

НЕВРОТИЧЕСКАЯ АНОРЕКСИЯ (ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД)

М. А. Гавриленко,

НЕВРОТИЧНА АНОРЕКСІЯ (ПСИХОАНАЛІТИЧНИЙ ПОГЛЯД)

М. А. Gavrilenko,

NEUROTIC ANOREXIA (PSYCHOANALYTIC VIEW)

Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра психотерапии.

Kharkov Medical academy of Postgraduate education, Department of psychotherapy

Статья поступила в редакцию 03.10.2016.

Резюме

Статья посвящена клиническим и психодинамическим проблемам нервной анорексии (f50.0). Автор поднимает вопрос о диагностике и психодинамической этиологии нервной анорексии, а также о динамическом формировании симптомов. В статье рассматриваются необходимые шаги фармако- и психотерапии данного заболевания. Высказано предположение, что структурирование лечебного процесса, в частности мультитерапевтический подход, позволит повысить эффективность терапии нервной анорексии.

Ключевые слова

Нервная анорексия, диагностика, психодинамический подход, фармако- и психотерапия.

Резюме

Стаття присвячена клінічним і психодинамічним проблемам нервової анорексії (f50.0). Автор піднімає питання про діагностику і психодинамічну етіологію нервової анорексії, а також про динамічне формування симптомів. У статті розглядаються необхідні кроки фармако- і психотерапії даного захворювання. Висловлено припущення, що структурування лікувального процесу, зокрема мультитерапевтичний підхід, дозволить підвищити ефективність терапії нервової анорексії.

Ключові слова

Нервова анорексія, діагностика, психодинамічний підхід, фармако- і психотерапія.

Resume

The article is devoted to clinical and psychodynamic issues of anorexia nervosa (f50.0). The author raises the question of diagnosis and psychodynamic etiology of anorexia nervosa, as well as the dynamic formation of symptoms. This article discusses the steps necessary pharmacotherapy and psychotherapy of this disease. It is suggested that the structuring of the treatment process, in particular multitherapeutic approach will improve the efficiency of treatment of anorexia nervosa.

Keywords

Anorexia nervosa, diagnostics, psychodynamic approach, pharmacotherapy and psychotherapy.

Невротическая анорексия и булимия стали болезнями нашего времени. В мире наблюдается рост количества этих заболеваний. Основной рост заболеваемости отмечается в Шотландии, Швейцарии, США, но и в Украине также отмечается увеличение числа этих ранее довольно нечасто встречающихся заболеваний. Начало расстройств питания отмечается в позднем пубертатном возрасте, в 15 – 19 лет и это явно связано с сепарацией от дома, началом взрослости [1, 2].

Факторы, влияющие на начало заболевания:

1. Экономически развитые страны;
2. Социальный идеал – стройные, активные, берущие на себя много обязательств;
3. Наследственность – монозиготные близнецы;
4. Психотравма (насилие, сексуальное злоупотребление у булимиков, эмоциональная депривация у аноректиков);
5. Скромность, нерешительность, социальное аутсайдерство, семейные проблемы и психологические проблемы в детстве;
6. Диета в раннем возрасте;
7. Голодание в детстве (приводит к тому, что пациент все больше и больше думает о еде, развивается булимия) [3 – 5].

Анорексия. Средства массовой информации бомбардируют нас образами худощавых женщин. Невротическая анорексия неизвестна в странах, где худощавость не считается добродетелью. Хотя интрапсихические и биологические факторы не должны недооцениваться в этиологии и патогенезе расстройств питания, именно социокультурные факторы часто запускают этот синдром. По частоте случаев невротическая анорексия более чем удвоилась с 60-х годов.

