, у них нет чувства насыщения, и поэтому они едят до тех пор, пока не станет больно. Только благодаря этой боли, они, наконец, могут испытать более интенсивную эмоцию, и, кроме того, такую эмоцию, которая соответствует их настроению.

При булимических атаках никогда не происходит насыщения, есть только ощущение набитого желудка, чаще всего болезненное. Человек становится «наполненным», но не сытым, не наевшимся (то есть у него нет удовлетворенности, приятного чувства). Наоборот, возникает лишь ощущение «*набитого мешка*». На протяжении многих лет у булимиков нет чувства, что они сыты. Они могут съесть определенное количество еды, руководствуясь головой, но не чувством. Вероятно, они никогда не могут по-настоящему ощутить сытость, они определяют, что она есть, из опыта и устанавливают над ней когнитивный контроль.

ЕДА И ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ

Все, что касается еды, различным образом связано с *половой принадлежностью*. Кормление (кормление грудью!) или обеспечение едой, закупка еды, по всей видимости, в большей степени связаны с женским началом, чем с мужским. С феноменологической точки зрения, женское начало в большей степени, чем мужское, связано с *заботой о жизни* (2-я ФМ), что отражается также в том, как выглядит женское и мужское тело (Längle, 2011).

Женское начало (прежде всего, конечно, у женщин, но встречается также и у мужчин) выражается в большей склонности к тому, чтобы заниматься чувствами и вносить их в жизнь. Оно в большей степени живет отношениями, в большей степени ищет

близости. Еда очень хорошо соответствует этим стремлениям и может быстрее и легче их удовлетворить, чем что-то иное. Мы можем рассматривать это как одну из причин большей склонности к булимии именно у женщин.

Напротив, *мужское начало* (которое есть также у женщин), в большей степени ищет не «жизнь», а пространство, возможность быть, власть, влияние (1-я ФМ). Для того чтобы справиться с проблемами, страхами, неприятными эмоциями и создать положительные эмоции, алкоголь кажется более подходящим средством, чем пища. В состоянии алкогольного опьянения легче возникает чувство «я способен лучше *быть здесь*». В этом может быть одна из причин того, почему мужчины, в силу своей, связанной с полом, предрасположенности, больше тяготеют к алкоголю.

РВОТА И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ

Искусственно вызванная рвота у булимиков выполняет целый ряд функций. Она *освобождает* от (болезненного) напряжения и ощущения набитого желудка, а также очищает: человек удаляет из себя то, что было поглощено в слишком большом количестве, с нарушением границ, то, что не является хорошим как в силу излишней скорости поглощения, так и в силу отсутствия внимания, обращения к себе. Тем самым должно быть восстановлено чувство благополучия (2-я ФМ). Рвота может служить также *наказанием* за предшествовавшее ей обжорство и неприемлемую жадность. Таким образом, она в какой-то степени служит искуплением собственной провинности (3-я ФМ).

Кроме того, она выполняет *защитную, целительную функцию*: препятствует *отравлению*, тому, чтобы пришедший извне эрзац-заменитель чувств и ощущений был удержан и усвоен. Это поначалу воспринимаемое как облегчение, а затем переживаемое как ложное, разочаровывающее и болезненное наполнение желудка, не должно стать моим Собственным. «То, что я по сути отвергаю, не должно питать меня. Это не подходит мне — я стыжусь этого» (3-я ФМ). Использование *слабительных средств* можно рассматривать как продолжение этой тенденции, оно служит той же цели: в теле («во мне») не должно оставаться то, чего «слишком много», и нужно выгнать то, что само не выходит, чтобы очиститься.

Кроме того, человек *не хочет, чтобы окружающие заметили его слабость* — то, что он слишком много ест. Рвота предотвращает набирание веса и позволяет выглядеть «прилично» в глазах окружающих (3-я ФМ).

В этой связи нам будет интересно обратиться к *процессуальному уровню*. Рвота является отражением блокад, которые возникают на пути переработки проблем, ведущих к булимии. Эти блокады приводят к накоплению непереработанной информации. Пережитой опыт, который должен был бы увязываться с персональными содержаниями, интегрироваться с Собственным и приводить к освобождению от вредоносных факторов, не перерабатывается. Восстановление самого себя, освобождение от влияния разного рода впечатлений, происходит неполноценным образом, как бы «с пробелами».

Эти блокады имеют место в двух частях схематической модели персонального экзистенциального анализа (ПЭА — *Längle, 2000*) (см. рис. 2): одна блокада состоит в том, что человек *не может воспринять (обнаружить) собственные чувства*, и, тем самым, не может прийти к пониманию (происходящего) и занятию позиции.

