## Нервная анорексия и булимия

Определение.

Под нервной анорексией или пубертатным похуданием, понимают значительную потерю массы тела, вследствие отказа от еды и/или хронической рвоты. Заболевание возникает обычно в пубертатном возрасте и почти, исключительно, у девушек.

В классификации болезней булимии установлены следующие диагностические критерии:

повторяющиеся приступы булимии (потребление большого количества пищи за короткие промежутки времени, обычно менее чем за 2 ч);

как минимум три из следующих симптомов:

а) потребление высококалорийной, легкоусвояемой пищи во время приступов булимии;

б) беспорядочная еда "всего подряд" во время приступа булимии;

в) окончание приступа булимии возникновением абдоминальных расстройств: сном, самостоятельно вызванной рвотой или расстройствами в результате последней;

г) повторные попытки сбросить вес при помощи строгой диеты, специально вызываемой рвоты и применения слабительных или диуретинов;

д) частые колебания в весе с разницей более чем в 5 кг, обусловленные голоданием или избыточным потреблением пищи;

е) нарушение пищевого поведения осознается; одновременно возникает страх потерять над ним контроль;

ж) депрессивное настроение и самообесценивающие мысли после приступов булимии;

з) эпизоды булимии возникают не в рамках нервной анорексии или вследствие известного соматического заболевания.

## Симптоматика

Ранние симптомы анорексии проявляются часто необычными изменениями в поведении: в отношениях с окружающими могут появиться замкнутость и стремление к изоляции; к определенным блюдам может развиться отвращение. Может вдруг возникнуть страх потерять контроль над массой своего тела. Для развернутой картины болезни характерны, согласно DSM-III-R (1989), следующие пять симптомов: ярко выраженный страх растолстеть, который не уменьшается и с потерей массы тела, нарушения собственной схемы тела в смысле искаженного самовосприятия. Например, убеждение в своей излишней полноте, несмотря на отчетливое похудание - потеря минимум 25% исходной массы тела - отказ поддерживать массу своего тела выше минимально нормальной границы в соответствии с возрастом и ростом - отсутствие какой бы то ни было соматической болезни, которая могла бы обусловить похудание (см. *Meermann & Vandereyecken,* 1987).

## Транскультурный аспект и эпидемиология

Психогенное похудание является заболеванием, которое встречается во всех странах мира. Оно возникает даже там, где очень остро стоит продовольственная проблема, например в Индии, что, по мнению Brautigam и Christian (1973), доказывает, что следует различать недоедание и стремление похудеть. Согласно, Jores (1981), в США было установлено, что анорексией чаще заболевает белое, нежели цветное население, и при этом чаще люди из высших социальных слоев.

Нервная анорексия встречается почти исключительно в возрасте от пубертата до 25 лет, преимущественно у женщин. Соотношение частоты заболевания среди мужчин и женщин составляет, по Petzolc и Reindell (1980), 1: 10, по Jores (1981) - 1: 20 или 1: 30. Из 100 000 женщин в возрасте от 15 до 25 лет анорексией ежегодно заболевает 15-75.

## Обзор литературы

С точки зрения глубинно-психологической теории, потеря аппетита и отказ от приема пищи являются защитой подсознательных орально-поссесивных и агрессивных тенденций, поскольку бытие (Existenz) плохой совести не может предоставить удовлетворение этих потребностей. В этой связи Loch (1971) и Alexander (1971) указывают на значение голодания как наказания. Оба автора видят также в этой симптоматике бессознательную реакцию протеста и сопротивления.

Brautigam и Christian (1973) видят в основе anorexia nervosa амбивалентную установку женщины к половой роли. Jores (1981) считает, что центральное значение имеет мать. Petzold и Reindell (1980) установили, что в семьях, где встречаются anorexia nervosa особенно выражено стремление избежать конфликтов, вследствие чего возникает хотя и скрытое, но перманентное напряжение.

По данным Battegey (1982), большую роль в поддержании симптоматики играет вторичное заболевание. С его появлением и развитием больные могут отмечать, что "они остались эмоционально голодными". Отказывающиеся от еды, согласно Genlinghoff и Backmund (1989), часто являются жертвами своих собственных идей: малая масса тела - это здоровее, чем большая; аскетизм обостряет ум; физическую слабость следует преодолевать закалкой; растительные слабительные средства, не являются настоящими слабительными и т.п. По данным Thoma (1972), около 30% больных поддаются психоаналитической терапии. Достигается улучшение в пищевом поведении и психосоциальном развитии. Rosman и др. (1976) наблюдали взаимодействия внутри семьи и на этой основе разрабатывали затем терапевтическую стратегию. По данным Minuchin (1977), семейно-терапевтичес-кие вмешательства изменяют общий жизненный контекст больного. Fichter и Keeser (1980) показали, что при использовании стратегии поведенческой терапии внимание уделяется не только прибавке массы тела, но и изменению социального поведения.

