

## О ПСИХОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ (ANOREXIA NERVOSA)\*

ХЕЛЬМУТ ТОМЭ\*\*

В отличие от других болезней, сопровождающихся истощением и потерей веса, для пациентов, страдающих нервной анорексией, характерно сочетание следующих клинических черт и симптомов:

(1) заболевание, как правило, начинается в пубертатном или постпубертатном возрасте; (2) заболевшие почти все женщины; (3) сокращение в потреблении питания обусловлено причинами психическими; (4) спонтанная или вызываемая самими пациентами рвота, происходящая обычно втайне от других людей; (5) обычным является появление аменореи перед или – в более редких случаях – после начала потери веса; (6) запоры... (выступают) предлогом для чрезмерного использования слабительных препаратов, (которые) ускоряют потерю веса; (7) наблюдаются физические последствия недостаточного питания. В тяжелых случаях они могут привести к смерти.

Таким образом, симптомы нервной анорексии могут быть разделены на три категории: (а) психопатологические черты; (б) функциональные нарушения, не являющиеся прямыми последствиями недостаточного питания; (с) физиологические последствия обусловленного психологическими причинами недоедания. Они очень схожи с последствиями принудительного голодания. Примечательно, тем не менее, что пациенты, страдающие нервной анорексией, редко демонстрируют полный отказ от еды, водянку или авитаминоз. Даже на стадиях глубокого маразма они обычно активны и полны энергии (*Thoma, 1967, p.21*).

Хотя часто бывает полезно рассматривать нервную анорексию в контексте более обширного класса «нервного недоедания», т.е.

---

\* Перевод выполнен по американской копии из Бюллетеня Клиники Меннингер, том 41, № 5, Сентябрь 1977, Копирайт – Фонд Меннингер.

\*\* Хельмут Томэ являлся профессором и деканом факультета психотерапии Ульмского университета (Германия), а также председателем Института психоанализа в Ульме. В разное время он был президентом Немецкой психоаналитической ассоциации и вице-президентом Европейской психоаналитической ассоциации.

недоедания, вытекающего из психологических причин, единственный диагностический критерий – «потеря 25 фунтов<sup>1</sup> или более ... связанная с психологическими причинами» (*Bliss & Branch, 1960, p.25*) – недостаточен. Требуется более четкое определение этого расстройства – особенно в свете разработки оптимального для нервной анорексии режима лечения и отслеживания его результатов в динамике. Более общее определение, однако, служит напоминанием, что существует множество пищевых расстройств, напрямую связанных с такими психологическими явлениями, как отвращение, бред отравления или добровольный отказ от приема пищи.

### **Лечение физиотерапией или психотерапевтическое лечение?**

Экспериментальные и клинические данные привели к распространяющемуся даже на скептических биохимиков консенсусу относительно того, что нервная анорексия в своей основе всегда является болезнью психогенной, хотя и со многими психофизиологическими чертами. Принятие этой точки зрения предполагает, что лечение должно руководствоваться психотерапевтическими принципами. Однако, несмотря на искушение, возникающее у тех, кто ориентируется главным образом на психотерапию, оно не должно исключать принудительного кормления через трубку в качестве стандартной процедуры в экстремальных ситуациях. Кормление через трубку является, в некоторых случаях, единственным «психосоматическим» средством, позволяющим разорвать порочный круг, который часто возникает при естественном течении болезни. Порочный круг возникает из-за того, что добровольное голодание становится самоиндуцирующим процессом – процессом, который завершается первоначальной психологической абстиненцией, переходящей в физический, телесный «негативизм». В этот момент терапевт, чьей основной заботой является психотерапия, не должен пренебрегать кормлением через трубку как способом лечения.

Оглядываясь назад на терапевтические рекомендации, содержащиеся в моей более ранней монографии (*Thoma, 1967*), я вижу, что моя общая позиция по отношению к лечению пациентов с нервной анорексией изменилась. Например, теперь я часто применяю кормление через трубку с использованием фенотиазина или без него, хотя нет необходимости говорить, что в ходе лечения все физиотерапевтические процедуры также оцениваются на основании их психотерапевтической ценности.

Несмотря на расхождение во взглядах на то, какие психотерапевтические техники наиболее подходят для лечения пациентов с нервной анорексией, большинство авторов пришло к сходным заключениям относительно режима лечения – а именно, необходимости кормления через трубку в острой фазе для преодоления опасной, чреватой летальным исходом потери веса, и необходимости психотерапии, нацеленной на изменение позиции пациента и начинающейся либо

<sup>1</sup> 25 фунтов приблизительно равны 11,3 кг (*Прим. перев.*).