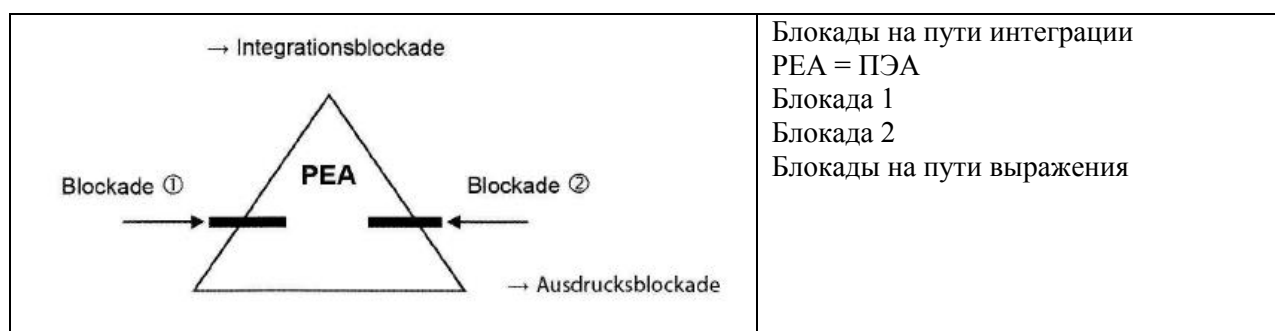


Рис.2. Блокады процесса персональной переработки — схематическое изображение с использованием процессуальной модели экзистенциального анализа (ПЭА)

Такая блокада чаще всего возникает вследствие обесценивания собственных эмоций. Пациенты привыкают не обращать внимания на собственные чувства или их обучают этому извне. Кроме того, чувства могут оцениваться как неправильные или критиковаться. Если такие переживания переносятся на еду, то это означает, что от того, что человек ест, «его тошнит». Если от этого не освободиться, то чужое осядет в организме, может произойти ожирение или другие пищевые расстройства, при которых человек уже не в состоянии удерживать свои границы. У людей, склонных к *ожирению* именно по этим причинам, меньше сил, больше покорности, они хуже удерживают и защищают свои границы, меньше способны оказывать сопротивление, более равнодушны к своему Собственному.

Другая блокада — это не согласованные с *Person*, *неадекватные способы действия*. Такое поведение не является выражением Собственного, то есть оно не черпается из

собственного Внутреннего, а находится на уровне реагирования и строится по принципу «стимул—реакция». Человек в нем не реализует себя.

Как же формируются эти блокады? В первой части статьи уже был описан целый ряд причин, приводящих к стагнации процесса переработки. Если сфокусироваться на возникновении этих преград, то можно констатировать следующее:

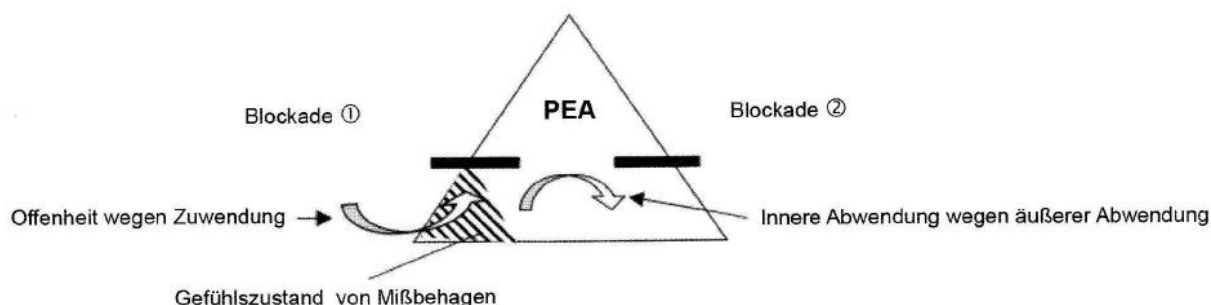
О развитии интеграционной блокады (1): Опыт пациентов снова и снова сообщает им:

«То, что ты чувствуешь, это глупо, это неправильно!» Все начинается с незначительной, но постоянной критики (например, «Ты всегда очень медленно одеваешься!»), и, естественно, центром тяжести в такой критике становятся эмоции, возникающие в человеческих взаимоотношениях. Отвержение, которое человек хорошо ощущает, подается под видом заботы и обращенности. Однако двусмысленность этого послания остается, вследствие чего возникает неясное и далее не прорабатываемое чувство: «что-то не так». Другая широко распространенная причина, приводящая к уходу от своих эмоций, состоит в том, что человек очень часто вынужден ощущать, что тому, что он чувствует/ощущает, нет места в его жизни (оно не может проявиться). При таком отрицании собственных чувств возникает неуверенность, отчужденность или даже страх, воспоминания о наказаниях и т.д.