Больные с булимией, согласно Genlinghoff и Backmund (1989), внешне просто совершенны: "у них "идеальная фигура", они успешны и постоянно "действуют" ". Превосходный фасад скрывает, однако, крайне низкую самооценку. Они постоянно спрашивают себя, что от них ожидают окружающие, правильно ли они ведут себя. Они стремятся к большему успеху и часто путают любовь, которой они добиваются, с признанием.

Пословицы и народная мудрость

Перебить аппетит (всякая охота пропадает), надоел до дыры в желудке (замучить вопросами, заговорить); я сыт по горло; кожа да кости остались; надоело до тошноты, с души воротит; что-то портит аппетит; голод лучший повар; у кого-либо глаза были не сыты.

Притча: "Вылеченный бред!"

Когда король Амирнуэ Самани умер, ученые воспользовались возможностью вовлечь ненавистного им Авиценну в интриги. Тогда Авиценне не оставалось ничего другого, как покинуть город Горган и направиться в Рей, принадлежавший династии Аиламина. Рей был под властью короля Мадцдельдовля. Повелитель страдал меланхолией и анорексией. Авиценна решил помочь ему одним очень своеобразным методом. Древнеперсидский поэт описывает это лечение так:

Господин считал, будто он - корова, полностью позабыв, что он человек. Поэтому он мычал, как бык, и умолял: "Придите, убейте меня и используйте мое мясо". Он ничего не ел и отсылал обратно все подаваемые ему блюда: "Почему вы не отведете меня на зеленый лужок, где я мог бы поесть, как настоящая корова?" Так, как он ничего не ел, то от него остались уже только кожа да кости. Никакие методы и лекарства не помогали, и тогда решили спросить совета у Авиценны. Тот попросил сказать правителю, что к нему придет мясник, чтобы убить его, разделать его тушу и раздать мясо людям. Когда больной услышал эту новость, он чрезвычайно обрадовался и с нетерпением стать ждать своей смерти. В условленный день Авиценна пришел к королю. Он размахивал огромным ножом и кричал страшным голосом: "Где эта корова, я, наконец, зарежу ее!" Король протяжно замычал, чтобы мясник понял, где его жертва. Авиценна громко приказал: "Принесите сюда животное, свяжите его, чтобы я мог отрубить ему голову". Но прежде чем приступить к работе, он проверил, как это делает каждый мясник, бедра и живот принесенного на бойню животного на количество мяса и жира, и громко закричал: "Нет, нет, эта корова еще не готова для бойни! Она такая тощая! Заберите ее и дайте ей поесть. Когда она наберет хороший вес, я приду и зарежу ее". В надежде вскоре быть зарезанным больной стал есть все, что ему приносили. Он стал набирать вес, его состояние улучшалось и, под наблюдением Авиценны, он полностью выздоровел.

Аспекты самопомощи: развитие нервной анорексии и булимии с точки зрения позитивной психотерапии

*Описание случая: "Я ощущаю себя словно на карнавальном шествии: 3 шага вперед и 2 шага назад!"*

Я страдаю булимией. Я 1-2 раза в день до отвала наедаюсь теми продуктами, которые запретила сама себе из-за веса. Из страха растолстеть я вызываю после этого рвоту. Несмотря на то, что утром я обещаю себе ничего не покупать и "быть благоразумной", меня почти неодолимо влечет после работы в продуктовый магазин, где я покупаю то, что не нужно очень долго готовить, но что я ем, тем не менее, с удовольствием: хлебцы, пирожные, шоколад, готовые порционные блюда. У меня нет желания себе что-то готовить, а так, естественно, быстрее. Уже по дороге домой я начинаю есть. Когда я уже дома, я ем до тех пор, пока не пресыщусь и все не будет съедено. Затем я вызываю рвоту, и мне после этого плохо. Обычно я тогда ем что-то "разрешенное", чтобы сохранить свой вес, потому что я не хочу ни похудеть, ни поправиться. После рвоты неодолимое стремление к еде и рвоте проходит, однако я панически боюсь потолстеть, это для меня похоже на конец света. Когда я приглашена на ужин, сама устраиваю праздник, или иду в кафе, я всегда также иду после еды в туалет, чтобы вызвать рвоту.

