

Применение подхода OLI ИПП в работе с женщиной в перименопаузе: разбор клинического случая через призму времени

Д-р Майя Руэгер¹

ОЛИ Центр Украина, Киев · ORCID: 0009-0005-3632-6541

(профессиональная статья – разбор случая)

Цитирование: Руэгер М. (2026). Применение подхода OLI ИПП в работе с женщиной в перименопаузе: разбор клинического случая через призму времени. *Инсайты*, 3, с. 135-151.

DOI: <https://doi.org/10.67978/INSIGHTS.2026.3.6>

Аннотация

Цель работы - на основе разбора клинического случая женщины в перименопаузе проиллюстрировать применение OLI интегративной психодинамической психотерапии (OLI ИПП) и концепции базовых эмоциональных способностей (БЭС) в понимании и лечении трудностей, связанных с питанием, физической активностью и саморегуляцией, с особым акцентом на категорию времени как клиническое измерение опыта.

Метод: использовалось качественное описание единичного клинического случая. Клиентка, 49 лет, обратилась за помощью в связи с трудностями регуляции массы тела, пищевого поведения и физической активности в контексте перименопаузы. Применялся интегративный подход, объединяющий психодинамическую формулировку через БЭС, принципы медицины образа жизни, а также поведенческие и коучинговые интервенции.

Результаты: психодинамический анализ выявил дефициты ментализации, нейтрализации, целостности и константности объекта, толерантности к фрустрации и амбивалентности, воли и инициативы, поддерживающие паттерны импульсивного переедания, отказа от физической активности и самонаказывающего отношения к себе. Целенаправленные интервенции привели к позитивным сдвигам в регуляции питания, толерантности к дискомфорту, физическом функционировании и внутреннем диалоге клиентки.

Заключение: трудности в изменении жизненных привычек в перименопаузе не могут быть адекватно поняты или устранены исключительно через призму недостатка дисциплины или мотивации. Они требуют интегративного подхода, соединяющего психодинамическое понимание эмоциональных ресурсов, медицинскую оценку соматических изменений и структурированные поведенческие и коучинговые интервенции, а также понимание того, как человек проживает время в процессе изменения.

Получено: 21. 6. 2026.

Принято: 8. 8. 2026.

Опубликовано: 20. 9. 2026.

OPEN ACCESS

© автор, CC BY 4.0

¹ E-mail: maja@life-leaf.com

Ключевые слова: перименопауза, время в психоанализе, OLI интегративная психодинамическая психотерапия, базовые эмоциональные способности, медицина образа жизни.

Введение

Прежде чем приступить к анализу конкретных симптомов и трудностей, важно рассмотреть период перименопаузы через аналитическую призму, включающую категорию времени как фундаментальное измерение опыта. Фрейд отметил, что бессознательное не знает времени - процессы в бессознательном вневременны (*zeitlos*), аффекты и травматические переживания не «стареют», а остаются активными, словно происходят прямо сейчас. Отсюда - клинический парадокс, возникающий в работе с женщинами в перименопаузе: человек реагирует так, будто прошлое является настоящим, будто утрата ещё длится или так и не была завершена, хотя объективно время уже прошло (Фрейд, 1915/2004).

Юнг описывал этот период через метафору полудня жизни (*Lebensmitte*) - момента, когда солнце переходит через зенит и прежняя психическая организация уже не способна удерживать всё на прежнем месте. Ценности, идентичность и роли первой половины жизни - достижение, адаптация, внешнее признание - утрачивают прежнюю силу. Если не происходит поворота внутрь, построения нового внутреннего основания, человек остаётся в ловушке формы, которую перерос, захваченный между прошлым, к которому возвращается, и будущим, к которому ещё не умеет обратиться (Юнг, 1930/1981). Именно эта внутренняя динамика - между тем, что было, и тем, чего ещё нет, - составляет клинический контекст, в котором нужно понимать трудности и паттерны, которые клиентка приносит в терапию.

Перименопауза - это период развития с биопсихосоциальными особенностями, в котором гормональные, соматические, эмоциональные и реляционные изменения нередко переплетаются так, что простое объяснение проблемы становится затруднительным. Женщины в этот период нередко обращаются к нескольким специалистам с различными симптомами: прибавкой в весе, изменениями артериального давления, нарушениями сна, колебаниями настроения, болями в опорно-двигательном аппарате, снижением энергии, когнитивной усталостью и трудностями в сохранении привычного жизненного уклада. Проблема возникает тогда, когда каждая специализированная область видит лишь свой фрагмент, а сама женщина остаётся без интегрированного объяснения, которое связывало бы тело, эмоции, идентичность, привычки, отношения и ощущение личной эффективности.

В клинической практике это нередко приводит к упрощённой трактовке трудностей в изменении привычек как лени, безволия или недостатка дисциплины. Подобный подход особенно неадекватен в тех случаях, когда человек искренне стремится к изменениям, но не располагает достаточно развитыми или достаточно доступными эмоциональными ресурсами, чтобы выдержать, организовать и поддерживать это изменение.

В рамках OLI ИПП именно базовые эмоциональные способности являются ключевым инструментом понимания того, почему человек, несмотря на мотивацию и осознание, не способен воплотить решение в действие или оставаться последовательным при встрече с препятствиями. В этом месте такие симптомы, как импульсивное переедание, отказ от диеты, колебания в вопросе упражнений,

ощущение подавленности внешней критикой или самонаказывающее отношение к себе, перестают быть «слабостью характера» и становятся сигналом для более тонкого психодинамического исследования.