одновременно с набором веса, или же сразу после него (*Dally & Sargant, 1960; Flect et al., 1965*). Только Фрахм (*Frahm, 1965*), проводящий очень жесткую программу принудительного кормления по отношению к своим пациентам, в целом пренебрегает психотерапией. Все же его режим лечения, который напоминает описанный некогда Далли и Саргент (*Dally & Sargant, 1960*), сам по себе подразумевает, как указал Майер (*Meyer, 1965*), психотерапевтические интервенции особого рода.

## ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Несмотря на то, что психогенное происхождение болезни твердо установлено, полемика относительно лучшей психотерапевтической техники для лечения этих пациентов продолжается. Особенно туманны и осложняют существо дела следующие аспекты этой многогранной проблемы: (1) эмпирически было совершенно ясно продемонстрировано, что принудительное кормление с применением или без применения успокоительных средств вызывает более быстрый набор веса, нежели одна психотерапия; и (2) было также показано, что хотя набор веса первоначально приводит только к физиологическим изменениям, в некоторых случаях он оказывает несомненное долговременное влияние на поведение пациента.

К сожалению, эти наблюдения имеют мало отношения к тяжелым случаям нервной анорексии, так как подобные данные только подтверждают то, что уже давно известно – а именно, что потеря веса и сопровождающие ее соматические симптомы не находятся в непосредственной связи с серьезностью психопатологического синдрома. Другими словами, сильному истощению не обязательно соответствует столь же тяжелая психопатология. Не всякая истощенная молодая девушка обязательно является тяжелой невротической или пограничной психотической пациенткой. Согласно Анне Фрейд (1946), для некоторых пациенток добровольное голодание выступает как одно из выражений «аскетизма в пубертатном возрасте», и, как таковое, может быть сигналом кризиса, ведущего к самоиндуцирующему порочному кругу. Однако «аскетизм в пубертатном возрасте» не обязательно подразумевает тяжелый невроз, поэтому кормление через трубку может, разрывая порочный круг, приводить и к положительным изменениям в поведении, и к набору веса.

Наблюдения, о которых говорилось выше, также не дают основания пренебрегать психологическими причинами нервной анорексии или других состояний психогенного недоедания, исследование и лечение которых возможно только методами психотерапии. Следовательно, психотерапия имеет двойную цель: (1) раскрыть скрытые причины болезни, и (2) помочь пациенту найти решения конфликтов. В наше время психодинамика нервной анорексии в ее разнообразных аспектах хорошо известна, и продуманное применение этого знания является основой успешного лечения.

**Некоторые психодинамические факторы, существенные при нервной анорексии, и их значение для психотерапевтического лечения**

Лучший подход к лечению пациентки, страдающей нервной анорексией, – задавать простые вопросы: Почему эта пациентка не ест? Почему она так упорствует и полна негативизма? Кроме того, какое значение в данный момент для пациентки могут иметь различные слова, действия и реакции? В каждом случае эти вопросы неизбежно приводят к сложному проблемному полю. Хотя я не могу описать здесь все хитросплетения психопатологических и психосоматических аспектов, я хотел бы указать на то, что психосоматические аспекты нервной анорексии выходят за рамки отказа от еды, хотя этот компонент и играет первостепенную роль. Среди других психосоматических аспектов – гиперподвижность, клептомания, отвращение, страх отравления, рвота, ипохондрия, страхи сексуального характера, аменорея, запоры и чрезмерное употребление слабительных.

Опыт работы со страдающими анорексией пациентами, проходящими психотерапию, подтверждает классические описания болезни, а также дополняет их не только на этиологическом и терапевтическом уровне, как этого и можно было бы ожидать, но и на уровне описательном. Возможно, наиболее важным описательным дополнением является то, что пациенты страдают не от анорексии в строгом смысле слова. Тема еды со всеми ее вариациями и производными присутствует в головах пациентов. Как и со всеми голодающими людьми, обнаруживается, что аскетические пациенты получают удовольствие от иллюзорного исполнения желаний и склонны к безудержным желаниям и импульсивным актам, напоминающим действия людей, страдающих от голода. Голодание, будь оно добровольным или вынужденным, сопровождается очень похожими переживаниями. Подобное сходство видно, например, в так называемом Миннесотском эксперименте по полу-голоданию (*Schiel & Brozek, 1948*), в рассказах о пребывании в концентрационных лагерях и на войне и в автобиографиях и автобиографических романах, написанных девушками, которые умерли в результате нервной анорексии (см., например, *Berger, 1944*). Многие аскетичные пациентки, страдающие нервной анорексией, отвергают самую вкусную еду, но жадно и украдкой поглощают остатки еды из мусорных ящиков и имеют особенно извращенные вкусы – например, едят крем для ботинок. Другие часами жуют крохотные кусочки еды, и у меня была одна пациентка, которая жевала часами, как корова. Таким излишествами пациенты предаются втайне. Для понимания психодинамики необходимо заметить, что эти пациенты не испытывают реального удовлетворения, реального удовольствия без угрызений совести или чувства вины. Все нужно повернуть вспять. Взятый в рот кусок нужно выплюнуть.

