

Нардонэ Дж., Вербиц Т., Миланезе Р.

В ПЛЕНУ У ЕДЫ:

булимия, анорексия, vomiting



Издание 3-е, стереотипное

Серия: «Современные методы в психотерапии»

Серия: «Современные методы в психотерапии»

Джорджио Нардонэ
Тициана Вербиц
Роберта Миланезе

В плену еды

Булимия — Анорексия — Vomiting

*Краткосрочная терапия нарушений
пищевого поведения*

Издание 3-е, стереотипное

1000 БЕСТСЕЛЛЕРОВ

Москва

УДК 59.99+616-39+615.8
ББК 53.57
Н 283

Серия: «Современные методы в психотерапии»

Научный редактор Е. Первышева
Перевод с итальянского О. Игошиной

Нардонэ Дж., Вербиц Т., Миланезе Р.

Н 283 В плену у еды: булимия, анорексия, vomiting. Краткосрочная терапия нарушений пищевого поведения. Пер. с итал. О.Е. Игошиной. 3-е, стер. — М.: 1000
Бестселлеров, 2019. — 320 с.

ISBN 978-5-906907-68-4

Стратегически-конструктивистский терапевтический подход, предложенный Джорджио Нардонэ для решения проблем пищевого поведения, привлекает внимание своей конкретностью и эффективностью. Подход основывается на том, что такие расстройства, как анорексия, булимия и vomiting (вызываемая рвота), возникают в результате нарушения взаимодействия человека с самим собой и с окружающей действительностью. В этой ситуации усилия, прилагаемые для решения проблемы, лишь подпитывают ее. Стратегическое вмешательство, при котором упор делается на понимание того, как функционирует расстройство, а не на выявление причин его появления, позволяет разорвать этот порочный круг и решить проблему в краткие сроки.

Книга адресована психотерапевтам, консультантам, а также читателям, заинтересованным в решении проблем пищевого поведения средствами психотерапии.

УДК 59.99+616-39+615.8
ББК 53.57

© Nardone G., Verbitz T., Milanese R., 2009
© О.Е. Игошина, перевод, 2016
© ООО «И-трейд», 2019

ISBN 978-5-906907-68-4

Giorgio Nardone

Tiziana Verbitz

Roberta Milanese

Le prigionie del cibo

Vomiting — Anoressia — Bulimia

La terapia in tempi brevi

Ponte alle Grazie srl

Milano

2009

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие ко второму изданию.....	8
-------------------------------------	---

Глава 1

ОТ ОПИСЫВАЮЩЕГО ДИАГНОЗА К ОПЕРАТИВНОМУ ДИАГНОЗУ

1.1. Определение проблемы с оперативной точки зрения	11
1.2. Диагностическая классификация расстройств питания	20
1.2.1. Нервная анорексия	20
1.2.2. Нервная булимия	23
1.2.3. Другие нарушения пищевого поведения	26
1.3. Основные результаты исследования-вмешательства	27

Глава 2

РАЗРАБОТКА ПРОТОКОЛОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

2.1. От общей модели краткосрочной терапии к специфическим протоколам терапевтического вмешательства	32
2.2. Критерии оценки результатов.....	38

Глава 3

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ЭКОНОМИЧНОСТЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ: РЕЗУЛЬТАТЫ

3.1. Эффективность терапевтического вмешательства	43
3.1.1. Анорексия	47
3.1.2. Булимия (нервная булимия без очистительных процедур)	51
3.1.3. Вызываемая рвота, или vomiting (нервная булимия с очистительными процедурами)	53
3.1.4. Заключительные рассуждения об эффективности.....	55

3.2. Экономичность терапевтического вмешательства.....	56
3.2.1. Анорексия.....	59
3.2.2. Булимия (нервная булимия без очистительных процедур)	59
3.2.3. Вызываемая рвота, или vomiting (нервная булимия с очистительными процедурами)	59
3.2.4. Заключительные рассуждения об экономичности	60

Глава 4

АНОРЕКСИЯ: ФОРМИРОВАНИЕ, УСТОЙЧИВОЕ СУЩЕСТВОВАНИЕ, ИЗМЕНЕНИЕ

4.1. Формирование и устойчивое существование анорексии.....	61
4.1.1. Жертвенная анорексия	62
4.1.2. Абстинентная анорексия	63
4.2. Терапевтическое вмешательство при анорексии	66
4.2.1. Протокол терапевтического вмешательства при жертвенной анорексии	67
4.2.1.1. Первая стадия	67
4.2.1.2. Вторая и третья стадии.....	68
4.2.1.3. Четвертая стадия (последняя сессия).....	69
Пример клинического случая 1: жертвенная анорексия	70
4.2.2. Протокол терапевтического вмешательства при абстинентной анорексии	82
4.2.2.1. Первая стадия (первая и вторая сессии)	82
4.2.2.2. Вторая стадия (от второй-третьей до пятой сессии)	89
4.2.2.3. Третья стадия (начиная с пятой-шестой сессии).....	93
4.2.2.4. Четвертая стадия (последняя сессия)	95
Пример клинического случая 2: абстинентная анорексия	95

Глава 5

БУЛИМИЯ: ФОРМИРОВАНИЕ, УСТОЙЧИВОЕ СУЩЕСТВОВАНИЕ, ИЗМЕНЕНИЕ

5.1. Формирование и устойчивое существование булимии	133
5.1.1. Ботерианская булимия	134
5.1.2. Булимия йо-йо	136

5.2. Терапевтическое вмешательство при булимии	137
5.2.1. Протокол терапевтического вмешательства при булимии	138
5.2.1.1. Первая стадия (первая и вторая сессии)	138
5.2.1.2. Вторая стадия (от второй-третьей до пятой сессии)	141
5.2.1.3. Третья стадия (начиная с пятой-шестой сессии)	148
5.2.1.4. Четвертая стадия (последняя сессия)	150
Пример клинического случая 3: булимия	150
5.3. Неконтролируемое пищевое поведение (binge eating)	168
Пример клинического случая 4: binge eating	171

Глава 6

ВЫЗЫВАЕМАЯ РВОТА (VOMITING): ФОРМИРОВАНИЕ, УСТОЙЧИВОЕ СУЩЕСТВОВАНИЕ, ИЗМЕНЕНИЕ

6.1. Формирование и устойчивое существование vomiting'a	211
6.2. Терапевтическое вмешательство при vomiting'e	216
6.2.1. Протокол терапевтического вмешательства при vomiting'e	217
6.2.1.1. Первая стадия (первая и вторая сессии)	217
6.2.1.2. Вторая стадия (со второй-третьей до пятой сессии)	220
6.2.1.3. Третья стадия (начиная с пятой-шестой сессии)	225
6.2.1.4. Четвертая стадия (последняя сессия).....	228
Пример клинического случая 5: vomiting 1	228
Пример клинического случая 6: vomiting 2.....	249
Пример клинического случая 7: vomiting 3	282
6.3. Смешанные случаи	311
Заключение	313
Список литературы	315

ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ

Вы держите в руках второе издание книги «В плену у еды: Краткосрочная стратегическая терапия при нарушениях пищевого поведения: булимия, анорексия, vomiting (вызываемая рвота)»¹, переработанное и долгожданное. Книга представляет собой методическое руководство по работе со всем спектром нарушений — от анорексии и булимии до вызываемой рвоты, которая в настоящее время встречается гораздо чаще, чем два первых нарушения, и требует особых методов лечения.

Переиздание книги «В плену у еды», безусловно, означает, что модель психотерапии профессора Джорджио Нардонэ, ученика и последователя Пола Вацлавика, становится все более известной в России и все чаще специалисты используют ее в своей работе. Краткосрочная стратегическая терапия зарекомендовала себя как эффективное и экономичное сфокусированное вмешательство, которое применяется для решения любого типа проблем, как на индивидуальном уровне, так и на уровне отношений (семья, пара), не только в клиническом, но и в более широком социальном контексте — образовательном и организационном.

В Центре стратегической терапии профессора Нардонэ (Ареццо, Италия) были разработаны новаторские протоколы работы с разнообразными патологиями (тревожно-фобические расстройства, нарушения пищевого поведения, депрессия и др.) на основе систематического применения новейшей методологии исследования: исследования-вмешательства, логика которого, следуя логике проблемы, позволяет найти решение, которое объясняет механизм ее функционирования и устойчивого существования.

¹ Книга была выпущена издательством «Эксмо» в 2010 г.

Протоколы терапевтического вмешательства были апробированы на выборке пациентов, превышающей десятки тысяч случаев, и показали возможность достижения повторяемых результатов в разнообразных социокультурных контекстах. Это позволяет утверждать, что Краткосрочная стратегическая терапия по методу профессора Дж. Нардонэ является современной технологией психотерапии, отвечающей таким критериям, как эффективность, экономичность, предсказуемость, повторяемость и транслируемость (возможность обучения специалистов, которые, используя модель в своей работе, могут добиться результатов, незначительно отличающихся от результатов, достигнутых автором подхода).

Модель дает возможность не только достигать запланированных целей — решения проблем в краткие сроки, — но и проводить оценку промежуточных результатов, что позволяет терапевту корректировать вмешательство в ходе работы, внося необходимые и предусмотренные изменения в свои действия, таким образом, страхуя себя от неудачи в финале.

Вместе с тем эффективное использование технологии предполагает не только овладение логикой исследования-вмешательства, но и умение адаптировать метод в каждом конкретном случае к неповторимому жизненному контексту пациента, особенностям его личности. Это требует использования специфических способов коммуникации и построения терапевтических межличностных отношений, различающихся в зависимости от типа проблем.

Нет стратегической терапии без стратегической коммуникации. Требования к коммуникации стали своего рода визитной карточкой подхода Дж. Нардонэ: разработанный им Стратегический диалог — уточненная модель проведения первой клинической беседы — позволяет уже на этом этапе добиться первых терапевтических изменений. Главным действующим лицом в ходе Стратегического диалога является пациент. Терапевт задает вопросы, которые направляют пациента; но именно пациент — тот, кто занимает активную позицию: отвечая на вопросы терапевта, он вовлекается в процесс совместного открытия того, как существует и поддерживается его проблема, и — через свои ответы — подводится к пониманию того, как он может решить свои проблемы. С помощью сфокусированных

вопросов можно уже на первой сессии привести пациента к новому восприятию ситуации, которое изменяет его реакции на проблему и благодаря которому необходимость и неизбежность изменений становятся очевидными.

Все вышеописанные особенности подхода подробно рассмотрены в книге и снабжены примерами клинических случаев, иллюстрирующими применение модели Краткосрочной стратегической терапии ко всем типам нарушений пищевого поведения.

Работать на основе данного подхода могут специалисты (психологи, врачи), прошедшие обучение в Центре стратегической терапии (Ареццо), что закрепляется выдачей сертификатов программы «Мастер» международного образца. Российское представительство центра действует в России с 2003 г. Информацию о работе Джорджио Нардонэ, деятельности представительства и программе обучения можно получить на сайте <http://centroditerapiastrategica.ru/>.

*С надеждой на интерес к нашей работе,
от имени Представительства Центра
стратегической терапии в России,
Первышева Елена (научный редактор) и
Игошина Ольга (переводчик)*

Глава 1

ОТ ОПИСЫВАЮЩЕГО ДИАГНОЗА К ОПЕРАТИВНОМУ ДИАГНОЗУ

Если переставить местами слова, значение меняется, а другое значение производит другие эффекты.

Паскаль Блэз «Мысли»

Образованный обыватель приписывает некоторым принципам и методам безусловное совершенство и объективное значение, и в результате, после того как он их обнаружит, ему не остается ничего иного, как оценивать на их основе все происходящее, с тем чтобы подтвердить или опровергнуть его.

Артур Шопенгауэр «Посмертные записки»

1.1. Определение проблемы с оперативной точки зрения

Первой проблемой исследователя в клинической области является определение объекта исследования. Представление об объекте исследования тесным образом зависит от той теории, на которую опирается исследователь, сознательно или неосознанно рассматривающий действительность сквозь призму собственных интерпретаций. Современной конструктивистской эпистемологией давно уже выявлена проблема влияния наблюдателя на наблюдаемые им феномены: ею подчеркивается тот факт, что в результате любой операции по получению знаний в фокус размышлений попадает не только объект наблюдения, но и наблюдающий его субъект (*Heisenberg, 1958; Roshental, Jacobson, 1968; Watzlawick, 1981; von Foerster, 1987; Arcuri, 1994*).

Несмотря на то что этот эпистемологический постулат в данный момент превалирует во всех науках, начиная с физики, в области

клинической психологии и психотерапии преобладает тенденция, согласно которой признается возможным простое объективное описание изучаемых феноменов.

С точки зрения конструктивизма, напротив, утверждается, что не существует одной-единственной реальности, что существует множество реальностей, которые определяются в зависимости от точки зрения: *как, каким образом и почему* мы познаем определяет то, *что* мы познаем (Salvini, 1988). Стало быть различным точкам зрения соответствуют различные реальности и различные способы понимания проблем. Этот факт особенно очевиден в той сложной области, которая занимается изучением и решением психологических и поведенческих проблем; эта область характеризуется все возрастающим количеством теорий и вытекающих из них подходов, зачастую противоречащих друг другу.

Чтобы лучше это проиллюстрировать, полезно обратиться к следующей истории (Nardone, 1998, р. 9–10).

«Однажды в очень жаркий день отец со своим маленьким сыном отправляется на осле из одного южного города Италии в дальние края к родственникам.

Отец садится на осла, а сын идет рядом с ними; когда они проходят мимо группы людей, отец слышит как они говорят: “Посмотрите-ка, какой жестокий отец! Сам сидит на осле, а маленький сын в такую жару должен идти пешком”.

Тогда отец слезает с осла, сажает на него сына, и они продолжают свой путь.

Проходя мимо следующей группы людей, отец слышит как они говорят: “Вы только посмотрите: старый отец в такую жару идет пешком, а сын удобно расселся на осле! Что же это за воспитание?”

Тогда отец думает, что лучше всего им вместе ехать на осле, и они продолжают свой путь таким образом.

Немного погодя они проходят мимо группы людей и отец слышит: “Вы посмотрите, какая жестокость! Им совсем не жалко бедное животное, которое в такую жару должно везти такую тяжесть”.

Тогда отец слезает с осла, снимает с него сына, и они втроем продолжают свой путь.

Они проходят мимо группы людей и слышат: “Ты посмотри, какие глупцы! В такую жару они идут пешком, в то время как у них есть осел, на котором они могли бы ехать...”».

Как уже понял читатель, история может продолжаться до бесконечности. Она показывает нам, каким образом можно по-разному воспринимать одну и ту же действительность и создавать о ней разные представления, которые вызывают у людей разные реакции.

В отношении расстройств питания интересно отметить, насколько отличаются друг от друга описания причин их возникновения в зависимости от того, какого научного подхода придерживается исследователь.

С точки зрения психиатров, приверженцев биологической школы, наверняка существует специфический ген, отвечающий за каждое расстройство питания; с точки зрения авторов, разделяющих теорию вытеснения, не подлежит сомнению, что 90% женщин, страдающих каким-либо расстройством питания, подверглись сексуальному насилию¹; в психодинамическом подходе расстройство питания может быть связано с тем, что не преодолены архаичные комплексы, и в частности, поскольку этим расстройством страдают в основном женщины, комплекс Электры. Для сторонников теории отношений очевидной причиной расстройств питания являются взаимоотношения внутри семьи, и, в частности, особую роль в возникновении этих расстройств играет динамика отношений между матерью и дочерью и конфликтность родительской пары (Zerbe, 1993).

Кроме того, в последние годы возникло направление, которое тесно связывает расстройства питания с зависимостью (например, с алкоголизмом и наркоманией), даже была создана анонимная ассоциация «*Overeaters Anonymous — OA*» (A.A.VV., 1980; Malenbaum et al., 1988). Основной постулат этого направления заключается в том,

¹ По этому поводу интересно отметить, насколько варьирует оценка присутствия сексуального насилия в опыте субъектов, страдающих нарушениями питания, в разных исследованиях. Согласно Шварцу и Коэну (Schwartz e Cohen, 1996) и Каруза и Манара (Caruso e Manara, 1997), она составляет 26% (Manara et al., 1996); 40% у Холла (Hall et al. 1989); 58% у Кирни-Кук (Kearney-Cooke, 1988); 60% для Уоллер (Waller, 1992); вплоть до 69–70% у Оппенхеймера (Oppenheimer et al. 1985) и у Фольсом и Кран (Folsom e Krahn, 1993).

что булимия и анорексия считаются патологией, от которой нельзя излечиться, но которой можно управлять с помощью групп взаимопомощи.

Тем не менее необходимо отметить, что хотя каждое направление и имеет свои теоретико-прикладные концепции, кажется, что большинство ученых разделяют идею о том, что расстройства питания являются «своего рода функциональным адаптированием субъекта к реальности, которая воспринимается как неуправляемая» (*Bateson, Jackson, Haley, Weakland, 1956; Costin, 1996*).

Стратегический конструктивистский подход (*von Foerster, 1973; von Glasersfeld, 1981,1995; Maturana, Varela, 1980; Stolzenberg, 1978; Varela, 1981; Watzlawick, 1976, 1981, Nardone, 1991*) не опирается ни на какую теорию о «человеческой природе» и, следовательно, не использует определений, относящихся к «норме» и «патологии». В этом подходе считается, что человеческие проблемы являются продуктом взаимодействия субъекта с реальностью; в этом процессе именно те усилия, которые субъект и окружающие его люди прикладывают, чтобы вызвать изменения, поддерживают проблемную ситуацию неизменной. Устойчивое существование проблемы держится на «предпринятых попытках решения»¹ (*Watzlawick et al., 1974; Nardone, 1994; Watzlawick, Nardone, 1997*), и если эти попытки неэффективны, проблема еще больше усложняется. В результате формируется то, что мы называем патологической «перцептивно-реактивной системой»², в рамках которой субъект с настойчивым упорством использует стратегию решения проблемы, которая кажется эффективной или показала свою эффективность в прошлом

¹ «Предпринятые попытки решения» являются основным конструктом стратегического подхода в терапии. Для более подробного знакомства с этой концепцией см. *Watzlawick (1977, 1981), Watzlawick et al. (1974), Fisch et al. (1982), Nardone, Watzlawick (1990), Nardone (1991, 1993, 1995a, 1995b), Watzlawick, Nardone (1997)*.

² Под перцептивно-реактивной системой субъекта понимаются характерные для него способы восприятия окружающей среды и реакций на нее, которые выражаются в трех основных типах взаимозависимых отношений: отношения субъекта с самим собой, с другими людьми и с окружающим миром (*Nardone, 1991*).

при решении подобной проблемы, но которая в настоящей ситуации приводит к воспроизведению и усугублению проблемы (Nardone, Watzlawick, 1990¹).

Постоянное повторение неудачных попыток подпитывает проблему и приводит к созданию «кибернетической самотворящей системы»², обеспечивающей устойчивое существование проблемы; круговая динамика взаимодействия между восприятием проблемы и реакциями субъекта поддерживает стабильность и равновесие системы, несмотря на ее дисфункциональность для субъекта.

Целью стратегического вмешательства в подобной ситуации становится разрыв замкнутого круга, создавшегося между предпринятыми попытками решения проблемы и ее устойчивым существованием. Для этого необходимо разрушить патологическое равновесие системы и изменить способ, с помощью которого субъект построил дисфункциональную реальность, стоящую за его расстройством.

Стало быть для решения проблемы, вместо того чтобы искать в прошлом причины ее возникновения, следует понять, каким образом функционирует система восприятия окружающей действительности и реакций на нее *hic et nunc*³, в актуальной ситуации субъекта и каковы способы устойчивого существования проблемы. Следует попытаться перейти от знания, основанного на «почему», к знанию, основанному на «как, каким образом». Такой переход приводит к тому, что терапевтический процесс превращается из медленного и постепенного в быстрое и эффективное вмешательство.

¹ Опубликовано на русском языке: Нардонэ Дж., Вацлавик П. Искусство быстрых изменений: Краткосрочная стратегическая терапия. М.: Издательство Института психотерапии, 2006.

² Термин «самотворение» относится к системе, которая сама определяет собственную организацию. Такова типичная организация живых существ, поскольку они являются автономными единицами, способными к постоянному самовоспроизведению, самоподдержанию и самопостроению благодаря собственной внутренней динамике. «В случае самотворящей единицы действие создает существо, и в этом заключается особенность способа ее организации» (Maturana, Varela, 1985, p.53).

³ Лат.: здесь и сейчас. — *Примеч. пер.*

Прикладные исследования (*Nardone, Watzlawick, 1990; Nardone, 1993¹, 1995a; Fiorenza, Nardone, 1995*) выявили целую серию моделей ригидного взаимодействия субъекта с окружающей действительностью, что позволило разработать вместо описательной классификации расстройств, принятой в психиатрии и клинической психологии², специфическую типологию психологических расстройств, которые поддерживаются многократным повторением дисфункциональных попыток решения проблемы, питающим ее вместо решения (*Watzlawick, Nardone, 1997*). В этой новой классификации традиционные психопатологические категории³ заменяет конструкт «перцептивно-реактивная система».

Этот подход отличается от современной тенденции, выражающейся в том, что многие исследователи сначала отказываются от привычных нозографических классификаций, а затем возвращаются к их

¹ Опубликовано на русском языке. *Нардонэ Дж.* Страх, паника, фобия: Краткосрочная терапия. М.: Психотерапия, 2008.

² Не следует недооценивать реальное патологизирующее влияние на пациента и близких ему людей наклеивания психиатрических и психопатологических ярлыков (*Watzlawick, 1981; Nardone, 1994; Pagliaro, 1995*), выражающегося в эффекте «самореализующегося предсказания». Диагностические ярлыки, являясь перформативными лингвистическими актами (*Austin, 1962*), в результате сами создают реальность, на описание которой они претендуют. Кроме того, когда речь идет о расстройствах питания, встает также проблема распространения психодиагностических терминов среди широкой аудитории, что придает этим расстройствам все большее значение. Постоянное «рекламирование» подобных расстройств вызывает у публики большой интерес и растущую тревогу, и в результате расстройства питания для тех, кто ими страдает, становятся важным способом ощутить себя в центре внимания.

³ В случае обсессивно-фобических расстройств (агорафобия, панические атаки, обсессивно-компульсивное поведение и ипохондрия), например, пациент может предпринимать следующие специфические дисфункциональные попытки решения проблемы: избегать ситуаций, которые воспринимаются как опасные; постоянно обращаться за помощью и защитой к родственникам и друзьям; стремиться контролировать спонтанные физиологические реакции и окружающую реальность. Взаимоотношения субъекта, страдающего этими расстройствами, с самим собой, другими людьми и окружающим миром целиком и полностью основываются на подобных механизмах восприятия окружающей действительности и реакций на нее.

использованию. Например, Сельвини Палаццоли (*Selvini Palazzoli et al.*, 1998) разделяет пациентов, страдающих анорексией, на четыре типа: зависимые, пограничные, обсессивно-компульсивные, нарциссические, — что соответствует некоторым типам расстройств личности, принятым в DSM-IV¹. С нашей точки зрения, подобная классификация представляет собой попытку привести факты в соответствие с той теорией, на которую опирается исследователь, и в результате данная классификация не имеет никакой оперативной ценности.

В свете изложенных выше теоретико-эпистемологических предпосылок при определении проблемы представляется совершенно необходимым перейти от диагноза чисто «описательного» к диагнозу, который мы определяем как «оперативный диагноз», или «диагноз-вмешательство».

В рамках описательного подхода, примерами которого являются DSM и большинство руководств по диагностике, предлагается статическое видение проблемы (которое можно сравнить с «фотографией»), в рамках которого перечисляются все основные характеристики расстройства. Такая классификация не дает никаких указаний на оперативном уровне в отношении того, как функционирует проблема и как она может быть решена.

Под оперативным же описанием подразумевается описание конструктивистско-кибернетического типа, отмечающее характеристики устойчивого существования проблемы; то, *как* проблема поддерживается благодаря сложной сети перцептивно-реактивных взаимодействий субъекта с его личной и межличностной действительностью (*Nardone, Watzlawick*, 1990). Такие модели устойчивого существования проблем определенного типа выявляются в ходе прикладных эмпирико-экспериментальных исследований («исследований-вмешательств»); цель их выявления — выработка решений, способных гарантировать все большую эффективность и экономичность терапевтического вмешательства.

¹ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders — Руководство по диагностике и статистике психических расстройств) — принятая в США многоосевая нозологическая система. Разрабатывается и публикуется Американской психиатрической ассоциацией (АПА) (American Psychiatric Association, APA). — *Примеч. ред.*

Исследования-вмешательства основываются на посыле «познание через изменение» — точке зрения, согласно которой недостаточно одного лишь внешнего наблюдения для того, чтобы узнать, как действует проблема; необходимо вмешательство, способное вызвать изменения в системе и ее ответ, который раскроет способ ее функционирования.

Данная методология находится в полном согласии с той, которую Курт Левин в области социальной психологии назвал «исследование действием» (*action-research*) — исследование, которое изучает феномен «в поле» эмпирически и экспериментально, провоцируя изменения в событиях и наблюдая за последствиями (*Lewin, 1946*). В этом русле позиционируется и современная конструктивистско-кибернетическая эпистемология: как выразительно сформулировал в своем эстетическом императиве фон Ферстер, «если хочешь увидеть, научись действовать» (*von Foerster, 1973, p. 55*); а согласно фон Глазерсфельду, «человек может познать только то, что он сам делает», и «действие конструирует познание» (*von Glasersfeld, 1981, p. 26–29*).

На основании этого утверждается, что познание реальности возможно посредством вмешательства в нее, поскольку единственной познаваемой переменной, которую мы можем контролировать, является наша стратегия, а именно — наша «предпринятая попытка решения», которая — в том случае, если она является эффективной, — позволяет нам понять, как существовала проблема и что ее подпитывало. Таким образом, исследование-вмешательство основывается на логике конструкта «познать проблему посредством ее решения» (*Nardone, 1993*) (познать действительность посредством применения стратегий, способных изменить ее).

Из применения данного конструкта в клинической области явствует, что эффективная стратегия решения, повторенная на большой выборке субъектов, страдающих расстройством одного типа, позволяет раскрыть модель функционирования данного расстройства.

Проиллюстрировать метод «познания через изменение» можно с помощью аналогии с игрой в шахматы, в которой каждый игрок раскрывает для себя стратегию противника, наблюдая ходы, которыми противник отвечает на его собственные ходы. Однако игрок может получить действительное знание о стратегии игры противника только по завершении партии (а еще лучше — в случае выи-

грыша), поскольку именно выбранная им самим стратегия, если она эффективна, раскроет игру противника. Это позволит игроку в последующих партиях иметь в запасе стратегию, уже примененную с успехом, и легче и за меньшее количество ходов прийти к мату.

Изучая какую-либо психологическую патологию, можно действовать тем же способом: терапевтическая игра начинается с простейших маневров, но они должны суметь вызвать первую ответную реакцию. Затем шаг за шагом стратегия отлаживается — на основе ответных реакций пациента — с целью вызвать изменения в способах восприятия, эмоциях и поведении, обеспечивающих устойчивое существование его патологии.

Одна и та же стратегия, необходимым образом адаптированная к личной ситуации каждого пациента, может быть применена к патологиям, изоморфным той, для которой стратегия была разработана; это повышает эффективность и экономичность терапевтического вмешательства. В результате такое вмешательство будет основано не только на личных творческих способностях терапевта, но и прежде всего — на стратегии, зарекомендовавшей себя способной вызывать предусматриваемые результаты.

Использование терапевтического вмешательства данного типа в качестве *процесса систематического исследования* приводит — помимо всего прочего — к обогащению знания об устойчивом существовании специфических патологий, а эти знания, в свою очередь, приводят к дальнейшему улучшению стратегий, применяемых для решения проблемы. Это своего рода спираль, создаваемая и поддерживаемая взаимодействием эмпирического вмешательства и эпистемологического размышления, результатом которого становится разработка специфической и / или новаторской логики действия (Nardone, 1997b).

При исследовании различных типов расстройств питания — как и при изучении фобических расстройств — эта методология явилась важным инструментом получения оперативных знаний. Данные, собранные в результате исследования-вмешательства, позволили не только разработать эффективную психотерапевтическую модель для решения проблем этого типа, но и создать познавательную и операциональную модель, описывающую возникновение и устойчивое существование этих проблем.

В то же время новые знания, полученные на основе результатов вмешательства, позволили отточить процедуру вмешательства, определяя его постоянную самокорректировку в зависимости от результатов взаимодействия между проблемой и стратегиями ее решения¹. Как следует из приведенных выше теоретических и методологических посылок, дальнейшее изложение будет относиться не только к способам продуцирования изменений и решения проблем питания, но также к возникновению и устойчивому существованию этих проблем.

Несмотря на уже упомянутые ограничения, прежде чем перейти к непосредственному изложению результатов нашего исследования-вмешательства, мы все же считаем полезным привести классификацию расстройств питания согласно DSM-IV, для того чтобы пользоваться диагностическими формулировками психологических расстройств, которые признаны и используются в международном научном сообществе. Мы считаем, что использование общепринятого языка, известного всем исследователям в клинической области, позволит опираться в общении на одинаковые диагностические критерии и тем самым сведет к минимуму возможные недопонимания при обмене информацией между экспертами, которые следуют разным теоретико-прикладным подходам. Поэтому приводимая ниже классификация может рассматриваться как своего рода компромисс, как инструмент коммуникации.

1.2. Диагностическая классификация расстройств питания²

1.2.1. *Нервная анорексия*

Диагностические критерии

А. Отказ поддерживать массу тела на уровне минимальной нормы для данного возраста и роста (например, больной теряет на 15% больше, чем минимальная масса тела); невозможность добиться

¹ Более подробно использованная методология описана в гл. 2.

² Диагностическая классификация вольно излагается по DSM-IV (APA, 1994, p. 597–603 tr. it.)

ожидаемой прибавки в массе тела во время периода роста, что приводит к снижению массы тела на 15% по сравнению с ожидаемой прибавкой¹.

Изначально потеря веса достигается ограничением общего количества принимаемой пищи. Вначале пациентки (обычно это женщины) отказываются от высококалорийной еды, затем приходят к питанию жестко ограниченным ассортиментом продуктов. Вдобавок к этому пациентки могут начать использовать некоторые типы очистительных процедур (например, вызывание рвоты, неоправданное использование слабительных и мочегонных средств) или становятся чрезмерно физически активны с целью потери веса.

Б. Сильный страх перед увеличением массы тела или возможностью потолстеть, даже если реальный вес не достигает нормы. С понижением веса страх потолстеть не уменьшается, и даже наоборот: во многих случаях озабоченность по поводу веса возрастает параллельно с реальной его потерей.

В. Изменение восприятия собственного веса или формы тела, или чрезмерное влияние веса и формы тела на самооценку, или отказ от признания серьезности того факта, что вес ниже нормы.

У страдающих анорексией наблюдаются изменения в представлениях о собственном теле (его форме и размерах): восприятие и оценка внешнего вида и веса становятся искаженными. Некоторые субъекты чувствуют толстым все свое тело, в то время как другие, даже признавая собственную худобу, воспринимают как «слишком толстые» некоторые части тела, обычно живот, ягодицы и бедра. Уровень самооценки чрезмерно зависит от восприятия веса и формы тела. Уменьшение веса считается замечательной победой и показателем железной самодисциплины, в то время как увеличение веса переживается как недопустимая потеря способности к контролю. Несмотря на то что некоторые из пациентов могут отдавать себе отчет в собственной худобе, как правило, они отрицают серьезность последствий крайней худобы для их физического здоровья.

¹ Обычно нормальный вес вычисляется с помощью индекса массы тела (Body Mass Index — BMI), выражающего отношение веса в килограммах к квадрату роста в метрах. За пограничное значение индекса массы тела принимается величина, которая не превышает или равна 17,5 kg/m².

Г. У женщин в период половой зрелости наблюдается аменорея, а именно — отсутствие не менее трех следующих друг за другом менструальных циклов (считается, что у женщины аменорея, если менструальный цикл наступает только в результате приема гормональных препаратов, например эстрогенов).

Обычно аменорея следует за потерей веса, но у меньшинства пациентов может предшествовать ей. В предпубертатный период расстройство может привести к позднему появлению менструации.

Подвиды

На основании присутствия или отсутствия в настоящий момент эпизодов регулярного переедания или очистительных процедур выделяются следующие подвиды расстройства:

а) *с ограничением приема пищи*: в текущей фазе нервной анорексии у субъекта не наблюдается регулярного переедания или очистительных процедур (например, вызванной рвоты, неоправданного использования слабительных и мочегонных средств или клизм). Потеря веса достигается главным образом за счет диеты, голодания или чрезмерной физической активности;

б) *с перееданием и / или использованием очистительных процедур*: в текущей фазе нервной анорексии у субъекта наблюдается регулярное переедание и / или использование очистительных процедур в виде вызванной рвоты, неоправданного использования слабительных и мочегонных средств или клизм. В некоторых случаях не наблюдается переедания, а пациент пользуется очистительными процедурами и при приеме небольшого количества пищи.

Симптомы и сопутствующие расстройства

Когда страдающие нервной анорексией пациенты имеют вес явно ниже нормы, они могут демонстрировать депрессивные симптомы, такие как расстройства настроения, тенденция к изоляции, раздражительность, бессонница и снижение сексуального интереса; часто наблюдаются явно выраженные обсессивно-компульсивные симптомы, которые могут быть связаны или не связаны с едой (например, противоречивость идей в отношении еды, коллекционирование кулинарных рецептов, создание запасов еды); больные могут испытывать неловкость, когда едят в присутствии других людей, чувство-

вать себя неадекватными, ощущать необходимость контролировать окружение, могут проявлять умственную ригидность, отсутствие спонтанности в межличностных отношениях, подавлять инициативу и выражение эмоций.

1.2.2. Нервная булимия

Диагностические критерии

А. Часто повторяющиеся эпизоды обжорства. Подобный эпизод, или булимический кризис, характеризуется каждым из следующих признаков:

1) употребление за определенный период времени (как правило, не превышающий двух часов) количества пищи, значительно превышающего то, которое большая часть людей смогла бы съесть за такой же период времени и в сходных условиях.

Каждый отдельно взятый эпизод переедания не обязательно является в одном и том же контексте; не может считаться обжорством постоянное «перекусывание» небольшими количествами пищи в течение всего дня. Несмотря на то что типы пищи, потребляемой во время приступа переедания, сильно варьируют, обычно сюда входят высококалорийные продукты, такие как мороженое и торты. В любом случае обжорство характеризуется скорее аномальным количеством пищи, чем компульсивным влечением к определенному продукту. Обычно страдающие булимией стесняются своих патологических привычек в приеме пищи и стараются скрыть их, поэтому булимические кризисы проявляются в одиночестве, в обстановке максимальной секретности. Эпизод обжорства может быть запланированным или незапланированным и обычно (хотя и не всегда) характеризуется быстрым поглощением пищи. Часто эпизод продолжается до тех пор, пока субъект не почувствует себя «переполненным до болевых ощущений», и бывает спровоцирован плохим настроением, состоянием стресса, сильным чувством голода, вызванным ограничениями, связанными с диетой, чувством неудовлетворенности своим весом, формой тела или пищей. Во время поглощения пищи может наблюдаться временное улучшение настроения, но часто за ним следуют новый спад настроения и приступ безжалостной самокритики;

2) ощущение потери контроля во время эпизода обжорства (например, ощущение того, что невозможно перестать есть или невозможно контролировать, что и когда есть).

Субъект, особенно на ранних стадиях расстройства, может испытывать чувство отстраненности во время эпизода переедания: некоторые рассказывают о приступе обжорства как о своего рода потере чувства реальности. На более поздних стадиях ощущение потери контроля во время кризиса может исчезнуть, субъект испытывает невозможность противостоять неудержимому импульсу поглощения пищи или прервать уже начавшийся приступ. Потеря контроля во время эпизода обжорства не является полной: например, субъект может продолжать поглощение пищи, несмотря на телефонные звонки, но сразу прекращает его, если кто-то неожиданно входит в комнату.

Б. Часто повторяющееся и неоправданное компенсирующее поведение с целью предупреждения увеличения веса. Самым часто встречающимся способом, нейтрализующим результаты обжорства, является вызывание рвоты после приступа (80–90% случаев). Рвота ослабляет ощущение физического дискомфорта и страх потолстеть. Субъекты могут прибегать к различным стратегиям для провоцирования рвоты, например, пользуются пальцами или какими-либо предметами; как правило, на более поздних стадиях расстройства им удается вызывать рвоту просто по желанию. В некоторых случаях именно рвота является искомым эффектом: субъект обедает для того, чтобы вызвать рвоту, или вызывает рвоту даже после приема небольшого количества пищи. Другие очистительные процедуры включают в себя неумеренное использование слабительных средств (1/3 случаев), мочегонных средств или других препаратов. Применение клизмы сразу после эпизода переедания встречается довольно редко и всегда сочетается с другими очистительными процедурами. Другими методами, компенсирующими последствия обжорства, являются голодание в последующие дни и чрезмерная физическая активность. (Физическая активность считается чрезмерной, когда она мешает выполнению других важных видов деятельности; когда она выполняется в необычное время в необычных местах; когда она выполняется, несмотря на неудовлетворительное физическое состояние.)

В. Эпизоды обжорства и компенсирующее поведение проявляются в среднем не менее двух раз в неделю в течение последних трех месяцев.

Г. Уровень самооценки чрезмерно зависит от формы тела и веса.

Д. Искажение восприятия проявляется не только во время эпизодов нервной булимии.

Подвиды

На основании наличия или отсутствия в настоящий момент очистительных процедур для компенсации эффектов обжорства выделяют следующие подвиды булимии:

а) *с очистительными процедурами*: в текущей фазе нервной булимии субъект регулярно вызывает рвоту или неоправданно пользуется слабительными или мочегонными препаратами или клизмой;

б) *без очистительных процедур*: в текущей фазе нервной булимии субъект регулярно практикует другие виды компенсирующего поведения (например, голодание или чрезмерная физическая активность), но не прибегает с регулярностью к провоцированию рвоты или к неоправданному использованию слабительных или мочегонных препаратов или клизм.

Симптомы и сопутствующие расстройства

Субъекты, страдающие нервной булимией, как правило, имеют вес в пределах нормы, хотя некоторые из них могут иметь вес несколько выше или ниже нормы. Обычно они редуцируют питание между приступами обжорства, предпочитая низкокалорийные продукты и избегая тех, которые, по их мнению, могут привести к увеличению веса или спровоцировать эпизод неконтролируемого поглощения пищи. У данных субъектов более часто встречаются расстройства настроения (в большинстве случаев они сопровождают прогрессирование булимии) и депрессивные симптомы (например, снижение самооценки). Кроме того, у них часто встречаются симптомы тревожности (например, страх публичных ситуаций), которые обычно уменьшаются после лечения нервной булимии. Примерно в 1/3 случаев наблюдается зависимость или злоупотребление алкоголем и стимулирующими препаратами. Часто субъекты начинают прибегать к стимулирующим препаратам в попытках контролировать аппетит и вес.

1.2.3. Другие нарушения пищевого поведения

Категория других нарушений пищевого поведения включает в себя те нарушения, которые не удовлетворяют критериям какого-либо специфического нарушения пищевого поведения, в частности следующие случаи:

1) присутствуют все критерии нервной анорексии, но менструальный цикл не нарушен;

2) присутствуют все критерии нервной анорексии, но несмотря на значительную потерю веса, он остается в пределах нормы;

3) присутствуют все критерии нервной булимии, кроме того факта, что кризисы переедания и компенсирующее поведение встречаются реже, чем два раза в неделю, в течение последних трех месяцев;

4) субъект с нормальным весом регулярно демонстрирует компенсирующее поведение после принятия небольшого количества пищи (например, вызывает рвоту, съев два печенья);

5) субъект регулярно жует и выплевывает, не глотая, большое количество пищи;

б) неконтролируемое пищевое поведение (*binge eating*): повторяющиеся эпизоды обжорства без регулярного использования очистительных процедур, характерных для нервной булимии.

В приложении к DSM-IV приводятся следующие критерии для неконтролируемого пищевого поведения (*binge eating*).

А. Повторяющиеся эпизоды неконтролируемого пищевого поведения, характеризующиеся наличием следующих двух элементов:

1) употребление за определенный период времени (как правило, не превышающий двух часов) количества пищи, значительно превосходящего то, которое большая часть людей смогла бы съесть за такой же период времени и в сходных условиях; 2) ощущение потери контроля над пищевым поведением во время эпизода поглощения пищи (например, ощущение того, что невозможно остановиться или невозможно контролировать, что и сколько съедается).

Б. Во время эпизодов неконтролируемого пищевого поведения должны наблюдаться не менее трех симптомов из нижеперечисленных: 1) скорость поглощения пищи значительно превышает нормальную; 2) субъект ест до ощущения дискомфорта от перепол-

ненности пищи; 3) поглощается большое количество пищи при отсутствии чувства голода; 4) потребление пищи происходит в одиночестве из-за чувства неловкости субъекта за то, что он ест так много; 5) субъект испытывает чувство отвращения к самому себе, депрессию или чувство вины после приступов обжорства.

В. Ярко выраженное чувство неловкости из-за неконтролируемого пищевого поведения.

Г. Неконтролируемое пищевое поведение наблюдается не менее двух раз в неделю за последние шесть месяцев.

Д. Неконтролируемое пищевое поведение не сопровождается систематическим компенсирующим поведением (использованием слабительных средств, голоданием, чрезмерной физической активностью); не проявляется исключительно в периоды нервной анорексии или нервной булимии.

1.3. Основные результаты исследования- вмешательства

В результате исследования-вмешательства нарушений пищевого поведения были разработаны специфические особо эффективные и экономичные протоколы¹ для работы с расстройствами этого типа; в то же время исследование позволило лучше понять действительность, по отношению к которой осуществлялось терапевтическое вмешательство, а именно перцептивно-реактивную систему, обычно присущую людям, страдающим нарушениями пищевого поведения.

Первый удивительный результат нашего исследования-вмешательства относится к определению проблем, являющихся предметом исследования. Уже на первых стадиях исследования стало очевидно,

¹ Протокол — совокупность стратегий и тактик, техник и процедур, организованных в определенной логической и временной последовательности для достижения намеченной цели при работе с проблемой. Протокол создается в результате исследования-вмешательства и предполагает использование отобранных и отработанных предписаний с заранее запланированными эффектами (как правило, не более 2–3), что позволяет корректировать действия терапевта — в зависимости от достигнутого результата — на каждом этапе работы. — *Прим. науч. ред.*

что реальная картина нарушений пищевого поведения скорее отличается от той, которая описывается в литературе. Помимо двух патологий, приводимых в DSM-IV, — нервная анорексия и нервная булимия — постепенно вырисовался третий тип нарушения пищевого поведения, который мы выделили в отдельную категорию, — речь идет о расстройстве вызываемой рвоты (vomiting). Этим термином мы обозначаем расстройство, сопровождающееся компульсивным приемом пищи и вызыванием рвоты несколько раз в день; эта симптоматика в настоящее время в литературе рассматривается как особый вариант анорексии и булимии («подтип с использованием очистительных процедур», purging). Однако в процессе нашего эмпирико-экспериментального анализа выявилось, что симптоматика вызываемой рвоты (vomiting) сопровождает отдельную патологию, характеристики устойчивого существования которой отличаются от характеристик анорексии и булимии. Это расстройство, проистекающее из булимии или анорексии, в то же время несет в себе нечто качественно новое и структурируется уже не как нарушение пищевого поведения, а как своего рода «извращение», основанное на еде (см. также гл. 6). Можно привести сравнение с молекулой воды — состоящая из водорода и кислорода, она обладает совершенно иными свойствами, чем исходные элементы; так и vomiting обладает особыми характеристиками по сравнению с булимией и анорексией.

Специалист мог бы утверждать, что введенное понятие vomiting фактически совпадает с классическим определением нервной булимии, однако в действительности эти два понятия существенно отличаются друг от друга. DSM-IV определяет вызванную рвоту как один из типов очищения (purging), типичного для нервной булимии, и относит ее как к анорексическому, так и к булимическому типу поведения. Посему подобное поведение должно рассматриваться в качестве одного из симптомов этих клинических расстройств. В нашем определении вызываемая рвота рассматривается не как симптом, а как самостоятельное расстройство. Мы считаем, что люди, страдающие этим расстройством, испытывают непреодолимый импульс к обжорству, *чтобы* вызвать рвоту, а не просто поглощают большое количество пищи, а потом используют рвоту, чтобы избавиться от всего того, что они съели. В наших исследованиях, включающих более

100 изученных случаев, было обнаружено, что при vomiting'e именно удовольствие, получаемое от всей последовательности действий — от приема пищи до рвоты, — обуславливает безудержную компульсивность поведения. Следовательно, если в традиционном определении нервной булимии акцент делается на эпизодах обжорства, а очищение посредством вызванной рвоты (либо других способов) имеет второстепенное значение; то в нашем определении вызываемая рвота представляет собой самостоятельный целостный процесс, начинающийся с подготовительной фантазии, продолжающийся во время переедания и завершающийся заключительным освобождением; при этом данная последовательность действий характеризуется интенсивным удовольствием.

Мы выделили vomiting как самостоятельное расстройство, поскольку было выявлено, что техники, показавшие свою эффективность в работе с анорексией и булимией¹, оказались неэффективными для субъектов с симптомами вызываемой рвоты. Таким образом, в ходе исследования-вмешательства возникла необходимость разработать для этого расстройства специальный протокол вмешательства, который позволил бы решить проблему и раскрыть характеристики ее устойчивого существования.

Кроме того, в данный момент vomiting является наиболее распространенным типом нарушения пищевого поведения — примерно 65% рассмотренных нами случаев². Такая широкая распространенность вызываемой рвоты превращает ее из второстепенного расстройства — по отношению к двум традиционным типам патологии пищевого поведения — в преобладающую. Это объясняется своего рода «усовершенствованием решения», в результате которого изначальная попытка решения проблемы (вызываемая рвота), предпринятая для того, чтобы не толстеть или похудеть, в конечном итоге создает само-

¹ Термин «булимия» используется нами, чтобы обозначить те случаи, которые в литературе классифицируются как «нервная булимия без очистительных процедур» вместе с некоторыми случаями психогенного ожирения.

² Согласно данным Американской психиатрической ассоциации (*American Psychiatric Association*), 50% случаев нервной анорексии трансформируются в нервную булимию (что соответствует расстройству, которое мы называем «vomiting») (*Costin, 1996*).

стоятельную проблему, отличную от той, для решения которой она была предпринята.

Таким образом, нарушения пищевого поведения представляются стремительно эволюционирующими патологиями; можно сказать, что в настоящий момент мы приближаемся к эпидемии vomiting'a. Этот факт с необходимостью приводит к разработке усовершенствованных типов терапевтического вмешательства, которые можно постоянно развивать и обновлять, адаптировать к характеристикам решаемой проблемы.

Второй важный момент, который мы обнаружили в ходе нашего исследования-вмешательства, — это значительно большая комплексность нарушений пищевого поведения по сравнению с другими типами патологий (например, с обсессивно-фобическими расстройствами, которые были предметом нашего предыдущего исследования). Мы столкнулись с необходимостью — для поддержки эффективности и экономичности терапевтического вмешательства — постепенного введения вариаций внутри отдельных протоколов, относящихся к трем типам нарушений пищевого поведения. В ходе нашего исследования-вмешательства раскрывалась большая вариативность способов устойчивого существования этих расстройств по сравнению с фобическими расстройствами: в то время как для последних, чтобы разблокировать ситуацию, необходимы были один или два варианта вмешательства для каждого расстройства, в случае нарушений пищевого поведения оказалось, что их должно быть как минимум три. Таким образом, мы провели дробную дифференциацию анорексических, булимических пациентов и пациентов, страдающих вызываемой рвотой, в зависимости от различий в характеристиках устойчивого существования проблемы.

Необходимость такой дифференциации указывает на явную сложность нарушений пищевого поведения по сравнению с другими патологиями; именно этот аспект мог бы дать объяснение особой сопротивляемости таких пациентов изменениям. Нарушения пищевого поведения требуют больших вариаций в терапевтических техниках и мастерства терапевта в определении типа устойчивого патологического гомеостаза и формы терапевтических взаимоотношений и коммуникации, подходящей в каждом случае.

Возможно, эта характеристика нарушений пищевого поведения оправдывает меньшую эффективность и экономичность терапевтического протокола для этих расстройств по сравнению с фобическими и обсессивными состояниями и объясняет гораздо большее количество случаев, оставшихся без изменений, или случаев с незначительным улучшением¹.

В последующих главах после некоторых методологических уточнений относительно исследования-вмешательства для каждого типа нарушения пищевого поведения будут приведены: специфические характеристики устойчивого существования проблемы, включая все вариации; разработанные для них типы терапевтического вмешательства; примеры из клинической практики.

¹ Более подробно данные об эффективности и экономичности терапевтического вмешательства представлены в гл. 3.

Глава 2

РАЗРАБОТКА ПРОТОКОЛОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Обволакивающую нас тьму невозможно развеять. Даже свет интеллекта освещает нам шаг за шагом лишь тот отрезок дороги, который позволяет продолжить путь.

Так и автомобиль рассекает ночь, постоянно продвигаясь в кратком луче, которому он сам источник.

Уго Бернаскони «Слова для добрых людей»

2.1. От общей модели краткосрочной терапии к специфическим протоколам терапевтического вмешательства

В 1985 г. в Центре стратегической терапии в Арrezzo (Италия) стартовал исследовательский проект по развитию краткосрочной терапии от общей модели к специфическим протоколам терапевтического вмешательства для различных патологий. Эти исследования строились с учетом основных формулировок стратегической краткосрочной терапии школы Пало Альто (*Watzlawick, Weakland, Fisch, 1974; Watzlawick, 1981*) и привели к разработке специфических протоколов терапевтического вмешательства при особых формах психологических расстройств, таких как обсессивно-фобические расстройства и нарушения пищевого поведения (*Nardone, Watzlawick, 1990; Nardone, 1993, 1995; Watzlawick, Nardone, 1997*).

Модель краткосрочной терапии, сформулированная специалистами Института исследований психики из Пало Альто (MRI), ос-

новывалась главным образом на локальных терапевтических вмешательствах, нацеленных на ломку многократно повторяющейся последовательности попыток пациента решить проблему, приводящих к ее устойчивому существованию. Данный терапевтический подход описывал вмешательство с обобщенной точки зрения, в терминах, применимых к проблемам любого происхождения и различным контекстам¹. Результаты экспериментирования за период более 30 лет показали, что эмпирический конструкт «предпринятые попытки решения проблемы, поддерживающие ее существование», разработанный группой исследователей Пало Альто, является плодотворным клиническим и исследовательским инструментом. В нашей работе мы использовали его как для получения знаний о характеристиках устойчивого существования психологических патологий, так и для разработки усовершенствованных терапевтических стратегий.

Исходя из этого мы поставили перед собой задачи развить общую модель краткосрочной терапии, создав протоколы терапевтического вмешательства для специфических типов проблем (*Nardone, 1997b*); осуществить переход от общей теории о формировании и решении проблем (*Watzlawick et al. 1974*) к специфическим формулировкам, описывающим функционирование определенных психологических патологий и их лечение в короткие сроки.

Мы в своей работе опираемся на базовую методологию, которой руководствуются такие передовые науки (*Popper, 1972*), как физика или биология, для разработки усовершенствованных систем управления реальностью, являющейся предметом исследования. Структуру метода составляют три элемента:

- 1) изучение специфических характеристик проблемы или класса проблем;
- 2) выявление уже предпринятых попыток решения проблемы;
- 3) замена дисфункциональных попыток решения проблемы, которые подпитывают проблему, вместо того чтобы решить ее, на

¹ Более подробно с данным подходом можно ознакомиться в следующих изданиях: *Watzlawick et al. (1974)*; *Watzlawick (1981)*; *Weakland, Ray (1995)*; *Watzlawick, Nardone (1997)*.

другие, экспериментально показавшие свою способность вызывать желаемый эффект (*Nardone, 1997b, p. 190*).

Данная эмпирико-экспериментальная методология была прежде всего применена к изучению фобических и обсессивных расстройств, и в результате экспериментальной работы с сотнями клинических случаев были разработаны пять специфических протоколов терапевтического вмешательства при различных вариантах фобических расстройств, которые впоследствии были успешно применены в тысячах случаев (*Nardone, Watzlawick, 1990; Nardone, 1993, 1995a*)¹.

Исследование-вмешательство нарушений пищевого поведения началось в 1993 г. Так же, как в случае обсессивно-фобических расстройств, мы начали с изучения характеристик проблемы на уровне класса-структуры (*Whitehead, Russel, 1910–1912*) и с выявления предпринятых попыток решения проблемы, повторяющихся для каждой отдельной патологии. То есть мы старались выявить те элементы, которые способствуют поддержанию определенных структурных характеристик проблемы, и определить, какие стратегии являются более эффективными и экономичными для решения проблемы. Как описано в главе 1, фокус нашего внимания был направлен не на то, каким образом могли возникнуть проблемы (их причины), а на то, чем они поддерживаются и подпитываются (устойчивое существование проблемы), поскольку для того, чтобы вызвать реальное и быстрое изменение, необходимо разрушить устойчивое существование проблемы, а не реконструировать причины ее возникновения в прошлом, которое в любом случае не может быть изменено.

На первоначальной ограниченной выборке случаев мы начали систематическое изучение и экспериментирование, направленное на выявление того, какой тип вмешательства позволяет достичь определенных эффектов и какие дисфункциональные предпринятые попытки решения могут быть изменены. Вначале мы использовали

¹ Протоколы терапевтического вмешательства, разработанные для обсессивно-фобических расстройств, показали удивительные результаты: 87% случаев были решены в среднем за 11 сессий (*Nardone, 1993; Sirigatti, 1994*). В большинстве случаев разблокирование симптома происходит за первые 5 сессий, и в 27% случаев от этого числа освобождение от симптомов происходит уже после первой сессии (*Nardone, 1997, p. 192*).

техники, уже имевшиеся в нашем распоряжении; некоторые из них мы позаимствовали из специальной литературы, другие — из опыта работы с патологиями, имеющими некоторые черты сходства с изучаемыми расстройствами (например, фобическими и обсессивными состояниями). Это стало первой фазой построения специфического протокола терапевтического вмешательства. За ней последовала фаза выявления неэффективных техник, отказа от них и отбора тех, которые зарекомендовали себя способными производить реальные изменения; при этом мы придумывали некоторые техники *ex novo*¹.

Когда какой-либо способ решения наилучшим образом соответствовал проблеме и позволял получить желаемые результаты, мы старались усовершенствовать его и применить к возможно большему количеству случаев. Только те техники, которые продолжали вызывать желаемые изменения при их применении к большому количеству проблем одного типа, могли считаться эффективными с эмпирической точки зрения.

С помощью этого метода мы старались постепенно отобрать техники, наилучшим образом подходящие для решения изучаемых специфических проблем, организуя эти техники в определенную последовательность и предусматривая разные варианты с целью достижения максимальной эффективности и экономичности вмешательства. В результате подгонки, добавления новых маневров и последующего отбора лучшего из того, что получилось, мы пришли к разработке первой упорядоченной последовательности возможных шагов и контршагов, то есть к созданию модели специфического терапевтического вмешательства для изучаемой патологии. Эта стратегия, включающая в себя специфические тактики и техники, организованные в определенную последовательность стадий терапевтического вмешательства с определенными для достижения на каждой стадии целями, представляет собой *протокол терапевтического вмешательства*.

Искушенный в логике читатель обнаружит в этой методологии один из основных критериев стратегической логики, являющейся специализированным разделом математической логики (*Elster, 1979, 1985; Da Costa, 1989a, 1989b*). Эта дисциплина строит свои модели не

¹ Лат.: заново. — *Примеч. пер.*

на основе описывающих и предписывающих теорий (так построено большинство психиатрических и психотерапевтических моделей), а на основе специфических характеристик проблемы, которую надо решить, и целей, которых необходимо достичь. Другими словами, стратегия постоянно адаптируется к проблеме и целям, не подвергаясь при этом влиянию детерминистских теорий (*Nardone, Salvini, 1997*). Следовательно, протокол терапевтического вмешательства представляет собой модель типа «problem-solving»¹, разработанную специально для повторяющихся паттернов (*patterns*), характерных для структуры проблемы, однако этот протокол всегда должен быть адаптирован к неповторимости каждого человека и индивидуального контекста.

Работа по протоколу является достаточно гибкой и предполагает возможность коррекции в зависимости от полученных результатов в ходе выполнения предписаний. Протокол не является ригидной последовательностью терапевтических ходов, а оставляет открытой возможность операциональной коррекции в соответствии с ответными реакциями пациента.

В соответствии с реакциями пациента на предписания выполнять определенные действия, которые дает ему терапевт, последний выбирает самое плодотворное направление из нескольких возможных: именно то, как реагирует пациент, всегда определяет каждый отдельный терапевтический ход, выбор следующего шага из предусмотренных возможностей. При этом если определенная стратегия оказывается неэффективной, терапевт может ее изменить.

Таким образом, терапия структурируется как модель типа «problem-solving», в которой терапевт старается предвидеть реакции пациента на каждый отдельный маневр, планируя возможные технические и тактические вариации изначальной стратегии на основе наблюдаемых эффектов (*Nardone, Salvini, 1997*). Следовательно, протоколы терапевтического вмешательства становятся *предсказываю-*

¹ Модель типа «problem-solving» — модель, ориентированная именно на *решение* проблемы. Она не предполагает поиска причин возникновения проблемы, но предполагает изучение проблемы, способов ее функционирования, определение того, что ее поддерживает (предпринятые попытки решения), и разработку стратегии решения проблемы и т.п. — *Примеч. науч. ред.*

щими возможные варианты развития терапевтического взаимодействия, определяя постоянную самокоррекцию модели вмешательства на основании произведенных эффектов в каждой фазе терапевтического процесса. Таким образом, терапия становится эмпирико-экспериментальным процессом, который позволяет измерить не только конечную, но и процессуальную эффективность для каждой стадии вмешательства.

Принимая во внимание принципы самокоррекции в отношении каждого отдельного терапевтического хода и каждой стадии вмешательства, стратегическая терапия становится процессом систематического исследования, в котором за фазой открытия следует фаза когнитивной реорганизации вновь полученной информации; то есть стратегическая терапия не является подтверждением постулатов априорной теории.

Это становится возможным благодаря использованию современных математических логик, таких как «параконсистентная» (*da Costa*, 1989a, 1989b; *Grana*, 1990) логика и «неалетическая», которые выходят за пределы традиционной аристотелевской логики «истинно или ложно» и принципа «непротиворечия»; эти логики позволяют систематическое использование типов вмешательств, основанных на логике противоречия, парадокса и самообмана. Появляется возможность действовать одновременно творчески и систематично, плодотворно используя опыт, благодаря которому вмешательство позволяет предсказать возможные результаты, руководствуясь современными логико-эпистемологическими критериями; при этом постоянное круговое взаимодействие между операциональным и познавательным аспектами вмешательства защищает модель от «самоиммунизирующей» ригидности (*Popper*, 1972) и дает ей возможность постоянного развития благодаря самокоррекции (*Nardone, Salvini*, 1997, p. 60).

И, наконец, на уровне терапевтической коммуникации еще один критерий самокоррекции соответствует принципам риторики убеждения и эриксоновской суггестивной коммуникации: этот критерий обязывает терапевта приспособливать собственный язык и логику к языку и логике пациента, принимая его личное «видение мира».

Благодаря этому применение протокола к каждому конкретному случаю становится уникальным и неповторимым, хотя сам протокол

в основных своих чертах остается неизменным. Несмотря на то что используемая стратегия вмешательства и предпринятые попытки решения, поддерживающие проблему, не изменяются для одного и того же типа расстройства, общение и тип терапевтических отношений, напротив, всякий раз изменяются, чтобы приспособиться и соответствовать наилучшим образом каждой отдельно взятой человеческой системе и ее ситуационному контексту.

Следовательно, протоколы терапевтического вмешательства состоят из запланированной последовательности технических процедур, которые возможно и необходимо адаптировать к конкретной ситуации, конкретному пациенту и корректировать по ходу развития вмешательства (*Fiorenza, Nardone, 1995*). Таким образом, терапевтическое действие на уровне структуры характеризуется систематичностью и строгостью, а на уровне непосредственного применения — гибкостью и эластичностью.

2.2. Критерии оценки результатов

За разработкой протокола терапевтического вмешательства последовала стадия оценки его *эффективности* и *экономичности*.

Для оценки *эффективности* протокол должен быть применен не менее чем в 100 случаях, представляющих специфическую патологию, которая является предметом изучения. Только если эффективность превышает 70%, то есть хотя бы 70 из 100 пациентов выздоравливают благодаря терапевтическому вмешательству, протокол может считаться валидным в терминах «терапевтической эффективности»¹. Кроме того, положительный результат должен сохраняться во времени. Для этого проводится отсроченное наблюдение (*follow-up*) через 3 месяца, полгода и через год после завершения терапии.

¹ В специальной международной литературе приводятся результаты психотерапии, в которых положительный исход варьирует от минимума в 40% до максимума в 70% (*Luborosky et al. 1975; Garfield, Bergin, 1978; Sirigatti, 1988, 1994*). Стало быть, в пределах 70% речь идет о результатах большинства терапевтических подходов; результат, не превышающий 50%, может быть вызван плацебо-эффектом.

Оценка результатов, достигнутых благодаря терапевтическому вмешательству, — один из самых сложных моментов в психотерапии, потому что в каждом психотерапевтическом подходе существуют свои критерии оценки эффективности терапии; эти критерии непосредственно зависят от теоретико-прикладных посылок подхода, а для разных подходов они могут быть даже противоречащими друг другу.

Например, для юнгианского аналитика эффективность терапии выражается в достижении личностной «индивидуализации», в то время как для бихевиориста терапевтический успех представлен «вырождением» поведенческих симптомов. Теоретическая концепция относительно «человеческой природы» определяет цели для достижения и критерии оценки того, что представляют собой норма и патология, а следовательно, и вытекающую из них концепцию «выздоровления», представления об эффективности терапевтического вмешательства и способы оценки его результатов. Тем не менее, как отмечает Сиригатти (*Sirigatti*, 1988, p. 230), в настоящий момент достигнуто некоторое согласие в том, чтобы считать терапевтическое вмешательство эффективным, если оно приводит к улучшениям в симптоматике; в работоспособности; в сексуальной сфере; в межличностных отношениях; к повышению способности разрешать привычные психологические конфликты; к регулированию ежедневного стресса.

Как уже демонстрировалось в предыдущих работах (*Nardone*, *Watzlawick*, 1990; *Nardone*, 1991, 1993; *Watzlawick*, *Nardone*, 1997), стратегический подход в терапии не опирается на теорию, описывающую концепции нормальности и анормальности; этот подход не опирается на какую-либо теорию о человеческой натуре, определяющую в абсолютной форме ее характеристики. В стратегической терапии, которая не является нормативной моделью, понятие «выздоровления» не рассматривается как достижение гипотетического и невозможного состояния полного отсутствия проблем; оно предусматривает преодоление специфической проблемы, переживаемой пациентом в данный момент и в данном контексте его жизненной ситуации; и именно решением этой проблемы определяется эффективность терапевтического вмешательства (*Nardone*, *Watzlawick*, 1990, p. 112–113).

Экономичность терапевтического вмешательства является для нас фундаментальным критерием оценки протокола, поскольку он отра-

жает способность модели не только решить проблему, но и сделать это в краткие сроки. В противном случае мы не достигли бы ничего действительно нового, имеющего клиническую значимость, поскольку уже существуют достаточно эффективные модели долгосрочной терапии.

Временное ограничение, которым мы задались для достижения желаемой цели: полное решение проблемы, представленной пациентом, и отсутствие рецидивов в течение года, следующего после завершения терапии, — составляет 20 сеансов, проводимых максимум за 6–8 месяцев.

К сожалению, в области психотерапии оценка экономичности терапевтического вмешательства — то есть соотношение между затратами на терапию и полученным результатом — остается одним из аспектов, которые меньше всего принимаются во внимание и исследуются (*Garfield*, 1980). Экономичность клинической работы заслуживает внимательного отношения, поскольку является важным фактором для анализа и оценки реальных возможностей терапевтического вмешательства в рамках определенной терапевтической модели. Терапия, признанная эффективной, заслуживает еще более высокой оценки, если при этом она является более экономичной. Время, затраченное на достижение положительного результата, вносит свой вклад в качество самого результата, поскольку соотношение между затратами на терапию и полученной от нее пользой тем более положительно, чем менее длителен процесс достижения реального и окончательного решения представленных проблем (*Nardone, Watzlawick*, 1990, p. 116–117).

Кроме того, с нашей точки зрения, временное ограничение позволяет дать более реальную оценку эффективности терапевтического вмешательства, поскольку если изменение происходит за ограниченный период времени, то значительно возрастает вероятность того, что оно вызвано именно терапией. Именно это очень трудно продемонстрировать при долгосрочной терапии, при которой так называемые вмешивающиеся переменные¹ (*Salvini*, 1993) могут оказывать

¹ Под «вмешивающимися переменными» понимаются все факторы, находящиеся за пределами контроля исследователя, которые могут вызвать изменения в переменной, являющейся предметом исследования. В нашем специфическом случае речь идет о всех тех жизненных событиях, которые, независимо от терапевтического вмешательства, влияют на расстройство пациента.

на возникновение изменений большее влияние, чем сама терапия (Sirigatti, 1988, 1994).

Несмотря на фундаментальную важность проблемы «вмешивающихся переменных» для исследований в клинической сфере, она очень часто недооценивается большинством исследователей в этой области. Тому примером является исследование Сельвини Палаццоли (Selvini Palazzoli et al., 1998), в котором авторы объясняют хорошее состояние пациенток успешным терапевтическим вмешательством, опираясь на результаты их отсроченного наблюдения (*follow-up*), проведенного в среднем через 13 лет после завершения терапии (от 8 до 24 лет). Эти выводы выглядят еще более сомнительными, если принять во внимание тот факт, что терапевтическое вмешательство на семейном уровне, проведенное в среднем 13 лет назад, в половине случаев состояло из 1–3 сессий, а в некоторых случаях ограничивалось одной-единственной встречей с семьей. Если к этому добавить, что 54,6% пациентов впоследствии обращались за индивидуальной терапией и что в 25% случаев за семейным вмешательством последовала госпитализация, то кажется очевидным, что отнесение наблюдаемых положительных результатов на счет собственно терапевтического вмешательства представляется довольно спорным. Тем не менее кажется, что Сельвини Палаццоли и авторы не принимают в расчет тот факт, что многочисленные изменения, произошедшие в жизни пациентов за столь долгий период времени, так же как и другой опыт терапии, вне всякого сомнения оказали столь же значимое, если не большее влияние на течение расстройства и его успешное лечение, чем проведенная с ними семейная терапия.

Глава 3

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ЭКОНОМИЧНОСТЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ: РЕЗУЛЬТАТЫ

Лучшей проверкой теории является ее применение

Г.К. Лихтенберг «Книжечка утешений»

Протоколы, разработанные для нарушений пищевого поведения, были применены к 196 случаям в период с 1993 по 1997 г.

Субъекты, составляющие выборку, проживают на всей территории Италии, и поэтому влияние фактора культурных различий, связанных конкретной территориальной принадлежностью пациентов, можно считать несущественным.

Социальный статус пациентов широко варьирует от низкого до высокого. Но пациенты, составляющие большую часть выборки, имеют доход средний и выше среднего; это может объясняться тем, что наш центр является частным учреждением.

Как мы уже упоминали ранее, при анализе выборки первое, что удивляет, — явное преобладание патологии, которую мы назвали «вызываемая рвота» (vomiting), — это расстройство в международной литературе относится к нервной булимии; читатель получит возможность убедиться в том, что такая классификация является явно неудовлетворительной для описания этого нарушения пищевого поведения, которое становится все более широко распространенным. Тот факт, что за последние 10 лет наблюдается заметное развитие нарушений пищевого поведения в этом направлении, был отмечен многими исследователями (APA, 1994; Costin, 1996; Selvini Palazzoli et al., 1998).

Параллельно с этим явно прослеживается существенное уменьшение количества случаев анорексии сугубо «ограничительного» типа, которая в нашей выборке составила лишь 9% случаев.

В свете этих данных с очевидностью подтверждается уже приведенное нами замечание о современной тенденции в нарушениях пищевого поведения.

Таблица 1

Пищевое нарушение	Количество случаев	% от общего количества случаев
Анорексия	18	9%
Булимия	55	28%
Vomiting	123	63%
Итого	196	100%

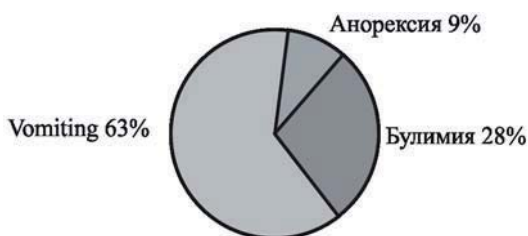


Рис. 1. Структура выборки

3.1. Эффективность терапевтического вмешательства

Для оценки эффективности вмешательства мы использовали следующие два параметра (*Nardone, Watzlawick, 1990, p.114*).

1. *Эффективность вмешательства в процессе терапии* (оценка окончательных результатов терапии). Были ли достигнуты в конце терапии цели, заданные и согласованные с пришедшим за помощью субъектом? Были ли решены проблемы, предъявленные пациентом, и прекратили ли они свое существование к концу вмешательства? Произошло ли смещение симптома?

2. *Эффективность лечения, устойчивая во времени* (сохраняются ли достигнутые к концу терапии результаты или же проявляются рецидивы либо расстройства, замещающие изначальные). С этой целью проводилось отсроченное наблюдение в три этапа (*follow-up*): по ис-

течении трех месяцев, шести месяцев и одного года с момента окончания терапии. Эти наблюдения проводились при помощи интервью не только самого пациента, но и его семьи или партнера. Интервью было структурировано в соответствии с положениями, приводимыми Сиригатти (*Sirigatti*, 1988), и в соответствии с целями, заданными и согласованными с пациентом в начале терапии.

Мы считаем важным подчеркнуть тот факт, что отсроченное наблюдение проводилось при личной встрече с пациентами в нашем центре, а не по телефону. К сожалению, интервью по телефону является очень распространенным способом проведения отсроченного наблюдения во всей системной традиции, и не только в ней (см., напр: *Selvini Palazzoli et al.*, 1998). Валидность этого способа и достоверность полученных с его помощью данных представляются весьма спорными, поскольку в методологии исследований было убедительно продемонстрировано, что использование телефонного интервью дает высокий процент неправдивых ответов (*Pagani*, 1993; *Sirigatti*, 1988, 1994). Поэтому, на наш взгляд, абсолютно необходимо проводить отсроченное наблюдение при личной встрече с пациентом и членами его семьи.

Мы считаем случай решенным и, следовательно, вмешательство полностью успешным только в том случае, когда положительный результат достигается по обоим критериям эффективности, то есть когда исчезновение симптома и проблемы в конце терапии сохраняется во времени без появления рецидивов или симптомов, замещающих изначальные.

В дальнейшем на основании данного методологического критерия оценка результатов терапии подразделялась на пять категорий.

Решенные случаи — это случаи полного решения проблемы к концу терапии и отсутствие рецидивов в течение одного года.

Случаи значительного улучшения — это случаи полной ремиссии симптомов в конце терапии с явным улучшением ситуации во время отсроченного наблюдения, но также с наличием спорадических и легких рецидивов, тем не менее легко контролируемых.

Случаи незначительного улучшения — это случаи частичной редукции симптоматики в конце лечения, при этом во время отсроченного наблюдения пациенты заявляют о частых критических моментах и симптоматических рецидивах, хотя эти критические мо-

менты и определяются пациентами как гораздо менее интенсивные, чем до начала терапии.

Случаи, оставшиеся неизменными, — это случаи, в которых лечение за 10 сессий не привело к каким-либо изменениям проблемной ситуации, представленной пациентом. В этих случаях лечение было прервано на десятой сессии в силу убеждения, что если не удастся ничего изменить за 10 сессий, то очень маловероятно, что удастся добиться изменений за более длительный период лечения.

Случаи ухудшения — это такие случаи, когда лечение привело к ухудшению ситуации пациента.

Помимо определения и измерения эффективности по каждой из возможных категорий, для лучшей оценки эффективности терапевтической модели необходимо оценить, для какого типа проблем эта модель более либо менее эффективна, то есть произвести *дифференцированную оценку эффективности* (Nardone, Watzlawick, 1990, р. 115). С этой целью представленные ниже данные были сгруппированы по различным категориям описанных расстройств.