Данная работа исходит из предположения, что понимание и лечение проблем в перименопаузе не может быть адекватным без интеграции нескольких уровней: психодинамического понимания внутренних конфликтов и эмоциональных ресурсов, медицинской оценки гормональных и соматических изменений, а также структурированных интервенций в области коучинга и поведенческих терапевтических направлений.

В этом смысле подход OLI ИПП использовался как основная организующая рамка, обеспечивающая психодинамическую формулировку через базовые эмоциональные способности, анализ вторичной выгоды и распознавание контрнавyków как паттернов, поддерживающих проблему.

Данные интервенции были направлены на реализацию принципов медицины образа жизни, предполагающей систематическое изменение жизненных привычек (питание, физическая активность, сон, регуляция стресса, устранение вредных привычек, социальная связанность) с целью укрепления здоровья и функциональных возможностей.

В работу также были включены современные подходы, ориентированные на сохранение долгосрочного здоровья и качества жизни (велнес, лондживити), а также использование доступных технологических и функциональных методов (биохакинг) для оптимизации физического функционирования и снижения соматических ограничений.

Такой интегративный подход не являлся дополнением к работе, а был её необходимой основой, поскольку трудности клиентки проявлялись одновременно на соматическом, эмоциональном и поведенческом уровнях.

Теоретико-методологическая рамка: подход OLI ИПП, базовые эмоциональные способности и контрнавыки

Метод OLI ИПП представляет собой интегративный психотерапевтический, консультативный и коучинговый подход с базово психодинамической ориентацией. Центральное место в этой рамке занимают базовые эмоциональные способности - ресурсы переработки и регуляции эмоциональных состояний (Йованович, 2013).

Рассматривая каждую из базовых эмоциональных способностей через призму времени, можно обнаружить прямое временное измерение: нейтрализация - это способность пережить интервал между импульсом и действием, оставаясь в психическом пространстве «между»; константность объекта - это способность сохранять непрерывность Я и целей во времени, несмотря на эмоциональные колебания; толерантность к фрустрации в своей основе является способностью переносить ожидание и отсрочку удовлетворения; толерантность к амбивалентности - это способность жить между противоположными силами, не требуя немедленного разрешения; воля - это ресурс настойчивости во времени в отсутствие спонтанного удовольствия; инициатива - способность организовывать и повторять действие во времени. Дефициты этих способностей, следовательно, являются не только дефицитами регуляции эмоций - они суть дефициты способа проживания человеком времени.

Существенный вклад в понимание клинического материала вносят также концепции контрнавyków и вторичной выгоды.

Контрнавыки - это усвоенные поведенческие паттерны, представляющие собой попытки регуляции эмоционального напряжения, которые, хотя и снижают дискомфорт в краткосрочной перспективе, в долгосрочной перспективе поддерживают проблему и препятствуют развитию более зрелых эмоциональных ресурсов. В этом смысле их можно рассматривать как функциональные «заменители» недостаточно развитых базовых эмоциональных способностей.

Феномен вторичной выгоды относится к имплицитным психологическим бонусам, которые человек получает, сохраняя проблему, - таким как избегание неприятных эмоций, конфликтов, ответственности или изменений в отношениях. Эти бонусы чаще всего не осознаются, однако существенно способствуют сохранению сопротивления изменениям.

Анализ контрнавyków и вторичной выгоды позволяет глубже понять сопротивление, поскольку указывает на внутренний конфликт между стремлением к изменению и потребностью сохранить существующие, пусть и дисфункциональные, регуляторные паттерны (Йованович & Йованович, 2025).

Подход OLI ИПП использовался как основа психодинамического понимания, однако конкретные интервенции выбирались гибко, в соответствии с клинической оценкой и потребностями клиентки.

Наряду с психологической работой интервенции включали принципы медицины образа жизни, а также элементы современных подходов, ориентированных на улучшение здоровья и качества жизни (велнес, лондживити и функциональные подходы к регуляции соматических симптомов) (Анекве и др., 2025; Москони, 2024).

Клинический случай

Основные данные и причина обращения

Клиентка, 49 лет, обратилась за психотерапевтической помощью целенаправленно: она узнала о терапевте как о специалисте, работающем с женщинами в перименопаузе и способном связать медицинское и психологическое понимание проблемы. Её явной мотивацией для обращения была не просто потребность «поговорить», а потребность в интегрированном осмыслении состояния, которое она переживала как фрагментированное, рассредоточенное по различным специализированным консультациям.

До обращения она консультировалась у гинеколога, терапевта по поводу повышенного артериального давления, физиотерапевта по поводу болей и «хруста» в суставах, эндокринолога и диетолога по поводу набора веса, нехватки энергии и плохих результатов анализов крови. От разных специалистов она получила частичные рекомендации и лечение в рамках их компетенции, однако сложилось впечатление, что никто не занимается целостностью её проблемы. По её ощущению, предыдущая психотерапия также не привела к изменениям, поскольку темы, находившиеся в центре её внимания, не были проработаны: улучшение здоровья, выработка дисциплины, поддержание мотивации и реальное изменение повседневных привычек.

Основные жалобы и проблемы, с которыми обратилась клиентка

За последние шесть лет клиентка набрала около двенадцати килограммов. Вместе с увеличением массы тела появились и другие признаки метаболического синдрома: повышенное артериальное давление, нарушение липидного профиля, а затем и симптомы со стороны опорно-двигательного аппарата - боли в суставах, ограничение объёма движений, крепитации, «замороженное плечо». Снижение энергии и работоспособности, а также ощущение, что она больше «не та, что прежде», вводили её в тревогу; возникали навязчивые автоматические мысли, от которых она не могла избавиться, и это нарушало сон. Эти изменения начали сказываться на её профессиональном функционировании, партнёрских отношениях и переживании собственной витальности.