Для того чтобы понять это особенное поведение, этот тип уничтожения сделанного, полезно кратко обрисовать субъективные

---

аспекты голода. Ссылаясь на биологию голода, Марголин (*Margolin*, 1953) констатирует:

У нас фактически нет адекватного физиологического определения голода. Нет такой секреторной или моторной активности желудка, нет таких химических изменений в крови, короче говоря – нет таких последовательно выделенных и описанных телесных изменений, которые соответствовали бы субъективному описанию голода.

Как в реальности, так и в субъективном опыте биологический акт «поглощения», акт инкорпорации является прототипом нахождения объекта, установления контакта, ассимиляции внешнего объекта. В субъективном опыте голодания это зависит от природы двояко: требующая удовлетворения потребность идет изнутри, а удовлетворение влечения осуществляется объектом, который в начале жизни предоставляется другим человеком, обычно матерью. Эта зависимость внутреннего от внешнего вызывает невыносимый конфликт у пациентов с нервной анорексией и объясняет, почему они не признают ни потребностей, ни телесных желаний. Они отрицают осознание сексуального развития в пубертате; чтобы защититься от репрезентаций влечения, они замещают свои сексуальные страхи и фиксируются на общих очертаниях своего тела, даже если их вес в среднем является нормальным, и нет никаких признаков ожирения. Благодаря этому защитному маневру внешний вид, фигура приобретает особое значение, и даже обычные или поддразнивающие замечания на этот счет могут дать толчок началу болезни, так как сексуальные страхи смещены на тело в целом. На более поздних стадиях искажения это, равные по степени клинической тяжести бреду, осуществляют функцию освобождения от тревоги. К этому моменту невротические процессы уже полностью сместили тревогу, так что пациентов более пугает еда, нежели смерть.

Иллюзорные замещающие удовлетворения различного рода приводят этих пациентов к любопытным компромиссам. Они обманывают сами себя уверениями, что в конце концов они удовлетворили свои потребности путем жевания, чтения книг о диетах, путем навязывания своей альтруистической заботы родственникам или другим пациентам. Проще говоря, они удовлетворяют собственный аппетит, готовя еду для других. Дело часто обстоит так, что вынужденной переедать оказывается мать – она набирает вес, что происходит параллельно потери веса ее дочерью.

Процессы идентификации поддерживают фантазию пациентки, согласно которой она живет в состоянии самодостаточности. Эти процессы управляют поведением пациентки и определяют, будет ли она более депрессивной, мазохистичной или же гипоманически-нарциссичной. Показательны следующие наблюдения одного из наиболее тяжелых случаев, которые я видел:

Перед началом болезни эта молодая девушка имела привычку

ежедневно очень интенсивно щекотать свою мать в течение часа или более. Это щекотание имело либидинозные и садомазохистические особенности. Она также кусала себя и представляла себе всевозможные суицидальные попытки. В начале болезни щекотание пошло на убыль, и все ее фантазии прекратились. Метафорически можно сказать, что с началом болезни сцена борьбы переместилась извне внутрь. С развитием анорексии пациентку временами стали переполнять депрессивные самообвинения; в другие моменты она гипоманиакально отрицала, что ей грозила смертельная опасность. Такую перемену можно лучше всего объяснить, предположив идентификацию с репрезентациями интернализированного объекта. Самоосуждение, следовательно, было направлено на репрезентацию объекта, с которым идентифицировалось эго. В депрессивном состоянии пациентка, вследствие хорошо известного процесса интроекции, относилась к своему уменьшающемуся телу, как если бы оно не принадлежало ей, и она была отчуждена от него. С другой стороны, ее эйфорию можно понять, предположив, что она бессознательно отождествлялась со своей кормящей матерью.

Эти наблюдения приводят к заключению, что бессознательные фантазии пациентов, больных нервной анорексией, столь сильны, что в определенном смысле они верят в собственное бессмертие. Их эго, коротко говоря, отличается особым чувством всемогущества. Несмотря на то, что их нарциссическое всемогущество носит прегенитальный характер, соответствующий потере определенного объекта и бессознательному отождествлению со своей матерью, можно наблюдать также и другие черты. Например, некоторые из этих пациентов упорно верят в партеногенез.