Таблица 2

Категории результатов	Количество случаев	% от общего количества случаев
Решенные случаи	144	74%
Случаи значительного улучшения	14	7%
Случаи незначительного улучшения	16	8%
Случаи, оставшиеся неизменными	22	11%
Случаи ухудшения	—	—
Всего случаев	196	100%

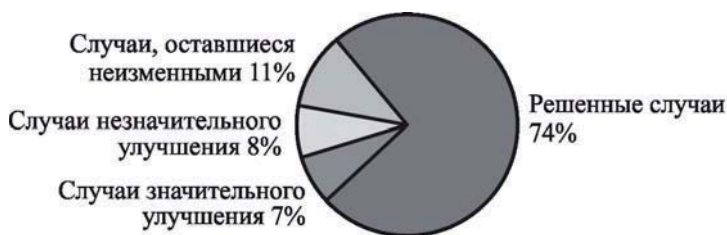


Рис. 2. Эффективность терапевтического вмешательства

При анализе табл. 2 представляется очевидным, что исследование-вмешательство привело к разработке протоколов терапевтического вмешательства, которые могут быть определены как реально эффективные. Действительно, если мы применим к нашей работе международный критерий «эффективности», согласно которому положительный исход терапии описывается решенными случаями и случаями значительного улучшения, то значение эффективности терапевтического вмешательства в нашем случае достигнет 81%.

При этом большая часть случаев, определенных как «оставшиеся неизменными», — это те случаи, при которых вмешательство было прервано нами после 10 сессий, поскольку не наблюдалось никакого улучшения. Мы делаем так потому, что считаем: если к десятой сессии нам не удалось вызвать никакого значимого изменения, лучше прервать терапию, чем стать «сообщниками» проблемы.

Однако именно дифференцированный анализ эффективности каждого специфического протокола (таблица 3) является еще более показательным. Из данных, относящихся к результатам терапии трех различных типов нарушений пищевого поведения, с ясностью прослеживаются их значительные различия; представление данных, относящихся только к средним значениям, вычисленным по общему числу случаев, не позволило бы дать реальную картину результатов всего исследования.

Таблица 3

Дифференцированная эффективность

	Анорексия		Булимия		Vomiting	
Решенные случаи	10	56%	46	84%	88	72%
Случаи значительного улучшения	—	—	2	4 %	12	10%
Случаи незначительного улучшения	—	—	7	12 %	9	7%
Случаи, оставшиеся неизменными	8	44%	—	—	14	11%
Случаи ухудшения	—	—	—	—	—	—
Всего случаев	18	100%	55	100%	123	100%

3.1.1. Анорексия

Нервная анорексия — расстройство, которое, как мы убедились, проявляет наибольшую устойчивость к изменениям, поскольку лишь в 56% случаев удалось добиться положительного результата (рисунок 3). Получив этот результат, мы вначале хотели отказаться от представления нашего специфического протокола терапевтического вмешательства для анорексии, поскольку он не удовлетворял принятым нами критериям исследования (как помнит читатель, в исследовании, посвященном разработке протоколов терапевтического вмешательства, мы задали минимальное значение эффективности в 70%).

Тем не менее, когда мы сравнили полученные нами результаты для этого типа расстройства с результатами, приводимыми в международной литературе, мы убедились в том, что наша работа в любом случае может считаться значимой. Средние международные показатели излечения для этой патологии оказались ниже достигнутых нами результатов.

В руководстве Американской психиатрической ассоциации (АРА) по лечению нарушений пищевого поведения (цит. по: *Costin*, 1996, р. 20) приводятся следующие результаты, относящиеся к пациентам, госпитализированным с анорексией: через четыре года после возникновения болезни примерно в 44% случаев были достигнуты положительные результаты (вес в пределах средней рекомендованной нормы и регулярный менструальный цикл); в 24% случаев зафиксированы незначительные результаты (вес ниже рекомендованной нормы, менструальный цикл отсутствует или проявляется спорадически); в 28% случаев наблюдалось частичное улучшение. Согласно Хсу (*Hsu*, 1987), который проанализировал пять исследований по этой теме, случаи успешного лечения анорексии также составляют 44%.

В анализе результатов отсроченного наблюдения, проведенного на 143 случаях анорексии, пролеченных с 1971 по 1987 г. в Центре Сельвини Палаццоли (*Selvini Palazzoli et al.*, 1998), приводимый авторами процент успешного лечения варьирует в зависимости от примененного терапевтического метода: при использовании парадоксального метода он составил 66,7%, при использовании метода неизменяемой серии предписаний — 48,9%, при использовании метода

«раскрытия семейной игры» — 37,5%. Стало быть, общий средний процент успеха достигает 51%, хотя сами авторы и не заявляют об этом явным образом.

Согласно исследованию Национальной ассоциации нервной анорексии и сопутствующих расстройств ANAD (*National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders* — цит. по: Costin, 1996, р. 20), только от 30 до 40% пациентов полностью вылечиваются от анорексии, в то время как 20% продолжают регулярно подвергаться госпитализации. Кроме того, от 5 до 10% страдающих анорексией умирают в течение 10 лет после возникновения расстройства, а 18–20% — в течение 20 лет.

Такой незначительный успех лечения в литературе обычно объясняется особой устойчивостью к изменениям, которое, как кажется, характеризует анорексию в сравнении с другими типами психологических расстройств; в силу этой особенности при данной патологии, как правило, делается фатальный прогноз. Эта тенденция проявляется во всех подходах, которые основываются на *аутоиммунных предпосылках*, по определению Поппера (*Popper*, 1972), то есть на предпосылках, которые невозможно опровергнуть, поскольку они оправдывают сами себя и в случае успеха, и в случае неудачи (*Nardone*, 1994, р. 13). На основании этих предпосылок в том случае, если лечение расстройства оказывается трудным, причину этого следует искать в его особой устойчивости к изменениям, а не в недостаточной эффективности терапевтического метода, использованного для его лечения.

Например, Сельвини Палаццоли и др. (*Selvini Palazzoli et al.*, 1998, р. 33) при анализе данных, полученных на основе отсроченного наблюдения, приходят к заключению, что в случае пациентов, страдающих анорексией с эпизодами переедания («булимической анорексией»), чаще подтверждается худший прогноз, чем в случае пациентов с ограничительной анорексией, и поэтому кажется, что само отнесение расстройства к одному из этих двух типов анорексии предсказывает течение болезни. Таким образом, различия в излечении от расстройства, наблюдаемом в случае двух вариантов анорексии, ошибочно считают зависящими от характеристик самой природы расстройства, а не от различной эффективности терапевтических методов, применяемых к этим вариантам. Опять-таки в этом случае

анализ данных через призму сильной априорной теории позволяет спасти теорию в ущерб фактам, предлагая тенденциозную интерпретацию результатов, некорректную как с логической, так и с методологической точки зрения.

Кроме того, предполагаемый худший прогноз для пациентов, страдающих булимической анорексией, в сравнении с пациентами с ограничительной анорексией, опровергается результатами нашего исследования-вмешательства, поскольку ограничительная анорексия оказалась для нас, в отличие от того, какие результаты были достигнуты Сельвини Палаццоли и др. (*Selvini Palazzoli et al.*, 1998), более сложной для решения, в то время как для патологии vomiting¹ нами была достигнута высокая эффективность терапевтического вмешательства.

Однако мы не утверждаем, что наша невысокая эффективность в случае ограничительной анорексии по сравнению с двумя другими патологиями должна считаться результатом большей устойчивости к изменениям, присущей этому расстройству; мы просто объясняем ее недостатком нашего умения разработать столь же эффективную специфическую модель терапевтического вмешательства для данного расстройства, как это удалось в отношении двух других патологий.

Возможно, как отметил Сиригатти (*Sirigatti*, 1997, личная беседа), лучшие результаты, достигнутые нами в работе с булимией и вызванной рвотой, объясняется тем, что мы использовали для этих расстройств стратегии и стратагемы² которые напоминают по своей логической структуре стратегии и стратагемы для обсессивно-фоби-

¹ В эту категорию мы включаем и пациентов, страдающих так называемой булимической анорексией.

² **Стратагема**, или **стратегема**. Стратегия — это совокупность тактик, техник и отдельных маневров, применяемых для того, чтобы выиграть в игре. В стратегической терапии стратегия — это вмешательство, разработанное для достижения заданной цели с наименьшими затратами, что возможно благодаря использованию **стратагем**, которые позволяют — обходя сопротивление пациента — приводить его к терапевтическим изменениям, необходимым для решения проблемы.

В искусстве использования стратагем, по словам Лао Цзы, «гибкость торжествует над жесткостью, слабость над силой. Пластичность всегда превосходит неизменность. Это принцип, согласно которому контроль над вещами достигается сотрудничеством с ними, превосходство — приспособляемостью». — *Примеч. науч. ред.*

ческих расстройств, успешно разработанные за предыдущее десятилетие нашей исследовательской работы.

Кроме того, в случае анорексии наблюдается еще один феномен: высокий процент улучшений, которые мы можем назвать «непостоянными». Речь идет о тех случаях, когда пациентка демонстрирует хорошую терапевтическую откликаемость (*compliance*), а также некоторые значимые улучшения, но за этими улучшениями всегда следуют симптоматические рецидивы, из-за которых терапия имеет тенденцию к увеличению продолжительности. К сожалению, в большинстве этих случаев не удалось кардинальным образом нарушить дисфункциональное равновесие патологии, которая, несмотря на все предпринятые попытки вмешательства, имеет тенденцию возвращаться. Другими словами, удавалось произвести только изменения «первого порядка», а не изменения «второго порядка» (*Watzlawick et al., 1974*)¹. Эти результаты находятся в согласии с данными, приводимыми в международной литературе, в соответствии с которыми примерно в 1/3 случаев анорексия становится хронической.

Именно по этой причине среди наших случаев анорексии не присутствуют случаи значительного или незначительного улучшения, а только решенные или оставшиеся без изменения. Мы не можем считать улучшением то, что впоследствии приводит к возврату патологии прежней степени тяжести. Эта особенность четко отличает анорексию от булимии и *vomiting'a*, для которых имеются случаи значительного и незначительного улучшения, поскольку при этих расстройствах возможно достигнуть редуцирования симптома, которое сохраняется во времени.

Это выделенное нами отличие булимии и *vomiting'a* от анорексии напоминает отличие, установленное в нашем предыдущем иссле-

¹ Отталкиваясь от теории групп и от теории логических типов, Вацлавик и др. (1974) различают два типа изменений, которые могут происходить в системе. Первое изменение (изменение «первого порядка») осуществляется внутри самой системы, которая при этом остается неизменной; второе изменение (изменение «второго порядка») вводится в систему извне и изменяет саму систему. Только изменения «второго порядка», осуществляемые в отношении попыток решения, предпринятых субъектом для того, чтобы произвести изменения «первого порядка», являют собой реальное решение проблемы, требуя для этого совершить скачок логического уровня (то есть выход за пределы системы).

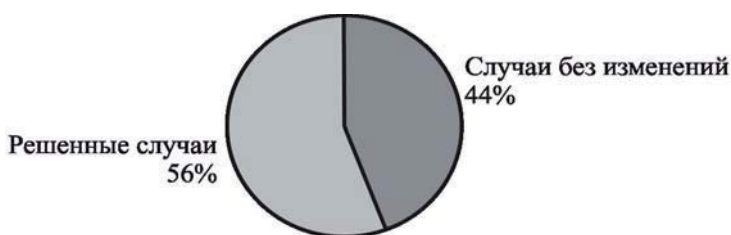


Рис. 3. Эффективность вмешательства при анорексии

довании-вмешательстве между собственно фобическими расстройствами (агорафобия, панические атаки) и вариантами фобических расстройств, имеющими более выраженный обсессивный аспект (навязчивые мысли, ипохондрия) (Nardone, Watzlawick, 1990; Nardone, 1993). Эти последние действительно показали результаты, похожие на те, которые были получены для анорексии (для этого расстройства обсессивный компонент в отношении еды имеет фундаментальное значение), а именно: либо полное решение проблемы, либо временные улучшения, за которыми следует возврат патологии. Фобии, напротив, демонстрируют разные степени улучшения, как и в случае булимии и vomiting'a.

3.1.2. Булимия (нервная булимия без очистительных процедур)

Протокол терапевтического вмешательства при булимии¹, несомненно, является самым эффективным: при его применении положительный результат достигает 88% (учитываются решенные случаи и случаи значительного улучшения) (рисунок 4). Это объясняется, с нашей точки зрения, большей «терапевтической восприимчивостью» этого расстройства по сравнению с двумя другими, а именно — меньшей сопротивляемостью пациента выполнению указаний терапевта. Для этого расстройства, чтобы получить не-

¹ В результаты по булимии включены также 10 случаев неконтролируемого пищевого поведения (*singe eating*), которое, с нашей точки зрения, является ее специфическим вариантом.

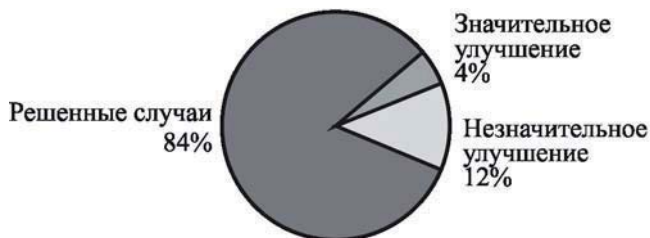


Рис. 4. Эффективность вмешательства при булимии

обычайно обнадеживающие результаты, оказалось достаточно адаптировать некоторые техники и тактики, использованные для лечения обсессивных и компульсивных состояний, не прикладывая при этом особых творческих усилий.

Это объясняет тот факт, что для данного типа расстройства есть эффективные способы решения в различных терапевтических подходах (поведенческая терапия, когнитивно-поведенческая терапия), а иногда может помочь даже просто наблюдение у диетолога.

И наконец, интересно отметить, что для булимии и *binge eating* (аналогично агорафобии в предыдущем исследовании-вмешательстве) не наблюдалось ни одного случая без изменений, поскольку терапевтическое вмешательство всегда вызывает хотя бы небольшое улучшение (например, человеку удастся немного похудеть, хотя и не на столько, на сколько ему бы хотелось). При этом случаев значительного и незначительного улучшения намного меньше, чем полностью решенных случаев.

3.1.3. Вызываемая рвота, или *vomiting* (нервная булимия с очистительными процедурами)

С нашей точки зрения, самые важные результаты были получены относительно вызываемой рвоты (*vomiting*) — как из-за ее стремительно расширяющегося в последние годы распространения, которое делает ее самым часто встречающимся нарушением пищевого поведения, так и из-за того, что большинство терапевтических подходов

оказываются малоэффективными при работе с данным расстройством.

Результаты терапевтического вмешательства при vomiting'e (в литературе называемом «нервной булимией») обычно приводятся в процентах, отражающих среднее значение редукиции эпизодов переедания и вызванной рвоты, и не говорят о полном исчезновении симптоматики.

Костин (*Costin*, 1996) ссылается на среднюю величину редукиции симптомов в 70% при булимии в тех случаях, когда терапевтическое вмешательство можно считать завершенным. Когда страдающие булимией пациенты подвергаются госпитализации, согласно различным исследованиям, через три года после окончания лечения 27% пациентов переедают и вызывают рвоту реже одного раза в месяц (это считается хорошим результатом), 33% переедают и вызывают рвоту каждый день (это малозначимые результаты), 40% демонстрируют неустойчивые результаты.

Вильсон и Фэйрберн (*Wilson, Fairburn*, 1993) провели обзор исследований и ссылаются на значения среднего процента редукиции эпизодов переедания и вызванной рвоты от 73% до 93% и среднее значение случаев ремиссии — от 51% до 71%¹. Триденти и Боккья (*Tridenti, Bocchia*, 1993, p. 287) в своем обзоре исследований, проведенных в 80-е годы, тоже приводят для нервной булимии (vomiting) процентное значение редукиции эпизодов, варьирующее от 52% до 97%. Однако этими же авторами подчеркивается, что если вместо процентного значения редукиции эпизодов переедания рассматривать проценты исчезновения булимической симптоматики (а именно — полное воздержание от переедания), то результаты становятся совсем неудовлетворительными (от 9% до 45%). Абрахам и др. (*Abraham et al.*, 1983) приводят аналогичные данные: процент выздоровления составляет от 29% до 42%, а в обзоре 88 исследований, сделанном Киил и Митчелл (*Keel, Mitchell*, 1997), приводятся средние значения в 50%.

Результаты, относящиеся к употреблению антидепрессивных препаратов последнего поколения (SSRI), скорее разочаровывают (*Walsh*

¹ См.: *Agras et al.*, 1989, 1992; *Fairburn et al.*, 1991; *Garner et al.*, 1991; *Mitchell et al.*, 1990 (цит. по: *Wilson, Fairburn*, 1993, p. 239).



Рис. 5. Эффективность вмешательства при vomiting'e

et al., 1991): они вызывают ремиссию симптоматики в 20–33% случаев (*Costin*, 1996).

Таким образом, то, что мы получили положительные результаты в 82% случаев (учитываются решенные случаи и случаи значительного улучшения) (см. рисунок 5), явно свидетельствует о более продуктивной работе, чем описана в литературе. При этом повышает важность наших результатов то, что они достигаются в действительно краткие сроки (см. п. 2.3.).

Конечно, тот факт, что структура этого типа проблемы сходна со структурой обсессивно-компульсивных расстройств, для которых в нашей предыдущей исследовательской работе были разработаны протоколы, обладающие высокой эффективностью и экономичностью, облегчил нам задачу отбора стратегий и стратагем, подходящих для лечения этой патологии, однако они были созданы специально для расстройства, которое основывается не на страхе, а на удовольствии.

Обычно в клинической литературе лечение этой патологии тесно связано с лечением анорексии. Но мы считаем крайне важным тот факт, что (как уже упоминалось ранее и будет детально объяснено впоследствии) vomiting обладает качествами, принципиально отличающими его от анорексии, и требует особого терапевтического вмешательства, хорошо «подогнанного» к его специфической структуре, а не того типа терапии, который мог быть применен для лечения базового расстройства, от которого данная патология взяла начало, развившись затем в новое, отличное от первоначального, расстройство.

3.1.4. Заключительные рассуждения об эффективности

Суммируя все вышесказанное, можно утверждать, что результат нашей работы в соответствии с критерием эффективности терапевтического вмешательства является безусловно значимым как для всей совокупности случаев, так и для каждого отдельного расстройства, поскольку полученные значения эффективности явно превышают приводимые в международной литературе.

Кроме того, полученные результаты продемонстрировали устойчивость во времени, как и в случае исследования-вмешательства для обсессивно-фобических расстройств: отсроченное наблюдение, проведенное с интервалами три месяца, шесть месяцев и один год после окончания терапии, выявило минимальное количество рецидивов и отсутствие смещения симптома.

Важным моментом, связанным с эффективностью, мы считаем прерывание терапии в том случае, если она не дает результатов, либо (в крайнем случае) продление терапии на несколько сессий, когда она дает неустойчивые результаты, так как только таким образом можно избежать риска стать одним из элементов, поддерживающих устойчивое существование проблемы.

3.2. Экономичность терапевтического вмешательства

С нашей точки зрения, при оценке состоятельности терапевтической модели необходимо учитывать не только ее эффективность, но и экономичность, которая означает, что терапия дает положительные результаты быстро. Есть существенная разница между эффективной терапией за пять лет и эффективной терапией за пять месяцев. Следовательно, критерий экономичности повышает ценность критерия эффективности.

Как уже упоминалось, с точки зрения методологии исследования очень трудно измерить реальную эффективность длительного терапевтического вмешательства, поскольку «вмешивающиеся пере-

менные» в жизни пациента, выходящие за пределы терапии, не могут контролироваться исследователем. Когда же терапия длится несколько месяцев, можно осуществлять почти полный контроль за ее эффективностью, поскольку существует очень большая вероятность того, что полученные результаты вызваны именно специфическим терапевтическим вмешательством, а не случайными событиями в жизни пациента, как это может иметь место при долгосрочных терапиях (Salvini, 1993; Nardone, 1994).

Как явствует из табл. 4, в 79% рассмотренных случаев терапевтическое вмешательство длилось меньше 20 сессий (около 6–7 месяцев); и только примерно в 20% случаев — дольше. Эти 20% — случаи «незначительного улучшения» или завершённые случаи, процесс работы с которыми характеризовался периодами улучшений и рецидивов. Помимо этого, самые длительные вмешательства имели место в случае ограничительной анорексии; по нашему

Таблица 4

Длительность вмешательства	Количество случаев	% от общего количества случаев
От 1 до 10 сессий	71	36%
От 11 до 20 сессий	84	43%
От 21 до 30 сессий	35	18%
От 31 до 43 сессий	6	3%
Всего случаев	196	100%

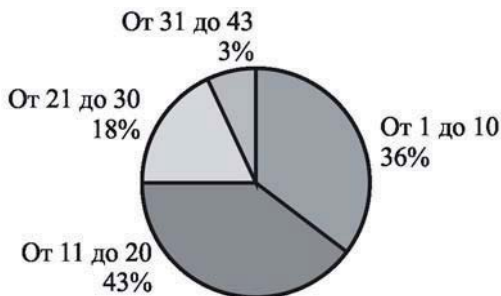


Рис. 6. Продолжительность терапевтического вмешательства

мнению, это является следствием меньшей успешности терапевтического воздействия в случае этого типа расстройства по сравнению с двумя другими.

Еще более точная оценка результатов достигается при переходе от анализа общей длительности терапии к анализу ее реальной экономичности, которая должна измеряться только для случаев с положительным исходом. Экономичность мы измеряли средней длительностью терапевтического вмешательства случаев с положительным исходом, то есть полностью решенных случаев и случаев значительного улучшения (Nardone, Watzlawick, 1990; Nardone, 1993). Тем не менее, как это видно из табл. 5, в нашем случае кажется странным, что процентные соотношения остаются почти без изменений.

Данные табл. 5 демонстрируют, что подавляющее большинство случаев с положительным исходом были решены менее чем за 15 сессий. Следует учесть и тот факт, что ремиссия серьезной симптома-

Таблица 5

Длительность вмешательства	Количество случаев	% от общего количества случаев
От 1 до 10 сессий	49	31%
От 11 до 20 сессий	75	48%
От 21 до 30 сессий	29	18%
От 31 до 43 сессий	5	3%
Всего случаев	158	100%

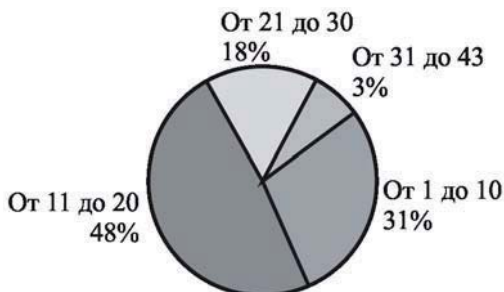


Рис. 7. Экономичность терапевтического вмешательства

тики в большинстве случаев происходит за первые 10 сессий (то есть за несколько недель терапевтического вмешательства). После разблокирования проблемной ситуации остальная терапевтическая работа посвящалась созданию — вместе с пациентом — нового психологического равновесия, необходимого для того, чтобы не возвращалась данная проблема и не возникали сходные.

Это является важным аспектом нашего подхода, отличающим его от других исторических моделей краткосрочной терапии, — например, традиционной модели школ Пало Альто (*Watzlawick et al.*, 1974, *Weakland et al.*, 1974), Вашингтона (*Madanes*, 1981, 1984, 1990) и Милуоки (*de Shazer*, 1985, 1988, 1994); в этих школах терапевтическое вмешательство признается успешным, когда достигается разблокирование симптоматики. Эти школы придерживаются положений теории систем, согласно которым считается, что если удастся разрушить равновесие системы, то она естественным образом будет стремиться к созданию нового равновесия (самоорганизация живых систем). Из этого постулата следует, что патология поддерживает своего рода дисфункциональное равновесие внутри системы, а после ее разблокирования должна произойти спонтанная самоорганизация системы, которая больше не будет патологичной.

В нашем подходе стратегия решения проблемы после разблокирования была дополнена другими фазами, в частности для патологий, которые сильно ограничивают человека и длятся продолжительное время, каковыми являются тяжелые формы нарушений пищевого поведения и обсессивно-фобические расстройства. Таким образом, после разблокирования проблемной ситуации необходимо сопровождение человека в процессе построения нового динамического равновесия на основе использования ресурсов, которые он начинает открывать в себе, чтобы вывести его за пределы блокировавшей его ранее симптоматики.

Последняя часть терапевтического процесса обычно является самой длительной, особенно для тех пациентов, которые страдают расстройством на протяжении нескольких лет, а иногда и десятилетий; эти пациенты после исчезновения симптома сталкиваются с необходимостью осуществить конкретную работу по реконструкции собственной идентичности.

3.2.1. Анорексия

Анорексия не только оказалась самым резистентным к нашему терапевтическому вмешательству расстройством, но также потребовала более длительного лечения, хотя в тех случаях, когда терапия оказывалась эффективной, разблокирование симптомов происходило за первые 10 сеансов.

3.2.2. Булимия (нервная булимия без очистительных процедур)

В большинстве случаев при этом расстройстве разблокирование проблемной ситуации происходит за первые пять сеансов, а потом терапия продолжается с большими интервалами (одна сессия в месяц), чтобы сопровождать медленное и постепенное похудание пациента. Действительно, когда необходимо похудеть на 30 килограммов, процесс снижения веса должен быть очень постепенным и занимать более трех месяцев.

3.2.3. Вызываемая рвота, или vomiting (нервная булимия с очистительными процедурами)

Для этой патологии в 50% случаев разблокирование проблемной ситуации происходит за первые пять сессий, в остальных случаях оно происходит между пятой и десятой сессиями. После освобождения от острой симптоматики терапия продолжается в виде серии сессий, посвященных реорганизации функционального психического равновесия.

3.2.4. Заключительные рассуждения об экономичности

Рассматривая представленные результаты, можно утверждать, что наше исследование-вмешательство привело к разработке типов терапии с высоким уровнем экономичности. Более того, если мы

сравним наши результаты с обычно затрачиваемым на достижение ремиссии при рассматриваемых расстройствах временем, которое приводится в международной литературе (обычно в ней говорится о годах терапии), — становится очевидным, что терапевтическое вмешательство, продолжающееся в среднем 5–6 месяцев (эта статистика включает в себя достаточно высокий процент случаев, в которых терапия длится еще меньше), вне всякого сомнения, представляет собой действительно значимое достижение.

Глава 4

АНОРЕКСИЯ: ФОРМИРОВАНИЕ, УСТОЙЧИВОЕ СУЩЕСТВОВАНИЕ, ИЗМЕНЕНИЕ

Ему хотелось бы быть только туманом, чтобы никто не мог его найти.

Элиас Канетти «Быстрота духа»

4.1. Формирование и устойчивое существование анорексии

Анорексия, несомненно, является самым известным из нарушений пищевого поведения и затрагивает в основном молодых женщин (часто в подростковом возрасте), но также и некоторое количество мужчин (5–10%, согласно приводимым в литературе данным, 2% в нашей выборке)¹. Несмотря на то что это нарушение пищевого поведения больше всего описано в литературе, в настоящее время наблюдается явное уменьшение случаев заболевания «чистой» анорексией.

Согласно результатам нашего исследования, могут быть выделены два типа анорексии, каждый из которых обладает особыми чертами, характеризующими устойчивое существование расстройства; эти особенности позволили нам дать им названия *жертвенной* и *абстинентной* анорексии.

¹ Мы будем употреблять женский род при описании расстройства для простоты изложения, не имея при этом намерения исключить из описания субъектов мужского пола, страдающих этим расстройством.

4.1.1. Жертвенная анорексия

Этот тип анорексии является самым известным и хорошо описанным в литературе системной традиции, в частности Миланской школы (*Selvini Palazzoli, 1963*). Можно даже сказать, что обычно, когда говорится об анорексии, имеется в виду почти исключительно этот тип расстройства. Типичная потенциальная кандидатка для диагноза *жертвенная анорексия* — девушка, которая переживает кризис и начинает демонстрировать симптоматику расстройства одновременно с возникновением особой семейной ситуации. В этих случаях семейная система обладает своего рода «патогенной энергией», и обычно один из членов семьи принимает ее на себя, развивая психологическое расстройство (которое может быть бредом, психозом, фобией, а не обязательно нарушением пищевого поведения). Кроме того, в подобных ситуациях выявляется целая совокупность вторичных выгод, связанных с тем, что благодаря симптому субъект становится самым важным членом семьи. В качестве примера можно привести ситуацию девушки, у которой очень требовательные родители или очень талантливые братья и сестры, и поскольку ей не удастся получить похвалу и признание благодаря своим заслугам, она открывает для себя возможность получить их даже в большей степени за счет болезни; или же ситуацию девушки, которая с помощью своего расстройства вынуждает конфликтующих родителей оставаться вместе, «цементируя» пару, которая таким образом объединяется против общего «врага» — болезни. Костин (*Costin, 1996*) называет субъектов, страдающих такой анорексией, «козлами отпущения», поскольку этим девушкам, благодаря собственной патологии, удастся сместить внимание родителей с конфликтов внутри пары на расстройство дочери; это позволяет родителям почувствовать единство в попытке победить болезнь.

Костин выделяет еще один тип страдающих анорексией, называя их «героями семьи». Речь идет о тех пациентках, которые, проживая в хаотичной и лишенной базовых ориентиров семейной системе, принимают на себя всю ответственность за семью, преждевременно становятся независимыми и развивают способность к полному само-

контролю и веру в себя. В этих случаях симптомы анорексии структурируются в форме всеохватывающего контроля, которому девушка подвергает и саму себя.

Прежде чем приступить к изложению протокола терапевтического вмешательства, разработанного нами для этого типа анорексии, хотим еще раз подчеркнуть, что, хотя жертвенная анорексия достаточно широко освещена в литературе, сейчас наблюдается явная тенденция к снижению численности страдающих этим типом расстройства (по сравнению с абстинентной анорексией). Как уже указывалось, нарушения пищевого поведения являются патологиями, характеризующимися постоянным и быстрым развитием.

4.1.2. Абстинентная анорексия

В данном разделе речь идет о развитой и наиболее часто встречающейся форме анорексии (более 60% нашей выборки). Страдающие *абстинентной анорексией* — это пациенты (как правило, речь идет о женщинах) с высокими умственными способностями, но чрезмерно чувствительные, характеризующиеся ярко выраженной психологической лабильностью и испытывающие значительные трудности контроля над собственными эмоциями. Такие пациентки имеют тенденцию к восприятию окружающей действительности через своего рода деформирующую линзу, которая все увеличивает, делает гигантским, трудным или лишаящим спокойствия. Подобное отношение к окружающей действительности проявляется, например, в постоянном чувстве неудовлетворенности, неуверенности в себе, страхе неуспеха, несмотря на то что обычно они успешно справляются с учебой или работой. Сталкиваясь с неспособностью управлять собственной чувствительностью, страдающие абстинентной анорексией случайно научаются — что означает отсутствие сознательного выбора — тому, что если они концентрируют свое внимание на чем-то, например, на способности отказаться от еды, то это отвлекает их от собственных чрезмерных эмоций. С помощью отказа от еды, длительного голодания и похудения этим девушкам постепенно удается вызвать у себя самую настоящую эмоциональную анестезию.

Метафорически можно сказать, что страдающим абстинентной анорексией постепенно удается надеть на себя самые настоящие «средневековые доспехи», которые защищают их от их повышенной чувствительности, но в конечном итоге заковывают их. Таким образом, воздержание от пищи (абстиненция) становится предпринятой попыткой решения, от которой пациенты больше не могут отказаться, потому что, сняв «доспехи», они больше не смогут управлять своими эмоциями, рискуя испытать душевное потрясение в ситуациях повышенной эмоциональности.

Кроме того, абстиненция не ограничивается едой, а может относиться к любому опыту, особенно если речь идет о приятных стимулах. Такие девушки не боятся трудностей и жертвоприношений, они обладают невероятной работоспособностью, но испытывают ужас перед любым реальным эмоциональным опытом, который предлагает удовольствия, поскольку они боятся потерять контроль.

Таким образом, в ходе нашего исследования-вмешательства было выявлено, что специфическая перцептивно-реактивная система страдающих *абстинентной анорексией* характеризуется тенденцией к воздержанию от еды и любых приятных эмоций. Похудение, таким образом, становится основным способом для достижения эмоциональной анестезии. И для таких пациентов наилучшим возможным равновесием, которое они могут себе вообразить, является равновесие, которое они уже обрели, и именно это делает их особо устойчивыми к изменениям и чрезвычайно ригидными в том, что касается их позиций.

Необходимо учесть также, что с того момента, когда в результате отказа от пищи вес пациентов падает ниже определенного уровня, в их организме начинается важный физиологический процесс: вырабатываются определенные нейротоксины, которые оказывают «наркотический эффект», похожий на эффект от употребления кокаина и амфетаминов, проявляющийся в состоянии сильного возбуждения, неисчерпаемой энергии, похожем на состояние некоторых наркоманов, и сопровождающийся своего рода кажущейся невозмутимостью. Этот процесс описан У. Молей (*Win Moley*), который в течение нескольких лет был директором Центра нарушений питания Института исследований психики (MRI) в Пало Альто.

Помимо эмоциональной анестезии, которая, по нашему мнению, является наиболее важным эффектом, стоит отметить еще одну выгоду отказа от еды. В современном обществе очень многие озабочены стремлением быть в форме, и страдающие анорексией люди чувствуют себя в некотором отношении лучше других, поскольку им удастся делать нечто (отказаться от еды), что очень трудно сделать большинству. Кроме того, страдающие анорексией имеют целый ряд вторичных выгод, получая особое внимание и заботу — прежде всего внутри семьи — именно благодаря своему расстройству: то есть им удастся гарантировать себе тот исключительный успех, которого они хотели бы добиться, но опасаются не получить в других областях, не являющихся патологичными.

Помимо попыток решения проблемы, предпринятых самой девушкой, не следует оставлять без внимания попытки, предпринятые той системой, в которую она включена, и в особенности семьей. Члены семьи пытаются всеми способами помочь страдающей анорексией, стараясь заставить ее есть, находясь рядом с ней, контролируя ее, то есть предпринимают целый ряд попыток решения, которые все больше усложняют проблему, вместо того чтобы решить ее. И действительно, не существует лучшего проявления любви и лучшего способа признать важность человека со стороны окружения, чем забота о его здоровье. Хотя в случае *абстинентной анорексии* система семейных взаимоотношений может не иметь определяющего значения в формировании расстройства, как это имеет место в случае *жертвенной анорексии*, тем не менее она играет фундаментальную роль в устойчивом существовании расстройства.

Обобщая вышесказанное в отношении предпринятых попыток решения проблемы, которые все больше усложняют и поддерживают ее, можно утверждать, что на индивидуальном уровне фундаментальной стратегией является контроль собственной хрупкости в эмоциональной сфере и сфере взаимоотношений с помощью отказа от еды и от всего, что может вызвать волнение. К этой стратегии добавляются все дисфункциональные попытки решения проблемы, предпринятые другими людьми, и прежде всего членами семьи, с целью помочь страдающей анорексией, и все те вторичные выгоды, которые она получает благодаря своей патологии.

4.2. Терапевтическое вмешательство при анорексии

При анорексии мы обычно пользовались терапевтическим вмешательством «смешанного системного» типа, потому что работали, с одной стороны, с человеком, страдающим нарушением пищевого поведения, а с другой стороны — с системой отношений, в которую он включен. Действительно, для того чтобы нарушить ригидную устойчивость перцептивно-реактивной системы при анорексии, необходимо воздействовать на попытки решения проблемы, предпринятые как самим пациентом, так и его семьей.

Обычно, когда это было возможно, на первой сессии присутствовала вся семья, а на последующих сессиях мы работали с пациентом отдельно. Когда это не представлялось возможным, мы старались в любом случае встретиться с семьей хотя бы один раз в течение терапии. Именно потому, что анорексия — вовлекающее расстройство и члены семьи всегда стараются предпринять прямые или косвенные попытки заставить девушку есть, необходимо их «возвести в ранг» котерапевтов, добиться союзничества и сопровождать их с помощью предписаний, различающихся в зависимости от стадий терапевтического процесса; таким образом удается заблокировать каждую их попытку вернуться к способам решения проблемы, которые они предпринимали ранее (например, заставлять пациента есть, контролировать его, все время «стоять над душой» и т.п.).

Иногда случается, что страдающие анорексией, как это бывает и в случае vomiting^а, отказываются прийти в терапию, и приходят только члены семьи. В этих случаях зачастую достаточно встретиться только с родителями и сделать так, чтобы они прервали любые попытки решения проблемы, которые предпринимали ранее. В 12 случаях из 196 мы работали непрямым способом через семью, ни разу не встретившись с пациентом; чаще случалось, что после нескольких сессий с семьей девушка принимала решение прийти к терапевту, раздраженная изменениями, которые происходили в привычном для нее поведении родителей.

Если же, наоборот, сама семья отказывается прийти к нам хотя бы один раз, то это может свидетельствовать о том, что семья саботирует терапию, и в этом случае необходимо усилить личные ресурсы паци-

ента, чтобы он сам мог справиться с семьей и предпринятыми ею попытками решения проблемы.

4.2.1. Протокол терапевтического вмешательства при жертвенной анорексии

Страдающие *жертвенной анорексией* показали нам более простым типом для осуществления терапевтического вмешательства, поскольку с помощью нескольких простых маневров часто удавалось добиться стремительного разблокирования симптоматики уже на первых сессиях. При расстройстве этого типа хорошо действует модель терапевтического вмешательства, разработанная в школе Пало Альто (*Watzlawick et al., 1967, 1974*) и в Миланской школе (*Selvini Palazzoli, 1963*) с некоторыми вариациями.

Для данного типа расстройства, особенно на первых стадиях терапии, осуществляется системно-семейный тип вмешательства, сфокусированный на реорганизации коммуникации внутри семьи. Впоследствии, в зависимости от реакции пациента, переходят к быстрому завершению терапии, или, если это необходимо, терапевтическое вмешательство продолжается в соответствии с протоколом для *абстинентной анорексии*.

4.2.1.1. Первая стадия

Первым маневром, используемым в случае *жертвенной анорексии*, является *положительное переопределение значения жертвоприношения* (*Selvini Palazzoli, 1963; Weakland, Jackson, 1974*). Речь идет о провоцирующем маневре, заключающемся в положительном реструктурировании той роли, которую играет расстройство девушки в семье. На протяжении всей сессии терапевт, отталкиваясь от тех элементов, которые возникли при взаимодействии с семьей, предлагает идею о том, что девушка приносит себя в жертву другим членам семьи, говорит ей комплименты, обозначает большую важность для семьи того, что она делает, и предлагает ей продолжать в том же духе, поскольку благодаря ей всем остальным хорошо, а если бы не она, то еще неизвестно, что бы случилось:

«Поздравляю, ты замечательно приносишь себя в жертву во имя семьи, ты продолжаешь жертвоприношение ради других, потому

что благодаря твоей проблеме всем вокруг тебя хорошо, благодаря твоей жертве все остальные всегда будут здоровыми; значит, так и продолжай, более того, старайся ничего не изменять, потому что если изменишься ты, то все рухнет, стало быть, упорно продолжай приносить себя в жертву».

Утверждая, что страдающая анорексией пациентка приносит себя в жертву во имя семьи, терапевт тем самым дает ей сильное провоцирующее суггестивное сообщение, которое обычно приводит к быстрому разблокированию проблемы и исчезновению симптоматики. Кроме того, рекомендуя девушке избегать изменений и продолжать воздерживаться от еды, он на самом деле предписывает ей сохранять свой симптом («предписание симптома»). Как подчеркивают представители системно-стратегической традиции¹, этот тип парадоксального терапевтического вмешательства ставит пациента в положение невозможности исполнить указание терапевта именно потому, что оно предписывает нечто (симптоматическое поведение), что переживается пациентом как спонтанный и неуправляемый процесс. В случае *жертвенной анорексии* этот маневр является фундаментальным для разблокирования проблемы и исчезновения симптомов, однако при этом провоцирующий стиль коммуникации не должен быть избыточным, а жертвоприношение, на котором настаивает терапевт, должно казаться правдоподобным.

Высокую эффективность парадоксального метода при лечении анорексии отмечают и Сельвини Палаццоли и др. (*Selvini Palazzoli et al.*, 1998); по их данным, этот метод значительно эффективнее (66,7%), чем методы неизменного предписания (48,9%) и раскрытия семейной игры (37,5%).

4.2.1.2. Вторая и третья стадии

Позитивное переопределение жертвоприношения является настолько разрушительным для этого типа патологии вмешательством, что иногда бывает достаточно только этого маневра, чтобы полно-

¹ См.: Selvini Palazzoli (1963); Watzlawick, Beavin, Jackson (1967); Watzlawick, Weakland, Fisch (1974); Haley (1973, 1985); Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin, Prata (1975); Nardone, Watzlawick (1990); Nardone (1991, 1993).

стью разблокировать проблему и аннулировать свойственную анорексии симптоматику.

В этих случаях после некоторых указаний семье терапия может считаться завершенной. Однако в большинстве случаев оказывается, что за маской жертвоприношения скрывается абстинентная анорексия. Здесь имеются в виду те пациентки, которые с помощью жертвоприношения выстроили и абстиненцию — они понемногу начали изолироваться от окружающего мира, закрываться в доме, избегать контактов с другими людьми — и, стало быть, испытывают огромные трудности в возобновлении межличностных и социальных отношений. Такие девушки, в отличие от пациенток, страдающих «чистой» *абстинентной анорексией*, осознают тот факт, что «носят сковывающие их доспехи», но уже не знают, как от них освободиться.

В этих случаях терапия продолжается согласно протоколу для терапии *абстинентной анорексии*. Следовательно, после разблокирования, достигнутого посредством позитивного переопределения жертвоприношения, очень важно установить интенсивные эмоциональные отношения терапевта с пациенткой и продолжить терапию с использованием маневров, вызывающих у нее эмоциональную встряску. Для этого используются техники «Письмо на подушке» (см. с. 84), «Эстетический табель перед зеркалом» (см. с. 89), «Самомассаж с кремом» (см. с. 90) и т.д. (вторая стадия). После этого (третья стадия) начинается работа, направленная непосредственно на отношение пациентки к еде.

Для ознакомления с этими двумя стадиями читатель отсылается к протоколу терапевтического вмешательства для *абстинентной анорексии*.

4.2.1.3. Четвертая стадия (последняя сессия)

Целью работы на этой стадии является окончательное укрепление личной автономии пациентки с помощью детального объяснения всего терапевтического процесса и использованных в нем стратегий. Это делается для того, чтобы подчеркнуть, что изменения произошли благодаря вмешательству, носящему научный и систематичный характер (а не благодаря «магическим» способностям терапевта), и что сама пациентка, благодаря своему постоянному прилежанию, сыграла ос-

новную активную роль в решении своей проблемы. Таким образом акцентируется, что изменения произошли благодаря личным качествам пациентки, которые терапевт только лишь активизировал, не добавив ничего, чем она бы уже не обладала. Подчеркивается также, что приобретенная ею способность к самостоятельному решению проблем позволяет ей справиться и с другими возможными проблемами.

Эти заключительные маневры являются фундаментальными для закрепления автономии и повышения самооценки пациентки.

Пример клинического случая 1: жертвенная анорексия

Пациентка была послана в Ареццо коллегой из одного из филиалов, который после нескольких месяцев терапии почувствовал себя «в тупике». Пациентке 35 лет, она живет в маленьком населенном пункте в сельской местности с престарелыми родителями. По роду профессиональной деятельности она не вступает в контакты с другими людьми, и, если не считать работы, она не поддерживает никаких социальных отношений. Она уже более 15 лет страдает анорексией и за эти годы предприняла различные безуспешные попытки терапии, не приведшие к успеху. Ее внешний вид производит пугающее впечатление: она очень худая, изможденная, с разрушенными зубами, с опухшими ногами, с кожей как пергаментная бумага. Трудно определить на первый взгляд, женщина это или мужчина.

Первая сессия¹

П: Я поняла, что страдаю анорексией уже более 15 лет, но вплоть до этого момента я всегда скрывала это от самой себя, то есть я казалась себе все толще и толще, я не осознавала своей худобы. Практически я испытывала полное безразличие к жизни и так и жила... Как растение, это не было жизнью, но теперь я решилась, я хочу выйти из этого состояния, однако мне не хватает стимула, желания, чтобы выйти из него... Нет, не желания... Но у меня много сомнений, много мыслей. В тот самый момент, когда я говорю себе: «Я хочу выйти из этой ситуации», я чувствую, что что-то внутри меня останавливает меня.

¹ Здесь и далее: П — пациентка; Т — терапевт; КоТ — котерапевт; М — мать пациентки; О — отец пациентки; МП — муж пациентки; С — сестра пациентки.

КоТ: А как вы осознали, что у вас есть эта проблема?

П: Отчасти и из-за моих родителей: я вижу как они страдают. Моя мать всегда говорит мне: «Неужели ты не видишь, в каком ты состоянии?» Кроме того, я замечаю, что мне все больше не хватает сил, что люди разглядывают меня. Но, сказать по правде, меня больше стимулируют мои родители, которые говорят мне: «Неужели ты не видишь, в каком ты состоянии?» Если честно, нельзя сказать, что у меня лично много интереса к жизни, потому что у меня нет никакого стимула для того, чтобы продолжать жить. С одной стороны, я рада тому, что живу, строю планы и так далее... С другой стороны, у меня все время такое чувство, что меня ничего не интересует. Бывают такие моменты, что... чаши весов склоняются то в одну, то в другую сторону.

КоТ: А что вы делаете в жизни? Работаете?

П: Да, я работаю в детском саду, и эта работа мне не нравится...

КоТ: Как давно вы работаете там?

П: Восемь лет. Сначала я работала в баре, все время в контакте с людьми, и мне было хорошо. Потом я проработала четыре года на кухне в детском саду, а потом меня перевели в прачечную, и я там практически одна.

Т: *(Обращается к матери.)* А вы, синьора, что скажете о проблемах вашей дочери?

М: Мне очень жаль, потому что... да... я не знаю, по какой причине она приняла это решение.

Т: Какое решение?

М: Ну, решение не есть, не садиться за стол... Всегда быть одной вместо того, чтобы находиться в компании...

Т: Как давно все это началось?

М: Больше чем 15 лет назад.

Т: *(Обращается к пациентке.)* Сколько вам сейчас лет?

П: 35, нет, 36.

Т: Вы живете в семье?

П: Да.

Т: Из кого состоит ваша семья?

М: Папа, я и она. Есть еще сестра, которая замужем.

Т: А что вы сделали — вы и ваш муж — чтобы попытаться помочь ей?

М: Это я стараюсь помочь ей, посылаю ее туда и сюда, говорю ей: «Поезжай в отпуск, найди себе компанию, пойди погуляй...» Но она не хочет, не хочет. Она говорит: «Мне хорошо дома». Я сказала ей: «Ты не должна всегда находиться одна, иди, не создавай себе проблем». — «Нет, мне хорошо здесь». Да, мой муж не особенно интересуется всем этим, потому что он очень болен.

Т: Чем именно?

М: У него большое сердце, он перенес операцию, у него диабет, ему действительно плохо, он не может ходить...

Т: А вы помогаете вашему отцу или нет?

П: Да, я помогаю им обоим, я очень к ним привязана.

Я думала о том, чтобы начать жить отдельно, но, сказать по правде, мне это не удастся. Действительно, я ссорюсь с ней, и она мне говорит иногда: «Или ты уйдешь из дома, или я уйду», но это не решило бы мою проблему. Если бы сбежала я или сбежала она, мы бы этим ничего не решили. Мы стараемся бороться с проблемой. Я ей говорю: «Не нужно ничего говорить мне, когда ты видишь, что я ничего не ем или ем мало, — мне столько нужно. Наступит момент, когда я начну есть больше».

КоТ: А мама что при этом делает?

П: Мама может молчать два дня, а потом вновь начинает: «Ты только посмотри на себя! У тебя отвратительный вид, я вижу, что тебе становится хуже...» Все это создает в моей голове большое замешательство, потому что она не может понять меня. Я не наркоманка, которой достаточно принять таблетку, чтобы выздороветь. Мне уже трудно принять идею о том, что я должна выздороветь, однако это все так трудно...

Т: Значит, если я правильно понял, вы, синьора, все время опекаете ее, следуете за ней, стараетесь сказать ей: «Ешь!», стараетесь сказать ей: «Делай как все! Старайся! Видишь, что жизнь прекрасна!», а она: «Нет!», она не хочет.

М: Не хочет, не хочет.

Т: Не хочет...

П: И мне становится плохо, в том смысле, что даже если я ем — то малое количество, что я ем, — она мне говорит: «Я никогда не вижу, чтобы ты ела, ты делаешь так, ты делаешь этак...» — тогда я сержусь, и у меня начинается кризис.

М: Но сколько раз ты меня задабривала!

П: Да, я ее задабривала, в том смысле, что я ей говорила: «Хорошо, я буду есть за столом». Чтобы доставить ей удовольствие. Но мне не удается оставаться за столом: у меня все блокируется здесь (*показывает жестом*), и тогда я говорю: «Не лучше ли мне было бы есть, когда я хочу, и то, что я хочу, вместо того чтобы садиться за стол, есть, а потом вызывать рвоту в туалете?»

Т: Вы обычно вызываете рвоту?

П: Нет, сейчас нет, то малое, что я съедаю, — нет.

Вначале — да, мне было плохо, потому что мне не нравится идея, что я могу стать булимичкой.

Т: Что входит в то малое, что вам удастся съесть и удержать в себе?

П: Ну, я ем два или три сырочка в день, мне этого хватает, и два кофе, и немного чаю, и это все.

Т: Значит, сырочки ...

П: Да, сырочки, я ем овощи, ветчину, ничего особенного.

Т: Вы всегда едите одно и то же или варьуете еду?

П: Нет, варьирую. Иногда я ем рис, иногда ем сырок...

Т: Когда вы это едите, вам страшно?

П: Нет, сейчас нет.

Т: Вы испытываете удовольствие?

П: Да.

Т: Вам удастся почувствовать вкус?

П: Вначале нет, я его не чувствовала, а сейчас — да.

Мне нравится более соленая пицца, с зеленью. Вот, например, мне ужасно нравится пицца, и я ссорюсь с мамой, потому что мне еще не удастся переварить запеченную моцареллу, поэтому я заказываю пиццу без моцареллы, а она мне говорит: «Ну почему же?»

М: Она идет в пиццерию и заказывает пиццу без масла, без орегано, только помидоры — и все.

П: Да, но если я чувствую, что мне так надо есть, что хочу так есть...

Т: Хорошо, значит у вас по этому поводу возникают конфликты.

П: Да, она таким образом блокирует меня...

Т: А отец ничего не говорит?

П: Нет.

Т: *(Обращаясь к матери.)* За кого вы больше переживаете: за своего мужа или за свою дочь?

М: За мою дочь, потому что у нее еще вся жизнь впереди, а мы уже старые.

Т: Правильно! Сколько вам лет, вы сказали?

П: Почти 36.

Т: А в вашей жизни есть отношения с другими людьми? Или их нет?

П: Сейчас есть, сейчас я думаю о себе, однако у меня был период, когда я ходила к доктору Х. Я могу говорить о нем?

Т: Конечно!

П: Я знаю, что я его обманула, и мне это очень неприятно, но я прежде всего обманула саму себя. Я ходила к нему полтора года, но вы знаете, что анорексички лгуньи и все скрывают.

Т: Я это хорошо знаю, я совсем и не ожидаю, что вы мне будете говорить правду.

П: Но я же говорю правду!

Т: А я не ожидаю, что вы мне будете говорить правду, более того, я думаю, что лучший способ сказать правду — это солгать. Если вы, говоря неправду, думаете, что вам удастся обманывать, то обманывайте! Это поможет мне понять вашу правду гораздо лучше, чем если бы вы старались говорить правду. Лгите как можно больше. Чем больше вы будете лгать, тем лучше я вас пойму.

П: И поскольку у меня сложились с доктором Х. такие отношения... Я вызвала у него иллюзии... Не знаю... У меня с ним были прекрасные отношения, как с другом.

Т: У таких, как вы, это здорово получается, не так ли?

П: Он помогал мне, потому что я не следила за собой — в одежде, — меня не интересовал мой внешний вид, и он стал говорить мне: «Почему ты не следишь за собой?» В результате я занималась не своей болезнью, а своим внешним видом. Я начала разговаривать с людьми, я стала более спокойной и отодвинула на задний план свою болезнь, если можно так выразиться. Пока я не сказала себе: «Нет, таким образом я всех обманываю». Действительно, во время последней сессии с доктором Х. я сказала ему: «Я знаю, что я до сих пор лгала, ты можешь дать мне еще один шанс?» А он сказал: «Нет», и я согласилась прийти сюда.

Т: Да, потому что вам здорово удавалось обманывать доктора Х., вплоть до самого последнего момента.

П: Да, действительно, мама была со мной на двух последних сессиях, и она тоже попросила доктора Х. дать мне последний шанс, а он сказал: «Нет». И я была довольна решением доктора Х., хотя мне это и причинило боль.

Т: Вам там здорово удалось «обвести вокруг пальца» доктора Х.?

П: Это было очень некрасиво.

Т: Очень здорово! Вы сделали так, чтобы его работа закончилась провалом. Именно поэтому я и говорю: не старайтесь говорить правду — я все равно вам не поверю. Обманывайте! Это мне поможет больше. Хорошо, а в социальном плане? Нет никаких отношений, правда? И еще меньше с мужчинами...

П: Нет.

Т: С этой точки зрения ваша жизнь остановилась в 20 лет. Вы себе обеспечили полную анестезию, потому что внешний мир так опасен... лучше оставаться внутри своей семьи, заботиться о папе — только чтобы защититься от внешнего мира и от собственных эмоций.

П: Но сейчас я не хочу уезжать, я хочу вырасти.

Двойная терапевтическая ловушка

Т: Но у вас больше нет эмоций, вы сделали себе анестезию от всех эмоций, молодец! Вы надели на себя доспехи, которые, как любые средневековые доспехи, защитили вас. Они прекрасно защищали вас, но они также заключили вас в плен, и вам теперь больше не удастся снять эти доспехи.

Реструктурирование с помощью метафоры¹

П: Но я должна снять их.

Т: А я не знаю, будете ли вы в состоянии сделать это.

П: Но если мое «я» хочет этого, я должна это сделать!

Т: Вы знаете, долг обычно сталкивается с двумя вещами: зачастую с удовольствием, но прежде всего — со страхом. Вы столько лет носили доспехи, что неизвестно, будете ли вы в состоянии освободиться от них. А потом, если вы снимете доспехи... вы такая хрупкая... вы знаете, что угодно может ранить вас. А в этих доспехах ничто не может вас ранить, вы шагаете по облакам, другие люди вас не трогают: ваши эмоции под анестезией, и ваши ощущения тоже.

П: Да, но это не жизнь.

Т: Но если жизнь так пугает вас...

П: До этого момента мне это подходило, а теперь — нет.

Т: Хорошо, но если жизнь такая пугающая?

П: Именно поэтому я прошу вас помочь мне вырасти, снять доспехи. С чего я должна начать?

Т: Прежде всего мы должны посмотреть, в состоянии ли вы снять доспехи, иначе было бы лучше сказать вам: «Оставьте их себе, оставьте их себе! Вы же все равно не в состоянии без них обойтись!» Посмотрим. Вам уже так здорово удалось провалить работу моего очень способного ученика и сотрудника.

Двойная терапевтическая ловушка

¹ Служит для того, чтобы вызвать образное представление о проблеме и ее функциональных характеристиках; отмечает переход от фазы исследования особенностей устойчивого существования проблемы к фазе собственно терапевтического вмешательства, поскольку обычно используемые метафоры заключают в себе в не прямой форме «ключ» к решению проблемы, который впоследствии трансформируется в прямые предписания.

П: Как мне удалось провалить работу доктора Х., так я могу и снять свои доспехи, я думаю, — это же касается меня лично.

Т: Конечно. Однако когда снимают доспехи... ах! Начинают испытывать ужас: «Я беззащитна, любая стрела может пронзить меня!» Как знать... Конечно, и в доспехах при определенных условиях все равно можно умереть: при жаре на солнце они становились настоящим крематорием, а когда рыцари падали в воду, они тонули... Но вы же избегаете как солнца, так и воды. Как знать!

П: Делая так, я избегаю также и вкуса к жизни. Т: Конечно! Но, вы знаете, когда кто-то убежден, что все равно ему не удалось бы... или когда кто-то так сильно боится своих собственных эмоций и своих ощущений, боится потерять контроль... Как знать?

П: Я должна справиться.

Т: Нужно посмотреть, будете ли вы в состоянии.

П: Но я прошу вас помочь мне; поскольку, как вы говорите, я в доспехах и боюсь их снять, мне нужен толчок... Я интуитивно это чувствую...

Т: Хорошо. Вы готовы сделать все что угодно?

П: Да.

Т: В самом деле?

П: Да.

Т: Хорошо. Попробуем. Но я не знаю, будете ли вы в состоянии, более того, я даже боюсь, что вы будете не в состоянии, посмотрим... Начнем сразу с заданий. Прежде всего я дам задание маме, и я думаю, я надеюсь, что поскольку вы в течение 15 лет так хорошо заботились о вашей дочери: помогали ей, настаивали... То вы сейчас еще лучше сумеете выполнить то, о чем я вас попрошу, не так ли? Более того, я уверен, что вы проявите себя наилучшим образом. Я хочу, чтобы с этого момента вы старались абсолютно ничего не говорить вашей дочери по поводу еды, полностью избегать любых разговоров о ее проблеме. Я даже попрошу вас о еще большем: вы должны начать своего рода операцию по дискредитации ее проблемы: например, перестаньте накрывать для нее

на стол, перестаньте звать ее к столу, перестаньте интересоваться тем, что она ест. Более того, с этого момента и до нашей следующей встречи я хочу, чтобы вы каждый день напоминали вашей дочери как минимум трижды — утром, в обед и вечером: «Будь осторожна с едой, потому что тебе может стать плохо. Если ты слишком быстро поправишься, ты можешь испугаться!». Итак, вы утром, в обед и вечером должны сказать вашей дочери эту фразу: «Настоятельно рекомендую — будь осторожна с едой! Если ты слишком быстро поправишься, ты испугаешься!»

М: Хорошо.

Т: И помимо этого, вы должны избегать разговоров о еде, не накрывать для нее на стол, накрывать только для себя: «Не ешь слишком много, потому что если ты поправишься слишком быстро, это станет проблемой! Ты можешь потерять контроль, можешь стать булимичкой, можешь стать ужасно толстой, можешь испытать слишком много эмоций!» Таким образом, три раза в день напоминайте ей об этом. Хорошо?

М: Хорошо!

Т: А П. я скажу вот что. Я хочу, чтобы вы — если вы хотите освободиться от доспехов — каждый день задавались вопросом: «Какую самую маленькую, но значимую и конкретную вещь я могла бы сделать, чтобы доказать самой себе и этому скептику, что я в состоянии снять с себя доспехи?» Самую маленькую, минимальную, но конкретную вещь... И посмотрим, будете ли вы в состоянии сделать это. Каждый день. Хорошо?

П: Я должна записывать?

Т: Да, записывайте... Итак, встретимся через 15 дней.

П: Это трудно. Я не хочу убегать, но я так далеко живу...

Т: Это ваша проблема, не моя.

П: А нельзя увеличить этот срок...

М: А нельзя положить ее здесь в больницу?

Предписание совершить самое маленькое, но конкретное изменение¹

¹ См.: Watzlawick, Nardone (1997).

Т: Госпитализировать вашу дочь означает сыграть ей на руку. Она поправится на пять килограммов, а после выписки похудеет на семь. Стало быть, вы должны делать только то, что я вам сказал, и вы это замечательно сделаете. Я это настоятельно рекомендую, это очень важно. (*Обращается к пациентке.*) Я должен встречаться с вами каждые 15 дней, пока я не увижу результаты... если я их вообще увижу, как знать? Как знать, будете ли вы в состоянии снять с себя доспехи...

П: Согласна, иначе это было бы попыткой бегства...

Т: Я вижу, что вы готовы участвовать в игре, но я все равно настроен скептически...

Вторая сессия

(*Пациентка на сессии одна.*)

Т: Итак?

П: Я должна была записывать, но я не записывала.

Т: А я был уверен в этом.

П: Нет, это потому, что мне не удастся хорошо выражаться письменно. Я предпочитаю говорить, хорошо?

Т: Посмотрим.

П: Я подумала, что конкретной вещью для того, чтобы начать выходить из проблемы, было бы возвращение в общество, то есть я должна расти. Я заблокировалась: я стала старше, я выросла физически, но внутренне я осталась маленькой девочкой, и я боюсь сталкиваться с окружающим миром. Не знаю, как это объяснить... Я за эти 15 дней много боролась, скажу вам правду. Потому что внутри меня есть еще так много «если» и «но». Однако я стараюсь принять то, что дает мне жизнь, то, что предстоит, не обращая внимания на мое тело. Мое тело отвратительно, я оставляю его в стороне, я знаю, что должна выздороветь психологически, чтобы начать... И для меня это долгая борьба. Бывают дни, в которые мне не удастся, то есть я блокируюсь.

Т: В чем?

П: Я говорю себе, что не могу больше продвигаться вперед, и тогда я собираюсь и иду; шагаю и говорю себе: «Но я должна справиться с этим». Я знаю, что ходьба является частью болезни, но я не делаю это для того, чтобы похудеть. Я делаю это, чтобы быть на свежем воздухе и размышлять получше. Это мне очень помогает. Должна сказать, что эта система мне лично помогает. Что касается возврата в общество, то я сталкиваюсь с проблемами на работе, не убегаю, так как говорю себе, что это является частью жизни. Мои родители позволяют мне делать то, что я хочу, может быть, даже слишком, и должна сказать, что у меня появился стимул есть больше. Действительно, я поправилась на полкило. Вы можете спросить об этом мою мать, это не...

Разблокирование проблемной ситуации, связанной с анорексией

Т: А вашей матери удалось не побуждать вас к еде?

П: Да, она с этим хорошо справляется. Ее можно понять, она хочет только, чтобы я поправилась. Я ей говорю: «Ты знаешь, я ведь должна выздороветь внутренне».

Т: Как вам удалось поправиться на полкило?

П: Потому что я ем, когда хочу, то, что мне нравится, меня это не напрягает... и это нормально для жизни...

Т: Но я же вас не просил об этом...

П: Нет, но мне это нравится, потому что это составляет часть жизни, когда я испытываю желание есть... Да, я ем не много, но то небольшое, что я ем, постепенно, постепенно... Мне это трудно, потому что, когда я в кризисе, я все еще испытываю чувство вины и говорю себе: «Но я ошибаюсь в том или в этом — что я делаю?» Однако я знаю, что я должна справиться.

Т: Как знать, будете ли вы в состоянии сделать это...

П: Но я хочу этого.

Т: Но я уже сказал вам в прошлый раз: это маловероятно, что вы справитесь.

П: Как это? Посмотрим. Дайте время. Я говорю, что мне трудно, не для того, чтобы вернуться назад. Я должна идти вперед.

Т: Да, но вы видели, что вам хорошо удается обманывать саму себя и других... стало быть...
позвольте мне быть скептиком и не строить иллюзий...

П: Да, каждый думает по-своему...

Т: Я не слишком верю в то, что вы справитесь.

П: А я верю в это, потому что сейчас я верю в себя; до сих пор жизнь меня не интересовала, я прожила 15 лет таким образом... Я их не прожила, практически я была в клетке, в... как вы это назвали?

Т: В доспехах, которые защищают и лишают свободы.

П: Я потихоньку начинаю откручивать болты...

Т: А вы сумеете потом жить без доспехов?

П: Да.

Т: Посмотрим, кто был прав: я с моими пессимистичными предсказаниями или вы со своими оптимистичными предсказаниями.

П: Посмотрим!

Т: Вы мне ничего не написали. Скажите, что вы хотели бы написать?

П: Что я вижу в себе одну конкретную вещь: я поняла, что означает жить.

Т: Это всего лишь за 15 дней? Вы этого не поняли за 15 лет, а всего лишь за 15 дней поняли?

П: Потому что раньше меня это не интересовало, а сейчас я сказала, что хочу свою жизнь, хотя мне и трудно идти вперед... Бесплезно жить как растение... я больше этого не хочу.

Терапевт, имея дело с пациенткой такого типа, продолжает использовать двойную терапевтическую ловушку с целью вызвать у пациентки — не прося ее об этом прямо — желаемые реакции.

Этот отрывок является примером парадоксального вмешательства, соответствующего такому типу ситуации, при котором анорексия кажется функциональной для сохранения гомеостаза и имеет характеристики как «абстиненции», так и «жертвоприношения».

Этот тип вмешательства часто может быть использован в качестве эффективного маневра при работе с пациентами, которые уже «поглотили» многих терапевтов; такие пациенты были названы нами «пациентами-оппозиционерами» (*Watzlawick, Nardone; 1997*).

4.2.2. *Протокол терапевтического вмешательства при абстинентной анорексии*

Как было проиллюстрировано выше, этот тип анорексии характеризуется состоянием самой настоящей эмоциональной анестезии, которой пациентки добиваются с помощью длительной абстиненции. Благодаря этой анестезии им удается управлять собственной чрезвычайной чувствительностью и эмоциональностью.

Принимая во внимание эти особые перцептивно-реактивные характеристики, терапевтическое вмешательство при *абстинентной анорексии* в первую очередь нацеливается на то, чтобы с помощью эмоциональной встряски «пробить брешь» в состоянии анестезии; для этого используются маневры, которые прямым или непрямым способом приводят к возврату утраченной способности пациентки отдаваться приятным ощущениям без чувства полной потери контроля (первая и вторая стадии терапевтического вмешательства). Только после этого, если необходимо, приступают к работе, направленной непосредственно на отношение пациентки к еде (третья стадия).

Во время двух первых стадий столь же важным является осуществление вмешательства, направленного на то, чтобы заблокировать попытки решения проблемы, предпринятые членами семьи, для чего используются особые маневры, которые будут детально описаны в последующих параграфах.

Как уже мог понять искушенный читатель из вышеизложенного, терапия начинается с использования суггестивных маневров и страгем, которые неосознанно приводят пациента к изменениям, а затем проводится должное переопределение произошедшего процесса на когнитивном уровне. Это позволяет обойти значительную, а в этих случаях часто и заявленную, сопротивляемость пациента терапевтическим изменениям.

4.2.2.1. *Первая стадия (первая и вторая сессии)*

Первая встреча с пациенткой, страдающей анорексией, и / или ее семьей имеет решающее значение для всего терапевтического про-

цесса, поскольку если она не будет проведена должным образом, возрастает вероятность того, что пациентка выйдет из терапии еще до ее начала.

Как уже упоминалось в отношении всей выборки нарушений пищевого поведения, часто случается, что пациент сначала демонстрирует отказ от терапии, утверждая, что он в ней не нуждается. Достаточно сослаться на тот факт, что 71% пациентов, составивших нашу выборку, обратились за терапией потому, что их прямо или косвенно вынудили к этому родственники, и что в 9% случаев осуществлялось не прямое вмешательство.

Следовательно, начальная стадия терапии требует самой настоящей «суггестивной зацепки» пациентки терапевтом, который для этого пользуется особыми маневрами и техниками коммуникации, позволяющими ему заключить с пациенткой союз на вербальном и невербальном уровнях и создать взаимоотношения, которые имеют оттенок исключительности. Очень важно для достижения этой цели понять логику пациентки и следовать ей, а также говорить на ее языке. На протяжении всей сессии терапевт «калькирует»¹ перцептивные и экспрессивные характеристики пациентки, утрируя ее видение реальности. Например, если девушка некрасивая и неприметная, ей можно мягко ответить, используя аналогию: «Да, это правда, ты действительно похожа на каракули, которые нужно бы стереть и нарисовать заново».

Следует абсолютно избегать желания убедить пациентку в том, что нужно есть; напротив, нужно показать уважение к ее выбору и восхищение ее способностями: только в том случае, если страдающая анорексией почувствует, что терапевт не противоречит ей и не осуждает ее, а, наоборот, принимает ее взгляд на проблему, она будет мотивирована к продолжению терапевтической работы. С этой целью необходимо избегать использования негативных фор-

¹ Коммуникативная стратегия, основанная на использовании языка пациента, является одной из основных в стратегической терапии; Бандлер и Гриндер (*Bandler, Grinder, 1975*) назвали ее «техником калькирования». Для более подробного ознакомления см.: *Watzlawick (1977); Nardone, Watzlawick (1990); Nardone (1991)*.

мулировок¹, которые повышают сопротивляемость пациентки, и помочь увидеть в положительном ключе все, что она рассказывает. Необходимо также создать союз и установить отношения доверия с членами семьи, для того чтобы они согласились на сотрудничество с терапевтом на различных стадиях терапии.

На первой сессии после детального изучения проблемы и выявления дисфункциональных попыток ее решения, предпринятых пациенткой и ее семьей, терапевт переходит к первым прямым терапевтическим маневрам. Обычно пациентам даются следующие предписания: 1) «*Письмо на подушке*»; 2) «*Фантазия чуда*»; 3) реструктурирование и блокирование попыток решения проблемы, предпринятых членами семьи.

1. «*Письмо на подушке*». Как уже упоминалось, при *абстинентной анорексии* терапевтическое вмешательство нацелено прежде всего на то, чтобы всколыхнуть эмоции, устанавливая своего рода искушающий терапевтический союз с пациенткой. Для этого в конце первой сессии ей дается следующее предписание:

«Я хотел бы, чтобы с этого момента и до нашей следующей встречи каждый вечер вы делали одну вещь в последний момент перед сном, когда уже находитесь в постели. Запаситесь бумагой для письма (рекомендую вам взять красивую бумагу) и, устроившись на подушке, напишите письмо, обязательно начиная его словами «Дорогой доктор». Это я. А потом вы должны написать все, что хотите, даже то, что я неприятный, глупый. Но вы должны начать письмо словами «Дорогой доктор». Когда вы закончите письмо, подпишите, положите его в конверт, заклейте, а в следующий раз принесите мне все ваши письма. Это поможет мне понять и узнать вас гораздо лучше, чем любая беседа».

Это предписание служит в основном для того, чтобы создать между терапевтом и пациенткой отношения, имеющие интенсивную эмоциональную окраску («последнее, что вы должны сделать, устроившись на подушке, прежде чем уснуть»), но дается под предлогом

¹ Избегание негативных формулировок в ходе терапевтического диалога является одной из специфических техник краткосрочной стратегической терапии. По этому поводу см.: *Nardone, Watzlawick (1990); Nardone (1991)*.

диагностики. В основе этого предписания лежит стратагема¹ «Переплыть море так, чтобы небо даже не заметило этого»².

«Письма на подушке» напоминают любовные письма, что вступает в противоречие с обращением «дорогой доктор»; это кажущееся противоречие служит для того, чтобы способствовать возникновению некоторой интимности отношений, сохраняя при этом «рамки безопасности». Оно является классическим примером двойной терапевтической ловушки (*Watzlawick et al.*, 1967). Нас главным образом интересует «эмоциональная встряска», которую позволяет инициировать «письмо на подушке». Кроме того, этот маневр является инструментом, облегчающим коммуникацию, поскольку пациентка получает свободу написать в письме то, что ей, возможно, было бы трудно выразить в личной беседе.

На следующей сессии терапевт спрашивает: «Что вы написали мне в письмах? Вы написали что-нибудь, что вам было бы трудно рассказать мне? Раз вы мне это уже написали, то теперь можете и рассказать». Таким образом терапевту удается победить сопротивление пациентки, которое проявляется в личном общении; раз пациентка уже написала нечто важное, ей уже не будет трудно рассказать об этом.

«Письмо на подушке» является первым шагом на пути установления эмоционально окрашенных отношений с терапевтом. Этот маневр инициирует у страдающей *абстинентной анорексией* эмоциональный переворот, после которого на следующих стадиях

¹ Цит. по: *Anonimo (1990), I 36 stratagemmi: l'arte cinese di vincere*, Guida Editori, Napoli.

² Эта стратагема означает — делать что-то, достигая результата, но так, чтобы само действие осталось незамеченным, — это позволяет обойти сопротивление к изменению, которое предполагается вызвать. Как ловкий фокусник, терапевт должен перенести внимание другого человека на маловажные, но способные отвлечь его детали нашего действия, в то время как терапевт без ведома пациента запускает важные процессы.

В данном случае речь идет о том, чтобы сместить внимание пациентки и добиться желаемого эффекта (переживания эмоций при установлении значимых отношений) так, чтобы она не догадывалась об истинной функции писем и не испугалась (поскольку для нее установление доверительных отношений — пугающая ситуация). — *Примеч. науч. ред.*

терапевт сопровождает пациентку в процессе получения различного опыта, подрывающего ее перцептивно-реактивную ригидность.

2. «**Фантазия чуда**» обычно используется в конце первой сессии вместе с «Письмом на подушке».

«Каждое утро, начиная с этого момента и до нашей следующей встречи, вы должны будете делать следующее. Я хочу, чтобы каждое утро, пока вы умываетесь, одеваетесь, готовитесь к выходу, вы представляли себе, что выходите из этого кабинета, как сегодня выйдете из него, закрываете за собой дверь, как сегодня закроете, и сразу после этого случится чудо: ваша проблема исчезла, ее больше не существует. Что сразу же изменилось бы в вашей жизни? С какими другими проблемами вам пришлось бы столкнуться? Фантазируйте, представляйте себе это каждое утро, воображая именно отсутствие проблемы».