Ярлык невротической анорексии может вводить в заблуждение, поскольку подразумевается, что центральной проблемой является потеря аппетита. В действительности диагноз невротической анорексии отмечает фанатичное стремление к стройности, соотносящееся с подавляющим страхом стать толстым. Для установки диагноза часто применяется измерение веса: менее чем 85% минимально возможного для данного возраста и роста. Речь идет о специальном снижении веса. Рвота, употребление препаратов, уменьшающих аппетит, диуретиков, слабительных, навязчивое переутомление – все относится к симптомам анорексии. Явным признаком невротической анорексии у женщин является аменорея. Если заболевание наступает до пубертатного возраста – замедленный рост. Болеют в основном молодые женщины, вес которых меньше 50 или даже менее 40 килограмм. У больных отсутствует чувство голода [1, 6, 7].

Психические сопровождающие анорексию: депрессия, тревога, тоска, изоляция, социальное избегание, амбициозность, obsессивно-компульсивные черты, высокий интеллектуальный уровень, агрессивное поведение в семье. Аноректические пациенты боятся своих влечений (агрессивных, сексуальных, к еде). Они ненавидят свое тело. Для них типичны графические рисунки. Эгоистонно для них не хотеть лечиться.

1% женщин от 16 до 20 лет – аноректичны. 95% при анорексии – женщины. Клинические черты и психодинамика болеющих мужчин удивительно похожи на женские [8, 9].

Психодинамическое понимание. Занятость проблемами еды и веса является относительно более поздним признаком глубоких фундаментальных нарушений концепции самости. Большинство пациенток с невротической анорексией имеют непреходящее убеждение, что они совершенно беспомощны и неэффективны. Болезнь часто наступает у «хороших девочек», которые пытались всю жизнь ублажать родителей, но неожиданно стали упрямыми и негативистскими в подростковом возрасте. Тело часто ощущалось как нечто отдельное от себя, как будто оно принадлежит родителям. Изображение себя в преморбиде как прекрасной маленькой девочки обычно служит защитой против глубоко лежащего чувства своей ничтожности. Корни анорексии можно проследить в нарушенных взаимоотношениях между младенцем и матерью. В частности, мать заботиться о ребенке в соответствии с ее собственными потребностями, а не с потребностями ребенка. Когда намеки ребенка не получают подтверждающих и действенных откликов, ребенок не может вырабатывать здоровое ощущение самости. Вместо этого ребенок переживает себя как продолжение матери, а не как полноправный автономный центр. Поведение аноректической пациентки можно понять, как попытку получить подтверждение и восхищение в качестве особой и уникальной личности с необыкновенными способностями. Некоторые исследователи отмечают сходство между динамикой аноректических пациенток и пациенток с пограничными расстройствами личности. При недостатке чувства идентичности ребенок вырабатывает фальшивую самость для удовлетворения матери. Маленькая девочка старается быть превосходным ребенком, чтобы увериться, что мать не бросит её. Эта навязанная роль, однако, вызывает длящееся годами чувство обиды, и

аноректический синдром является полномасштабным бунтом, при котором пациентка пытается утвердить свою истинную самость, долгое время оставшуюся недоразвитой и бездействующей [3, 5, 7, 10].

Семьи таких пациенток отличаются отсутствием личностных границ и границ между поколениями. Каждый член семьи вовлечен в жизнь любого другого члена семьи до такой степени, что никто не чувствует своей идентичности отдельно от семейной матрицы.

Пациентки с невротической анорексией не способны к психологической сепарации от матерей, что приводит к неудаче попыток достигнуть стабильного ощущения собственного тела. Тело, таким образом, часто воспринимается как нечто, населенное плохими материнскими интроектами и голодание может быть попыткой остановить рост этого враждебного вторгающегося интернализованного объекта.