Хотя внешне её мотивация могла казаться преимущественно эстетической («я выгляжу как свинья»), при более детальном сборе анамнеза выяснилось, что главным мотивом является состояние здоровья: она хочет предотвратить дальнейшее ухудшение, снизить риск хронических заболеваний, вернуть ощущение силы и функциональности и вновь обрести чувство контроля над собой. Она чувствовала себя беспомощной: «У меня нет чёткого плана, я не знаю, с чего начать, не знаю, что мне подойдёт и что поможет», - повторяла она неоднократно.

Предыдущие попытки решить проблему

Клиентка сообщила, что смогла придерживаться диеты, рекомендованной диетологом, лишь одну неделю, после чего с разочарованием её бросила. Посещение тренажёрного зала было для неё фрустрирующим, поскольку она чувствовала, что от неё требуют усилий, превышающих её реальные возможности, с имплицитным посланием: чтобы увидеть результат, нужно «терпеть больше». Из её описаний прослеживается паттерн кратковременного начального подъёма и энтузиазма - решимости, за которой следуют захлёстывание, самокритика, ощущение неудачи и отказ.

Окружающих людей она воспринимает как лишённых эмпатии: они её не понимают, только критикуют. Семья создаёт дополнительные трудности, поскольку «не принимает её стремление изменить пищевые привычки и перейти к здоровому образу жизни».

Анамнестический и клинический фокус оценки

После ознакомления с имеющейся медицинской документацией и результатами лабораторных анализов беседа была выстроена в соответствии с приоритетами, которые обозначила сама клиентка. Результаты анализов подтвердили клиническое предположение о том, что клиентка находится под значительным стрессом и обнаруживает признаки симпатикотонии; в связи с этим ей было предложено рассмотреть подходы к регуляции стресса, включающие не только технические методы, но и изменение характера питания и физическую активность. Приоритетом являлось снижение массы тела - прежде всего по соображениям здоровья, а затем и по эстетическим причинам.

Исходя из предыдущего опыта, было очевидно, что формальные советы и рекомендации сами по себе не дадут результата. Клинически была оценена необходимость того, чтобы клиентка получила достаточную информацию о значимости изменения образа жизни. Недостаточно было оставаться на уровне

советов «что есть»; план включал психодинамическое понимание её поведения. Я также более подробно познакомила её с концепцией медицины образа жизни как научно обоснованной медицинской дисциплины и с тем, каким образом каждый из её «столпов» значим для улучшения её состояния.

Поскольку работа проходила в рамках реабилитационного центра, клиентке были доступны определённые диагностические и терапевтические процедуры, направленные на устранение соматических симптомов. Одной из существенных проблем было urgentное недержание мочи, ограничивавшее её двигательную активность, физические упражнения и социальные контакты.

Работа с этим симптомом посредством медицинских и функциональных интервенций дала многоплановый эффект: снижение соматического дискомфорта, повышение уверенности в себе в повседневном функционировании, а также - косвенно - улучшение социальной включённости и готовности участвовать в деятельности вне дома (например, посещать тренажёрный зал, встречаться с людьми).

Этот фрагмент работы иллюстрирует, как интервенции, направленные на тело (в рамках медицины и функциональных подходов), могут оказывать прямое психологическое и реляционное воздействие, дополнительно подтверждая необходимость интегративной модели работы.

Отношение к пище и ситуациям кормления

Оценка охватывала следующие вопросы: способна ли клиентка отличить физиологический голод от потребности в еде под влиянием стресса, скуки, одиночества или желания определённого вкуса (голод против аппетита); насколько она может переносить голод и в какой момент утрачивает способность к отсрочке; как выглядит конкретный паттерн приёма пищи - в спокойной обстановке или в спешке, планоно или автоматически, готовит ли она сама или заказывает еду; распознаёт ли она насыщение и питательную адекватность блюда; как она себя чувствует после еды - включая ощущения удовольствия или, напротив, вины, угрызений совести, вздутия, изжоги и других соматических неудобств; есть ли ритуалы, автоматизмы, социальное давление или семейные паттерны, затрудняющие изменение; какое место занимает еда в её идентичности, удовольствии, общественной жизни, самопрезентации и ощущении принадлежности.

Её ответы иллюстрируют эту динамику: «Я ем, когда охватывает тревога; некоторая еда напоминает мне о счастливых днях детства.» «Иногда я чувствую злость и понимаю, что на самом деле голодна, - и тогда никакого ожидания.» «Я часто ем, проверяя почту; порой даже не сажусь за стол.» «Часто после еды чувствую себя переполненной, и к тому же поела нездоровую пищу» - после чего, как правило, следуют самоупрёки. Семейные паттерны дополнительно затрудняют изменение: «Три приёма пищи обязательно, обед не обед без картошки и шницеля, запей хорошенько водой, бокал красного вина после ужина полезен, утром ложечка мёда непременно, а потом кофе», «удовольствие можно получать, только когда все дела сделаны». Еда является и частью идентичности, и формой принадлежности: «Мои социальные встречи связаны с ресторанами», «больше всего комплиментов я получаю, когда приглашаю друзей на обед, приготовленный мной самой».