«Фантазия чуда» объединяет в себе переработанные техники «Как если бы...» П. Вацлавика (*Watzlawick*, 1990) и «Волшебный вопрос» (*Miracle question*) С. де Шезер (*Steve de Shazer*, 1988). Речь идет об ориентированном на решение проблемы (*solution-oriented*) маневре, который приводит к позитивному (вызывающему желаемые изменения) самообману пациента. Он основывается на построении своего рода предсказания, которое самореализуется с помощью фантазии о выходе за пределы проблемы. Этот маневр вызывает двойной эффект: прежде всего положительное внушение, которое, используя «логику веры» и «самообмана» (*Nardone, Salvini*, 1997; *Nardone*, 1998), подсказывает пациентке, что «чудо» может свершиться; во-вторых, смещение внимания пациентки с настоящего момента, в котором присутствуют симптомы, на будущее, в котором нет патологии. Изменение перспективы, достигнутое с помощью суггестивной коммуникации, уже само по себе имеет терапевтический эффект, поскольку открывает новые горизонты и позволяет пациентке спроецировать себя за пределы проблемы. Часто это производит самый настоящий «магический» эффект: стремительное разблокирование проблемы и освобождение от симптомов происходит уже между первой и второй сессиями. Кроме того, «фантазия чуда», даже если она сама по себе не производит никакого эффекта,

может раскрыть нам возможные вторичные выгоды, которые получает пациентка от своей проблемы, позволяя усовершенствовать диагностическое исследование, лучше определить цели вмешательства и наилучшим образом скорректировать процесс терапевтического вмешательства.

«Фантазия чуда» является одной из самых полезных и наименее рискованных техник, поскольку она, даже если не работает, не вызывает никакого сопротивления у пациента; кроме того, она может помочь терапевту раскрыть различные аспекты проблемы, позволяя ему лучше сфокусировать и ориентировать последующие шаги. Данное предписание обычно используется в качестве маневра-увертюры не только для двух других типов нарушений пищевого поведения, но и для широкого спектра расстройств, с которыми нам приходилось работать.

3. Реструктурирование и блокирование попыток решения проблемы, предпринятых членами семьи. На этой стадии терапии участие членов семьи, или хотя бы только матери, имеет необычайную важность. Как уже подчеркивалось ранее, прямые или не прямые попытки членов семьи заставить пациентку есть парадоксальным образом способствуют отказу от еды и в результате еще больше усложняют проблему, вместо того чтобы решить ее. Хорошее начало терапевтического процесса предусматривает прямое вмешательство терапевта в систему семейной коммуникации с помощью предписаний, способных заблокировать попытки решения, предпринятые за последнее время.

С этой целью терапевт, предложив пациентке выйти из кабинета, предписывает членам семьи то, что мы называем «*Обетом молчания*»: он просит их избегать любого вмешательства и разговоров о проблеме. Давая это предписание, очень важно не вызывать чувство вины у членов семьи и не критиковать то, что они делали раньше; напротив, необходимо похвалить родителей за их терпение и готовность помочь дочери, используя при этом предписывающий язык, переопределяя в позитивном ключе их действия и в особенности избегая негативных формулировок:

«Поскольку до сих пор вы проявляли столько терпения и готовности помогать вашей дочери, старались быть рядом с ней, ограни-

чивая ущерб и избегая еще большего ухудшения ситуации, я вас попрошу сделать еще больше, принести еще одну жертву, приложить еще одно усилие. Это может показаться вам странным, но вы теперь должны стараться наблюдать, не вмешиваясь. Я хочу, чтобы вся семья соблюдала в отношении проблемы вашей дочери то, что мы называем «Обетом молчания», то есть нужно полностью избегать разговоров о проблеме. Хорошо? Вы должны проявить все ваши способности, чтобы избегать разговоров о проблеме; вы должны думать о том, что всякий раз, когда вы о ней говорите, вы на самом деле подпитываете расстройство. Не знаю, сможете ли вы сделать это, но задумывайтесь о том, что каждый раз, когда вы говорите о проблеме и вмешиваетесь, вы только усугубляете ее. Задумывайтесь о том, что всякий раз, когда вы стараетесь убедить ее есть и пытаетесь таким образом помочь ей, вы подпитываете расстройство. Итак, помогите мне помочь вашей дочери, наблюдая и не вмешиваясь, но информируя меня о том, что произойдет».

Выполнение предписания приводит к немедленному блокированию привычных попыток решения проблемы, предпринятых семьей, и это часто вызывает разблокирование проблемы пациентки и уменьшение симптомов анорексии. Эффективность этого маневра объясняется тем, что замкнутый круг взаимодействий между семьей и пациенткой, обеспечивавший устойчивое существование расстройства, разрывается. Логика данного предписания базируется на логике стратагемы «бросить кирпич, чтобы получить в ответ нефрит»¹.

Чтобы это предписание выполнялось, дающий его терапевт должен говорить на языке, соответствующем логике родителей, используя в качестве рычага воздействия их желание помочь дочери и свойственный им дух жертвоприношения, «возводя» их в котерапевты. Только в том случае, если родителей не будут подвергать критике и обвинениям за их действия, а, наоборот, похвалят и к ним обратятся за помощью, они проявят склонность к выполнению предписания, которое идет вразрез со всем, что они до этого делали.

¹ Не затрачивая особых усилий и применяя простые методы, получить хороший терапевтический эффект. — *Примеч. науч. ред.*

4.2.2.2. Вторая стадия (от второй-третьей до пятой сессии)

На этой стадии терапия продолжается также в двух направлениях: с одной стороны, «возмущающее» вмешательство по отношению к страдающей анорексией пациентке, а с другой — предписания членам семьи.

1. **Вмешательство, направленное на возвращение женственности.** После создания союза с пациенткой с помощью «письма на подушке» продолжают «размораживать» эмоции посредством целой серии маневров, направленных на то, чтобы она вновь открыла себе собственную женственность. Для этого начинают делать ставку на ее способность быть обольстительной, подталкивая ее к «игре обольщения»: более женственно одеваться, говорить, причесываться и т.д. К тому же эта своего рода «театральность» очень нравится пациенткам, страдающим анорексией. Этот тип вмешательства, направленный на непрямую стимуляцию присущего женщинам желания нравиться, имеет целью вызвать у пациентки приятные эмоции и ощущения; и после того как она начнет «чувствовать себя» в одной сфере, она может начать испытывать желание «чувствовать себя» и в других сферах. Однако, добываясь этого эффекта, не стоит требовать от пациентки слишком много — лишь минимальные шаги, чтобы дать начало процессу изменений. Пациентка должна ощущать, что она «работает», но в пределах «зоны безопасности»: как будто она учится прыгать с высоты, но со страховкой. В этом случае минимальные изменения могут стать «снежным комом», который, скатываясь с горы, становится все больше и больше и в конце концов превращается в неуправляемую лавину. Однако если слишком резко подтолкнуть снежный ком, он может рассыпаться.

На этой стадии предписание «*Письмо на подушке*» остается в силе, но со временем пациентку просят писать только тогда, когда ей этого хочется.

Кроме того, предписывается заполнять «*Эстетический табель перед зеркалом*»:

«Каждый день, после того как вы примете душ или ванну, встаньте перед зеркалом, не одеваясь, и возьмите бумагу и ручку. Я хочу, чтобы

вы дали себе оценку с эстетической точки зрения, от кончиков ног до макушки, часть за частью, спереди и сзади, по шкале от 0 до 10. Запишите свои оценки и рядом с каждой дайте объяснение. Каждый раз после того, как вы проведете оценку, положите листок в конверт и больше не смотрите на него. Принесите все конверты на следующую сессию».

На следующей сессии к «*Эстетическому табелю*» добавляется задание «*Самомассаж с кремом*» (нанести крем на все тело после принятия душа / ванны), которое также необходимо выполнять перед зеркалом: «Таким образом вы лучше почувствуете свое тело, вы должны знать ваше тело». Это рассматривание себя в зеркале и нанесение крема — наблюдение и прикосновение — в действительности имеют легкий эротический эффект, который постепенно начинает трансформировать восприятие пациентки, страдающей анорексией, и она начинает восстанавливать контакт с собственным телом, ощущая его, а не только глядя на него.

Предписание заполнения «*Эстетического табеля*» и «*Самомассажа с кремом*» служит для того, чтобы позволить пациентке воспринять ощущения и эмоции, связанные не только с контактом с собственным телом, но и с взаимодействием с другим человеком (потому что она делает это для терапевта). Следовательно, этот тип стимулирующего вмешательства дает скорее не телесный опыт в строгом смысле, а эмоционально-корректирующий опыт, инициирующий процесс, который приводит к восстановлению отношений с другими людьми. Таким образом, пациенток, страдающих *абстинентной анорексией*, постепенно приводят к «снятию доспехов», которые они надели на себя, чтобы защититься от ощущений и от собственной чрезмерной чувствительности, и восстановлению шаг за шагом желания вступать в отношения с другими людьми.

В этих маневрах важную роль играет способность к обольщению; здесь имеется в виду не столько эротическое обольщение, сколько коммуникативное обаяние: такое обаяние является важным элементом общения терапевта с пациенткой (двойная терапевтическая ловушка). При этом терапевт-мужчина может вызвать «эмоциональную встряску», а терапевт-женщина может стать моделью для подражания поведенческой модели женственности. Для примера можно вспом-

нить яркую «способность обольщать» таких терапевтов, как Вирджиния Сатир, Мара Сельвини Палаццоли, Клоэ Маданес и др.

Шаг за шагом, с помощью предписаний, терапевт ведет пациентку ко все большему проявлению женственности; он просит ее одеваться как можно более женственно, предлагает ей вести себя как *«роковая женщина»* («посмотрим, получится ли это у вас») и так далее, таким образом позволяя ей восстановить способность испытывать эмоции, вызываемые ощущением того, что она нравится другим и самой себе.

При работе, направленной на межличностные отношения, главным образом используется особая формулировка предписания *«Как если бы...»*:

«Я хочу, чтобы каждое утро, когда вы умываетесь, одеваетесь, готовитесь к выходу... вы задавали бы себе такой вопрос: «Что бы я сделала сегодня, за сегодняшней день, отличного от того, что я обычно делаю, *если бы* я думала, что другие люди считают меня привлекательной?» И среди всего того, что вам придет в голову по поводу того, что вы могли бы сделать, выберите самое, самое незначительное и выполните это. Каждый день делайте что-то маленькое, но конкретное, *как если бы* вы чувствовали себя привлекательной, и каждый день выбирайте что-то другое. Принесите мне в следующий раз список всего того, что вы сделали».

Предписание *«Как если бы...»* (Watzlawick, 1990) является, как и *«Фантазия чуда»*, позитивно ориентированной техникой, нацеленной на то, чтобы ввести в повседневную деятельность человека минимальные изменения, которые могут вызвать «эффект бабочки»¹ (Thom, 1990). Действительно, если удастся каждый день в ситуациях, кажущихся незначительными, вносить изменения в отношение, на основании которого выстроена дисфункциональная реальность пациентки, то тем самым создается конкретный *эмоционально-корректирующий опыт*, который без труда может быть приумножен на основе повторения действий, заданных предписанием *«Как если бы...»*, вплоть до построения новой функциональной реальности,

¹ Термин, заимствованный из теории катастроф: в силу этого эффекта взмах крылышек бабочки может вызвать циклон на дистанции во много километров. — *Примеч. ред.*

которая полностью заменит предыдущую. Маленькие, но конкретные действия «*Как если бы...*» постепенно разрушают привычный способ взаимодействия пациентки с окружающей действительностью и приводят к тому, что она действительно начинает чувствовать, что она нравится и что за ней ухаживают. «Самообман» позволяет пациентке получить опыт, который опровергает ее прежнюю установку (само-реализующееся предсказание). Этот конкретный опыт постепенно приведет к изменению ее «верований» и восприятия окружающей действительности (Nardone, Salvini, 1997; Nardone, 1998). Кроме того, преимуществом этой техники является то, что она позволяет пациентке конструировать собственные способы решения проблемы без подсказки терапевта.

На последующих сессиях количество маленьких «*Как если бы...*» увеличивается до двух, трех, четырех в день, пока пациентка не начнет спонтанно вести себя *как если бы* она чувствовала себя привлекательной.

2. Предписание членам семьи. На этой стадии терапевт продолжает работу с родителями в направлении, заданном на первой сессии. Он просит их не только «наблюдать не вмешиваясь», но и всеми способами преувеличивать проблему дочери: например, накрывая на стол, не ставить для нее приборы (говоря при этом: «Ты же все равно не ешь»); напоминать ей, что она не должна есть слишком много, чтобы не потолстеть и не почувствовать себя плохо; и т.д. Постепенно родители подводятся не только к прекращению всех дисфункциональных предпринятых попыток решения, но и к дискредитации любой попытки дочери есть более нормально. Например, терапевт может дать матери следующее предписание:

«Я хотел бы, чтобы вы с этого момента начали своего рода дискредитацию проблем вашей дочери, то есть чтобы вы, например, перестали накрывать для нее на стол, перестали бы звать ее к столу, перестали бы проявлять интерес к тому, что она ест. Более того, с этого момента до нашей следующей встречи я хочу, чтобы вы каждый день, хотя бы три раза — утром, в обед и вечером — напоминали вашей дочери: «Будь осторожна с едой, тебе может стать плохо. Если ты слишком быстро будешь набирать вес, ты можешь испугаться!». Итак, каждый день утром, в обед и вечером вы должны повторять

вашей дочери: “Я тебя очень прошу, будь осторожна с едой! Если ты слишком быстро наберешь вес, тебя это может испугать”»).

Таким образом, с помощью логики парадокса привычная установка членов семьи по отношению к проблеме дочери заменяется на прямо противоположную, их постепенно подводят к тому, чтобы они начали фрустрировать дочь и дискредитировать проблему. Этот тип парадоксальной коммуникации в семье оказывает разрушительное воздействие на свойственные анорексии симптомы, в результате чего часто происходит разблокирование проблемы и пациентка начинает есть. Естественно, для того чтобы члены семьи согласились выполнять такое предписание (которое кажется абсурдным и противоречащим здравому смыслу), терапевт должен уже на первой сессии умело «зацепить» членов семьи и возвести их в ранг котерапевтов.

Как правило, к концу второй стадии проблемная ситуация разблокируется: пациентка начинает есть и ее вес начинает увеличиваться. Когда дисфункциональная система, которая поддерживала проблему, разрушена и для пациентки открываются новые возможности воспринимать реальность и реагировать на нее, переходят к третьей стадии — терапевтическому вмешательству, направленному на закрепление достигнутых изменений и продуцирование новых, совершая постепенную реорганизацию перцептивно-реактивной системы пациентки.

4.2.2.3. Третья стадия (начиная с пятой-шестой сессии)

Главной задачей третьей стадии является обогащение способов восприятия пациенткой окружающей действительности и реакций на нее; в результате устанавливается новое, более гибкое психологическое равновесие и достигается окончательное решение заявленной проблемы. Для этой стадии требуется больше времени, чем для других.

Как мы уже увидели, на первых двух стадиях терапевтического вмешательства проблема отношения пациентки к еде обычно не обсуждается специально, однако это не означает, что нужно во что бы то ни стало избегать этой темы. На третьей стадии, наоборот, если

это необходимо, работа фокусируется на отношении пациентки к еде, чтобы ее восприятие в этой сфере стало более корректным, как это уже было проделано по отношению к другим типам ощущений. Например, можно привести ее к тому, чтобы она вновь почувствовала удовольствие от вкусовых ощущений.

Часто случается, что после разблокирования проблемы страдающие анорексией пациентки хотят есть нормально и увеличить свой вес, но им это не удается; иногда это случается потому, что они думают, что калорийность съедаемой ими за день пищи соответствует рекомендуемой норме, в то время как на самом деле они потребляют гораздо меньше, чем требуется. Такие пациентки проявляют большую способность к самообману в восприятии того, что они едят, как будто они пользуются деформирующими линзами, которые все увеличивают. В этих случаях можно, например, научить их сначала «взвешивать глазами», а потом взвешивать на весах, для того чтобы начать правильно воспринимать количество съедаемой еды и постепенно отказаться от деформирующих линз, превратив их в функциональный инструмент восприятия.

Прямое терапевтическое вмешательство в отношении еды необходимо также в том случае, когда пациентки восстанавливают нормальный вес и у них возвращается менструальный цикл, однако их «взаимоотношения» с едой по-прежнему затруднены (они испытывают чувство страха, садясь за стол, или в любом случае продолжают ограничивать себя в еде). Желая всегда быть совершенными и никогда не терять самоконтроль, эти девушки занимают ригидную позицию по отношению к собственному режиму питания, абсолютно не позволяя себе никаких отклонений. В этих случаях их учат вводить *«маленький беспорядок, который поддерживает порядок»*, с помощью следующего реструктурирования:

«За каждым ограничением прячется отклонение: чем более жесткие ограничения вы себе задаете, тем больше искушение отклониться от них. Если же вы вместо этого создадите порядок, который предусматривает небольшой беспорядок, то вы больше не будете нуждаться в отклонениях, поскольку маленький беспорядок позволяет вам избежать большого беспорядка: он (маленький беспорядок) поддерживает систему в равновесии и дает ей возможность развиваться.

К примеру, маленькая шоколадка (маленькое отклонение) позволяет вам в дальнейшем не испытывать тяги к отклонениям в отношении значительно бóльших вещей. Необходимо позволять себе что-то: если вы позволяете себе что-то, вы можете и отказаться от этого, если вы не позволяете, то и отказаться становится невозможно».

Терапевт подчеркивает важность правильной организации режима питания, решая вместе с пациенткой, какой именно режим был бы более правильным и сбалансированным для нее («кто же лучше вас может знать это?»), но вводит также идею о том, что для сбалансированного здорового питания необходим «*маленький беспорядок, который поддерживает порядок*»: для того чтобы суметь не потерять контроль, необходимо допускать маленькие отклонения. Таким образом терапевт предписывает пациентке «*маленькое пищевое отклонение*» каждый день (одна шоколадка, одно печенье и т.п.), и каждый день «отклонение» должно быть обязательно новым и непременно вкусным для нее; при этом пациентке говорится: «Если вам удастся сделать это, то это позволит вам не потерять контроль над всем остальным». Этот маневр является фундаментальным в том случае, когда пациентка больше не отказывается от пищи, но продолжает сохранять обсессивное отношение к еде.

4.2.2.4. Четвертая стадия (последняя сессия)

На последней сессии проделывается в точности то, что уже описано для *жертвенной анорексии*.

Пример клинического случая 2: абстинентная анорексия

Первая сессия

(Входят пациентка, отец и мать.)

Т: Какая проблема привела вас ко мне?

М: (Показывает пальцем на дочь.)

Т: А, на этот раз это так!

М: Моей проблемы практически уже не существует.

Т: (Обращается к пациентке.) В чем ваша проблема, на которую указывают пальцем?

М: Пусть она сама скажет! В чем ее проблема? Анорексия!

Определение
проблемы

Т: Тогда, может быть, лучше, если я поговорю с ней наедине, а потом, если понадобится, я позову вас обоих, хорошо?

М: Я думаю, что так, может быть, лучше.

Т: Я потом решу, нужно ли это, хорошо?

М: Может быть, потом мы увидимся, чтобы попрощаться с вами.

Т: Да, да, мы позаботимся об этом.

(Отец и мать выходят.)

Т: Итак, в чем проблема?

П: Я не знаю, по-моему, у меня не было проблем, а потом...

Т: Значит, тебя вынудили прийти сюда.

П: Нет, нет, может быть, это мое решение. За эти дни я поняла, я не знаю... так, случайно... что я стала рабой диеты, с тех пор как ее начала. Я похудела на 18 килограммов и, на мой взгляд, хорошо себя чувствовала физически, но потом это перестало быть правдой, то есть мне постоянно холодно и все такое. Но в присутствии других я говорила, что чувствую себя хорошо. Ну потом, совершенно случайно — я ведь учусь в школе переводчиков, — у нас был урок об анорексии, и я увидела многие вещи с психологической точки зрения, то есть это описывало меня. Мне было ужасно стыдно, именно стыдно, но тогда еще я подумала: «Нет, нет, это не имеет ко мне никакого отношения! Все равно все это неправда!» Потом именно в эти дни я поняла, что действительно стала рабой того, что я ем. В конце дня я должна подсчитать калории. Если я отклонилась на 10–20 калорий, я должна наказать себя и на следующий день ем меньше, а между тем продолжаю худеть... я не знаю...

Т: Сколько ты вешишь?

П: 51–52.

Т: Ты продолжаешь худеть? С какой скоростью?

П: Один килограмм каждые 2–3 недели.

Т: А ты прилагаешь усилия к тому, чтобы не худеть, или ты в общем и целом довольна этим?

П: Когда я встаю на весы и вижу, что я похудела еще на один килограмм, я, с одной стороны, вол-

- нуюсь, потому что думаю: «Мадонна, как это возможно!»
- Т: С другой стороны, ты этим довольна.
- П: С другой стороны, я делаю все, чтобы вновь не набрать потерянный вес, то есть мне просто не удается есть.
- Т: Что ты ешь? Только овощи? Избегаешь...
- П: Нет, я ем всего понемногу, вот только... То есть я не лишаю себя сладкого, не лишаю, потому что я вообще-то сладкоежка, но если я знаю, что днем съела мороженое, то вечером ем только суп из овощей.
- Т: Именно так. А бывает, что ты вызываешь рвоту, если поешь побольше, или ты этого не делаешь?
- П: (Отрицательно качает головой.)
- Т: Тебе это не удается?
- П: Нет.
- Т: Или тебе не нравится?
- П: Нет, я поняла, что не должна начинать делать это — и все. Пару раз я это делала.
- Т: Тебе достаточно просто поголодать.
- П: Нет, даже не голодать. Вот только меня раздражает, что я должна все программировать, ну, не знаю... я не лишаю себя хорошего ужина, однако если в моей программе вечером ужин в ресторане, пицца, мороженое, тогда я должна съедать завтрак и обед полегче. А если мне случается отклониться — ну тогда прощай! Меня охватывает... (Пауза.) Чувство вины, у меня кризис, всем грублю.
- Т: Хорошо, а что еще?
- П: А еще... Не знаю. Т: У тебя есть жених? П: Да.
- Т: И какие у вас отношения?
- П: Ну... В последнее время все было не очень хорошо, но сейчас... На прошлой неделе я с ним поговорила, и он был доволен этим. «Я уже все равно знал об этом, не было необходимости мне об этом рассказывать, — сказал он. — Я рад, что ты поняла это. Теперь все будет лучше».

*Изучение
перцептивно-
реактивной
системы
пациента и
предпринятых
попыток
решения
проблемы*

*Исследование
системы
отношений
пациента*

- Т: А как пытаются помочь тебе окружающие тебя люди? Они говорят тебе: «Ешь, ешь, ешь!»
- П: И тогда я делаю ровно наоборот.
- Т: Кто это делает больше всех? Твоя мать?
- П: Свекровь.
- Т: Свекровь? Почему? Ты часто ходишь к ним на обед?
- П: В последнее время я стараюсь избегать этого, потому что боюсь.
- Т: А что ты делаешь дома?
- П: Дома я ем одна.
- Т: Ты не ешь вместе со всеми?
- П: То есть я ем вместе с ними, но они должны оставить меня одну, потому что иначе мне не удастся правильно взвешивать, иначе у меня возникает страх, что мне положат больше масла, потому что...
- Т: А они просто наблюдают за тобой или вмешиваются?
- П: Мой папа часто говорит: «А ты положила масло, а ты положила сахар?» Но они чаще молчат, потому что боятся именно моей реакции, боятся, что я нагроблю, — и все. А сейчас я в таком состоянии, но я вижу, что им было бы приятно, если бы я ела вместе с ними, потому что они едят то, что я раньше ела. Но это сильнее меня, именно так, и если у меня нет весов, чтобы взвесить макароны — я больше не могу это сделать на глазок, — я могу сделать прямо противоположное: на глаз мне кажется, что их всегда слишком много, и тогда я немного убираю, в то время как весы показали бы всего 100 граммов. Я больше не покупаю продукты, на которых нет указания калорийности, иначе я не могла бы подсчитать калории. Это стало так навязчиво — у меня едет крыша.
- Т: Следовательно, ты постоянно контролируешь калорийность еды. Сколько килокалорий в день ты позволяешь себе?
- П: Сейчас 1500.
- Т: А ты уверена, что это 1500?
- П: Я всегда округляю в большую сторону (*улыбается*).

Исследование
попыток
решения
проблемы,
предпринятых
окружающими

Т: Если в каком-то продукте 50, то для тебя это означает 200.

П: Нет, не до такой степени. Но если я не уверена в калорийности какого-то продукта, то есть если я думаю...

Т: Как тебя зовут?

П: М.

Т: М., не худеют на килограмм в неделю, съедая 1500 килокалорий в день! Такие, как ты, сохраняют свой вес, если съедают 1500 килокалорий в день.

П: Да, действительно, сейчас я вешу 51–52 килограмма, но я не знаю... Эти 1500 слишком сильно округлены в большую сторону.

Т: Тогда я хотел бы знать вот что: стало быть, ты целый день думаешь о том, как контролировать еду; но ты стараешься что-нибудь сделать, чтобы разблокировать эту ситуацию, или ты прямо-таки раба этого демона?

П: Иногда случаются дни, когда я говорю себе: «Ну, тогда я сделаю что-нибудь», и дни, когда я сама себя убеждаю в том, что я хорошо себя чувствую, что мне так удобно... Я не знаю, это как будто бы внутри меня сидят дьяволенок и ангелочек.

Т: ОК.

П: Иногда побеждает один, а иногда — другой. Т: Хорошо. А кроме еды — есть другие проблемы, которые тебя беспокоят?

П: Немного — поведение моих родителей, но я думаю, что это нормально.

Т: Почему? Какое поведение твоих родителей тебя беспокоит?

П: Ну... что они иногда ссорятся, что нервничают.

Т: Они ссорятся между собой?

П: Кроме того, они также часто, особенно мой папа, как бы давят на меня... ну я не знаю... «Ты положила это, ешь сахар...» И если это случается в мой «плохой» день, а он мне говорит: «Положи сахар», то я не кладу его, даже если сначала хотела положить.

Т: Послушай, а из них двоих — отец больше стоит над тобой?

П: Да, но, может быть, мама меньше, потому что она боится... ну я не знаю... боится, что я ей нагрублю... она боится... я не знаю...

Т: Хорошо, значит, это ты решила прийти ко мне?

П: Да, это я решила.

Т: Или это они выбрали?

П: Да, она мне уже давно об этом говорила, но...

Т: А что касается решения прийти именно ко мне?

П: Ну я тогда сказала себе: «Моя мама осталась довольна, это человек, о котором я знаю»...

Т: Хорошо. ОК.

П: Которому я могу доверять! А тем временем... теперь уж...

Т: Хорошо. Хочешь конфетку или жвачку?

П: *(Отрицательно качает головой.)*

Т: Я был уверен в этом *(улыбается)*. Значит, ты знаешь, что я использую совершенно особые методы, что я не слишком много говорю и что не заставляю много говорить, что я даю задания, которые нужно делать, что эти задания могут иногда показаться странными, нелогичными, смешными... но их надо выполнять буквально. Я всегда даю объяснение, но потом.

П: *(кивает)*

Т: Второе правило — я даю себе только десять сессий для того, чтобы увидеть результаты. И если я не вижу никаких результатов, я прекращаю терапию на десятой сессии. Если на десятой сессии мы установим, что произошли изменения, но мы еще не закончили работу, то мы ее продолжим. Если все идет как обычно, то к десятой сессии проблемы обычно решаются, но я не знаю, будет ли это так и в твоем случае.

П: Попробуем.

Т: Хорошо. Я думаю, что я располагаю хорошими методами для решения твоих проблем, потому что это проблемы, с которыми я часто сталкивался, и мы их хорошо исследовали и создали специфические модели для их решения. Но не знаю, будут ли они эффективны в твоем случае.

П: Моя проблема такая тяжелая?

Согласование условий терапевтического вмешательства

Двойная терапевтическая ловушка

Т: Зависит от того, сможешь ли ты следовать тому, о чем я тебя попрошу. Я хочу от тебя две вещи, а потом еще об одной я попрошу твоих родителей, и это доставит тебе большое удовольствие. Первая вещь такая... У тебя есть бумага для писем?

П: *(Удивленно кивает.)*

Т: Я хочу, чтобы ты каждый вечер, ложась в кровать, взяла с собой конверт и бумагу и в последний момент, уже на подушке, написала письмо. К этому письму есть единственное требование: оно должно начинаться словами «Дорогой доктор» — это я. Потом ты можешь написать мне даже то, что я неприятный, глупый, идиот, — напиши все, что взбредет тебе в голову. Когда закончишь, подпиши письмо. И в следующий раз принеси мне все письма. Хорошо?

П: Все что угодно?

Т: Все что угодно. Все, что взбредет тебе в голову. Это позволит мне узнать тебя лучше, чем любая беседа. ОК? Но каждый вечер это — последнее, что ты должна сделать уже лежа на подушке, прежде чем уснуть. Хорошо? А вторая вещь, которую я прошу тебя сделать, — это своего рода волшебная фантазия. Каждое утро, когда ты просыпаешься, одеваешься, готовишься к выходу, делаешь макияж, в это время попробуй вообразить себе, что ты выходишь отсюда, как сегодня ты выйдешь отсюда, что закрываешь дверь, как сегодня мы закроем дверь, как только выйдем отсюда, и как только ты выйдешь отсюда — «пуфф!» — как по волшебству исчезает твоя навязчивость, у тебя больше нет навязчивых идей в отношении еды.

П: Хорошо бы.

Т: Что сразу же изменилось бы в твоей жизни? Какие другие проблемы пришлось бы решать после этого? Чтобы ответить мне, необходимо, чтобы ты вообразила себя в такой ситуации. Вызови у себя конкретный образ, конкретную эмоцию: что ты выходишь отсюда, закрываешь дверь, и как только ты ее закрыла — «пуфф!» — как по волшебству исчезает проблема. Какие проблемы встали бы перед тобой после этого? Что немед-

*Первое
предписание:
«Письмо на
подушке»*

*Второе
предписание:
«Фантазия
чуда»*

ленно изменилось бы в твоей жизни? Принеси мне ответы. Задания, которые я даю тебе, — это наш с тобой секрет.

П: *(Кивает.)*

Т: Подожди, я сейчас позову твоих родителей и дам им задание.

(Входят родители.)

Т: Пожалуйста, входите, вот еще один стул. Итак, прежде всего: проблема мне совершенно ясна, ее можно решить, достаточно того, чтобы вы все втроем буквально выполняли все, о чем я вас попрошу. Согласны? Хорошо. Я уже дал задание М., и это наш секрет, хорошо? Вы должны будете делать одну вещь, которая будет скорее непростой: избегать всяческих разговоров о проблеме; нужно дать своего рода обет молчания в отношении проблемы, никто не должен упоминать проблему анорексии и никто не должен говорить: «Ешь!» Даже наоборот — если вы увидите, что М. начинает есть больше, вы должны предупредить ее, что она потом пожалеет об этом: «Осторожно, М., ты потом раскаешься, если съешь слишком много». Совершенно избегайте говорить ей: «Ешь то, ешь это, ешь побольше», потому что это только усиливает проблему.

М: То есть... но я ей этого никогда и не говорила, если бы она хотела... *(смотрит на дочь)*. Это скорее он *(показывает пальцем на мужа)*.

Т: Мы с вами здесь не для того, чтобы найти виновного.

М: Нет, но дело в том, что она тоже должна быть немного...

Т: Она мне уже сказала. Но здесь мы говорим следующее: «Все члены семьи должны избегать разговоров о проблеме, и все стараются не говорить М. «Ешь!». Я прекрасно знаю, что это трудно. Когда видишь, что девушка все больше худеет, что она меньше ест, кажется, что за ней надо следить... Однако задумайтесь о том, что всякий раз, когда вы ей говорите это, вы усиливаете патологию, вы с ней постоянно как бы меряетесь

*Третье
предписание:
«Обет
молчания»*

силами, и это вызывает у нее еще большее желание ничего не делать. Стало быть, это может заблокировать наше вмешательство на данном этапе. Все остальные люди в вашем окружении должны быть предупреждены о том, что необходимо избегать разговоров о проблеме и что никто не должен позволять себе говорить ей: «Ешь».

П: Значит, скажите это и Терезе (*улыбается*). Т:

Скажите это всем, хорошо? Потому что при подобных проблемах старания тех, кто хочет помочь, — это самая опасная вещь. Согласны? Кроме того, у нее есть свои задания.

М: Я иногда это делала, в некоторые моменты...

Т: Это нелегко.

М: Мы не знаем, как действовать, что делать, потому что неизвестно, каким образом можно давать ей советы. Мы молчим, ведем себя как страусы, стараемся избегать... однако в некоторые моменты, когда она взрывается, достаточно любого предлога — и перед нами «бум!», и тогда...

Т: Хорошо, я уже начал работать с М. Итак, я могу встретиться с вами на следующей неделе, и в данном случае мне необходимо встречаться с ней в течение десяти сессий, не пропуская ни одной, потому что мы работаем не просто над маленькой проблемкой, ОК?

М: ОК.

Вторая сессия

Т: Входи, М.

П: Это письма, не хватает одного. Т:

Только одного не хватает? Садись.

П: Да, потому что в тот вечер я плохо себя чувствовала.

Т: И ты не написала письмо. Следовательно, здесь три письма, хорошо. Что ты в них написала? Ты мне написала что-нибудь?

П: То, что мне приходило в голову, я даже не перечитывала, наверное, там есть и ошибки, иначе я бы их исправила.

Т: *(Иронически.)* А я буду подчеркивать «ошибка, ошибка, ошибка». Скажи мне, есть ли в письмах что-то из того, что ты мне написала, — раз ты писала таким сплошным потоком, — что тебе было бы трудно сказать мне лично?

П: Да, думаю, что да. Может быть, некоторые вещи не сразу приходили мне в голову, поэтому я писала все, что мне писалось, даже банальности.

Т: Раз ты написала то, что сначала боялась сказать мне, ты можешь сказать мне это сейчас.

П: Сейчас?

Т: Начни с того, что ты мне написала и что тебе было бы трудно сказать мне лично.

П: Не знаю, много других вещей, которые я раньше не делала, а теперь делаю.

Т: Какие это вещи, которых ты раньше не делала, а теперь делаешь?

П: Интересоваться кухней, меня привлекает супермаркет, ходить туда и рассматривать разные вещи.

Т: Изучать калорийность продуктов.

П: Да.

Т: Ты ничего не покупаешь, если не указана калорийность. А что еще?

П: Еще... Не знаю. Я написала обо всем и ни о чем. Даже о том, что не имеет никакого отношения, о том, что, наоборот, расстроило меня.

Т: Как ты себя чувствовала в эти дни? Лучше или хуже, чем обычно?

П: М-м-м... В первый вечер я была... не знаю — полный хаос в голове. Сначала мне было хорошо, я гуляла со своими родителями и даже совсем не думала об этом, я буквально последовала совету, и мне это удалось в тот момент *(улыбается)*. Потом я приехала домой, и не знаю... и меня немного прихватило, может быть, потому, что я была дома одна, а потом мысль о том, что на следующий день я должна вернуться в мой городок... *(улыбается)* Я уже заметила, что когда я в С., я меньше думаю об этом, а когда я дома... *(фыркает)*.

Т: Больше.

П: Да, мне действительно становится хуже. Если в С. мне приходит в голову мысль: «А может быть,

Переопределение
эффектов
первого
предписания
*(«Письмо на
подушке»)*

Отчет
о прошедшей
неделе

- я справлюсь», то когда я дома — как раз наоборот...
- Т: Хорошо.
- П: Действительно, от того, что я сейчас поеду в С., мне уже немного лучше.
- Т: Хорошо. Как ты вела себя по отношению к своей маленькой проблеме в эти дни?
- П: Э-э, я сказала, что сначала было лучше, а потом, наоборот, в субботу мне было очень плохо.
- Т: Лучше — что это значит?
- П: Что я старалась есть то, что мне хотелось, ну, после необходимых подсчетов.
- Т: Калорийности.
- П: По крайней мере я ела то, что мне хотелось.
- Т: Да.
- П: Действительно, когда я вышла отсюда, я даже купила себе мороженое.
- Т: Даже так! Вау!
- П: Однако это входило в мою диету.
- Т: А, конечно, в мороженом нет ничего плохого.
- П: А в субботу, наоборот, мне было очень плохо... я не знаю... я вам и написала об этом. Поскольку я обычно хожу в субботу вечером есть пиццу с моим парнем, стало быть, на завтрак я съела меньше, на обед совсем ничего не ела. Вечером мы пошли в другое место, и у меня сразу начался... я не знаю... как будто страх перед пиццей, потому что он мне заранее сказал, что там можно хорошо поесть, что еда там сдобрена как следует.
- Т: А-а-а.
- П: Я начала нервничать, и пицца была сдобрена так, как я себе это и представляла.
- Т: Конечно.
- П: Я ее съела, мне стало плохо. Я не знаю, было ли это вызвано психологическим фактором... не знаю...
- Т: Во всяком случае, тебе стало плохо. И что ты сделала?
- П: Ничего, нервный кризис.
- Т: А потом?
- П: Ну... у меня болел живот, и меня отправили в постель.

- Т: Ты выполнила утреннее задание, о котором я тебя просил, да?
- П: Да, я попробовала.
- Т: «Фантазия чуда»... «Пуфф», как по волшебству...
- П: Я попробовала.
- Т: Что происходило?
- П: Я не знаю... Когда я в С., мне это удается. Действительно, в пятницу утром я вышла из дома, и мне казалось, что я вновь стала такой же, как раньше, мне нравилось ходить по магазинам, не по продуктовым (*улыбается*). Я ходила по магазинам, делала покупки, как будто так и надо.
- Т: Ага...
- П: Нормально, но потом вечером я вернулась домой, и на меня опять накатило.
- Т: Следовательно, если я правильно понял, были такие моменты, в которые казалось, что случился именно «пуфф», все как по волшебству исчезло.
- П: И другие моменты, в которые, наоборот, все возвращалось в сто раз сильнее.
- Т: Что именно? В чем заключалась разница? В чем существенная разница в те моменты, в которые ты чувствовала себя...
- П: В те моменты, в которые я чувствовала себя хорошо?
- Т: Да, как будто — «пуфф!» — как по волшебству, все исчезло.
- П: Я не знаю, в настроении тоже.
- Т: Что?
- П: Да, в настроении, я чувствую именно большое желание... я довольна, но я не знаю...
- Т: Однако, если я правильно понял, это означает, что на этой неделе, за это малое количество дней, что-то внутри тебя пришло в движение.
- П: Да, но у меня и раньше случались такие моменты...
- Т: Хорошо, это важно.
- П: ...в которые я чувствовала себя лучше. И моменты, в которые мне было хуже. Я заметила то, что моменты, когда мне лучше, всегда бывают, когда я в С., и мне плохо, когда я дома в конце недели.
- Т: А тебе никогда не случалось быть дома и чувствовать себя хорошо?

Переопределение эффектов предписания («Фантазия чуда»)

- П: Иногда. Т:
Хорошо, хорошо.
- П: Хотя я и в С. все время продолжаю считать калории.
- Т: Конечно.
- П: Но там меня это угнетает меньше, в то время как дома это со мной происходит таким образом.
- Т: Хорошо. А ты взвешивалась? Ты измеряла себя?
- П: Да.
- Т: Хорошо.
- П: Да, я взвесилась в субботу, но потом я отставила весы и сказала себе: «Хватит, пауза до субботы».
- Т: «Не буду взвешиваться». И ты увидела, что ты прибавила в весе или нет?
- П: Вес уменьшился (*улыбается*).
- Т: Ты еще похудела?
- П: На полкило.
- Т: А, на этой неделе ты еще похудела?
- П: На полкило.
- Т: Хорошо. ОК. Я просто хочу, чтобы ты продолжала каждый вечер писать мне письма, включая в них все, что придет тебе в голову, хорошо?
- П: Действительно, я даже лучше себя чувствую, когда пишу.
- Т: Хорошо.
- П: Сначала мне не хочется начинать, потому что я немного лентяйка (*улыбается*), но когда я уже пишу, потом это становится способом...
- Т: Хорошо.
- П: ...излить душу.
- Т: Кроме того, я хочу, чтобы ты продолжала «Утреннюю фантазию», но проецируй ее на предстоящий день, изменяя вопрос таким образом: «Если бы — “пуфф!” — как по волшебству случилось чудо, что бы я сегодня сделала по-другому? В чем бы я вела себя иначе по сравнению с тем, как я веду себя сейчас, если бы у меня не было больше этой проблемы?»
- П: Я думаю об этом, и мне приходит в голову, какой я была раньше!
- Т: Ты знаешь, никто не может вернуться назад, мы можем только двигаться вперед.

Первое предписание: продолжать «Письмо на подушке»

Второе предписание: одна маленькая вещь в день «как если бы проблемы не было»

П: Я это знаю, но испытываю большое желание вновь стать такой, как раньше...

Т: Я прошу тебя задаваться вопросом: «Как я вела бы себя, если бы у меня не было больше моей проблемы, сейчас, сегодня?» Я хочу, чтобы ты выбрала из всего того, что тебе придет в голову (*что бы ты сделала, как если бы проблемы больше не было*), самую маленькую, самую незначительную вещь и выполнила ее на практике.

П: Однако это сложно!

Т: Каждый день утром ты задашь себе этот вопрос: «Как бы я вела себя, если бы случилось чудо, если бы у меня больше не было никакой проблемы?» И среди всего того, что тебе придет в голову, выбери самую маленькую, самую незначительную, даже неощутимую вещь и выполни ее на практике. ОК?

П: Надеюсь, что я все правильно поняла.

Т: На этой неделе ты уже сделала это спонтанно, не так ли?

П: Да.

Т: Я хочу, чтобы ты не ограничивалась отношением к еде, но прежде всего делала так, как это случилось с твоим настроением, хорошо? Вопрос такой: «Как бы я вела себя, если бы у меня не было никакой проблемы?»

П: Но я заметила, что мне не удается чувствовать себя хорошо в течение всего дня, и особенно вечером после ужина меня охватывает это состояние...

Т: Грусти, меланхолии.

П: Грусти, меланхолии.

Т: Рассказывай мне об этом в письмах, ОК? И еще одно задание: с этого момента и до следующей недели я хочу, чтобы ты два раза после того, как примешь ванну или сходишь в душ... Что ты обычно делаешь?

П: Принимаю душ.

Т: Хорошо, два раза, с интервалом в несколько дней... У тебя в С. есть большое зеркало, в котором ты можешь видеть себя целиком?

П: Да.

Третье предписание: «Эстетический табель перед зеркалом»

Т: Подойди к нему раздетая, хорошо? И с ручкой и бумагой в руках заполни «Эстетический табель», оценивая себя от кончиков ног до макушки...

П: Я уже делаю это.

Т: ...спереди и сзади, по шкале от 0 до 10, аргументируя свою оценку. ОК? Я знаю, что ты уже делаешь это, это очевидно, но на этот раз ты делаешь это для меня и принесешь мне табель.

П: Я должна заполнить своего рода табель?

Т: Ну да, «Эстетический табель», для всех частей тела, часть за частью, — указывай оценки и аргументацию. Каждый раз, когда ты это сделаешь, положи листок в вечерний конверт и не перечитывай его перед следующей оценкой. ОК? Посмотрим, что произойдет, хорошо? Мы встретимся в следующий понедельник. Во сколько прибывает твой поезд? Ты посмотрела расписание?

(Сессия заканчивается согласованием следующей встречи.)

Третья сессия

Т: Как идут дела? Я вижу, что ты мне принесла еще письма.

П: Последние два я писала утром вместо вечера. Это имеет значение?

Т: А почему?

П: Утром?

Т: Тебе так захотелось?

П: Да.

Т: Потому что ты должна была написать? Или тебе этого хотелось?

П: Нет, я чувствую, что утром у меня лучше получается.

Т: Хорошо.

П: Потому что вечером часто мне не хочется из-за лени.

Т: Хорошо. О чем ты мне рассказала в этот раз? Были ли опять такие вещи, которые тебе было бы неловко сказать мне лично, или нет?

П: Может быть, да.

Т: А какие, раз уж я все равно их прочитаю?

Переопределение результатов первого предписания («Письмо на подушке»)

П: Я сейчас не помню.

Т: ОК, молодец. Я прочитаю. (*Улыбаются.*)

П: Эти вещи приходят мне в голову в тот момент, когда я пишу, и я не перечитываю письма, чтобы не передумать.

Т: Как все было на этой неделе?

П: Я ожидала, что в конце недели все будет плохо, но, наоборот, все было немного лучше.

Т: Что это значит?

П: Что, может быть, мое душевное состояние...

Т: Когда ты вернулась домой, все пошло плохо?

П: Да, может быть, я ожидала, что все будет катастрофично, как на прошлой неделе, но, напротив, даже с моим парнем все получилось лучше, а мои домашние...

Т: А по каким признакам ты заметила, что все шло лучше?

П: Я была более спокойной, может быть, меньше грубила (*улыбается*).

Т: Ах так? А что еще, кроме грубых ответов?

П: Я немного спокойнее, не такая нервная. Т:

А...

П: Если не считать некоторых моментов, когда я буквально взрываюсь.

Т: А как ты вела себя в отношении своей маленькой проблемы?

*Отчет
о прошедшей
неделе*

В отношении проблемы девушка сообщает, что она продолжает терять вес, потребляя 1500 Ккал в день, и это происходит прежде всего из-за интенсивной физической нагрузки, которую она обычно выполняет. Терапевт высказывает предположение о том, что, возможно, пациентка «думает», что она получает это количество калорий, а в действительности она их получает гораздо меньше. Чтобы показать пациентке, в какой степени ее восприятие количества еды зависит от «деформирующих линз», которые она использует, терапевт предлагает ей, избегая вызвать в ней чувство вины или открыто противоречить ей, рассмотреть вместе типичный ежедневный рацион, соответствующий, по ее мнению, 1500 Ккал. В результате пациентка не смогла не согласиться с тем, что на самом деле калорийность ее дневного рациона обычно составляет примерно 1100 Ккал и никогда не превышает эту цифру.

Т: Имей в виду, что я не обвиняю тебя, я прекрасно знаю, что это является частью твоей проблемы — видеть все несколько деформированным и завышать калорийность еды при подсчете. Тебе это понятно? Из-за страха превысить.

П: Да. Например, когда я прихожу до 750, я говорю: «Ну, считай, 800».

Т: Повторяю, я доволен уже тем, сколько ты ешь, то есть тем, что ты делаешь с тех пор, как мы познакомились. Я очень доволен! Но я хочу научить тебя лучше «измерять» продукты. Я не говорю тебе: «Ешь больше», ты сама знаешь, что ты должна делать.

П: Да, я знаю.

Т: Хорошо, и я, безусловно, не буду подталкивать тебя. Я говорю тебе: «Я очень доволен, ты хорошо работаешь». ОК? Но ты же сама взвешиваешься, ты знаешь, что это означает. Хорошо?

Сессия продолжается переопределением эффектов двух других предписаний («как если бы» проблемы не было; «эстетический табель»). Девушка сообщает, что ей не удалось сознательно сделать ничего «как если бы проблема больше не существовала», но она все равно заметила некоторые изменения (исключения из проблемы). Что касается «эстетического табеля», то она сообщила, что испытала сильное чувство неловкости при его заполнении.

Терапевт завершает сессию, вновь давая предписания: «Письмо на подушке» (не как обязательное задание, а по желанию); «Эстетический табель перед зеркалом»; и заменяет предписание «Как если бы» на поиск исключений из проблемы.

Т: Я хочу, чтобы вместо того, чтобы задаваться вопросом: «Как бы я по-другому вела себя...», ты в течение дня старалась заметить что-нибудь, что случается без твоего усилия, что происходит спонтанно, — что-то, что позволило бы тебе обнаружить своего рода «исключения» из проблемы, нечто отличное от твоей жизни с проблемой. Поищи для меня какие-нибудь особенности твоего поведения, твоего отношения или ощущений, отличающиеся от проблемных.

Поиск исключений из проблемы

Четвертая сессия

Пациентка сообщает, что она наконец поняла, что слишком худая, и хочет восстановить свой вес, следуя указаниям диетолога. Следовательно, терапевт проводит реструктурирование важности соблюдения равновесия в питании, которое позволит ей постепенно увеличить вес до желаемого без риска слишком сильно поправиться.

Т: А по поводу всего остального... Что произошло с остальными заданиями?

П: Ничего... Я записала то, о чем вы меня просили: что отличается... Я была немного более веселой.

Т: Стало быть, ты заметила исключения среди исключений — ты более веселая.

П: Да, то есть это и мои друзья тоже заметили — я опять начала шутить, а раньше не делала этого. А потом — это может показаться немножко смешным — я старалась не спать с грелкой.

Т: Это не смешно, это реальность.

П: Потому что раньше доходило до того, что мне было холодно, когда ее не было. Действительно, я старалась делать так, чтобы у меня прошло это ощущение холода.

Т: М-м.

П: И это часто мешало мне выходить из дома... страх, что мне станет холодно. Это меня немного... Действительно, теперь я выходила из дома немного чаще.

Т: Хорошо.

П: И я немножко отвлекалась, потому что если я находилась дома, я думала: «Сейчас мне хочется поесть, но я не буду есть». А тут я выходила и развлекалась. Кроме того... ах да! Я попробовала один раз, но это закончилось провалом... *(Улыбается.)* Обычно в пятницу, когда я возвращаюсь домой к своим, я везу с собой свою еду. На прошлой неделе я решила не брать ее с собой, я сказала: «Буду есть то, что будет дома», но получилось небольшое недоразумение. Мама ничего для меня не приготовила, потому что, как она сказала: «Я же знаю, что ты всегда привозишь с собой еду!» *(Улыбается.)*

Т: А! И она ничего тебе не приготовила.

Переопределение эффектов поиска исключений из проблемы

П: И, стало быть, в первый раз, когда я... Ну что ж, в любом случае... (*Улыбаются.*)

Т: Важно уже то, что ты попробовала это сделать. Значит, было довольно много маленьких важных исключений.

П: Да, но у меня были и критические моменты.

Т: Ну что же, ты должна была этого ожидать! Не можешь же ты думать: «Все [будет идти] гладко...»

Терапевт подчеркивает, что важно продолжать сохранять «обет молчания» и с женихом девушки, чтобы не подпитывать проблему. Девушка подтверждает свое желание набрать вес, хотя и признается, что ей приятно, когда другие говорят, что она худая.

Т: Послушай, а какой эффект на тебя произвело то, что ты вставала перед зеркалом и заполняла табель?

П: Э... О боже!

Т: Тебя раздражало смотреть на себя, или тебе это доставляло удовольствие?

П: Зависело от того, в какой день...

Т: Ты себе понравилась или нет?

П: Нет, отсюда досюда — нет. Более того, это заставляет меня задуматься о том, что скоро наступит лето, я надену купальник, и будут видны одни кости. Но отсюда вниз я вижу себя толстой, даже пробовать не стоит.

Т: А кто же тебя просил...

П: Я не вижу себя худой, я пробую себе сказать: «Я худая!»

Т: Нет, нет. Ты должна встать перед зеркалом и поставить оценки в табеле, как мы и говорили. Более того, сейчас мы начнем делать больше. Я хочу, чтобы ты продолжала писать письма.

П: Я должна это делать каждый...

Т: Именно каждый день.

П: Нет, потому что часто мне не приходит в голову ничего, что я могла бы написать.

Т: Нет, подожди... Теперь это больше не обязательство, сейчас ты можешь делать это, когда тебе хочется.

П: Вот именно.

Переопределение эффектов «Эстетического табеля перед зеркалом»

Первое предписание: писать «Письма на подушке» по желанию

Т: В любой момент бери бумагу и ручку и пиши, а потом приноси мне. Продолжай искать «исключения» из проблемы, искать в течение дня что-нибудь, что происходит спонтанно и что позволяет тебе сказать: «Ах, мне лучше!» ОК? Вместо табеля ты должна становиться перед зеркалом, но теперь ты должна это делать каждый день. Возьми хороший крем для тела.

Второе предписание: продолжение поиска исключений из проблемы

П: Я уже делала это.

Т: Какой это произвело на тебя эффект?

П: У-у, сплошные углы.

Т: Сплошные углы, молодец, я именно этого и хочу. Однако ты должна любить это тело!

П: Я, наоборот...

Т: Значит, в прошлый раз я уже просил тебя делать это.

П: Однако у меня это вызывает стыд.

Т: Охотно верю. В прошлый раз я просил тебя делать это как табель, а сейчас я хочу, чтобы ты делала это каждый вечер. У тебя это вызывает стыд, правда?

П: Мне особенно стыдно перед моим парнем, даже очень стыдно, потому что я знаю, что он старается говорить мне: «Ну ты и такая мне нравишься». Но я знаю, что это неправда. Стало быть, мне стыдно за себя, но я все равно предпочитаю быть такой, как сейчас, чем такой, какой я была раньше, хотя и раньше я не была особенно красивой.

Т: С этого момента ты должна делать вот что. Ты просто должна говорить себе: «Я должна выполнять это задание, потому что я должна начать входить в контакт с собственным телом». ОК? Каждый вечер массируй себя от кончиков ног до макушки, даже если ты чувствуешь себя костлявой или чувствуешь себя толстой.

Третье предписание: «Самомассаж перед зеркалом»

Пятая сессия

Пациентка сообщает, что она еще не записалась на прием к диетологу и что ей не удалось регулировать свое питание, как ей хотелось бы, хотя она несколько раз ела нормально.

Т: Позволь мне понять... Ты продолжала взвешиваться, ты продолжала...

П: Я взвесилась только один раз, вчера.

Т: Ты похудела?

П: Нет.

Т: Твой вес остался без изменений?

П: Угу.

Т: Ты и не прибавила в весе. Значит, ты молодец. Ты выполняла мои задания?

П: Иногда — да, иногда — нет.

Т: Передай мне их.

П: А, задания! Письма?

Т: Да.

П: А письма... я их на этот раз не писала.

Т: А что же ты иногда делала, а иногда не делала?

П: Задание с кремом. Иногда я прямо... я не знаю...

Т: Что это значит?

П: Что я не чувствую себя... Чем больше я смотрю в зеркало, тем больше расстраиваюсь, и тогда...

Т: Что это означает?

П: Я не знаю... предпочитаю избегать смотреться в зеркало, чувствовать, какая я есть, чтобы убедить саму себя, что все в порядке...

Т: А если ты смотришь на себя, тебе не удастся убедить себя в этом?

П: *(Отрицательно качает головой.)*

Т: Значит, сейчас ты избегаешь смотреться в зеркало?

П: *(Кивает.)*

Т: Так же, как ты избегаешь дотрагиваться до своего тела, нанося крем, потому что при этом рушится твоё восприятие себя как совершенной, правда?

П: *(Кивает, начинает плакать.)*

Т: И тогда ты стараешься избегать того, о чем я тебя попросил, потому что ты поняла, зачем я тебя об этом попросил. Держи... *(Протягивет ей бумажный носовой платок.)*

П: Спасибо.

Т: Однако верно то, что если я не заставлю тебя свести с этим счеты, ты никогда не изменишься, ты знаешь это? Правда?

П: Да, я знаю, именно поэтому мне так плохо. Потому что я знаю. То есть одна моя половина знает это, но есть и другая половина, противная.

Т: Но мы оба знаем, что между двумя этими половинами идет дуэль, и мы оба знаем, что в прошлый раз ты пришла сюда со словами: «Я хочу диету,

Переопределение эффекта маневров

чтобы поправиться», — просто потому, что, вставая перед зеркалом и нанося крем, ты увидела себя по-другому.

П: Да.

Т: По-другому по сравнению с тем, какой ты видишь себя через «деформирующие линзы», не так ли? Через «деформирующие линзы» ты всегда видишь себя толстой, в то время как в моменты, когда ты наносишь крем, в эти моменты ты не смотришь на себя через эти «линзы». Как будто я заставляю тебя снять эти «линзы», и именно поэтому я хочу, чтобы ты делала это.

П: Как, например, позволять моему парню трогать меня.

Т: Конечно, потому что на нем тоже нет «деформирующих линз»!

Поскольку девушка проявляет нерешительность и не обращается к диетологу, терапевт соглашается согласовать с ней режим питания, которого она должна придерживаться.

Т: Помнишь, мы с тобой говорили о диете и ты мне сказала: «Да, я ем все это», — а потом мы посчитали и увидели, как действует самообман, не так ли?

П: Я прежде всего обманываю саму себя.

Т: Конечно, ты обманываешь саму себя, и когда перед тобой оказывается что-то, что освобождает тебя от этого самообмана, — как, например, те предписания, которые я тебе дал, — ты начинаешь их выполнять, но они потом вызывают у тебя страдание, и ты перестаешь их делать. Если же ты хочешь осуществить свое решение освободиться от проблемы, ты знаешь, что для этого есть только один путь, ОК? Но если ты хочешь суметь сделать то, о чем мы договариваемся, то встреча с зеркалом и нанесение крема должны обязательно стать ежедневными. В противном случае тебе не удастся добиться того, что ты хочешь, потому что если мы не сумеем сделать так, чтобы ты почувствовала, что у тебя на глазах «деформирующие линзы», это всегда останется проблемой, ОК? Согласна? Хорошо. Я считаю, как я уже сказал, что нет необходимости в заметных изменениях,

понимаешь? Мы прежде всего должны исходить из твоих привычек в еде, которые уже есть. Стало быть, какие у тебя сейчас привычки в еде? Те, которым тебе удается следовать без особых усилий?

Девушка рассказывает о своих привычках в еде. Терапевт согласовывает вместе с ней режим питания, типа раздельного, и предписывает ей взвешивать продукты, чтобы «научить глаза» правильно воспринимать количество съедаемой пищи.

Т: Нельзя доверять твоим глазам, потому что на них «деформирующие линзы», ОК? Следовательно, в данный момент, для того чтобы заново научить свои глаза видеть правильно, ты должна делать очень скучную вещь, которую обычно рекомендуют делать булимичкам, — все взвешивать. Хорошо?

П: Взвешивать? Не могу в это поверить.

Т: Не переживай, хорошо? Я не хочу знать твой вес, ты сама будешь взвешиваться, я хочу знать твои размеры, хорошо? Как это делают манекенщицы, ОК?

Первое предписание: снимать мерки

П: Я никогда не измеряла себя...

Т: Теперь ты должна измерять все части тела. Встретимся в следующий четверг. Все остальное продолжай делать, как раньше. Я хочу, чтобы ты каждый день вставала перед зеркалом и наносила на тело крем после душа или ванны, ОК? Каждый день, хорошо?

Второе предписание: продолжать «Самомассаж с кремом»

П: Хорошо.

Т: Старайся не пропускать ни одного дня. Пока, до скорой встречи.

П: До свидания.

Шестая сессия

Терапевт предписывает пациентке продолжать снимать мерки, следовать диете, которая позволила бы ей прибавлять в весе полкило в неделю, и вносить каждый день в эту диету одно маленькое пищевое отклонение.

Седьмая сессия

Т: Итак, М., как дела?

П: Мне кажется, что я начинаю прибавлять в весе.

Т: О боже!!!

- П: Но не знаю. Это случилось в субботу, не в эту, а в прошлую.
- Т: Можно я скажу тебе одну вещь? Темные волосы идут тебе больше, ты правильно сделала.
- П: Спасибо.
- Т: Ты выглядишь гораздо лучше.
- П: Однако я не знаю, как поступать с мерками, потому что один раз...
- Т: Они такие...
- П: ...они такие, а в следующий раз другие.
- Т: Может, ты ошибаешься (*улыбается*).
- П: Я подумала, что, может быть, я один раз измеряю выше, а в другой — ниже. Но я заметила, что прибавляется там, где мне не хотелось бы.
- Т: Ой, мамочки! А где?
- П: Может быть, в талии. Это единственная постоянная мерка, потому что все остальное меняется, я заметила это.
- Т: Покажи мне твои сегодняшние мерки.
- П: Э... Последние мерки: 64 в талии, 79 здесь и 84 в бедрах.
- Т: Стало быть, единственная правильная мерка — это эта, и именно она увеличивается.
- П: Ну почему же? Сначала было 62, а теперь 64, а потом и в груди прибавилось с 78 до 79. Окружность бедер то уменьшается, то увеличивается.
- Т: В зависимости от того, где ты измеряешь. Может быть, ты измеряешь выше ягодиц или ниже.
- П: Ну да.
- Т: Однако прослеживается тенденция к увеличению на несколько сантиметров.
- П: Да, и поэтому я не знаю, правильно я делаю или нет. Поскольку в прошлый раз вы сказали мне еще увеличить порции, но я в прошлый раз пришла с мерками, которые я сняла в субботу, и я только один день ела большую порцию, а потом я опять измерила себя и увидела, что я увеличилась.
- Т: Ты правильно сделала, что сохранила прежние порции.
- П: Но я также спросила совета у папы.
- Т: Ты совершенно правильно поступила, поскольку раз вес увеличивается уже с прежними порциями,

Пробуждение эмоций с помощью положительной оценки внешнего вида пациентки

Похвала пациентке за проявленные способности

- то добавлять бесполезно, это было бы чрезмерной нагрузкой.
- П: Но размеры увеличились или нет?
- Т: Если верно то, что ты мне говоришь, то да. Два сантиметра в талии, один сантиметр в груди, но не очень понятно, что происходит с бедрами. Это зависит от измерения, потому что это не просто.
- П: А еще, честно сказать, я встала на весы.
- Т: Ты на них встала? На сколько ты поправилась?
- П: Э... На полкило.
- Т: Хорошо, хорошо.
- П: Однако я с того раза больше не снимала мерки, и больше не было...
- Т: Изменений.
- П: Изменений.
- Т: Тогда это означает, что ты слукавила.
- П: То есть?
- Т: То есть слукавила на старый манер, тебе удалось найти порог и остановиться на нем.
- П: Ну да, я больше не прибавила, но мне хотелось узнать...
- Т: Замечательно. Задумайся вот над чем: в первую очередь увеличиваются живот и бедра, просто потому, что это первое место, куда поступает еда, а потом распределяется. Значит, это нормально, что в первые недели сантиметры замечаются в первую очередь в талии, а не в других местах, понимаешь? Потом все распределяется.
- П: Кроме того, я измерила верхнюю часть ноги, щиколотку и все остальное.
- Т: Эти мерки остались неизменными?
- П: Да.
- Т: Хорошо. А как обстояли дела с настроением?
- П: Настроение было... хорошим, не считая некоторых моментов, но я всегда была немного такой... немного затуманенной. Следовательно, это соответствует норме, тому, какой я была раньше, мне и другие об этом сказали.
- Т: Другие — кто?
- П: Мои родители, мой парень, мои подруги.
- Т: Они видят, что тебе лучше?

П: Они мне сказали, что я... то есть что нет никакой разницы.

Т: Как это нет никакой разницы?

П: То есть не может быть никакого сравнения с тем, какой я была...

Т: А ты замечаешь эту разницу?

П: О боже... Замечаю, потому что мне на нее указывают другие. То есть я тоже ее вижу, но другие замечают больше. По-моему, разница есть, но она не такая...

Т: ...значительная, как ее видят другие.

П: Однако заметная.

Терапевт подчеркивает, что важно продолжать увеличивать вес на полкило в неделю, как было условлено на предыдущей сессии.

П: Значит, я должна вставать на весы?

Т: Ты же все равно это делаешь!

П: Я все равно это делаю (*улыбается*). Т:

Однако не чаще одного раза в неделю. П:

Нет, ни в коем случае.

Т: Когда снимаешь мерки, ты можешь встать и на весы, но я хочу, чтобы ты начинала учиться тому, что мерки важнее.

П: Да, действительно, я заметила, что они меняются.

Т: Потому что, когда хотят иметь действительно красивую внешность, вес не имеет большого значения, важно то, как он распределен, какие пропорции имеет тело, важно иметь округлости в правильных местах, а не там, где их быть не должно. Следовательно, мы должны сейчас подумать о том, как сделать более полными слишком пустые зоны и более пустыми слишком полные зоны.

П: Именно это меня волнует, я боюсь поправиться только там.

Т: Стоп! Сначала постарайся вернуться в ряды женщин, ОК? А потом мы подумаем о том, как «моделировать» тебя. Мы не можем моделировать тебя до того, как ты на самом деле вернешься в ряды женщин. Потом в нужный момент мы будем «моделировать» тебя, но ты должна туда вер-

нуться. Нет ничего более легкого, чем «моделировать» тело молодой девушки, хотя обычно думают, что это очень трудно. Конечно, если только худеть — и все, то ничего невозможно «моделировать», даже, наоборот, теряются все формы; так же как когда только полнеют. Как реагирует твой парень?

П: Он доволен.

Т: А как тебе пришло в голову изменить цвет волос?

П: Ну так... Потому что я всегда это делала.

Т: Иногда ты меняешь цвет.

П: Да, да. Я раньше, когда мне было хуже, перестала делать это. Мои знакомые говорили мне: «Ты больше не такая, как раньше! Где же та, которая сегодня была рыжей, а завтра — темноволосяй?»

Т: То есть ты стала уделять меньше внимания своему внешнему виду, перестала о себе заботиться, не так ли? И я очень доволен тобой и хочу, чтобы ты больше заботилась о своей внешности, о ее женственном аспекте. Сейчас ты выглядишь гораздо лучше, ты гораздо женственнее, поэтому мы должны продолжать работать над этим, ОК? Следовательно, продолжай массаж с кремом и обязательно каждый день выполняй задание: делай что-нибудь, что усилит твою женственность, любую даже самую маленькую-маленькую вещь. «Что я могу сегодня сделать, чтобы стать чуть более женственной?» — спрашивай себя об этом. И каждый день делай хотя бы одну, самую маленькую вещь... Что-то из того, что ты надеваешь, что ты делаешь, как ты себя подаешь, как ты двигаешься, какую одежду выбираешь, какой макияж делаешь... Сейчас мы должны работать над этим. Сейчас это очень важно, а порции еды должны оставаться такими, о которых мы договорились в прошлый раз.

П: Значит, 130 граммов макаронных изделий...

Т: Именно так.

П: ...150 граммов мяса, а еще отклонение, и это отклонение обязательно должно быть чем-то калорийным.

Положительная оценка внешнего вида пациентки

Первое предписание: продолжать «Самомассаж с кремом»

Второе предписание: маленькое ежедневное действие для развития женственности пациентки

Т: Да кто же говорил, что для тебя в еде должно быть что-то трансгрессивное¹?! На самом деле это должно быть что-то, что тебе нравится.

П: Я часто затрудняюсь... Например, сегодня я позавтракала очень рано, в 7 часов, и поэтому около 11 почувствовала голод и выпила фруктовый сок. Раньше я бы не сделала этого, потому что я должна была ждать обеда, но сейчас я целый день думаю о том, можно ли рассматривать это как отклонение, или же...

Т: Это можно считать отклонением.

П: Тогда на сегодня хватит.

Т: Именно так. Я хочу, чтобы ты делала маленькое ежедневное отклонение, которое доставляет тебе удовольствие. Для тебя и твоих коллег, как я вас называю, трудно позволить себе не столько что-то другое, а именно что-то приятное, вы же воздерживаетесь.

П: Я хотела сказать еще одну странную вещь. Особенно за ужином и после ужина я испытываю желание есть и есть, то есть я бы больше не останавливалась, даже если я чувствую, что насытилась... Т: Ты знаешь, когда начинаешь испытывать удовольствие, это начинает нравиться.

П: То есть я как будто не могу насытиться...

Т: А, я очень доволен этим, гораздо больше, чем всем остальным.

П: А я — нет.

Т: Я же не сказал тебе, что ты должна поддаться этому! Делай то, о чем мы говорили, однако это важно, чтобы ты испытывала ощущения.

П: Но я же ощущала это и раньше!

Третье предписание: маленькое ежедневное приятное отклонение

¹ Здесь: трансгрессивное — отклоняющееся от принятых пациенткой правил питания, нарушающее принятые ею нормы (например, употребление только низкокалорийной пищи, избирательность в еде и т.п.). Терапевт говорит о том, что отклонение не должно быть высококалорийным и относиться к исключениям из принятых пациенткой для себя норм, но оно обязательно должно быть вкусным, — он работает на восстановление вкусовых ощущений, оставаясь в рамках принятых ею ограничений, которые мешают ей изменить свои привычки в еде. Он не предлагает ей нарушить ее правила (совершить трансгрессию), а предлагает ощутить удовольствие от еды. — *Примеч. науч. ред.*

Т: Да, все анорексички испытывают волчий голод, и им удается утихомирить его, но они прежде всего испытывают из-за него чувство вины, в то время как если ты говоришь мне, что испытываешь голод и желание есть, — это совсем другое дело, потому что ты начинаешь воспринимать еду как удовольствие, которое ты можешь контролировать. У тебя ведь есть одно приятное отклонение в день!

Переопределение важности приятных эмоций в отношении еды

П: Но я контролирую его. Только одно в день.

Т: Вот именно, не больше одного, а еще все то, о чем мы говорили, — заботясь о своей женственности, хорошо?

П: Хорошо.

Восьмая сессия

Пациентка сообщает, что ее вес продолжает увеличиваться.

Т: Какие ежедневные отклонения ты позволяла себе помимо того питания, о котором мы договаривались?

П: По-разному, но все время что-то сладкое: шоколад, кусочек торта или немного варенья.

Т: Хорошо. Ты ни разу не испытывала чувство вины, когда ела это?

П: Нет, потому что я знала, что мне это позволено, то есть что я должна была это делать, следовательно...

Т: Значит, ты ни разу не испытала это ощущение: «О боже, что же я делаю! Я теряю контроль! О боже?»

П: Нет, это ощущение возникает у меня, когда я заканчиваю есть вечером, когда я чувствую, что поела бы еще.

Т: Еще больше.

П: Но я говорю себе: «Нет, я должна остановиться, я должна, я все съела». Но я не знаю, может быть, хватит, потому что, может, мне нечего делать... Я не знаю.

Т: А кто-нибудь еще позволил себе сказать: «Я вижу, что тебе лучше?»

П: Да.

Т: Тебя это не напугало?

Переопределение эффекта ежедневных отклонений

П: Нет, но это зависит от того, кто мне это говорит.

Я не знаю... То есть если мне это говорят мой парень или моя подруга, то я, наоборот, довольна, однако если это мои родители говорят: «Мы видим, что тебе лучше», то уже меньше. Для родителей моего парня мое выздоровление означает только способность больше есть. То есть, по-моему, они не могут понять, что эта проблема проявляется не столько на физическом, сколько на другом уровне. Но, конечно, если они говорят мне, что мне лучше, то я, естественно, довольна.

Т: Хорошо. А как обстоят дела с твоей женственностью? Лучше, поскольку я вижу это.

П: С этим все хорошо.

Т: Тебе начинает нравиться становиться перед зеркалом и заботиться о своей внешности или нет?

П: Да, но мне всегда это нравилось.

Т: Раньше так не казалось!

П: Ах, нет?

Т: Нет. *(Улыбаются.)*

П: Ну, может быть, раньше. А теперь — да! Ну... Бывают дни, когда я нравлюсь себе больше, и дни, когда я нравлюсь себе меньше, но я думаю, что это нормально.

Т: Я бы сказал, что да! Тебе делают комплименты по поводу этой женственности, лучшего ухода за собой? Или нет?

П: Да. *(Улыбаются.)*

Т: Это пугает тебя?

П: Нет, мне это нравится.

Т: Тебя это раздражает?

П: Нет.

Т: Нисколько?

П: Нет. Если раньше, когда мне говорили: «Ты отвратительно худая», я была довольна, то теперь я понимаю, что лучше, когда кто-то мне говорит: «Ты хорошо выглядишь, ты плохо выглядишь».

Т: Да? ОК. И ты при всем этом остаешься спокойной?

П: Да.

Т: Тогда с сегодняшнего дня начинай проводить такой эксперимент: прежде чем взвешивать продукты на весах, положи на тарелку такое коли-

Переопределение эффектов заботы о собственной женственности

Первое предписание: взвешивать глазами и на весах

чество, которое на глаз как можно больше приближено к тому, что должны показать весы, ОК? А потом взвесь на весах. Посмотрим, насколько твое восприятие отличается от показаний весов. Хорошо? Это касается всех продуктов.

П: Всех?

Т: Потому что я хочу посмотреть, насколько точно тебе удастся взвешивать глазами, так как мы рано или поздно должны будем отказаться от весов. Не так ли? Когда научишься правильно смотреть на продукты, ты будешь знать, что это более или менее 100 граммов мяса, что это приблизительно 120 граммов макарон, что это приблизительно 30, 50, 100 граммов хлеба. Посмотрим, как у тебя это получится. Так и продолжай.

П: Порции остаются теми же самыми?