Продолжая тему самодостаточности, я хотел бы обсудить гиперподвижность этих пациентов, которую можно рассматривать как часть их иллюзии всемогущества и независимости от внешних ресурсов. Эти пациенты пытаются быть все время в движении, делая вид, что они способны к длительным периодам физической активности, не испытывая потребности в пополнении энергии. Сократившееся потребление и возросший в результате гиперактивности расход энергии в сочетании приводят к потере вещества. Их постоянная подвижность не является чудесной загадкой, так как хорошо известно, что голод стимулирует не только активность воображения, но и двигательной системы. Гиперподвижность есть часть так называемого «поведения, вызываемого аппетитом» (*Craig, 1918, «appetitive behavior»*). Экспериментальные исследования с котами, проведенные Хессом и его коллегой Брюггером (*Hess, 1944-46; Brugger, 1943*), ясно показывают, что электрическая стимуляция инстинкта голода вызывает гиперподвижность. В отсутствие чего-либо съедобного, кот ищет замещающий объект для «разрядки напряжения, вызванного стимуляцией инстинкта» (*Hess, 1944-46, с.138*). Пациентки с нервной анорексией склонны к реакциям смещения, так как,

в силу интрапсихических причин, «действие потребления» (Craig, 1918) не может быть реализовано. Если разрядка в конце концов происходит, возможно, в форме клептоманического импульса, то она не сопровождается реальным удовлетворением потребности. Напротив, чувство вины принуждает пациентку каким-то образом очищать себя. В этом свете чрезмерное увлечение танцами, гимнастикой и ходьбой играют роль очистительных актов; в то же время, как это описывал Абрахам (Abraham, 1924), в удовольствии от движения эти пациентки испытывают отчужденное от эго удовлетворение.

Для понимания пациентов с нервной анорексией, а также некоторых случаев ожирения важно знать, что они не испытывают реального и полного удовлетворения. Эти пациенты либо испытывают лишь простое телесное удовлетворение, жадно поглощая пищу и сводя все на нет рвотой, или они живут с иллюзным чувством удовлетворения. Нередко анорексия и булимия, потеря веса и ожирение чередуются друг с другом. Малер и Томэ (Mahler & Thoma, 1964) сообщают, что в ходе лечения двадцатилетней анорексичной пациентки ростом пять футов девять дюймов<sup>2</sup>, она набрала десять фунтов<sup>3</sup> за семь дней. Она весила 92 фунта<sup>4</sup> при поступлении в госпиталь; она прервала лечение с весом 157 фунтов<sup>5</sup> и впоследствии развила ожирение. Они также сообщают о двоих других пациентах, чьи случаи отслеживались в динамике, которые стали страдать ожирением.

Вульф (Wulff, 1932) первый указал на интересные взаимоотношения между этими чередующимися комплексами оральных симптомов и зависимостью. Используя термин в его широком значении, Вульф определил зависимость как озабоченность едой столь всеобъемлющую, что она становится почти единственным предметом размышлений. Анорексичные пациенты и некоторые из их страдающих ожирением двойников борются против этой зависимости. Они сверхтребовательны и хронически замкнуты; однако, сколь много ни будет им предложено, этого все равно недостаточно, чтобы удовлетворить их голод. Нет другого такого объекта, который мог бы соединить в себе все те качества, которые представляет для этих пациентов еда. Они хотят, чтобы их баловали, заботились о них, они ищут нежности, близости, любви и т.п. в одной вещи – еде, от которой они затем должны отказаться из-за вызываемых ею бессознательных коннотаций. Следующий отрывок иллюстрирует это:

Пациентка сказала, что в день накануне сессии она писала в школе сочинение на тему «диалог». В этом сочинении она рассматривала, могут ли существовать открытость и взаимное доверие между людьми, как это бывает между человеком и животными. Она искала понимания без слов, но ее страшила подразумевавшаяся при этом близость. За день

<sup>2</sup> 5 футов 9 дюймов приблизительно равны 175 см (Прим. перев.)

<sup>3</sup> 10 фунтов приблизительно равны 4,5 кг (Прим. перев.)

<sup>4</sup> 92 фунта – приблизительно 51,7 кг (Прим. перев.)

<sup>5</sup> 157 фунтов – приблизительно 71,2 кг (Прим. перев.)

до этого она наблюдала свою школьную подругу и ее друга, когда они ели один кусок хлеба. Пациентка рассматривала этот акт как интимную и отвратительную форму полового акта. В своих ассоциациях она сосредоточилась на восприимчивости, и ход ее мысли был следующим:

Бутылка – ребенок – отвращение, если я думаю об этом – инъекции – идея, что что-то течет в меня, в мой рот или влагалище, сводит с ума – вбирать в себя, *integer, integra, integrum* приходит мне на ум – неприкосновенный – мужчин нельзя касаться как женщин – мужчина неприкосновенен – он не должен вынашивать в себе ребенка – мужчина таков, каков он есть – ему не надо принимать и ему не надо отдавать.