Отношение к движению и физическим упражнениям

Вторым приоритетом, который она обозначила самостоятельно, стала физическая активность. Здесь также обнаружилась аналогичная структура препятствий: несоответствие между реальными возможностями и ожиданиями, ощущение избыточных требований, быстрый отказ при появлении фрустрации, колебание между желанием здоровья и неприятием нагрузки, а также слабое ощущение связи с долгосрочной целью.

Семейный и социальный контекст

Дома она сталкивается с беспорядком на кухне, отсутствием организованности и семьёй, предпочитающей нездоровую пищу и не поддерживающей последовательно её попытки ввести более здоровый режим. В социальных ситуациях ей сложно отказаться от еды и алкоголя, поскольку она воспринимает это как риск быть воспринятой как трудный или неприятный человек или оказаться символически «вытесненной из компании». Таким образом, реляционные темы - принадлежность, ассертивность, границы и страх отвержения - оказываются напрямую связаны с пищевым поведением.

Психодинамическая формулировка случая через базовые эмоциональные способности

В контексте базовых эмоциональных способностей анализ клинического материала выявил паттерны, указывающие на недостаточную развитость или нестабильную доступность ряда ресурсов, что особенно отчётливо проявлялось в ситуациях повышенного эмоционального напряжения и потребности в саморегуляции.

Ментализация

Человек с развитой способностью к ментализации распознаёт, артикулирует и рефлексировывает собственные и чужие психические состояния: чувства, мотивы, желания, конфликты, соматические сигналы и смысл поведения.

Применительно к питанию это означало бы, что клиентка способна дифференцировать физиологический голод от эмоциональной потребности, обусловленного стрессом желания еды, автоматического потягивания за едой или потребности в утешении, вознаграждении, принадлежности или регуляции напряжения.

Однако клиентка нередко не может понять, что именно происходит в момент, когда «накатывает» желание поесть. Она плохо себя чувствует до еды, во время еды и после, но не способна распознать внутреннюю последовательность: что запустило импульс, является ли это голодом, злостью, разочарованием, пустотой, усталостью, потребностью в вознаграждении или реакцией на критику. У неё возникает ощущение, что что-то «просто случается само».

Нейтрализация

При развитой способности к нейтрализации человек способен переработать импульс, аффект или напряжение, не разряжая их немедленно в действие. Иными словами, человек может «пережить волну», не реагировать механически и создать пространство между побуждением и поведением.

В контексте переедания эта способность принципиальна для того, чтобы желание поесть не вело автоматически к тому, чтобы заказать, перекусить или импульсивно поглотить большое количество пищи. В перспективе времени нейтрализация - это способность оставаться в интервале, выживать в психическом пространстве между импульсом и поведением, не перескакивать из настоящего момента прямо в действие.

Целостность объекта

Целостность объекта позволяет человеку одновременно удерживать и хорошие, и плохие аспекты себя и других, не расщепляясь на полностью идеализированное и полностью обесцененное.

В работе с клиенткой дефицит этой способности обнаруживается тогда, когда после эпизода переедания отношение к себе становится грубым, осуждающим и уничтожающим. В этот момент утрачивается ощущение собственной личности: вместо того чтобы увидеть, что она потерпела неудачу в одной конкретной ситуации, она переживает себя как целиком плохую, слабую или неприемлемую. Это дополнительно усиливает стыд и повышает вероятность новых саморазрушительных паттернов.

Константность объекта

Константность объекта предполагает способность сохранять стабильное переживание важных отношений, целей и ценностей несмотря на фрустрацию, разочарование, критику или временную эмоциональную дистанцию.

В контексте изменения привычек это означает, что человек способен сохранять связь с долгосрочной причиной изменения даже в те дни, когда нет мотивации, когда поступает критика или окружение не поддерживает усилий. Это также обеспечивает стабильное отношение к самой себе.

Клиентка склонна к тому, что, получая критику на работе, когда что-то её выбивает из колеи или когда в данный день она чувствует себя недостаточно хорошо, она утрачивает контакт с долгосрочной причиной, по которой она хотела изменений. Образ себя как здоровой, витальной и стабильной личности теряет тогда свою устойчивость. Иными словами, текущая эмоциональная ситуация упраздняет непрерывность цели. На языке Фрейда - бессознательное не хранит прошлое как аргумент для настоящего; на языке Юнга - не удаётся выстроить мост между вчерашним решением и сегодняшним днём.

Толерантность к фрустрации

Толерантность к фрустрации - это способность переносить фрустрацию потребности, откладывание удовлетворения или осознание того, что изменение требует усилий, дискомфорта и повторения. Без неё любая усталость, голод, скука, напряжение или любое препятствие легко становятся триггером для отказа.

Хотя в целом клиентка проявляет терпение, существуют ситуации, в которых её толерантность к фрустрации особенно уязвима. В профессиональной сфере она способна многое выдерживать и производить впечатление настойчивого человека, однако в области питания, напитков и самозаботы порог переносимости дискомфорта значительно снижен. Голод, усталость, домашний хаос, растерянность относительно того, что приготовить, скука или лишение удовольствия быстро становятся невыносимыми.

Толерантность к амбивалентности

Эта способность позволяет человеку выдерживать одновременное сосуществование противоположных желаний и их последствий. Клиентка разрывается между несколькими законными потребностями: здоровье против удовольствия, индивидуальное изменение против семейной сплочённости, самоуважение против потребности в принятии, дисциплина против спонтанности. Ей трудно принять, что решение в пользу одной стороны неизбежно влечёт утрату другой, из-за чего она застревает между «хочу и не хочу», что ведёт к отказу.