Объектно-ориентированные аналитики полагают, что ядро невротической анорексии формирует интенсивная жадность. Оральные желания, однако, настолько неприемлемы, что с ними приходится обращаться путем проекций. Через проективную идентификацию жадное требовательное самопредставление переносится на родителей. Когда пациент отказывается есть, у родителей эта проблема превращается в навязчивость: ел пациент или нет, и тогда они становятся желающими. Кляйнианцы формулируют это как неспособность принимать от других хорошее из-за чрезвычайного желания обладать. Получение пищи или любви конфронтрует этих пациентов с тем, что они не могут обладать всем, что желают. Их решением является ни от кого ничего не принимать. Зависть и жадность тесно связаны в бессознательном. Пациент завидует всему хорошему, чем обладает мать – любви, сочувствию, заботе, но получение этого лишь усиливает зависть. Отвержение поддерживает бессознательную фантазию испорченности того, чему завидуешь, подобно лисе из Эзоповской басни, решившей, что недостижимый виноград слишком зелен. Пациент отправляет следующее послание: «Нет ничего хорошего, что доступно моему обладанию, следовательно, я просто откажусь от всех желаний». Такой отказ делает аноректического пациента объектом желания других и, в его фантазиях, объектом их зависти, восхищения, поскольку они «впечатлены» его самоконтролем. Пища символизирует позитивные качества объекта, которые пациент желал бы иметь в себе и от которых отказывается из-за зависти [2, 4, 5].

Большинство формулировок причин развития невротической анорексии фокусируются на диаде мать – дочь. Однако наблюдается и характерный паттерн отцовского вовлечения в проблемы анорексических дочерей. На поверхности такой отец выглядит заботящимся и поддерживающим, но он эмоционально избегает дочери, когда она действительно в нем нуждается. В дополнение к этому, многие отцы анорексических пациенток не столько предлагают эмоциональную заботу дочерям, сколько сами нуждаются в получении эмоциональной заботы. Часто оба родителя переживают серьезное разочарование в браке, что приводит каждого из них к поиску эмоциональной поддержки у дочери.

Итак, чтобы обобщить психодинамическое понимание невротической анорексии, можно сказать, что явное самоистощение является симптомом, определяемым следующими факторами:

1. Отчаянная попытка быть особой и уникальной;
2. Атака на фальшивое ощущение самости, установленное родительскими ожиданиями;
3. Попытка утвердить истинную самость;
4. Атака на враждебный материнский интроект, который рассматривается как эквивалент тела;
5. Защита против жадности и желания;
6. Попытка заставить других чувствовать себя жадными и беспомощными.

Терапия (основные направления):

1. Редукция симптома – увеличить вес и настроить регулярное питание;
2. Остановить мысли об ограничении в еде;
3. Повышение самооценки (80% самооценки зависит от низкого веса);
4. Работа с интрапсихическими конфликтами;
5. Реалистичное принятие своего тела, любовь к нему, а не ненависть [1 – 3, 7].

Клиницисты, работающие с невротической анорексией, согласны в том, что цели лечения не должны быть узко сфокусированы на набирании веса. Существует так называемый «двухшаговый»

метод. В качестве первой ступени он включает в себя возобновление питания и набор веса. Когда эта ступень достигнута, следующим шагом может быть психотерапевтическая интервенция. Лучшие результаты получаются при комбинации семейной и динамической индивидуальной терапий с контролем веса.

Перечислим четыре основных принципа техники при динамической индивидуальной терапии анорексических пациентов [5 – 7, 10].

1) *Избегайте чрезмерных попыток изменить пищевое поведение.*

Нужно помнить, что то, что мы называем симптомом, они называют своим спасением. Пациентка считает невротическую анорексию решением своих внутренних проблем. Психотерапевты, которые немедленно определяют это как проблему, должны подвергнуться изменению, снижают свои шансы на формирование терапевтического альянса. Поведение, связанное с невротической анорексией, вызывает у родителей пациентки требование и ожидание изменений. Через проективную идентификацию терапевт может ощутить мощное давление в направлении идентификации с проецируемыми пациенткой внутренними объектами, ассоциирующимися с родителями. Вместо того, чтобы отыгрывать это и становиться родительской фигурой, терапевт должен попытаться понять внутренний мир пациентки. У них существует так называемое равенство еды и разговора. Как пациентка провоцировала родителей отказом есть, так же она попытается спровоцировать терапевта отказом говорить. В начале терапии, поэтому, полезно будет прояснить, что изначальная цель лечения – скорее понимание эмоциональных нарушений, чем проблема еды. Однако необходимо объяснить, что способность пациентки думать и общаться улучшится, если она наберет вес хотя бы до нижней границы нормы.