Важно отметить, что пациентка описала восприимчивость как женскую характеристику и приписала чистоту мужчине. Понятие восприимчивости, способности принимать, которое обладает особым значением в развитии женщины, дает начало специфическим для этого пола конфликтам. Хотя худоба является сейчас модной тенденцией, иррациональное следование этой моде частично объясняется негативизмом по отношению к пассивно-принимающим чувствам и функциям.

Удовлетворение голода, как мы все знаем, ведет к послеобеденной сытости. Эти проприоцептивные ощущения связывают функцию еды с формой или, точнее, они связывают ментальные репрезентации функционирования с образом тела<sup>6</sup>. Обе ментальные репрезентации – и функции, и формы, а также их бессознательные корни – могут приводить к патологическим конфликтам. Еще более осложняет человеческие отношения на этом уровне бессознательная сексуализация инстинкта голода, сопровождающаяся нарушениями схемы тела, например, поедание общего куска хлеба приравнивается к половому акту. Стоит заметить, что единственный пациент мужского пола Малер и Томэ голодал в основном не для того, чтобы уменьшить вес, но, скорее, чтобы остановить рост; он хотел быть девочкой и ему не нравилось расти, становиться мужчиной. Фальштейн и другие (*Falstein et al.*, 1956) делают подобное наблюдение в сообщении о четырех пациентах мужского пола, больных нервной анорексией.

Картина, конечно, содержит много других невротических компонентов. Аскетизм, замкнутость и скрывающиеся запросы являются всеми теми чертами, которые синдром болезни призван сохранять в равновесии. Через вторичную выгоду от болезни эти пациенты находят замещающие удовлетворения. Родственники, главным образом, мать, а также работники госпиталя, оказываются в ситуации колоссального напряжения, так как все, что могло бы привести к набору веса, в последний момент саботируется. Пациенты предпочитают косвенные способы приобретения замещающих удовлетворений. Одна пациентка, например, имела обыкновение огорчать свою мать, ненасытно требуя

---

<sup>6</sup> Определение *телесной схемы* Шилдера (*Schilder*, 1923) включает пространственный образ себя, который есть у человека (ср.: *Bruch*, 1962).



тепла.

Коротко говоря, основная психодинамическая черта нервной анорексии – отказ от генитальной стадии развития как на объективном, так и субъективном уровне. Во многих случаях аменорея является первым симптомом регресса. Сексуальные желания исчезают из сознания; развивается асексуальный идеал эго. Мысли и поведение управляются дериватами оральных импульсов или реактивными формированиями (ср.: *Jessner & Abse, 1960*). Типична амбивалентность во взаимоотношениях между пациентками и их матерями. Некоторые пациентки снова начинают пользоваться вещами, к которым они привыкли в детстве. Как с теоретической, так и с технической точек зрения эти пациентки, несмотря на их поведение, являются уже не упрямыми маленькими детьми, а взрослыми девушками или девочками-подростками, регрессировавшими на более ранние стадии развития либидо и эго. Параллельно этой регрессии происходит регрессия на стадию галлюцинаторного исполнения желаний – фактор, который придает синдрому клиническую тяжесть бреда. Если болезнь развилась до этой точки, не следует недооценивать психосоматических последствий, будь то в отношении терапии или психогенетической реконструкции. Относительно психогенетической реконструкции я хотел бы заметить: самофрустрация, которая может начинаться безобидно, ведет к постоянной стимуляции агрессии вследствие порочного круга, состоящего из чувства вины, мазохизма и т.д. Хотя агрессия также играет роль в ряду причин возникновения заболевания, сам по себе процесс болезни особым образом окрашивает вытесненную агрессию этих пациенток.

### **Отношения врач-пациент: прикладная психодинамика**

Во многих случаях психотерапевтическое лечение пациенток с нервной анорексией дает достаточно исчерпывающее понимание как сознательных, так и бессознательных мотивов этих пациенток, стоящих за добровольным голоданием, рвотой, гиперактивностью и другими психопатологическими и психосоматическими симптомами. Так как многие теоретические взгляды различных авторов не только схожи друг с другом, но и обладают большой объяснительной ценностью, стали возможны обобщения. И как я вижу это из моего собственного опыта работы с 200 случаями и из соответствующей литературы, основной остающийся открытым вопрос – это не вопрос о психогенезе болезни, знание о котором хорошо обосновано, но скорее вопрос о применении этого знания к психотерапии отдельного пациента. Терапевт, который работает с пациентом с нервной анорексией, должен учитывать все возможные психодинамические и психогенетические факторы. Только тогда можно начать терапевтические «пробы и ошибки» и попытаться узнать, с какими проблемами можно осмысленно работать. Конечно, предостережение Фрейда (1905) против психоанализа с пациентами, страдающими нервной анорексией, не означает, что психоаналитически

ориентированная психотерапия в этих случаях вообще не должна применяться.