Когда толерантность к амбивалентности слаба, колебание превращается в блокаду, а решения быстро отменяются. С точки зрения времени это также разрыв между прошлым способом существования - который был привычным, знакомым, идентичностно подкреплённым - и новым, ещё неопределённым: человек остаётся «замороженным» между двумя точками во времени, ни там ни здесь.

Воля

Воля - это не то же самое, что текущая мотивация. Она обозначает способность к самоподдержке, настойчивости и сохранению ориентации на цель даже в отсутствие спонтанного удовольствия. В данном случае воля особенно важна для продолжения начатых изменений в питании, приготовлении пищи, организации дня и двигательной активности. Когда изменение перестаёт вдохновлять и становится тяжёлым, воля рушится и появляются рационализации и откладывание. Воля, таким образом, - это способность оставаться в процессе во времени: не решить однажды и завершить, а повторить завтра, и послезавтра, и после неудачи.

Инициатива

Инициатива - это способность запускать активность, делать первый шаг, намечать направление и активно включаться в то, что важно.

У клиентки слабость инициативы проявлялась в затруднении перехода от желаний и попыток изменения к организации реалистичного плана, осуществимого в повседневной жизни. Её инициатива также зависит от потребности в немедленном удовольствии, из-за чего она не справляется с сдерживанием импульса; её побуждает потребность в сохранении отношений, а также нарциссические мотивы («я демонстрирую своё кулинарное мастерство, и мне восхищаются»), а также потребность создать «идеальное сочетание вкусов» и овладеть умением. Её попытки инициировать изменения в семейной системе лишены устойчивого плана, союзничества и ощущения смысла, а препятствия среды легко гасят начальный импульс.

Карта типичных высказываний клиентки на дефициты базовых эмоциональных способностей

Показательно, как типичные высказывания клиентки могут быть соотнесены с конкретными эмоциональными способностями:

«Я не понимаю, что происходит со мной, когда начинаю есть» - дефицит **ментализации**.

«Когда накатывает желание, нет никакой отсрочки, просто беру еду» - дефицит **нейтрализации**.

«Когда ошибаюсь, испытываю отвращение к себе» - дефицит **целостности объекта**.

«Достаточно чему-то нарушить мой покой - и всё рушится» - дефицит **константности объекта**.

«Есть вещи, которые я просто не могу вынести» - дефицит **толерантности к фрустрации**.

«Я хочу изменений, но последствия для меня неприемлемы» - дефицит **толерантности к амбивалентности**.

«У меня нет сил продолжать, когда становится трудно» - дефицит **воли**.

«Я начинаю сто раз, но так и не могу по-настоящему что-либо начать» - дефицит **инициативы**.

Такая карта позволяет терапевту реагировать целенаправленной интервенцией и выбором техники, соответствующей конкретной эмоциональной трудности.

Важным осознанием для клиентки стало то, что еда является не только питательной потребностью, но и несёт множество психологических функций. Она связана с переживанием удовольствия, социальной связанности, эстетического самовыражения и нарциссического подтверждения. Это осознание стало ключевым для понимания роли еды в её жизни и для дифференциации поведения, которое на первый взгляд выглядит похожим, но имеет различную психологическую основу. Понимание центра инициативы позволило ей распознавать, когда её поведение исходит из соматической потребности, потребности в регуляции аффекта, потребности в принадлежности или потребности в самоутверждении.

Терапевтические цели и интервенции

Терапевтические цели

Были определены следующие цели работы:

Развитие более чёткой дифференциации физиологического и эмоционального голода.

Снижение импульсивного переедания посредством развития нейтрализации и ментализации.

Укрепление более сочувственного и реалистичного отношения к себе после неудач.

Сохранение контакта с целями в области здоровья даже при колебаниях мотивации.

Повышение толерантности к фрустрации и способности откладывать удовлетворение.

Проработка амбивалентности в отношении изменения привычек, удовольствия, общности и принадлежности.

Укрепление воли через небольшие, воспроизводимые и реалистичные задачи.

Развитие инициативы и организация среды таким образом, чтобы она поддерживала цель.

Обучение ассертивной коммуникации в семейном и социальном контексте.

Связывание поведенческих изменений с ощущением смысла, здоровья и заботы о себе.

Интервенции

Психообразование и нормализация опыта перименопаузы

Первым шагом было связывание её соматических и эмоциональных переживаний с периодом перименопаузы, а не с личной неудачей или отсутствием дисциплины. Мы обсуждали, как гормональные изменения могут влиять на сон, настроение, распределение жировой ткани, энергию, восприятие голода, восстановительные процессы, сосуды, кости и мышцы. Это снижало склонность к самокритике и открывало пространство для понимания изменения как требовательного, но достижимого процесса.

Интервенции, направленные на ментализацию

Использовались вопросы, замедляющие автоматизм и вводящие рефлексивную функцию: «Что произошло внутри вас непосредственно перед тем, как вы потянулись за едой? Ваше тело искало энергию, или вы искали утешение, передышку, вознаграждение или бунт? Как бы вы сформулировали эту потребность, если бы она не говорила через еду? В каких ситуациях вы способны переносить голод без паники, а в каких нет?»

Целью этих интервенций был не только инсайт, но и создание языка, посредством которого клиентка могла бы думать о себе, а не просто нападать на себя или автоматически разряжать импульс.