Так происходит перегрузка (*Überlastung*) первичной эмоции, которая вследствие противоречивых тенденций не может быть далее переработана. Процесс стопорится, в «течении» эмоций создается затор, что и вызывает чувство «неблагополучия». Субъективно человек истолковывает это как «со мной что-то не так», а это ведет к обвинениям в свой адрес и обесцениванию себя. Внутреннее *напряжение* нарастает. Как же выйти из всего этого? Нужна помощь извне, от чего-то, что легко доступно человеку. Еда вызывает чувство удовлетворения, но когда пища заглатывается в больших количествах, она воспринимается лишь как подтверждение обесценивания. Так запускается порочный круг.

О развитии блокады выражения (2): Эта блокада возникает, когда при данных обстоятельствах тому, что человек чувствует, нет места в жизни. Так, например, пациентка чувствует, что именно происходит в ее семье, но она не может говорить об этом. Возможности выражения чувств заблокированы. Она не знает, как с этим быть, и есть ли у нее вообще шанс быть услышанной. Господствует чувство

несвободы, которое нередко переходит в самоотчуждение. Вместо того чтобы дать своим смутным переживаниям адекватное выражение, происходит самообвинение и дальнейшее обесценивание себя («со мной что-то не так, я веду себя неправильно»). Такого рода замкнутость на себе порождает дальнейшее напряжение, поскольку человек ущемлен в самой своей глубинной сущности, а именно в бытии *Person* и в диалоге. Ему нужна была бы помощь извне, кто-то, кто нашел бы подходящие слова, проявил понимание, был бы открытым и участливым. Но этого нет, и человек в конце концов находит выход в рвоте, чтобы освободиться от всего того, что он не может выразить (поэтому мы не можем ограничиться простым пониманием рвоты как символа переживания чего-либо «тошнотворного»; здесь есть нечто большее: опыт невозможности что-то переработать и дать этому выражение). Тем самым пациент воспроизводит во внутреннем плане воспринятое им извне: он получил обращение и внимание, которые на поверку оказались отвержением (см. ниже). Поскольку это было воспринято как обращение, он позволил этому проникнуть внутрь себя, а когда стало понятно, что на самом деле это отвержение, он закрылся, отгородился от уже проникшего в него «обращения» и внутренне как бы отвернулся от него (см. рис. 3):



Блокада 1	ПЭА	Блокада 2
Открытость вследствие обращения		Внутренне отворачивание вследствие идущего извне отвержения
Эмоциональное состояние неблагополучия		

Рис. 3. Блокада выражения

БУЛИМИЯ — ОБМАНУТЫЕ ОЖИДАНИЯ

По нашим наблюдениям за развитие булимии ответственна специфическая форма нарушения 2-й и 3-й ФМ. Булимическим пациентам давались обещания, которые не

выполнялись. Они чувствуют себя обманутыми, разочарованными в своих надеждах, поддавшимися иллюзиям. Основу для этого образуют прежде всего диффузные отношения².

1. *Непонятные по своему значению, поверхностные* или мнимые отношения, при которых вовне стараются предьявить некий желаемый, но иллюзорный образ («безупречные семьи», в которых детей «обхаживают» со всех сторон, но в которых нет настоящей заботы), при отсутствии во внутренних отношениях семьи настоящей близости. Отношения носят характер *функционирования*, ребенка лишь используют, и поэтому они воспринимаются как пустые. «Любовь» к ребенку является всего лишь функцией (что, по сути, представляет собой форму эмоционального злоупотребления), господствует эмоциональная заброшенность, беспризорность, связанная с неспособностью к персональным отношениям. Нередко подобная форма взаимоотношений в семье воспроизводится ребенком позже в его собственных партнерских отношениях.