Самая большая проблема кроется в установлении «рабочего альянса» с пациентом (*Greenson, 1967*). Трудности в преодолении негативизма пациента с нервной анорексией многочисленны. Началу лечения соответствует позиция лицом к лицу; только после того, как врачу удалось установить контакт с пациентом, следует использовать стандартную психоаналитическую технику, включающую кушетку. Врач должен иметь в виду, что второстепенная важность сеттинга лишь относительно для психотерапевтического процесса и его результатов, и если это необходимо, техника должна быть приспособлена к ситуации пациента, а не наоборот. Самое важное – это избежать невольного соглашения с отрицанием реальности пациентом. В психотерапии пациентов обычно не лечат против их воли; тем не менее, именно с этой ситуацией сталкивается врач, когда он лечит пациента с нервной анорексией, делающего все, чтобы противодействовать докторам и сестрам и обмануть их.

Оставляя в стороне обсуждение трудностей, имеющих место на начальной стадии терапии, я должен сфокусироваться на некоторых основных проблемах, которые возникают во взаимодействии врача и пациента. Мой опыт в лечении и супервизии лечения таких пациентов показывает, что окончательный терапевтический успех зависит от взаимоотношений врач-пациент.

Вследствие того, что пациенты с нервной анорексией бесспорно являются мазохистами, карательный подход может иметь «терапевтический» эффект. Такой подход, в действительности, имеет результатом почти точное повторение того, как вели себя семьи этих пациентов по отношению к ним. Однако если терапевт упускает из виду причины, по которым пациенты ведут себя именно так, как они это делают – например, почему они не едят, – лечение становится бессистемным и все больше обуславливается настроением момента.

Интересно заметить, как те самые эмоции, которые не способна принять или признать в себе пациентка, страдающая нервной анорексией, могут проявиться в отношении врача к ней. Вместо того, чтобы начать осознавать свои позитивные или негативные чувства по отношению к врачу, она пытается соблазнить его взять на себя определенные роли. Чем более успешно склоняет она его к тому, чтобы баловать или наказывать ее, тем более хаотичной становится ситуация, так как врач, противодействуя этому, обнажает те самые эмоциональные импульсы, от которых отгораживается пациентка внутри себя.

Большинство пациенток с нервной анорексией делают все возможное, чтобы сознательно или через бессознательные процессы опровержения и отрицания скрыть свое состояние, и многие терапевты склонны мириться с защитами этих пациентов, не бросая им вызова. Эти терапевты недооценивают реальную серьезность ситуации или зарывают голову в песок, отказываясь сделать очевидные заключения. Снова и снова можно

прочитать о случаях нервной анорексии, когда терапевты вопреки своим более основательным рассуждениям поддавались соблазну принять желаемое за действительное и приукрасить факты. Лечение истощенных молодых девушек как амбулаторных пациенток, как если бы они были не серьезно больными, но счастливыми и активными школьницами (*Heydt-Gutscher, 1960*), может быть только формой такого тайного соглашения. Опасно больные нервной анорексией пациентки, хотя они могут и отрицать это, должны проходить лечение в госпитале вне зависимости от того, как сильно они стремятся остаться вне его стен.

Хотя нельзя ожидать, что каждая интерпретация немедленно принесет положительный результат, терапевт должен попытаться раскрыть этим пациенткам некоторые из наиболее существенных мотивов их сопротивления. Ни при каких обстоятельствах терапевт не должен присоединяться к «наведению глянца», в котором эти пациентки являются непревзойденными мастерицами. Их уверенность не увеличивается, когда терапевт показывает, что он склонен верить в их нереалистические заявления и соглашаться с обманами относительно привычек питания.

Интерпретации должны быть первоначально направлены на те факторы, которые достаточно хорошо осознаются пациентками, но утаиваются или отрицаются ими.

Я не способен увидеть какое-то противоречие между «нахождением фактов» и «интерпретациями мотивов», как это делает Брах. Конечно, продвижение от сознательных к бессознательным уровням соответствует хорошо обоснованному психоаналитическому правилу, однако возможно, что интерпретации мотивов войдут в одно ухо и выйдут через другое, оставив незатронутыми другие основные элементы. Например, сокрытие и отрицание того, что пациентка больна, столь характерные для пациенток с нервной анорексией, являются лишь аванпостами в их линии сопротивления, и этот факт должен быть признан до того, как можно будет интерпретировать соответствующие им мотивы (*Thoma, 1967, p.310*).