Интервенции, направленные на нейтрализацию

Мы работали над тем, чтобы между побуждением и действием появилось небольшое пространство: кратковременная отсрочка, смена места, стакан воды, три вопроса себе перед тем, как заказывать еду, название чувства, короткое дыхание или согласованные «микро-рутины» (например, откладывать столовый прибор между укусами, пока не проглотишь). Целью была не тотальная самоконтроль, а расширение способности переносить побуждение без его немедленного исполнения.

Работа над целостностью объекта и отношением к себе

Особое внимание уделялось самонаказывающему внутреннему голосу. Интервенции были направлены на то, чтобы клиентка научилась: неудача в одной ситуации не означает, что она «целиком плохая», и один трудный день не перечёркивает весь процесс. Мы работали над принятием того, что она может одновременно желать здоровья и порой оступаться, быть достойной даже когда она не идеальна, быть ответственной даже когда ей трудно.

Работа над константностью объекта

Когда целью было сохранить связь с долгосрочным смыслом изменения, использовались такие формулировки: «Ради чего вы вообще начали путь к изменению?», «Как выглядит ваше более здоровое Я, когда вы не измеряете его сегодняшним настроением?», «Какую фразу вы бы сказали себе, чтобы сохранить связь с той версией себя, к которой стремитесь?» Таким образом, акцент смещался с перфекционистического результата на непрерывность отношения к себе - и нынешней, и меняющейся.

Работа над толерантностью к фрустрации

В работе подчёркивалось, что изменение привычек неизбежно включает голод, ожидание, планирование, отказ от немедленного комфорта и принятие того, что тело и психика не получают всего сразу. Вместо жёсткой диеты работа велась в направлении постепенного расширения способности выдерживать дискомфорт («отложите первый приём пищи на десять минут») без импульсивной разрядки.

Работа над толерантностью к амбивалентности

Амбивалентность рассматривалась не как препятствие, которое нужно «устранить», а как реальность, которую необходимо распознать и вынести. Исследовались потери, которые несёт с собой изменение: меньше спонтанного гедонизма, возможные разногласия с семьёй, меньший социальный комфорт, отказ от образа себя через еду и рестораны. Одновременно рассматривалось, что клиентка приобретает: здоровье, энергию, меньше болей, большую автономию, самоуважение и долгосрочную свободу.

В этом процессе использовалась «психологическая математика», то есть эмоциональная бухгалтерия, посредством которой клиентка постепенно осмысляла соотношение выгод и потерь существующих паттернов и потенциальных изменений. Этот подход был направлен не на «рациональное решение» дилеммы, а на расширение способности одновременно удерживать и позитивные, и негативные аспекты выбора.

Работа над волей и инициативой

Вместо масштабных и неустойчивых решений план выстраивался через небольшие, конкретные, воспроизводимые шаги. Акцент делался не на «с завтра всё иначе», а на том, каков первый возможный шаг, который она реалистично может сделать и повторить. Тем самым воля освобождается от грандиозных требований, а инициатива обретает направление.

Поведенческие интервенции

Были введены практические структуры, снижающие зависимость от сиюминутного вдохновения:

заблаговременно составленный список быстрых, простых и питательно приемлемых вариантов для завтрака, обеда, ужина и перекуса;

список для еженедельных покупок;

заблаговременно определённые «безопасные» варианты на случай, когда на кухне хаос или клиентка переутомлена;

постепенная адаптация движения и упражнений к реальным возможностям, без фрустрирующего форсирования;

планирование «достаточно хорошего», а не идеального дня.

Ассертивность и эмоциональный интеллект

Поскольку еда и напитки у клиентки тесно связаны с принадлежностью, важной частью работы стала ассертивная коммуникация. Отрабатывались фразы для социальных ситуаций: как отказаться от добавки еды или напитка без чувства вины, как попросить поддержки у семьи, как говорить о своих потребностях, не ощущая при этом, что нужно выбирать между здоровьем и принадлежностью. Это было напрямую связано с её профилем базовых эмоциональных способностей: более слабой толерантностью к амбивалентности, потребностью в подтверждении и трудностью переносить возможное недовольство других, а также со страхами отвержения и несостоятельности.

Техники из других терапевтических направлений в функции развития базовых эмоциональных способностей

С целью развития отдельных базовых эмоциональных способностей применялись также техники из других терапевтических направлений: гештальт-техники в работе над целостностью объекта - в частности, упражнения, позволяющие одновременно удерживать «хорошие» и «плохие» аспекты себя, что снижало расщепление и самокритику после неудач; фокусирование по Гендлину, используемое для развития связи между телесными ощущениями и эмоциональными состояниями, что было особенно важно в дифференциации физиологического голода от эмоциональной потребности в еде; а также элементы рационально-эмотивно-поведенческой терапии, применявшиеся в работе с иррациональными убеждениями - в частности, с жёсткими правилами вроде «я имею право на отдых, только когда выполнила все обязанности», что на практике было недостижимо и вело к хроническому ощущению лишённости.

Работа с этими убеждениями открыла пространство для развития ресурса зрелого гедонизма - способности интегрировать удовольствие, отдых и заботу о себе в повседневную жизнь без чувства вины и без необходимости их «заслуживать».

Ход терапевтического процесса

Ход работы с клиенткой не был линейным: он был отмечен фазами начального энтузиазма, затем появления сопротивления и амбивалентности, а также постепенного формирования более устойчивых паттернов саморегуляции.

В начальных фазах работы преобладала потребность в быстрых решениях и ожидание, что изменение придёт через чёткие указания и структуру. По мере продвижения работы становилось очевидным, что ключевые препятствия связаны с эмоциональными ресурсами, а не с дефицитом информации.