Т: Конечно, все идет хорошо. Не забывай про маленькое ежедневное отклонение.

Второе предписание: ежедневное маленькое пищевое отклонение

Девятая сессия

Пациентка сообщает, что все идет наилучшим образом: у нее начинают появляться разные увлечения и она все больше заботится о своей женственности. Вес продолжает постепенно возрастать.

Т: Что по поводу размеров?

П: Размеры увеличиваются, уменьшаются... В любом случае вес теперь больше — вначале я весила 50, а теперь 52,5, почти 53.

Т: 52,5 — тебя это пугает?

П: Нет, потому что я вижу, что выгляжу лучше.

Т: Хорошо.

П: Я вижу это по одежде. Раньше какая-то одежда сидела на мне хорошо, она и сейчас мне подходит, но я замечаю, что определенная одежда раньше на мне сидела плохо, но я этого не видела. То есть сейчас мой вес увеличивается, потому что я ем больше, чем должна была бы, или потому, что я ем нормально, и, следовательно, мое тело...

Т: Ты ешь нормально, и твой организм постепенно восстанавливается, ОК?

П: Потому что сейчас у меня возникает такой страх: когда я дойду до веса, соответствующего наилучшей форме...

Т: «Когда я дойду до веса, соответствующего наилучшей форме, я потеряю контроль?»

П: До веса, соответствующего наилучшей форме...

То есть моя проблема заключается в том, что если я для поддержания этого веса должна буду уменьшить теперешние порции, то все начнется сначала.

Т: Напротив, ты увидишь, что сможешь позволять себе даже чуть больше отклонений, не выходя за рамки. Сейчас твое тело, как увядшее растение, все впитывает, но когда ты достигнешь веса, соответствующего наилучшей форме, — оно будет гораздо более гибким в отношении баланса между входящим и исходящим. Следовательно, моей задачей будет доказать тебе, что ты сможешь поддерживать сбалансированное питание, которое предусматривает также наличие отклонений, как я тебя этому учу, хорошо? У тебя больше не будет навязчивости. Бесполезно говорить тебе это сейчас, я помогу тебе постепенно освоить это.

П: Да, проводя эксперимент со взвешиванием, я также убедилась, что мне очень хорошо удается «взвешивать глазами».

Т: Ты становишься все более точной.

П: Да, это правда!

Т: Молодец! Хорошо, хорошо.

Возобновляются предписания предыдущей сессии (взвешивать глазами и на весах, заботиться о женственности, снимать мерки, допускать ежедневное небольшое пищевое отклонение).

Десятая сессия

(Пациентка позвонила на неделе, чтобы сообщить терапевту о том, что у нее возобновилась менструация после годичного отсутствия.)

Т: Итак, как идут дела?

П: Хорошо, у нас получилось...

Т: Что означает «хорошо»? У нас получилось... Я говорил с тобой по телефону, и меня это очень порадовало. И как ты себя чувствуешь, вернувшись в ряды женщин?

П: Хорошо.

Т: Тебе лучше в рядах женщин?

Реструктурирование важности произошедшего события

П: Хорошо.

Т: Тебя все это не шокировало?

П: Я чувствовала себя плохо, потому что вернулись боли в животе и все прочее, но меня это совсем не трогало.

Т: Ощущение счастья перевешивало?

П: *(Кивает.)*

Т: Хорошо, хорошо, послушай, а в последующие дни к тебе не вернулись остатки страха: «Сейчас я потлею, сейчас я подурнею...»

П: В тот момент я спрашивала себя: «А что теперь? Что я буду делать? Буду продолжать, как раньше?» Но потом я продолжила все без всяких проблем. Ну иногда бывают критические моменты, однако...

Т: Эти моменты составляют часть жизни, не так ли?

П: Особенно один раз, еще до прихода месячных. Т: Конечно, это случилось. А после того как менструация вернулась, ты еще больше прибавила в весе или сохранила прежний вес?

П: Нет, он остался прежним.

Т: Однако! Это было только вопросом принятия собственной женственности, как мы уже говорили. Что сейчас для тебя изменилось?

П: Ну... Я чувствую, что достигла того, чего хотела. *(Смеются.)*

Т: Здорово!

П: Я не знаю...

Т: Что это означает: «Я достигла»?

П: Что я больше не чувствую себя больной.

Т: Хорошо.

П: Я чувствую себя хорошо.

Т: Ты знаешь, что мы достигли этого уровня уже несколько месяцев назад, однако не хватало этой физиологической печати.

П: А потом... я особенно была рада тому, что не поправилась.

Т: Хорошо, но это же очевидно, что не обязательно платить прибавкой в весе за возвращение в ряды женщин. Ты должна сохранять вес, который делает тебя привлекательной и при котором ты хорошо себя чувствуешь, мы ведь уже получили

сигнал об этом, не так ли? Если пропадает менструация, это означает, что у тебя недостаточный вес или что ты — по крайней мере на психологическом уровне — еще там [в патологии]. Если менструация будет регулярно повторяться — а я думаю, что она будет повторяться, — это означает, что ты спокойна. Кроме того, и это самое важное, ты достигла этого своими силами, постепенно. Это самое важное, потому что ты выстроила это ступенька за ступенькой, это самое главное.

П: Сейчас я немного боюсь, что менструация опять не наступит. *(Смеется.)*

Т: Конечно, будь осторожна с этим. Как говорится, часто могут возникать, как тебе известно, волнения по поводу задержки, как это бывает у девочек после их грешков, однако...

П: В любом случае мне и родители это сказали. В общем, то, что менструация вернулась, — хороший признак, а потом, если цикл нерегулярный, то может быть задержка.

Т: Ну что же, ты должна именно этого ожидать!

П: Ну...

Т: Не думай, что...

П: После того как прошел целый год...

Т: ...теперь, когда к тебе вернулась менструация после такого длительного перерыва, она не сразу станет регулярной. Потребуется несколько месяцев для восстановления цикла. Слушай, а это что-нибудь изменило в том, как ты себя чувствуешь? Как ты себя воспринимаешь?

П: Ну... Нет, то есть в последнее время...

Т: Уже давненько все шло хорошо.

П: Да, да. Если не считать тех моментов, когда, может быть, какая-нибудь нехорошая произнесенная кем-то фраза заставляет меня вернуться к прежним мыслям... Но мне удается устоять. В общем, определенный момент нервозности, но мне удается устоять.

Т: Слушай, а вы устроили семейный праздник, вы отметили *(улыбается)* это свершившееся событие, или оно прошло незамеченным?

*Приписывание
пациентке
заслуги за
произошедшие
изменения*

*Переопреде-
ление произошедшего
изменения*

П: Нет, моих родителей не было, я была дома у моего парня. Я была на море... Я не знаю, может быть, это морской воздух был так мне полезен.

Т: Или то, что ты расслабилась, то, что ты в последнее время, как мы уже говорили...

П: О боже... Я не так чтобы прямо расслабилась в те дни, потому что несколько критических моментов случилось, немного нервозности.

Т: Нет, может быть, я неточно выразился... Я не говорил о расслаблении в общем смысле. Я имел в виду отношения с ним [парнем] за последние месяцы, когда возникла опасность, что у него появится другая. Ты помнишь?

П: *(Улыбается.)*

Т: Ты, как говорится, позволила себе большую ответственность, не так ли? Это очень важно.

П: А что теперь мне делать? Все продолжать?

Т: Что значит — «что мне теперь делать?»

П: *(Смеется.)*

Т: Давай посмотрим, пожалуйста, скажи мне.

П: Что касается еды: должна ли я продолжать взвешивать продукты?

Т: Ты еще нуждаешься в этом? В последнее время ты это делала глазами, не так ли?

П: Да, когда я была на море, то так, без...

Т: Без весов. Хорошо, это момент, о котором ты так хорошо сказала: «Я чувствую, что достигла того, чего хотела». Я тоже думаю, что ты достигла, чего хотела, следовательно, теперь взвешивай все глазами. Хорошо?

П: *(Кивает.)*

Т: Взвешивай глазами и оставь все в прошлом. Более того, задавай себе вопрос: «Что бы я сейчас делала, если бы у меня никогда не было никакой проблемы?» Не так, как будто бы у тебя ее больше нет; сейчас ты должна спрашивать себя: «Как я вела бы себя, что бы я делала в своей жизни, как если бы у меня никогда не было никакой проблемы?»

П: А чтобы больше не поправляться?

Т: Я думаю, что ты это уже открыла для себя за последний месяц, не так ли? И еще за предыдущий

*Завершающее предписание:
«Как если бы проблемы никогда не было»*

- месяц — что при регулярном питании ты не прибавляешь в весе и не худеешь.
- П: Значит, я практически должна следовать той схеме, которой до сих пор следовала?
- Т: Примерно так.
- П: Делая все на глазок. Т: Именно так, именно так.
- П: Стало быть, обедать всегда определенным образом, ужинать определенным образом, позволять себе маленькое отклонение...
- Т: Да, меняя их местами и позволяя маленькое отклонение, но теперь все должно становиться все более спонтанным, ОК? Я думаю, что все, что ты создала за эти месяцы, у тебя теперь будет получаться спокойно само собой. Главное, чтобы ты не чувствовала себя в позиции, когда ты должна все контролировать, позволь всему происходить спонтанно. Знаешь, если в течение многих месяцев повторяешь одно и то же упражнение, оно потом становится чем-то, что получается само собой.
- П: *(Кивает.)*
- Т: Ты не нуждаешься в контроле, ты делаешь те же самые вещи, они у тебя получаются сами собой, нет необходимости контролировать их. Ты растрогалась?
- П: *(Кивает, плача.)*
- Т: Хорошо, тебе это очень полезно. К тому же ты приложила столько усилий, чтобы добраться до этого, не так ли?
- П: Я не верила в это!
- Т: Не верила, что будет так трудно или что достигнешь успеха?
- П: Что я достигну успеха.
- Т: Напротив, ты молодец, видишь? А твой парень как все это воспринял? Ему, наверное, тоже приятно, что у него полноценная женщина...
- П: *(Улыбается.)*
- Т: ...а не полуженщина, правда? Я очень рад за тебя. Стало быть, с этого момента твоим правилом становится спрашивать себя: «Как я вела бы себя, если бы у меня никогда не было никакой про-

*Позволить
всему про-
исходить
спонтанно*

*Завершение
терапии и
побуждение
пациентки к
личной авто-
номии*

- блемы?» На всех уровнях. Начнем, как говорится, наслаждаться жизнью, ОК?
- П: Значит, я закрываю и забываю все, что случилось.
- Т: Нет, ты знаешь, что нельзя сознательно забыть о чем-то, это произойдет само собой, однако ты должна спрашивать себя...
- П: Иногда я даже испытываю ностальгию!
- Т: Ах так? Но теперь спрашивай себя: «Как я вела бы себя, если бы у меня никогда не было никакой проблемы?» Хорошо? Послушай, теперь я хотел бы встретиться с тобой через три месяца, но в случае возникновения любых проблем ты всегда можешь обратиться ко мне, моя дверь всегда открыта. Если возникнут какие-то сомнения, звони мне.
- П: Мои родители немного рассердились из-за того, что я занимаюсь гимнастикой, я вам уже это говорила.
- Т: А ты сказала им то, о чем я тебе говорил?
- П: Да, но они мне сказали...
- Т: А потом, смотри, ты сейчас расслаблена и спокойна, пусть они не волнуются!
- П: Они говорят: «Но мы не чувствуем необходимости позвонить [терапевту], потому что мы хотим доверять тебе». Ну что ж...
- Т: Хорошо.
- П: А потом они увидели, что я купила себе спортивный инвентарь, и они начали на меня дуться.
- Т: Но, ты знаешь, если все будет продолжаться в том же духе, их надутые лица исчезнут. ОК? Если подобные ситуации будут повторяться, позвони мне и я вызову вас всех сюда, ОК?
- П: (*Улыбается.*)
- Т: И тогда мы хорошенько поговорим со всей семьей, хорошо? Однако пока не будем их вызывать и наказывать. ОК? Но я не думаю, что это понадобится, поскольку раз ты действительно вернулась в ряды женщин и все идет как надо, то заниматься гимнастикой тебе только полезно. ОК?
- П: К тому же я больше не занимаюсь ею, как раньше.
- Т: Важно вот что: если ты опять не начнешь ограничивать себя в еде, то все будет хорошо. ОК? Пе-

редай им от меня большой привет. Я не назначаю тебе встречу сейчас, позвони мне через три месяца, и мы договоримся о ней, хорошо?

П: В общем, вы мне гарантируете, что я добилась того, чего хотела?

Т: Я бы сказал, что это именно так. Сейчас важно вести себя так, как будто бы никогда ничего не происходило. Хорошо? Желаю тебе этого. Есть так много замечательных дел, не так ли? Ты уже открыла для себя некоторые из них. Правда, их много?

П: *(В слезах.)* Спасибо.

Т: Пока.

Глава 5

БУЛИМИЯ: ФОРМИРОВАНИЕ, УСТОЙЧИВОЕ СУЩЕСТВОВАНИЕ, ИЗМЕНЕНИЕ

Если ты позволяешь себе что-то, ты можешь и отказаться от этого, если ты не позволяешь себе, отказаться становится невозможно.

5.1. Формирование и устойчивое существование булимии

В случае булимии¹, как и в случае уже описанных выше нарушений пищевого поведения, наше исследование-вмешательство позволило выделить особые характеристики устойчивого существования проблемы, а именно — специфическую для этого расстройства перцептивно-реактивную систему.

Страдающие булимией пациенты, как и страдающие анорексией, обычно характеризуются большой эмоциональной хрупкостью, но в отличие от последних, которые являются чрезмерно чувствительными, интеллектуально утонченными и необыкновенно способными к самоконтролю, эти пациенты, как правило, являются менее сложными личностями и испытывают большие затруднения в том, чтобы

¹ Напоминаем, что термин «булимия», в отличие от того, как это обычно принято в литературе, мы относим только к тем пациентам, которые компульсивно поглощают большое количество пищи, но при этом не применяют очистительных процедур. В случаях применения таких процедур мы предпочитаем говорить о «вызываемой рвоте» (vomiting). Стало быть, термином «булимия» мы обозначаем расстройство, лишь частично совпадающее с «нервной булимией без очистительных процедур» как она определяется в DSM IV, включая в него некоторые случаи психогенного ожирения.

контролировать собственные реакции. Основная характеристика их перцептивно-реактивной системы заключается в «неудержимой» тенденции к поглощению пищи, сопровождающейся неконтролируемым удовольствием от еды и, соответственно, постоянным страхом потерять контроль. И действительно, в этом случае преобладающей предпринятой попыткой решения проблемы становится не воздержание от пищи, а контроль над собственным желанием есть, однако с тем результатом, что чем больше пациенты стараются не есть или ограничивать себя в еде, тем больше — парадоксальным образом — у них возрастает желание безудержно поглощать пищу.

Вначале неудержимое компульсивное поглощение большого количества еды вызывается просто тем, что процесс еды является очень приятным. Однако постепенно эти люди открывают для себя, что еда может представлять собой убежище, в которое можно ретироваться, чтобы не сталкиваться с трудностями, которые кажутся им непреодолимыми. Таким образом, страдающие булимией, боясь, что не сумеют управлять собственными реакциями, учатся «распускаться» в отношении еды, и это становится своего рода функциональной адаптацией к действительности, которую они воспринимают как невозможную для управления. С этой точки зрения слой жира становится для них своеобразной защитной оболочкой, особенно в сфере межличностных отношений. Действительно, в большинстве случаев страдающих булимией можно метафорически сравнить с артишоком: как артишок защищает жесткими и колючими внешними листьями нежную и вкусную сердцевину, так и эти люди создают себе слой жира, служащий защитной оболочкой, преградой, которую они возводят между собой и другими людьми, между собой и собственной неводержанностью.

В нашем исследовании мы выделили две основные категории булимии, которые мы иронически обозначили *ботерианской булимией* и *булимией йо-йо*.

5.1.1. Ботерианская булимия

Булимия этого типа получила такое название, поскольку страдающие ею пациенты кажутся сошедшими с картин Ботеро. Обычно их вес составляет не менее 80–90 кг, их отличает ангельское спокой-

ствии, они чаще всего замужем или женаты, и их жизненная ситуация чаще всего безоблачна. Они совершенно неспособны следовать какой-либо диете, им часто ставится диагноз «хроническое ожирение», и они получают медикаментозное лечение, а иногда подвергаются и хирургическим вмешательствам (бинтование желудка и др.).

В большинстве случаев страдающие *ботерианской булимией* знают, что они подобны «*артишокам*», то есть осознают тот факт, что однажды, пережив — или только вообразив — опыт, продемонстрировавший им собственную неспособность к управлению своими телесными импульсами, они так испугались, что сконструировали упомянутую выше защитную систему. В любом случае они сознают, что их отношение к еде носит защитный характер и что они, помимо еды, хотели бы безудержно отдаться импульсам в других сферах. Таким образом, страдающие ботерианской булимией обычно понимают, что используют еду и слой жира в качестве защиты в межличностных отношениях, в качестве защиты от страха потерять контроль над собственными реакциями.

Реже встречаются пациенты, которые не осознают вышеописанного аспекта расстройства и относятся к еде как к своего рода демону, вселившемуся в них. Такие пациенты не связывают собственное компульсивное поведение по отношению к еде с тем фактом, что они практически неспособны к самоконтролю в других сферах. Часто эта ригидность в восприятии самих себя связана с сильным морализмом, который вызывает чувство вины за собственную распущенность и, как следствие, тенденцию к ее отрицанию.

В литературе некоторые авторы динамического направления ассоциируют подобное отрицание собственных импульсов с отрицанием собственной сексуальности. Они объясняют это наличием травмирующего опыта, пережитого в детстве (чаще всего речь идет о сексуальном насилии). В нашем исследовании выявляется иная картина: из рассказов пациенток следует, что они не пережили никакого сексуального насилия в детстве, но пережили нормальный для детей эротический опыт (игры с девочками и мальчиками, связанные с исследованием тела). С точки зрения ханжеской морали этот опыт был ими оценен как серьезное прегрешение, что определило возникновение сильного чувства вины, относящегося к телесным ощущениям.

Абсолютно не осознавая эти механизмы, такие пациентки (их очень мало в нашей выборке), помимо нарушений пищевого поведения, испытывают также значительные трудности в сфере отношений, особенно с противоположным полом.

Постепенно была выделена и третья категория страдающих *ботерианской булимией*, представленная пациентами (обычно это были женщины с весом, явно превышающим норму), для которых булимический симптом — это тип удовольствия, от которого невозможно отказаться. Обычно возраст этих пациенток превышает 45–50 лет, и у них развивается булимическая симптоматика в особый момент их жизни — когда взрослые дети покидают родительский дом и они вследствие этого лишаются материнской роли, на которую потратили большую часть своей энергии и с которой они себя идентифицировали. В этих случаях также выявляется проблемность отношений в супружеской паре: у мужа имеется своя жизнь помимо семьи, а жена все вложила в отношения с детьми и в результате в этот момент остается в одиночестве у «пустого гнезда». Действительно, у таких пациенток часто замечается депрессивный фон. Следовательно, неконтролируемое поглощение еды становится для них своего рода приятной компенсацией, способом заполнить день и «приправить» себе жизнь суррогатом удовольствия. Как будет показано в дальнейшем, для этой категории страдающих *ботерианской булимией* был разработан специальный протокол терапевтического вмешательства, направленный на ломку характерной для них перцептивно-реактивной системы.

5.1.2. Булимия йо-йо

Этот тип нарушений пищевого поведения встречается чаще всего, однако страдающие *булимией йо-йо* часто не ищут помощи психотерапевта, поскольку в качестве первой попытки решить проблему они обращаются преимущественно к диетологам и врачам. Речь идет о таких пациентах, которым удается в течение некоторого времени соблюдать диету, но потом они теряют контроль, и их вес постоянно колеблется между оптимальным весом и на пять-шесть килограммов превышающим его. Страдающие *булимией йо-йо* худеют всякий раз

после того, как набирают вес, и вновь набирают вес всякий раз после того, как им удастся похудеть: они чередуют периоды контроля с периодами потери контроля. Они находятся в постоянной борьбе с диетами, никогда не набирают чрезмерный вес и поддерживают вес, который лишь на несколько килограммов превышает оптимальный. Нами было выявлено, что при этом типе нарушения пищевого поведения особо эффективным оказывается такое вмешательство, которое направлено именно на предпринимаемую пациентами попытку контролировать свое питание и собственную «распушенность» в еде.

Так же как и в случае ботерианской булимии, при булимии йо-йо пациенты чаще всего представляют собой «артишоки», и они пугаются в тот момент, когда, похудев, ощущают и осознают «опасность» того, что становятся привлекательными, и вновь начинают есть, для того чтобы восстановить «защитный слой жира», изолирующий их от других людей. Лишь небольшой процент пациентов характеризуются «распушенностью» в различных сферах, и им не удается контролировать себя ни в питании, ни в сфере отношений. При последнем варианте, в отличие от других, не выявляется проблем в сфере отношений, и вмешательство фокусируется исключительно на отношении пациента к еде.

В силу особенностей перцептивно-реактивной системы пациенты, страдающие булимией йо-йо, проявляют наибольшую сопротивляемость изменениям, поскольку, прежде чем попасть к психотерапевту, они уже испробовали много других методов. Если они не видят быстрых результатов, они сразу падают духом и преждевременно выходят из терапии.

5.2. Терапевтическое вмешательство при булимии

В силу разных причин булимия показалась нам наиболее легко поддающимся лечению расстройством из всех типов нарушений пищевого поведения. Прежде всего страдающие булимией проявляют большую склонность к сотрудничеству с терапевтом, и их перцептивно-реактивная система является менее сложной, нежели у

страдающих анорексией и vomiting'ом. Кроме того, как мы увидим в дальнейшем, разработанная для этого расстройства модель терапевтического вмешательства обычно способна вызывать почти мгновенное разблокирование проблемной ситуации в начале второй стадии вмешательства. Тип взаимоотношений, который терапевт устанавливает с пациентами, страдающими булимией, также совершенно отличается от взаимоотношений, устанавливаемых в случае анорексии и vomiting'a: в случае булимии терапевт сохраняет очень директивный стиль общения, иногда он бывает резок и может даже казаться безжалостным; сессии длятся очень недолго.

Вообще в случае булимии вмешательство может быть как индивидуальным, так и смешанным (совместно с членами семьи). При этом в случае ботерианской булимии обычно проводится смешанное вмешательство, а при булимии йо-йо чаще работают с пациентом индивидуально. В любом случае выбор типа вмешательства связан с наличием или отсутствием попыток решения проблемы, предпринимаемых членами семьи, которые все больше усложняют проблему пациента: например, их тенденция следить за тем, чтобы девушка не ела лишнего, прятать еду, покупать только диететические продукты и так далее.

5.2.1. Протокол терапевтического вмешательства при булимии¹

5.2.1.1. Первая стадия (первая и вторая сессии)

Как уже было проиллюстрировано при описании анорексии, во время первой сессии терапевт должен точно и конкретно определить проблему, которую нужно решить, и дисфункциональную систему взаимодействий, которая ее поддерживает, но он должен также «защепить» пациента, научившись говорить на его языке, настроившись на его логику и способы подавать себя. Только в этом случае ему удастся создать атмосферу позитивного внушения, которая позволит добиться

¹ Для большей ясности изложения будет представлен единый протокол терапевтического вмешательства при булимии. При описании его отдельных стадий будет указываться применение различных терапевтических маневров для различных вариантов расстройства.

терапевтического могущества и обойти сопротивление пациента к изменениям. С этой целью, например, в начале первой сессии терапевт может сказать следующее (даже если это может показаться оскорбительным): «Конечно, вы действительно отвратительный жирный шар! О чем вы думаете, когда смотрите на себя в зеркало? Или когда при ходьбе чувствуете, как — плоп-плюп — колыхается жир?» Каким бы это ни казалось удивительным, но ни одна из пациенток, страдающих булимией, не обиделась и не рассердилась на это кажущееся жестоким заявление. Напротив, они чувствуют, что наконец-то кто-то их понимает, поскольку случается впервые, чтобы кто-то разделил их точку зрения, увидел их такими, какими они себя видят, и осмелился об этом сказать. Вслед за этим маневром, повторяемым на протяжении всей сессии, терапевт проводит следующее реструктурирование:

«Знаете, ваше желание поглощать еду похоже на реку во время разлива: вы не можете ее удержать, а раз вы не можете ее удержать, значит, нужно дожждаться отлива. С этого момента и до следующей сессии ешьте все, что вам хочется, сколько вам хочется; посмотрим, насколько вы еще должны потолстеть, для того чтобы начать худеть. Разлив реки невозможно удержать, все усилия затормозить его бесполезны, он напоминает того беса, который в вас вселился. Ваши усилия бесполезны, невозможно удержать разлив реки, можно только дожждаться отлива... Посмотрим, насколько вы должны еще потолстеть, для того чтобы начать худеть».

После подобного провоцирующего вмешательства в конце первой сессии терапевт переходит к первым непосредственным терапевтическим маневрам, которые обычно одинаковы для всех типов этого расстройства, дает следующие предписания: 1) «*Фантазия чуда*»; 2) «*Размышления о пользе проблемы*». В случае смешанного вмешательства предписания также даются членам семьи.

1. «*Фантазия чуда*». И при анорексии, и при булимии, и, как мы увидим в дальнейшем, при vomitingе обычно предписывается эта «фантазия», которая, как уже объяснялось, играет важную роль как в качестве позитивного суггестивного сообщения, задающего вектор изменений, так и в качестве инструмента, позволяющего раскрыть вторичную выгоду проблемы, помогая терапевту улучшить диагностическое исследование.

2. **«Размышления о пользе проблемы».** Для этого типа нарушений пищевого поведения применяется следующее особое предписание:

«Вы знаете, в природе, когда что-то устойчиво существует в рамках сложной системы, оно обязательно должно играть важную роль для этой системы, обязательно должно быть полезным, функциональным. Иначе эта вещь исчезла бы. Поскольку мы являемся частью природы, а наше мышление, как кажется, представляет собой сложную экологическую систему, то все, что в ней возникает и продолжает устойчиво существовать, выполняет самостоятельную функцию, имеет положительный смысл, иначе оно бы уже исчезло. И у меня возникает вопрос: какую роль могло бы играть ваше расстройство и чем оно могло бы быть полезно для той естественной сложной системы, которой является ваш организм, помимо тех страданий, которые оно приносит? Я хочу, чтобы вы один раз в день задумывались о том, в чем могла бы заключаться польза вашей проблемы для вас, потому что если бы она не выполняла никакой функции, она бы уже исчезла. Не отвечайте мне сейчас. Размышляйте об этом один раз в день в течение нескольких минут, а потом принесите мне все возможные ответы».

Этот маневр, являющийся особой формулировкой техники положительного определения симптома, приглашает пациента к поиску полезности собственной проблемы и обычно вызывает две следующих реакции: прежде всего он открывает терапевту, на какие аспекты проблемы производить вмешательство для удаления того, что поддерживает расстройство (то есть того, в чем состоит «вторичная выгода»); кроме того, после того как пациент начинает искать положительные стороны проблемы и ее защитные функции, он меньше с ней борется, что приводит к спонтанному уменьшению симптоматики. Этот эффект основан на использовании древней китайской стратагемы «замутить воду, чтобы рыбы всплыли на поверхность»¹.

3. **Предписания членам семьи.** Когда члены семьи значительно включены в поддержание расстройства и можно рассчитывать на участие семьи (или хотя бы одного ее члена; обычно это мать) в терапевтическом процессе, предпочтительно проводить смешанное тера-

¹ Рыбы, если замутить воду, всплывают к свету — так же как обнаруживается скрытый смысл проблемы, если размышлять о ее «пользе». — *Примеч. науч. ред.*

терапевтическое вмешательство. Действительно, нередко случается, что семья — часто по запросу самой пациентки — предпринимает целую серию попыток контролировать ситуацию: прячет еду, закрывает ее на ключ, покупает только строго ограниченный набор продуктов и т.д. Тем самым семья вносит свой вклад в возрастание у страдающей булимией пациентки желания поглощать еду и компульсивности пищевого поведения. Для того чтобы разорвать этот замкнутый круг взаимодействий, которые подпитывают проблему, используется целая серия парадоксальных предписаний, как это имело место и в случае анорексии. Терапевт приглашает семью открыто бойкотировать все попытки девушки следовать диете: настаивать на том, чтобы она поела, спрашивать ее, наелась ли она, перестать прятать еду и т.д. Как и при анорексии, в этом случае удается, используя логику парадокса, не только прервать дисфункциональные попытки семьи решить проблему, но и полностью изменить привычное отношение членов семьи к проблеме и их поведение в отношении булимического расстройства пациентки.

И наконец, если терапевт желает ближе познакомиться с пищевыми привычками пациентки, он может предписать ей вести *пищевой дневник*, то есть с максимальной тщательностью и точностью в течение периода не менее недели записывать все, что она съедает. С одной стороны, эта техника позволяет узнать, что и сколько съедает пациентка, какой еде она отдает предпочтение, — это дает возможность планировать последующие маневры таким образом, чтобы они не слишком нарушали привычки и предпочтения пациентки. С другой стороны, эта техника уже сама по себе оказывает терапевтический эффект и вносит вклад в процесс уменьшения количества потребляемых калорий. Часто уже между первой и третьей сессиями наблюдается явное уменьшение количества принимаемой пациенткой пищи.

5.2.1.2. Вторая стадия (от второй-третьей до пятой сессии)

Основной терапевтический маневр, разработанный для булимического расстройства, — это парадоксальные предписания, опирающиеся на логику китайской стратагемы «погасить огонь, добавляя

дрова»¹. Как уже упоминалось выше, основной попыткой решения проблемы, предпринимаемой пациентом, страдающим булимией, является попытка контролировать собственную склонность к переданию посредством введения целой серии ограничений: от диеты и помещения еды под ключ до избегания любой ситуации, которая может вызвать искушение. Результатом наложения подобных ограничений является все большее усиление компульсивности пищевого поведения и все большая потеря контроля. Для того чтобы разрушить эту предпринятую попытку решения, терапевт обычно в конце второй или третьей сессии использует следующее парадоксальное предписание:

«Я даже и не думаю прописывать вам диету, поскольку вы знаете о диетах гораздо больше, чем я; и вы также знаете, что если бы я и прописал вам диету, вы все равно не были бы в состоянии ее соблюдать. Стало быть, выбирайте сами любой режим питания; главное — чтобы он не был слишком строгим. Во время приемов пищи ешьте все, что вы хотите, но вы должны взять на себя обязательство следовать тому, о чем я вас попрошу. С этого момента и до следующей нашей встречи всякий раз, когда вы будете съесть что-то между приемами пищи, включенной в вашу диету, вы должны съесть это в пятикратном количестве. То есть если вы съедаете шоколадку, вы должны будете съесть пять шоколадок; если вы съедаете кусок торта, вы должны съесть пять кусков торта. Стало быть, если вы съедаете один, вы должны съесть пять, ни одним больше, ни одним меньше. Вы можете не есть ничего, но если съедаете один, то должны съесть пять. Стало быть, вы или избегаете перекусов между приемами пищи, или едите в пять раз больше».

Обычно такое предписание может дать два эффекта: а) пациенты не едят предписанным способом просто потому, что никогда не выходят за рамки выбранной ими диеты, и начинают сразу проявлять способности к управлению ситуацией и к контролю, которых раньше никогда не имели; б) несколько раз пациент съедает в пять раз больше, а потом перестает это делать, поскольку объедаться, следуя предпи-

¹ Имеется в виду, что можно, произвольно усиливая симптом, добиться исчезновения симптоматики. — *Примеч. науч. ред.*

санию, данному терапевтом, не так приятно, как это было раньше. Лишь некоторым особо резистентным пациенткам удастся всякий раз есть в пять раз больше. Независимо от достигнутого эффекта на последующих сессиях предписание обновляется с предложением съесть в 7, 9, 11, 15... раз больше, достигая явно преувеличенных цифр. Таким образом задействуется процесс, который в конечном итоге в силу эффекта насыщения разрушает симптом.

Иногда, вместо того чтобы полностью доверить пациенту выбор диеты, бывает предпочтительнее разработать вместе с ним режим питания. В этих случаях обычно пациенту советуют следовать режиму типа раздельного питания; этот режим не должен быть слишком строгим, сложным или ограничивающим. Пациенту объясняют, что в первой половине дня лучше употреблять в пищу углеводы, поскольку они легче и быстрее перевариваются организмом, быстро предоставляя ему энергию. Белки, на переваривание которых затрачивается больше времени, предпочтительнее есть вечером. Таким образом, с пациентом согласуется режим питания, который предусматривает молоко или йогурт, фрукты и углеводные продукты (хлеб, печенье, булочки) на завтрак; на обед — овощи и 100 г макарон или 80 г риса, заправленных сливочным или растительным маслом, томатным соусом или овощами; на полдник предлагаются фрукты; на ужин — овощи, мясо или рыба, или яйца, или нежирный сыр с ломтиком хлеба. В этом случае также в отношении всего, что съедается за пределами диеты, действует правило «если съедаешь один, должен съесть 5, 7, 9...».

Это парадоксальное предписание очень эффективно и вызывает в 90% случаев разблокирование проблемной ситуации за очень малое количество сессий. Среди вариантов нарушений пищевого поведения этот тип вмешательства является, вне всякого сомнения, самым быстрым, самым простым и обладает самым высоким показателем эффективности.

В случае страдающих булимией пациентов, демонстрирующих довольно ригидные моральные установки, в качестве первого маневра используются очень сильно провоцирующие техники, базирующиеся на проведении аналогии между едой и сексом. Терапевт проводит реструктурирование, предлагающее идею использования

еды в качестве эротического суррогата; оно нацелено на то, чтобы направить сам симптом против системы ценностей, моральных принципов и убеждений таких пациентов. Шаг за шагом на протяжении всей сессии терапевт подводит страдающую булимией пациентку к тому, чтобы она «открыла для себя» аналогию между едой и сексом:

«Я хочу, чтобы вы начали задумываться о том, что всякий раз, когда вы едите и не можете не делать этого, вы на самом деле как бы делаете что-то совсем другое... Что-то, что вы делаете самым недо-зволненным, самым извращенным образом... Попробуйте вообразить себе, что когда вы едите, вы на самом деле делаете другую вещь... Я не скажу вам, какую, вы сами догадаетесь...»

После того как пациентке удастся, с удивлением и растерянностью, понять эту взаимосвязь, терапевт проводит особое реструктурирование («*Фантазию безудержной сексуальности*»):

«Итак, я хочу, чтобы вы с этого момента и до следующей сессии избегали воздержания от еды — вы же все равно не сможете воздержаться, — но всякий раз, когда вы переедаете, вы должны подумать, что это все равно как если бы вы проснулись утром, охваченные безудержным сексуальным влечением, вышли на улицу, схватили первого попавшегося вам мужчину — неважно, красавец он или урод, вас ведь интересует только секс, — затащили его в подъезд и совершили самый извращенный, самый недозволненный, но и самый смачный, дающий максимальное удовольствие половой акт... Потом, как только он закончился, вы выходите из подъезда и испытываете сильное чувство вины, чувствуете себя испачкавшейся, и вам целый день плохо. Однако на следующее утро вы просыпаетесь и испытываете тот же самый неудержимый импульс, и тогда вы выходите на улицу и проделываете то же самое с первым попавшимся вам мужчиной — неважно, красавец он или урод, — получаете максимальное удовольствие... а потом испытываете чувство вины».

Обычно это реструктурирование производит разрушительный эффект. Одна лишь мысль о возможности проделывать подобное полностью блокирует компульсивное желание переедать. Таким образом, при работе с пациентками этого типа основной стратегией является использование провоцирующих маневров, способных направить их

собственные моральные убеждения против симптома так, чтобы *«ubi maior minor cessat»*¹.

В тех случаях, когда этот маневр не приводит к полному разблокированию проблемной ситуации, терапевтическое вмешательство продолжается с использованием парадоксального предписания *«если ешь один, съешь пять»*.

Что касается терапевтической работы с членами семьи, то им предлагается на протяжении всей второй стадии вмешательства продолжать «бойкотирование» пациентки, как это делалось раньше.

Особого обсуждения заслуживает последняя категория страдающих *ботерианской булимией*: речь идет о пациентках в возрасте старше 45–50 лет, для которых еда представляет удовольствие, от которого они не могут отказаться в силу особенностей семейной ситуации. С такими пациентками предписание «если ешь один, съешь пять» часто не приводит к успеху в том смысле, что либо оно оказывается неэффективным (они едят вплоть до 15, 20... раз больше, без ограничения), либо пациентки не выполняют его или же находят способы как-то обойти предписание. В ходе нашего исследования-вмешательства было выявлено, что перцептивно-реактивная система этих пациенток характеризуется конфликтностью, установившейся между чувством долга и чувством удовольствия, в силу которой каждое требование, диктуемое чувством долга, открывает дверь для трансгрессивного удовольствия². Им невероятно трудно контролировать собственное инстинктивное влечение к удовольствию. В большинстве случаев страдающие такой булимией пациентки стараются воздерживаться и есть только «правильную» (диететическую) еду, избегая «неправильной» (высококалорийной) еды, но именно поэтому им не удается устоять перед искушением получить удовольствие, и они в конце концов объедаются «неправильной» едой. Если таким пациенткам предложить идею того, что они должны задать себе какой-то предел, даже минимальный (например, парадокс «если делаешь один раз, делай пять раз»), то они обычно отвечают

¹ Лат.: Там, где сильный, слабый уходит.

² Здесь: запретного удовольствия, получаемого вследствие нарушения правил. — *Примеч. науч. ред.*

еще большей трансгрессией, большим отклонением. По этой причине необходимо привести таких пациенток к избавлению от любого пищевого режима, построенного на разделении еды на «правильную» и «неправильную», который является своего рода ограничением, и прежде всего добиться того, чтобы они позволили себе отношение к еде как к чистому удовольствию и ели только то, что им хочется. После отмены любого предписания, которое могло бы задать идею ограничения, нужно сопроводить этих пациенток в поиске удовольствия от еды и как можно большего наслаждения ею. Для этого используется маневр, который мы назвали *«допуском удовольствия»*:

«Я хотел бы, чтобы с этого момента и до нашей следующей встречи вы избегали установления ограничений в отношении еды; наоборот, чтобы вы старались есть все, что вам хочется, из чистого наслаждения едой. Знаете, если я могу позволить себе есть все, что я хочу, и особенно если я постараюсь есть только то, что мне больше всего нравится, то у меня больше не будет искушений, у меня не возникнет желание к недозволенному, потому что я могу это есть. Если же я буду ставить себе ограничения, у меня возникнет желание нарушить их: *если я позволяю себе что-то, я могу и отказаться от этого, если я не позволяю себе, то отказаться становится невозможно*. Стало быть, вы теперь должны отказаться от всех запретов и позволить себе есть только то, что вам нравится, позволить себе получать максимум удовольствия от еды. Избегайте есть то, что вам не нравится, только потому, что это «правильная», то есть низкокалорийная, полезная еда. Ешьте только для удовольствия. На этой неделе вы, таким образом, совершите то, чего никогда не делали за всю вашу жизнь: вы позволите себе есть то, что вам нравится. Более того, я добавлю еще: ешьте *только* то, что вам нравится, это является наилучшим способом восстановления равновесия».

Эту категорию страдающих булимией необходимо научить испытывать удовольствие от еды и позволять себе получать удовольствие, для того чтобы быть в состоянии контролировать его и управлять им. Терапевт должен таким образом добиться того, чтобы они испытали удовольствие, превосходящее то, которое они испытывали раньше, иначе не произойдет терапевтического изменения. Действительно,

когда расстройство держится на удовольствии, от которого невозможно отказаться, изменение может произойти только посредством еще большего удовольствия: «пределом каждого удовольствия является еще большее удовольствие». Для этого страдающих булимией пациенток приводят не просто к тому, чтобы они позволили себе получать удовольствие, но и к тому, чтобы они научились искать и все лучше рафинировать удовольствие, переживая эмоционально-корректирующий опыт концентрированного удовольствия. Обычным результатом этого предписания является снижение количества эпизодов переедания в силу эффекта поиска качественного удовольствия. В этом случае вновь достигается эффект «переплыть море так, чтобы небо не заметило этого». Это благожелательное разрешение, которое дают себе страдающие булимией пациентки, следуя указаниям терапевта, становится на деле способом восстановления равновесия в их отношениях с едой: теперь они взаимодействуют с едой в терминах удовольствия, а не в терминах долга. Обычно после нескольких недель такие пациентки начинают есть с удовольствием, но количество еды снижается, и они начинают худеть.

Кроме того, *«разрешение удовольствия»* соответствует реальной потребности страдающих булимией пациенток, превращая предпринятую ими дисфункциональную попытку решения проблемы (есть для получения удовольствия) в функциональный способ решения проблемы. Таким образом, в этом случае не производится обычно используемое блокирование и замена предпринятых попыток решения, а переориентируется сама предпринятая пациентом попытка решения проблемы, изменяется ее значение. Этот маневр обладает высокой эффективностью, и в большинстве случаев достаточно использовать только его для полного разблокирования проблемной ситуации и освобождения от симптомов булимии¹.

¹ Можно попутно отметить, что *«разрешение удовольствия»* не подходит в случае *«артишоков»*, для которых необходимо сфокусировать вмешательство на аспекте взаимоотношений, перемещая внимание с поиска удовольствия в еде на взаимоотношения с другими людьми. Если бы мы сконцентрировали внимание на их отношении к еде, то мы лишь подпитали бы предпринятую *«артишоками»* попытку решения проблемы, и это было бы дисфункционально в отношении целей вмешательства.

С помощью маневров, используемых на второй стадии, обычно достигается быстрое разблокирование проблемной ситуации и снижение симптоматики: в 90% случаев это происходит благодаря парадоксальному предписанию *«если сделаешь один раз, сделай пять»*¹, в оставшихся 10% случаев — благодаря *провоцирующему реструктурированию безудержной сексуальности* или *«допуску удовольствия»*. Естественно, это является лишь первым шагом на пути решения проблемы.

5.2.1.3. Третья стадия (начиная с пятой-шестой сессии)

На третьей стадии терапевтическое вмешательство продолжается главным образом в двух направлениях: с одной стороны, работа с отношением пациента к еде (необходимо для всех типов булимии), с другой стороны — работа с проблемами в сфере взаимоотношений, необходимая для *«артишоков»*.

1. Что касается отношения к еде, необходимо привести пациента, страдающего булимией, к поддержанию корректного и сбалансированного режима питания и в то же время научить его тому, что можно поддерживать оптимальный вес с помощью очень разнообразного, гибкого режима питания, который прежде всего включает в себя возможность отклонений от режима. Следовательно, как и в случае анорексии, пациента обучают *«маленькому беспорядку, который поддерживает порядок»*, и предписывают ему каждый день допускать *«маленькое пищевое отклонение»*: «Здоровый пищевой баланс основывается на маленьком беспорядке, который поддерживает порядок, потому что, для того чтобы не потерять контроль, нам необходимо маленькое отклонение. Если вам удастся каждый день сознательно позволить себе маленькое отклонение, оно позволит вам не потерять контроль над всем остальным».

Очень важно, чтобы пациент подтвердил собственным опытом, что одна шоколадка или мороженое не компрометируют достигнутые результаты и что маленькая уступка не является прелюдией к потере

¹ Обычно почти для всех случаев ботерианской булимии и булимии йо-йо.

контроля. Завершение терапии в случае булимии, таким образом, совпадает не с обретением пациентом способности к соблюдению диеты и похудением, а с обретением способности к отклонениям от диеты, не приводящим к потере контроля. Только когда пациент научится поддерживать порядок, допуская и трансгрессию, терапия может считаться завершённой.

2. На этой стадии терапии в случае «артишоков» является фундаментальной работа со сферой отношений с другими людьми. Таким образом, для пациентов, страдающих булимией этого типа, заключительная часть терапевтического вмешательства направлена на реконструкцию взаимоотношений пациента с самим собой, с другими людьми и с окружающим миром, особенно с представителями противоположного пола. С этой целью терапевт использует реструктурирование и предписания, нацеленные на избавление от трудностей во взаимоотношениях; пациент научается позволять себе небольшое удовольствие и вступать в отношения с противоположным полом, не теряя при этом контроля. Например, терапевт может предложить *метафору «артишока»*:

«Вы должны задуматься о том, что вы до сих пор были замечательным «артишоком», который защищал себя слоями жира. Глядя на растущий в поле артишок, вы могли бы представить себе, что внутри у этого ужасного растения может находиться такое нежное сердце? Нет. Для того чтобы убедиться в этом, вы должны освободить его от внешних листьев. Вы защитили себя, как этот артишок, а теперь мы стараемся освободить вас от листьев, чтобы обнаружить ваше доброе, нежное сердце. Но вы должны научиться не бояться, научиться управлять вашим нежным сердцем. Доспехи защищают, но они в конечном итоге становятся тюрьмой, стало быть, вам теперь надо научиться обходиться без доспехов».

Терапевт может также обратиться к предписанию «*Как если бы*», адаптируя его по необходимости:

«Я хочу, чтобы каждое утро, в то время как вы умываетесь, одеваетесь, готовитесь к выходу... вы задавали себе такой вопрос: «Как бы я вела себя (не так, как обычно), если бы чувствовала себя уверенно во взаимоотношениях с другими людьми?» И среди всего того, что вам придет в голову, выберите самую малую, самую незначительную

вещь и осуществите ее. Каждый день совершайте маленькое, но конкретное действие, *как если бы* вы чувствовали себя уверенно, и каждый день выбирайте что-то другое».

Таким образом терапевт постепенно обучает пациента позволять себе небольшие удовольствия и во взаимоотношениях с другими людьми, не испытывая при этом страха потерять контроль.

Очень важно подчеркнуть, что вмешательство, направленное на сферу взаимоотношений, должно, как правило, следовать за разблокированием проблемной ситуации и уменьшением симптоматики, достигнутыми на второй стадии терапии. Действительно, когда начинается изменение, терапевт должен направить свое внимание только на него, не занимаясь вторичной выгодой и пользой расстройства. Только после освобождения от острой симптоматики можно начать работу с другими аспектами, иначе есть риск спровоцировать обострение симптома. Единственным исключением являются те редкие случаи (обычно это «*артишоки*»), в которых не удастся достигнуть разблокирования с помощью парадоксального предписания «*Если делаешь один раз, сделай пять*»; в этих случаях нужно сначала решить проблемы в сфере взаимоотношений (предлагая *метафору «артишока»* уже на второй стадии) и лишь после этого работать непосредственно с отношением к еде.

5.2.1.4. Четвертая стадия (последняя сессия)

На последней сессии осуществляется в точности то, что описывалось в случае пациентов, страдающих анорексией: проводится переопределение нового достигнутого равновесия, и терапия завершается побуждением пациента к личной автономии.

Пример клинического случая 3: булимия

Первая сессия

Т: В чем ваша проблема?

П: Это очевидно!

Т: А... «Примите меня такой, какая я есть»?! (*Улыбается.*)

П: Да. Я на диете, и диетолог сказала мне, что было бы лучше заняться психотерапией, в противном

Определение
проблемы

- случае я, как обычно, буду то сжиматься, то разжиматься, как гармошка.
- Т: Как обычно.
- П: Да, это не первая диета, которую я пробую.
- Т: А как вы попали ко мне?
- П: Через одну подругу, которая обращалась к вам по другому поводу и сказала мне: «Давай, иди к нему, потому что он молодец». [Я подумала], возможно, вы сможете мне помочь, попробую и увижу.
- Т: Посмотрим... увидим... Значит, вы уже много раз пробовали похудеть?
- П: Да, даже пробовала с помощью специальных таблеток, которые снимают чувство голода, только проблема не в чувстве голода, а в желании есть, которое... и это совсем другое дело. Стало быть, даже если я не голодна, я все равно хочу есть. И в результате я действительно похудела, потому что, естественно, ела меньше, но при этом я ела только то, что мне нравится, и таким образом я очень сильно разбалансировала свое питание.
- Т: Что вам больше всего нравится есть?
- П: Зависит от периода, но больше всего пиццу, макароны, сладости... все самое низкокалорийное!
- Т: Низкокалорийное!
- П: Да, в кавычках!
- Т: Хорошо, хорошо! А как вы до сих пор старались ограничить себя? Вы принимали таблетки, а что еще?
- П: Когда я чувствую себя хорошо, я без труда следую диете, но достаточно совсем немного — неприятности, скука... разные эмоции, которые мне не хотелось бы испытывать...
- Т: И вы всякий раз набрасываетесь на еду.
- П: Обычно — да, еще и потому, что это единственная вещь, которая немедленно приносит мне удовлетворение.
- Т: Ага... А какой образ жизни вы ведете?
- П: Сидячий...
- Т: Сидячий, но кем вы работаете? Работаете, не работаете, учитесь...
- П: Да, я служащая, значит, сижу, считаю, а еще я работаю в одной кондитерской, и, значит...

*Исследование
предпринятых
попыток
решения
проблемы*

Т: Потрясающе!

П: У меня все искушения под рукой.

П: А вы работаете в самой кондитерской?

П: Нет, я там занимаюсь бухгалтерией, но я там окружена: с одной стороны бар при кондитерской, а с другой — пекарня.

Т: Потрясающе, вы точно между двух огней, не знаю, какой из соблазнов больше!

П: Да... и поэтому...

Т: Вы живете одна или с семьей?

П: Живу одна. Я уже год живу отдельно от мужа.

Я ходила в течение полугода на психоанализ... Т:

Это из-за проблем с весом или из-за проблем в браке?

П: Потому что когда мы разошлись... мы разошлись потому, что у меня была проблема с идентификацией: я больше не знала, кто я.

Т: М-м... Забавно!

П: Поэтому я больше не доверяла самой себе, не знала, чего хочу: не знала, было ли то, что я делала, только реакцией или это было действительно тем, что я хотела; значит, я решила пойти заняться психоанализом, и через полгода я вновь обрела себя и прекратила терапию вопреки мнению аналитика. Т:

А почему вы не вернулись к ней [аналитику] вместо того, чтобы обратиться ко мне?

П: Потому что когда я прекратила анализ, я потеряла веру в него.

Т: А почему?

П: Я не знаю... возможно, это моя защита. В любом случае это случилось именно в тот момент, когда я столкнулась с расставаниями, и я начала понимать, что означает расстаться с семьей, и я рассталась с ним тоже! Я сделала все сразу! Я со всеми рассталась: в общем, я начала и довела дело до конца. К тому же он еще и уехал на месяц, он был в Англии, а когда вернулся, я больше не хотела туда ходить. Я ходила еще на две сессии, на которых я убедила его, то есть сообщила ему, что не хочу больше продолжать.

Т: Вы себе нравитесь такой?

П: Нет, ясно, что нет...

*Исследование
семейной
системы
и системы
взаимоотно-
шений
пациентки*

Т: Сейчас вы живете одна?

П: *(Кивает в знак согласия.)*

Т: Вы поддерживаете отношения с вашей родной семьей, с вашим бывшим мужем или нет?

П: Да.

Т: У вас была эта проблема, и когда вы жили со своим бывшим мужем?

П: Да. Скажем, проблема усугубилась с того момента, как я с ним познакомилась, — проблема стала гигантской...

Т: Даже так!

П: Да, еще и потому, что в начале, после первых двух лет совместной жизни я набрала 20 килограммов за полгода, но я работала на трех работах... в одной ростицерии... уже тогда... и в течение года у нас не было сексуальных отношений. То есть не то чтобы мне казался недопустимым сам половой акт — для меня это нормально. Для меня он был неприемлем психологически, то есть моя совесть не была чиста по отношению к моей матери... поскольку я получила очень жесткое воспитание; действительно, я хотела выйти замуж девственницей, но ничего из этого не вышло. Я испытывала большое чувство вины, я на это потратила довольно много времени, пока я...

Т: А как сейчас вы относитесь к этой проблеме? Ее больше нет в вашей жизни?

П: Нет, есть!

Т: А я думал, «нет»...

П: Может быть, отчасти так и есть, потому что на самом-то деле мне не удается отпустить себя и жить полноценной жизнью... Наоборот!

Т: Сейчас у вас есть роман?

П: В данный момент почти есть, но нет полной определенности, то есть он мог бы быть, но все время что-то встает на пути.

Т: ОК. «Что-то встает на пути» — что это означает?

П: Это технические проблемы: например, я ездила в Египет и по уши влюбилась в одного...

Т: А... Прекрасного египтянина?

П: Да, даже решила пережить этот роман во что бы то ни стало, хотела его пережить, хотя обычно делаю

все наоборот: я пугаюсь, как кролик, и прячусь. Когда настал кульминационный момент, у меня не оказалось презерватива — он был у меня в чемодане. В тот вечер пошла гулять с этим парнем, и случилось то, что должно было случиться, но у меня не было презерватива. [Я думала, что] он остался дома, но потом вчера вечером обнаружила, что он у меня в кошельке. Вы думаете, я этого не знала? Конечно, я это знала! Я всегда сама создаю препятствия!

Т: Хорошо, значит, полнота — недостаточное препятствие!

П: Действительно... Действительно!

Т: Это надежно защищает?

П: Да, это хороший способ отсеивать большинство поклонников.

Т: А... Конечно... Я...

П: Да, тот, кто меня хочет, должен меня сильно хотеть.

Т: Я обычно называю таких, как вы, «артишоками».

П: Почему?

Т: Потому что как артишок защищает прекрасное, доброе и мягкое сердце при помощи щита из колючих листьев, так и полнота служит для того, чтобы...

П: Нет, но это же прекрасная...

Т: Это хорошие доспехи, потому что тот, кто вас хочет, должен действительно любить вас такой, какая вы есть, а не за внешность, не так ли?

П: Верно. Однако проблема заключается в том, что когда меня принимают такой, какая я есть, то я себя не принимаю!

Т: А, конечно... потому что вы себя чувствуете отвратительным шаром из жира.

П: Отлично! Это в точности так!

Т: Ну... Вы отвратительный шар из жира... Но вы еще не совсем сумасшедшая.

П: Ну... Я сумасшедшая, иначе я бы сюда не пришла.

Т: Хорошо, хорошо, хорошо! А сейчас вы снова на диете?

П: Да.

Т: А вам удается справляться с диетами?

Реструктурирование полноты как защиты от взаимоотношений

Метафора «артишока»

«Защетка» пациентки: использование логики и языка пациента

П: В каком смысле: соблюдать их или не соблюдать?
В каком смысле справляться?

Т: Вы справляетесь с ними, когда вы следуете им или когда не следуете?

П: Я сопротивляюсь...

Т: Тогда я должен объяснить...

П: Трудно ответить на этот вопрос.

Т: Сейчас вы начали новую диету. Обычно сколько времени длятся ваши диеты?

П: А... Могут продолжаться даже год!

Т: И обычно вы худеете?

П: Да.

Т: А потом все набираете обратно.

П: Пока что да.

Т: Всегда? И вам ни разу не удавалось по-настоящему вернуться в форму?

П: Да, но это никогда не продолжалось дольше года.

Т: Сколько килограммов вы хотели бы сбросить?

П: Ну... Сколько хотела бы сбросить! Чтобы быть в форме, я должна весить 55 килограммов.

Т: А сколько вы весите?

П: Сто четырнадцать. Т:

А... Поздравляю!

П: Спасибо.

Т: Значит вам надо сбросить только 60 килограммов?

П: Я хотела бы достичь семидесяти пяти. Т:

Семидесяти пяти?

П: Да, потому что при этом весе я себе нравлюсь.

Т: Круто! Однако!

П: Нет, это неправда... Не потому, что я себе нравлюсь физически, а потому, что когда я достигаю 70 килограммов, то мое лицо, и так длинное, становится еще более вытянутым, и я себе больше не нравлюсь. И у меня еще есть комплекс по поводу подбородка.

Т: А, верно!

П: Следовательно, потом еще и это становится новой проблемой!

Т: От отвратительного шара из жира до лошадиного лица!

П: Да (*смеется*).

Т: ОК.

*Используй-
вание иронии*

П: Семьдесят пять — хороший компромисс. Вы думаете, что...

Т: Я думаю, что теперь я знаю достаточно о вашей проблеме, чтобы сказать, что я могу помочь вам — и даже быстро — разблокировать ситуацию. Естественно, мы не будем торопиться худеть, потому что на это требуется определенное время.

П: Э-э... Да.

Т: Но разблокировать ситуацию можно быстро. Однако я не знаю, насколько вы будете в состоянии следовать моим предписаниям.

П: Потому что это очень сложно?

Т: Я не знаю, сказал ли вам тот, кто послал вас ко мне, что у меня очень специфические методы, в том смысле, что я не уделяю разговорам много времени, я не говорю много, я даю задания — прошу что-то делать или о чем-то думать. И эти задания, которые я прошу делать, как правило, необычны, они могут казаться нелогичными, банальными, глупыми, забавными, странными... Ничего ужасного или угрожающего, но они должны быть исполнены в точности, даже если они покажутся странными. Хорошо? Их нужно выполнять, не задавая вопросов, потому что объяснения я всегда даю после. Кроме того, я даю себе только десять сессий, чтобы увидеть результаты. Если, дойдя до десятой сессии, я не вижу результатов, я прерываю работу, продолжаю только в том случае, если есть результаты. Если все пойдет как обычно, то в пределах 10 сессий проблема будет решена, но я не знаю, будет ли так в вашем случае.

П: Это вызов?

Т: Посмотрим, посмотрим. Это предположение! У меня для вас два задания, хорошо? Одно совсем простое: я хочу, чтобы вы думали, что вы — прекрасный артишок, который защищает себя при помощи жира, но в то же самое время — шар жира, который перекачивается... Думайте об этом хотя бы один раз в день.

П: Это не трудно!

Т: У вас это хорошо получается, правда? В то время как другое рассуждение — немного более

Согласование условий терапевтического вмешательства

Двойная терапевтическая ловушка

Первое предписание: думать о метафоре артишока

сложное. Насколько я понял, ваша проблема существует довольно давно.

П: Думаю, она всегда существовала.

Т: Хорошо. Вы знаете, что в природе любой феномен, который поддерживается, устойчиво сохраняется в течение длительного времени, должен выполнять какую-то функцию, должен играть какую-то роль, приносить пользу, иначе бы он естественным образом прекратился, так? Мы — создания природы, и наш разум — сложная природно-экологическая система, но в природной системе всегда все, что появляется и существует, имеет функцию, роль, приносит пользу — в противном случае это должно было бы угаснуть. И тогда я спрашиваю себя и спрашиваю вас: в чем может заключаться польза этой проблемы для вас? Какие преимущества она вам дает? Потому что если мы не раскроем как следует роль и пользу этой проблемы, нам не удастся решить ее, потому что ничего не изменится.

П: Да, но я знаю это.

Т: Думайте об этом каждый день — не отвечайте мне сейчас, — один раз в день; и принесите мне все возможные ответы. Хорошо?

П: Хорошо.

Т: Третья вещь, которую я вам предлагаю, немного...

П: А... тогда их три?!

Т: Третья вещь... она немного фантастическая. Я бы хотел, чтобы с этого момента до нашей следующей встречи через неделю каждое утро, когда вы встаете, одеваетесь, делаете макияж, вы бы вызвали одну фантазию, волшебную фантазию. Я хочу, чтобы вы каждое утро представляли себе, что вы выходите отсюда, как сегодня вы отсюда выйдете, что вы закрываете дверь, и как только она закрылась — «пуфф!» — как по волшебству ваша проблема исчезает, нет даже намека на нее: что сразу же изменилось бы в вашей жизни? Какие другие проблемы после этого встали бы перед вами? Хорошенько об этом подумайте. Каждое утро представьте себе, что вы выходите отсюда, мы закрываем дверь и — «пуфф!» — как по вол-

Второе предписание: польза проблемы

Третье предписание: «Фантазия чуда»

шебству ваша проблема исчезает. Какие другие проблемы потом возникли бы? Что изменилось бы в вашей жизни?

П: Полный бардак!

Вторая сессия

Т: Как все было?

П: Итак, первое, что мне было сказано, — это было про «артишок» и «жирный шар». Через три дня я себе сказала: «Великолепный жирный шар». И я должна была заставлять себя делать две другие вещи, но мне [непроизвольно] приходит в голову это. Потом я составила список... Хочешь все узнать?

Т: Да.

П: Я написала... вот... первое было — для чего мне служит мое поведение; и я понимала под этим как отношение к еде, так и к тому, что я толстая...

Т: В чем польза этого — есть и быть толстой?

П: Польза еды в том, чтобы уменьшить эмоции.

Т: А! Мне нравится это... Но кто же тут надевает доспехи? На самом деле ты делаешь анестезию своим эмоциям?

П: Да, но не положительным эмоциям.

Т: Отрицательным эмоциям?

П: Конечно!

Т: А какие это отрицательные эмоции?

П: Такие как тревога, гнев, тоска, напряжение при испытаниях, неудовлетворенность, нетерпеливость и страх быть отвергнутой, ощущение провала и страдания.

Т: А... Вот как! А еще?

П: И это так... еще и потому, что если бы я так не делала... когда активизируется одна из этих эмоций, выходят на поверхность и все остальные, понятно? А вот что касается жира... С одной стороны, сейчас у меня в общем-то нет проблем с тем, чтобы нормально говорить с людьми, даже мужского пола, однако я исхожу из предположения, что я не нравлюсь, и, следовательно, я не чувствую себя свободной и способной состязаться...

Т: Ты же все равно себе говоришь: «Я ничего не могу себе позволить!»

Переопределение эффектов предписаний

Реструктурирование защитной роли тучности посредством метафоры доспехов

- П: Да, и таким образом они не могут неправильно истолковать мои намерения.
- Т: А, правильно, в общем, они принимают тебя такой, какая ты есть!
- П: Да, они меня не принимают во внимание, и я, следовательно, могу играть и делать то, что хочу. Т: Правильно, правильно, молодец! Стало быть, это тебя опять защищает.
- П: Да, еще это помогает и мне самой, в том смысле, что я это использую как тормоз.
- Т: В отношении чего?
- П: Я чувствую себя очень уязвимой, потому что мне нравится нравиться, как всем людям, мне нравится соблазнять, мне также нравится, когда меня соблазняют, мне нравятся все эти сексуальные поединки и остальное тоже. И тогда я пугаюсь, что если я расслаблюсь, то больше не смогу взять контроль в свои руки...
- Т: «Кто знает, до чего я могу дойти!»
- П: Ну и что же я должна с этим делать? Вот я и делаю все это!
- Т: М-м-м... Хорошо.
- П: Для чего это служит? Если я, выходя из твоего кабинета...
- Т: Какой эффект оказало это длительное размышление о положительных сторонах еды и того, что ты толстая?
- П: Я думала, что это в большей степени служит для того, чтобы не чувствовать страданий... На самом деле я поняла, что это больше относится к сексуальной сфере.
- Т: Ах ты поросенок!!!
- П: Да, больше, чем я себе представляла... Много, я бы сказала, почти все относится к этому, особенно когда переходишь предел «как если бы у меня не было моей проблемы». И за этим пределом появляется вся эта сфера.
- Т: Хорошо, хорошо, хорошо. А «пуфф!» — как по волшебству?
- П: Ну, прежде всего я должна была бы найти другой способ разрядки напряжения. Сейчас, поскольку я начинаю диету, я должна найти другой способ,

*Вновь
использование
иронии*

чтобы есть, однако предполагается, что я его уже нашла, иначе не могло бы быть «пуфф!». А потом я могла бы чувствовать эмоции...

Т: А...

П: Все эмоции, потому что я делаю анестезию и положительным эмоциям.

Т: И что же тогда?

П: С одной стороны, это приятно, а с другой стороны, по отношению к тому, что мне не нравится, — неприятно. Однако очень часто я сейчас чувствую желание есть и знаю, что что-то не так. Но я не знаю, какая эмоция под этим кроется. В тот момент [после волшебства] я бы точно знала, в чем проблема, и это было бы в целом положительно: я могла бы что-то сделать. А потом я могла бы выходить, куда мне хочется, обрела бы свободу в движениях, не должна была бы больше казаться неуклюжей, могла бы двигаться, бегать, играть, позволить обнять себя, не опасаясь, что кто-то почувствует отвратительный слой жира... А потом я была бы желанна, мной восхищались бы, за мной ухаживали бы те, кто мне нравится. Но я должна была бы изменить то поведение, которое у меня сейчас: сейчас я без проблем разговариваю с любым человеком, а потом они бы возникли.

Т: Конечно.

П: И это то, что меня сильно угнетает, потому что мне нравится быть такой свободной.

Т: Хорошо, хорошо, хорошо.

П: Кроме того, у меня больше не было бы жира, который меня защищает, и это стало бы большой проблемой, потому что мне надо было бы защищаться от себя самой! От себя самой. Потому что я знаю, что с рациональной точки зрения все, что я говорю, не имеет смысла...

Т: С точки зрения логики здравого смысла. С точки зрения более сложной логики то, что ты говоришь, имеет большой смысл...

П: Да? Т:

(Кивает.)

П: Ну я думаю, что если мне, например, удалось бы получить полное удовлетворение в сексе,

- в половом акте... А если я стану зависимой от секса?!
- Т: Ой... Мама дорогая!
- П: Я потом всегда должна была бы иметь кого-то рядом с собой. Кроме того, если мне это очень понравится, — а я предполагаю, что это может быть так, — это было бы аморально. То есть я была бы хуже проститутки, и это... Вот рассуждение, о котором я говорила, что оно не имеет смысла... Я оправдываю проститутку, потому что она работает, в то время как я, наоборот, развлекаюсь! Это понятно? Проблема в том, что даже когда я толстая, все это усиливается!
- Т: Ой, мамочки! Даже когда ты толстая! Значит, жир тебя не так уж хорошо защищает!
- П: Нет.
- Т: Он только заставляет тебя выбирать непривлекательных мужчин?
- П: Нет, не только, потому что я еще и везучая: я, наоборот, всегда нахожу привлекательных!
- Т: Ого!!!
- П: Проблема в том, что я не отдаюсь, даже когда мне этого хочется, то есть в результате это становится препятствием даже в отношении того, что я хочу. Кроме того, возникла бы еще такая проблема, что когда ты привлекательная, ты больше не знаешь, хотят ли тебя за то, какая ты есть, или за то, какой ты кажешься.
- Т: Правильно, правильно!
- П: И потом еще одна вещь: если меня отвергают, когда я толстая, я могу обвинить в этом...
- Т: Жир! А в противном случае — нет!
- П: Нет!
- Т: Сколько чудных идей!
- П: Однако положительно то, что я была бы более уверена в себе и испытывала бы меньший страх быть непринятой.
- Т: Хорошо, тогда передай мне все листы. Поскольку я вижу, что мы так хорошо работаем, я хочу от тебя две вещи. Первая вещь немного особенная, но сначала я хотел бы знать: как ты вела себя в отношении еды на этой неделе? Ты ела больше или меньше?

П: Отвратительно!

Т: Ты еще больше набросилась на еду? Ты еще больше защитила себя, верно?

П: Да.

Т: Как знать, до чего мы должны прийти, прежде чем начать худеть! Может, мы даже должны набрать несколько килограммов, прежде чем ты захочешь похудеть.

П: Нет, не говори мне этого!

Т: Это возможно! Итак, я хочу, чтобы ты с этого момента до следующей недели выбрала одну из твоих диет — любую, но не слишком строгую, хорошо? Не ниже 1000 ккал. 1200, 1400 — не ниже! ОК? Ты же опытнее меня в том, что касается диет.

П: Угу.

Т: Я хочу, чтобы ты следовала этой диете. Все, что ты ешь за рамками этой диеты, ты должна есть в пятикратном количестве: «Если ешь один, съешь пять». Можешь не есть совсем, но если съешь один, съешь пять. Если ты съешь один бутерброд, не входящий в диету, ты должна съесть пять бутербродов. Если съешь кусочек шоколада, съешь пять, если съешь кусок торта, съешь пять кусков торта. Всякий раз, когда ты нарушаешь пищевой режим, который ты выбрала, ты должна должна повторить это пять раз, если сделала это один раз. Хорошо?

П: А хочешь, я скажу тебе одну вещь?

Т: Да, ты мне это скажешь в следующий раз.

П: Это задание мне не кажется трудным!

Т: Это не трудное, а вот следующее... Я хотел бы, чтобы ты запаслась бумагой для писем и каждый вечер в последний момент перед сном писала письмо, адресованное мне. Пусть это будет последнее, что ты сделаешь за день. Ты должна начать письмо словами: «Дорогой доктор», а потом написать мне все, что ты хочешь. Рассказывай мне обо всех этих вещах, обо всем, что приходит тебе в голову. Когда закончишь, заклейте конверт и в следующий раз принеси мне все письма.

П: Хорошо.

*Первое предписание:
«Если съешь одно, съешь пять»*

*Второе предписание:
«Письмо на подушке»*

Третья сессия

- Т: Как шли дела на этой неделе?
- П: Хорошо.
- Т: Что это значит?
- П: Это значит, что я похудела.
- Т: Похудела?! Даже так?! Я должен испугаться?
- П: Нет.
- Т: На сколько похудела?
- П: На два килограмма.
- Т: На два килограмма за неделю?
- П: Да, но на предыдущей неделе я набрала один килограмм, потому в результате похудела на один. Т: Хм... Хорошо, хорошо. Я был наивен, когда предложил тебе есть пять, когда ешь один! Ты потом изменила свое мнение об этом?
- П: Да! Сразу после того, как я вышла отсюда!
- Т: *(Смеется.)* Ты изменила свое мнение?!
- П: Я даже испытала ненависть к тебе!
- Т: Ах так?! Почему же?
- П: Потому что ты мне все испортил.
- Т: Все испортил?! Как я мог все испортить?
- П: Да... Потому что... это имеет свой ритм, это приятная вещь, я испытываю от нее невероятное удовольствие...
- Т: Представляю себе!
- П: ...а ты мне все испортил!
- Т: Как я тебе все испортил?!
- П: Ну да, потому что всякий раз, когда я хотела что-нибудь съесть, я должна была съесть этого в пять раз больше! И в результате получаемое удовольствие не стоило того, чем я должна была за это расплатиться...
- Т: Ах...
- П: Потому что стоит потолстеть на один килограмм из-за порции маскарпоне, которую ты так хочешь, но если ты должна потолстеть на три килограмма из-за трех добавочных порций, которых ты не хочешь, — нет!
- Т: Хорошо. А сколько раз ты должна была съесть в пять раз больше? Тебе это пришлось сделать?
- П: Один раз.

*Отчет
о прошедшей
неделе и пере-
определение
эффектов
предписания
«Если съешь
одно, съешь
пять»*

Т: Только один раз?

П: Да...

Т: В первый раз?

П: Да, потому что я уже все продумала, идя домой.

Я уже все продумала... Я действительно очень сильно рассердилась на тебя, потому что ты мне все испортил.

Т: А... Рассердилась на меня? Ты наслала на меня проклятье?

П: Нет!

Т: Нет? Они же все равно только продлевают жизнь.

П: Это был гнев от безутешности, то есть не можешь же ты испортить единственную вещь, которая мне нравится! Я рассердилась на тебя в этом смысле. Т:

Когда ты съела в пять раз больше — что ты съела? П:

Утром я разговаривала с кондитером, когда он занимался миндалем, и я инстинктивно запустила в него руку, взяла пять орешков и начала их есть...

Т: Пять орешков...

П: Да, именно пять орешков... И это было то, чего я хотела в тот момент. Потом, когда я положила в рот первый орешек, я вспомнила о числе пять... Знаешь, я была готова тебя задушить!

Т: И ты съела пять орешков?

П: Нет, я съела пять раз по пять — двадцать пять орешков.

Т: Молодец.

П: Э... Потому что я ведь нашла уловку, ты не думай!

Т: Я знаю! Я верю тебе! Но я об этом тебя уже предупреждал... ты помнишь? Двадцать пять.

П: Двадцать пять... Однако это было так...

Т: Как...?

П: То есть когда ты должна есть что-то, что не хочешь, это совсем неприятно, это сильное принуждение... И с того момента это меня преследовало, то есть каждый раз, когда мне хотелось чего-то, я сразу представляла себе это в пятикратном количестве, и ко мне сразу приходила мысль: «Я не хочу есть все то, что вдобавку»... Но... То, что я хотела, я продолжала хотеть! Но у меня проходило желание есть, и поэтому в первые два дня я испытывала невероятное чувство лишения...

Т: А потом?

П: Потом... У меня уже и желания не возникало.

Т: Даже так?!

П: Да, я даже в одном из писем тебе написала:
«Может быть, я уже ассоциировала желание с
фрустрацией, и, следовательно, оно у меня даже
больше не возникает?»

Т: Посмотрим.

П: Это было бы слишком легко. Кроме того, есть
еще одна вещь: вчера вечером мне не хотелось
есть, потому что я должна была идти на курсы и
мне нужно было поесть раньше, а у меня не было
чувства голода и желания есть то, что ели другие.
Мне бы хотелось съесть печенье с молоком или
кофе с молоком. Но у меня в голове была идея о
том, что печенье было одним из запрещенных
продуктов, и мне не хотелось съесть 25 штук од-
ного сорта. Через несколько секунд я изменила
решение: я подумала, что пять печений с молоком
могут прекрасно заменить ужин и что это не было
бы отклонением от диеты, и, значит, я это съела.