2) *Избегайте интерпретаций в начале терапии.*

Интерпретации бессознательных желаний или страхов будут переживаться анорексической пациенткой как повторение ее жизненной истории. Снова кто-то другой говорит ей, что она действительно чувствует, тогда как её опыт минимизируется и становится недействительным. Вместо этого задача терапевта заключается в том, чтобы эмпатически подтверждать внутренние переживания пациентки. Терапевт должен проявлять активный интерес к тому, что пациентка чувствует и думает, как бы передавая сообщение, что она является автономной личностью, обладающей собственными идеями о своей болезни. Особо важной становится помощь пациентке в определении ее чувств. Вытекающие из этих чувств решения и действия должны быть легитимными и уважаемыми. Терапевт может помочь пациентке исследовать различные показатели, но должен воздержаться от сообщения ей, что необходимо делать. Этот эмпатический, поддерживающий, укрепляющий Эго подход на ранних фазах терапии поддержит интроекцию терапевта как хорошего объекта. Интерпретацию не рекомендуется давать до тех пор, пока пациентка не дойдет до нее сама. Даже после этого рекомендуется говорить «в воздух» вместо прямого обращения к пациентке, обеспечивая, таким образом, некоторое расстояние в отношениях и уважая границы пациентки. Такие интерпретации должны предлагаться как гипотезы, как если бы шел разговор с воображаемым коллегой, вместо того, чтобы делать некие окончательные заявления непосредственно пациентке.

3) *Осторожно контролируйте контрперенос.*

Анорексические пациентки обычно считают, что их родители хотят, чтобы они набирали вес для того, чтобы другие люди не считали родителей неудачниками. Терапевт также может начать проявлять беспокойство в связи с этим вопросом, в частности, может чувствовать, что другие негативно оценивают его работу, если пациентка не набирает вес. Эти контрпереносные чувства могут привести к тому, что терапевт попадет в ловушку идентификации с родителями пациентки. Идеальная ситуация для индивидуальной психотерапии – это предоставить возможность кому-то другому следить за набором веса, пока терапевт занимается психологическими проблемами пациентки.

4) *Исследуйте когнитивные искажения.*

Неверные восприятия размера тела и нелогичные когнитивные взгляды должны быть неосуждающим образом исследованы вместе с пациенткой. Терапевт, таким образом, служит вспомогательным Эго, которое способствует усилению возможностей пациентки к наблюдению и улучшению ее критического мышления.

Госпитализация при:

1. Угрожающем физическом состоянии, нарушении жизненно важных функций;
2. Полностью нарушенное поведение с едой;
3. Процент снижения веса больше 30% от нормы;
4. Неудачная амбулаторная терапия;
5. Суицидальные импульсы, самоповреждение;
6. Другие зависимости.

В стационаре:

1. Комплексное лечение;
2. Вербальные индивидуальные и групповые методы;
3. Психодинамическая, поведенческая и телесно-ориентированная терапия;
4. ЛФК, гимнастика;
5. Терапия творчеством (музыкотерапия, арт-терапия);
6. К лечению привлекается вся семья или партнеры;
7. Фармакотерапия. Это хуже, чем психотерапия, поэтому иногда используется как дополнение к ней – нейрорептики в небольших дозах, чтобы произошла редукция симптома и пациент стал более спокойный; антидепрессанты полезны для тех пациенток, которые соответствуют общим критериям депрессивности;
8. Заключается контракт с пациентом (до какой массы тела должен быть восстановлен вес, например, 500-700 г в неделю или выше, обозначается, что делает пациент, что врач);
9. Обеспечение удовольствия пациенту;
10. Высококалорийная еда и особенно питье;
11. Поддержка всего персонала при употреблении еды;
12. Иногда зондирование, когда ничто не помогает или когда, по контракту, врач отвечает за прибавку веса;
13. Изоляция в палате в виде наказания в некоторых странах;
14. Группа пациентов, которая или поддерживает его или давит на него (например, вставать из-за стола, только когда доели все пациенты) [8 – 10].