2. *Неясности* в отношениях: существуют табу или запретные сферы, которые « витают в воздухе » и хорошо ощущаются, но не могут получить реального выражения. Лживость в обращении друг с другом или *неискренность*, укрывательство в общении вызывают чувство отвращения (часто пациенты говорят об этом: «Тогда мне стало плохо!»). Среда не позволяет быть аутентичным; человек чувствует, что что-то не так (например, есть скрытые травматизации, тайные проблемы в семье, такие как алкоголизм, сексуальные неясности, инцест, обременительные отношения вне семьи, угрозы суицида, суицид родственников, преступления). При таких *связанных с виной и наказанием темах*, которые неясны, которые нельзя понять, вследствие идентификации с родственниками легко возникает чувство, что ты кому-то обязан, или чувство вины. В семье думают, что таким поведением делают ребенку лучше, но из-за переживаемой фальши, ему физически становится плохо и он чувствует «тошнотворность» всего этого. Он чувствует внутреннее сопротивление тому, чтобы быть рядом с этими людьми и — что еще более персонально — принимать пищу вместе с ними, поскольку это не соответствует реальным

² О том, насколько сильно булимия зависит от совместной жизни с другими людьми, можно судить по влиянию, которое оказывает общество на развитие ее симптоматики. Особенно сильное влияние на развитие булимического поведения оказывает форма жизни западного общества, о чем красноречиво свидетельствуют исследования, проведенные на острове Фиджи. На этом тихоокеанском острове никто не знал, что такое булимия, пока, в 1995 году там не появилось телевидение. После этого в течение трех лет у 12% девушек (N = 63) проявились симптомы булимии (Bauer, 2006).

отношениям. Булимию, и в особенности рвоту, в таких случаях можно понимать, как попытку сделать осязаемым и *понятным нечто диффузное* и освободиться от него. Диффузное — это не названные, никак не обозначенные темы и ощущение невозможности обращаться с ними как-то иначе: даже если об этих диффузных темах говорят, то говорят не с пациентом или говорят с ним так, что присутствует ложь. В результате пациент снова остается с этим один на один, снова не может вступить в отношения с другими людьми и не может обратиться к собственным чувствам.

3. В семье господствует атмосфера, обусловленная *эмоциональными злоупотреблениями*. Нет ясного распределения ответственности за оказание помощи и поддержку в случае их необходимости — как между родителями и детьми, так и между партнерами; не понятно, кто кому помогает. Здесь уместна метафора «обратно направленной пуповины». Такие диффузные отношения насквозь пронизаны (иногда незаметными, субтильными) зависимостями.

Например, двадцатилетней пациентке с булимией (и анорексией), несмотря на имеющееся намерение, никак не удается эмансипироваться от матери настолько, чтобы она смогла убрать из своей комнаты ее вещи (одежду, фотоальбомы и др.), хотя эти вещи ее стесняют и психологически чрезвычайно обременяют. При одной мысли о том, что ей снова нужно говорить на темы, связанные с матерью, у нее появляется чувство, как будто ее придавил большой камень, заполняющий все пространство (это чувство ближе к анорексии: становится бесчувственным, не иметь пространства, быть вынужденным уменьшиться, оцепенеть).

Другая пациентка двадцати четырех лет постоянно чувствовала себя так, будто была прикована цепями к ледяной глыбе. Цепи прилегали так плотно, что глубоко врезались в тело при любой попытке двигаться (эти эмоции соответствуют булимическому расстройству: быть порезанным, окровавленным. Ощущаются боль и непонятые эмоции). Позднее выяснилось, с чем были связаны эти эмоции: с отношениями с отцом. Ей впервые вспомнилось, что каждый раз, когда отец прощался с ней, он был «холодным, как айсберг».

Нередко случается так, что матери снова и снова вмешиваются в жизнь своих дочерей («потому что это нужно им») и из «самых лучших побуждений» проявляют желание заботиться о них. Они приходят как бы с обещанием: «У меня что-то есть для тебя!» На самом деле у них нет никакого реального содержания, они приходят с пустыми руками, внедряются и начинают преследовать. Они вроде бы хотят что-то дать, но на самом деле им нужно что-то для себя. Такой изъян в отношениях с собственными дочерьми, видимо, появился на одно поколение раньше, в отношениях между нынешними матерями и их матерями, пострадавшими от влияния войны, идеологии и специфической

атмосферы того времени. После войны межчеловеческим отношениям стало придаваться большее значение, чем это было до нее. Это касалось как отношений между мужем и женой, так и, и даже в большей степени, отношений с детьми. Но, несмотря на то, что им придавалось такое большое значение, никто толком не понимал, как же по-настоящему строить отношения.