Т: Ты позволила это себе.

П: Да.

Т: Молодец.

П: И когда я рассказала об этом специалисту по пи-
танию, она сказала, что я поступила правильно.

Т: Молодец!

П: На самом деле она испугалась, когда я ей обо
всем рассказала: «Будь осторожна, не попадай в
сильную фрустрацию, потому что потом будет
еще хуже... Ты рискуешь все испортить тем, что
ты должна съесть в пять раз больше!»

Т: Да, но специалист по питанию должен заниматься
своей работой.

П: Нет, наоборот, потом она мне сказала, что я хо-
рошо отреагировала...

Т: Замечательно, но она должна заниматься своей
работой!

П: Да, но она довольна тобой!

Т: Я хочу, чтобы ты избегала разговоров с ней о том,
что я прошу тебя делать!

П: Хорошо.

*Переопреде-
ление роли
специалиста
по питанию:
избегать
с ним раз-
говоров о
терапии*

- Т: Потому что моя работа для того, кто этим непосредственно не занимается...
- П: Я должна была сказать ей об этом, потому что если бы я потолстела...
- Т: Моя работа для того, кто не занимается непосредственно этим, может показаться такой странной и такой нелогичной...
- П: Да, но она знает о тебе.
- Т: Согласен, но даже просто каким-нибудь комментарием... можно... тебе это понятно?!
- П: А... Я поняла, хорошо, согласна.
- Т: Следовательно, ты скажешь ей, что я рад с ней сотрудничать, но что моя работа — это моя работа, и ты должна избегать разговоров о ней. Посмотрим на результаты. Ты знаешь, многие люди, которые знают обо мне по моим книгам, интерпретируют их по-своему.
- П: ОК, я буду нема как рыба!
- Т: Хорошо. Стало быть, как говорится, к этой сессии достигнут небольшой магический эффект...
- П: Да, мне удастся контролировать свои желания.
- Т: Ты похудела на два килограмма...
- П: И я также много мечтала, я тебе обо всем написала.
- Т: Что ты конкретно сделала, помимо мечтаний в чувственно-романтико-эротической сфере?
- П: (*Смеется.*) Э-э... Об этом я тебе не написала.
- Т: Нет?!
- П: Я влюбилась с первого взгляда.
- Т: Вау! Но ты и завоевала или только влюбилась с первого взгляда?
- П: Нет, только влюбилась, потому что потом я... я не верила, что... то есть я почувствовала себя немного потерянной, если честно, потому что я увидела этого человека на работе, и я застыла там, как парализованная, не отрывая от него взгляда, а он заметил это. Я не сумела ни сказать что-то, ни уйти оттуда... то есть...
- Т: (*Смеется.*) Ты ему преградила дорогу... «Ты должен перейти через мой труп!»
- П: Нет! Я была за прилавком... то есть... я могла стоять там сколько хотела, однако нельзя же так глазеть на человека... я имела такой вид... пред-

*Исследование
сферы чувств
напротив*

ставляю себе, какой... и ничего не говорила. Я видела на его лице своего рода вопрос: «Что ты хочешь? Скажи мне!» А я ему ничего не говорила, пока он не нарушил молчание и не сказал мне: «Здравствуйте», а я ему сказала: «Добрый день», а на дворе был вечер... Ну и все. Я была рада, потому что я испытала такое ощущение в Египте в январе к тому человеку, который потом... У меня с ним была любовная история в последний раз...

Т: Прекрасный африканец!

П: Да.

Т: Хорошо. И что ты будешь делать? Ты будешь на него охотиться?

П: Нет. Т:

Хорошо.

П: Не знаю... Зависит от того, как я буду вести себя, когда его увижу... Если я почувствую себя заблокированной... То есть бесполезно на него охотиться.

Т: Стоп, стоп! Не надо бежать слишком быстро! Как ты думаешь, о чем я тебя сейчас попрошу?

П: Я почти чувствую это! Скажи, скажи мне!

Т: Я хочу, чтобы ты продолжала писать мне письма, в которых ты рассказываешь обо всем: и о снах, и о фантазиях, и о том, что ты делаешь...

П: О чем угодно?

Т: О чем угодно, ты можешь даже слать мне проклятья... Ты все можешь! Ты можешь даже создать себе иллюзию, что я такой наивный, но ты должна это делать. Кроме того, что касается еды: если ешь одно, то ешь семь — ни одним больше, ни одним меньше. Можешь не есть совсем, но если ешь одно, то ешь семь.

П: То, что я не хочу!

Т: Вот именно... То есть не то, чего ты не хочешь...

П: То есть то, что я не должна есть.

Т: Именно так. Ты устанавливаешь свой режим питания, как ты уже делала на этой неделе. Иногда ты можешь ввести в него маленький беспорядок, достаточно того, чтобы это был беспорядок, который поддерживает порядок, в том смысле, что когда пять печений с молоком заменяют ужин — это замечательно! Диета не должна преследовать

*Техника
«Идти
медленно»*

*Первое
предписание:
продолжать
«Письмо
на подушке»*

*Второе
предписание:
«Если съешь
одно, съешь
семь»*

*Реструктурирование
«маленького
беспорядка,
который под-
держивает
порядок»*

тебя, хороший режим питания должен предусматривать и удовольствие, иначе он не будет хорошим режимом питания, особенно для такого поросеночка, как ты. Ты его не выдержишь без удовольствия. Кроме того — и в этом ты сильнее меня — ты знаешь диеты лучше меня, ты знаешь о режимах питания больше, чем я. ОК? Но за рамками диеты, если ешь одно, ешь семь. Можешь не есть совсем, но если ешь одно, ешь семь. Хорошо?

П: Это легко!

Т: На прошлой неделе это тебе тоже казалось легким!

П: Пять или семь — мне кажется, это одно и то же!

Т: Хорошо.

Пациентка на следующей сессии сообщила, что она ни разу не ела, «умножив на семь», и что она продолжает худеть.

5.3. Неконтролируемое пищевое поведение (binge eating)

Особого разговора заслуживает неконтролируемое пищевое поведение (binge eating), представляющее собой пример развития нарушений пищевого поведения и превращения их в более специализированные расстройства. Это расстройство, являющееся, с нашей точки зрения, особым вариантом развития булимии, встречается реже, чем другие типы нарушений пищевого поведения: 10 случаев (5%) из выборки, рассматриваемой в нашем исследовании-вмешательстве.

Binge eating характеризуется чередованием продолжительных периодов воздержания от еды или периодов чрезвычайно строгого контроля над пищевым режимом и более или менее длительных периодов интенсивной трансгрессии, в течение которых пациент полностью отдается удовольствию от переедания. За периодом переедания (он может заканчиваться или нет вызыванием рвоты), который обычно концентрируется в ограниченном отрезке времени, наступает период голодания «в наказание», и цикл повторяется. Таким образом, перцептивно-реактивная система таких пациентов основывается на постоянном чередовании голодания / переедания, контроля / потери

контроля. У этих пациентов так сильно развита способность к контролю, что они после некоторого времени оказываются не в состоянии управлять ею и теряют контроль. То есть именно длительное воздержание от еды и постоянное усилие, направленное на поддержание контроля, определяют последующую потерю контроля. В этом случае также предпринятая попытка решения усложняет проблему.

Для того чтобы разблокировать проблемную ситуацию и вызвать снижение симптоматики, было разработано реструктурирование, очень похожее на реструктурирование «страха помощи», применяемое при фобических расстройствах (*Nardone, 1993*), названное реструктурированием страха перед голоданием¹:

«Когда человек считает себя толстым, он думает, что наилучшим способом решить эту проблему является голодание: чем дольше я буду голодать, тем больше похудею. Однако эта логика «здорового смысла» не принимает в расчет некоторые немного странные эффекты, которые с нами происходят: когда кто-то голодает и ему это удастся, например, на протяжении целой недели, потом он теряет контроль и объедается. В действительности то, что могло считаться наилучшим решением проблемы — голодание и воздержание от еды, — становится именно тем, что провоцирует эпизоды переедания. Таким образом, человек прилагает невероятные усилия для того, чтобы не есть, а потом враз все портит; он не только все портит, даже хуже того, он употребляет в пищу больше калорий и толстеет. Я хочу, чтобы вы начали задумываться о том, что вы должны испытывать страх перед голоданием, поскольку каждое голодание открывает дверь следующему эпизоду переедания. Всякий раз, когда вы воздерживаетесь от еды, вы тем самым готовите следующий эпизод переедания. И если вы устраиваете период голодания, а потом переедаете, то вы употребляете еще больше калорий и, таким образом, не худеете. Я согласен с вами в том, что вам надо похудеть, но я хочу, чтобы вы похудели и научились поддерживать оптимальный вес. Для того чтобы не распахивать дверь эпизодам переедания, необходимо научиться избегать

¹ Это реструктурирование с соответствующей адаптацией применяется не только в случае собственно голодания, но и во всех случаях ригидного ограничения в еде или жесткого контроля над питанием.

периодов голодания, поддерживая пищевой режим, калорийная ценность которого лишь чуть-чуть ниже необходимой, и таким образом добиться постепенного снижения веса, вплоть до достижения оптимального веса. Стало быть, вы должны начать задумываться о том, что голодание опасно, что вы должны бояться его, поскольку всякий раз, когда вы голодаете, заканчивается тем, что вы устраиваете переедание, и это приводит к тому, что вы толстеете, вместо того чтобы худеть. Предпринятая вами попытка решения проблемы не только неэффективна, она еще больше усугубляет проблему. Я знаю, что вы научились этому и что вы не в состоянии не делать этого, однако всякий раз, когда у вас возникает желание голодать, задумывайтесь о том, что вы готовите последующее переедание и что лучший способ избежать переедания — избегать голодания».

При помощи этого реструктурирования голодание, которое видится такими пациентами как огромное достижение, переопределяется в то, что на самом деле провоцирует переедание, то есть в то, чего они боятся. Таким образом пациентов постепенно приводят к построению новой реальности, внутри которой то, что они предпринимали раньше для защиты от переедания, становится тем, что его на самом деле продуцирует. Восприятие проблемы полностью переворачивается: предпринятая попытка решения проблемы — голодание — переопределяется не как функциональная, а как нечто угрожающее и опасное, поскольку именно воздержание от еды в конечном итоге провоцирует переедание.

Такой маневр является необыкновенно эффективным в случае этой патологии, поскольку он калькирует (повторяет структуру) присущую этим пациентам тенденцию к контролю, переориентируя его против симптома. Когда пациент испытывает страх перед голоданием, его тенденция к контролю действительно направляется против самого контроля: то, что раньше вызывало у пациентов патологичное поведение (переедание), теперь реструктурируется как то, что приведет их к полезному поведению, то есть к тому, чтобы позволить себе есть, дабы не попасть в ловушку переедания. В большинстве случаев после этого маневра пациенты начинают вновь питаться регулярно, хотя им это и не было предложено прямо, поскольку они начинают воспринимать разрешение на прием пищи как то, что позволит им

контролировать самое для них страшное, то есть переедание. Таким образом, реструктурирование страха перед голоданием, в котором отклонение (трансгрессия) — а именно, прием пищи — переопределяется как способ контроля над самим отклонением, приводит к тому, что эти пациенты начинают питаться нормально, чтобы не попасть в ловушку переедания.

Пример клинического случая 4: binge eating

Первая сессия

Т: Пожалуйста, присаживайтесь! Очень приятно, я — доктор Нардонэ. Итак, что привело вас сюда? М:

У моей дочери проблема анорексии и булимии, но нам не удалось ей помочь, поэтому мы пришли к вам.

Т: Опишите мне подробно ее проблемы, а потом посмотрим, нужно ли вам остаться здесь или лучше подождать в зале.

М: Примерно месяц назад я заметила, что она стала очень быстро худеть. Поскольку одна подруга всегда рассказывала мне, что ее дочь худела и вызывала рвоту... Она мне сказала: «Будь начеку, это может быть началом анорексии!». Я стала внимательнее, я увидела, что в туалете все забрызгано, и начала понимать, в чем заключалась проблема. А потом все пошло по возрастающей.

Т: Это в течение последнего месяца?

П: Нет, больше месяца. Пару месяцев.

М: А потом не пришли месячные.

О: Кроме того, мы в то же время видим, что она грустная. У нее бывает сильная депрессия.

Т: Она похудела на несколько килограммов за короткий период? На сколько килограммов она похудела?

М: На 7, да? (Обращается к дочери.)

П: Больше. На 8 или 9 килограммов...

Т: Какая молодец! А как вы отреагировали? Что вы пробовали делать, чтобы помочь ей, как только вы это заметили?

М: Прежде всего я убрала ключ от туалета, чтобы она не запиралась.

*Определение
проблемы*

*Исследование
попыток
решения
проблемы,
предпринятых
семьей*

Т: А! Она могла вызывать рвоту в другом месте! М:
Я знаю. Конечно, она могла вытащить в пакет. Т:
Или вне дома!

М: Потом мы с ней поговорили... Я доверила свою
судьбу Всевышнему, потому что это серьезные
вещи.

Т: Когда вы разговаривали с дочерью, что вы узнали?

М: Она частично подтвердила это свое поведение.

О: Потому что это не зависит от нее. Доктор, правда в
том, что это сильнее ее... Она мне сказала: «Папа,
на меня это находит...»

М: В последние дни она написала мне письмо, в ко-
тором просила о помощи, чтобы я пошла с ней
к кому-нибудь, кто мог бы ей помочь. Я бы ее и
раньше сразу отвела, однако мне кажется ло-
гичным, чтобы у нее было желание выздороветь.

Т: ОК, ваша дочь сказала, что это от нее не зависит.
Что она вам сказала?

О: Что на самом деле это сильнее ее, что это своего
рода... против ее воли, я бы сказал...

Т: Как своего рода неудержимый импульс, который
овладевает тобой. Его невозможно остановить, ты
должна это сделать.

П: Как будто у меня двойственная личность.

М: Она написала мне письмо, я принесла его. Если
оно вам может быть полезным, если вы желаете...

Т: Это письмо было адресовано вам, не стоит... М:
Нет, не именно мне, это она меня просила о по-
мощи.

Т: Что вы сделали?

М: Я купила книги, чтобы лучше понять, и все, что
было написано в книгах, полностью отражало ее
состояние. Я старалась дать ей понять, что она
нуждается в помощи специалиста... Кроме того,
она иногда ест... ее как будто охватывает неудер-
жимый импульс, она ест и ест, не чувствуя вкуса. Т:
Как часто это случается — каждый день, не-
сколько раз в день?

М: Нет, нет, потому что она вообще-то боится по-
толстеть, и, поскольку у нее сильный характер, ей
удается... Но, когда она начинает, то это конец, —
она начинает есть, и ей становится очень плохо.

Т: Извини, как тебя зовут?

П: С.!

Т: Стало быть, С., если я правильно понял, тебе хорошо удается воздерживаться от еды. Если ты теряешь контроль, то должна потом вызвать рвоту. Это так?

П: *(Кивает.)* А кроме того, я никак не могу перестать есть. То есть никак. Например, две тарелки макарон, все... прямо все, что есть, все... молоко, печенье...

Т: Пока все не сметешь подчистую?

П: Пока больше ничего не останется.

Т: Хорошо. А это случается всякий раз, когда ты ешь, или только когда ты теряешь контроль?

П: Ну когда... например... моя мать говорит мне: «Нет, съешь и это тоже!», и тогда я говорю: «Хорошо, раз я съем это, тогда я съем и все остальное!» Мне не удается себя регулировать. Мне не удается понять, когда я насытилась, а когда не насытилась.

Т: Это с тобой случается всякий раз, или тебе удается съесть что-нибудь, не вызывая потом рвоту?

П: Нет, не удается.

Т: Тебе не удается.

М: Нет, сейчас удастся, да.

Т: Что тебе удастся съесть, не вызывая рвоту?

П: Ну... мясо... овощи, молоко.

Т: А что именно приводит тебя к вызыванию рвоты? Сладости? Макароны, углеводы?

П: Макароны.

Т: А сладости?

П: Угу... И шоколад тоже.

Т: В то время как, если ты ешь только мясо и овощи, ты не вызываешь рвоту!

П: Нет! *(Качает головой в знак отрицания.)*

Т: Однако то, что ты за месяц похудела на 8 килограммов, означает, что ты ела действительно мало?

П: Угу!

Т: Значит, мало мяса и мало овощей?

М: У нее низкое содержание железа в крови!

П: Нет, но я иногда, когда мне было плохо, только завтракала и, может, даже вечером не ела.

Исследование того, как функционирует симптом

О: В любом случае следует сказать, что ты только сейчас открыла для себя мясо и овощи!

М: Да, только сейчас!

П: Сейчас, а раньше я этого не ела.

М: С тех пор как она сделала анализы, и уровень железа оказался низким, очень низким.

П: Раньше я всегда вызывала рвоту! Даже если я ела мясо, я все равно вызывала рвоту!

Т: ОК! А как давно ты ешь мясо и не вызываешь потом рвоту? Недавно?

П: Да, действительно, я поправилась на один или два килограмма, потому что я ела мясо... фрукты по утрам... молоко.

Т: А для тебя сейчас опасность номер один — это что твое тело потолстеет или что у тебя этот неудержимый импульс есть и вызывать рвоту?

П: И то и другое.

Т: ОК!

П: Это больше не рвота, потому что теперь я уже знаю, что не должна вызывать рвоту. Но потом мне плохо, у меня надувается живот, как будто мой желудок готов лопнуть.

Т: А за последнюю неделю сколько раз тебе случилось объесться и вызвать рвоту?

П: Три раза, но без рвоты.

Т: Три раза за неделю ты объелась, но не вызвала рвоту... Три раза... А что ты делаешь после эпизода обжорства — долго голодаешь?

П: Ну... Я ем меньше.

Т: Ты стараешься голодать, ОК, очень сильно воздерживаться от еды, и поэтому потом желание есть у тебя возрастает, не так ли? И кончается тем, что ты объедаешься. Если ты потом вызываешь рвоту, то желание есть возрастает еще больше и сразу. Если ты воздерживаешься от еды, это продолжается 1, 2, 3 дня, а потом ты опять объедаешься. Стало быть, на самом деле выбранные тобой сиюминутные «хорошие» способы решения проблемы — это то, что поддерживает проблему!

П: Угу!

Т: Как голодание, так и вызвание рвоты неизменно приводят тебя к эпизоду обжорства. Стало быть,

Исследование доминирующей перцептивно-реактивной системы

Реструктурирование голодания как предпринятой попытки решения, которая провоцирует эпизод обжорства

- это первое, что следовало бы постараться изменить. Иначе ты всегда будешь жертвой эпизодов обжорства и рвоты или только эпизодов обжорства, и у тебя всегда будет проблема с весом! У тебя имеется представление о твоём идеальном весе?
- П: Да! Т:
Какой он?
- П: 40–41 килограмм.
- Т: На сколько килограммов ты хотела бы еще похудеть?
- П: Нет, но... то есть... раньше я к этому пришла, но мне сказали, что я слишком худая.
- Т: Кто тебе это сказал?
- П: Ну... Многие люди сказали мне, что я была слишком худой, и, следовательно... Но иногда мне приходит в голову, что это они так думают.
- Т: А если ты сейчас посмотришь на себя в зеркало, С., ты увидишь себя толстой?
- П: Ну... я не вижу себя такой худой, как говорят другие, совсем нет.
- Т: А тот факт, что ты не видишь себя такой, какой тебя видят другие, приводит тебя к заключению, что это все другие ошибаются или что это в тебе что-то не так? Какова твоя позиция?
- П: Я не знаю, потому что...
- Т: Но какая твоя самая первая реакция?
- П: Что это другие, которые говорят мне это, потому что... Ну, я не знаю почему...
- Т: Однако ты говоришь: «Это я права, а они ошибаются!» ОК, хорошо. А что вы (*обращается к родителям*) стараетесь делать в отношении еды?
- М: (*Качает головой.*) Я хотела бы, чтобы она...
- Т: Вы стараетесь настаивать на том, чтобы она ела?
- М: Ну... я настаиваю, настаиваю на правильных вещах. Мне хотелось бы, чтобы она съедала свою обильную порцию мяса, фрукты, все то, что...
- Т: Вы все время стараетесь присматривать за ней, правда? А какой эффект производит на тебя (*обращается к пациентке*) то, что твоя мать так интенсивно присматривает за тобой?
- М: Меня это раздражает.

*Исследование
попыток
решения
проблемы,
предпринятых
членами семьи*

- Т: *(Обращается к пациентке.)* Тебя это раздражает?
П: *(Кивает.)*
О: Вот именно, и я избегаю настаивать именно потому, что она потом переходит пределы.
П: Потому что, когда они меня ведут куда-нибудь поесть, я теряю контроль и съедаю кучу всего.
Т: А, потому что тебе нравится есть, мы это знаем.
П: Потом я продолжаю есть и в послеобеденный период, но... ем уже без удовольствия. То есть мне не удается понять, когда я сыта.
Т: Конечно, конечно, мы хорошо поняли, как это действует. Хорошо! Стало быть, вы стараетесь настаивать на том, чтобы она ела?
М: Как, впрочем, это делают все мамы.
Т: А...
О: Я избегаю этого... но об этом заботится моя жена.
Т: Хватает ее одной. *(Обращается к отцу.)* А как вы стараетесь повлиять?
О: Я стараюсь быть рядом с ней, и она это знает. Я стараюсь быть ей близким, стараюсь... «С., ты действительно становишься все более худой за последний год, посмотри на эту часть своего тела». Не слишком преувеличивая, мне не нравится преувеличивать. Мама — это другое дело.
Т: Я понял. А это вся семья, или есть еще другие члены?
М: Их три сестры. Одна уже замужем, и у нее трое детишек, а с другой у нас порвались отношения.
Т: А! И что это означает?
М: Ей 25 лет, и примерно полгода назад у нее возникла небольшая ссора с отцом, и она с тех пор больше не живет с нами.
О: Она разговаривает с отцом через мать... М: Потому что она говорит, что мы ухаживаем только за ней *(имеет в виду младшую дочь)*, плохо ее воспитываем, не заставляем ее уважать сестру.
О: Это, естественно, ревность.
Т: *(Обращается к пациентке.)* А она в прямом конфликте и с тобой тоже или только с ними?
М: Да, да.
О: С ней тоже.
П: Она меня ненавидит.

- Т: Она тебя ненавидит? А ты тоже ее ненавидишь?
- П: Нет, то есть...
- М: Может быть, это у нее больше гнев [чем ревность]?
(*Обращается к дочери.*)
- П: Нет, я никогда не испытывала к ней ненависти.
Я сказала, что теперь хватит!
- Т: Вы что-нибудь делали для того, чтобы восстано-
вить отношения с дочерью?
- М: Да!
- Т: Но это не подействовало?
- О: Нет, наши отношения, в общем...
- М: Не у тебя с ней (*обращается к мужу*). В первое
время ее отношения со мной были немного... Сна-
чала она в течение нескольких месяцев конфлик-
товала с отцом, а со мной отношения были лучше,
а теперь...
- О: Однако профессору было бы полезно знать, что
эта ссора возникла из-за ревности к сестре... Это
ужасно... Она (*смотрит на дочь*) появилась на
свет через 8 лет после рождения своей сестры.
Она появилась, и та, в общем, стала старшей, как
это бывает с единственным ребенком.
- М: Как единственная дочь... Более того, эта наша
вторая дочь появилась на свет после девочки, ко-
торая родилась мертвой, поэтому на нее было на-
правлено все внимание.
- О: Да, вы знаете, она очень сильно страдала от этого, и
что же тогда произошло... На самом деле прошлым
летом у нее, то есть у сестры, пропали деньги, и
она сказала: «Это все друзья С., они заходят в ком-
нату... берут то и другое...» Это было первой искрой,
из-за которой практически разгорелась ссора. И на
самом деле мы потом, гораздо позже, обнаружили
странную вещь: одна очень близкая подруга С., в
общем, воровала разные вещи. Я тогда, естественно,
встал на защиту С., поэтому я оказался в позиции
против других. Это же просто невозможная вещь!
Следовательно, я не знаю, взяла ли подруга деньги,
но у С. пропали некоторые вещи.
- П: У меня пропали некоторые вещи, я это видела
своими глазами, но я не видела, взяла ли она
деньги у моей сестры.

- О: Конечно, мы не уверены в этом!
- П: Г., сестра, всегда носит кошелек с собой, следовательно...
- О: Когда она узнала об этом, она еще пуше разошлась: «Ты видишь, я была права!» И тогда эта другая дочь, когда ей исполнилось 25 лет, сказала: «Папа, я в 25 лет должна идти своей дорогой, поэтому я хочу для себя квартиру». Мы сейчас отделяем часть нашего дома, чтобы из нее получилась небольшая квартира для нее. Отдельно от нас, но это все равно что дома!
- Т: «Не дома» — это только выражение такое!
- М: В том же самом доме.
- О: Кроме того, старшая сестра действительно очень прилежна в учебе, даже до навязчивости. Естественно, в современном мире... Это случилось между двумя сестрами, поэтому она (*показывает на дочь*) тоже из-за этого сильно переживала.
- Т: Конечно, как будто бы это было по ее вине! (*Смотрит на пациентку.*)
- О: Вот именно, она потом испытывает чувство вины, но она не виновата.
- Т: Хорошо. А что вы делаете в жизни?
- М: Я домохозяйка.
- Т: Домохозяйка. А вы?
- О: Я раньше работал, а сейчас нет...
- Т: ОК, хорошо. Значит, вы занимаетесь детьми?
- М: Он всегда занимался управлением.
- Т: Да, но в данный момент вы еще более заняты детьми! А у тебя (*обращается к пациентке*) с ними хорошие отношения, или ты чувствуешь, что за тобой немного слишком следят?
- П: Иногда следят немного слишком, но, может быть, именно семья — это единственное место, где я чувствую себя спокойно.
- Т: А какова твоя жизнь вне семьи?
- П: Ну... раньше мне всегда нравилось выходить с друзьями и подругами, но сейчас у меня не хватает на это смелости.
- О: Ей больше не удастся веселиться.
- М: Кроме того, у нее всегда был именно очень веселый характер.

Исследование жизни пациентки за пределами семьи

- П: То есть я помню, что раньше мне случалась ссориться с родителями, потому что я хотела выйти с друзьями... А теперь все изменилось, мне больше не хочется выходить, мне ничего не хочется делать.
- Т: Даже наоборот — это родители теперь говорят: «Пойди погуляй с друзьями!»
- П: Да, мои подруги, мои друзья всегда зовут меня пойти с ними, но я не хочу выходить.
- КоТ: А как давно это началось?
- П: Полтора-два месяца. Т: Хорошо, хорошо. Значит...
- П: Еще одно странное изменение в поведении — это то, что я раньше каждое утро ходила в школу... То есть мои оценки изменились: если раньше у меня почти все оценки были «4» и «5», только несколько «6», то теперь у меня все оценки «7»¹.
- Т: Охотно верю. Раз ты все время проводишь дома...
- М: Нет, она не занимается.
- П: Ничего не учу.
- Т: Значит, ты очень внимательна!
- М: Да, она все учит в классе. Т: Хорошо.
- П: Потом я дома обедаю, а в послеобеденный период иду на прогулку, поскольку ходьба позволяет мне разрядиться, а потом иду в спортзал, а вечером засыпаю в 8:30 и ни с кем не хочу говорить по телефону.
- Т: А чем ты занимаешься в спортзале? Я полагаю, аэробикой?
- П: Аэробикой, гимнастикой, делаю упражнения.
- Т: ОК, а сколько часов в день?
- П: Один час, но я туда не каждый день хожу.
- М: Она хотела бы ходить туда каждый день, не так ли? (*Смотрит на дочь.*)
- Т: А если ты не занимаешься в спортзале, то совершаешь пешие прогулки?
- П: Иногда я остаюсь дома, потому что я засыпаю.

¹ В итальянской школе используется десятибалльная система оценки успеваемости учеников: высшая оценка — это 10, а оценка ниже 6 баллов считается неудовлетворительной. — *Примеч. пер.*

Т: Хорошо, мы собрали достаточно информации, чтобы считать, что сможем что-то сделать для вас. Я думаю, что ваш случай входит в нашу компетенцию и что мы сможем помочь вам, и даже в краткие сроки. Однако я не знаю, насколько вы будете способны следовать нашим указаниям, и я сейчас объясню почему.

М: Все зависит от нее, а не от нас.

Т: Главная особенность моего метода — это то, что я между сессиями даю задания, которые нужно выполнять. И те вещи, которые я попрошу выполнять, могут показаться странными, иногда банальными или нелогичными, но их следует выполнять буквально. Я всегда даю объяснения, но потом. Второе правило: я даю себе время в 10 сессий, и ни одной сессией больше. Если к десятой сессии я не вижу никаких результатов, то я прерываю работу, потому что если мои методы не действуют, то я по крайней мере не стану сообщником проблемы. Если мы, дойдя до десятой сессии, увидим, что ситуация изменилась, улучшилась, но мы еще не закончили работу, то мы, естественно, продолжим ее. Если все идет так, как должно идти, то к десятой сессии проблемная ситуация разблокируется или полностью разрешается. Однако, повторяю, я не знаю, будет ли это так и в вашем случае. Один вопрос: почему вы решили прийти именно ко мне?

М: Ну... потому что я повсюду искала информацию, я спросила у одной моей подруги из Рима, нет ли чего-то в институте Сакро Куоре. Я видела по телевизору выступление профессора X. о специализированных центрах. В П. тоже есть такой центр, но мне хотелось найти что-то более убедительное. Я поговорила со своей двоюродной сестрой, которая дружит с N, она собрала информацию, и мы приехали сюда.

Т: Хорошо, хорошо. Тогда мы уже сегодня начнем с заданий, которые вы должны будете выполнять с этого момента до следующей нашей встречи, ОК? Как я предупреждал, они могут показаться вам странными, противоречащими здравому смыслу,

*Согласование
условий тера-
певтического
вмешатель-
ства*

*Двойная тера-
певтическая
ловушка*

однако при работе с патологиями, которые кажутся нерациональными, но тем не менее обладают своей собственной рациональностью, имеют свою логику, которая отличается от привычной, необходимо следовать именно этой логике, иначе не удастся их преодолеть. Стало быть, то, о чем я вас попрошу, покажется вам странным, однако примите условия, о которых я вам говорил, и выполняйте все буквально. У меня есть два задания для вас, родителей, и для сестер, если они приходят к вам домой. Первое — это то, что с этого момента в отношении проблемы С., в противоположность тому, что вы делали раньше, необходимо соблюдать своего рода «обет молчания». Нужно избегать разговоров о проблеме. Более того, следует задумываться о том, что всякий раз, когда вы говорите о ней, вы как будто подкармливаете какое-то растение особым удобрением, и оно все сильнее растет, становится все больше. Следовательно, вы должны бояться разговоров о проблеме. Хорошо?

М: Хорошо.

Т: Второе задание идет в том же направлении: вы должны избегать каких бы то ни было указаний относительно еды, например: «Съешь то или съешь это». Более того, вы должны именно избегать постоянной слежки за ней, перестать указывать ей, что и когда она должна есть, потому что это тоже может не только не привести к улучшению ситуации, но даже поддержать проблему. Я знаю, что для мамы очень трудно смотреть, как дочь ничего не ест за столом или совсем не садится за стол, и никак не вмешиваться. Я знаю, что это самое трудное из того, о чем я мог бы вас попросить, но вы проделали такой долгий путь, чтобы приехать сюда, и я вижу, что вы стараетесь что-то делать, поэтому вы сможете сделать и это. То есть мы прежде всего должны отдать ей всю ответственность за еду. Если вы возьмете на себя ответственность за все, то она не избавится от проблемы. Мы в этом случае сможем увидеть только улучшение или изменение, но не добьемся выздоровления.

М: *(Плачет.)*

Первое предписание (для семьи): «Обет молчания» и «Наблюдать, не вмешиваясь»

Т: Я понимаю вас, вы имеете право на плач, потому что я прошу вас о чем-то очень трудном, но я думаю, что вы будете в состоянии сделать это, хорошо? Я знаю, что то, что я сейчас скажу, еще тяжелее, однако если случится какой-то момент, похожий на этот, то вы должны избегать слез перед С.

П: *(Плачет.)*

(Т. протягивает обеим бумажные носовые платки.) Т:

Иначе это тоже станет тем, что подпитывает проблему, а не решает ее. Потому что чем большее чувство вины она испытает за ваши страдания, тем раннее станет, тем меньше станет ее способность устоять перед теми или иными искушениями. Прежде всего для борьбы с проблемой нужно установить более безоблачный климат, ОК? Имейте в виду, что это первый и самый важный шаг для того, чтобы помочь ей.

М: Посоветуйте что-нибудь для лечения и мне, потому что я, со всеми этими проблемами... И другой дочкой тоже... Я думаю, что моя нервная система...

Т: На пределе.

М: Более того, я не думаю, что у меня достаточно сил.

О: *(Плачет.)*

Т: Конечно, вы переживаете критический момент, в который одна дочь отказывается считать себя частью семьи, потому что видит несправедливость, другая дочь проявляет острую симптоматику, отец переживает кризис, мать переживает кризис. Тогда первым шагом должно быть — дать всем возможность прийти в себя, ОК? Мы должны попросить вас еще об одном: вы могли бы в следующий раз привезти сюда и другую дочь?

М: Ну если вы верите в чудеса, то это может произойти.

Т: Я хотел бы, чтобы в следующий раз здесь была вся семья. Вы должны сказать дочери, что это я попросил об этом и что я прошу прийти только один раз, потому что мне необходимо увидеть всю семью, для того чтобы изменить семейные правила. Я уверен в том, что ваша дочь согласится

Использование языка сестры для того, чтобы заставить ее приехать на сессию

приехать, если вы попросите ее приехать потому, что я, наблюдая за вами, решил, что мне необходимо увидеть всех вместе, поскольку в вашей семье, по моему мнению, неправильно функционирует именно коммуникация между членами семьи. Это именно то, о чем она всегда говорит (*смотрит на мать*). Как будто бы мы на этот раз считаем, что она «права». Даже если это неправда, мы позволим ей это небольшое удовлетворение, для того чтобы она приехала сюда. Я считаю, что участие другой дочери тоже имеет большую важность.

О: Мы должны приехать все вместе, или со мной все в порядке?

Т: Вас мы попросим приехать позже, мне нужно увидеть всю семью. Если дочери понадобятся пояснения, пусть она позвонит мне, и я с ней поговорю. Хорошо? Я хочу, чтобы вы тем временем выполняли еще одно задание. Пусть каждый из вас запасется записной книжкой, ОК? Я хочу, чтобы каждый из вас забавлялся наблюдением за поведением и отношениями остальных членов семьи, чтобы каждый из вас стал как будто моим сотрудником, который наблюдает за тем, что делают другие. Стало быть, я хочу, чтобы вы (*обращается к матери*) проводили наблюдения за своей дочерью, за своим мужем, а вы (*обращается к отцу*) — за своей дочерью, за своей женой... А ты (*обращается к пациентке*) — за своими родителями, хорошо? Естественно, вы должны записывать для меня все то, что кажется вам самым странным, а потом вы привезете мне свои записи, хорошо? Когда мы сможем встретиться? Обычно я назначаю встречи с интервалом в неделю, пока не увижу улучшений, а потом мы начинаем уменьшать частоту встреч. Вам это подходит — через неделю?

П: Всегда в тот же самый день?

Второе предписание (всей семье) «Наблюдение за поведением членов семьи»¹

¹ Предписание «Антрополог» («Наблюдение за поведением членов семьи»), которое в этом случае заключается в том, что каждый из членов семьи наблюдает за всеми остальными членами, записывая свои наблюдения. Служит для блокирования неэффективной коммуникации и вмешательств, преследующих цель повлиять на поведение дочери.

Т: Нет, день всегда меняется.

М: Для нее это немного проблематично из-за школы!

Т: Когда вам подходит?

П: 8-го!

Т: Годится — 8-го в 15:00? Значит, я буду ждать ваших записных книжек с наблюдениями, и выполняйте то, о чем я вас просил, даже если это будет нелегко. А ты делай все, что захочется, старайся ни от чего не удерживаться и ни к чему себя не принуждай. Мы хотим увидеть то, что происходит спонтанно, ОК? Иначе мы не будем знать, с чем именно вести работу, ОК? Ты ведь уже сама испытала: чем больше ты стараешься удержаться от чего-то, тем больше тебе хочется это делать; чем больше ты стараешься заставить себя делать что-то, тем больше тебе хочется не делать этого, правда?

Вторая сессия

КоТ: Как дела?

П: В общем, не очень хорошо, все по-прежнему. В некоторые дни я голодала, в некоторые дни я ела особенно много, у меня были такие приступы, когда мне не удавалось остановиться, сказать «стоп». Я этого не понимаю...

КоТ: А ты выполнила задание наблюдать за своими родителями и записывать...

П: Да, я записала.

КоТ: Ты принесла свои записи?

Т: Твоя семья приехала в полном составе? Твоя сестра тоже?

П: Да, но я предпочла бы говорить с вами наедине, потому что моя мать потом расстраивается, и меня раздражает, что она... меня раздражает, что она из-за всего этого так страдает, она страдает больше, чем я.

Т: Ага... На этой неделе, когда твоей матери хотелось плакать, она делала это наедине, как я ее просил, или она делала это перед тобой?

П: Нет, она не делала этого передо мной, но...

Т: Извини, так она делала или не делала?

П: Нет-нет-нет, она этого совершенно не делала, но мои родители всегда раздражены, хотя и стара-

*Переопределение
эффектов
предписаний*

ются не показывать этого передо мной, но я понимаю это.

Т: ОК!

П: А потом, моя мать каждую минуту приставала ко мне, все время спрашивала меня, что я делаю. «Ты должна есть это, ты должна есть то...»

Т: Значит, в этом случае они не выполнили предписания не заставлять тебя есть!

П: Нет. Т:

Хорошо.

П: Кроме того, меня раздражает [необходимость] есть в их присутствии, потому что это вызывает у меня терзания, и я тогда ем все... Я это делаю, чтобы они были довольны, но мне потом бывает плохо. А потом повторяется всегда то же самое.

КоТ: Значит, ты делаешь это, чтобы им не было плохо.

П: Угу!

Т: Ты спокойно допускала все, что случалось, или нет? Ты помнишь, я сказал тебе: «Если хочешь есть, ешь; если тебе захочется голодать, голодай?»

П: Нет, потому что чем больше я говорила: «Мама, я не хочу есть», тем больше они меня заставляли...

Т: Твоя сестра согласилась приехать или отказалась?

П: Я спросила у своего отца, как это она приехала? Он сказал мне, что вначале она его спросила: «А я непременно должна туда поехать?», а потом, в конечном итоге, поехала. Я не знаю, мы с ней не разговариваем.

Т: А во время поездки вы не обменялись ни словом?

П: *(Качает головой в знак отрицания.)*

Т: Ни разу?

П: *(Кивает.)*

Т: Хорошо.

П: То есть мой отец сказал мне: «Ты должна с ней поздороваться», и я ей сказала: «Привет». Меня раздражает, что они обо всем просят меня: «Поздоровайся, скажи что-нибудь...» Это все она, то есть у меня совесть спокойна, все, что я раньше могла сделать, я сделала. Меня это не интересует, приходится терпеть.

Т: ОК, хорошо. Послушай, а ты на этой неделе ела больше или меньше, чем обычно?

П: На этой неделе?

Т: Да.

П: Ну... На этой неделе были дни, когда я ела очень мало. Я была в ладу с самой собой. А потом были дни, когда я ела слишком, слишком много, и мне было очень плохо.

КоТ: И что ты делала? Ты вызвала рвоту?

П: Нет, я не вызывала рвоту.

КоТ: Угу...

Т: Ты голодала?

П: *(Кивает.)*

КоТ: Потому что ты в прошлый раз сказала, что ты удерживала в себе мясо и овощи, а углеводы, сладости ты выташнивала.

П: То есть то, от чего толстеют. Например, овощи, фрукты и все такое я ем, но...

Т: Стало быть, на этой неделе ты и мяса не ела?

П: Нет, мясо я ела, но моя мать всегда говорит: «Ешь мясо». Я ем и рыбу, яйца. Я предпочитаю готовить сама и есть в одиночку, чтобы никто мне ничего не говорил. Меня раздражает, когда они смотрят в мою тарелку, или когда они переглядываются между собой, или когда говорят мне: «Ешь то, ешь это». Меня это раздражает.

КоТ: Стало быть, они, если ничего не говорят, то переглядываются, а если говорят, то комментируют то, что ты ешь.

П: Я предпочитаю есть без них, меня раздражает [необходимость] есть вместе с ними.

КоТ: У тебя есть возможность есть отдельно от них или нет?

П: Да, но редко. Действительно, я иногда ем немного раньше, чем они.

Т: Стоп-стоп! Это мне не кажется таким уж важным. Мне кажется важным то, что ты сказала, что на этой неделе чувствовала себя хорошо, когда ела очень мало. Что ты имеешь в виду, когда говоришь «очень мало»?

П: Я не ела прямо очень мало, потому что в первые дни я ела мало, в том смысле, что я ела на обед мясо и фрукты, но фруктов я ела много.

Т: Но ты ела во время обычных приемов пищи?

П: Да.

Т: ОК, а потом случился эпизод обжорства?

П: Да.

Т: И тогда ты ела сладости, углеводы, мясо и все остальное?

П: Значит, я тогда съела две тарелки макарон одного вида и две тарелки макарон другого вида, несколько... две корзинки хлеба, кучу хлебных палочек, ветчину, колбасу, сыр, печенье. А потом, когда я в субботу вечером вернулась домой, я снова поела, то есть и после того, как закончила ужинать, я все продолжала есть... прямо все что угодно.

Т: Стало быть, у тебя был один или два эпизода обжорства?

П: Два.

Т: И после обжорства ты начала голодание?

П: После обжорства я начала голодать.

Т: В течение скольких дней?

П: Нет, нет, подождите... Эпизод обжорства был позавчера... Эээ... Вчера я не ела, а сегодня поела нормально, достаточно. Я ела пиццу, мясо, картошку. Но сегодня я чувствую себя, как будто бы я съела...

Т: Стало быть, С., мы хотим, чтобы ты поняла одно рассуждение. Я думаю, что ты сумеешь его понять, потому что ты умна. Принимая во внимание твоё намерение не толстеть, я думаю, что ты больше всего боишься эпизодов обжорства, и, следовательно, для тебя важнее всего контролировать обжорство. Тогда мне в связи с этим хочется, чтобы ты поняла, что на самом деле у тебя в конечном итоге случается эпизод обжорства всякий раз, когда ты в течение нескольких дней ограничиваешь себя в еде или даже голодаешь. Каждое ограничение в еде готовит эпизод обжорства...

П: Угу...

Т: ...за которым следует новый период голодания, который готовит новый эпизод обжорства.

П: Э-э.. Мне хотелось бы найти правильное равновесие.

Т: Подожди, не волнуйся, мы здесь находимся именно для этого. Эта игра бесконечна, и она под-

*Реструктурирование
«страха перед
голоданием»*

держивает проблему, я именно это хочу тебе сказать. Ты не должна контролировать эпизоды обжорства, потому что тебе никогда это не удастся, но ты должна контролировать голодание в том смысле, что если ты будешь голодать и ежедневно ограничивать себя в еде, то это неизменно завершится эпизодом обжорства. Если ты хочешь избежать эпизодов обжорства, ты должна принять себе за правило — вначале это будет очень трудно — питаться во время регулярных приемов пищи, ограниченных, как тебе хочется, но регулярных. Однако стоп! Самая трудная вещь вот какая: если ты объешься, ты на следующий день должна питаться нормально, иначе если ты на следующий день будешь голодать, у тебя опять возникнет желание объесться. Стало быть, мы хотим, чтобы ты начала задумываться о том, что ты должна бояться не эпизодов обжорства, а голодания, ограничений в еде, потому что это они готовят тебе эпизоды обжорства. Если ты стараешься бороться только с эпизодами обжорства, у тебя их в конечном итоге случается все больше. И ты уже сама попробовала: чем больше ты стараешься воздержаться от чего-то, тем больше ты делаешь это. Но если ты хочешь справиться со своей склонностью к обжорству, ты теперь должна суметь отказаться от длительного голодания или ограничения в еде. Мы сейчас не просим тебя делать невесть что, мы просто хотим, чтобы в твоём питании присутствовала последовательность регулярных приемов пищи. Стоп! Это еще не все: мы просим тебя также, если ты действительно хочешь преуспеть, ввести в свой рацион малюсенький процент того, что ты в конечном итоге ешь во время эпизода обжорства — сладостей, ОК? Потому что иначе у тебя, когда ты стараешься избегать сладостей, в результате возникает слишком сильное желание есть их. Стало быть, ты должна теперь начать задумываться о том, что каждый раз, когда ты голодаешь или ограничиваешь себя в еде, ты тем самым не только поддерживаешь проблему, но и ухудшаешь ее, у тебя будет все больше эпи-

Первое предписание: избегать голодания, так как оно вызывает эпизод обжорства

зодов обжорства, все больше и больше. Таким образом, когда ты избегаешь какой-то еды, потому что ты боишься ее, ты делаешь ее желанной, потому что отказываешься от нее. Чем больше ты от нее отказываешься, тем желаннее она становится. Ты должна есть каждый день маленький кусочек этой еды, чтобы сделать себя невосприимчивой к сладкому, как к яду, ты должна «привить» себя. Следовательно, мы хотим, чтобы ты задумывалась об этом, и чтобы ты в связи с этим питалась регулярно — ограниченно, но регулярно, — и чтобы ты позволяла себе маленькое отклонение в виде маленькой-маленькой сладости каждый день. Ты думаешь, что сможешь это делать, или мы хотим от тебя слишком многого?

П: Я не знаю. Я думаю, что да, но...

Т: Но прежде всего задумывайся о том, что если ты голодаешь или ограничиваешь свое питание, ты тем самым готовишь эпизод обжорства. Хорошо?

П: Потому что я всякий раз, когда объедаюсь, говорю себе: «Я ем, потому что все равно потом поголодаю».

Т: Но эта игра бесконечна, ты так никогда не перестанешь объедаться, понимаешь? Наоборот, когда ты объедаешься, ты должна говорить себе: «Да, я сейчас ем, но через шесть часов я все равно буду есть». Даже так: «Я объедаюсь после обеда, но вечером буду ужинать». Именно это является способом удерживать себя в рамках.

П: Кроме того, по поводу обжорства... Например, я потом иногда взвешиваюсь и вижу, что мой вес увеличился на один, два или три килограмма.

Т: И тогда ты должна голодать! Но, ты знаешь, мы все так устроены.

П: Но не три же килограмма!

Т: Да, но они исчезают за два дня. Однако настоятельно рекомендую: ты сейчас должна думать именно о том, что когда ты устраиваешь голодание или ограничиваешь себя в еде, ты готовишь эпизод обжорства. Если ты хочешь контролировать обжорство, ты должна контролировать голодание. Хорошо?

Второе предписание: позволять себе одно маленькое пищевое отклонение в день

П: *(Кивает.)* Но как же сделать так, чтобы не думать...

Т: А если ты отказываешь себе в еде, тебе удастся не думать о ней? Думай о том, что ты должна бороться голодания и отказа от еды.

П: Я иногда никак не могу заснуть, все думаю о том, что я должна есть утром.

Т: А ты знаешь почему?

П: Всегда...

Т: Потому что ты отказываешь себе в еде. «Если ты позволишь себе что-то, ты можешь и отказаться; если ты не позволяешь себе это, то отказаться становится невозможно». Хорошо, сейчас я поговорю с твоими родителями без тебя, и в следующий раз тоже мы поговорим с тобой отдельно, а потом пригласим родителей. С твоей сестрой мы поработаем только сегодня, ОК? Хорошо.

П: До свидания.

(Входят родители и сестра.)

Т: Итак, мы сначала поговорили с С.

С: Нас записывают на видео?

Т: Все, что происходит в этом кабинете, записывается на видео, потому что, если у нас возникают сомнения, мы просматриваем видеозапись, а также расшифровки. Мы не теряем концентрацию внимания и ничего не забываем, ОК? Потом, поскольку сейчас издали этот новый закон, мы все подпишем своего рода согласие на видеозапись. Мы поговорили с С. наедине, потому что нам было необходимо проследить с ней некоторые моменты, и это было полезно. Мы дали ей некоторые указания, которые относятся к ней лично, особенно в отношении того, как она должна бороться с голоданием. Именно голодание готовит последующий эпизод обжорства. И я заметил, что она восприняла эти указания, по крайней мере так кажется. Потом мы получили информацию о том, что происходило до этого момента, и обнаружили, что вам *(обращается к матери)*, с одной стороны, хорошо удалось воздерживаться от слез в присутствии дочери, и это большое достижение. Однако,

*Еще раз
«страх перед
голоданием»*

по словам вашей дочери, вам обоим не так хорошо удавалось не настаивать на том, чтобы она ела.

М: Я на самом деле... Я сказала... Я упрекала ее за то, сколько она ест по утрам.

Т: А!

М: Это — да. И действительно, я все прятала, потому что потом ей становится плохо, у нее сильно болит живот...

Т: И именно этого вы должны избегать. Вы помните, в прошлый раз я просил вас наблюдать, не вмешиваясь?

М: То есть я не должна прятать еду?

Т: Ни в коем случае!

М: Я прятала еду, когда она меня не видела.

Т: Таким образом вы еще больше становитесь ее общницей, потому что вы делаете для нее еду еще более желанной, потому что еда становится еще большим нарушением запретов: нужно искать ее, находить и съедать. В прошлый раз мы говорили о том, как трудно родителям наблюдать, не вмешиваясь, но чем больше вы позволяете вовлекать себя в эту игру, чем больше стараетесь помочь ей, тем больше вызываете прямо противоположный эффект. Вы должны иметь это в виду, вы должны бояться помогать ей. Чем больше вы ей помогаете, тем больший урон ей наносите. Если вы будете продолжать прятать от нее еду, вы сделаете еще более привлекательной эту вашу дуэль: искать еду, чтобы съесть ее.

М: Но она не знает об этом.

Т: Да, но она обнаружит это. Вы считаете вашу дочь такой наивной? Знаете, ваша дочь гораздо внимательнее и хитрее, чем вы можете себе представить.

О: Это очевидно.

Т: Кроме того, нам удалось сделать так, чтобы и ты приехала сюда (*обращается к сестре*). Мы попросили о твоём присутствии, потому что нам хотелось взглянуть на всю семью в сборе, потому что было сказано об этом конфликте между сестрами, которые больше не разговаривают друг с другом,

Повторение предписания «Наблюдать, не вмешиваясь» с использованием страха перед общничеством с проблемой

и об этой крайней позиции, занятой обеими сторонами.

С: Извините, что я вас прерываю, но это я заняла крайнюю позицию, ожидая от нее извинений уже в течение нескольких месяцев.

Т: Но твоя сестра говорит: «Мне не за что извиняться, я права». Ты ожидала того, что она может занять такую позицию?

С: Она всегда занимала эту позицию, в этом вся проблема.

Т: Хорошо. Имей в виду, что мы на 50% согласны с тобой, и эти 50% означают, что мы согласны с тобой в том, что ты сердишься на них. Хорошо? Мы на 50% не согласны с тобой в том, что ты занимаешь позицию, которая немного напоминает позицию твоей матери, когда она в эти дни прячет еду. Это еще один способ подпитывать поведение твоей сестры. Не осознавая этого, ты стараешься, по крайней мере в том, что касается тебя, исправить ее поведение. Но, вместо того чтобы исправить его, ты становишься сообщницей ситуации, потому что ты таким образом даешь ей еще больше могущества.

С: Действительно (*кивает*).

Т: Ты таким образом увеличила функциональность ее расстройства и вторичную выгоду от него. Более того, чем активнее ты будешь занимать эту позицию, тем больше она сохранит свою позицию, потому что она тем самым получит еще одну выгоду: то, что она загнала тебя в угол. Но это не она загнала тебя в угол, это ты сама загнала себя туда. Стало быть, все просто замечательно!

М: Но она в любом случае страдает от того, что сестры нет рядом, потому что она была для нее... Ей не хватает ее.

Т: Да, но видите ли... Я не хотел бы казаться циничным, но мне хочется подчеркнуть, что в случае подобных проблем первое, чего мы должны избегать — это переоценки аффективного аспекта или демонстрируемой и декларируемой эмоциональности. Напротив, следует внимательнее оценивать те динамики взаимодействия, которые поддерживают расстройство. В данном случае, когда старшая дочь встает в оппо-

Т. реструктурирует конфликтную позицию сестры как неосознанное сообщничество: с помощью конфликта она позволяет пациентке иметь именно ту важность и то могущество, против которых она восстает

зицию, занимает крайнюю позицию по отношению и к ней, и к вам, выходя из игры, — это становится преимуществом, потому что С., таким образом, еще больше объявляет «шах» всем вам. Ее патология делает ее самой важной во всем мире, она становится центром вселенной, и пока длится эта игра, у нее не будет никакой мотивации — я не говорю, что на уровне осознания, но на уровне эмоций, — избавиться от своей проблемы. Пока мы оставляем ее в той позиции, когда обладание проблемой является самым выгодным вариантом, она будет неосознанно хотеть сохранить свою проблему. Мы пригласили тебя сюда просто для того, чтобы сказать тебе: «Ты хочешь продолжать быть сообщницей своей сестры?»

С: Нет, абсолютно нет.

Т: Мы были уверены в этом. Хотя бы из-за того, что ты сердита на нее, позиция «Я ей помогаю» не подходит тебе, правда? Я правильно говорю? Тогда, если ты не хочешь помогать ей со своей позиции, ты должна полностью перевернуть свое поведение.

С: *(Кивает.)*

Т: В то время как им мы сказали: «Наблюдать, не вмешиваясь, и сохранять дистанцию», ты в данном случае должна по отношению к своей сестре начать проявлять себя почти суперпонимающей: «Как я тебя понимаю!», «Как я могла до сих пор не понимать этого?», «Я понимаю, что тебе действительно плохо!», «У тебя проблема, которую так трудно решить!», «Ты стараешься сделать все возможное, но тебе ничего не удается», «Знаешь, каждый должен смириться со своей судьбой, однако это действительно самая ужасная вещь!». То есть ты, с одной стороны, должна дать ей почувствовать, что ты понимаешь ее, что ты больше не отдаляешься от нее, а с другой стороны, ты должна мягко уменьшать ее значимость: «Ты знаешь, каждый должен смириться со своей судьбой. Кто-то родился умным, кто-то высоким, кто-то маленьким... — что можно с этим поделать?» Ты сможешь это сделать?

Реструктурирование вторичной выгоды, которую П. получает от своей проблемы

Предписание сестре: перевернуть свою предпринятую попытку решения в отношении пациентки

С: Я не знаю (*смеется*).

Т: Это было бы всем в помощь, но прежде всего ты перестала бы быть той сообщницей, какой ты являешься сейчас. Потому что ты в данный момент, пытаясь выйти из игры, продолжаешь поддерживать игру. В точности так же, как твоя мать, когда она пытается заставить твою сестру есть меньше, потому что той станет плохо, и прячет еду: она тоже участвует в игре. Я все понятно объяснил? Как ты думаешь, что тебе будет делать труднее всего?

С: Нет, я... то есть... я не знаю... Они живут в П., а я — в В., следовательно, мы не видимся, и я не знаю, сколько она ест, ест ли вообще или не ест, как она ест.

Т: Да, да, да. Но, когда вы встречаетесь, в тех случаях, когда вы видите, именно ты можешь что-нибудь сделать, прекрасно понимая, что если ты ничего не будешь делать — как, например, когда вы не перекинулись ни одним словом за всю поездку, — ты оказываешь ей услугу, участвуешь в ее игре. То есть ты до сих пор считала, что ты — единственный человек в семье, который не участвует в игре, в то время как ты была только ее alter ego, вторым я — две противоположности соединяются. Стало быть, помни об этом. (*Обращается к родителям.*) Что касается вас, то вы должны сделать следующий шаг. Следующий шаг — это наблюдать, не вмешиваясь, хорошо? Мы дали указания вашей дочери, которым она должна следовать, и она показалась нам более склонной к сотрудничеству, чем это можно было предвидеть.

С: Да, но это типичная черта ее характера, она ужасная лгунья. Она всегда кивает головой, а потом делает по-своему.

Т: Да, да, это типичная черта, но не ее характера, а ее расстройства. Ты это недооцениваешь: все, кто страдает расстройствами пищевого поведения, лживы и фальшивы... но не в силу своего характера. Это эффект, который вызывается патологией, а не характером, ОК? Но ты хочешь быть ее сообщницей? Подумай об этом.

С: Нет.

Повторение предписания «Наблюдать, не вмешиваясь» родителям

Т: Вы хотите быть ее сообщницей? (*Обращается к матери.*)

М: (*Качает головой в знак отрицания.*)

Т: Хорошо. Обязуйтесь, если вам что-то придет в голову, сначала позвонить сюда, прежде чем делать это. Хорошо?

М: Я сделала записи, о которых вы говорили.

Т: Да, передайте их нам. Мы встретимся через 15 дней. Стало быть (*обращается к сестре*), теперь уже нет необходимости в твоём присутствии, но если ты хочешь приехать, то пожалуйста.

С: Нет, нет, я не приеду.

Т: ОК.

М: С. не спит по ночам. Она вам сказала об этом? Т:

Потому что она думает о том, что должна есть на следующий день.

М: Я должна была бы дать ей настой ромашки или что-то еще...

Т: Чем бы это стало, синьора? Это было бы вмешательством. Следовательно, наблюдайте, не вмешиваясь. Хорошо?

О: Послушайте, доктор, а если приедет только моя жена, этого достаточно?

Т: Да, да, мне в этом случае достаточно встретиться с одним из вас и с вашей дочерью. То, что мы должны были сделать в отношении всей семьи, уже сделано. Хорошо?

М: Спасибо.

Третья сессия

Т: Твои родители пошли прогуляться?

П: Нет, я приехала со своей сестрой.

Т: Хорошо, тебя сопровождает сестричка. Вчера мне позвонила твоя мать, она хотела рассказать мне о ситуации в данный момент. Итак, что ты нам расскажешь?

П: В отношении чего?

Т: Как обстояли дела?

П: Ну в целом не очень хорошо, потому что были все те же проблемы. То есть я постоянно только и думаю о еде, а не о том, что я должна делать... Мне это не удается, ничего не могу поделать. Я пробо-

вала есть мало, немного в обед и немного в ужин, но мне это не удалось. Я, например, съедала очень много за ужином, а потом на следующий день ничего не ела до вечера. Что касается голодания, то я не голодала по нескольку дней.

Т: Ах да? Хорошо!

П: Но я, например, ела только вечером, и, в общем, практически ела... То есть когда я ем, я только и думаю о том, что я не должна была бы это есть. Кроме того, мне не удается понять, когда я голодна, когда я сыта, потому что я говорю себе: «Ну что ж, я потом поем», но для меня ничего не меняется от того, ем я или не ем; это странно.

Т: Да, а какой эффект на тебя произвело то, что ты избегала голодать? Как тебе это удалось?

П: Избегать голоданий? Потому что я ела вечером, но я, например, не ела так ужасно много, как раньше, когда я ела очень много и объедалась. Да, я ела достаточно много, но немного меньше, чем раньше. И я действительно говорила себе: «Нет, ладно, сегодня вечером я поем, а потом два дня поголодаю», но на следующий вечер я ела, садилась за стол и ела.

Кот: Ты думала о том, что каждое голодание готовит...

П: Да, да, поэтому. Я боялась этого, потому что потом я говорила себе: «Может, поем немного».

Т: ...Но поем!

П: Да.

Т: Хорошо. А тебе случалось голодать целый день?

П: Да.

Т: Ты заметила, что потом тебе хотелось объесться?

П: Да.

Т: Стало быть, ты получила доказательство. Сколько раз это случилось?

П: В течение двух дней, например... Один день я голодала, но на следующий день вечером была голодной и съела много, в общем.

Т: Ты съела также много углеводной пищи — хлеба, макарон?

П: Да, я это ела... Кроме того, я главным образом ела — может быть, потому что мне хотелось сладкого, — сдобу, много фруктов. Я ела бананы и все такое, потому что я раньше старалась не есть

Переопределение эффектов «страха перед голоданием»

Т. использует опыт пациентки за прошедшую неделю, чтобы повторить уже проведенное реструктурирование

- фрукты, я съедала, может, одну клубничинку, потому что в ней мало калорий. А в этот раз я ела фрукты, мясо... Например, мы были в ресторане, и я съела только мясо и салат, и все. Кроме того, мне, может быть, приходит в голову: «Сегодня вечером мне хотелось бы съесть макароны», но я потом ем рыбу, потому что боюсь потолстеть.
- Т: Да, а твоя мать, со свойственной ей тревожностью, сказала мне: «Но она похудела!»... Это правда?
- П: Что я похудела?
- Т: Да.
- П: Нет, я в точности такая, как раньше.
- Т: ОК.
- П: То есть если сравнивать с тем, что было три недели назад... Была одна неделя, когда я была на диете... Но диета в каком смысле? Я не то чтобы голодала, но ела кусочек мяса на обед и листочек салата на ужин. Тогда я, может быть... но, например, я отдаю себе отчет в том, что раньше, когда все началось, я сказала себе: «Хочу дойти до 45 кг», и я дошла до 45. «Хочу дойти до 40», и я сейчас вешу 39 кг и говорю себе: «Мне хотелось бы весить 35 кг, тогда я могла бы позволить себе все, что хочу». То есть я рассуждаю таким образом, и это, наверное, ошибочно, то есть наверняка ошибочно.
- Т: А ты не думаешь, что ты так снизила свой вес именно потому, что это твое рассуждение является самообманом? Поэтому ты снизила вес с 45 до 40 кг, потом ты с 35 кг будешь продолжать снижать его, пока полностью не потеряешь контроль?
- П: Да, я хотела бы поддерживать мой теперешний вес, но потом я думаю: «Я боюсь потолстеть», и тогда я не знаю, что... То есть... Нужно найти правильный способ.
- Т: Правильный способ — это то, что мы тебе подсказали и что ты уже пробуешь на собственном опыте: избегай голодания, иначе ты в результате обязательно объешься. Кроме того, каждый раз, когда ты обедаешь после голодания, твой организм усваивает гораздо больше. Если ты питаешься регулярно и избегаешь голоданий, то твой организм усваивает только то, что должен усвоить.

*Повторение
«страха перед
голоданием»*

КоТ: Потому что, когда ты голодаешь, твой обмен веществ замедляется, и ты усваиваешь больше калорий.

Т: Стало быть, каждое голодание не только готовит последующий эпизод обжорства, но и приводит к гораздо большему усвоению пищи, поглощенной во время эпизода, чем при регулярном питании. Знаешь, ты создала этот способ с наилучшими намерениями, но это наихудшее решение, потому что требует от тебя много усилий и заставляет отказываться от удовольствий. Кроме того, он производит именно тот эффект, которого ты хотела бы избежать, в то время как ты могла бы наслаждаться едой немного больше, — а это то, что тебе нравится, — избегать голоданий и поддерживать свой идеальный вес.

П: Но мне, например, всегда хочется чего-нибудь сладкого, но я боюсь, что если я съем немного, я потом возьму еще и еще...

КоТ: Не сможешь остановиться?

Т: Ты помнишь, что мы советовали тебе позволять себе одно маленькое отклонение в день?

П: Да, но я боюсь, что не смогу удержаться...

Т: Но ты это сделала или нет?

П: Да, я ела.

Т: Но маленькое отклонение, что-нибудь сладкое, ты ввела в свое меню? Или нет?

П: Нет, сладкое — нет.

Т: А в чем же для тебя заключается нарушение запретов?

П: Потому что одна моя половина говорит: «Ну что ж, я могу этого избежать», а другая половина...

Т: Да, но если ты откажешься, потом тебе будет сильно этого хотеться. Если ты позволишь себе что-то, то ты можешь и отказаться; если ты не позволяешь себе этого, то отказаться становится невозможно. Если ты позволишь себе одно маленькое сладкое отклонение в день, ты благодаря этому можешь избежать объедания сладким, можешь контролировать свое желание. Так же как, если ты позволишь себе регулярно питаться, избегая голодания, ты сможешь избежать эпизодов обжорства.

Реструктурирование «Если ты позволишь себе что-то...»

П: Правильно.

Т: Если же ты, наоборот, стараешься воздерживаться от еды, твое желание есть все возрастает и приводит к эпизоду обжорства. Но ты же получила доказательство этого за эти недели!

П: (*Кивает.*) Хотя я и говорю себе, когда я после эпизода обжорства вешу, например, на 2 килограмма больше: «Ну что ж, сейчас я неделю просижу на диете».

Т: Пока ты будешь делать это, у тебя будут эти колебания в весе... Если ты будешь есть так, как мы сказали, испытывая страх перед голоданием, этого не может произойти.

КоТ: И также позволяя себе одно маленькое отклонение в день, потому что иначе, если ты себе его не позволишь, ты начнешь думать о нем, думать даже ночью, а потом наступит эпизод обжорства.

Т: Именно тем, в чем ты себе отказала.

КоТ: И наоборот, если ты себе его позволишь, ты освободишься от этих мыслей.

Т: Лучший способ научиться контролировать что-либо — это позволять себе эту вещь, но управлять ею. Если я отказываю себе в чем-то, я теряю контроль над этим. Послушай, С., это удивительно, что ты приехала со своей сестрой!

П: Как это?

Т: Это просто удивительно, что ты приехала только со своей сестрой.

П: Ну... Потому что мой отец сказал моей сестре, что у него много работы, и спросил, не может ли она поехать со мной, и она согласилась меня сопровождать.

Т: Но это интересно, что она согласилась поехать и что вы всю дорогу были вдвоем.

П: Нет... Да... Но нам было хорошо вместе, то есть нам было неплохо вдвоем.

Т: Правда?

П: Нет, но это не потому, что я здесь с ней. Потом, есть еще одна вещь, о которой я думаю. Например, если у моей подруги день рождения и я должна туда пойти, то я говорю себе: «Раз я должна туда

*Предупреждение:
одно маленькое
пищевое
отклонение
каждый день*

*Т. исследует
эффекты
реструктурирования,
предложенного сестре
на прошлой сессии*

- пойти, то я должна там есть», и тогда я не ем до этого дня, а потом в этот день ем.
- Т: Да, именно так, но ты ешь гораздо больше!
- П: Ну!
- Т: В то время как если я ем, ем, ем, то я ем и в тот день, потому что я не теряю управления. Но я хотел бы вернуться к отношениям с твоей сестрой. Они изменились?
- П: Мы больше не ссоримся.
- Т: Вы больше не враги?
- П: Нет (*качает головой в знак отрицания*).
- Т: Стало быть, прошлая беседа оказалось полезной. Хорошо, хорошо. Значит, она не занимает враждебную позицию по отношению к тебе?
- П: Нет.
- Т: Как здорово! Тебе это нравится? Ты вновь обрела свою сестричку?
- П: Да.
- Т: А твои родители выполняли то, о чем я их просил, или нет?
- П: Мои родители, если не считать позавчерашнего дня... Нет, вчерашнего дня, когда они получили результаты анализов...
- Т: Поэтому они мне позвонили.
- П: ...они получили результаты анализов и сказали, что уровень железа в крови очень низкий.
- Т: Уровень калия тоже низок.
- П: Да, низкий уровень калия и тому подобное.
- Т: Но это же было очевидным, не так ли? По-твоему, на сколько килограммов твой вес ниже того веса, который у тебя должен бы быть? Если следовать критериям других людей, а не твоим критериям?
- П: Я не знаю, то есть я совершенно не вижу себя худой, даже наоборот, я думаю, что...
- Т: Что ты толстая.
- П: Нет, не что прямо толстая, но что я могла бы быть более худой.
- Т: Хорошо, хорошо. Значит, они испугались из-за этого, правда?
- П: (*Кивает.*)
- Т: И они вчера опять начали следить за тобой?

П: Да. Например, моя мать сказала вчера вечером: «Садись за стол, С., ешь, С. Ешь то, ешь это».

Т: Я сказал твоей матери, чтобы она позвонила мне после нашей встречи, но я опять скажу ей, чтобы она следовала правилу, о котором я говорил в прошлый раз. Она должна наблюдать, не вмешиваясь, ОК?

П: ...

Т: В то время как от тебя мы хотим, чтобы ты помнила о том, о чем мы говорили: если ты избегаешь голодания, ты можешь научиться управлять ситуацией; если ты будешь голодать, ты потеряешь контроль.

П: Правильно.

Т: Кроме того, если ты будешь позволять себе маленькое отклонение, твоя фантазия не будет направлена на эту сладость и дело не кончится тем, что ты съешь большое количество сладостей. Стало быть, мы хотим, чтобы ты ела одну маленькую сладость в день в перерывах между приемами пищи, ОК?

П: (Кивает.) А, в перерывах между приемами пищи? К тому же самое главное... Потому что если я буду есть ее после еды, кончится тем, что мне захочется есть бесконечно.

Т: В перерывах между приемами пищи, ОК? И мы очень довольны тем, что ты восстановила отношения с сестрой.

После этого терапевт приглашает в кабинет сестру пациентки и хвалит ее за произошедшее примирение.

Четвертая сессия

Т: Ну я вижу, что ты уже загорела. У вас уже очень жарко?

П: Солнечно.

Т: А вода в море еще довольно холодная?

П: Нет, не очень.

Т: Угу. Хорошо. Что ты нам расскажешь?

П: Я старалась следовать тому, о чем вы мне говорили, и... Должна сказать, что в первые дни все было очень хорошо, если не считать того, что у меня всегда присутствует навязчивая идея взве-

Т. вновь проводит реструктурирование «страха перед голоданием» предписывает ежедневно позволять себе «маленькое пищевое отклонение»

Переопределение эффектов предписаний

шиваться... каждые две... то есть я постоянно хожу взвешиваться. В первые дни все было хорошо, все шло нормальным образом, я регулярно ела в обед и в ужин. Не чрезмерно, а нормально, но потом, когда... Случилось, что один раз мне захотелось есть очень много, целый день и много-много, и в конце этого дня я сказала себе: «Нет, завтра я не должна есть», но на завтра я опять ела очень много.

Т: Видишь, когда ты говоришь себе: «Я не должна», ты в результате делаешь это.

П: Э-э... То есть мне удалось держать себя в рамках в первые дни, но в другие дни — нет. И действительно, я за эту неделю прибавила в весе около двух килограммов.

Т: А в первые дни ты позволяла себе маленькую сладость в перерывах между едой?

П: Да, да, да. Например, я раньше не ела хлеба, а теперь я ела хлеб. Я ела то, что мне нравилось. Но я не должна была думать об этом, то есть когда я начинаю есть, я потом целый день думаю о еде, постоянно, постоянно. Я не знаю, что с этим делать, но у меня постоянно крутится эта мысль — есть или не есть, есть или не есть...

Т: Ты сказала, что за эту неделю поправилась на два килограмма. Какую это у тебя вызвало реакцию, ты испугалась?

П: Да.

Т: А как это случилось, ты объелась?

П: *(Кивает.)*

Т: Именно стараясь удержаться от этого, правда?

П: *(Кивает.)*

Т: Это заставило тебя немного больше задуматься о том, что я тебе советовал?

П: *(Кивает.)*

Т: Что всякий раз, когда ты голодаешь, ты на самом деле готовишь эпизод обжорства, и что если ты непременно хочешь установить равновесие, ты должна есть то, что тебе требуется, и позволять себе маленькое отклонение. Если ты себе его не позволишь, ты будешь есть все больше и больше, как это с тобой и случилось.

Т. использует отчет пациентки, чтобы напомнить реструктурирование «страха перед голоданием» и важность маленького отклонения

П: Угу. Потому что, например, после того как я ела нормально, я боялась потолстеть. Я еще не потолстела, но сказала себе: «Нет. Завтра я не буду есть». И я не ела ни в завтрак, ни в обед, а вечером я поела немного, совсем мало салата, и в десять я почувствовала эту необходимость... В общем, я съела гораздо больше, потому что я ничего не ела, я думаю.

КоТ: И ты усвоила еще больше, потому что ты целый день ничего не ела.

П: Да.

Т: Хочу подчеркнуть, что когда ты обедаешь после голодания, твой организм, как растение, которому нужна вода, впитывает в себя все и, следовательно, все усваивает. Если же ты ешь с регулярными интервалами, не оставляя надолго свой желудок пустым, усвояемость уменьшается, все, что не нужно, отбрасывается. Но это происходит, только если ты позволяешь себе и своему организму делать это. Сейчас, как ты понимаешь, не столько важна физиологическая сторона, сколько психологическая: всякий раз, когда ты отказываешь себе или заставляешь себя не делать чего-то, ты стараешься устоять, пока не сдашься, и тогда, как говорится...

П: Но потом я однажды утром подумала... Я пошла в бар со своей одноклассницей и взяла себе маленькую пиццу. Как только я начала ее есть, я потом на перемене съела две слойки, булочки с шоколадом, чипсы, потому что...