В средней фазе работы сопротивление усилилось - особенно в моменты, когда изменения начали требовать отречения и столкновения с потерями. В этот период клиентка чаще отказывалась от согласованных шагов, что сопровождалось усиленной самокритикой и ощущением неудачи.

По мере продолжения работы происходило постепенное укрепление ресурсов ментализации и толерантности к фрустрации, что позволяло более гибко относиться к неудачам и снижало жёсткие паттерны «всё или ничего».

В более поздних фазах работы стала прослеживаться большая стабильность в повседневных привычках, более реалистичные ожидания и снижение самонаказывающего отношения к себе, а также бóльшая способность интегрировать заботу о здоровье с потребностью в удовольствии и социальных

контактах.

Перенос, сопротивление и защитные механизмы

В ходе работы обнаружили также элементы переносных реакций, сопротивления и защитных механизмов, дополнительно объяснявших трудности в изменении поведения.

В переносных отношениях клиентка время от времени воспринимала терапевта как фигуру, которая оценивает, ожидает и потенциально не соглашается, - что соответствовало её прежнему опыту с авторитетными фигурами и значимыми другими. В такие моменты возникало усиление самокритики, потребность «быть хорошей» или, напротив, уход и отказ.

Сопротивление проявлялось через амбивалентность к изменению («хочу и не хочу»), откладывание реализации согласованных шагов, а также через рационализации и преуменьшение значимости отдельных интервенций. Изменение жизненных привычек несло не только приобретения, но и переживание потери - «даже того немного удовольствия», спонтанности, принадлежности, - что дополнительно усиливало сопротивление.

На уровне защитных механизмов прослеживается склонность к интроекции и идентификации с критическими объектами: внешняя критика быстро интернализируется и переживается как собственный голос («я ленивая и недисциплинированная», «я ничего не стою»). Такая динамика способствует утрате целостности объекта и усиливает самонаказывающее отношение к себе.

Кроме того, в определённых ситуациях можно наблюдать элемент проекции: переживание несостоятельности или неудачи приписывается внешним источникам («семья меня не поддерживает, другие меня саботируют»), что одновременно защищает от ощущения личной несостоятельности и вины, но и затрудняет принятие личной ответственности за изменение.

Понимание этих процессов было ключевым для выбора интервенций, поскольку позволяло рассматривать сопротивление как психологическую реакцию на внутренние конфликты и страхи, связанные с изменением.

Эти механизмы напрямую связаны с дефицитами базовых эмоциональных способностей - особенно в области целостности и константности объекта, а также толерантности к амбивалентности.

Примеры дефицитов базовых эмоциональных способностей в связи с физической активностью

Как и в области питания, аналогичная логика применима и к физической активности:

Ментализация: «Избегаю ли я упражнений потому, что устала, стыжусь, злюсь, обескуражена, или потому что план нереалистичен?»

Нейтрализация: «Могу ли я переносить начальное неприятие нагрузки, не бросая немедленно?»

Целостность объекта: «Если я сегодня не занималась, означает ли это, что я неудачливый человек?»

Константность объекта: «Могу ли я сохранять связь с целью, даже когда сегодняшний день не задался?»

Толерантность к фрустрации: «Могу ли я принять, что результаты придут не скоро?»

Толерантность к амбивалентности: «Могу ли я принять, что хочу и комфорта, и здоровья, не всегда имея возможность максимизировать оба?»

Воля: «Могу ли я выполнить минимум плана, даже когда не хочется?»

Инициатива: «Могу ли я сама разработать устойчивую форму движения, подходящую именно мне?»

Результаты работы

Хотя основной целью работы являлось не только снижение массы тела, но прежде всего формирование устойчивых паттернов саморегуляции и снижение тревоги, в ходе процесса были отмечены позитивные сдвиги на нескольких уровнях.

Клиентка сообщает о более качественной регуляции пищевого поведения, снижении эпизодов импульсивного переедания и большей способности дифференцировать физиологическую потребность в еде от эмоциональной. Она также отмечает большую толерантность к дискомфорту и сниженную склонность к отказу после неудач.

На соматическом уровне наблюдается субъективное улучшение энергии и функциональности, а также большая включённость в физическую активность. Особенно значимо снижение ограничений в повседневном функционировании вследствие соматических симптомов, что обеспечило и лучшую социальную включённость.

На психологическом уровне прослеживается более мягкий внутренний диалог, снижение самокритики и большая способность интегрировать различные аспекты себя, что указывает на развитие ряда базовых эмоциональных способностей.

Дискуссия

Данный случай иллюстрирует несколько важных положений для работы с женщинами в перименопаузе, особенно при рассмотрении через призму времени.

Во-первых, соматические симптомы, изменение веса и неудачи в изменении поведения не могут быть адекватно поняты без контекста фазы развития, гормональных изменений и общей жизненной организации. Перименопауза - это нейроэндокринный переход и период переопределения идентичности, телесного переживания, самоуверенности, приоритетов и отношений. Юнгианская метафора полудня жизни здесь обретает клиническую весомость: женщина, приходящая в терапию, ищет не просто решения симптомов - она проходит через кризис непрерывности между прошлым и будущим Я, между тем, что она знала о себе, и тем, что ещё не прояснилось.

Во-вторых, консультативные и медицинские подходы нередко остаются на уровне рекомендации, тогда как оценка эмоциональных ресурсов, необходимых для реализации рекомендации, отсутствует. Человек может знать, что «следует» делать, и при этом оказываться не в состоянии сделать это, когда сталкивается с фрустрацией, одиночеством, конфликтом лояльностей или нарциссической раной.