Эти причины могут отчасти объяснить рост случаев булимии в последние десятилетия: будучи детьми во время войны и первым послевоенным поколением, матери страдали от нехватки отношений, и в них росло понимание их важности. Поэтому, придя в отношения со своими детьми «с пустыми руками», они принесли с собой большие ожидания («но это же нужно — но я же должна!»). Но «нужно» было больше им самим. В своем поиске отношений они начинали преследовать других, и, исходя из своей потребности в отношениях или из чувства долга (осознания необходимости отношений) раздавали обещания. То, что они могли дать, касалось материальной сферы. Сегодня дать материальное могут многие, но в этом таится обман, поскольку внутри — пустота. Это может отчасти объяснить, почему в развивающихся и в бедных странах мало случаев булимии: у них другая история и ограниченные материальные возможности (Fichter, 2008. S. 36).

Если мать предлагает дочери такое внимание, такую обращенность, то та ожидает от нее помощи, и это более характерно для дочерей, чем для сыновей. Однако дочерям с бóльшим трудом, чем сыновьям, удается противостоять материнской «заботе» и защищать себя от ожиданий, поскольку они по природе своей чувствуют себя в большей степени ответственными за жизнь и за качество жизни других людей.

Например, двадцатисемилетняя пациентка с булимией могла очень хорошо жить одна (она жила неподалеку от той семьи, где родилась), но ей все время мешала ее мать, которая постоянно вмешивалась в ее жизнь, например, подвешивая на ручку двери ее дома шницели, яблоки, орехи т.д. Пациентка настолько привыкла к такому навязчивому вмешательству в свою жизнь, что терпела аналогичное поведение и со стороны своего партнера, — в результате дело дошло до булимии.

Зависимости приобретают особо *тонкий* характер вследствие того, что существует внутренняя привязанность, которая исходит от самих пациенток. Поскольку пациентки сами испытывают сильно выраженную тоску и нуждаемость, им трудно бывает признать реальность, признать, что они так и не получают того внимания и обращения, по которым тоскуют. Они становятся закосневшими в этом своем ожидании. Таким ожиданием и тихой надеждой на то, что может быть, все же удастся получить что-то из того, чего они так желают, они со своей стороны вносят вклад в эту диффузность и сложившийся

характер отношений, поскольку такие отношения вследствие отсутствия реализма в большей степени представляют собой нуждаемость в отношениях, чем сами отношения, в большей степени мечту, чем действительность. К этому нередко добавляется и то, что зависимость от подобных отношений усиливается вследствие идеализации недостижимых людей.

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРИЧИНА СТРАДАНИЙ

Мы пытались определить, каково содержание интеракций со значимыми в их жизни людьми у более чем дюжины пациентов с булимией, а также феноменологически исследовать сущность этих интеракций. Мы обнаружили, что формой интеракции, присутствовавшей в отношениях практически всех булимических пациентов, было двойное послание, которое играло *решающую* роль в *возникновении* булимии у этих пациентов. Пациенты думали, что они получают внимание и обращение, воспринимали его, открывались. При такой открытости последующее разочарование становилось еще более болезненным, поскольку это обращение по сути своей не было обращением, но оказывалось обесцениванием и неуважением. Это ранило пациентов как *Person*. Но поскольку нападки подавались им под видом обращения, они проникали в переживания пациентов более глубоко. Происходящее можно сравнить с драже, которое поначалу приятно на вкус, но затем, когда растворится внешняя оболочка, обнаруживается тошнотворное, отталкивающее содержание, вызывающее рвотный рефлекс. Если выразить это противоречие в одной фразе, то она звучит так:

«Булимия — это опыт отвержения, подаваемого под видом обращения.»

Такая констелляция повреждений, наносимых людьми через *обман*, в исследованиях по травматизациям считается наиболее ранящей (подобно, например, сексуальным злоупотреблениям) и бьет человека сильнее, чем естественные травмирующие факторы (*Freyd*, 1996; см. также *Längle*, 2007). Становится понятно, почему пациентки с травматизациями часто страдают также булимией, ведь генезис расстройств в том и другом случае сходен (*Root, Fallo, Friedrich*, 1986; *Oppenheimer, Howells, Palmer, Chalonner*, 1985). Опыт обмана разрушает доверие и отношения, затрудняет для человека возможность открываться дальше и как бы сообщает ему: «Ты ошибаешься в своих чувствах, твои чувства неправильные». Здесь имеет место серьезная несправедливость, поскольку человека обманывают в данном ему обещании. И чаще всего

речь идет не о единичном событии, а о регулярном повторении таких событий в отношениях.

Чаще всего так выглядят рамки отношений в целом — они содержат эту структуру: обещание (позитивных) отношений, а затем — подмена, подлог.