Т: Это просто потому, что ты — как река в разливе, которую стараются удержать с помощью дамб. Ты стараешься ограничить разлив, но вода поднимается выше, и, когда рушатся дамбы, вначале река растекается. Следовательно, мы должны иметь в виду, что может случиться разлив, но если ты позволишь реке отхлынуть, то установится правильное равновесие. Если ты будешь продолжать строить дамбы, ты только отсрочишь разлив, и все. То есть рушится первая дамба, наступает разлив, ты возводишь вторую дамбу, вода поднимается и разрушает эту дамбу

Реструктурирование с помощью метафоры и юмористического рассказа

тоже. Ты строишь еще одну дамбу, но рушится и она. Эта игра не имеет конца. Ты помнишь этот забавный анекдот про человека, который однажды утром встает и видит яму в своем саду. Он не выносит даже мысли о том, что в его саду может быть такая большая яма. Тогда он выходит в сад, берет лопату и роет другую яму. Он заполняет вырытой землей первую яму и, довольный, возвращается домой. Однако утром он просыпается и видит эту другую яму... Ты делаешь то же самое. Если есть яма, мы сначала должны смирииться с ее присутствием, чтобы потом заполнить ее по-другому, а не перемещая землю с места на место, копая другие ямы. Ты делаешь именно это. И интересен тот факт, что, как ты нам рассказываешь, когда ты в первые дни ела так, как мы тебе советовали, эпизодов обжорства не было.

П: Нет, совсем не было... Я ела правильно, я всегда соблюдала приемы пищи, я не ела слишком много, ела нормально: мясо, хлеб с сыром и салат. А потом, вечером, может быть, макароны, фрукты. Но потом, после того как это случилось... я не знаю... я подумала... потому что мне, может быть, больше хотелось чего-то типа мороженого и подобной еды. Я немного поела этого, и поскольку мне это нравилось... может, я сказала самой себе: «Ну что ж, завтра я не буду есть, и тогда я смогу съесть побольше мороженого».

Т: А если ты будешь позволять себе его каждый день понемногу, то тебе не придется делать это. Видишь, это именно и есть идея: «Я поголодаю, и потом будет обжорство». С тобой случается именно это, ты это программируешь. «Завтра я не буду есть, а послезавтра съем много мороженого» — именно так ты сама себе устраиваешь ловушку.

П: Угу.

Т: Послушай, а отношения с сестрой продолжают оставаться хорошими? Вы восстановили ваши отношения?

П: Да, да.

Т: Тебе не кажется странным, что понадобилось так мало, для того чтобы восстановить отношения, которые были такими конфликтными?

П: Угу.

Т: *(Смеется.)* То же самое и с твоей проблемой — достаточно малого. Но оно должно быть хорошо проделано.

П: Мне хотелось бы быть нормальной, как раньше, когда я не думала об этом...

Т: Если ты будешь следовать нашим указаниям, это произойдет. Стало быть, настоятельно рекомендую: бойся голодания, потому что каждое голодание готовит эпизод обжорства, но бойся и откладывать обжорство, как когда ты говорила себе: «А, я смогу это есть, я все равно предупрежу последствия... Воздерживаясь от еды». В этом случае задействованы два механизма: либо у меня возникает желание есть, и тогда я стараюсь удержаться и в результате объедаюсь; либо я чувствую, что мне что-то нравится, например мороженое, и я думаю: «Мне это нравится, но мне от этого будет плохо», и тогда что я делаю? Я один день выдерживаю диету, а потом съедаю очень много — и это тоже надувательство. Прежде всего мы хотим, чтобы ты теперь, позволяя себе маленькое ежедневное отклонение, привыкала прислушиваться к тому, что тебе больше нравится, наслаждаясь качеством еды, ОК?

П: Угу...

Т: Но и в свой нормальный режим питания вводи то, что тебе больше нравится, а не то, что, по-твоему, является полезным, избегая того, что ты считаешь вредным.

П: Потому что я, может, ем что-то, потому что от этого не толстеют, а потом ем вкусное, и в результате я ем и то и другое.

Т: Именно так, ты ешь и то и другое и надуваешь сама себя. Но теперь ты должна прямо взять себе за правило: «Я ем только то, что мне нравится. Если я знаю, что это высококалорийный продукт, я съем его меньше». Но ты должна есть только то, что тебе нравится. Если ты позволишь себе

Положительное побуждение в направлении изменений

что-то, то ты можешь и отказаться; если ты не позволяешь себе этого, то отказаться становится невозможно. Значит, мы сейчас должны сделать так, чтобы твои отношения с едой стали приятными, как это и должно быть, именно потому, что приятным можно управлять. Если ты хочешь превратить еду в упражнение на контроль, то ты потеряешь контроль над ней. Стало быть, помни: «Если ты позволишь себе что-то, то ты можешь и отказаться; если ты не позволяешь себе этого, то отказаться становится невозможно».

*Предписание
избегать
голодания
и вводить в
нормальный
режим пи-
тания еду, ко-
торая больше
нравится
пациентке*

После этого терапевт приглашает в кабинет отца, чтобы сообщить ему, что терапия хорошо продвигается и что семья должна продолжать выполнение предписаний, данных на предыдущих сессиях.

Пятая сессия

Пациентка сообщает, что она поправилась примерно на один килограмм и что это ее немного волнует. Несмотря на это, она продолжает соблюдать довольно правильный режим питания, хотя и ограничивает количество еды, и, самое главное, избегает голодания. Пациентка рассказывает, что она открыла для себя, что ей приятно есть в компании других людей, особенно со своими друзьями.

Терапевт напоминает о том, что важно установить отношение к еде как удовольствию, а не как к борьбе или попытке контроля. Он еще раз подчеркивает, что именно попытка контроля приводит к последующей потере контроля и, следовательно, к эпизоду обжорства. Кроме того, терапевт побуждает пациентку к поиску других удовольствий, например, удовольствия проводить время с друзьями, сочетая приятные ощущения от еды с удовольствием от компании.

Т: Хорошо, мы очень довольны тобой, однако ты должна помнить, что в данный момент — как мы до сих пор говорили о том, что ты должна избегать голодания, — так сейчас ты должна избегать того, чтобы набивать себя фруктами, чтобы легче опорожниться, это то же самое, ОК? Наслаждайся своим новым отношением к еде, и это здорово, что ты наслаждаешься им еще больше, когда ты наслаждаешься и другими вещами, например, компанией друзей, ОК? Ты знаешь, когда терзание превращается в удовольствие и становится возможным управлять им — это самое лучшее

изменение, которое может произойти, ты так не думаешь? А теперь мы успокоим твою мать, хорошо? Пока, девочка, до скорого свидания.

П: Спасибо.

Терапевт приглашает в кабинет мать и еще раз напоминает ей о необходимости прекратить контроль за питанием дочери. Она должна заняться передачей дочери всей ответственности за ее отношение к еде.

Т: Я знаю, что вы очень старательны и послушны, но вы также очень тревожны и повышаете тревожность у других.

М: Да, да, да.

Т: Ваша дочь здоровая, как рыбка, сейчас она только должна привыкнуть сама всем управлять, чтобы никто не становился сообщником ее проблемы. Если вы отдадите себе отчет в том, что это пятая встреча с вашей дочерью... Когда мы познакомились с ней, это была девочка с очень заблокированной ситуацией, в которой голодание чередовалось с эпизодами обжорства, а сейчас она больше не голодает, ест нормально и даже старается есть больше, хорошо?

М: Я не хотела бы, чтобы она стала вот такой (*разводит руки*)...

Т: ОК, я согласен. Чтобы она не стала такой, мы должны вернуть ей всю ответственность за управление своим отношением к еде. Если вы будете помогать ей, вы ей навредите.

М: Я поняла.

Т: Видите ли, мы нуждаемся в вас, в вашей помощи...

М: Хорошо.

Т: ...которая заключается в том, чтобы вы избегали помогать своей дочери.

М: Хорошо, хорошо.

Т: Оставьте всю ответственность С. Сейчас она поедет в кемпинг — хорошо, пусть она сама справляется. Старайтесь не говорить: «Я пойду, поговорю с твоими подругами», ни в коем случае. Если она почувствует себя «под прицелом», тогда действительно может вернуться симптоматическое поведение.

М: *(Кивает.)*

Т: Передайте С. всю ответственность. Мы очень довольны С., синьора. Когда мы только познакомились с ней, одна только мысль о том, что она могла бы поправиться на полкило, свела бы ее с ума. С тех пор она уже два раза сказала, что поправилась: один раз на два килограмма, а второй раз — на полтора. Там еще была проблема с задержкой жидкости, поэтому в общей сложности это два с половиной килограмма, но она больше не устраивала сцены. И потому будьте этим довольны.

М: Хорошо.

Шестая сессия

Пациентка вернулась после каникул, проведенных вместе с подругами. Во время каникул она очень много ела и поправилась еще на 4,5 килограмма.

Она сообщила, что не слишком волнуется по этому поводу, потому что теперь, когда она больше не испытывает импульс поглощать большие количества пищи, она следует нормальному режиму питания, который предусматривает и маленькие отклонения. Следовательно, она больше не боится ни потолстеть, следуя сбалансированному режиму питания, ни потерять контроль над своим отношением к еде.

Т: Хорошо. Ты могла бы сказать, что в данный момент у тебя нет проблем с едой, или проблемы еще имеются?

П: Я не знаю, я не отдаю себе в этом отчет. То есть я надеюсь, что нет.

Т: Вот что нас интересует. У тебя в голове все еще постоянно вертится эта идея: «Я должна контролировать себя, я должна похудеть»? Или нет?

П: Да, иногда она возникает.

КоТ: Реже, чем раньше?

П: Реже, чем раньше, но...

Т: Как часто она возникает? Она преследует тебя, как раньше, целый день?

П: Она преследует меня, но не целый день, потому что я думаю о другом.

Т: А, и о чем же?

П: Ну... Я думаю... Что я скоро должна уехать, я должна отправиться в Лондон, что мои друзья

уехали, они поехали в Лондон, что я должна выходить... Всегда много мыслей... В общем, моей голове не удастся все время думать об этом. Однако мне это продолжает приходить в голову, но меньше, чем раньше.

КоТ: А есть еще какие-нибудь мысли?

П: Да.

Т: Хорошо, мы очень довольны тобой, очень. Сейчас очень важно подумать вот о чем: если все другие говорят тебе, что ты так выглядишь лучше, — потвоему, они говорят тебе это, потому что хотят сказать что-то приятное, или это означает, что у тебя все еще «деформирующие линзы» на глазах?

П: Нет, может, это и правда, я не подвергаю это сомнению, но...

Т: Но?..

П: Я не знаю... Например, когда я смотрю на себя, я говорю: «Мне надо бы больше похудеть в ногах, мне надо бы немного похудеть вот здесь», то есть я все время об этом думаю.

Т: Однако ты этого не делаешь?

П: Нет.

Т: Хорошо.

КоТ: Это только в мыслях остается.

П: Кроме того, иногда я говорю, что должна бы больше двигаться, потому что раньше я... Я такой человек, которому ничего не хочется делать.

Т: Ленивая.

П: И, например, когда мы ужинаем в бассейне, я никогда не купаюсь, никогда не плаваю. Но я попробовала больше двигаться, плавать, в определенных пределах, например две длины бассейна, потому что я сразу устаю, и... я стараюсь все время чем-нибудь заниматься.

КоТ: Таким образом ты отвлекаешься и от мыслей о еде?

П: Да.

Т: Хорошо. Ты знаешь, мы очень довольны тобой и хотим провести эксперимент: мы назначаем тебе встречу через месяц, оставляя в силе все, что мы до сих пор тебе говорили. Если хочешь сохранять порядок, старайся допускать маленький беспорядок,

рядок, который позволяет сохранять контроль. Кроме того, как было сказано, избегай любого голодания, потому что голодание вызывает приступ обжорства. Волна разлива прошла, мы думаем, что теперь ты можешь стабилизировать уровень воды — или своего голода — ниже уровня риска, ОК? Встретимся через месяц, хорошо? Мы очень тобой довольны. Сейчас мы скажем это и твоему отцу.

Терапевт делает комплименты отцу за достигнутые результаты.

Глава 6

ВЫЗЫВАЕМАЯ РВОТА (VOMITING): ФОРМИРОВАНИЕ, УСТОЙЧИВОЕ СУЩЕСТВОВАНИЕ, ИЗМЕНЕНИЕ

6.1. Формирование и устойчивое существование vomiting'a

Как уже упоминалось выше, нарушения пищевого поведения быстро развиваются, дифференцируясь, превращаются во все более специализированные расстройства. Девушки, склонные к булимии или анорексии, в конце концов открывают для себя, что они могут поддерживать контроль над собственным весом с помощью вызываемой рвоты, не отказывая себе в удовольствии, получаемом от еды, и сохраняя таким образом вес, который лишь немного выше или ниже нормы, — тем самым им удается избежать всех волнений в семье и принуждения питаться нормально. За последние годы было замечено значительное увеличение количества случаев vomiting'a по сравнению с анорексией и булимией; достаточно сослаться на тот факт, что в нашей выборке из 196 пациентов вызываемая рвота представлена 123 случаями.

Несмотря на то что данное расстройство до сих пор классифицируется в литературе (APA, 1994) как особый вариант нервной анорексии или нервной булимии (подвид с использованием очистительных процедур — см. гл. 1), из результатов нашего эмпирического исследования следует, что структура этого расстройства, а особенно модель восприятия реальности пациентками, вызывающими рвоту, совер-

шенно отлична от анорексии и булимии. В действительности булимия (поглощать еду, набирая вес) или анорексия (попытка воздержаться от еды) являются первоисточниками vomiting'a, но после того как это расстройство структурировалось, оно становится чем-то новым, не имеющим ничего общего с расстройством, которое изначально его вызвало: таким образом, vomiting является «новым качеством», так же как вода является новым качеством по отношению к водороду и кислороду, которые, хотя и являются составляющими ее элементами, теряют свои индивидуальные характеристики, и вода становится чем-то другим, превышающим простую сумму компонентов. В силу этого расстройство вырисовывается не столько нарушением пищевого поведения, сколько самым настоящим извращением, нашедшим свое выражение в еде.

Хотя пациентки, вызывающие рвоту, схожи с пациентками, страдающими булимией, в аспекте компульсивности пищевого поведения, но лишь небольшая часть из них имеют булимическую ориентацию (тенденцию набирать вес). В большинстве случаев они проявляют анорексическую ориентацию (с помощью вызываемой рвоты поддерживают свой вес на несколько килограммов ниже нормы, чтобы не быть слишком женственными и продолжать наслаждаться удовольствием от еды, не боясь потолстеть). Кроме того, при работе с пациентками, страдающими vomiting'ом, возникшим на основе булимии, легче достигается выздоровление, поскольку они не пытаются контролировать свои эмоции и чувствительность, как это характерно для перцептивно-реактивной системы пациенток с анорексией.

Вначале, когда пациентки начинают есть и вызывать рвоту, вызываемая рвота, несомненно, является предпринятой попыткой решения: способом не толстеть, продолжая есть, или способом похудеть, не отказываясь от еды; то есть они продолжают есть, не испытывая разрушительного эффекта от своего отношения к еде, и, значит, речь идет о предпринятой попытке решения проблемы, которая действует. Но из-за постоянного повторения действий — вызывать рвоту после еды — эта последовательность постепенно превращается во все более приятный ритуал, который за несколько месяцев становится максимальным удовольствием, от которого пациентка больше не в силах отказаться. Этот процесс находит точное объяснение в работах

лауреата Нобелевской премии биолога Лаборита (*Laborit*, 1982), посвященных организации синапсов головного мозга человека; его исследования показывают, что любой тип поведения при условии его повторения определенное количество раз может постепенно получить характеристику интенсивного удовольствия. В силу этого процесса ритуал вызывания рвоты после еды становится для пациенток тем, что мы метафорически назвали «тайным любовником»; своего рода демоном, которым они одержимы и от которого им не удается избавиться, даже если они хотят этого. Таким образом, после формирования симптома вызываемой рвоты проблема больше не заключается в контроле над весом, она заключается в контроле над этой компульсивностью в поиске удовольствия: при анорексии и булимии вызывание рвоты после еды было предпринятой попыткой решения, а при vomiting'e оно становится проблемой, причина устойчивого существования которой заключается в испытываемом удовольствии. И действительно, как выяснилось в нашем исследовании-вмешательстве, превалирующей характеристикой перцептивно-реактивной системы этих пациенток является obsессивный поиск удовольствия и острых ощущений. Эта черта пациенток, страдающих vomiting'ом, делает их похожими на «*sensation-seekers*» (*Zuckermann*, 1987) — индивидов, специализирующихся на поиске интенсивных ощущений: в эту категорию может быть включен любой тип злоупотребления (героином, кокаином и т.д.).

С течением времени симптоматика вызываемой рвоты настолько захватывает пациентов, что приводит также к снижению полового влечения. Во всех 123 рассмотренных нами случаях (включая и двух мужчин) на протяжении всего периода, когда устойчиво проявлялась эта симптоматика, у пациентов была замечена абсолютная неспособность к удовлетворительной половой жизни. Ни в одном случае не было выявлено совместное существование симптома вызванной рвоты и полной реализации эротической сферы. Конечно, мы при этом не хотим отстаивать своего рода «пансексуализм» по Фрейдю, согласно которому vomiting мог бы вызываться каким-то гипотетическим расстройством в половой сфере; наоборот, это компульсивное поведение, основывающееся на удовольствии, постепенно начинает занимать так много пространства, что подменяет собой все другие

удовольствия. Таким образом, снижение удовольствия в половой сфере является не причиной, а скорее следствием нарушения пищевого поведения: в отличие от пациентов, страдающих булимией, страдающие vomiting'ом пациенты ищут сексуального удовольствия в трансгрессивной манере, но им не удастся испытывать его, поскольку они уже находят в вызывании рвоты после еды более интенсивную и эксклюзивную форму удовольствия.

Этот ритуал не только доставляет максимум удовольствия; этого удовольствия еще и очень просто достигнуть. Нет никакой необходимости в другом человеке, никакого риска, связанного с взаимоотношениями: еда всегда доступна, ею можно управлять, ее можно контролировать, и это всегда действует. Кроме того, вызывание рвоты после еды является последовательностью действий, сходной с последовательностью действий в сексуальных отношениях: в ней опознаются фаза предваряющей, вызывающей аппетит фантазии, в которой пациентка предвосхищает переедание, фаза потребления, в которой пациентка ест, и завершающая фаза разрядки, в которой она освобождается с помощью рвоты. В рассказах самих пациенток о ритуалах часто выявляется важность эротизирующей фантазии о еде и отношение к разрядке через рвоту как к хорошо удавшемуся эротическому акту. Этот факт позволяет симптоматике вызванной рвоты еще более соответствовать эффективному суррогату половой деятельности.

С момента уменьшения количества эпизодов вызываемой рвоты естественным образом происходит возврат к сфере сексуальных отношений, и пациентки вновь начинают испытывать чувственное и эротическое удовольствие. После этого их симптом еще более уменьшается, вплоть до «совпадения» возвращения способности испытывать оргазм с исчезновением симптоматики.

Важно отметить, что vomiting — это расстройство, которое в клинической сфере наиболее приближается к обсессивно-компульсивным расстройствам¹, однако с тем важным отличием, что последние являются навязчивыми состояниями, основанными на чув-

¹ Многие авторы подчеркивают аналогию между нарушениями пищевого поведения и обсессивно-компульсивными расстройствами (*Caruso, Manara, 1997*).

стве страха, в то время как vomiting — расстройство, основанное на удовольствии. И именно потому, что симптом основывается на удовольствии, а не на страдании, работа с ним требует от терапевта повышенного уровня ответственности.

В нашей экспериментальной работе были выявлены три типа пациенток, страдающих vomiting'ом. Мы иронично назвали эти типы следующим образом: 1) *неосознанная трансгрессия*; 2) *осознанная трансгрессия с раскаянием*; 3) *осознанное наслаждение от трансгрессии*.

1. **Неосознанная трансгрессия.** Это неопытные пациентки, не осознающие факта трансгрессии, которые на когнитивном уровне еще не отдали себе отчет в том, что вызывание рвоты после еды является самым настоящим извращением. Они составляют довольно малую часть страдающих vomiting'ом (около 20% в нашей выборке). Обычно это девушки от 14 до 19 лет, которые еще не имели ни половых отношений, ни какой-либо серьезной сентиментальной истории; они очень ограничены, часто жестко заблокированы моралью.

2. **Осознанная трансгрессия с раскаянием** (около 50%). Пациентки отдают себе отчет в том, что их симптоматика является извращением, основанным на чувстве удовольствия, однако они дошли до того, что не могут больше выносить этого, не хотят больше быть «одержимыми демоном». Речь идет о тех пациентках, которым хотелось бы перестать вызывать рвоту, но они не могут этого сделать в одиночку; стало быть, они, как правило, склонны к терапевтическому сотрудничеству.

3. **Осознанное наслаждение трансгрессией** (около 30%). У этих пациенток присутствует полное осознание чистого удовольствия, связанного с их симптомом, они легко опознают аналогию между вызыванием рвоты после еды и половым актом. Они наиболее сладострастны в отношении к ритуалу, не имеют никакого намерения расстаться с «тайным любовником», с «демоном», которым они одержимы, то есть с вызыванием рвоты после еды. По этой причине эти случаи являются самыми трудными, проявляют наибольшую резистентность. Такие пациентки очень склонны к обольщению и к провокации, обладают хорошими способностями к манипуляции, трансгрессии, контролю над ситуацией и управлению ею. С тера-

певтом-мужчиной, как правило, имеется в виду провокация на эротическом, сексуальном уровне; терапевта-женщину пациентка стремится прельстить своими «способностями», дать почувствовать терапевту, что она — лучшая подруга, лучшая мать, лучшая модель для подражания из всех существующих. Они наиболее трансгрессивны и в отношении ритуала: если никто не покупает им еду, они могут дойти до того, чтобы красть ее или красть деньги на еду, и это лишь увеличивает дрожь от трансгрессии. В большинстве случаев их приводит к терапевту семья, часто под принуждением, и обычно они уже прошли другие многочисленные курсы лечения (госпитализацию, принудительное питание, насильственный контроль, не позволяющий вызывать рвоту). Иногда они чувствуют себя лучше, находясь в больнице, поскольку принимают седативные препараты, но возвращаются к ритуалам сразу после выписки. Этот факт не должен вызывать удивления, если принять в расчет, что такая сильная импульсивность, основанная на чувстве удовольствия, не может быть решена в результате госпитализации, поскольку она связана с повседневной жизнью пациентки, выражающейся в ее отношениях с самой собой, с другими людьми и с окружающим миром, и поэтому вновь проявляется в момент возвращения пациентки домой.

И, наконец, существует небольшой процент пациенток, которые развлекаются тем, что «пожирают» терапевтов; они начинают терапию по собственному желанию. Это пример пациента-«барракуды» (*Bergman, 1985*), который прикидывается склонным к сотрудничеству, но обычно после первых достигнутых результатов прерывает терапию, чтобы вновь в нее вернуться, когда симптом вернется к первоначальному уровню.

6.2. Терапевтическое вмешательство при vomiting'e

Вмешательство при vomiting'e значительно отличается от вмешательства при булимии и анорексии, оно бывает нескольких типов в зависимости от типа пациента. Во всех случаях предпочтительно смешанное вмешательство — как индивидуальное, так и с членами

семьи, — поскольку и для этого расстройства, как и для прочих нарушений пищевого поведения, обычно имеют место многочисленные попытки решения проблемы, предпринимаемые членами семьи, которые вносят вклад в устойчивое существование проблемы.

6.2.1. Протокол терапевтического вмешательства при vomiting'e¹

6.2.1.1. Первая стадия (первая и вторая сессии)

«Зацепить» пациентку — главная задача этой стадии, поскольку вызывающая рвоту пациентка, так же как и страдающая анорексией, не склонна к сотрудничеству или даже занимает по отношению к терапии явную позицию отказа. Для этого терапевт с самого начала первой сессии должен приступить к калькированию языка пациентки и ее взгляда на действительность, антиципируя ее ощущения и предлагая ей метафору «тайного любовника» в отношении вызывания рвоты после еды: «Для вас переедание является самым большим из всех удовольствий, правда? Стало быть, от него трудно отказаться, поскольку это самое интенсивное удовольствие, как встреча с тайным любовником. Всякий раз, когда вы едите и вызываете рвоту, вы как будто встречаетесь с тайным любовником, весьма неплохим, всегда доступным...» — и в таком духе продолжить сессию. В большинстве случаев, когда терапевту удастся настроиться на их язык, сами пациентки описывают с ясностью и безо всякого стыда, в какой степени их ритуал является самой приятной вещью из всего существующего, и иногда рассказывают, что они чувствуют себя как бы одержимыми «приятным демоном». Если же имеет место случай неосознанной трансгрессии, то есть когда пациентка абсолютно не принимает сравнение ритуала с «тайным любовником», то это позволяет терапевту использовать данный аспект в качестве рычага для вызывания изменений на следующей стадии.

¹ Как и в случае булимии, для vomiting'a будет представлен единый протокол терапевтического вмешательства; на каждой стадии будут указываться маневры, применяемые для различных типов рассматриваемого расстройства.

Если на сессии присутствуют родители, то необходимо предложить и им эту перспективу, объясняя, что это расстройство основывается не на страдании, а на удовольствии. Таким образом терапевт должен привести всех участников к разделению позиции сотрудничества, после того как он объяснит, на чем основывается этот тип симптоматики.

В конце сессии, исследовав проблему и определив питающие ее дисфункциональные предпринятые попытки решения, терапевт приступает к первым предписаниям, одинаковым для всех трех типов:

1) «*Фантазия чуда*»; 2) «*Обет молчания*» для членов семьи; 3) «*Список продуктов*» для матери.

1. «*Фантазия чуда*». И в случае vomiting'a это предписание показало свою эффективность для усовершенствования диагностического исследования, а также в качестве важного положительного суггестивного сообщения, ориентированного на изменение. Для детального обсуждения этого предписания читатель отправляется к протоколу вмешательства при анорексии.

2. «*Обет молчания*». На этой стадии терапии является фундаментальным вмешательство терапевта в систему коммуникации в семье с помощью предписаний, способных заблокировать обычно предпринимаемые попытки решения проблемы. С этой целью родителям предписывается следующее:

«Я хочу, чтобы вы как следует уяснили себе — как бы вам ни было трудно согласиться с этим, — что то, что делает ваша дочь, она делает из чистого удовольствия. Хотя вам и кажется абсурдным, что можно получать удовольствие от вызывания рвоты после еды, начинайте разделять эту идею. Кроме того, чем больше вы стараетесь ограничить ее, тем больше вы ее провоцируете. Стало быть, с этого момента вы должны соблюдать «*обет молчания*» в отношении проблемы вашей дочери. Вы совсем не должны о ней говорить. Вы будете молодцом, если у вас получится избегать разговоров о проблеме, хотя это будет сложно. Задумывайтесь о том, что всякий раз, когда вы говорите о проблеме, вы на самом деле подпитываете расстройство. Не знаю, будете ли вы в состоянии сделать это, но думайте вот о чем: всякий раз, когда вы стараетесь убедить ее не делать этого, или стараетесь помочь ей вашим способом, или обсуждаете проблему, вы только подпитываете расстройство».

3. «**Список продуктов**». Для данного расстройства было разработано особое парадоксальное вмешательство, предписываемое матери¹ или тому члену семьи, который обычно больше всего вмешивается, стараясь помочь девушке:

«Я даю вам особенное задание, которое вы должны будете выполнять с этого момента и до нашей следующей встречи. Я хочу, чтобы вы каждое утро будили вашу дочь и задавали ей такой вопрос: “Что ты хочешь съесть сегодня, чтобы потом вызвать рвоту?”. Пусть она составит меню. Потом вы купите все, о чем она вас попросила, то есть то, что выходит за пределы обычного дневного набора продуктов для вашей семьи, и выложите купленные продукты на виду, на столе в гостиной, вместе с запиской: “Продукты для еды и рвоты для... (*имя дочери*)”. Никто другой не должен трогать эти продукты, только тот, кто ест и вызывает рвоту, может брать их. Если дочь откажется дать вам меню, используйте список предыдущего дня или выбирайте сами, что купить, вы ведь уже знакомы с ее вкусами; если что-то останется неиспользованным, оставьте это на столе. Если продукты не будут съедены, их нужно оставить накапливаться на столе вместе с продуктами следующих дней, хорошо?»

Выставляя публично продукты с сопроводительной запиской, удастся, с одной стороны, полностью «перевернуть с ног на голову» попытки решения проблемы, предпринятые членами семьи: прятать еду, не давать девушке чрезмерно есть или не давать ей вызывать рвоту, делать вид, что они не замечают проблему. С другой стороны, тем самым удастся лишить ритуал его особой характеристики, то есть его трансгрессивного характера. С того момента, когда пациентке, вызывающей рвоту, дается свобода в организации переедания, у нее полностью меняется восприятие ритуала: если предписывать действие, которое является трансгрессивным, то оно при этом теряет свой трансгрессивный характер. Обычно выполнение этого предписания злит пациенток, они выбрасывают продукты или несколько раз съедают их, а потом перестают — именно потому, что эмоциональный

¹ Обычно это предписание дается матери, поскольку в большинстве случаев именно она оказывается наиболее задействованной в поддержании расстройства и является главной «сообщницей» дочери.

опыт, связанный с вызыванием рвоты после переедания, становится не таким приятным, как раньше. Кроме того, сам факт выставления продуктов на всеобщее обозрение вместе с запиской «Продукты для еды и рвоты для...» обычно оказывает подавляющее действие.

6.2.1.2. Вторая стадия (со второй-третьей до пятой сессии)

На этой стадии вмешательство сильно отличается в зависимости от типа пациента.

1. **Неосознанная трансгрессия.** Для этой категории пациенток, обычно очень скованных и страдающих морализмом, используется провоцирующий тип вмешательства, по аналогии с определенным типом булимии, с целью повернуть их собственную мораль против их симптоматики. Часто достаточно добиться того, чтобы девушка начала осознавать, что то, что она делает, является самым настоящим сексуальным извращением, и она сразу перестает переедать и вызывать рвоту, поскольку это вступает в конфликт с ее системой ценностей. Для этого терапевт, исходя из изначального вопроса о пользе проблемы («В чем, по-вашему, положительный смысл проблемы? От чего она вас защищает? Что она вам дает?»), приводит пациентку к изменению взгляда на расстройство, пока она сама не распознает в вызывании рвоты после переедания аналогию с половым актом:

«Когда вы чувствуете позыв, неудержимое желание переест и вызвать рвоту, что в точности вы ощущаете? У вас возникают фантазии о еде, образы еды? Вы чувствуете почти физическое желание, своего рода физическое влечение, из-за которого вы начинаете есть, правда? А потом вы начинаете есть и есть. Пока не почувствуете себя наполненной, наполненной, наполненной... и наконец, бежите вызывать рвоту. И после того как вас вырвало, вы чувствуете себя хорошо, чувствуете себя освобожденной, чувствуете расслабление. Послушайте, а что вам напоминает эта последовательность действий и ощущений? В каком другом типе деятельности люди следуют этой последовательности: фантазия, возбуждение, свершение, разрядка? Какой жизненно важный для человеческих существ и животных процесс начинается с возбуждения, со своего рода неудержимого импульса,

за которым следует фаза осуществления, а потом фаза разрядки и расслабления?»

После того как терапевту удастся привести пациентку к признанию аналогии между двумя видами последовательности действий и ощущений, он предлагает ей «*Фантазию безудержной сексуальности*», приведенную выше при описании булимии (отправляем читателя к этому протоколу для детального знакомства с этим маневром (см. 144). И в случае *неосознанной трансгрессии* это реструктурирование вызывает немедленное заблокирование компульсивной симптоматики, поскольку одна лишь мысль о том, что можно делать такую извращенную вещь, делает последовательность действий, до сих пор бывшую приятной, чем-то постыдным и отвратительным (следуя старинной китайской стратагеме «стучать по траве, чтобы распугать змей»¹).

2. Осознанная трансгрессия с раскаянием. Такие пациентки хотя и осознают приятность ритуала, но устали от одержимости демоном и поэтому скорее расположены к сотрудничеству и склонны выполнять указания терапевта. Они предпринимали попытки решить проблему, стараясь ограничить или контролировать переедание и последующую рвоту, от чего выполнение ритуала лишь учащалось. Поскольку любой тип вмешательства, ориентированный на контроль и репрессию, только увеличил бы их желание, с этими пациентками используется тактика, которая, вместо того чтобы контролировать симптом, изменяет восприятие его приятности, потому что именно приятность определяла безудержность компульсивного позыва к вызыванию рвоты после переедания («*техника интервала*»):

«Итак, вы действительно согласны сделать все, чтобы больше не быть одержимой этим демоном? Тогда, начиная с этого момента и до следующего раза — я совсем не собираюсь попросить вас приложить

¹ Стратагема «указывает хорошему бойцу на необходимость заставить соперника сделать первый шаг, для того чтобы предвидеть логику его нападения и немедленно ответить приемом, который отнимет у него время и ударит по слабым местам». В данном контексте — шокируя клиентку аналогией сексуальности, терапевт предвидит ее ответную реакцию — немедленный отказ от симптоматического поведения ввиду невозможности совместить то, что она, «как выяснилось, делает», с ее моральными устоями. — *Примеч. науч. ред.*

все усилия на воздержание от переедания и рвоты, вам все равно это не удастся, — делайте это всякий раз, как только у вас появится желание. Но вы должны делать так, как я вам скажу. С этого момента и до следующей сессии всякий раз, когда вы будете переедать и вызывать рвоту, вы должны будете есть... есть... есть... так, как вам это нравится. Когда вы закончите есть, в тот момент, когда вы обычно идете вызывать рвоту, остановитесь, возьмите будильник и заведите его, чтобы он прозвонил через час, и в течение часа подождите, ничего больше не берите в рот — ни жидкости, ни твердой пищи. Когда будильник прозвонит, бегите вызывать рвоту, но ни минутой раньше и ни минутой позже».

Если удастся привести пациентку к выполнению этого предписания, то прерывается временная последовательность ритуала и поэтому изменяется его безудержная приятность. Вмешательство воздействует на вызывающую удовольствие последовательность действий, от возбуждающей фантазии до употребления и разрядки: поскольку удовольствие доставляется компульсивным поглощением пищи и вызыванием рвоты сразу после этого, то введение временного интервала между перееданием и разрядкой лишает ритуал присущего ему удовольствия. Таким образом становится возможно управлять симптомом посредством терапевтического маневра, который калькирует его структуру, но в то же время изменяет его направление, приводя симптом к самоуничтожению. Это означает «загнать врага на чердак и убрать лестницу»¹.

Если пациентка соглашается выполнять это предписание, то в течение следующих сессий интервал увеличивается с одного часа до полутора часов, до двух часов и т.д., пока, дойдя до интервала в 3–3,5 часа, она не перестанет вызывать рвоту или не снизит частоту выполнения ритуала, вплоть до постепенно достигаемого полного освобождения от симптома. «Техника интервала», вмешиваясь в спонтанность последовательности действий, не только лишает пациентку удовольствия от освобождающего акта рвоты, обычно переживаемого пациенткой почти с таким же нетерпением, какое бывает

¹ Данная стратагема — основа любого типа ловушки, в которую мы увлекаем нашего врага и из которой мы не позволим ему выйти. — *Примеч. науч. ред.*

перед наступлением оргазма, но и из-за дальнейшего увеличения временного интервала делает вызывание рвоты все более трудным и неприятным. Таким образом ритуал, основанный на чувстве удовольствия, превращается в самую настоящую пытку. Кроме того, когда пациентки прекращают вызывать у себя рвоту, у них нормализуется отношение к еде — в том смысле, что они, боясь потолстеть, перестают переедать и поглощать большое количество пищи.

В этом случае — параллельно со снижением симптоматики — начинает обогащаться социальный аспект жизни и развиваются межличностные отношения, расширяется сфера приносящих удовольствие отношений с противоположным полом.

3. **Осознанное наслаждение трансгрессией.** Такие пациентки меньше склонны к сотрудничеству, не проявляют никакого желания перестать вызывать рвоту после переедания и, следовательно, имеют тенденцию к саботажу терапии. Если таким пациенткам дать предписание, которое влияет на получаемое удовольствие, каковым является введение временного интервала между перееданием и рвотой, они либо сразу отказываются выполнять его, либо выполняют один раз, а потом перестают, потому что совершенно не намерены отказаться от вызывающего удовольствие ритуала. Следовательно, необходимо использовать непрямые стратегии, позволяющие ввести в эту симптоматику, основывающуюся на удовольствии, нечто, способное сделать ее менее приятной.

В этом случае, не имея возможности произвести вмешательство, влияющее непосредственно на симптом, нужно воспользоваться другим ключом: использовать рассказ пациентки, расширяя его (Nardone, 1997a). На протяжении всей сессии терапевт пользуется языком пациентки, калькирует его, следуя логике удовольствия: «Да, вы правы, главное — это удовольствие, к тому же у вас есть только это, это — самая приятная вещь...» Таким образом он побуждает пациентку описать в деталях ее извращение, и обычно страдающие vomiting'ом пациентки проделывают это с большим удовольствием: «Я как раз хочу понять, каким именно образом вы испытываете удовольствие, какая еда для вас вкусна, каким образом вам больше нравится это делать. Вам больше нравится есть днем или ночью? Когда вы одна или когда кто-то на вас смотрит? Вам нравится есть быстро

или медленно? Вы получаете больше удовольствия от еды, когда она во рту или когда живот полон?»

Затем терапевт переходит к следующему маневру:

«Ах да, вам так нравится есть... Однако вы, по-моему, только напускаете на себя вид настоящей нарушительницы запретов, а на самом деле вы не так-то уж в этом искусны. Даже более того: по-моему, вам не удается по-настоящему наслаждаться, поскольку вы едите в силу случая, то, что вам попадется. Если хотите, я могу научить вас получать больше удовольствия. Если говорить об эротическом *наслаждении*, то не кажется ли вам, что большее значение имеет качество половых сношений, нежели их количество? Поэтому кто же заставляет вас переесть и вызывать рвоту три-пять раз в день? Я думаю, что лишь в некоторых случаях это доставляет вам истинное удовлетворение. Почему бы нам вместе не выбрать самый приятный способ: какие продукты для вас вкуснее, каким образом вам приятнее есть, в каком месте, в какое время? Вы никогда не пробовали выбирать? Я предлагаю вам делать это один раз в день, но как следует. Значит, с этого момента и до следующего раза поразмышляйте о том, какая еда вам больше нравится, в какой последовательности, в каком месте, когда. Более того, проведем эксперимент. Я предлагаю вам на этой неделе после полуночи — это час, который называют «ведьминским», в который ведьмы собираются на шабаш, — когда все домашние уже в кровати: пойдите на кухню, украдкой, босиком, мысленно уже выбрав всю еду, и проделайте это в самой «вкусной» манере, наиболее недозволенным образом. А потом возвращайтесь в постель».

С помощью этой тактики терапевт постепенно приводит пациентку к тому, чтобы она концентрировалась на поиске удовольствия, разрабатывая вместе с ней «совершенное переедание», все более дразня ее трансгрессивность. Таким образом, обучая ее концентрировать удовольствие и выбирать его, терапевт достигает важного результата: частота выполнения ритуала все больше уменьшается. Увеличивая качество переедания, вызывают спонтанное уменьшение количества эпизодов, в соответствии с китайской стратегией «переплыть море так, чтобы небо не заметило этого».

На протяжении нескольких сессий все время занимаются усовершенствованием ритуального переедания, и это позволяет снизить ко-

личество эпизодов переедания с 5–6 в день до одного в день. Следующим шагом становится уменьшение количества эпизодов в неделю, и за несколько месяцев удается добиться того, что пациентки ритуально переедают и вызывают рвоту один раз в неделю.

Параллельно с этим терапевт проводит и работу в сфере взаимоотношений, приходя к тому, чтобы пациентки с осознанным наслаждением трансгрессией открыли для себя другие удовольствия, отличные от переедания и рвоты: «Вы ищете чистого удовольствия; а вы действительно думаете, что единственное удовольствие — это переедать и вызывать рвоту? Попробуйте найти другие вещи, доставляющие удовольствие». Проводя работу в сфере отношений пациенток с другими людьми, терапевт сопровождает их в поиске других ощущений и приятной трансгрессии до тех пор, пока они не начнут вновь испытывать удовольствие и от межличностных отношений и их симптоматика не уменьшится еще больше. И действительно, пределом любого удовольствия является еще большее удовольствие.

6.2.1.3. Третья стадия (начиная с пятой-шестой сессии)

Как и в случае анорексии и булимии, после значительного уменьшения симптоматики необходимо научить пациенток, страдающих vomiting'ом, тому, что *«маленький беспорядок поддерживает порядок»*, и предписать им *«небольшое пищевое отклонение»* каждый день.

Что же касается сферы взаимоотношений, то обычно после освобождения от компульсивной симптоматики пациентки показывают себя способными к возврату к нормальной социальной жизни, не испытывая особых затруднений. Достаточно, чтобы терапевт сопровождал их в постепенном введении в их жизнь других удовольствий и других, более здоровых, трансгрессий.

Особый случай представляют пациентки с *«осознанным наслаждением трансгрессией»*. Как уже подчеркивалось, это самый трудный для работы тип пациентов, с ними требуется более длительная терапия, поскольку нужно сопровождать их шаг за шагом, следуя их логике и их взгляду на реальность. В этой стадии важно, чтобы терапевт настаивал на сохранении запрограммированного ритуала пере-

едания раз в неделю, говоря пациентке: «Если вы можете позволить себе это, вы сможете и отказаться; если вы не будете позволять себе, то отказаться станет невозможно». Так продолжается до тех пор, пока сама пациентка не откажется от переедания, потому что она больше не испытывает желания это делать. Обычно параллельно с освоением других удовольствий, особенно тех, которые связаны с отношениями с противоположным полом, пациентки начинают забывать выполнять еженедельный ритуал переедания, так как удовольствие от него замещается другими. В любом случае запрограммированный ритуал переедания поддерживается до тех пор, пока сама пациентка не решит, что она в нем больше не нуждается.

В связи с этим важно подчеркнуть, что с помощью одной лишь техники выбора приносящего наибольшее удовольствие способа переедания обычно удается полностью избавиться от симптома только в 30–40% случаев, когда одновременно удастся провести работу в сфере социальных и межличностных отношений, благодаря которой пациентка «разблокируется» в этой сфере и открывает для себя более приятные вещи, нежели вызывание рвоты после переедания. В значительном количестве случаев пациенток с осознанным наслаждением трансгрессией — больше 50% в нашей выборке — с помощью поиска наиболее приятного ритуала переедания удается значительно снизить количество эпизодов, но не полностью избавиться от них. Этим пациенткам необыкновенно трудно полностью отказаться от симптома: обычно они поддерживают ритм в один-два эпизода в неделю, и терапия рискует стать длительной. На этом этапе можно продолжить работу с помощью особого предписания.

Пациентке, которая еще выполняет два ритуальных переедания в неделю, можно вначале предписать выполнение ритуала в определенные дни, например, один раз во вторник и один раз в пятницу. На следующей сессии пациентку просят оставить неизменным переедание во вторник, а эпизод пятницы передвинуть на субботу. Так продолжают и на следующих сессиях — кажущимся простым способом все время передвигают второй эпизод каждый раз на один день вперед (суббота, воскресенье, понедельник и т.п.). Таким образом доходят до недели, на которой предписываются два ритуальных переедания в один и тот же день (в нашем случае это вторник). Обычно,

получив такое предписание, пациентки, хотя им и разрешено проделывать ритуал дважды, устраивают переедание только один раз. Таким образом удастся достичь одного эпизода в неделю, ни разу прямо не предложив этого пациентке. На этом этапе терапевт продолжает предписывать два ритуала в день, но при этом каждую неделю передвигает выполнение ритуалов на один день (в первую неделю — на среду, потом — на четверг и т.д.). Так продолжают и дальше, с иллюзорной прибавкой одного лишь дня. Терапевт никогда не просит сократить количество эпизодов с двух до одного, оставляя пациенткам возможность выполнять два ритуала в день, хотя они обычно никогда не делают этого. Сокращая количество эпизодов и увеличивая интервал между ними, постепенно приходят к избавлению и от последнего оставшегося эпизода, ни разу прямо не попросив об этом пациентку. С помощью этой простейшей страгаемы удастся прийти к тому, что пациентки выполняют ритуал один раз каждые две недели; как правило, они в этот момент становятся способны отказаться и от этого ритуала. Постоянно передвигая ритуал переедания на один день, пациентки получают свободу для того, чтобы постепенно вводить в свою жизнь новый опыт, при этом терапевт никогда не просит их об этом. Следовательно, это предписание особенно подходит таким пациенткам, страдающим vomiting'ом, которые испытывают потребность в полном контроле над ситуацией и которым трудно принять указание терапевта, поскольку оно создает у пациенток иллюзию контроля над всем происходящим.

В качестве альтернативы или вдобавок к этому предписанию можно использовать в качестве заключительного маневра «*технику интервала*» (предписание, предлагающее ввести интервал между перееданием и рвотой). Хотя это предписание и было уже предложено пациенткам, не произведя при этом никакого эффекта, его можно вновь предложить на этом этапе терапии: то, что пациентка отказалась выполнять на третьей сессии, может быть принято после 10–15 сессий, если установились хорошие терапевтические отношения и пациентка теперь действительно хочет избавиться от симптома. Один и тот же маневр, использованный в разные моменты, может вызвать разные эффекты и в ходе терапии может быть применен с успехом, даже если в начале не подействовал.

Из вышеизложенного видно, насколько сложна работа с вызываемой рвотой: требуется постоянное введение новых вариаций в каждый отдельный протокол терапевтического вмешательства, что приводит к разработке составных протоколов, способных адаптироваться к разнообразным способам устойчивого существования, свойственным этому расстройству. Описанные выше терапевтические маневры¹ могут, таким образом, чередоваться и накладываться друг на друга в рамках одной и той же терапии в разной последовательности.

Это еще раз показывает нам стремительную эволюцию нарушений пищевого поведения, в результате которой все чаще встречаются смешанные типы устойчивого существования проблемы, требующие особой адаптации протоколов терапевтического вмешательства.

6.2.1.4. Четвертая стадия (последняя сессия)

На последней сессии в точности проделывается все, что приведено в предыдущих параграфах, посвященных анорексии и булимии (см. с. 69, 95, 150). Это напоминает заключение завершенной картины в раму.

Пример клинического случая 5: vomiting 1

Первая сессия

Т: Что привело вас ко мне?

П: Я булимичка.

Т: Угу.

П: Уже... много лет. И я в течение некоторого периода наблюдалась в одном центре в П., в центре Т. Там была психолог, доктор С., и я, можно сказать, выздоровела, но только относительно, потому что у меня не было... я не... у меня не было времени, чтобы продолжить этот тип терапии.

Т: Что это значит — выздоровела? Чего у вас больше не было?

П: Я больше не обедалась и не вызывала рвоту.

*Определение
проблемы*

¹ Имеются в виду маневры, способные вызвать ломку патологической перцептивно-реактивной системы: провоцирующее реструктурирование вызывания рвоты после переживания как эротического извращения; «техника интервала»; расширенный поиск удовольствия.

Т: Угу.

П: И... Кроме того, я тогда жила в П., а потом переехала, поэтому нам пришлось немного сократить... и все ускорить. Потом я переселилась в родной город, рядом с моими родителями, и через 7–8 месяцев все началось с начала. Это было в 1996-м.

Т: ОК.

П: С того момента у меня опять все началось.

Т: Угу. С 1996-го?

П: Да, с конца 1995 — 1996-го.

Т: Угу, хорошо. А сейчас?

П: А сейчас это... происходит постоянно. Т:

Сколько раз вы едите и вызываете рвоту?

П: Я могу... Это может случиться и 4, 5, 6 раз. То есть если у меня... задействуется этот механизм, мне может быть трудно остановиться, пока я совсем не обессилю, и когда я больше не в состоянии делать это, я падаю в кровать. В общем, так.

Т: Почему вы приехали ко мне, а не вернулись к тем специалистам, которые уже однажды успешно лечили вас?

П: Ну... Я тогда на самом деле старалась вернуться работать в П. или в окрестностях, следовательно, мне было...

Т: Где вы жили?

П: Я сейчас живу в С. Без энтузиазма, если описать одним словом.

Т: Угу. Кем вы работаете?

П: Я врач.

Т: Угу. Стало быть, вы хотели бы вернуться работать в П.

П: Да, скажем, что я и в этом... очень сомневаюсь, потому что одна моя половина хочет этого, а другая половина боится всего того, что скрывается за этим решением — семья, страх столкнуться с чем-то новым. Мне не удастся... найти в себе силы, чтобы действительно принять это решение.

Т: Угу.

П: Сейчас, именно в эти дни, я побывала там и поехала посмотреть то новое место, где я должна была бы работать. И тогда одна моя подруга... Поскольку они все волнуются за меня, потому что я, ясное

дело, порчу себе жизнь этой... этим Obsessивным поведением... Она поинтересовалась у одной своей подруги, которая скоро защитит диплом по психологии, и та ей сказала: «Пошли ее к нему, потому что только он может ее вылечить!» Потому что я... Да, я, в общем, могла бы вернуться к тому доктору, однако я не знаю... Я много читала, и я, в общем, я в конечном итоге знаю, что это, но мне не удастся... справиться с этим. То есть я знаю, что может спровоцировать это... Я знаю, что должна есть; знаю, что должна есть каждые три часа; знаю, что... Но дело в том, что мне хотелось бы похудеть. Я ненавижу еду, но я и люблю ее.

Т: Угу.

П: Этот механизм приводит меня... И в любом случае, если я начну есть нормально, то есть, по-моему, если я начну есть нормально, то потолстею, в то время как мне хотелось бы похудеть.

Т: Угу.

П: Следовательно, в конечном итоге...

Т: Сейчас ваш вес на несколько килограммов превышает нормальный для вас вес?

П: Да.

Т: Угу. ОК. Для вас это неприемлемо?

П: Да.

Т: Угу. А когда вы едите, что вы предпочитаете — сладкое или соленое? Или и то и другое?

П: Бывает по-разному. У меня могут быть моменты, когда я предпочитаю сладкое, и моменты... или же вместе. Абсурдно то, что я иду делать покупки для обжорства.

Т: Угу.

П: То есть я сейчас не то чтобы... я сейчас дошла до того...

Т: Это не так абсурдно. Все специалисты это делают.

П: Потому что, по-моему...

Т: Специалисты...

П: ...теперь я действительно специализируюсь в этом.

Т: Специалисты по vomiting'у так поступают.

П: Да. Я иду закупать продукты, организую мое обжорство...

Т: Хорошо.

П: И...Т: Как вы его организуете?

П: Я это организую... Сначала я отключаю мобильный телефон. Я не отвечаю, если кто-то звонит в дверь. Я сначала иду за покупками, а потом изолируюсь...

Т: ОК.

П: ...и проделываю все это. Это как... то есть это абсурдно: кажется, что это почти... удовольствие...

Т: Знаете, это не абсурдно.

П: Нет, это... Как же это!

Т: Ваше свидание с едой и рвотой — как свидание с тайным любовником.

П: Именно так, дошло до этого.

Т: Это максимум удовольствия, которое можно получить. Следовательно, вы все организуете, как если бы вы должны были подготовиться к замечательному, важнейшему свиданию с...

П: Да.

Т: ...С...

П: С отличным любовником!

Т: ...с отличным любовником. Естественно, это очень трансгрессивная вещь, очень извращенная вещь...

П: И это тоже.

Т: ...потому что иначе не было бы никакого удовольствия.

П: Да, я чувствую, что в этом есть доля нарушения запретов, потому что это не могло бы быть иначе, то есть невозможно подавить это острое желание... Кроме того, мне не удастся остановиться. То есть, когда я вхожу в это состояние, мне не удастся...

Т: Говорят, что если один раз испытаешь это удовольствие, против него невозможно устоять!

П: Даже так! Боже, не говорите мне этого, потому что я не... (*в смущении*). Я бы хотела избавиться от этого... Еще и потому...

Т: Да, а сколько раз...

П: ...удовольствие...

Т: Вы организуете это каждый день?

П: Я могу организовывать это каждый день.

*Реструктурирование:
вызывание
рвоты после
обжорства
как свидание
с «тайным
любовником»*

- Т: Не «могу», я хочу знать: какова средняя частота?
- П: То есть я занимаюсь работой, которая не требует от меня большой отдачи, потому что я работаю в таком месте, где никогда не требуется большая вовлеченность с моей стороны. Потому что это маленькое место, расположенное очень на периферии. Я работаю на территориальном участке, езжу по этим городкам, где я, может, осматриваю нескольких пациентов. Следовательно...
- Т: Но вы работаете в службе...
- П: В местной санитарной службе.
- Т: Хорошо.
- П: Да, выполняю работу для местной санитарной службы. То есть я пришла туда из большой больницы, поэтому...
- Т: ОК.
- П: В этой большой больнице я нашла себе... И сделала это из любви.
- Т: Угу.
- П: И тогда я оказалась там...
- Т: «Из любви» — что это значит?
- П: Из любви к мужчине.
- Т: А!
- П: А потом я осталась без этого мужчины, и все приобрело гигантские размеры. Я сделала это для него, стало быть, сейчас я должна наказать себя, потому что я в любом случае сама сделала все, что имею.
- Т: Или так: сейчас я должна найти себе тайного любовника, раз действительного любовника больше нет.
- П: А, ну да... Я об этом не думала, но...
- Т: Когда вы были с ним, вы тоже обедали и вызывали рвоту? Или нет?
- П: Нет (*решительным тоном*).
- Т: А в фазе влюбленности вы обедали и вызывали рвоту? Или нет?
- П: Хм... Ну, это были отношения на расстоянии. Да, я это делала. Да, делала.
- Т: Когда вы не виделись. А когда вы встречались?
- П: Когда мы встречались, времени было так мало... У меня не было времени на...

- Т: Хорошо. У вас в данный момент больше нет отношений?
- П: Нет.
- Т: Как давно у вас нет мужчины?
- П: (*Вдыхает.*) Ну, на самом деле, с тех пор как у меня больше нет его... 2,5 года. Потом у меня было несколько историй, так, не настоящие отношения. Несколько необычных историй, по моему мнению. То есть, как я думаю, это было... То есть... случайные истории, которые могли бы продлиться дольше, но...
- Т: Хорошо. Вы живете со своей семьей?
- П: Нет, я живу одна. Но я часто возвращаюсь домой, каждую субботу.
- Т: Близко к вашим родителям?
- П: В 100 километрах от родителей.
- Т: Ок. Вы живете одна, следовательно, вы все можете организовывать так, как вам хочется. Хорошо. У вас много друзей, по вашим рассказам. Или нет?
- П: Нет. Там, где я живу, — нет.
- Т: Они у вас...
- П: Я очень одинока. Почти все они в П. или в тех краях. Я изредка выхожу с одной компанией в городке, где живут мои родители, но... Да, я очень тепло отношусь к этим людям, но они не разделяют... у меня мало общего с ними.
- Т: В той терапии, которой вы следовали несколько лет назад, какой метод использовался? Что вам предлагали делать?
- П: Она была направлена на два фронта, потому что там была эта врач-специалист по питанию, которая указывала мне... как есть. С помощью пищевого дневника, где все записывалось, и все такое.
- Т: Конечно. ОК.
- П: И, кроме того, там была психолог, но у меня нет четких воспоминаний о тех встречах, потому что она не оставила глубокого впечатления...
- Т: Стало быть, это было...
- П: Это было не так значительно.
- Т: ...это было вмешательство очень бихевиористского типа, его адаптация...
- П: ...да, к питанию, к тому, как питаться.

*Исследование
семейной
системы
и системы
отношений*

*Исследование
предпринятых
попыток
решения*

Т: Хорошо. А что вы стараетесь делать сейчас, чтобы справиться с этой проблемой? Делаете ли вы что-нибудь?

П: Я ничего не делаю.

Т: ОК.

П: Я знаю только, что у меня нет никакого стимула, чтобы избавиться от этой проблемы, потому что, в любом случае...

Т: «Если я лишу себя и этого удовольствия, что я буду делать?»

П: Вот именно. Мне противно место, где я живу, и мне противна работа, которую я делаю. Я не получаю никакого удовольствия от межличностных отношений, потому что я их не нахожу, а те, которые я нахожу, мне совсем ничего не дают.

Т: Угу.

П: У меня нет никакого стимула для того, чтобы чувствовать себя лучше, и у меня нет никакого стимула, чтобы быть красивой.

Т: ОК.

П: То есть... потом... в общем... когда я опускаюсь на самое дно, потому что у меня больше нет сил после двух дней повторяющейся рвоты... Потому что, может, я... я говорю себе: «Ну что же, все равно я завтра не работаю, я туда не пойду», и даже если я туда не иду, ничего не случается, потому что мое присутствие не так важно. И тогда я могу целиком и полностью отдаться самонаказанию, и тогда...

Т: Не называйте это «наказанием».

П: Кроме того, это удовольствие, это большое удовольствие, но...

Т: Перестаньте называть это наказанием.

П: Да, но потом! Когда я смотрю на себя в зеркало и вижу...

Т: Видите...

П: ...то, что мне не хотелось бы видеть.

Т: Ваша ситуация похожа на ситуацию человека-ханжи, женщины-ханжи и моралистки, которая в то же самое время испытывает сильные половые импульсы, которые она подавляет и считает это очень аморальным. Однако утром она просыпается, испытывая сильное половое влечение, своего

Провокационное реструктурирование: вызывание рвоты после

рода неудержимый импульс, выходит на улицу, видит первого попавшегося мужчину — неважно, красив он или уродлив, потому что ее интересует только секс, — затаскивает его в первый попавшийся подъезд и совершает половой акт в самой запретной манере, в самой извращенной манере, с максимальным удовольствием... Ах! Все заканчивается, она выходит оттуда и целый день испытывает чувство вины. Ей плохо, она чувствует себя виноватой. Но на следующее утро она опять просыпается, испытывая этот неудержимый импульс, выходит из дома, и затаскивает в подъезд первого попавшегося мужчину, неважно, красив он или уродлив, и...

*обжорства
как
запретный
эротический
акт*

П: *(Смеется.)*

Т: ...и опять совершает нарушающий все запреты, самый извращенный половой акт, пока не доходит до максимального удовольствия... Ах! Разрядка! Потом она выходит оттуда и снова испытывает чувство вины. Это так.

П: И, может быть, идет в церковь.

Т: Она идет и в церковь.

П: Потому что я чувствую эту двойственность и эту необходимость искать духовность. В общем, я ищу, извиваюсь, но мне не удается.

Т: И тогда вы начинаете думать, что если вы себе это позволите, вы сможете и отказаться; если вы не позволите себе этого, то отказаться станет невозможно.

П: Но я не могу себе позволить... То есть я могу себе позволить... мое воспитание позволяет... для меня допустимы, я не знаю... отношения с другим человеком. Если я вместе с другим человеком и хочу построить с ним будущее, то я могу допустить с ним и секс. Но...

Т: Но он не приносит такого удовольствия.

П: Но я не думаю, что я... то есть по крайней мере я не знаю... я никогда не думала о себе как о человеке, у которого могут быть такие потребности. *(Смущенно смеется.)*

Т: Начинайте задумываться об этом. *(Пауза.)* В связи с тем, что вы делаете.

П: О боже, можно и так истолковать. Я не знаю, то есть я...

Т: Начинайте думать об этом.

П: Я всегда думала, что моя проблема, может быть, именно в том...

Т: Начинайте думать об этом.

П: Да, но это не означает, что я должна идти со всеми мужчинами, которые мне встречаются, то есть...

Т: Я не говорил этого. Но с едой вы можете это делать именно потому, что это не мужчины.

П: Э-э...

Т: Там вы не можете потерять достоинство.

П: Нет, я теряю его и там. Может быть, не перед другими людьми, но...

Т: Вот именно.

П: ...перед самой собой — да.

Т: Значит, перед самой собой вы четко осознаете, что то, что вы делаете, — это не что иное, как серия чрезвычайно извращенных половых актов, самых извращенных из всех возможных.

П: То есть... Вы уверены в том, что говорите? (*Смущенно смеется.*) Однако... извините, но мне кажется... я в данный момент чувствую себя просто потрясенной.

Т: Представляю себе.

П: Потому что у меня не было... маленькой частицы меня, — и в том, что я потом написала, — в те моменты, в которые...

Т: Угу.

П: Удовольствие... Я всегда называла мои эпизоды обжорства «оргиями» еды, но это было только выражением, чтобы...

Т: Нет, нет, скажите себе четко и ясно: это именно оргия. Угу. Хорошо, хорошо. Тогда, раз уж я сам бросил этот камень в воду и от него расходится много маленьких волн, то я думаю, что собрал достаточно информации, чтобы понять, входит ваш случай в мою компетенцию или нет. Я думаю, что могу вам помочь, и даже в краткие сроки, но я не знаю, будете ли вы способны следовать моим указаниям.

П: То есть?

Т: Я пользуюсь особыми методами. Может быть, вы уже это заметили, ОК? Они основываются на том, что я говорю и заставляю говорить, но прежде всего — я даю задания, которые надо выполнять между двумя сессиями, что-то, что нужно делать или о чем нужно думать. Самое забавное — то, что эти задания часто могут казаться странными, иногда просто нелогичными, непривычными или банальными. Их надо выполнять буквально. Я всегда даю объяснения, но потом. Я не попрошу делать ничего аморального, дорогостоящего, опасного. Это небольшие задания, но их нужно выполнять. Хорошо? Второе правило — это то, что я даю себе время только в 10 сессий, и ни одной сессией больше, и если я не вижу никаких результатов, я прерываю работу. Я продолжаю ее, только если мы видим, что достигли хороших результатов и должны закончить работу. Если все идет как обычно, то за этот отрезок времени проблемы либо полностью решаются, либо близки к решению, но я не знаю, будет ли это так и в вашем случае.

П: То есть?

Т: Каждый случай — это новая партия в шахматы. Я не знаю, кто выиграет. Посмотрим. Я не знаю, насколько вы будете способны выполнять то, о чем я вас попрошу.

П: (*Робко.*) Имеет значение мое прилежание? Т:

Другими словами, я думаю, что обладаю хорошими методами, которые были применены во многих, многих случаях, но я не знаю, будете ли вы в состоянии следовать им. Посмотрим. Это не...

П: (*Взволнованно.*) Но это потому, что мое состояние слишком серьезное, поэтому...

Т: Нет, нет.

П: ...я не в состоянии делать это...

Т: Просто потому, что я не знаю, будете ли вы следовать моим указаниям. Посмотрим. Мы увидим это по ходу дела. Проблемы познаются через их решение, а не априори. И люди тоже познаются в деле, а не априори. У меня для вас два задания. Я уже сделал введение к одному заданию. Я хочу,

*Согласование
условий тера-
певтического
вмешатель-
ства*

*Двойная
терапевтиче-
ская ловушка*

чтобы вы продолжали обедаться и вызывать рвоту, когда вам захочется, потому что это ваш тайный любовник, это самое хорошее, что у вас есть, единственная приятная вещь в вашей жизни. Неужели вы захотите от него избавиться?

П: То есть...

Т: Однако я хочу, чтобы вы думали о том, что я вам сказал: что, когда вы обедаетесь и вызываете рвоту, вы на самом деле — как та синьорина, которая просыпается по утрам, испытывая сильнейший, неудержимый половой импульс, выходит на улицу, видит первого попавшегося мужчину — неважно, красив он или уродлив, потому что ее интересует только секс, — затаскивает его в первый попавшийся подъезд и поспешно совершает половой акт в самой запретной, в самой извращенной манере, во всех самых креативных вариантах с максимальным удовольствием... Ах! Все заканчивается, она выходит из подъезда и испытывает чувство вины, но на следующее утро все опять повторяется. Я хочу, чтобы вы думали об этом, но продолжайте делать то, что делали, потому что это единственная приятная вещь, которая у вас есть, поэтому продолжайте делать это. Вы хотите лишиться себя и этого? Кроме того, я хочу, чтобы вы каждый вечер, когда идете в кровать, делали одну последнюю вещь перед сном, самую последнюю, перед тем как заснуть, на подушке. Запаситесь красивой бумагой для писем, она у вас есть? Запаситесь... и чтобы она была красивой. Последнее, что вы должны сделать, уже на подушке, — это взять конверт, бумагу и написать письмо, с одним-единственным требованием: оно должно начинаться словами: «Дорогой доктор» — это я. А потом вы можете написать мне даже, что я глупый, неприятный, все что угодно. Пишите все, что придет вам в голову, — настоящее, прошлое, будущее, все, что в тот момент роится у вас в голове.

П: О моей жизни?

Т: Все, что хотите. Любую вещь: фантазии, реальность, воспоминания, выдумки. Все, что хотите. Пишите, а в конце поставьте подпись, заклейте

Первое предписание: «Фантазия безудержной сексуальности»

Второе предписание: «Письмо на подушке»

конверт и в следующий раз принесите мне семь конвертов, семь писем. Это поможет мне узнать вас лучше любых разговоров. Хорошо? Встретимся на следующей неделе, ОК?

Вторая сессия

(Входит пациентка, которая уже похудела на несколько килограммов и имеет более ухоженный вид.)

Т: Итак, как обстояли дела в эти дни?

П: Ну... Я должна сказать, что лучше, в том смысле, что я резко сократила количество эпизодов обжорства, то есть без особых... то есть не прикладывая никаких усилий.

Т: Даже так!

П: Я сейчас не то чтобы думаю, что это... Я хочу относиться к этому просто так, как к случайному событию...

Т: Я сказал бы, что это именно так, мы не должны создавать себе иллюзий.

П: Угу *(кивает)*.

Т: Но что означает «резко сократила»?

П: На тот момент, когда я приезжала сюда, я... в общем, я вызывала рвоту один раз... в среднем один раз в день. Я посчитала дни, когда я этого не делала, и дни, когда я, может быть, вызывала рвоту дважды, следовательно, в среднем что-то в этом духе. Раньше среднее значение было гораздо выше. Означает это.

Т: Значит, были и дни без единого эпизода?

П: Да.

Т: Даже так! А сколько таких дней?

П: Вчера; тот день, когда я была у вас... На следующий день я вызывала рвоту; потом на следующий день — нет, в субботу — да, в воскресенье — да, в понедельник — да, во вторник — нет, и...

Т: Хм, хорошо. Хорошо. Стало быть... как оценить сокращение в процентах?

П: 70%.

Т: То есть сокращение на 70%?

П: Да. Я раньше проводила целые дни за этим занятием.

*Отчет
о прошедшей
неделе*

Т: А что привело вас к тому, чтобы не делать этого?

П: Ну прежде всего... то есть именно на эмоциональном уровне со мной произошло что-то странное. Прежде всего у меня начался колит, то есть у меня бывают боли в животе, которые не проходят ни при каком лечении, и уже неделя, как если бы я... То есть на уровне ощущений я почувствовала, что я как будто бы проснулась после эмоциональной заторможенности, которая длилась годами.

Т: И что же произошло, что разбудило «спящую красавицу»?

П: Ну потому что... я не знаю... может быть, этот... может быть, взгляд на проблему с той точки зрения, которую вы мне предложили, немного... я как будто бы осознала, что это отчасти правда... то есть в этом есть часть правды. Возможно, у меня есть это отношение к еде, которое... Но не только это. То есть это может быть одним из аспектов, и я много думала об этом... об этом моем поведении.

Т: Да, но это вызвало пробуждение?

П: Но это меня... шокировало. [Так случилось,] что, когда я вышла отсюда и пошла на вокзал, я села не на тот поезд и приехала во Флоренцию. Я думала, что это мой поезд, но это был не тот поезд. (Смеется.) Я вернулась в Ареццо, пересела... Практически, я ехала два часа на поезде, а потом должна была отправиться в П. Прошлую неделю я провела в П. у своих подруг, и...

Т: Вы хотите, чтобы я почувствовал себя таким шокирующим?

П: Нет, нет, нет... Абсолютно нет! Но думать обо всем, что вы мне сказали... Ну... я немного отсыпалась, немного читала, потому что я, в общем, немного отвлеклась от всего... То есть это не было единственной причиной, но я всю неделю размышляла об этом и должна признать, что аспект сексуальности действительно имеется в том, что... в моем отношении к еде, но я не думаю, что это единственный аспект...

Т: Я не говорил о сексуальности, я говорил об эротике.

П: Да, эротика.

Переопределение
эффектов
первого
предписания
(«Фантазия
безудержной
сексуальности»)

- Т: Чувственность, а не сексуальность. Термин «секс» мне совсем не нравится, он кажется слишком медицинским, холодным...
- П: То есть мне кажется, что эротика... Мне кажется, что это слишком! *(Оба смеются.)*
- Т: Эротика означает поиск удовольствия.
- П: Мне все равно это кажется немного слишком... *(Смеются.)*
- Т: Повысим дозировку?
- П: Нет! Я не знаю... Меня это шокирует еще на одну неделю, и боли никогда не пройдут.
- Т: Повысим дозировку, угу. *(Становится серьезным.)*
Итак, какой эффект на вас оказал взгляд на проблему в этой перспективе?
- П: Ну я не знаю... Может быть, я опять начала думать... Я подумала, что действительно этот заряд... Потому что у меня бывает это чередование... Может быть, я очень живой человек, очень... В общем, человек, который любит жизнь. Но, с другой стороны, я должна каким-то образом сдерживать себя, потому что потом, по-моему, начинает проявляться моя неуверенность в себе, потому что я говорю: «Не слишком-то радуйся, потому что может ничего не получиться». Стало быть, во всем, за что я берусь, во мне всегда есть эта половина, которая тормозит другую половину, способную к большим порывам. Может быть, то же самое происходит и в этом смысле... Может, я делаю это и в сексуальной сфере — вы говорите, в эротической, — может, я сдерживаю свои порывы с помощью еды... Я не знаю... может быть, удовлетворяю себя... То есть какой-то правдивый аспект в этом есть... то есть в этом есть доля правды!
- Т: ОК. Хорошо. И именно это спровоцировало у вас кризис?
- П: Это меня встряхнуло... то есть... это было как сильный удар током.
- Т: Хорошо. Вы принесли мне письма?
- П: Да
- Т: Хорошо. Это тоже было ужасным заданием?
- П: Нет, нет.
- Т: Это было приятно выполнять?

Переопределение эффектов второго предписания («Письмо на подушке»)

- П: Да, я... Во всяком случае, меня это иной раз и забавляло...
- Т: Что вы написали в письмах из того, что вам было бы трудно сказать мне лично?
- П: Ну я написала, так или иначе, не то, о чем сейчас говорила, потому что я написала гораздо больше. Но...
- Т: Об этом смятении?
- П: Да. То есть я написала и об этом... Об ощущениях, которые я испытала на этой неделе. То есть, может быть, это своего рода разрядка, или же это внешнее проявление — то, что я себя неважно чувствую. То есть...
- Т: Кто знает! Посмотрим. Позвольте мне понять: после того как вы проделали это, как вы себя чувствовали?
- П: Когда... ну... у меня не было особых... Прежде всего количество еды, которое я поглощала, не было тем же самым, что в предыдущие эпизоды, количество еды было гораздо меньшим, чем то, которое было в прошлом. Было явное желание опорожнить себя, потому что я боялась потолстеть, в общем, я в тот момент уже толстела... и это приводит к тому, что я все же хотела бы достигнуть определенных целей, для меня это все же важный момент. И кроме того, немного из-за скуки, потому что когда я вернулась домой одна, это подтолкнуло меня...
- Т: Угу.
- П: Это также позволяет как-то провести время. Т: Угу. Хорошо, хорошо. Но вы испытали прежний спазм удовольствия или нет?
- П: Нет.
- Т: Нет.
- П: Нет, это было... Это было немного вроде: «Ну ладно, зайдем этим немного времени», а потом: «Ну ладно, все равно у меня есть вся эта еда», «Ну ладно, все равно я потом ничем не занята»... Но это больше не было той почти потерей сознания... потому что, когда я...
- Т: Как это бывает в самые интенсивные эротические моменты.

П: Да (*смущенно*). Ну, в общем, обычно у людей это так, у нормальных людей, может быть. Я знаю. Т: Хорошо, хорошо. Угу. Стало быть, не было этой почти полной потери контроля...

П: Нет.

Т: ...отдаться ощущениям...

П: Нет, нет. Нет, потому что в первый раз... В общем, я была в П. Я вызвала рвоту, потому что съела продукты, которые я считала слишком жирными для меня, значит, мотивация была... Я знала, я знала, что... Кроме того, я знаю, какой механизм включается внутри меня в такой момент, потому что я переусердствовала в еде. Потому что я, может быть, начинаю, как хорошая девочка, есть то, что едят другие, или то, что мне нравится, но потом у меня возникает страх, что я впихнула в себя слишком калорийные продукты, из-за которых, следовательно, я потолстею. И тогда я говорю себе: «Ну что ж, я их выброшу наружу».