В-третьих, формулировка OLI ИПП через базовые эмоциональные способности позволяет переводить симптомы на развивающий и терапевтический язык. Это делает работу более точной: вместо общей мотивации развивается именно та способность, которой недостаёт для того, чтобы определённое поведение стало

возможным и устойчивым.

В-четвёртых, в подобных случаях особенно важна интеграция психодинамических и поведенческих интервенций. Одна лишь интерпретация без конкретных опор в повседневной жизни может оставаться недостаточной, тогда как одна лишь поведенческая структура без понимания внутренних конфликтов нередко оказывается недолговечной. Именно сочетание рефлексии, эмоциональной работы, микропланирования, ассертивности и психообразования даёт наибольшие шансы на устойчивое изменение.

Заключение

Представленный случай показывает, что трудности в изменении жизненных привычек в период перименопаузы не могут быть адекватно объяснены лишь недостатком дисциплины или мотивации. Они требуют понимания эмоциональной переработки, саморегуляции, внутренних конфликтов и паттернов, поддерживающих существующее состояние.

Подход OLI ИПП позволил рассмотреть проблемы в питании, движении и отношении к себе через базовые эмоциональные способности, а также через контрнавски, вторичную выгоду и сопротивление изменению. Таким образом, фокус работы был направлен не только на то, что клиентке необходимо изменить, но и на то, как ей развить ресурсы, необходимые для того, чтобы выдержать изменение.

Центральный сдвиг произошёл не только в поведении, но и в большей способности распознавать внутренние состояния, откладывать импульс, переносить фрустрацию и амбивалентность и устанавливать менее самонаказывающие отношения с собой.

Данный случай подтверждает значимость психодинамической оценки в перименопаузе, а также демонстрирует, что медицинские, поведенческие и лайфстайл-интервенции обретают полный эффект лишь тогда, когда они связаны с пониманием психодинамических процессов и развитием эмоциональных ресурсов - и, что составляет предмет настоящей работы, с пониманием того, как человек проживает время. Терапевтическое достижение заключалось не только в изменении поведения, но и в принятии того, что изменение - это не единичное событие, которое происходит однажды и завершается, а процесс, разворачивающийся во времени, требующий повторения, возвращения и настойчивости. Словами Юнга: принять, что полдень миновал, не значит, что всё потеряно, - это значит, что начинается иное путешествие.

Литература

Анекве, К. В., Кано, А., Малиган, Дж., Анг, С. Б., Джонсон, К. Н., Панай, Н., Шедель, З., Акам, Э. Й., Портерфилд, Ф., Ван, Э., & Наппи, Р. Э. (2025). Роль медицины образа жизни в охране здоровья в период менопаузы: обзор нефармакологических вмешательств. *Climacteric*, 28(5), 478-496. [Anekwe, C. V., Cano, A., Mulligan, J., Ang, S. B., Johnson, C. N., Panay, N., Schaedel, Z., Akam, E. Y., Porterfield, F., Wang, E., & Nappi, R. E. (2025). The role of lifestyle medicine in menopausal health: A review of non-pharmacologic interventions. *Climacteric*, 28(5), 478-496.]

Фрейд, З. (2004). Бессознательное. В кн.: *Метанпсихология* (пер. Б. Лукича). Белград: Plato. (Оригинальная работа опубликована в 1915 г.) [Frojd, S. (2004).

Nesvesno. U: Metapsihologija (prevod B. Lukić). Beograd: Plato.]

Йованович, Н. (2013). *Способность к любви и труду и OLI интегративная психодинамическая психотерапия* (тт. I-II). Белград: Beoknjiga. [Jovanović, N. (2013). *Sposobnost za ljubav i rad i OLI integrativna psihodinamska psihoterapija* (tomovi I-II). Beograd: Beoknjiga.]

Йованович, Н., & Йованович, С. (2025). Работа с сопротивлением в О.Л.И. интегративной психодинамической психотерапии. *Uvidi*, 2, 15-27. [Jovanović, N., & Jovanović, S. (2025). Rad sa otporom u O.L.I. integrativnoj psihodinamskoj psihoterapiji. *Uvidi*, 2, 15-27.]

Йованович, Н. (2025). *Развитие базовых эмоциональных компетенций в OLI интегративной психодинамической психотерапии*. Белград: Kreativna knjiga и OLI Centar. [Jovanović, N. (2025). *Razvoj bazičnih emocionalnih kompetencija u OLI integrativnoj psihodinamskoj psihoterapiji*. Beograd: Kreativna knjiga i OLI Centar.]

Юнг, К. Г. (1981). Жизненный рубеж. В кн.: *Собрание сочинений, т. 8: Структура и динамика психического*. Нови-Сад: Matica srpska. (Оригинальная работа опубликована в 1930 г.) [Jung, C. G. (1981). *Životne mene*. U: *Sabrana dela*, knj. 8: *Struktura i dinamika psihe*. Novi Sad: Matica srpska.]

Москони, Л. (2024). *The Menopause Brain: New Science Empowers Women to Navigate the Pivotal Transition with Knowledge and Confidence*. New York: Avery.

Петровиц, Й., & Трбоевич Йочич, Й. (2025). *Прибавить жизнь к годам: Развитие во взрослом и пожилом возрасте*. Нови-Сад: Sinapsa Edicije. [Petrović, J., & Trbojević Jocić, J. (2025). *Dodati život godinama: Razvoj u odrasлом dobu i starosti*. Novi Sad: Sinapsa Edicije.]