Приблизительно 80% всех аноректических пациенток набирают вес при лечении в стационаре, поскольку персонал создает специфическую атмосферу. Персонал стационара должен осторожно относиться к бессознательным усилиям пациентки разыграть заново в стационаре сцены семейной борьбы. Они должны заинтересованно помогать пациентке в наборе веса без чрезмерной озабоченности этим вопросом и без выдвигания требований, которые предъявляли пациентке ее родители. Пациентке нужно помогать справиться со страхом потери контроля и организовывать вместе с членами терапевтической команды план питания, состоящий из небольших, но частных приемов пищи, обсуждая при этом тревожность пациентки. О повышении веса нужно сообщать пациентке с позитивной поддержкой. Необходимо контролировать и конфронтировать повторяющиеся эпизоды очистки желудка структурными мерами, такими как запираание ванной. Члены терапевтической команды могут уверить пациентку, что они не позволяют чрезмерного увеличения ее веса: это поможет пациентке доверять им.

Краткие госпитализации редко бывают эффективными, а как минимум 50% пациенток, которые успешно контролировали свою невротическую анорексию при лечении в стационаре, в течение года переживают рецидив.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders'5th edition / American Psychiatric Publishing, 2013. – 5-edition. – P.991.
2. Lloyd S. Perfectionism in anorexia nervosa: novel performance based evidence / S. Lloyd, J. Yiend, U. Schmidt, K. Tchanturia // *plos One*. – 2014. – №31; 9 (10). – 111 – 697.
3. Hunt D. Diagnosing and managing anorexia nervosa in UK primary care: a focus group study / D. Hunt, R. Churchill // *Fam. Pract.* – 2013. – №30 (4). – P.459 – 465.
4. Hay P. J. A qualitative exploration of influences on the process of recovery from personal written accounts of people with anorexia nervosa / P. J. Hay, K. Cho // *Women Health*. – 2013. – №53 (7). – P.730 – 740.
5. Nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: review of the literature and implications for treatment / E. Marzola, J. A. Nasser, S. A. Hashim [et al.] // *BMC Psychiatry*. – 2013. – №13. – P. 290.
6. Effect of Nutritional Rehabilitation on Gastric Motility and Somatization in Adolescents with Anorexia / M. E. Perez, B. Coley, W. Crandall, C. Lorenzo, T. Bravender // *J. Pediatr.* – 2013. – 163 (3). – P. 867 – 872.
7. Цель нутритивной поддержки больных нервной анорексией / В. Н. Сергеев, В. И. Михайлов, Л. В. Тарасова [и др.] // *Вестник неврологам, психиатрии и нейрохирургии*. – 2013. – №7. – С. 25 - 41.
8. Николаева Н. О. История и современное состояние исследований нарушений пищевого поведения (культурные и психологические аспекты) / Н. О. Николаева // *Клиническая и специальная психология*. – 2012. – № 1. – С. 23 - 27.
9. Балакирева Е. Е. Психологическая квалификация когнитивных нарушений при нервной анорексии у детей и подростков / Е. Е. Балакирева, Н. В. Зверева, Л. П. Якупова // *Современная терапия в психиатрии и неврологии*. – 2014. – №1. – С. 30 - 34.
10. Ротенберг В. С. Образ «Я» и поведение / В. С. Ротенберг. – М.: Издательские решения, 2015. – 228 с.