Т: ОК. Тогда мы можем сказать, что нам удалось запустить с горы снежный ком, который начал катиться и постепенно становится все больше и больше, пока не превратится в неуправляемую снежную лавину. Мы не должны совершать ошибку, стараясь затормозить этот ком, потому что мы разрушили бы его, но мы не должны и подталкивать его, потому что он и в этом случае развалился бы. Позволим снежному кому катиться с собственной скоростью, пока он не превратится в неуправляемую лавину. Чтобы добиться этого, я хочу, чтобы вы задумывались не только о том, что, когда вы обедаете и вызываете рвоту, вы на самом деле — как та синьорина, которая просыпается по утрам, испытывая неуправляемый половой импульс, и первого попавшегося мужчину затаскивает в подъезд, совершая самый запретный, самый извращенный, но и самый сладострастный, доставляющий самое большое наслаждение половой акт, пока не испытает... Ах! Максимум удовольствия, а когда она выходит оттуда, она испытывает чувство вины. Я хочу, чтобы вы добавили туда, помимо аспекта нарушения за-

Реструктурирование «пойдем медленно» с помощью метафоры

Первое предписание: продолжать думать о вызывании рвоты после обжорства как о запретном и приятном эротическом акте

претов, еще и эротический аспект — поиск удовольствия. Хорошо? Это, стало быть, первое задание. Второе задание: продолжайте писать мне письма по вечерам. Третье задание, которое я добавляю, следующее... Поскольку это больше не так сильно будоражит вас, то согласились бы вы, когда вам случится объедаться и вызывать рвоту, сделать что-то, что поможет вам избежать вызывания рвоты, или нет?

Второе предписание: продолжать писать «Письма на подушке»

П: Э-э... То есть да...

Т: Хорошо. Итак, я хочу, чтобы вы с этого момента до нашей следующей встречи не удерживали себя, если вам захочется вызвать рвоту. Делайте это, но вот как: ешьте, а когда закончите есть и будете готовы вызывать рвоту, остановитесь и возьмите будильник. Заведите его, чтобы он прозвонил через час, и подождите час. Через час, когда прозвонит будильник, — ни минутой раньше, ни минутой позже — бегите вызывать рвоту.

Третье предписание: интервал в один час между едой и рвотой

П: А это не то же самое?

Т: Я в этом уверен. Я спрашивал вас: «Вы согласны?»

П: Да.

Т: Хорошо. Посмотрим, как это у вас получится. И прежде всего давайте думать об эротическом аспекте. *(Пауза.)* И давайте писать письма, хорошо? Встретимся в среду.

Третья сессия

(Входит пациентка. Она еще больше похудела, и у нее еще более ухоженный вид.)

Т: А вот и мы. Вас сегодня сопровождают?

П: Да.

Т: А!

П: Да, меня привез муж сестры, потому что с поездами... Вот мои письма *(протягивает письма)*. Т: Хорошо. С поездами просто беда, не так ли? Мы уже говорили о том, что это просто невозможно.

П: Да, невозможно. Помимо всего прочего, я на этой неделе еще и физически плохо себя чувствовала... И значит...

Т: Что это значит?

П: Ну... я прошла исследование ультразвуком, потому что мне плохо, у меня была высокая температура. В общем, гинеколог мне сказал, что это, возможно, связано с овуляцией. В общем, немного абстрактная вещь.

Т: Гормональная буря! *(Смеется.)*

П: На самом деле да! Ну... Во всяком случае, сейчас мне уже лучше.

Т: Гормональная буря! Ох уж эти женщины! Когда их всколыхнешь, что только не случается!

П: Я не знаю, из-за этого ли, но, во всяком случае...

Т: Это шутка.

П: ... не было никаких причин, поэтому...

Т: Хорошо.

П: ...то есть у меня не обнаружилось других проблем, была только эта овуляция, немного...

Т: ...избыточная!

П: Гигантская яйцеклетка! *(Смеется.)* Т:

Замечательно! Какая продуктивность! Мы же говорили, что вы гиперчувствительны, гиперэротичны! *(Смеется.)* Видите, разразилась гормональная буря, овуляция... *(Смеется.)*

П: Я не знаю... О боже! *(Смеется.)*

Т: Видите, у нас есть даже физиологический референт, если мы позволим себе пошутить! *(Смеется.)*

П: Может быть, я не знаю... Во всяком случае, мне было плохо. А теперь...

Т: Хорошо. А как обстояли наши дела?

П: Значит, так... Я была здесь в среду, значит, единственный день, когда я проделала гадости, — это суббота.

Т: А, только один день! А как вы это сделали?

П: Я это попробовала еще и потому, что вы мне сказали, как нужно было делать, и я захотела поэкспериментировать.

Т: Через час?

П: Да, через час.

Т: А! Вы выждали один час?

П: Да, да. Но это совсем не то!!! Т:

Что это значит — «совсем не то»?

П: То есть... В том смысле, что.. Я организовывала свое обжорство таким образом... что я должна

Переопределение эффектов первого предписания с использованием юмора

была съесть как можно больше, чтобы потом не-медленно выплеснуть все наружу.

Т: Угу... (*Кивает.*)

П: В этом заключалось удовольствие, скажем так, от всего процесса. Но удерживать в себе все это количество... Потому что я, естественно, не знала, что мне будет так... так плохо. И тогда удерживать в себе всю эту еду в течение часа стало настоящим мучением, это было действительно очень болезненно именно на физическом уровне, желудок отказывался удерживать все это, мне было действительно плохо. И, кроме того, у меня к тому же было это... Я плохо себя чувствовала... Поэтому я не могу сейчас сказать, что решила свои проблемы, потому что это не так. Это была неделя, на которой я плохо себя чувствовала, у меня была высокая температура, в боку было все время больно. Возможно, это тоже было причиной того, что я на этой неделе не организовала себе этих дней.

Т: А! Хорошо, но и на прошлой неделе тоже нет.

П: И на прошлой — тоже нет.

Т: Вы думали о том, что я вам говорил? Хотя, видите, у вас есть и физическое доказательство! (*Смеется.*)

П: Да, я много об этом думала... Ну что сказать? То есть... я не знаю... Сейчас, оценивая этот аспект... Рассматривая булимию с этой точки зрения, я понимаю, что она, безусловно, удерживает меня от...

Т: Ах да?

П: Я чувствую себя смешной. То есть если я думаю о том, что организовывать мое обжорство — это как устраивать себе вечер...

Т: Нет, это не вечер — это как выходить утром, испытывая неудержимый импульс, хватать первого попавшегося мужчину...

П: То есть я чувствую себя немного... мне становится...

Т: ...затаскивать его в подъезд...

П: Мне становится смешно. Мне становится смешно, и я не знаю, может, это немного... Может быть, в некоторой мере исчез тот мрачный аспект булимии,

*Вновь
используется
юмор*

- то есть вся та ее, я не знаю, драматическая часть... я ее переживала таким образом. Я не знаю...
- Т: Хорошо.
- П: Как если бы это немного облегчилось.
- Т: Хорошо, хорошо. Стало быть, облегчилось именно представление об этом?
- П: Да, и... Т:
- Стало быть...
- П: Тут есть и юмористическая сторона. То есть в некоторые моменты у меня прямо вызывает смех, как это мне удается даже...
- Т: Делать одну вещь посредством другой.
- П: Да, именно так! То есть... если мои желания возникают в одном месте и имеют определенное направление... то я не понимаю, почему я должна перемещать их на другое...
- Т: Но если человек, скажем так, поросенок в кавычках, что с этим можно поделать?
- П: Нет, нет, я... Нет, я не думаю, что я такая!
- Т: Это было шуткой (*улыбается*). Мне нравится вас провоцировать, раз вы так хорошо реагируете!
- П: Ой, мне плохо! (*Смеется*). Мне плохо!
- Т: Ага. Видите, и ваш организм реагирует этими овуляциями, как наводнение, как землетрясение! (*Смеется*.)
- П: Я не знаю. Может, это и так.
- Т: Мне нравится провоцировать вас, но вы видите, что это действует. Итак, что вы написали в письмах? Что-нибудь новое? Или?
- П: Ну я написала... нет, не много, потому что было... вот именно, в те дни, когда мне было плохо, я не так уж много писала. Я ничего особенного не написала.
- Т: Позвольте мне понять: то время, которое у вас теперь остается незанятым, свободным, — поскольку раньше вы проводили ваш ритуал, — как вы его теперь используете?
- П: Значит... на этой неделе я отсыпалась дома, потому что я не слишком хорошо себя чувствовала.
- Т: Да.
- П: А теперь... на следующей неделе — я еще не знаю.
- Т: Посмотрим. Хорошо. Вы сказали, что в воскресенье... нет, в субботу вы поиграли в свою игру.

Переопределение эффектов «Письма на подушке»

П: Да.

Т: Хорошо. Вы ее себе организовали?

П: Ту игру... Отчасти — да. В субботу я обычно еду домой, к своим родителям. Стало быть, я использую часть послеобеденного времени на сборы и поездку. Дорога составляет 120 километров, потом я приезжаю туда и всегда попадаю в ловушку, начинаю открывать все шкафы, а моя мать все время ходит за мной по пятам. А потом наступает вечер, и я выхожу ненадолго. На этот раз я не поехала к своим, я осталась в П., где я, между плохим самочувствием, скукой и желанием попробовать, как это — вызывать рвоту через час, — не делала ничего другого, кроме обеда и рвоты, обеда и рвоты, обеда и рвоты... Даже больше одного раза, это не был один только раз. Я никуда не выходила, у меня не было социальной жизни. У меня уже сто лет нет социальной жизни. Стало быть, я не знаю, как заполнить все это время, которое у меня теперь имеется...

Т: Стоп, стоп, стоп. Остановитесь! Мы откроем это сейчас, когда у вас будет свободное время без этой бури, которая все заблокировала, без этого гормонального, вагинального, овуляционного урагана... (Смеется.)

П: Да, мы об этом говорили.

Т: Хорошо. А когда вы обедались и ждали час, прежде чем пойти вызвать рвоту, что вы испытывали, пока ждали?

П: Значит... я открыла для себя... В первый раз мне просто не терпелось... Я постоянно смотрела на часы, потому что мне не терпелось пойти и наконец-то освободиться от этого сумасшествия. А в последующие разы я заметила, что потом...

Т: Потому что вы за целый день проделали это не один раз, не так ли?

П: Весь послеобеденный период до вечера.

Т: Хорошо.

П: Значит, скажем, с 14:30 и дальше. После первого раза я заметила, что позыв больше не был таким сильным, как будто бы я немного забывала о нем.

Т: А!

Переопределение эффектов техники интервала

П: Как я уже сказала, это нужно делать или сразу, или совсем не делать. То есть... или потому, что я смотрела телевизор, или потому, что я читала, но у меня это выходило из головы.

Т: ОК, ОК. Хорошо, хорошо. Итак, я хочу, чтобы вы имели в виду, что, когда вы обедаетесь и вызываете рвоту, вы занимаетесь теми самыми запретными и извращенными штучками, и вы получили и физиологическое доказательство этому. Буря! Имейте это в виду. Письма больше не будут чем-то обязательным, это возможность: если вам хочется, то пишите, если не хочется, можете не писать. А что касается вашего ритуала, то, если вы выполняете его во всей последовательности, вы всякий раз, когда чувствуете себя полной, полной, полной, готовой к рвоте, должны подождать два часа. Заведите будильник, чтобы он прозвонил через два часа. Когда прозвонит будильник — ни минутой раньше, ни минутой позже, — бегите вызывать рвоту. Хорошо?

П: Хорошо.

Т: Только это. И мне любопытно узнать, чем вы займете все то время, которое вам остается. Кто знает, как вы им воспользуетесь?! (*Шутливо.*)

П: Ну сейчас я не знаю, как я использую это время в будущем, но...

Т: Кто знает? Встретимся в следующую среду, в 16:30, вам это подходит?

Четвертая сессия

Пациентка приходит на сессию и сообщает, что у нее больше не было ни одного эпизода обжорства и вызванной рвоты.

Пример клинического случая 6: vomiting 2

Первая сессия

(*Входят пациентка и ее муж.*)

КоТ: Здравствуйтесь! В чем заключается проблема?

П: Ну... Не знаю, как определить мою проблему. Мне посоветовали прийти сюда, потому что у меня проблемы с тех пор, как мне исполнилось 16 лет.

Первое предписание: продолжать думать о «Фантазии безудержной сексуальности»

Второе предписание: писать письма по желанию

Третье предписание: соблюдать интервал в два часа между едой и рвотой

Определение проблемы

- Я начала вызывать рвоту после того, как поем...
В этом моя проблема.
- КоТ: Она проявляется все время одинаково?
- П: Нет, нет... В определенные временные интервалы мне иногда удается сдерживаться, а потом я в течение 2–3 месяцев вызываю рвоту 3–4 раза в день. Но я способна провести 6–8 месяцев, не делая этого. В дни, которые предшествуют менструации, случается, что я делаю это чаще, но бывают и спокойные периоды.
- КоТ: Что ж... В дни, которые предшествуют менструации, женщины обычно становятся более нервными...
- П: Действительно, со мной это случается почти каждый месяц, но не так часто. Были периоды, когда я вызывала рвоту и шесть раз в день, всякий раз, даже после того, как пила.
- КоТ: Вы женаты?
- П: Да, у нас есть дочка, поэтому я решилась...
- КоТ: Справиться с проблемой, бороться с ней?
- П: Да.
- КоТ: Как давно вы женаты?
- П: Три года.
- КоТ: Замужество что-то изменило в вашей проблеме?
- П: Она осталась без изменений.
- КоТ: А рождение ребенка?
- П: Нет, это не оказало никакого влияния. Чуть меньше, да... Раньше... Как я говорила, бывают разные периоды. Сейчас я делаю это, когда дочка меня не видит. Я жду, когда она пойдет спать.
- КоТ: А во время беременности?
- П: Нет, меня рвало по естественным причинам. Т: Что вы до сих пор пробовали делать, чтобы решить эту проблему?
- П: Ничего, я все время откладывала.
- МП: Мы думали... Она делала это тайком, мы почти ничего не знали...
- Т: Почему вы говорите «мы»? Кто еще...
- МП: Ее мать, ее отец... Мы мало знали об этом и решили посмотреть...
- Т: Хорошо, хорошо. Стало быть, вы в первый раз обращаетесь к специалисту? Или вы уже были у врачей?

- П: Когда мне было 16–17 лет, мои родители заметили это и отправили меня к одному доктору... Но...
- Т: Но?..
- П: Ничего не произошло. Я продолжала делать то, что должна была делать.
- Т: Вы принимали лекарства или принимаете их сейчас?
- П: Когда мне было 16–17 лет, я принимала мочегонные и слабительные средства.
- Т: Сейчас эта рвота бывает каждый день или не каждый?
- П: С октября это стало довольно ограниченным, но с августа до октября был плохой период, в который я вызывала рвоту 3–4 раза в день, почти каждый раз после еды.
- Т: А сейчас?
- П: Сейчас — нет. Начиная с октября я стараюсь заставить себя...
- Т: Следовательно, вы стараетесь заставить себя?
- П: Да.
- Т: Вы заставляете себя не делать этого?
- П: Да. Я, может, после еды иду гулять, вместо того чтобы оставаться дома.
- Т: Вы идете прогуляться?
- П: Да.
- Т: Вы много ходите пешком?
- П: Нет, я спускаюсь к моей матери или прогуливаюсь, иду к подруге...
- Т: Вам необходимо разрядить напряжение?
- П: Да, да, я должна выйти. Мне не удается вызывать рвоту в туалете у других людей, только в своем... Следовательно, если я выхожу из дома, то есть вероятность, что я этого не сделаю.
- Т: А если останетесь дома, то есть вероятность, что сделаете... Я понял. Следовательно, ваш способ, чтобы не делать этого...
- П: Да, да! Уходить из дома.
- Т: Вы пользуетесь только этим способом?
- П: Да. Или воздерживаюсь от еды.
- МП: Она очень мало ест, почти ничего.
- П: В общем, нет. Потому что он меня не видит...
- МП: Она ест разную еду, но не хороший обед.

П: Я очень беспорядочна.

Т: Стало быть, вы никогда не съедаете нормальный обед, правда?

П: Нет.

Т: Вы стараетесь есть то, что не считаете опасным, не так ли?

П: Нет, нет... Шоколад, чипсы...

Т: В то время, когда вы можете вызвать рвоту?

П: Да. Я уже перед тем, как есть, знаю, что пойду вызывать рвоту.

Т: Вот именно! Когда вы знаете, что можете этим насладиться, вы едите шоколад, чипсы...

П: Мороженое... Еду, которую легко вытащить. Т: Когда вы знаете, что не сможете это сделать, вы едите менее опасные продукты.

П: Или не ем.

Т: ОК, очень хорошо...

П: Хорошо?!

Т: Чтобы лучше объясниться... *(Обращается к мужу.)* А что вы делаете, чтобы помочь своей жене?

МП: Ничего. Когда ее просишь есть, она все равно делает то, что хочет. Я все время на работе, вижу ее только вечером.

Т: Какая у вас работа?

МП: Я работаю маляром.

Т: *(Пациентке.)* Вы работаете или находитесь дома?

П: Нет, нет, я работаю в больнице, секретарем у заведующего отделением.

Т: Может быть, в гастроэнтерологическом отделении!

П: Нет, нет... Скорая помощь.

(Все смеются.)

Т: Иначе было бы просто замечательно! Кто знает об этой проблеме? Только члены семьи или другие люди тоже?

П: Нет, нет... Мои родители, моя сестра и он *(показывает на мужа).*

Т: Следовательно, вам хорошо удавалось держать все в тайне в течение многих лет?

П: Да. Видимо, никто не заметил.

Т: Когда домашние заметили это, какой эффект это произвело на вас? Это нарушило ваше равновесие, вашу тайну?

*Исследование
попыток
решения,
предпринятых
мужем*

- П: Я чувствовала себя неловко, потому что мне было стыдно.
- Т: Для вас вызывание рвоты — это стратегия для того, чтобы не толстеть, наслаждаясь едой, которая вам нравится, или же, когда вы планируете есть и вызывать рвоту, это становится своего рода приятным ритуалом?
- П: Я не знаю. Иногда я вызываю рвоту, потому что съела слишком много, а иногда потому, что мне это нравится. Я это заранее знаю... Это как разрядка...
- Т: Стало быть, у вас бывают моменты, когда вы начинаете фантазировать: «Сейчас я буду есть, есть...»
- П: Да, я не могу удержаться от этого...
- Т: У вас возникает своего рода непреодолимый импульс... Вы начинаете есть, вы едите и наполняете себя, пока не почувствуете, что лопнете, и тогда бежите вызывать рвоту...
- П: Да...
- Т: Когда это происходит в такой последовательности, что приятнее — есть или выташнить? Или все вместе?
- П: Когда я от всего освободилась, в конце наступает самое большое удовольствие.
- Т: В другие моменты вы это делаете как срочное вмешательство, чтобы не потолстеть?
- П: Да.
- Т: Вы обычно вызываете рвоту после обычных приемов пищи или иногда программируете объедание и рвоту?
- П: Чаще всего это выходит за пределы нормального расписания.
- Т: Вы сами это программируете... Стараетесь организовать.
- П: Да, также потому, что я, работая до двух, не обедаю в полдень. В послеобеденный период я начинаю есть одно, другое... Потом я говорю себе: «Я слишком много съела, мне нужно пойти...»
- Т: Хорошо. Кто обеспечивает вас едой?
- П: Ну... Я сама хожу за покупками.
- Т: Вы ходите за покупками... Вы живете недалеко от своих родителей?

*Техника
«Чтение
мыслей»*

П: Над ними.

Т: Отлично. Как ваши родители пробуют вмешаться в это?

П: *(Смотрит на мужа.)* Что они делают?

МП: Они говорят ей, чтобы она ела, чтобы обратилась к врачу... Обычная история.

Т: Обычная история... Они говорят с вами об этом? *(Обращается к мужу.)*

МП: Они говорят мне, чтобы я следил за ней, когда она ест. Ничего лучшего в любом случае не удастся...

Т: Мы все с этим согласны. Вы сами покупаете продукты, чтобы есть и вызывать рвоту?

П: Да, да.

Т: Когда вы обычно делаете это? В послеобеденный период или вечером?

П: В послеобеденный период или вечером... Особенно в послеобеденный период.

Т: Когда вы одна?

П: Да.

Т: Хорошо, хорошо. Я думаю, что мы собрали достаточно информации, чтобы понять, входит эта проблема в нашу компетенцию или нет. Я думаю, что эта проблема входит в нашу компетенцию. Это одна из проблем, которыми мы занимаемся в последнее время, это называется vomiting'ом — есть и вызывать рвоту. Кто направил вас к нам?

П: Мне назвала ваше имя одна знакомая, которая знает доктора С. из М. Но я не знакома с доктором С.

Т: Хорошо, хорошо. Я думаю, что мы сможем помочь вам решить эту проблему, и даже довольно быстро, с тем условием, что вы будете буквально выполнять все, о чем мы вас попросим. Мы никогда не просим выполнять что-то угрожающее, пугающее, слишком дорогостоящее, аморальное, неэкономное... Попросим «вас», потому что вы тоже нам понадобится *(обращается к мужу)*, а также ваша мать, по крайней мере для некоторых вещей. Потом мы большую часть работы проведем с вами. Вначале нам понадобится ваше сотрудничество — выполнять точно не слишком трудные задания. Другое правило — это то, что наши за-

Исследование попыток решения, предпринятых родителями

Согласование условий вмешательства

Двойная терапевтическая ловушка

дания могут показаться вам немного странными, нелогичными, банальными, даже смешными... но вы должны выполнять их буквально. Согласны? И, наконец, мы даем себе очень короткий срок, за который мы должны увидеть результаты. Здесь не проходят длительную терапию, только краткосрочную и хорошо сфокусированную терапию. Мы даем себе время в 10 сессий. Если после десятой сессии мы не видим никаких результатов, мы прерываем работу; если мы увидим, что еще не закончили работу, то, естественно, продолжим терапию. Если все идет как обычно, то к десятой сессии проблема либо разблокирована, либо полностью решена. Но я не знаю, будет ли так и в вашем случае. Другими словами, я думаю, что мы обладаем хорошими методами, опробованными на сотнях случаев, но каждый случай для нас является новым. Следовательно, мы не знаем, насколько вам удастся следовать нашим указаниям...

Хорошо. У нас уже есть для вас небольшие задания... (*Обращается к мужу.*) Одно задание, для выполнения которого вы нужны нам как семья, а другое мы дадим наедине вашей жене, стало быть, попросим вас выйти. Я хотел бы, чтобы вы вместе с женой позвали свою тещу и сказали ей, что она должна будет выполнять данное нами задание. Задание такое... (*Обращается к пациентке.*) Вы утром во сколько уходите на работу?

П: В восемь.

Т: Ваша мать уже на ногах?

П: Да, да.

Т: Отлично. Когда ваша мать каждое утро приходит, чтобы разбудить вас или забрать внучку, она должна задавать вам этот вопрос: «Что ты хочешь сегодня съесть и вытошнить?»

П: Ты можешь представить мою мать! (*Улыбается.*)

Т: Вы должны продиктовать ей меню. Хорошо?

Ваша мать должна купить все продукты, которые вы ей заказали, и должна выложить их на столе рядом с запиской, на которой написано: «Продукты для С. Чтобы есть и выташнить». Никто

*Первое
предписание
для матери:
список
продуктов*

из вас, включая дочку, не должен прикасаться к этой еде, она только для С. Хорошо? Потом она сама решит, использовать ее или нет. Ваша мать должна спрашивать об этом каждое утро. (*Обращается к мужу.*) Вы должны уточнить для вашей тещи, что если С. ничего не захочет, то она должна купить то, что было заказано в предыдущий день. А теперь мы попросим вас выйти.

(*Муж выходит.*)

Т: Я думаю, что вас немного позабавила эта вещь, но я не думаю, что она вам нравится.

П: Действительно, мне это кажется издевкой. Утром никто не имеет права со мной разговаривать, а она теперь будет приходить и говорить: «Что ты сегодня хочешь съесть и вытошнить?» (*Смеется.*)

Т: Я предупреждал, что мы просим выполнять немного забавные и странные вещи, не так ли? Меня поразило, с какой точностью вы явным образом описали тот факт, что для вас вся последовательность еды и вызывания рвоты является большим удовольствием.

П: Но не всегда. Иногда — так, иногда — иначе.

Т: Но когда вы специально это устраиваете, то это как...

П: Да.

Т: Теперь вашего мужа здесь нет, и мы можем вам это сказать... Это своего рода тайный любовник, который навещает вас. Фантазия... непреодолимый импульс... исполнение... разрядка. Я могу предполагать, извините меня за провокацию, что это даже большее удовольствие.

П: По сравнению со многими другими вещами — да.

Т: По сравнению со всеми другими вещами... Я прав?

П: Да, да, это правда.

Т: Поэтому я говорю, что это ваш тайный любовник... Потому что это — самое приятное из всего, что существует.

П: В настоящий момент — да.

Т: Следовательно, это что-то, от чего очень трудно отказаться, потому что это — удовольствие, самое интенсивное удовольствие. Я хочу, чтобы

Реструктурирование: вызывание рвоты после еды как встреча с «тайным любовником»

вы для нас выполнили только одну вещь. Прежде всего задумывайтесь о том, что ваше расстройство на самом деле основывается не на страдании, как все другие расстройства, а просто на удовольствии. Стало быть, каждый раз, когда вы едите и вызываете рвоту, подумайте о том, что вы на самом деле как бы встречаетесь с тайным любовником.

П: Это было бы лучше! (*Улыбается.*)

Т: Вы должны были бы найти такого замечательного любовника, который давал бы вам такое же большое удовольствие, как эта вещь. (*Улыбается.*)

П: О да!

Т: Говорят, что теперь это не так просто! Подумайте хорошенько, вы на самом деле выбрали себе тайного любовника, для которого нет никаких запретов...

П: И он прежде всего умеет держать язык за зубами.

Т: ...которым вы можете пользоваться, когда захотите, который совсем не навязчив...

П: Вот именно! (*Улыбается.*)

Т: ...которым вы сама управляете, который всегда в вашем распоряжении, в котором вы уверены, что он никогда не создаст проблем...

П: Да.

Т: Хорошо. Мы предлагаем вам сделать одну немало странную вещь. Когда вы утром оставляете вашу дочку и идете на работу или когда вы умываетесь, одеваетесь, накладываете макияж и готовитесь к выходу — в это время представьте себе одну фантазию, которую мы вам предлагаем. Представьте себе, что вы выходите из этого кабинета, как вы выйдете из него сегодня, и как только вы закрываете дверь, как закроете ее сегодня, — «пуфф!» — как по волшебству ваша проблема исчезает. Что сразу же изменилось бы в вашей жизни?

П: Я не могу себе это представить.

Т: С чем еще вам пришлось бы столкнуться после этой проблемы? Какие другие проблемы возникли бы после этой? Не нужно отвечать мне сейчас. Каждое утро старайтесь вызвать эту фантазию,

*Второе
предписание:
«Фантазия
чуда»*

спроецировать себя за пределы этой проблемы. Хотя мы знаем, что вам это очень нравится, зачем же тогда называть это «проблемой»? Следовательно, за пределы вашего тайного любовника. Конкретно представьте себе, что вы выходите отсюда, закрываете дверь, — «пуфф!» — как по волшебству ваша проблема исчезает, нет больше вашего тайного любовника. Что сразу же изменилось бы в вашей жизни? Какие другие проблемы возникли бы после этой? Какие трудности возникли бы? Какие пустоты? Что было бы по-другому? Хорошо? Подумайте об этом. Вызывайте фантазию, а потом принесите нам ответы. Те задания, которые мы вам даем, будут нашим секретом.

П: Хорошо.

Т: Мы можем встретиться через неделю или через 15 дней, как вы предпочитаете.

П: Лучше через 15 дней.

Т: Хорошо, каждые 15 дней. Главное — буквально выполнять предписания.

П: Я знаю себя, для меня это будет немного трудно.

Т: Мы в любом случае нуждаемся в вашем сопротивлении. Если бы вы сказали: «Я постараюсь», я бы вам не поверил.

П: И правильно сделали бы! (*Улыбается.*)

Т: Я прекрасно знаю, что вы здесь, но что вы на самом деле не хотели бы здесь находиться...

П: Это правда!

Т: ...потому что вам хочется иметь этого тайного любовника.

П: Это правда!

Т: Более того, зачем же от него освободиться? С ним так хорошо!

П: Ну это неправда, что мне с ним так уж хорошо, я часто раскаиваюсь в этом. Однако для меня это не такая уж большая проблема, как для моего мужа или моих родителей. Я не считаю, что это так серьезно.

Т: Для вас это не проблема, это удовольствие. Это проблема для них, правда? Вы говорите: «Почему я должна отказаться от этого удовольствия?»

Использование сопротивления

Парадоксальная провокация

Я прекрасно понимаю вас, поэтому вы можете свободно говорить мне все, что хотите. Если бы вы говорили противоположное, я бы не поверил вам.

П: И что же тогда?

Т: Делайте то, о чем я вас прошу.

П: Хорошо, я попробую.

Вторая сессия

КоТ: Как обстояли дела?

П: Я каждое утро делала свое маленькое упражнение. Оно мне послужило для того, чтобы поразмыслить о проблеме, которая у меня есть.

Т: Давайте поговорим об этом.

П: Потому что я раньше... Когда я выходила отсюда, я тоже подумала: «Я никогда не думаю о моей проблеме». Если не считать самих этих моментов, я не то чтобы думала об этом. А тут каждое утро, говоря эту фразу, я думала о работе, о дочке, о замужестве... все то же самое!

Т: Фраза — это, должно быть: «Если бы я вышла отсюда и — “пуфф!” — как по волшебству...»?

П: Да... О чем бы я подумала? О чем я должна была бы заботиться?

Т: И что же обнаружилось?

П: Прежде всего я думала о проблемах с дочкой, обычные вещи: хорошо она себя чувствует или плохо, ест ли... Как все мамы. Потом — замужество, работа...

Т: Так много всего?

П: Да...

Т: Вам удавалось увидеть себя за пределами проблемы или нет?

П: Я не понимаю.

Т: Вам удавалось вообразить волшебство? «Пуфф» — и проблемы больше нет?

П: Нет.

Т: ОК.

П: Нет, я никогда этого не представила на самом деле. Но я говорила это... Я не осознаю...

Т: Вы не чувствовали это?

П: Нет.

*Переопределение
эффектов
«Фантазии
чуда»*

- Т: Хорошо, хорошо. Ваша мама спрашивала о списке?
П: Да, бедняжка.
Т: Да, бедняжка! Поговорим об этом.
П: Ей не хватало только такой дочери-идиотки, моей матери! *(Смеется.)*
Т: Какой эффект произвел на вас список, о котором у вас спрашивала мама?
П: Она у меня спрашивала утром: «Что ты хочешь есть и вытащить?»
Т: Вы давали ей список...
П: Мне смешно, потому что она тоже говорила мне это шутливым тоном. Она не делала трагедию по утрам! Я возвращалась домой... находила записку... если не считать двух дней...
Т: Что вы заказывали? Каким было ваше меню? Разнообразным?
П: Да, разнообразным. Я называла все что угодно!
Т: Что вы обычно заказывали?
П: Нормальные вещи — тосты или сэндвичи, не уточняя количество. Она сама решала...
Т: Вы должны быть более точной. В меню указывается и сколько ты хочешь.
П: Я это сделала только два раза: «Приготовь мне два яйца», а в другой раз — два сэндвича, а потом я их даже не съела.
Т: Как это — вы их не съели?
П: Потому что я вернулась домой ужасно нервной, и мне даже не удалось поесть.
Т: Даже так?!
П: Только два раза.
Т: То есть вы два раза не ели и не вызывали рвоту?
П: Нет, нет, я совсем не поела. Потом я поела вечером. В тот момент мне не хотелось есть.
Т: А почему же?
П: Потому что когда я испытываю тревогу, или когда кто-то мне нагрубит, или со мной что-нибудь случится, то у меня желудок закрывается, и я не могу есть. Начинаю потеть...
Т: Послушайте, С., а вы каждый день заказывали меню для своего ритуала?
П: Да, но я ни разу не вызвала рвоту, если не считать одного дня.

Переопределение эффектов «Списка продуктов для матери»

- Т: Как это — вы не вызывали рвоту?
- П: За эти 15 дней я вызывала рвоту только один раз, через два дня после нашей встречи. После этого я больше не вызывала рвоту.
- Т: Чем вы это объясняете?
- П: У меня это бывает периодами: я могу не делать этого в течение полугода, а потом, в следующие полгода, я вызываю рвоту три раза в день.
- Т: Хорошо. Однако, как мне кажется, предыдущие недели характеризовались немного иным ритмом!
- П: Ну да... Со мной это случается в дни, предшествующие менструации, в другие периоды мне вполне удается контролировать себя.
- Т: Значит, за 15 дней было только два эпизода?
- П: Один эпизод, в понедельник.
- Т: Вы съели и вытошнивали заказанную еду?
- П: Да.
- Т: А что вы делали в другие дни? Вы ели и удерживали еду в себе?
- П: Да, удерживала.
- Т: Вы не боитесь потолстеть?
- П: Нет, если не считать одного дня, в который я съела слишком много шоколада. Но я не вызвала рвоту, потому что я наелась сухих вещей, и это было бы слишком затруднительно (*смеется*). Нужно есть то, что легко вытаскивается, иначе усилие становится бесполезным. Я заранее знаю, что иду туда напрасно...
- Т: Хорошо, хорошо. И ничего не оставалось из еды? Вы ничего не оставляли для албанцев?
- П: Да, да, я оставляла.
- Т: Что вы делали с тем, что оставалось?
- П: Давала собаке.
- Т: У вас есть собака?
- П: Да, у моего отца, он живет под нами.
- Т: Вы размышляли о других вещах, о которых мы вам говорили в отношении вызывания рвоты после еды?
- П: Я не помню, что именно?
- Т: Мы говорили, что это на самом деле большое удовольствие.
- П: Да... Я не то чтобы думала об этом. Я думала об этом в тот день, когда возвращалась отсюда домой...

Переопределение вызывания рвоты после еды как удовольствия

- Т: Вам это не приходило в голову?
- П: В отдельные моменты... но краткие мысли... не то чтобы я специально думала об этом...
- КоТ: Вы даже в тот день не вызывали рвоту? В тот понедельник?
- П: Ну... В тот день я на самом деле целый день думала об этом. Но когда я делаю эти вещи, я не то чтобы думаю о себе, о своей дочери, о своем муже, о своей матери...
- КоТ: Конечно! Когда вы это делали, вы думали о том, что рвота для вас — это удовольствие?
- П: Нет, я ведь не говорю себе, когда вызываю рвоту: «Как здорово!» Может быть, это удовольствие, но я сама себе не отдаю отчет в том, что это удовольствие. Т: А перед этим вы думаете: «Сейчас я буду есть»? У вас возникает фантазия о еде?
- П: Это — да, это случается.
- Т: В тот день вы целый день думали о еде?
- П: Нет, я в тот день не хотела вызывать рвоту. На обед было то, что мне хотелось съесть. Это своего рода непреодолимый импульс, в течение 10 минут мне приходит в голову мысль: «Сейчас я наемся, а потом пойду...»
- Т: И вы сделали это?
- П: Да.
- Т: А в другие дни — нет?
- П: Нет. Потому еще, что я была очень занята по работе, тысячи разных вещей... У меня и времени на это не было бы...
- Т: Даже если у вас все было наготове...
- П: Да.
- Т: ...с ясным сообщением «продукты для С., чтобы есть и вызывать рвоту»? Какой эффект произвела на вас эта записка?
- П: Ну... Мне было жалко мою мать.
- Т: Бедняжка!
- П: Да, на самом деле.
- Т: Она была прилежной, исполнительной?
- П: Да, да. В один из дней она забыла спросить и позвонила мне на работу...
- Т: Молодец, просто молодец! Помимо этого эпизода, который случился только один раз, какое у вас

- было отношение к еде, к столу? Вы ограничивали себя?
- П: Да, ограничивала.
- Т: Вы придерживались строгой диеты?
- П: Нет, я не ограничиваю себя, я не выбираю еду и могу есть все, что угодно, но я ем мало жирных или высококалорийных продуктов.
- Т: Стало быть, вы были очень внимательной к тому, что ели?
- П: Нет, только к тому, сколько я ела, потому что я ела шоколад, сладости...
- Т: Какой предел вы ставите перед собой? Вы же прекрасно умеете подсчитывать калории!
- П: Я ем так, чтобы не почувствовать себя плохо, не почувствовать себя раздутой или же...
- Т: Да, но это же очень субъективно. Как вы соблюдаете пределы?
- П: Если, например, это макароны или десерт, то я съедаю половину. Что касается макаронных изделий, то я ем немного меньше, чем все остальные. Т: Хорошо, позвольте мне понять... Следовательно, у вас за эти 15 дней был режим питания, который мы можем считать нормальным, вы только ограничивали количество?
- П: Да, он был ограниченным в количестве, но я ела все.
- Т: Как отреагировали окружающие вас люди, когда они видели вас в таких ситуациях?
- П: Я видела, что они немного недоверчивы. Они не знали, спросить ли у меня, как идут дела... Я видела их немного такими, а может быть, я себе это вообразила... Я не знаю...
- Т: Недоверчивы в отношении чего?
- П: Если я шла в туалет, то мне казалось, что они следят, не иду ли я вызывать рвоту, или что они следят за тем, что я ем. У меня было такое впечатление, однако... Я не знаю...
- Т: Вашему мужу удалось избежать разговоров об этом?
- П: Мы ни разу об этом не говорили.
- Т: А вам хотелось поговорить?
- П: Иногда. Например, в тот день, когда случился эпизод. В тот день мне хотелось что-нибудь ска-

- зять... Я не знаю... Но я ничего не сказала, потому что мне казалось... что это все в тягость. Следовательно, если я не буду об этом говорить...
- Т: Вам этого не хватало?
- П: Нет.
- Т: Вы не почувствовали нехватку этих ваших моментов?
- П: Нет, потому что у меня было много работы: три конференции и все такое... У меня не было желания, я умаялась из-за других вещей.
- Т: Хорошо. Что вы в среднем едите в течение дня? Вы можете перечислить нам?
- П: Я ем нерегулярно, потому что я работаю по расписанию офиса. Когда я прихожу домой, я укладываю дочку спать. Чаще всего я ем беспорядочно, только «гадости».
- Т: Какие?
- П: «Нутеллу», булочки, печенья, хлопья...
- Т: Лакомка!
- П: Вечером, если я не слишком полна, что-нибудь съедаю.
- Т: В противном случае вы пропускаете ужин, смотрите, как ест ваш муж?
- П: Да.
- Т: За эти 15 дней было больше таких моментов или же моментов, когда вы сидели с ним за стол?
- П: Нет, я в любом случае сажусь за стол.
- Т: Вы ели?
- П: Да, немного, но я всегда была вместе с ними.
- Т: Вы всегда ели то, что было на столе?
- П: Да.
- Т: Это случилось из-за того, что вы меньше увлекались «гадостями» в течение дня?
- П: Да.
- Т: Вы ели их меньше?
- П: Да, я не могу отказаться от шоколадки... Но если я ем только одну, то могу съесть макароны...
- Т: Вы в эти дни ели их меньше?
- П: Да, если не считать одного дня. В день Пасхи и в понедельник.
- Т: Стало быть, заказанные продукты чаще всего оставались?

*Исследование
привычек
пациентки
в питании*

- П: Да, потому что моя мать готовила много.
- Т: Сейчас вы должны все усовершенствовать. В списке вы должны указывать и количество тоже, но мы хотим, чтобы он включал в первую очередь ваши «гадости». Вы должны заказывать то, что вам нравится есть.
- П: Мне ничего не нужно готовить, я ела все упакованное....
- Т: Именно то, что вам нравится есть, и то, что вам нравится есть и выташнивать. Вы должны точно указывать количество, ОК? Раз вы найдете дома свои «гадости», вам не нужно отправляться на поски. Вы их получите с той же самой запиской. Вы можете есть их и вызывать рвоту, можете есть их и не вызывать рвоту, можете не есть их... Это ваша проблема! Хорошо?
- П: Хорошо.
- Т: Еще одно особое задание. Утром, когда вы будете представлять себе... фантазируя и задавая себе более конкретный вопрос... Спрашивайте себя: «Что бы я делала сегодня по-другому в отличие от того, что я обычно делаю, если бы моей проблемы с едой и вызванной рвотой больше абсолютно не было? Как если бы ее больше не существовало? Как бы я по-другому организовала свой день? Что бы я сделала по-другому?». Из всего того, что придет вам в голову, из того, что бы вы сделали по-другому, если бы проблемы больше не было, каждый день выбирайте что-то самое маленькое, самое незначительное и приводите его в действие. Каждый день это должно быть что-то другое.
- П: Это трудно!
- Т: Одна маленькая вещь каждый день, как если бы проблемы больше не было.
- П: И я должна сделать ее?
- Т: И каждый день вы должны делать что-то другое. Принесите нам список сделанного, ОК?
- П: Это трудно. Я не знаю, сумею ли я это сделать... Т: Как знать! Как знать, достаточно ли вы способны сделать это?
- П: Посмотрим.

Первое предписание: продолжать составлять «список продуктов», включая в него продукты, которые больше нравятся, и уточняя их количество

Второе предписание: «Как если бы проблемы больше не было»; одно маленькое отклонение в день

Третья сессия

КоТ: Как дела? Как вы себя чувствовали за эти 15 дней?

П: Плохо, потому что я болела, болела дочка, и я смогла что-то делать в доме, в саду, но не смогла делать то, о чем подумала...

Т: Но вы делали все время что-то другое?

П: Да, но разные глупости — садовые работы, уборка...

КоТ: А список продуктов для еды?

П: Да, он у меня здесь.

Т: Как было выполнено это задание?

П: Достаточно хорошо. Только один день, в воскресенье, матери не было, и она мне не задала вопрос; в этот день я поела и вызвала рвоту.

Т: А в другие дни вы ели и вызвали рвоту?

П: Я ела понемногу и не вызывала рвоту.

Т: Это любопытно! Вы хотите сказать, что за две недели вы вызвали рвоту после еды только один раз?

П: Только в прошлое воскресенье.

Т: В то утро, в которое ваша мать не спросила у вас?

П: Да, в тот день. Не по этой причине...

Т: Мы этого не говорили, никто не интерпретирует это таким образом.

П: Потому также, что я была дома одна. Я терпеть не могу такие дни.

Т: Во все остальные дни, в которые вы составили список и выбрали самые вкусные вещи, одни «гадости», вы ни разу не выполнили ритуала? Вы съели всю эту еду или что-то осталось?

П: Осталось. Иногда я ела меньше, иногда съедала все.

Т: А в то воскресенье вы остались дома одна...

П: Да, я приготовила еду. Я была одна, оказалась там...

Т: Вашего мужа не было?

П: Нет, он по воскресеньям ходит играть в футбол, а дочка спала. У нее болели уши, и я не могла с ней выйти на улицу.

Т: И вы сказали: «Позволим себе это маленькое наслаждение!»

П: Да. Я на самом деле не планировала этого. Я начала, даже сама не заметив этого. Потом я почув-

Отчет о прошедшей неделе

Переопределение эффекта терапевтических маневров

Вновь упоминается приятность ритуала

- ствовала, что раздуваюсь, сама собой пришла тошнота, я не вызывала ее...
- Т: Что вы съели в том случае? То, что вы приготовили, или то, что заказывали в предыдущие дни?
- П: На обед я съела то, что сама приготовила, а в послеобеденный период я начала со сладкой булочки, чипсов, а потом... Все то, что мне попадалось под руку.
- Т: Как долго все это продлилось?
- П: Полтора часа. Я подождала час, я не решалась идти вызывать рвоту, мне было досадно делать это. У меня была головная боль, и я знала, что из-за моих усилий удержаться от рвоты она только увеличилась бы. Тогда я сказала себе: «Да ладно, освободимся от этого груза!»
- Т: Вы сами решили подождать?
- П: Я не знаю, я покурила...
- Т: У вас не возникло желание пойти и сделать это сразу?
- П: Нет, я испытывала досаду.
- Т: Вы пошли вытащить съеденное, потому что боялись потолстеть или по другой причине?
- П: Потому что я чувствовала себя раздувшейся и мне было плохо. Я не должна была есть все это. Я так хорошо вела себя всю неделю, а сегодня...
- Т: После этого эпизода вы все равно хорошо вели себя всю неделю?
- П: Да.
- Т: Вы прикладываете усилия, чтобы «хорошо себя вести», или это получается само собой?
- П: На этой неделе так получилось, потому что я пропускала еду, я должна была отвезти дочку в больницу... По целой серии причин я не смогла этого делать.
- Т: Иначе вы сделали бы это?
- П: Я не думаю. У меня не было такого настроения, я не чувствовала себя в депрессии...
- Т: А на первой неделе вы должны были прикладывать усилия, или это получалось само собой?
- П: Нет, потому что я, вместо того чтобы есть, делала другие вещи: сажала цветы, мыла окна...
- Т: Для вас это признак улучшения или нет?

*Исследование
доминирующей
перцептивно-
реактивной
системы*

П: Для меня — да. Я была сильно удивлена, потому что я осталась там ждать... Обычно я гораздо решительнее: я иду в туалет, засовываю пальцы в рот — это происходит моментально. А в тот день я заметила, что медлю, трачу время на выкуривание сигареты...

Т: Для вас является самым важным признаком улучшения именно тот эпизод, когда вы не сразу побежали вызывать рвоту, после того как объелись, или то, что вам удалось в течение недели есть немного и не выходить за рамки?

П: По-моему, улучшение заключалось в том, что мне удалось контролировать себя в еде до определенного момента.

Т: Наслаждаясь тем, что вы ели?

П: Да, потому что я испытывала голод.

Т: Вы насладились едой, поскольку она уже была для вас приготовлена?

П: Да, все, что мне нравится.

Т: А какие это были «гадости»? Вы составили список?

П: Да. Хотите посмотреть?

Т: Да, нам любопытно! (*Читает.*) Сэндвичи, запеканка из макарон...

КоТ: Это не «гадости»! Это вкуснейшая еда! П: В сэндвичах бывает много майонеза. Т: (*Продолжает читать.*) Тост, пудинг, фруктовый лед... Это все «гадости»! А ваше окружение заметило эти изменения?

П: По правде сказать, они меня не спрашивали...

Т: По-вашему, они что-то заметили?

П: Я не знаю.

Т: В прошлый раз они были недоверчивыми, вы помните?

П: Да, у меня и сейчас есть такое впечатление, но они специально стараются меня ни о чем не спрашивать.

Т: Это и лучше!

КоТ: Ваш муж продолжает свое молчание?

П: Да, меня это даже раздражает.

КоТ: Вам хотелось бы поговорить с ним?

П: Может быть, если он в этот раз спросит меня, я могу сказать ему, что все было хорошо.

Т: Он следует нашей инструкции соблюдать «обет молчания». Какое у вас было настроение на этой неделе?

П: Каждый день испытывала ярость, потому что со мной случились разные вещи: на работе, с дочкой... Все одновременно, и я чувствовала себя нервной. Не в депрессии, а нервной.

Т: Хорошо. Из всего того, что вам пришло в голову, что вы могли бы делать, если бы проблема больше не существовала, что было самым удивительным?

П: Например, я уже три года хотела проколоть себе вторую дырку в ухе и хотела надеть сережки дочке. Я прошла по всем ювелирам, но никто не хотел прокалывать нам уши. Дочка слишком мала, а мне не захотели прокалывать вторую дырку, но я попробовала! Кроме того, я хотела съездить на море, но дочка просыпается только в 16:30...

Т: Вы нас приятно удивили тем, что рассказываете, и мы хотим, чтобы вы продолжали в том же духе. Мы хотим список «гадостей», который становится все более точным. Вы сами потом решите, есть ли это или не есть, или есть столько, сколько хотите. Мы хотим, чтобы по утрам вы продолжали задавать себе вопрос: «Что бы я сделала сегодня по-другому, если бы проблемы больше не было?»; и выберите самую маленькую вещь, которую надо выполнить. Надеемся, что болезни закончились, и вы сможете делать запланированные дела, а не выполнять садовые работы. Кроме того, нам было приятно слышать то, что вы рассказали, потому что это то, что мы бы вам предписали. Нам приятно, что вы нас опередили. Вот о чем речь: если вам случится, как в прошлое воскресенье, начать объедаться и вы начнете есть... есть... есть... Мы хотим, чтобы вы не старались остановиться. Вы должны это делать. Когда вы чувствуете, что полны по горло, возьмите будильник, заведите его, чтобы он прозвонил через полтора часа, и ждите, пока пройдет полтора часа, прежде чем пойти вызывать рвоту. Когда прозвонит будильник — ни минутой раньше, ни минутой позже, — бегите вызывать рвоту. Хорошо?

Переопределение эффекта «как если бы»

*Первое предписание: список продуктов
Второе предписание: «как если бы» с одним действием в день*

Третье предписание: интервал в полтора часа, прежде чем вызвать рвоту после еды

- П: Таким образом, через полтора часа из меня выйдет прямо все.
- Т: Каждый раз, когда это случится, хорошо? Ни минутой раньше, ни минутой позже, и в эти полтора часа старайтесь ничего не брать в рот. Старайтесь ничего не брать в рот до того, как вызовете рвоту.
- П: Как же я тогда буду выташнивать?
- Т: Так, как вы это делаете, засовывая пальцы в рот, но вы не должны ни есть, ни пить ничего другого. Хорошо? Полтора часа спустя. Мы довольны вами. Мы не создаем себе иллюзий, но мы довольны.
- П: Что это значит — не создаем себе иллюзий?
- Т: Мы потом вам объясним.
- П: Я должна опять принести список?
- Т: Конечно, список того, что вы сделали, как если бы проблемы больше не было.
- П: Хорошо.

Четвертая сессия

- Т: Как дела?
- П: Ну, не так уж плохо! *(Передает список продуктов.)*
- Т: Что это означает?
- П: Я достаточно хорошо себя контролировала. Настроение тоже было не самое плохое. Я вызвала рвоту только один раз. Я, как вы говорили, завела будильник. Эти полтора часа никак не проходили! Т: Давайте по порядку. Это список того, что вы съели, что вы программировали для еды. За эти 15 дней вы вызвали рвоту только один раз?
- П: Да, в четверг.
- Т: Чем этот день отличался от остальных 14 дней?
- П: Я не смогла удержать контроль, я съела больше. Я чувствовала, что слишком наелась, я завела будильник, а потом...
- Т: Что вы делали в течение этого часа?
- П: Я поиграла с дочкой, выкурила 3–4 сигареты... Т: Почему вы сказали, что время никак не проходило?
- П: Да, я постоянно смотрела на часы...
- Т: Вас раздражало ожидание?
- П: Да, мне хотелось сразу пойти сделать это, чтобы больше не думать.

Переопределение эффекта интервала между едой и рвотой

- Т: Чтобы больше не думать об этом или чтобы не удерживать в себе еду?
- П: Нет, потому что я знала, что должна была сделать это. Во всем, что я делаю, меня раздражает ожидание, если я знаю, что должна что-то делать. Это для меня так почти во всем. В тот день я была с дочкой, смотрела на часы, ожидая, когда смогу пойти. Но этот час показался мне очень долгим!
- Т: Когда вы пошли вызывать рвоту, это сработало так, как обычно, или вам было труднее? Вам пришлось немного пострадать, или все было замечательно?
- П: Все было удачно, потому что все вышло с первого раза... Какой стыд!
- Т: Все вышло с первого раза!
- П: Да, мне не пришлось прикладывать усилий. Обычно, когда ждешь, то выходит все. Если я сразу иду вызывать рвоту, то еда еще не дошла до желудка, и, следовательно...
- Т: Значит, получилось лучше... Вам это больше понравилось?
- П: Нет, я сразу освободилась. Мне не пришлось это делать 2–3 раза. Уже после первого раза я почувствовала, что освободилась от груза.
- Т: Как было с настроением?
- П: Я была очень занята на работе и другими делами, все было хорошо... Мне очень хочется спать...
- Т: Хочется спать? Почему же?
- П: Потому что я много работала, а потом дом, дочка, всегда все бегом... От этого, в общем, устаешь.
- Т: Как отреагировали окружающие на то, что вы вызвали рвоту только один раз?
- П: Они этого не знают. Мой муж спросил меня: «Сколько раз ты вызывала рвоту?», я ответила: «Один раз, в четверг».
- Т: Как он на это отреагировал?
- П: Я не смотрела на него, мы были в машине, и я боялась, что он мне скажет: «Вот, это не действует». Т: Кроме этого, мы давали и другое задание, не так ли?
- П: Да, делать одну вещь каждый день.

Т: ...как если бы проблемы больше не было. Вы сделали это?

П: Да.

Т: Что вам приходило в голову?

П: Почти всегда — выходить с дочкой. Мы ходили в зоопарк, на игровую площадку и т.д. Когда есть дети, невозможно делать экстравагантные вещи!

Т: Вам хотелось бы чего-то экстравагантного?

П: Нет... Выходить вечером с подругами...Я, наверное, уже с год не выходила с подругами, и одним утром мне пришло в голову: «Сегодня я могла бы сделать это как что-то, отличающееся от обычного».

Т: И вы это сделали?

П: Да, и весьма охотно!

Т: Вы сделали еще что-нибудь из того, что давно не делали?

П: Поход в зоопарк, шопинг... Потому что я не слишком удаляюсь от дома, дочка к пяти просыпается.

Т: Почему у вас возникло ощущение, что муж может сказать, что это не действует? Что он не удовлетворен вами? Месяц назад вы вызывали рвоту гораздо чаще!

П: Да, месяц назад это случилось по несколько раз в день...

Т: То, что вы это сделали два раза за месяц, — это значимое улучшение!

П: Да, но он этого не знает...

Т: Он не знал, как часто вы вызывали рвоту раньше?

П: Да, у него есть идея, но, может быть, он ожидает, что я, приходя сюда, больше не должна этого делать.

Т: Два раза за месяц...

П: Для меня это хорошо!

Т: Вот именно, это действительно очень мало!

П: Да, я довольна, потому что мне удается...

Т: Вам было очень трудно удерживаться или нет?

П: Если бы у меня было много дел, то мне это совсем не было бы трудно. Если бы я работала в шахте, я никогда не стала бы вызывать рвоту.

Т: В Индии не существует анорексии, потому что если дочь не ест, то отец, довольный, съедает ее

Переопределение эффектов предписания «как если бы»

Переопределение важности произошедшего изменения

- тарелку риса, и там нет анорексичек! Верно и то, что в Африке не существует агорафобии, потому что нужно проводить целый день в бегах.
- П: Да, но в четверг мне нечего было делать, ничего не стояло в программе, мы все были дома...
- Т: В такие дни вам не удастся найти что-нибудь, что вызывало бы у вас хоть немного энтузиазма?
- П: В четверг — нет, потому что я очень ленива, мне не хочется двигаться. В такие дни я чувствую себя некрасивой и не выхожу из дома.
- Т: Вы часто чувствуете себя некрасивой?
- П: Иногда это бывает. В такие дни я сижу дома и стараюсь никуда не выходить.
- Т: Давайте продвигаться дальше. Я хочу, чтобы вы продолжали составлять список еды. Я хочу, чтобы вы теперь каждый день делали две вещи, как если бы проблемы больше не было. Самые незначительные, но две каждый день, или же сделайте одну вещь побольше, которая стоит двух. Стало быть, каждое утро продолжайте спрашивать себя: «Как я по-другому вела бы себя сегодня, если бы этой проблемы больше не было?», и выбирайте две маленьких вещи или одну, которая стоит двух.
- П: Это трудно, я не знаю, что делать...
- Т: Вам это так здорово удалось в эти 15 дней.
- П: Но я ничего особенного не делаю.
- Т: Я не прошу вас делать странные вещи, а только маленькие вещи. Теперь перейдем к более трудному: когда у вас возникнет желание вызвать рвоту после еды, вы должны завести будильник, чтобы он прозвонил через два часа.
- П: За это время я выкурю две пачки сигарет. Т: Делайте что хотите, но заведите будильник, чтобы он прозвонил через два часа. Когда он прозвонит — ни минутой раньше, ни минутой позже, — бегите вызывать рвоту.
- П: Хорошо, я заводила его на полтора часа.
- Т: Теперь — на два часа.
- П: В прошлый раз вы сказали, что не создаете себе иллюзий, и я не поняла, что вы этим хотели сказать.

Первое предписание: список продуктов

Второе предписание: «как если бы» с двумя действиями или с одним, которое стоит двух

Третье предписание: интервал в два часа между едой и рвотой

Поощрение проявленных пациенткой способностей

Т: Это означает, что я доволен развитием событий, но не создаю себе иллюзий. Я — оптимист без иллюзий.

Пятая сессия

КоТ: Как дела?

П: Мы тоже болели гриппом. Я сделала все, о чем вы меня просили.

Т: Два часа?

П: Да, два часа, один раз. Я ничего не вытошнила, не получалось, я уже все переварила.

Т: Только один раз? Значит, за 15 дней вам случилось вызывать рвоту только один раз? Вы подождали два часа, и вам это не удалось.

П: Нет.

Т: Какой эффект это на вас оказало?

П: У меня это вызвало раздражение, потому что мне не удалось избавиться от всего, что я съела.

КоТ: Вы как следует объелись?

П: Нет, это не было чрезмерным, но это была высококалорийная еда.

Т: А что именно?

П: Орешки... Я дам вам список?

Т: Посмотрим... Когда это случилось? В воскресенье?

П: Нет, в понедельник.

Т: День изменился?

П: Да.

КоТ: Вы приготовили список маленьких вещей, как если бы проблемы больше не было?

П: Да.

Т: Да, здесь написано. Да вы просто молодец! (*Читает.*) Встреча с подругой, шопинг с дочкой и т.д. А что именно случилось в понедельник? Как это началось?

П: Я, как обычно, вернулась с работы домой. А потом я была одна, дочка спала, мне ничего не хотелось делать по дому. И я оказалась там без дела. После того как я наелась, я тоже легла в кровать и завела будильник. Через два часа я пошла...

Т: Хорошо. После этого интервала вам не удалось вызвать рвоту.

П: Я ничего не ела до следующего дня. Т:

Таким образом вы исправили содеянное?

Переопределение эффекта интервала между едой и рвотой

- П: Ну... В общем...
- Т: Вам это было трудно?
- П: Что, не есть?
- Т: Да.
- П: Нет.
- Т: Вы так себя наказали?
- П: Да.
- Т: Хорошо. А почему это случилось в понедельник?
- П: Я не знаю.
- Т: Вы провели воскресенье веселее, чем обычно?
- П: Нет, я работала, потому что мы готовим конференцию, я работаю и дома тоже.
- Т: Стало быть, вы в воскресенье были очень заняты...
- П: Да.
- Т: Как знать, что может случиться в понедельник, когда вы не так заняты!
- П: Нет, мне позвонил заводделением, потому что я должна работать не менее двух часов.
- Т: Как вы оцениваете все это?
- П: Я не знаю. Я надеялась, что на этот раз не буду вызывать рвоту, однако и на этот раз случилось. Т: Мы же говорили, что вы сделаете это хотя бы один раз.
- П: Ну... Я надеялась, что нет. Это вы так говорили. Т: Я вам сказал, что вы это сделаете хотя бы один раз. Что для вас было хуже — то, что вы наелись и вам потом захотелось пойти вызвать рвоту, или то, что вы наелись и потом почувствовали необходимость вызвать рвоту? Если бы вы наелись, не испытывая потом необходимость пойти вызвать рвоту, это все равно было бы ужасно? Что вы себе не можете простить — обжорство или...
- П: То, что я съела больше обычного.
- КоТ: И что вы не вытошнили это?
- П: Да.
- Т: Я сейчас скажу вам странную вещь, но вы ведь уже к этому привыкли, не правда ли?
- П: Вы просите меня делать только странные вещи! Т: Хорошо, но сначала я хотел бы услышать две вещи относительно того, что вы сделали, как если бы проблемы больше не было. Вы это должны были придумывать. Это было довольно сложно, или они сами приходили в голову?

Продолжение исследования перцептивно-реактивной системы пациентки

Переопределение эффекта «как если бы»

П: Нет, я делала то, что должна была бы делать в любом случае, но не так чтобы я думала о том, чтобы вызывать рвоту. Я делаю разные вещи, и когда я занята, я никогда не делаю эту вещь.

Т: Что касается настроения, то оно за эти две недели было лучше, чем обычно, хуже, чем обычно, или таким, как раньше?

П: Я немного нервничала, потому что сидела дома с дочкой.

Т: Потому что она болела?

П: Да.

Т: Хорошо. Я хотел бы просто сказать вам, что если вам придется вызывать рвоту — и с вами это случится, — то после того как вы закончите обедаться, должно пройти три часа, ни минутой больше, ни минутой меньше.

П: Это означает не вызывать рвоту!

Т: Но это еще не все. Если мы избавимся от рвоты как способа решения проблемы переедания, но используем вместо нее голодание, то ничего не изменится. Стало быть, если вы переедите, можете вызвать рвоту через три часа, но избегайте голодания. Вы должны регулярно принимать пищу.

П: Это так трудно!

Т: Я предупреждал вас. Но это еще не все. Следующая вещь еще интереснее. Я думаю, что для того, чтобы научить вас не чувствовать необходимости в нарушении запретов, когда вам нечего делать, я должен научить вас искусству «маленького беспорядка, который поддерживает порядок». В природе все самые стабильные типы равновесия основываются на том, что имеется маленький беспорядок, который поддерживает порядок. Если в равновесии нет маленького беспорядка, то оно делается ригидным и умирает или нарушается. Следовательно, мы хотим, чтобы с этого момента до следующей нашей встречи вы каждый день позволяли себе, помимо того что вы обычно едите, маленькое пищевое отклонение. Что-то совсем маленькое, например, шоколадку, печенье...

П: Я это всегда делаю.

Первое предписание: интервал в три часа между едой и рвотой, избегая голодания

Реструктурирование «маленького беспорядка, который поддерживает порядок»

Второе предписание: маленькое ежедневное пищевое отклонение

Т: Мы хотим, чтобы это не входило в состав того, что вы обычно едите, и чтобы вы записывали это. Стало быть... «Если я позволяю себе что-то, я могу и отказаться; если я не позволяю себе этого, отказаться становится невозможно»... И если вам придется обьесться, подождите три часа, прежде чем вызывать рвоту.

Реструктурирование с помощью афоризма

П: Я могу на этот раз решить это сама?

Т: Да, но вы не можете решить поголодать. Хорошо? В этом случае тоже: «Если я позволяю себе что-то, я могу и отказаться; если я не позволяю себе этого, отказаться становится невозможно». Время от времени можно позволить себе и обьесться!

П: Да, я знаю, но...

Т: Но?..

П: Я — нет.

Т: Как это так, вы — нет?

П: Потому что это меня раздражает.

Т: Почему это вас раздражает?

Т: Меня это раздражает, потому что я боюсь потолстеть, и меня раздражает, когда я чувствую себя раздутой. Даже если я выпиваю два стакана воды, я чувствую себя раздутой.

Т: Бесполезно объяснять вам это, вы это знаете лучше меня: если человек в течение недели придерживается сбалансированного режима питания и один раз в неделю нарушает запреты...

П: Да, ничего не случится.

Т: Бесполезно повторять вам это. Проблема заключается в том, что вы немедленно ассоциируете ощущение заполненного живота с ощущением того, что вы — «отвратительный жирный шар». Как будто бы каждый эпизод обжорства превращал вас в отвратительный жирный шар.

П: Примерно так.

Т: Нужно прийти к тому, чтобы эта идея изменилась. Вы можете позволить себе обжорство и вызвать рвоту через три часа. Вы можете сама решить, вызывать рвоту или не вызывать, но вы можете придерживаться нормального режима питания, и мы хотим от вас маленькое пищевое отклонение каждый день.

П: Это не проблема.

Т: И последняя вещь. Мы хотим, чтобы вы сегодня вечером измерили себя, как это делают манекенщицы, и чтобы вы сделали это перед тем, как придете на следующую встречу. Посмотрим, что это за гармошка.

П: Хорошо. *(Смеется.)*

Т: Вы тоже научитесь смотреть на себя не только с помощью зеркала, но и с помощью чего-то более объективного. Весы и зеркало чередуются.

П: Я никогда не взвешиваюсь.

Т: Однако вы смотрите на себя.

П: Да.

Т: И вы замечаете, что сразу расплываетесь?

П: Нет, я встаю в профиль, я должна видеть свой живот.

Т: Хорошо. Измеряйте себя, ок?

Третье предписание: снять свои мерки

Шестая сессия

КоТ: Как дела?

П: Я ни разу не вызывала рвоту!

Т: О!

П: Я ни разу не заводила будильник!

КоТ: Ни одного эпизода обжорства?

П: Нет, я ни разу не потеряла контроль.

КоТ: А маленькое пищевое отклонение?

П: Да, я все записала.

Т: *(Читает.)* Две котлетки с хлебом и майонезом...

П: У меня был приступ гипогликемии.

Т: ...бутерброд с «нутеллой»... разные печенья... шоколад... креветки...

П: Я ни разу не голодала, я все время ела понемногу. Таким образом я себя регулировала.

Т: Да вы просто молодец! А потом то, что вы делали «как если бы», — прогулка с Л., уборка в доме... Молодец! Вы всегда делали два действия в день.

П: Даже больше, чем два в день.

Т: Хорошо. Как вы оценили бы все, что вы нам рассказали?

П: Ну... Что-то изменилось, потому что я контролировала себя в питании и в других вещах. Не только там. Я чувствовала необходимость на-

Переопределение эффекта терапевтических маневров

Комплименты пациентке за проявленные способности

- вести порядок. Я обычно не такая, я — прямо катастрофа, всегда в беспорядке. Я ориентируюсь в своем беспорядке, но...
- Т: Вы заметили странную вещь: вы ели, вы ели разнообразную еду, даже слегка запретную, вы позволили себе отклонения, и вы в талии похудели на 1 см.
- П: Да, но может, это была отечность, задержка жидкости...
- Т: В весе тоже.
- П: Да, но он у меня всегда варьирует от 50 до 52 кг.
- Т: Да, но вариация на 2 кг в сторону уменьшения, когда вы едите, позволяете себе отклонения, не вызываете рвоту...
- П: Это стоит делать!
- Т: А! Я хотел это услышать от вас! А что говорит ваше окружение?
- П: Они заметили, что я была немного нервной, я чувствовала себя как будто в абстиненции от чего-то. Я курила в два раза больше. В этом я не сумела себя отрегулировать, но по отношению к другим вещам я сдерживалась. Но они видели, что я немного напряжена. И я на самом деле была достаточно напряжена.
- Т: А когда они увидели, что вы едите шоколад и все остальное, что они сказали?
- П: Но я не знаю, видели ли они это, потому что после обеда я была одна, дочка спала, и я в перерыве между делами...
- Т: Стало быть, вы это делали наедине с собой!
- П: Да.
- Т: Когда вам было труднее и утомительнее всего избегать обжорства, после которого нужно вызывать рвоту?
- П: Никогда. Я ни разу не почувствовала необходимости в этом.
- Т: Даже в воскресенье — нет?
- П: Нет.
- КоТ: Вы сказали, что контролировали себя?
- П: Да, я обычно объедаюсь, когда начинаю чувствовать себя немного раздутой, тогда я ем еще больше, а потом все выташниваю. А в этот раз я

остановилась до того, как ощутила это. Я не взвешивалась.

Т: Стало быть, этот контроль не был трудоемким?

П: Нет.

Т: После некоторого времени это как бы происходило само собой, или вам это всегда стоило усилий?

П: Нет, это не было утомительным, мне это не было трудно. У меня была тысяча дел, я потом сразу что-то делаю: домашняя работа, дочка и т.д... Я даже не думала об этом.

Т: Что вызывало у вас нервозность? Вы сказали, «абстиненция»?

П: Да, по-моему, я контролировала себя, но все время думала об этом механизме... «Я боюсь, что должна буду идти вызывать рвоту и мне не удастся удержаться».

Т: Вы знали, что должны были делать это через несколько часов, и это...

П: Нет. Вы мне сказали, что я на этот раз могу выбирать.

Т: Да, я вам сказал: «Вы можете это делать или не делать».

П: Да, но я была настроже. Я не часто взвешивалась, но я знала, что должна себя контролировать.

Т: Вам было трудно отказаться от голодания?

П: Нет, потому что я, поскольку не обедалась, к ужину начинала испытывать чувство голода.

Т: А когда вы ели что-то запретное, например сладости, как вы себя чувствовали?

П: Хорошо, потому что я не съедала целое пирожное, я всегда сдерживала себя. Однако я не испытывала тягу к сладостям или к чему-то особенному.

Т: Хорошо. Я считаю, что вы довольно хорошо справились.

П: Я тоже так считаю.

Т: Это правда. Вы действительно молодец, но мы не знаем, будете ли вы и впредь такой. Я думаю, что в данный момент, поскольку все хорошо действует, мы не будем добавлять ничего другого. Стало быть, оставим в точности те же самые

*Еще одно
поощрение
способностей
с провокацией*

- предписания с одним-единственным изменением: если вам захочется вызвать рвоту, добавьте еще один час. Следовательно, вы это делаете, добавьте еще один час. Это поможет вам избежать рвоты.
- П: Да, через четыре часа я уже все переварю, стало быть, мне не удастся вызвать рвоту. Даже если я засуну в горло вот такую длинную ложку, из меня ничего не выйдет!
- Т: Следовательно, мы хотим, чтобы вы к следующему разу сняли свои мерки. Мы хотим одно пищевое отклонение в день, и мы хотим, чтобы вы избегали голодания. И мы хотим, чтобы вопрос «Что бы я сделала сегодня, если бы проблемы больше не было?» теперь относился не к одному-двум действиям, а ко всему дню. То есть этот вопрос должен немного измениться: «Как я жила бы, если бы не должна была все делать в зависимости от этого? Что бы я сделала по-другому?»
- П: После того как я сделаю одну вещь, я должна думать о другой?
- Т: Именно так... Например: «Мне приходит в голову это... Я сделала бы это или нет, если бы у меня больше не было проблемы?» Задавайте себе этот вопрос, когда у вас возникает какое-нибудь сомнение: «Как я вела бы себя, если бы у меня не было этой проблемы?»
- П: Хотела бы сказать еще одну вещь. Может быть, она совсем не важная: я почти каждую ночь вижу во сне, что я ем...
- Т: Она не такая уж неважная, поскольку вы так долго этим занимались.
- П: ...что я ем много шоколада... Утром я просыпаюсь в страхе, что я это сделала.
- Т: Вам снится, что вы едите или что вы едите и вызываете рвоту?
- П: Мне снится, что я ем.
- Т: Без рвоты?
- П: Без, но я просыпаюсь с мыслью, что должна пойти вызвать рвоту, я думаю: «Что же я наделала!», потому что я ела слишком много.
- Т: Вы испытываете чувство вины и должны пойти вызвать рвоту.

Предписания остаются без изменений:

- 1) интервал в четыре часа;
- 2) снятие мерок;
- 3) маленькое пищевое отклонение и избегание голодания;
- 4) «как если бы» на весь день

П: Да.

Т: Так бывает у детей. Когда им снится, что они бо-
ятся оборотня, мертвеца, ночного привидения... Это
очень важно, потому что эта эмоциональная
разрядка ночью защищает их от страхов в течение
дня. Стало быть, если вам удастся перенести на
ночь целую серию вещей, это нам очень поможет.
Следовательно, я очень доволен.

*Реструкту-
рирование
пользы снови-
дений о еде*

Пример клинического случая 7: vomiting 3

Пациентку направил в Арrezzo коллега, который после нескольких сессий столкнулся с затруднениями в продолжении терапии и поэтому запросил консультацию по данному случаю.

Первая сессия

Т: Вы приехали из М.?

П: *(Кивает.)*

Т: Вы уже были у доктора N, не так ли?

П: Да.

Т: Хорошо. Я, естественно, получил информацию о
вашем случае, но...

П: Естественно!

Т: ...как всегда в подобных случаях, сделаем так,
как будто я ничего не знаю, потому что я по-
лучил одну точку зрения, а теперь хочу получить
другую, хорошо?

П: Конечно, это понятно, я могу рассказать вам
что-нибудь.

Т: Итак, какая сейчас ситуация?

П: Ситуация такая... Прежде всего я имела честь ус-
лышать в четверг ваше выступление в М.

Т: О, спасибо!

П: Я пошла туда по совету доктора... И, скажем так, те
проблемы, которые были представлены в вашем
выступлении, — анорексия, булимия, vomiting...
Я не знаю, куда в точности отнести себя, потому
что в моем случае имеются некоторые особен-
ности, некоторые оттенки... Скажем так: у меня
были длительные периоды воздержания от еды
и... Я набрасываюсь на продукты, а потом иду
вызывать рвоту. Это сильно расстраивает меня,

*Анализ
попыток
решения
проблемы,
предпринятых
предыдущим
терапевтом*

и мне не удается понять причину этой моей проблемы, которая существует уже в течение многих лет, около 10... Ну и я всегда старалась убежать от этой проблемы, но безуспешно. То есть я пыталась избежать ее, не оставаясь вечером дома, но мне это не удается.