Я бы согласился с советом Брах в том смысле, что интерпретации должны быть нацелены на «нахождение фактов» до того, как предприняты попытки справиться с мотивацией, стоящей за опасной для самих этих пациентов борьбой против роста их тела. Используя эту технику, я не нашел, как обнаружила это Брах (*Bruch, 1962*), «...базисный изъян в их структуре личности, а именно неспособность знать, что они сами чувствуют...» (p.194). В самосознании этих истощенных девушек, конечно, присутствует изъян, но этот изъян является результатом психодинамических процессов и не представляется первоначальной причиной болезни.

Интерпретации любого рода нацелены на то, чтобы дать пациенту возможность проникнуть в суть своего поведения или мотивов; пока эта цель не достигнута, чувства тревоги или вины пациента берут верх. Одно дело – обсуждение врачом с больной девушкой ее школьных проблем;

совершенно иным для него является признание того, что ее гиперактивность и псевдо-счастливая жизненная позиция маскируют лежащие за ними серьезную болезнь и беспомощность. Если врачом не руководит, как в словах, так и в делах, осознание защитной природы этой маскировки, пациент будет чувствовать себя неправильно понятым. Следующий за этим порочный круг может закрепиться и ввергнуть врача в состояние скрытой тревоги, проявляющееся затем в чрезмерной снисходительности или открытой агрессивности. Техника всегда должна играть вторую скрипку в попытке понять ту «битву», которую ведет пациент.

Жизненная позиция пациентов с нервной анорексией вызывает у врача почти немедленный контрперенос. Характерным паттерном является отвержение пациентом предписаний и рекомендаций врача. Следовательно, с первого момента на объективные суждения и соображения врача падает тень явного конфликта этой ситуации, и не потребуется долго ждать того момента, когда эти тени сгустятся и затемнят картину, поглощая чувство и разум. Один врач попытается помочь добротой, другой будет экспериментировать со строгими диетами, и никакой курс лечения не будет успешным. Неудивительно, что скоро врач начинает осознавать свое собственное бессилие и тщетность всех усилий в лечении пугающего истощения пациента. Его беспокойство пробуждает его собственный защитный механизм и высвобождает всевозможные отношения контрпереноса. Отыгрывание вовне пациента провоцирует контр-отыгрывание вовне врача, будь то снисхождение или наказание.

Я наблюдал типичные опасные моменты во взаимоотношениях врача и пациента. Отрицание пациентки, как кажется, заражает людей вокруг нее, и они также становятся склонны преуменьшать серьезность ситуации. Коллеги женского пола имеют тенденцию по-матерински заботиться о пациентах. Сложные причины таких реакций можно найти в аналитической терапии Марголиса и Джернберга (*Margolis & Jernberg, 1960*) и ее соответствующей теории, или, в более поэтических выражениях, у Кафки в «Голодном эксперте» (1952), который говорит о себе, что он вынужден морить себя голодом и в конце концов умереть, потому что не может найти той пищи, которой ищет.

Как это можно легко проследить по литературе, взаимодействия, подобные тем, которые я описал, увековечивают болезнь. Возможно, у кого-то нет желания тщательно разбираться в таких банальных факторах, как важность контр-отыгрывания и контрпереноса; тем не менее, история нервной анорексии до настоящего времени, а также изучение историй терапевтических случаев показывают, что диагностический и терапевтический смысл этих неправильных взаимодействий все еще недостаточно хорошо известен. И, в конечном итоге, даже обладая соответствующими знаниями, справляться с этими проблемами достаточно трудно.

## Долговременные исследования

Можно сделать определенные обобщения на основании обзора исследований, отслеживающих динамику развития болезни. Например, что касается физических симптомов пациента (вес, менструации, запоры), то к моменту выхода из госпиталя результаты принудительного кормления самого по себе или в сочетании с психотерапией, оказываются заметнее, нежели улучшение, полученное в ходе применения одной психотерапии. Несомненно, что быстрое физическое выздоровление в некоторых случаях оказывается прочным. Однако все долговременные исследования динамики случаев включают сообщения о рецидивах, летальных исходах и/или о невротических расстройствах поведения в дальнейшей жизни некоторых пациентов. Из этих исследований видно, что набор веса в момент выписки из госпиталя не является надежным основанием для общего прогноза. К тому же долговременным исследованиям не удалось ответить на главный вопрос: какая психотерапевтическая техника приводит к лучшим результатам по отношению к какой группе пациентов, страдающих нервной анорексией?