Пример: Тридцатилетний мужчина страдает от регулярных булимических атак. Все начинается с такого поведения, которое демонстрирует обращение к нему, но затем все переходит в глубокое обесценивание. Наиболее сильными, и одновременно могущими рассматриваться как модель, такие переживания бывают во время полового акта, когда жена начинает критиковать его или говорить фразы типа этой: «Сначала ты должен стать более зрелым, а пока что ты слишком зависимый». Каждый раз после таких эпизодов у него начинались приступы булимии.

Другой пример: Девушка уехала в Великобританию, чтобы учить язык. Там она неоднократно подвергалась сексуальным злоупотреблениям со стороны мужчины из семьи, в которой она проживала. Чтобы сообщить о происходящем она позвонила матери, которая обычно всегда понимала и поддерживала ее. Но в данном случае мать отреагировала очень резко и сказала только: «Перестань болтать ерунду!» Когда пациентка на сеансе терапии начала рассказывать, как она вместе с этим мужчиной пошла покупать подарок для «этой матери», ей уже при одном рассказе стало плохо.

О РОЛИ РОДИТЕЛЕЙ

Обычно для возникновения булимии нужно участие *обоих* родителей или нужна такая констелляция, чтобы нехватка одного родителя не компенсировалась присутствием другого. Вклад *матери* в формирование булимии часто заключается в том, что она выстраивает отношения, в которых ребенок *не чувствует себя защищенным*, в которых с ее стороны слишком много злоупотребления властью, вторжений, часто это незрелые отношения, то есть не соответствующие ребенку, не дающие ему тепла и постоянства. Наряду с этим такие матери часто вводят в заблуждение, делая вид, что обладают высокоразвитой способностью к выстраиванию отношений, поскольку они часто идеализируют своего мужа.

Со стороны *отца* у таких детей также наблюдаются злоупотребления властью или отношения с ним остаются *непонятными*. Здесь также часто речь идет о незрелых отношениях, при которых дочь идеализируется, но это всегда сочетается с угрозой разрыва отношений (например, отец угрожает, что перестанет платить, уйдет или не захочет больше иметь с ней дела, поскольку она ведет себя не так, как он этого хочет).

Например, тридцатитрехлетняя пациентка уже в трехлетнем возрасте заметила, что она несет ответственность за хорошее самочувствие матери,

поскольку та не умела самостоятельно поддерживать свое эмоциональное равновесие. Такое требование со стороны матери было чрезмерным для девочки и представляло собой непрерывное эмоциональное злоупотребление. Вскоре после пубертата девушка обратилась за психиатрической помощью. Мать не навещала ее и не разговаривала с ней, прекращая бойкот только тогда, когда дочь обещала ей больше не ходить к психиатру. Эмоциональное насилие могло продолжаться, поскольку дочь находилась в глубокой зависимости, в основе которой лежала ее неудовлетворенная потребность в матери и поиск матери, и ее неспособность признать, что эта женщина никогда не была раньше и не является теперь ее матерью.

С *терапевтической* точки зрения в такой ситуации нужно прежде всего прояснить эмоционально нагруженные отношения, как бывшие ранее, так и имеющиеся сейчас. Клиентке необходимо осознать, что если она освободит себя от ожиданий матери, то это не будет означать убийства матери. Связь с матерью часто ощущается так сильно, что шаг по освобождению воспринимается как нечто подобное преступлению и поэтому ни в коем случае не рассматривается. То же касается и другого полюса отношений. Пациентка должна осознать, что если она освобождается от собственных ожиданий в отношении матери, то это не означает автоматически, что она ее теряет. Такие переживания должны быть проработаны, иначе они могут стать препятствием для терапии, ведь никто не хочет убивать свою мать или полностью потерять ее.

То, что действительно может произойти, это «умирание» *образа* матери в момент, когда дочь установит для себя, что эта женщина не проявляет себя как мать и поэтому «не является матерью». В то же время, часто это представляет собой основную проблему в терапии, поскольку очень сложно оторваться от матери. Булимическим пациентам нужна мать, которой сначала

- может стать *терапевт*,
- затем зрелое *обращение к себе*,
- и, наконец, хорошие *внешние отношения*, в которых содержится материнский элемент.

Кроме того, необходимо ввести четкое распределение ответственности в том случае, если (реальной) матери становится плохо и пациентка все еще находится в контакте с ней. Если, например, у матери снова случается инфаркт или приступ астмы, то ответственность за это несет не дочь, а врач или другие лица. Эти новые люди должны быть введены в жизнь пациентки, поскольку отношения с ними могут выполнять для нее роль поддержки и разгрузки.

НАПРЯЖЕНИЕ

Напряжение играет большую роль в развитии булимических событий. Поэтому здесь мы еще раз коротко вернемся к вопросу о различных порождающих его причинах. Откуда берется напряжение?