Т: Прежде чем сфокусировать внимание на настоящем моменте, я хотел бы узнать: я, естественно, получил от доктора... некоторые сведения о работе, которую вы проделали вместе с ним, но сейчас меня интересует ваше мнение об этой работе. Насколько улучшилась ситуация и улучшилась ли она; или же она не улучшилась?

П: Ну... мы с доктором встретились практически четыре или пять раз. Можно сказать, что терапия была в полном разгаре, и он мне начал предписывать задания, давать указания. Когда я на пятой сессии пришла к нему и сказала, что не принесла письма, которые должна была написать... То есть я их написала, но не принесла ему, и тогда он рассердился, а я сказала, что не принесла их, потому что не верю в метод, то есть не верю в успешность терапии... То есть это, может быть, отчасти потому, что он мне неоднократно повторял, что если через 10 сессий проблема не решится, то «большой привет и до свидания», и я немного заиклилась на этом... Значит, на практике мы уже встретились пять раз, он дал мне определенные задания, а я возвращаюсь вечером домой, и для меня все остается по-прежнему, внутри меня ничего не изменяется.

Т: А вам удалось буквально выполнять то, о чем он вас просил, или нет?

П: Да, потому что он предписал мне только писать письма, он мне не... Тогда мы начали с моими родителями, сотрудничать с моими родителями, в том смысле, что мы должны были встречаться вечером после работы, и они должны были уделять 30 минут молчания...

Т: Так, хорошо.

П: Однако следует сказать, что это было полным провалом, потому что мои родители не могут молчать, поэтому начались дискуссии... иногда

гневные, иногда, в общем, даже чрезмерно... Тогда мы пришли к «обету молчания», когда мои родители не должны вмешиваться и не должны ничего говорить, не делать никаких замечаний. Они следовали этому, скажем, вплоть до прошлой недели, а в начале этой недели они опять начали говорить мне «Ешь!»...

Т: Хорошо, а какие указания были даны в отношении еды?

П: Никаких. В отношении еды он мне сказал только вот что: «Не старайся ничего изменять, потому что это у тебя не получится», и представил этот мой «скачущий» способ питания как... то есть... он представил мне его как «крестовый поход» — в том смысле, что у меня в семье есть младший брат, который родился с проблемами со здоровьем. Поскольку мои родители концентрируются на этом, то доктор дал мне понять, что, вероятно, мое поведение может играть, скажем так, стратегическую роль в том смысле, что мои родители могут разряжать свою тревогу по поводу проблем моего брата на мне, [я могу] служить своего рода амортизатором. Вначале он предложил мне стараться концентрировать свое внимание на этом, посмотреть, удастся ли мне принять эту роль, но я и в письмах написала, что это прямо абсурдная вещь. Потом он вначале старался представить мою проблему в сексуальном аспекте... то есть он старался... вот именно... то есть он мне говорил: «Каждый раз, когда ты вызываешь рвоту, старайся представить себе половой акт, как делать это «на скорую руку» с мужчиной». Да, это явно... Однако и это не произвело никакого эффекта, потому что... Как вы говорили в своем выступлении, после того как провалились мои последние отношения с моим бывшим парнем, мне больше не удалось создать других любовных отношений, в том смысле, что это для меня совершенно невозможно. То есть... может быть, это еще и потому, что я осознаю, что создание отношений с другим парнем было бы только... созданием еще одной проблемы, потому что мне не удастся справиться с этой вещью, то есть для меня еда

- стоит на первом месте в моих мыслях. Я стараюсь убежать от этого, но неизбежно...
- Т: Это случилось после расставания с тем человеком или когда вы были еще вместе?
- П: Нет, нет, эта проблема возникла раньше, она возникла много лет назад.
- Т: А как проявляет себя проблема в данный момент, в эти дни?
- П: Я ухожу из дома утром на работу, ничего не ем в обед, только пью.
- Т: Какая у вас работа? Можно перейти на «ты»?
- П: Да, конечно. Я служащая в одной фирме. Т: Хорошо. Значит, ты пьешь и ничего не ешь.
- П: Не ем. Прихожу домой, встречаю там атмосферу все большего раздражения, потому что сейчас мои родители больше не так сильно пристают ко мне по поводу этой проблемы, но я, естественно, все время чувствую это. Но я заметила, особенно за эти последние месяцы, что мне не удается вести с ними диалог: когда я должна им что-то сказать, они не понимают меня, я должна объяснять одно и то же, приводя 20 разных версий. То есть я замечаю их преждевременное старение, и это, на мой взгляд, действительно может вызывать тревогу.
- Т: Сколько тебе лет?
- П: Почти 28.
- Т: Хорошо. Следовательно, ты возвращаешься вечером домой...
- П: Да, и тогда я из среды, в которой требуется больше способностей к пониманию, именно быстрому, где я всегда должна быть на высоте ситуации и понимать все проблемы, попадаю в среду, где кажется, что имеешь дело с умственной отсталостью. То есть я сержусь на них за это, нервничаю, и все всегда заканчивается одинаково.
- Т: ОК.
- П: Я начинаю есть. Не то чтобы прямо обжираться, нет, то есть я ем нормально... Я думаю, что нормально, но потом я иду вызывать рвоту, то есть мне ничего другого не хочется.
- Т: Случается ли иногда, что в течение дня ты ешь и не вызываешь рвоту?

*Определение
проблемы
в данный
момент*

*Исследование
семейной
системы и
сферы отно-
шений*

П: Да.

Т: Когда это бывает?

П: Да, иногда бывают такие моменты, когда я чувствую, что мне прямо не хватает сил, и тогда я что-нибудь ем, однако у меня потом могут быть какие-то дела, обязательства, какая-нибудь встреча, и у меня физически нет времени, и...

Т: Физически нет времени для чего — для того, чтобы вызвать рвоту? Иначе ты бы сделала это?

П: Нет, бывают другие случаи, когда, может, я в течение дня чувствую себя более... я не знаю... более безоблачно... Я не знаю, как это объяснить... То есть я более удовлетворена в личном плане, может быть, самыми незначительными вещами, самыми минимальными вещами, которые именно определяют мой день, и тогда я...

Т: Значит, ты — такой человек, который легко испытывает энтузиазм и так же легко расстраивается?

П: Да. Однако, как я сказала, я не слишком чувствительна к комплиментам. То есть я не так сильно реагирую на комплименты, я сильно переживаю из-за критики. Иногда я и сама внутренне себя критикую. То есть я выполняю всю работу на высшем уровне, а потом прямо уничтожаю себя изнутри...

Т: Послушай, а как ты проводишь свое время, если не считать работы и ссор с родителями?

П: Ну я, скажем так, занимаюсь общественной деятельностью в музее, который расположен недалеко от нашего городка, в том смысле, что я езжу туда, помогаю приводить в порядок...

Т: Какой это музей?

П: Биологический. Сейчас там идут работы по реставрации, мы приводим в порядок архивы. Кроме того, я пою в хоре, и мне это очень нравится. В последнее время я взяла на себя некоторые обязанности в хоровой ассоциации, а еще в определенный период, с апреля по июнь, мы с группой молодежи организуем театральные представления, ставим комедии на любительском уровне.

Т: Хорошо.

П: Однако это не... То есть я чувствую, что у меня общительный характер, но я дохожу до опреде-

ленного уровня, а потом блокируюсь... Я не знаю, мне как будто кажется, что люди смогут увидеть внутри меня... увидеть проблему, которая у меня есть, и я в такой момент закрываюсь, становлюсь прямо застенчивой, пугаюсь и убегаю.

Т: Хорошо, у меня больше нет вопросов, а ты (*обращается к КоТ*) хочешь еще что-нибудь спросить?

КоТ: Можно мы перейдем на «ты»?

П: (*Кивает.*)

КоТ: Эта твоя история, которая, как ты сказала, длится около 10 лет... Ты очень занята общественной жизнью, у тебя есть работа, ты занимаешься в хоре, в музее, в театре... Кто знает о твоей проблеме?

П: Ну... помимо моих родителей, об этом знает одна девушка, которая сначала выдавала себя за хорошую подругу, а потом я узнала, что у нее та же самая проблема, но многократно усиленная, скажем так, потому что у нее были и многие другие проблемы. А потом она меня в некотором смысле предала. В том смысле, что она рассказала об этом определенному кругу людей, в котором мы вращались.

КоТ: А вы до сих пор часто встречаетесь или нет?

П: Нет, нет. Потому что потом, когда я переехала от моего парня, я отдалилась от всех этих людей еще и потому, что я уже знала, что им было известно о моей проблеме, поэтому чувство стыда заставило меня отдалиться от них.

КоТ: Стало быть, в данный момент только твои родители знают об этом?

П: Да.

КоТ: Ты рассказала, что обычно... днем ты что-нибудь пьешь, а потом ничего не ешь до самого вечера. За исключением редких случаев, когда это может случиться, ты обычно ничего не ешь до самого вечера?

П: (*Кивает.*)

КоТ: Значит, ты ждешь ужина и обычно ужинаешь вместе со своими родителями?

П: Да.

КоТ: Вы ужинаете вместе... Следовательно, для тебя не существует еда, которую ты предпочитаешь, и ты ешь то, что подают на ужин для всех?

- П: Скажем, моя еда... Обычно мама готовит для меня что-то отличное от того, что едят они, это уже вошло в привычку, в том смысле, что мне нравится рыба, а им — нет, я ем много овощей, мне нравится есть много фруктов, я не разделяю их пристрастие к мясу, к жирному и, в общем, к разным другим продуктам.
- КоТ: Следовательно, она знает твои вкусы и готовит ужин специально для тебя?
- П: Ну... овощи обычно те, что едят все, однако я не ем мяса и всех этих сложных блюд.
- КоТ: А ты в течение недели вызываешь рвоту систематически? Всякий раз, когда ужинаешь с ними?
- П: *(Кивает.)*
- КоТ: А когда ты ходишь ужинать с друзьями... Случается, что ты ходишь ужинать со своими друзьями?
- П: Редко.
- КоТ: Когда ты выходишь с ними, все происходит так же или нет?
- П: Нет.
- КоТ: Стало быть, это повторяется только дома и только вечером?
- П: Да.
- КоТ: Что происходит после того, как ты поужинаешь? Сколько времени проходит, прежде чем ты выполнишь этот свой ритуал?
- П: После ужина я все привожу в порядок, и не проходит и часа, как я оказываюсь в туалете.
- КоТ: Ты оказываешься в туалете, а потом?
- П: Потом я моюсь и иду спать, потому что у меня не остается сил, чтобы делать что-нибудь другое.
- КоТ: Время ужина всегда примерно одно и то же?
- П: Да, в 19:00.
- КоТ: ОК, у тебя дома ужинают в 19:00. А как реагируют твои родители на то, как ты ужинаешь, и на то, что происходит после ужина? Что происходит в семье?
- П: Ну я не знаю, прикидываются ли они тупыми или же... В том смысле, что они теперь немного отстали от меня. То есть раньше они следили за мной, делали что-нибудь, чтобы контролировать меня и то, что я делаю.

КоТ: Ты можешь привести мне какой-нибудь пример этого контроля?

П: Ну... когда я после ужина вставала из-за стола и шла куда-нибудь вызывать рвоту, кто-нибудь неизбежно оказывался за моей спиной и говорил: «Ну что же ты делаешь!»

КоТ: Ты считаешь, что состояние твоих родителей в данный момент как-то связано с тем, что с тобой происходит, с тем, что ты описываешь как свою проблему?

П: Э-э... По-моему, да.

КоТ: По-твоему, да. А каким образом?

П: Да, особенно в этот период — да.

КоТ: Каким образом это связано с твоей проблемой?

П: В общем, я обычно прихожу домой, естественно, испытывая голод, и нахожу там это немного такое... немного аморфное окружение, которое не чувствует моих потребностей. И не столько моих потребностей, оно не понимает то, что я говорю, даже самые элементарные вещи. То есть бывает, что я рассказываю о чем-то и должна повторить то же самое своему отцу, потому что он, может, не расслышал, а моя мама поняла что-то другое, и все это вносит вклад в возрастание нервозности, раздражения. Кроме того, у меня внутри напряжение уже из-за самого голода, оно все возрастает, и тогда поесть, а потом вызвать рвоту — это разрядка, потому что после того как я вызову рвоту, я чувствую себя расслабленной, обессиленной.

Т: Хорошо, ОК. Такое впечатление, что ты приходишь вечером домой и ожидаешь, как нам кажется, что тебя поймут, что вокруг тебя будут люди, соответствующие твоему уровню, в то время как тебя встречают люди, у которых другой уровень, которые не понимают тебя, так?

П: То есть они прямо как будто с другой планеты. Т:

Э-э, я именно это имел в виду! Знаешь, для того, что ты рассказываешь, можно использовать такую метафору: ты как чайка, которая каждый вечер возвращается домой, но ее дом вместо островка со скалой оказывается водой. Чайка настойчиво пытается погрузиться в воду вместе с рыбами или,

Реструктурирование семейной ситуации пациентки с помощью метафорического образа

что еще хуже, требует, чтобы рыбы летали, в то время как рыбы в лучшем случае могут только ненадолго выпрыгнуть из воды. Чайки и рыбы могут встретиться только на поверхности воды, но одни находятся под водой, а другие — над водой. Пока чайка продолжает требовать от рыб, чтобы те летали, она будет продолжать испытывать фрустрацию и в любом случае будет разочарована.

П: Фрустрирована, да, потому что потом, если я отвечаю невежливо, что только не происходит внутри меня: я прямо чувствую угрызения совести...

Т: Чувство вины.

П: ...ужасные, самые ужасные угрызения. И тогда у меня возникает желание наказать себя, потому что я ничего не заслуживаю на самом деле.

Т: Рыбы тоже не могут требовать от чайки, чтобы она плавала под водой, она там задохнется. Чайка может только нырнуть и вернуться на поверхность. Ты знаешь, природа иногда устраивает плохие шутки: у рыб может родиться чайка, и, может быть, это именно так и случилось с тобой. Стало быть, эта твоя борьба, в которой ты требуешь, чтобы они летали, как ты, — это самое плохое, что ты можешь сделать для самой себя. Ты стараешься изменить того, кто не может измениться. Повторяю тебе: самое большее, что они могут сделать, — это ненадолго выпрыгнуть из воды, но это не полет, это прыжок. Если ты хочешь кого-то твоего уровня, ты должна найти его среди тех, кто летает, а не среди тех, кто плавает. Однако, если я правильно понял, у тебя в прошлом была иллюзия, что ты его нашла, но это оказалась не чайка, а своего рода акула, которая старалась поглотить тебя.

П: *(Смеется.)* Да, это так.

Т: И, стало быть, ты очень боишься, в свою очередь. Значит, для тебя гораздо спокойнее оставаться под поверхностью воды и надеяться, что рыбы станут чайками, чем лететь в высоту, потому что там поджидает опасность, там вьются соколы, орлы, хищные птицы, которые больше тебя.

*Реструктурирование
неуспешных
любовных
отношений
пациентки
с помощью
метафориче-
ского образа*

- П: Это так, а еще немного тот контраст, в котором я живу, потому что, может быть, в семье я чувствую себя кем-то, поскольку...
- Т: Потому что ты летаешь, а они — нет, это очевидно.
- П: Однако мне кажется, что, когда я не дома, я чувствую, что... я не знаю... на меня направлена тысяча глаз.
- Т: Есть птицы, которые летают лучше, чем ты, которые сильнее тебя, у которых есть когти и клюв...
- П: Я низко летаю.
- Т: Ты летаешь низко, и они могут разорвать тебя на клочки. Хорошо, хорошо.
- П: Да, но не могу же я летать ровно посередине. Когда я снижаюсь, мне плохо; когда я набираю высоту, мне плохо.
- Т: Может быть, речь о том, что нужно научить тебя летать, помочь тебе стать способной к полету, верить в свои ресурсы, чтобы ты умела избегать опасных птиц, защищаться от опасностей... Хорошо, хорошо. Я думаю, что мы можем, исходя из того, что ты нам сегодня принесла, дать тебе в данный момент только одно указание, которое может казаться тебе банальным, но которое кажется нам очень важным.
- П: Это не проблема.
- Т: Вот оно: ты сказала нам, что бывают моменты, когда ты, странным образом, ешь и не вызываешь рвоту, потому что было что-то... Скажем, что бывают такие моменты, в которые ты летаешь и не боишься.
- П: *(Кивает.)*
- Т: Может быть, ты не замечаешь, что бывают другие опасные птицы или что бывают охотники, которые стреляют и в чайк тоже.
- П: В подобные моменты я их не вижу.
- Т: Ну тогда мы хотим, чтобы с этого момента до нашей следующей встречи ты искала такие моменты, замечала их. В общем, мы хотим, чтобы ты каждый день делала то, что у тебя получается спонтанно, без всяких усилий, но будь внимательна к тем моментам, когда тебе случится ле-

Первое предписание: искать исключения из проблемы

тать без страха: в какой ситуации, когда это бывает, что ты при этом делаешь или не делаешь, о чем ты при этом думаешь. Мы хотим, чтобы ты делала подобные наблюдения. Это потом поможет нам сделать следующий шаг для того, чтобы обучить тебя летать, не испытывая страха, избегая охотников и хищных птиц, а не требовать от рыб, чтобы они летали. Хорошо?

П: ОК.

Т: Мы можем встречаться каждую неделю или каждые две недели. Что ты предпочитаешь?

П: Каждые две недели.

Т: Отлично, встретимся через две недели.

Вторая сессия

П: За эти две недели я должна была записывать хорошие моменты... Их не было. Это были ужасные недели, просто кошмарные.

КоТ: Можешь сказать нам в точности, что ты запомнила из того, о чем мы тебя попросили?

П: Да, вы меня просили записывать счастливые моменты. Если бы у меня случились счастливые моменты, я должна была записывать причину этого счастья, то есть подробно описать ситуацию. Однако этого не произошло, наоборот, случились такие вещи, которые вызвали у меня некоторое недоумение, сделали меня еще более неуверенной, травмировали меня... Целая серия.

КоТ: Это были очень важные вещи?

П: Ситуация в моей семье волнует меня больше всего, у нас больше нет диалога. Сейчас я чувствую, что мои родители меня... то есть они напуганы, они избегают меня. То есть я прихожу вечером домой, а они как будто вообще боятся вмешиваться, чтобы не нарушить мое равновесие. То есть они встают и выходят, то есть выходят из комнаты и идут спать, и я остаюсь одна. Я чувствую, что они меня прямо избегают, избегают бесед, диалога со мной, потому что всякий раз, когда мы начинаем разговор, я неизбежно начинаю нервничать, потому что вижу, что они не понимают меня, что они за мной не успевают. Таким образом, они теперь сложили оружие.

*Переопределение
эффектов
эмпатии*

Когда они видят, что я пришла, они приветствуют меня, а потом говорят: «Мы сейчас пойдем спустимся вниз». То есть совсем нет... Я, таким образом, не знаю, как у них дела, а они не знают, как я себя чувствую.

Девушка рассказывает, что она получила интересное предложение по работе и что она очень переживает из-за того, что должна принять решение. Ее нерешительность связана с тем, что это предложение, с одной стороны, предполагает большую занятость и большую ответственность, а с другой стороны, она боится, что человек, который сделал ей это предложение, — очень богатый и преуспевающий мужчина — заинтересован в ней не только профессионально.

Пациентка сообщает, что эта ситуация ставит ее в критическое положение именно из-за того, что она чувствует, что у нее «очень нестабильный характер», и этот мужчина, которого она определяет как «очень сильного человека и с психологической точки зрения тоже», может заметить это и воспользоваться этим.

Т: Послушай, эта ситуация сильно взволновала тебя, правда?

П: Да, да.

Т: И она еще больше повергла тебя...

П: Да, действительно, не было ни одного вечера, в который я не спровоцировала бы рвоту. То есть я ела и вызывала рвоту.

КоТ: Несмотря на то что у тебя не было возможности разговаривать со своими родителями, раз они все время уходили.

П: Вот именно.

КоТ: Следовательно, ты ела одна, и не хватало той ссоры, которая имела отношение к еде...

П: Именно так, и я поняла, что это не связано с этим.

Т: Слава богу! Ты освободила нас от большого куска работы.

П: А, я рада.

КоТ: Мы немного сократили число переменных.

П: Я заметила это развитие событий. То есть... когда со мной это случилось... когда ко мне обратились с этим предложением, я немного успокоилась в профессиональном отношении. И действительно, на работе я чувствую себя драгоценным укра-

Переопределение роли родителей в появлении симптома

шением, у меня появилось больше уверенности, больше самоконтроля, больше спокойствия на профессиональном уровне... То есть я выполняю свои функции, но если раньше я позволяла командовать собой, то теперь я завоевала немного пространства. Но когда я выхожу за пределы рабочей сферы, я как будто снимаю с себя маску, становлюсь самой собой, и у меня полностью меняется лицо.

Т: ОК, как доктор Джекил и мистер Хайд! Или как в том ужасном фильме, я не помню, как он назывался... кажется, «China Blue», очень хороший фильм, там играет Катрин Тернер, еще совсем молодая. В течение дня ей удавалось делать замечательные вещи, она проектировала виллы для миллиардеров, работая в своем кабинете. А ночью, поскольку она жила одна, она приходила домой, надевала парик блондинки, очень вульгарную одежду и становилась проституткой.

П: Вот какая молодец!

Т: В фильме предполагалось, что эта проблема возникла из-за чувства неудовлетворенности и неспособности создавать уравновешенные взаимоотношения с противоположным полом, она была способна отпустить контроль только в такой извращенной ситуации и когда никто не мог ее опознать. То есть она разрешала себе быть самой собой на интимном уровне, только когда надевала маску, как будто бы быть самой собой на интимном уровне, быть женщиной в полном смысле этого слова — это что-то постыдное и не приличествует такому успешному, такому уравновешенному человеку, как она, не соответствует ее такому строгому образу.

Переопределение отношения пациентки к своей эмоциональной сфере с помощью рассказа

Реструктурирование того факта, что симптом связан не с отношениями пациентки с родителями, а скорее с трудностями в управлении эмоционально окрашенными и интимными отношениями

¹ Имеется в виду фантастическая повесть английского писателя Роберта Стивенсона «Странная история доктора Джекила и мистера Хайда», которая увидела свет в 1886 г. в Лондоне. Существуют различные ее киноверсии. В результате не до конца удавшегося научного эксперимента доктор Джекил пришел к научному открытию, заключающемуся в том, что в человеческой психике существуют одновременно несколько аспектов одной и той же личности, а человек как таковой есть продукт одновременного совмещенного действия всех этих личностей. — *Примеч. пер.*

П: Я поняла.

Т: Стало быть, ты вернулась вечером домой и по-своему сделала то же, что происходит в «China Blue».

П: Мою собственную версию.

Т: Твою версию.

П: Следовательно, тогда это связано с интимной сферой?

Т: Не обязательно так, это еще сложнее, это затрагивает сферу эмоций, телесных ощущений, отношений.

П: Действительно, я плохо понимаю свое тело.

Т: А мы этого еще не поняли, спасибо! (*Смеется.*)

П: То есть я никогда не чувствую себя комфортно, всегда испытываю напряжение...

Т: Да, я хотел бы понять... Поскольку ты на этой неделе заметила: «Значит, это на самом деле не так!», в то время как в прошлый раз ты нам предложила только гипотезу: «Это из-за моих родителей, из-за моей семьи»... На этой неделе они отстранились...

П: Я знаю!

Т: ...как ты нам описала, внешний мир взбудоражил тебя. Большое удовлетворение в профессиональном плане, но в то же время риск в личном плане: «Кто знает, что может захотеть от меня этот хитрец...

П: Вот именно.

Т: ...кто знает, чего он от меня в конечном итоге хочет. Может быть, я не сумею держать его в определенных рамках, может быть, мне этого и хотелось бы, но я не знаю, могу ли я себе это позволить».

П: Ну мне бы этого не хотелось, потому что тот тип мне совсем не нравится, но предлагаемая позиция — да.

Т: Да, но иной раз в желании нарушить запреты важна не красота того, кто в этом участвует, важен сам факт.

П: Но поскольку мне в данный момент это было бы противно...

Т: А как бы мы иначе могли сказать, что есть и вызывать рвоту — это приятно? Если мы это скажем обычным людям, они ответят тебе: «Да она с ума сошла!» И тем не менее, когда это повторяется определенное количество раз, то становится ин-

Переопределение еды и провоцирования рвоты как приятного процесса

тенсивным удовольствием, а со стороны кажется отвратительным. Но когда повторяется...

П: Я это знаю.

Т: Следовательно, ты, возможно, могла бы создать что-нибудь в этом духе и с хитрецом. Но меня интересует вот что: когда ты на этой неделе ежевечерне устраивала свидание с едой и вызванной рвотой, ты переживала это более интенсивно? В том смысле, что это было более приятно, более компульсивно, более неудержимо?

П: Разрешите подумать... По-моему, это больше было разрядкой, то есть именно...

Т: Тебе совершенно не удавалось удержаться, правда? То есть это было неудержимым импульсом.

П: Нет, нет, нет, совершенно не удавалось. То есть чем больше я стараюсь это контролировать, ем, а потом говорю себе: «Подождем, посмотрим, что будет», — тем раньше начинаю. Скажем, это что-то, что рождается внутри меня, что я совершенно не могу затормозить. Я пробовала, как вы подсказали на конференции в М., подождать каждый вечер пять минут, а потом увеличивать срок ожидания...

Т: Почему ты всегда все хочешь делать сама?

П: Нет, нет, я сказала себе: «Попробуем!», но у меня не получается.

Т: Это слишком сильно. Хорошо, хорошо.

П: Я немного чувствую себя подопытным кроликом.

Т: Мы оба — тоже подопытные кролики, потому что ты нас в чем-то испытываешь, не так ли?

П: Но я...

Т: А тебе это не нравится, потому что ты всегда должна все держать под контролем, правда? Если ты не контролируешь, у тебя начинается кризис.

П: Именно так. Действительно, сейчас я не могу сказать, что я спокойна.

Т: Охотно верю, но это, впрочем...

П: Цена, которую надо платить!

Т: ...один из основных факторов, которые поддерживают твою проблему, — твоя потребность все

держат под контролем. Но поскольку это ни для кого не является возможным, то ты создала для себя ситуацию, в которой ты позволяешь себе целиком и полностью отпустить контроль, но при этом ты не вовлекаешь в нее других людей. Для тебя важно именно это, поскольку ты уже в своей жизни заплатила за личную вовлеченность, и тебе не удастся этим управлять.

Рациональное объяснение механизма, поддерживающего проблему¹

П: Я больше никому не доверяю.

Т: Стало быть, ты на самом деле всегда носишь защитные доспехи.

П: Они к тому же довольно тяжелые.

Т: Не дай бог, чтобы кто-то проник внутрь этих доспехов, потому что ты очень ранима. Кроме того, кто-нибудь мог бы воспользоваться тобой во всех смыслах. Я правильно говорю?

Реструктурирование с помощью метафоры («Защитные доспехи»)

П: (Кивает.) Т:

Хорошо, хорошо.

П: Прекратите все время говорить «хорошо, хорошо». Если вы не прекратите...

Т: Что ты думаешь? (Обращается к котерапевту.)

КоТ: Мне хотелось бы знать, насколько она расположена немного расширить тот беспорядок, который удается создавать в момент полной физической и эмоциональной вовлеченности, это относится и к эмоциям... После того как ты выполнишь этот свой ритуал, ты чувствуешь себя более расслабленной. «Это разрядка», — как ты сказала. В прошлый раз ты рассказывала нам, что чувствуешь себя более расслабленной, после того как вызовешь рвоту...

П: Да, потому что я, больше на физическом уровне, остаюсь без сил.

КоТ: Ты опустошена, обессилена, после того как интенсивно ошутила свое тело, потому что при рвоте, я думаю, переживаются сильные мышечные сокра-

¹ Для этой пациентки использование объяснений на рациональном уровне представляется особенно эффективным, поскольку она привыкла к тому, что ее ценят за интеллект и за способность всегда контролировать ситуацию. Здесь используется самое настоящее «интеллектуальное обольщение», которое поощряет пациентку и повышает ее склонность к сотрудничеству.

щения. А ты согласилась бы перенести немного этого беспорядка и в другие сферы, в другие контексты?

П: То есть позволить себе отпустить контроль?

КоТ: Нет, нет, не отпустить контроль. Я думаю, что это было бы преждевременно, не следует ускоряться.

П: Я не поняла вопрос.

КоТ: Действительно, я его еще не задала. Я спрашиваю саму себя, а потом я, может быть, хотела бы получить ответ от тебя... В этой ситуации, которую ты сейчас оцениваешь и с профессиональной точки зрения, принять изменение означает войти в ситуацию нового контроля, научиться контролировать новую ситуацию. Однако тебе не хватает всех переменных, ты еще не очень хорошо знаешь, какие переменные тебе придется контролировать и будешь ли ты способна контролировать их, ОК? И эта нерешительность повышает напряжение, которое ты доносишь до вечера и разряжаешь с помощью рвоты, так? Ты опять выходишь на игровое поле. Уже был достигнут небольшой контроль, ты контролировала свою работу, на работе ты как украшение... А тут предлагают изменение, и теперь предстоит пуститься в новую авантюру.

П: В точности так, в точности так.

КоТ: ОК...

Т: И насколько же ты согласна принять небольшой риск, отпустить контроль?

П: Я не понимаю.

Т: Вот в чем заключается наше любопытство: в данный момент для тебя больше всего необходимо все держать под контролем, или ты слегка расположена применить твою способность отпускать контроль, которую ты демонстрируешь по вечерам, в других вещах, в других контекстах?

П: Я хотела бы понять, в каких контекстах.

Т: Мне кажется, что в твоем случае имеется только один «другой контекст», не так ли? У тебя есть профессиональная жизнь и то, что ты ешь и вызываешь рвоту. Третий уровень — это твоя семья, которую ты до сих пор пробовала использовать в качестве возможной причины твоих проблем, но мы при

- анализе причин какой-либо ситуации в конечном итоге всегда возвращаемся к ответственности, которая потом всегда оказывается нашей, в первом лице. Стало быть, вопрос или сомнение вот в чем: насколько ты допускаешь возможность чем-нибудь рискнуть? Рискнуть отпустить контроль?
- П: *(Вздыхает.)* Я слишком боюсь, ничем.
- Т: Хорошо. Следовательно, тобой главным образом владеет страх, несмотря на то чудесное представление, которое ты создаешь о себе.
- П: Да.
- Т: Значит, доспехи невозможно снять, правда? Ты не можешь их снять даже на 10 секунд?
- П: Нет.
- Т: Какого насилия на личном уровне ты больше всего боишься, если бы ты сняла доспехи? Представь себе, что случилось волшебство, а в этом случае — проклятье. Ты выходишь отсюда, а эти два мага сняли с тебя доспехи, ты оказываешься без них. Какому первому риску ты подверглась бы?
- П: На физическом уровне, против моей воли.
- Т: Что это значит?
- П: Насилие надо мной, то есть физическое насилие, против моей воли, в том случае, если бы мне этого не хотелось, то есть физически, половым актом.
- Т: Да, но в данном случае доспехами являются твой ритуал и тот способ, которым ты избегаешь ситуаций, в которых что-нибудь могло бы случиться. Однако этот страх означает, что ты, возможно, в сфере чувственности очень легко могла бы отдалиться ситуации.
- П: Да.
- Т: ОК, значит, ты на самом деле больше всего не доверяешь самой себе.
- П: Да, потому что я себе не нравлюсь.
- Т: Что тебе не нравится в себе — то, что ты немного слишком расположена к чувственности?
- П: Да.
- Т: То, что ты склонна позволять чувствам превалировать над рациональностью?
- П: М-м... И это тоже, но главным образом это... мой страх показать то, что есть у меня внутри, что я

стараюсь компенсировать с помощью внешнего образа, который тем не менее меня не удовлетворяет... это своего рода цепочка.

Т: Я верю этому. Но то, что у тебя внутри и что ты боишься показать другим, — что это такое?

П: Это мои чувства, мои мысли. Т:

Твои чувства — в каком смысле? П:

Мои идеи в целом.

Т: Твои идеи... Здесь мы продолжаем находиться на уровне мышления, в то время как я думаю, что самые большие проблемы возникают у тебя с эмоциями и ощущениями. Не с мышлением — с мышлением у тебя все в порядке.

П: Это в каком смысле?

Т: То есть тебе хорошо удастся управлять своими мыслями, все планировать, все организовывать. Это мое впечатление, которое ты подтверждаешь, когда говоришь: «Если бы было произнесено заклинание и с меня спали доспехи, то я боялась бы, что кто-нибудь совершит надо мной насилие», но это означает, что ты позволила бы совершить над собой насилие, и это означает, что ты боишься своих реакций, своих склонностей. Следовательно, если я правильно понял, внутри тебя имеются две противоположных склонности: одна из них, довольно сильная, которую ты очень хорошо ощущаешь, — это склонность к интенсивным эмоциям, к ощущениям, к нарушению запретов. Вторая склонность — противоположная, это желание быть безупречной маленькой феей, ОК? Хорошо. Доспехи служат для того, чтобы держать в заключении ту колдунью. Стало быть, внутри тебя борются фея и колдунья, и ты очень боишься колдуньи, которой сама и являешься. Стало быть, ты ей не доверяешь. Потому что не доверяешь самой себе. Хорошо, хорошо.

П: (Кивает.)

Т: Знаешь, мне всегда, когда я слышу о чем-то подобном, приходит в голову афоризм, который звучит таким образом: «Если ты позволишь себе что-то, ты сможешь и отказаться; если ты не позволишь себе этого, отказаться станет невозможно».

П: Я знаю об этом...

Реструктурирование с помощью метафоры («Фея и колдунья»)

Реструктурирование с помощью афоризма

Т: Я имею в виду, что никто не говорит, что ты должна начать вести себя распущенно и действительно расчистить место для колдуньи. Однако пока тебе не удастся создать внутри себя альянс между феей и колдуньей, ты будешь оставаться жертвой колдуньи гораздо больше, чем ты думаешь, и она обусловит твое поведение гораздо больше, чем ты думаешь.

П: Да, я это поняла, но я не знаю, что надо делать. Т: Хорошо, ты именно для этого здесь находишься, мы уже работаем над этим.

П: Я знаю, что существует этот контраст.

Т: Между тем ты сегодня принесла нам совершенно другую действительность, чем та, о которой ты рассказывала 15 дней назад. Мы освободились от идеи о патологии на семейном уровне, которая, если она была и продолжает существовать, имела свое значение в предыдущие годы, а теперь она не влияет на устойчивое существование твоей проблемы.

П: Да, но когда я говорю со своими родителями, я все равно раздражаюсь.

Т: Но это же очевидно, ты нуждаешься в другом враге, с которым надо сражаться, чтобы не вступать в бой с тем врагом, который гораздо больше пугает тебя. Нам очень здорово удастся создавать подобный самообман, понимаешь, смещать свое внимание с более болезненных вещей на то, что не так болезненно и прячет за собой то, болезненное. Сегодня нам, наоборот, удалось установить, в чем состоит проблема, и мы должны работать именно с этой проблемой...

П: (Кивает.)

Т: Итак, мы хотим от тебя просто одну вещь, совсем маленькую, но сознательно выполняемую. Она немного отражает то, о чем тебе сказала моя коллега (имеет в виду Кот), когда говорила о сомнении. Мы хотели бы, чтобы ты с этого момента и до нашей следующей встречи каждый день делала что-то минимальное, небольшое, совершенно незначительное, не рискованное, но конкретное, что позволяло бы действовать колдунье, а не фее. Но это должно быть каждый день что-то очень маленькое, это не должно быть чем-то рискованным,

Еще одно уточнение того, что устойчивое существование проблемы не связано с конфликтом с родителями

Первое предписание: «как если бы» с одним маленьким действием каждый день (в адаптации использована метафора колдуньи)

не должно представлять для тебя опасности, прямо самый минимум. Думай каждое утро: «Если бы я выпустила колдунью, эту мою половину, то какие бы разные вещи я сделала сегодня?»

П: То есть это не то, что я должна делать на публике, это что-то...

Т: Да, да, позволь мне объяснить получше: «Если я сейчас, сегодня, позволила бы проявиться моей натуре, которую я подавляю доспехами, или, еще лучше, если бы я освободила из клетки заключенную в нее колдунью... если бы я освободила ее сегодня, то что мне хотелось бы делать или, еще лучше, что бы я сделала?» Тебе в голову придет целая серия больших дел, потом все меньших и меньших... Мы хотим, чтобы ты каждый день выбирала самую маленькую вещь, которую могла бы сделать колдунья, и выполнила бы ее, однако каждый день должно быть что-то другое.

П: Угу.

Т: ОК, мы хотим только этого.

П: Да, я поняла.

Т: И если ты хочешь совета в отношении того предложения, которое было тебе сделано...

П: Хорошо бы...

Т: Не спеши, скажи им, что это тебя, с одной стороны, привлекает, а с другой стороны — пугает, что тебе хотелось бы принять его, но тебе нужно время для того, чтобы все организовать. Отложи решение, и тогда мы увидим, насколько этот хитрец действительно хочет заполучить тебя. Хорошо? Какое бы решение ты ни приняла в данный момент, оно все равно было бы ошибочным, потому что оно либо вызвало бы у тебя разочарование в самой себе, либо подвергло бы тебя слишком большому риску. Не спеши, хорошо?

П: Отлично.

Т: Встретимся через 15 дней.

П: ОК...

Третья сессия

КоТ: Тебя сегодня провожали?

П: Нет.

КоТ: Тебе удалось приехать одной?

П: *(Улыбается.)* Да, да!

КоТ: Как прошел этот период? Что произошло?

П: Значит, у меня как домашнее задание было...

Я должна была каждый день найти что-то, какоенибудь событие и «выпустить на свободу колдунью», так? И тогда случилось так, что в первые дни это было своего рода постоянной деятельностью, потому что я отыскивала что-то, что я считала наиболее подходящим для того, чтобы выпустить колдунью. И...

КоТ: Исходя из чего ты понимала, что это самая подходящая вещь?

П: Потому что я именно чувствовала, что вступало в силу желание держать эту вещь под контролем, видеть ее в порядке, видеть ее... скажем так... под моим управлением и видеть, что она делается определенным образом. И тогда я, вот именно, я старалась противиться этой моей склонности, однако сразу же после того, как я освобождала колдунью в этом эпизоде, выявлялся следующий эпизод, который казался мне еще более подходящим. Поэтому сначала, в первые 2–3 дня это было своего рода сражение, а потом дни проходили... Я ежедневно находила что-нибудь, чтобы позволить этой колдунье свободно проявиться, но я не так уж много всего делаю в течение дня, а я должна была каждый день позволить себе отпустить контроль в чем-то другом, и этот перечень начал истощаться... Тогда мне пришлось немного расширить горизонты, и я немного отпустила контроль и в том, что касается работы, в том смысле, что... Представьте себе тот образ безупречной девушки, который я хочу у всех вызывать. Я немного взвесила его... Я позволила себе не спешить в некоторых ситуациях, в которых я видела, что должна реагировать немного против своего желания, и я немного настояла на своем, и от этого я почувствовала себя хорошо. Я почувствовала себя более реализованной, я обнаружила, что это своего рода цепочка, то есть что она сама себя питает... Это приятное ощущение, и я заметила, что

Переопределение эффектов предписания «как если бы»

день за днем мне все больше удавалось открыться перед другими людьми, — раньше моим желанием было отстраниться от всех, от группы в целом... Да, может быть, и это мое равнодушие к другим людям потихоньку, постепенно изменяется, и мне удается также смотреть людям прямо в глаза, то есть даже поддерживать диалог, не чувствуя себя уровнем ниже, не пытаюсь всегда искать в других подтверждения, благоволения ко мне. В общем, я хочу сказать, что, несмотря на мои мысли... Последний эпизод случился сегодня, по дороге в Арцецо. В предыдущие разы я старалась уединиться ото всех спутников в купе, спрятавшись за сборник кроссвордов, но сегодня я познакомилась с людьми, которые вначале казались прямо такими... банальными, а потом, я сама не знаю как, у нас завязался своего рода диалог, и каждый рассказал свою историю, и было рассказано о событиях, которые потрясли меня... в положительном смысле. То есть сначала я была немного шокирована, но потом это показало мою проблему... скажем так, в кавычках... в другом свете.

КоТ: Кто, по-твоему, внес больший вклад в этот пережитый опыт: колдунья или фея? Это было их альянсом, который ты создала, или ты позволила одной из них отреагировать в большей степени, чем другой?

П: По-моему, ни одна, ни другая.

КоТ: ОК, здесь вмешалось что-то новое!

П: Это я, моя личность.

КоТ: Это что-то новое, что давненько не появлялось, как мне кажется... Не так ли?

Т: Знаешь, к тому же, для того чтобы выйти из ситуации, в которой две вещи находятся в контрасте, нужна третья вещь, которая может быть синтезом двух первых, но которая становится чем-то совершенно отличающимся и от одной, и от другой: мы назвали бы это вновь рождающимся качеством. Вода состоит из молекул кислорода и водорода, но она не имеет ничего общего с кислородом или водородом. Ты тоже можешь быть качеством, вновь рождающимся из феи и колдуньи, которое совер-

Реструктурирование с помощью аналогии о возможности сосуществования феи и колдуньи в одном человеке

шенно отличается как от феи, так и от колдуньи, хотя и обладает их характеристиками.

Кот: Эта серия положительных событий, которые случились постепенно, шаг за шагом, маленькими шагами... Как ты сказала, «своего рода цепочка», добродетельная, а не порочная... Какой эффект она произвела на различные сферы твоей жизни? Ты сказала, что он был положительным на работе, положительным в межличностных отношениях, потому что тебе удастся смотреть людям в глаза, разговаривать с ними, поддерживать диалог... А на какие-то другие сферы тоже было положительное воздействие?

П: Да, эта моя... я не знаю... своего рода жизненная сила, рождение которой я в себе почувствовала, позволила мне познакомиться с одним человеком, с парнем, с которым я встречаюсь уже неделю, и... Нужно сказать, что я продвигаюсь медленно и осторожно, но... То есть это новая вещь, которая вызывает у меня некоторое недоумение, немного страха, но я хотела бы столкнуться с этим...

Т: Я предполагаю, что это вызывает у тебя и энтузиазм?!

П: Да.

Т: И вы прямо сделались парой?

П: Нет! Мы еще...

Т: В стадии переговоров...

П: Да, мы встречаемся уже неделю. По-моему, это хорошая история! Потому что я всегда, как рыба, ныряла во все, но эти отношения я, наоборот, взвешиваю... Может, потому что у этого человека уже некоторый возраст, он на шесть лет старше меня, он ничего общего не имеет с пацанами или... То есть это уже более серьезный человек, с идеями... И, что важнее всего, в то время как раньше я всегда старалась скрыть от других эту мою проблему, в нем я нашла своего рода контакт, которому можно доверять. И я не знаю, как это случилось, но это произошло само собой, в том смысле, что я не испытала никакого страха или стыда... Потому что я часто стыжусь того, что я чувствую, и не думаю о том, что делаю. А ему я, наоборот,

все рассказала просто так. Я думала, что он после первой встречи больше не захочет меня видеть, но потом...

КоТ: Извини, ты упомянула «эту мою проблему». Ты можешь рассказать нам, в чем именно ты ему призналась?

П: Да, в своих трудностях в установлении отношений с другими людьми в целом и о проблемах в питании. Не прямо в деталях то, что я делаю, но... В том смысле, что у меня есть проблемы с едой.

КоТ: А что в точности ты делала на этой неделе в отношении «проблемы в питании», как ты ее назвала?

П: Ну... Это случилось, но реже, и случилось главным образом в три момента, когда я как бы ощущала внутреннюю пустоту из-за некоторых вещей, которые мне не удалось выполнить именно из-за лени и из-за слегка нелюдимого характера. То есть я заметила эту своего рода внутреннюю пустоту и... Я не знаю... как бы для разрядки... Это подтолкнуло меня к рвоте.

Т: Сколько раз, ты сказала? Три раза?

П: Да.

КоТ: За 15 дней?

Т: Это существенное уменьшение.

П: Резкое!

Т: В том смысле, что ты это проделывала каждый вечер...

П: Да.

Т: А сейчас только три раза!

П: Да.

Т: А как ты объясняешь это изменение?

П: Э-э... Я не знаю. У меня нет никаких идей. Случилось также, что у меня была хорошая беседа с моими родителями через три дня после нашей встречи, именно втроем, то есть я и мои родители. И опять я их увидела в другом свете; то есть они сложили оружие, если оно вообще у них раньше было... Я точно не знаю, но они в любом случае сказали, что все зависит от меня, что они ничего не могут сделать. То есть если я захочу, я смогу справиться с этим, иначе... иначе я «совсем погрязну» в этом. Они сказали, что больше никак не

*Анализ
симптома
пищевое
расстройство
в данный
момент*

*Положи-
тельное пере-
определение
уменьшения
симптома-
тики*

- будут пытаться мне помочь, то есть теперь выбор остается...
- Т: А как они отреагировали, когда увидели, что ты больше не делала этого, если не считать трех раз?
- П: То есть... я не думаю, что они действительно заметили это.
- Т: Ты им сказала об этом?
- П: Нет.
- Т: Хорошо. И я думаю, это важно, чтобы ты старалась не говорить им об этом, потому что это только твоя вещь, только твое завоевание.
- П: Нет, потому что я не знаю, насколько они мне поверили бы.
- Т: А!
- П: Да.
- КоТ: А какие другие занятия ты открыла для себя, раз тебе в течение 15 дней удалось не делать то, что ты обычно делала?
- П: Ну... Много всего, потому что я купила компьютер и посвятила время, которое я проводила дома, изучению этого нового инструмента.
- Т: Чтобы быть еще успешнее на работе!
- П: Я делаю это из личного интереса, потому что те программы, которые у меня дома, не имеют ничего общего с теми, которые...
- Т: Еще успешнее в целом!
- П: Я не то чтобы делаю это, чтобы стать еще успешнее, это то, что меня интересует.
- КоТ: В любом случае ты станешь более компетентной, это станет новым умением.
- П: Да, я думаю, что смогу использовать и то, чему я учусь.
- КоТ: Конечно.
- Т: Послушай, а в отношении того нового предложения, когда ты попросила время на решение: как тебе удалось это сделать?
- П: Ну... Я в тот вечер была... Я была великолепна! (Смеется.)
- Т: Ты в эти две недели была просто удивительной!
- П: Нет, нет! Я именно решительно взялась за это. Я позвонила, и это был телефонный разговор,

Поощрение пациентки за проявленные способности («интеллектуальное обольщение»)

который продлился три четверти часа. Ответственный за сбыт только что вернулся из Соединенных Штатов...

КоТ: Ты сама позвонила?!

П: Да, я, потому что мы так договаривались... Такой был уговор.

КоТ: А, ОК.

П: Э-э...

КоТ: По возвращении из Соединенных Штатов...

П: Да, я позвонила и сказала ему, что если он ожидает ответа в ближайшее время, если ищет кого-то сразу, то... В таком случае я не могла рассматривать это предложение, потому что мне нужно было определиться с некоторыми вещами и организовать некоторые вещи как в профессиональном, так и в личном плане... К сожалению, если он нуждается в ответе в краткие сроки, то мой ответ мог быть только отрицательным... И здесь тоже все оказалось сюрпризом, потому что я думала, что он примет это мое заявление, но он, наоборот, сказал: «Нет, если необходимо подождать два или даже три месяца, то я согласен подождать. Достаточно того, чтобы вы потом сообщили мне о своем решении, чтобы вы позвонили мне». Поэтому все отложилось на потом, то есть я должна буду позвонить ему через некоторое время.

Т: А когда ты разговаривала с ним, ты почувствовала себя очень способной, правда?

П: Да.

Т: Ты, как мы бы сказали, «скакала на тигре».

П: Да, потому что... Я не знаю, но в тот момент мне не казалось таким уж важным произвести на него впечатление, то есть стараться как-то понравиться ему, показать себя профессионалом или... Я просто была самой собой, сказала ему то, что думала, и это было замечательное ощущение, потому что обычно я ищу снисхождения, стараюсь показаться лучше, чем я есть на самом деле, в то время как в том телефонном разговоре я ему сказала: «Мне очень жаль, но если вы ищете кого-то сразу...»

*Оценка
ситуации
в данный
момент по
шкале
от 0 до 10*

Т: Хорошо. Прежде чем дать тебе следующие указания, мы хотим, чтобы ты провела своего рода оценку... почти как в таблице. Ты за эти 15 дней принесла нам целую серию изменений, которые кажутся нам важными и существенными, и ты сама первая подчеркнула это. Если мы оценим нулем тот момент, когда ты пришла к нам, и десятой — момент, когда ты сможешь сказать нам: «Мы решили все мои проблемы», то какую оценку ты дала бы сегодня после всех этих изменений?

П: Сегодня... Восемь. Проблема в том, что я не знаю, удастся ли мне удержаться на этом уровне!

Т: Ты поставила бы сегодня восемь?

П: Да. После сегодняшнего нашего разговора — вне всякого сомнения.

Т: М-м...Постой, мне любопытно вот что: что должно произойти, чтобы ты могла сказать, что достигла десяти? В какой достигнутой тобой точке ты могла бы сказать: «Я достигла десяти, я больше в вас не нуждаюсь»? Или: «Вы мне нужны только для того, чтобы удержаться в этой точке»?

П: Э-э...

Т: Какие конкретные доказательства позволили бы тебе сказать это?

П: Должна сказать, что восемь было бы прекрасной оценкой, то есть я даже и не мечтала бы о десятке, потому что так, как я чувствую себя сейчас, — это хорошо. Чего мне не хватает, чтобы достичь постоянства? Э-э... Это неизвестная, о которой я сама не знаю! Еще и потому, что я в замешательстве, я пытаюсь понять, откуда все это взялось.

Т: Но ты смотришь, думаешь о том, откуда взялось... Ты смотришь назад. Я попросил тебя смотреть вперед!

П: М-м...

Т: Что должно случиться, что ты должна сделать, что ты должна почувствовать, чтобы ты могла сказать, что дошла до десяти? Я не хочу, чтобы ты ответила мне сейчас. Это твое предписание, начиная с этого момента на предстоящие 15 дней.

П: Десять безусловно означало бы независимость... Жить отдельно...

Т: Да, но я хочу, чтобы ты думала об этом каждый день, ОК? Каждый день ты должна спрашивать себя: «Я сейчас в точке 8. В какой момент я могла бы сказать, что нахожусь в точке 10? Как бы выглядела точка чуть раньше — 9? Что должно было произойти, чтобы я могла сказать, что я в точке 10 или в точке 9?» (*Обращается к КоТ.*) Ты хочешь что-то добавить?

КоТ: Да, тут есть... Меня слегка поразила та уверенность, с которой ты сказала: «ОК, сейчас все замечательно, на 8, но есть одна проблема: я не знаю, удастся ли мне удержаться в этой точке и что еще я должна делать, чтобы удержаться на ней». Однако ты, с другой стороны, не знаешь даже, что случится в ближайшие дни... Никто из нас не знает этого... По этому поводу мне вспоминается одна история об улитке, которая находится у корней черешневого дерева и начинает взбираться на него. Вокруг нее вьются птицы и смотрят, как она с невероятными усилиями поднимается по дереву, потому что она, естественно, ползет очень медленно. Одна из птиц говорит ей: «Глупая, да зачем же ты полезла на это дерево?» Было еще рано, стоял февраль или март. «Ты не видишь, что на дереве еще нет черешен? Ты ничего не найдешь на вершине». А она отвечает: «Да, но когда я доберусь до вершины, там будут черешни!»

П: Я поняла.

КоТ: Я думаю, что это может быть твоей мыслью в предстоящие дни. То есть ты должна стараться думать о тех возможностях, которые ты не должна будешь пропустить, и о том, что позволит тебе продвигаться вперед к чему-то, что ты будешь считать ценным в предстоящие дни, что автоматически приведет тебя от 8 к 10 или же даст то спокойствие, которое необходимо, чтобы сначала закрепить оценку 8. Было бы не слишком эффективно сразу перескочить в точку 10, если мы еще не знаем, достаточно ли закрепилась наша восьмерка.

П: Да, дело в том, что у меня за эти 15 дней в основном не произошло ничего плохого, наоборот, все было замечательно.

Первое предписание: думать о том, что позволило бы сказать, что достигнута точка 10 на шкале оценки

Реструктурирование с помощью рассказа

Т: По-твоему, это было волшебством, или ты внесла вклад в построение этой новой реальности?

П: Я именно это и стараюсь понять! Потому что было бы здорово, если бы я сама, в некотором смысле, создала все это! Или суметь оценить ее в другом...

Т: Ты знаешь, сейчас и в так называемых самых точных науках знают, что настоящие открытия — это не открытие новых веществ, а изменение точки зрения в голове наблюдателя. Нам кажется, что ты делаешь новые открытия именно в этом смысле. И, значит, нас интересует, чтобы ты продолжила это путешествие первооткрывателя, которое заключается не в том, чтобы видеть новые миры, а в том, чтобы «изменить свои глаза», как говорил Пруст. Хорошо?

П: *(Кивает.)*

Т: Встретимся через три недели.

Реструктурирование с помощью афоризма

6.3. Смешанные случаи

Очень часто терапевт сталкивается со смешанными случаями, в которых симптоматика не относится к одному четко обозначенному расстройству в питании.

Например, могут иметь место ситуации, в которых *анорексия и булимия чередуются между собой*. В этих случаях необходимо определить перцептивно-реактивную систему пациента — многократно повторяющиеся способы восприятия пациентом действительности и его реакций на нее — и выяснить, какая предпринятая попытка решения является доминирующей — худеть (анорексичное основание) или переесть (булимичное основание) — и каким является ее эффект, хотя потом и возникает круговая причинно-следственная зависимость. После выявления базовой структуры применяется протокол для доминирующего расстройства, который, естественно, должен предусматривать некоторые вариации, принимающие в расчет осложнения, вызванные дополнительным расстройством.

Чаще всего встречается анорексия, развивающаяся в vomiting (согласно данным АРА, 50% случаев). В этом случае терапевт прежде всего проводит работу, направленную на симптоматику вызываемой рвоты, однако часто после решения этой проблемы становится необходимым провести вмешательство, направленное на анорексическую структуру, проводя действительно две отдельных терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В завершение этого длительного и, может быть, скучного путешествия в амбивалентный, искривленный и многогранный мир нарушений пищевого поведения мы хотели бы подчеркнуть лишь некоторые моменты, которые мы считаем существенными.

Прежде всего мы считаем важным тот факт, что возможно разработать модели терапевтического вмешательства, обладающие конкретной эффективностью и экономичностью, для таких серьезных и ограничивающих жизнь пациента патологий, которые описаны в данной работе. Это позволяет избежать распространенного мрачного пессимизма, который часто чувствуется в литературе по психиатрии и клинической психологии, когда говорится о расстройствах, характеризующихся особой резистентностью к терапевтическому вмешательству. Другими словами, не существует невозможных пациентов, а существуют только неэффективные терапии и терапевты (*Don D. Jackson*), при том условии, что терапия при ее разработке должна адаптироваться и хорошо приспосабливаться к специфическим типам расстройств, а не наоборот, когда расстройства приспосабливаются к теориям и к терапии. Кроме того, поскольку психические патологии развиваются вместе с эволюцией индивидов и общества, и терапия должна развиваться, отражая этот процесс. Таким образом, терапия, показавшая хорошие результаты несколько десятилетий назад в отношении определенного расстройства, может сегодня оказаться неэффективной в отношении того же самого расстройства. К тому же, как уже утверждал Ницше, «в этом мире образов, который мы сами создали, мы придумываем нас самих как единицу, остающуюся постоянной в процессе изменения».

После этого мы хотим подчеркнуть, как это уже было сделано нами в других работах, посвященных краткосрочному терапевтическому вмешательству, нацеленному на лечение специфических пато-

логий, — мы практически уверены в том, что некоторые читатели, и особенно те, которые руководствуются традиционными психологическими и психиатрическими теориями, немедленно усомнятся и скептически отнесутся к реальной эффективности заявленных результатов. Такие читатели, в свете принимаемых ими теорий, подумают, что невозможно решить в краткие сроки такие сложные и глубокие проблемы; они не принимают в расчет, что если проблемы сложны и уже долго существуют, то это не означает, что их решение должно быть столь же сложным и долгим. Вспомним высказывание Оккама: «Все, что можно сделать с помощью малого, бесполезно делать, прикладывая большие усилия».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- AA.VV. (1980), *Handbook of Daily Readings*, Overeaters Anonymous, Los Angeles.
- ABRAHAM S.F., MIRAM, LLEWELLYN-JONES D. (1983), *Bulimia: a study of outcome*, *International Journal of Eating Disorders*, 2, pp. 175-180.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, IV^a Ed., The American Psychiatric Association, Washington D.C.; (tr.it. *DSM-IV—Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, IV^a Ed, Masson, Milano, 1994).
- ANONIMO (1990), *I 36 stratagemmi: l'arte cinese di vincere*, Guida Editori, Napoli.
- ARCURI L. (1994), *Giudizio e diagnosi clinica: analisi degli errori*, *Scienze dell'Interazione*, 1 (1), p. 107-116.
- AUSTIN J.L. (1962), *How to Do Things with Words*, Harvard University Press, Cambridge, (tr.it. *Come fare cose con le parole*, Marietti, Genova, 1987).
- BANDLER G., GRINDER J. (1975), *Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson M.D.*, Meta Publications, Palo Alto; (tr.it. *I modelli della tecnica ipnotica di Milton H. Erickson*, Astrolabio, Roma, 1984).
- BATESON G., JACKSON DON D., HALEY J., WAKLAND J.H. (1956), *Toward a theory of schizophrenia*, *Behavioral Science*, 1, p. 251-264; (tr.it. Verso una teoria della schizofrenia, in G. Bateson, *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1976, p. 244-274).
- BERGMAN J.S (1985), *Fishing for Barracuda. Pragmatics of Brief Systemic Therapy*, Norton, New York; (tr.it. *Pragmatica della terapia sistemica breve. Come si pesca il barracuda*, Astrolabio, Roma, 1986).
- CARUSO G., MANARA F. (a cura di), (1997), *I disturbi del comportamento alimentare*, Angeli, Milano.
- COSTIN C. (1996), *The eating disorder sourcebook*, Lowell House, Los Angeles, CA.
- DA COSTA N. (1989a), *On the Logic of Belief*, *Philosophical and Phenomenological Research*, 2.
- DA COSTA N. (1989b), *The Logic of Self-Deception*, *American Philosophical Quarterly*, 1.
- DELLA GRAVE R. (1996), *Anoressia Nervosa: i fatti*, Positive Press, Verona.
- DE SHAZER S. (1985), *Keys to solution in brief therapy*, Norton, New York; (tr.it. *Chiavi per la soluzione in terapia breve*, Astrolabio, Roma, 1986).
- DE SHAZER S. (1988), *Clues: Investigating solutions in brief therapy*, Norton, New York.
- DE SHAZER S. (1994), *Words were originally magic*, Norton, New York.
- ELSTER J. (1979), *Ulysses and the Sirens*, Cambridge University Press, Cambridge; (tr. it. *Ulisse e le sirene. Indagini sulla razionalità e l'irrazionalità*, Il Mulino, Bologna, 1983).
- ELSTER J. (Ed.), (1985), *The multiple self*, Cambridge University Press and Universitetsforlaget AS (Norwegian University Press); (tr.it. *L'io multiplo*, Feltrinelli, Milano, 1991).
- FACCIO E. (1999), *Il disturbo alimentare. Modelli, ricerche e terapie*, Carocci editore, Roma.

Fiorenza A., ParDone G. (1995), *L'intervento strategico nei contesti educativi. Comunicazione e problem-solving per i problemi scolastici*, Giuffrè, Milano.

Fisch R., Weakland J.H., Segal L. (1982), *The Tactics of Change: Doing therapy briefly*, Jossey-Bass, San Francisco; (tr.it. *Change: le tattiche del cambiamento*, Astrolabio, Roma, 1983).

Foerster H. von (1973), On Constructing a Reality, in W.F.E. Preiser, (Ed.), *Environmental Design Research*, Hutchinson & Ross, Dowden, Stroudsburg, Vol. 2, p. 35–46; (tr.it. *Costruire una realtà*, in P. Watzlawick, (a cura di), *La realtà inventata*, Feltrinelli, Milano, 1988).

Foerster H. von (1987), *Sistemi che osservano*, Astrolabio, Roma.

Folsom V., Krahn D. (1993), The impact of sexual and physical abuse on eating disordered and psychiatric symptoms: a comparison of eating disordered and psychiatric inpatients, *International Journal of Eating Disorders*, 13, p. 249–258.

Garfield S.L. (1981), Psychotherapy. A 40 years Appraisal, *American Psychologist*, 2, p. 174–183.

Garfield S.L., Bergin A.E. (Eds), (1978), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An empirical analysis*. Wiley, New York, II^a Ed.

Garfinkel E., Garner D.M. (1985), *Handbook of Psychotherapy for Anorexia and Bulimia nervosa*, Guilford Press, New York.

Glaserfeld E. von (1981), An introduction to radical constructivism, in P. Watzlawick, (Ed.), *The invented reality*, Norton, New York; (tr.it. *Introduzione al costruttivismo radicale*, in P. Watzlawick, (a cura di), *La realtà inventata*, Feltrinelli, Milano, 1988).

Glaserfeld E. von (1995), *Radical Constructivism*, The Falmer Press, London.

Grana N. (1990), *Contraddizione e incompletezza*, Liguori, Napoli.

Haley J. (1973), *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D.*, Norton, New York; (tr.it. *Terapie non comuni*, Astrolabio, Roma, 1976).

Haley J. (1985), *Conversation with Milton Erickson M.D.* Vol. I: *Changing individuals*; Vol. II: *Changing couples*; Vol. III: *Changing families and children*, Triangle Press, Washington; (tr.it. *Conversazioni con Milton Erikson*. Vol. I: *Cambiare gli individui*; Vol. II: *Cambiare le coppie*; Vol. III: *Cambiare le famiglie e i bambini*, Astrolabio, Roma, 1987).

Hall R.C., Tice L., Beresford T.P., Woolley B., Hall A.K. (1992), Sexual Abuse in Patients with Anorexia Nervosa and Bulimia, *Psychosomatics*, 30, p. 73–79.

Heisenberg W. (1958), *Physics and Philosophy*, Harper, New York; (tr.it. *Fisica e filosofia*, Il Saggiatore, Milano, 1966).

Hsu L.K.G. (1987), Outcome and treatment effects, in P.S.V. Beumont, G.D. Burrows, R.C. Casper, (eds), *Handbook of Eating Disorder, Part I: Anorexia and Bulimia Nervosa*, Elsevier Science, Amsterdam.

Kearney-Cooke A. (1988), Group Treatment of Sexual Abuse Among Women with Eating Disorders, *Women ad Therapy*, 6, p. 5–22.

Keel P.K., Mitchell J.E. (1997), Outcome in Bulimia Nervosa, *American Journal of Psychiatry*, 154 (3), p. 313–321.

- LABORIT H. (1982), *L'elogio della fuga*, Mondadori, Milano.
- LEWIN K. (1946), Action Research and Minority Problems, *Journal of Social Issues*, 2, p. 34–46; (tr.it. Ricerca per l'intervento sui problemi delle minoranze, in K. Lewin, *I conflitti sociali*, Angeli, Milano, 1980).
- LUBORSKY L., SINGER B., LUBORSKY L. (1975), Comparative studies of psychotherapies: is it true that everyone has won and all must have prizes?, *Archives of general psychiatry*, 132, p. 995–1004.
- MADANES C. (1981), *Strategic family therapy*, Jossey-Bass, San Francisco; (tr.it. *Per una terapia familiare strategica*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1987).
- MADANES C. (1984), *Behind the one-way mirror*, Jossey-Bass, San Francisco.
- MADANES C. (1990), *Sex, love and violence*, Norton, New York.
- MALENBAUM T. et al. (1988), Overeaters Anonymous: Impact on Bulimia, *International Journal of Eating Disorders*, 7, p. 139–143.
- MANARA F., CARUSO T., MARIOTTO S. (1996), Sexuality and menstruation of women with eating disorders, *Abstract VII New York International Conference on Eating Disorders*, New York.
- MATURANA H.R., VARELA F.J. (1980), *Autopoiesis and cognition. The realization of the living*, Reidel, Dordrecht, Holland; (tr.it. *Autopoiesi e cognizione*, Marsilio, Venezia, 1985).
- NARDONE G. (1991), *Suggestione à Ristrutturazione = Cambiamento. L'approccio strategico e costruttivista alla psicoterapia breve*, Giuffrè, Milano.
- NARDONE G. (1993), *Paura, Panico, Fobie*, Ponte alle Grazie, Firenze.
- NARDONE G. (1994), *Manuale di sopravvivenza per psicopazienti*, Ponte alle Grazie, Firenze.
- NARDONE G. (1995a), Brief strategic therapy of phobic disorders: A model of therapy and evaluation research, in J.H. WEAKLAND, W.A. RAY, (Eds), *Propagations: thirty years of influence from the Mental Research Institute*, Haworth Press Inc., New York, cap. 4.
- NARDONE G. (1995b), Conoscere un problema mediante la sua soluzione: i sistemi percettivo-reattivi patogeni e la psicoterapia strategica, in G. PAGLIARO, M. CESA-BIANCHI, (a cura di), *Nuove prospettive in psicoterapia e modelli interattivo-cognitivi*, Angeli, Milano.
- NARDONE G. (1997a), Il linguaggio che guarisce: la comunicazione come veicolo di cambiamento terapeutico, in P. WATZLAWICK, G. NARDONE, (a cura di), *Terapia breve strategica*, Cortina, Milano, p. 69–83.
- NARDONE G. (1997b), La terapia breve strategica evoluta. Dai modelli generali ai protocolli specifici di trattamento, in P. WATZLAWICK, G. NARDONE, (a cura di), *Terapia breve strategica*, Cortina, Milano, p. 189–202.
- NARDONE G. (1998), *Psicosoluzioni*, Rizzoli, Milano.
- NARDONE G., SALVINI A. (1997), Logica matematica e logiche non ordinarie come guida per il problem-solving strategico, in P. WATZLAWICK, G. NARDONE, (a cura di), *Terapia breve strategica*, Cortina, Milano, p. 53–61.
- NARDONE G., WATZLAWICK P. (1990), *L'Arte del Cambiamento: manuale di terapia strategica e ipnoterapia senza trance*, Ponte alle Grazie, Firenze.

- Oppenheimer et AL. (1985), Adverse Sexual Experiences in Childhood and Clinical Eating Disorders: A Preliminary Description, *Journal of Psychiatric Research*, 19, p. 157–161.
- PAGLIARo G. (1995), La mente discorsiva e la psicoterapia interattivo-cognitiva, in G. PAGLIARo, M. CeSA-BIANchi, (a cura di), *Nuove prospettive in psicoterapia e modelli interattivo-cognitivi*, Angeli, Milano.
- PAGuni R. (1993), *La ricerca in psicoterapia*, Armando, Roma.
- POPPER K.R. (1972), *Objective Knowledge*, Oxford University Press, London; (tr.it. *Conoscenza oggettiva. Un punto di vista evoluzionistico*, Armando, Roma, 1979).
- ROSeNTHAL R., JACOBSON L. (1968), *Pygmalion in the classroom: teacher expectation and pupil's intellectual development*, Rinehart & Winston, Holt, New York; (tr.it. *Pigmaliione in classe*, Angeli, Milano, 1983).
- SALVini A. (1988), Pluralismo teorico e pragmatismo conoscitivo: assunti metateorici in psicologia della personalità, in E. FIORA, I. PEDRABISSI, A. SALVini, *Pluralismo teorico e pragmatismo conoscitivo in psicologia della personalità*, Giuffrè, Milano.
- SALVini A. (1993), Introduzione a G. NARDONE, *Paura, panico, fobie*, Ponte alle Grazie, Firenze.
- SCHWARTZ M., COHEN L. (1996), *Sexual Abuse and Eating Disorders*, Brunner/Mazel, New York.
- SELVini PALAZZOli M. (1963), *L'Anoressia mentale*, Feltrinelli, Milano.
- SELVini PALAZZOli M., BOSCOLO L., Cecchin G.F., PRATA G. (1975), *Paradosso e controparadosso*, Feltrinelli, Milano.
- SELVini PALAZZOli M., CIRILLO S., SELVini M., Sorrentino A.M. (1998), *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*, Cortina, Milano.
- SIRIGATTi S. (1988), La ricerca valutativa in psicoterapia: modelli e prospettive, in G. NARDONE, (a cura di), *Modelli di psicoterapia a confronto*, Il Ventaglio, Roma.
- SIRIGATTi S. (1994), La ricerca sui processi e i risultati della psicoterapia, *Scienze dell'Interazione*, 1 (1), p. 117–130.
- STOLZENBERG G. (1978), Can an inquiry into the foundations of mathematics tell us anything interesting about mind?, in *Psychology and biology of language and thought*, Academic Press, New York; (tr.it. *Può un'indagine sui fondamenti della matematica dirci qualcosa di interessante sulla mente?*, in P. WATZLAWICK, (a cura di), *La realtà inventata*, Feltrinelli, Milano, 1988).
- Thom R. (1990), *Parabole e catastrofi*, Il Saggiatore, Milano.
- TRIDENTi A., BOCCHiA S. (1993), *Il fenomeno anoressico-bulimico. Un tentativo di comprensione unitaria dei disturbi del comportamento alimentare*, Masson, Milano.
- VARELA F.J. (1981), Il circolo creativo: abbozzo di una storia naturale della circolarità, in P. WATZLAWICK, (a cura di), *La realtà inventata*, Feltrinelli, Milano, 1988).
- WALLER G. (1992), Sexual Abuse and the severity of bulimic symptoms, *British Journal of Psychiatry*, 161, p. 90–93.
- WALSH B.T., HADIGAN C.M., DEVLIN M.J., GLADIS M., ROOSE S.P. (1991), Long-term outcome of antidepressant treatment for bulimia nervosa, *Archives of General Psychiatry*, 148, p. 1206–1212.

WATZLAWICK P. (1977), *Die Möglichkeit des Andersseins: zur Technick der therapeutischen Kommunikation*, Verlag Hans Huber, Bern; (tr.it. *Il linguaggio del cambiamento: elementi di comunicazione terapeutica*, Feltrinelli, Milano, 1980).

WATZLAWICK P. (Ed.), (1981), *Die erfundene Wirklichkeit*, Piper, München; (tr.it. *La realtà inventata*, Feltrinelli, Milano, 1988).

WATZLAWICK P. (1990), *Therapy is what you say it is*, in J.K. ZEIG, S.G. GILLIGAN, (Eds), *Brief therapy: Myths, methods and metaphors*, Brunner/Mazel, New York, p. 55–61.

WATZLAWICK P., NARDONE G. (a cura di), (1997), *Terapia breve strategica*, Cortina, Milano.

WATZLAWICK P., BEAVIN J.H., JACKSON DON D. (1967), *Pragmatics of Human Communication. A study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes*, Norton, New York; (tr.it. *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*, Astrolabio, Roma, 1971).

WATZLAWICK P., WEAKLAND J.H., FISCH R. (1974), *Change: principles of problem formation and problem solution*, Norton, New York; (tr.it. *Change: la formazione e la soluzione dei problemi*, Astrolabio, Roma, 1974).

WEAKLAND J.H., RAY W.A. (Eds), (1995), *Propagations: thirty years of influence from the Mental Research Institute*, Haworth Press Inc., New York.

WEAKLAND J.H., FISCH R., WATZLAWICK P., BODIN A.M. (1974), *Brief Therapy: Focused Problem Resolution*, *Family Process*, 13 (2), p. 141–168; (tr.it. *Terapia breve: una soluzione focalizzata dei problemi*, in P. WATZLAWICK, J.H. WEAKLAND, (Eds), *La prospettiva relazionale*, Astrolabio, Roma, 1978).

WHITEHEAD A.N., RUSSEL B. (1910-13), *Principia Mathematica*, Cambridge University Press, Cambridge; (tr.it. *Introduzione ai «Principia Mathematica»*, La Nuova Italia, Firenze, 1977).

WILSON G.T., FAIRBURN C.G. (1993), *Cognitive Treatments for eating disorders*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (2), p. 216–269; (tr.it. *Le terapie cognitivo-comportamentali*, in R. CARUSO, F. MANARA, (a cura di), *I disturbi del comportamento alimentare*, Angeli, Milano, 1997, p. 234–254).

ZERBE K.J. (1993), *The Body Betrayed*, American Psychiatric Association Press, Washington D.C.

ZUCKERMAN M. (1987), *Biological connection between sensation seeking and drug abuse*, in J. ENGEL, L. ORELAND, (Eds), *Brain reward systems and abuse*, Raven Press, New York, p.165–176.