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психотерапевтическое лечение индивидуальных случаев должно основываться на хорошо обоснованной теории этой болезни. Как из теоретического знания извлечь терапевтически осмысленную пользу и, в то же время, улучшить теоретическое понимание – это проблема техники, которую необходимо решать в каждый конкретный момент общения с пациентом. Пока психотерапевт находится под давлением опасной потери веса пациентки, лечение осложнено. Если физически пациентка в большей безопасности и уже утратила свое первоначальное сопротивление, лечение нервной анорексии не отличается от психотерапии сходных невротических нарушений.

Перевод Т.В.Друсиновой

## ЛИТЕРАТУРА

- Abraham Karl (1924). A Short Study of the Development of the Libido, Viewed in the Light of Mental Disorders. In Selected Papers of Karl Abraham M.D., Douglas Bryan & Alix Strachey, trs., p.418-501. New York: Basic Books, 1953.*
- Berger Lore: Der Barmherzige Hugel. Zurich: Buchergilde Gutenberg, 1944.*
- Bliss E.L. & Branch C.H.H.. Anorexia Nervosa: its History, Psychology, and Biology (Psychosomatic Medicine Monogr.). New York: Hoeber, 1960.*
- Bruch Hilde. Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa. Psychosom. Med. 24(2): 187-94, 1962.*
- Brugger M. Fresstrieb ah hypothalamisches Symptom. Helv. Physiol. Pharmacol. Acta 1: 183-98, 1943.*
- Craig Wallance. Appetites and Aversions as Constitutes of Instincts. Biol. Bull. 34: 91-107, 1918.*

- Dally P.J. & Sargant W. *A New Treatment of Anorexia Nervosa*. *Br. Med. J.* 1(5188): 1770-73, 1960.
- Falstein E.I. et al. *Anorexia Nervosa in the Male Child*. *Am. J. Orthopsychiatry* 26(4): 751-72, 1956.
- Fleck Lili et al. *Verschiedene Typen von Anorexia Nervosa und ihre psychoanalytische Behandlung*. In *Anorexia Nervosa*, J.E.Meyer & Harold Feldmann, eds., p.87-95. Stuttgart: Thieme, 1965.
- Frahm Hans. *Ergebnisse einer systematisch durchgeführten somatisch orientierten Behandlungstherapie bei Kranken mit Anorexia Nervosa*. In *Anorexia Nervosa*, J.E.Meyer & Harald Feldmann, eds., p.64-67. Stuttgart: Thieme, 1965.
- Freud Anna. *The Ego and the Mechanisms of Defence*, Cecil Baines, tr. New York: International Universities Press, 1946.
- Greenson R.R. *The Technique and Practice of Psychoanalysis*, vol.1. New York: International Universities Press, 1967.
- Hess W.R. *Von den höheren Zentren des vegetativen Funktions-systems*. *Bull. Schweiz. Akad. Med. Wiss.* 1: 138-64, 1944-46.
- Heidt-Gutscher Doris. *Psychotherapie einer Magersüchtigen*. *Zeitschr. Psychosom. Med.* 6: 77-90, 185-201, 1960.
- Jessner Lucie & Abse D.W. *Regressive Forces in Anorexia Nervosa*. *Br. J. Med. Psychol.* 33(4): 301-12, 1960.
- Kafka Franz. *The Judgment*. In *Selected Short Stories*, Willa Muir & Edwin Muir, trs. New York: Modern Library, 1952.
- Mahler Eugen & Thoma Helmut. *Über die simultane Psychotherapie einer Anorexia-nervosa-Kranken und ihrer Mutter*. *Jb. Psychoanal.* 3: 174-211, 1964.
- Meuer A.E. *Diskussionsbemerkungen*. In *Anorexia Nervosa*, J.E.Meyer & Harald Feldmann, eds., p.67-68. Stuttgart: Thieme, 1965.
- Margolin S.G. *Genetic and Dynamic Psychophysiological Determinants of Pathophysiological Processes*. In *The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis (Boston Psychoanalytic Society and Institute Monograph Series, No.1)*, Felix Deutsch, ed., p.3-36. New York: International University Press, 1953.
- Margolis P.M. & Jernberg Ann. *Analytic Therapy in a case of Extreme Anorexia*. *Br. J. Med. Psychol.* 33(4): 291-300, 1960.
- Schiele B.C. & Brozek Josef. *«Experimental Neuroses» Resulting from Semistarvation in Man*. *Psychosom. Med.* 10(1): 31-50, 1948.
- Schilder Paul. *Das Körperschema; ein Beitrag zur Lehre vom Bewusstsein des eigenen Körpers*. Berlin: J. Springer, 1923.
- Thoma Helmut. *Anorexia Nervosa*, Gillian Brydone, tr. New York: International University Press, 1967.
- Wulff Moshe. *Über einen interessanten oralen Symptomenkomplex und seine Beziehung zur Sucht*. *Int. Ztschr. Psychoanal.* 18: 281-302, 1932.