1. Из неспособности понять содержание диффузных *паттернов отношений* с другими людьми.
2. Из блокады персональных процессов переработки
 - а) во внутреннем мире: неспособность защитить собственные чувства ведет к ощущению неудовлетворенности, поскольку переработка не может идти дальше; чувство блокады.
 - б) во внешнем мире: человек не может выразить вовне то, что он чувствует, а если и может, то его чувства все равно понимаются искаженно или ставятся под сомнение.
3. Постоянный опыт переживания «подаваемого под видом обращения отвержения».
4. *Голод по отношениям* и одиночество.
5. Напряжение, происходящее от зависимости (*жадность*).
6. Напряжение, происходящее от *неспособности понять* то, что человек *чувствует/ощущает*, и тогда он начинает выражать это через еду. Одновременно он ощущает, что то, что он ищет, это вовсе не еда.
7. Напряжение от того, что нужно быть с собой, но при этом *ты себя не чувствуешь* или чувствуешь только сильную непреодолимую боль (или есть крайне болезненные воспоминания).
8. Есть, но никогда *не быть сытым*, вследствие чего еда скрывает в себе лишь разочарование и ведет к рвоте.
9. К этому добавляются различные *страхи и агрессивные состояния*.
10. *Базис зависимости* при булимии связан со столь серьезным бедственным положением булимика, что возникает ощущение невозможности пережить все это.

Распространенность булимии: 1–4 % населения страдает от булимии; около 13% подвержено различным «более подробно не определяемым» пищевым расстройствам (субсиндромальным расстройствам, Binge-Eating-синдром) (*Bräutigam, Christian, 1997*).

ОБЩИЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ

Лечение булимии в рамках экзистенциального анализа начинается также, как и в большинстве других форм терапии, то есть с описания пищевого поведения. Способ действий такой же, как и при лечении любых зависимостей: как все протекает, каковы модальности и т.д. (С какого времени началась зависимость? Когда актуализируется зависимое поведение, при каких обстоятельствах? Что пациент уже пробовал предпринять, что помогало? Что он сам думает о причинах возникновения зависимости?) Мы добавляем также рефлексию по поводу обхождения с едой, и вместе с пациентом продумываем меры и планируем, что можно сделать для ослабления зависимости. Мы рекомендуем консультации с психиатром, возможно, назначение и прием медикаментов или прохождение стационарного лечения.

После такого общего менеджмента болезни мы проделываем специфический, соответствующий 2-й ФМ, *анализ отношений*:

- а) В каких *внешних отношениях* находится пациент? От каких отношений ему хорошо, какие являются для него проблематичными? Какие установки реализуются по отношению к пациенту? Возможно, привлечение членов семьи или партнера.
- б) Каковы *внутренние отношения* пациента с собой? Может ли он дать самому себе обращение? Как, что помогает ему в этом? Поупражняться в обращении к себе.

После этого можно углубиться во 2-ю ФМ, во все, что касается *ощущения жизни*. Где, по мнению пациента, у него появляется наиболее сильное ощущение жизни? Где он отдыхает, от чего ему становится хорошо, что ему нравится делать, как часто он это делает? Что придает ему силы?

Параллельно или последовательно с этим прорабатывается также 3-я ФМ, где речь идет о внутреннем напряжении или о психологической боли: проводится работа по отграничению и выработке самостоятельности, работа с травматизациями и усилением персональной автономии (здесь задаются такие вопросы, как: что вам причиняет боль в жизни? Где возникает напряжение? Каким образом вы могли бы с этим лучше обращаться, чем раньше? и т.п.)

Ко 2-й ФМ относится точное описание пищевых атак и приступов рвоты, вместе с проработкой вопросов самопринятия, поскольку описание атак связано с чувством стыда.

Для проработки болезненных тем применяется ПЭА (Längle, 2000). С его помощью можно дать новый импульс к развитию нарушенных процессов, интегрировать боль и напряжение. Нужно сделать так, чтобы содержания и ценности стали ощутимыми для пациента, мобилизовались копинговые реакции (например, диффузное напряжение может перейти в агрессию, чтобы пациент мог лучше ощутить и понять свой голод, а также свою боль, которая заглушается едой).

Часто только после проработки боли становится понятно, откуда берется «поданное под видом обращения отвержение» или агрессия. Тогда и становится доступной наиболее глубокая причина страдания при булимии. После этого за счет выработки реальной позиции можно прийти к новому обоснованию, а затем и к укреплению собственной экзистенции.

Для *симптоматической* булимии достаточно бывает проработки лежащих в ее основе проблем. Булимия здесь не является прямой темой. В тех редких случаях, когда ярко выражен *характер зависимости*, в качестве дополнительных мероприятий к экзистенциальной терапии зависимостей необходимо добавить структуру дня, профилактические мероприятия, элементы самодистанцирования, работу по принятию реальных границ собственного «не могу» и т.д.

При изучении булимии обнаруживаются нарушения, которые вследствие своей психосоматической базовой структуры и наличия истоков во 2-й и 3-й ФМ, имеют специфическое сходство с едой. Функция еды состоит в том, чтобы питать жизнь, вследствие чего она ведет к снятию напряжения во взаимосвязях с жизнью (2-я ФМ). Принятие пищи через акт глотания одновременно означает активацию Собственного (3-я ФМ). Но когда еда снова приводит к отчуждению или даже переживается как что-то (психологически) вредное, тогда психологическое облегчение дает рвота, не говоря уже о снятии физического напряжения. Лечение, которое учитывает эти психопатогенетические причины булимии, воздействует на них и приносит облегчение страданий, поскольку основывается на понимании их сущности. Снижение психического напряжения чаще всего приводит также к исчезновению симптомов зависимости у булимика, и только в редких случаях бывает необходимо одновременно с экзистенциально-аналитической терапией или после ее завершения проводить также специальное лечение зависимости. Задача лечения состоит в том, чтобы помочь булимическому больному вновь обрести доступ к его заблокированному внутреннему миру — доступ к ощущению жизни и к аутентичному ощущению бытия самим собой. Тогда он перестает быть ведомым в своей

жизни, его экзистенция начинает соответствовать его Собственному и тем самым приходит к исполненности.

Перевод с немецкого: А.Н. Шапкина

Научная редакция: С.В. Кривцова

Литература

Balogh C. Gefühle töten nicht. Strukturbezogene existenzanalytische Therapie einer Bulimie-Patientin // *Existenzanalyse*. 2012. Bd. 29. № 1. S. 61–66.

Bauer J. Das Gedächtnis des Körpers. München: Piper Becker AE (1995) *Body, Self, and Society: The View from Fiji*. Philadelphia: Univ of Pennsylvania Press Becker AE (2004) *Television, disordered eating, and young women in Fiji: Negotiating body image and identity during rapid social change* // *Culture, Medicine and Psychiatry*. 2006. Bd. 28. S. 533–59.

Bräutigam W., Christian P. Psychosomatische Medizin. — Stuttgart: Thieme, 6. Aufl., 1997.

Fichter M. Magersucht und Bulimie. Mut für Betroffene, Angehörige und Freunde. — Basel: Karger, 2008.

Fleisch S. Existenzanalytische Gruppenarbeit zur Persönlichkeitsentwicklung und Selbsthilfe bei Essstörungen // *Existenzanalyse*. 2012. Bd. 29. № 1. S. 67–75.

Freyd J.J. *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*, — Cambridge (MA): Harvard Univ. Press, 1996.

Koch C. Vom leeren Teller zum gedeckten Tisch // *Existenzanalyse*. 2012. Bd. 29. № 1. S. 56–60.

Kohler E. Und das Heroin hüllte sie in einen Schutzmantel // *Existenzanalys.*, 2012. Bd. 29. № 1. S. 25–29.

Längle A. (Hrsg) *Die Personale Existenzanalyse (PEA)*. — Wien: Facultas, 2000.

Längle A. Trauma und Existenz // *Psychotherapie Forum*. 2007. Bd. 15. № 3. S. 109–116.

Längle A. Existenzanalyse // Längle A., Holzhey-Kunz A. Existenzanalyse und Daseinsanalyse.
— Wien: UTB (Facultas), 2008. S. 29–180.

Längle A. Das eingefleischte Selbst. Existenz und Psychosomatik // Existenzanalyse. 2009. Bd.
26. № 2. S. 13–34.

*Längle A. Sexualität — die Lust am Leben. Was in der Sexualität gesucht und gefunden werden
kann // Intimität — Sexualität, Tabuisierung im Alter / Bach D., Böhmer F. (Hrsg). — Wien:*
Böhlau, 2011. S. 13–36.

Root M., Fallo P., Friedrich W. Bulimia: system approach to treatment. — N.Y.: Norton, 1986.

*Oppenheimer R., Howells R., Palmer R.L., Chalonner D.A. Adverse sexual experience in
childhood and clinical eating disorders: a preliminary description // J. Psychiat. Res. 1985. P.*
357–361.