Еда является для меня утешением, убежищем, защитой. Я осознаю, что мне нужно найти что-то другое, чтобы избавиться от булимии, я только не знаю, как и что. Плохо также и финансовое положение, в которое я буквально "въедаюсь".

В день мне требуется в зависимости от расположения духа от 20 до 50 DM на продукты, которые я вскоре "выбрасываю" с рвотой. Я хотела бы избавиться от этой навязчивости и, прежде всего, от этого ужаса перед прибавкой в весе... (*35-летняя медсестра с партнерскими проблемами).*

*а) Жалобы и физиология*

При анорексии происходит экстремальное снижение массы тела, бывает до 25 кг. К этому, главным образом, приводит отказ от пищи. Поскольку установка на еду амбивалентна, возникают приступы голода, которые обычно утаиваются и протекают с чувством стыда и вины. Под предлогом физического неблагополучия (например, чувства переполнения) больной пытается, как можно скорее избавиться от пищи, вызывая рвоту или принимая слабительные. Регулярно встречаются хронические запоры, могут быть менструальные расстройства. Следует отметить повышенную двигательную активность, даже при крайнем упадке сил вследствие недостаточного питания. Критичность по отношению к своему состоянию отсутствует. Восприятие тела нарушено, кахектическое состояние отрицается. В тяжелых случаях могут развиться белковая и витаминная недостаточность, электролитные нарушения, прежде всего гипокалиемия; при этом болезненных изменений органов не обнаруживается.

Постоянный признак булимии, по данным Kjhle и Simons (1986), - "эпизоды волчьего аппетита, которые регулярно сопровождаются неукротимой самоиндуцированной рвотой и поносом. Эти эпизоды переедания служат непосредственно поводом для рвоты с целью предотвращения всасывания питательных веществ. В противоположность нервной анорексии, при bulimia nervosa нормальная или немного сниженная масса тела. Аменорея не является постоянным признаком, а является преходящим симптомом. Так же как и при anorexia nervosa, у больных отмечается чрезмерная озабоченность своим телом и страх потолстеть. Относительно часто при этом состоянии наблюдается тенденция к депрессии и ярко выражена потребность в социальном соответствии".

*б) Актуальный конфликт: четыре формы переработки конфликта - психосоциальная ситуация перенапряжения*

При психогенном голодании речь идет в меньшей степени о заболевании отдельного человека, нежели о заболевании всей семьи, где голодающий становится носителем симптома. Своей болезнью он выражает то, от чего страдает вся семья, однако никто не может высказать или отваживается только думать об этом. С этой точки зрения больной является самым сильным в кругу своей семьи, потому что он отваживается, ставя под угрозу свою жизнь, обнаружить семейные проблемы и социальную справедливость. Какими силами обладают именно эти слабые и беспомощные внешне люди, проявляется в той последовательности, с которой они отказываются от приема пищи и выражают протест, а также в их честолюбии, их активности и железном самоконтроле. Последний, конечно, часто приводит к противоположным действиям: чтобы не пришлось оправдываться перед собой из-за своего волчьего аппетита (учтивость /искренность), они зачастую поглощают горы еды, чтобы затем исторгнуть из себя.

*в) Базовый конфликт: четыре модели для подражания - условия раннего развития*

Семьи голодающих обычно относятся к так называемым интактным семьям с прочным финансовым положением. Типично, что в этих семьях или у одного из родителей весьма высоко ценится аккуратность, опрятность, вежливость, достижения и в отношении религии - послушание. Установка по отношению к телу, чувственности и сексуальности, как правило, односторонняя, говоря словами

Dethlefsen и Dahlke (1983), в направлении "одухотворенности", "дематериализации". В этой связи говорят об "аскетических семьях". Не существует радости от чувственных, "инстинктивных" прелестей жизни и нежности. Любовь служит лишь достижению и благополучию друг для друга нет времени, контакты с внешним миром отсутствуют. Здесь доминируют концепции типа: "Прежде работа - потом удовольствие", "Если ты что-то умеешь, тогда ты что-то представляешь из себя", "Все, что на столе, следует съесть" и "Что скажут люди" (учтивость).

*г) Актуальные и базовые концепции: внутренняя "Динамика конфликта"*

Когда выросшие в такой семье дети, обретая самостоятельность, покидают свой дом, то неизбежно попадают в конфликт между тем, чему они научились дома, и своими собственными желаниями и установками. Путь в соматику означает для них не "бегство", а скорее драматическую акцию, видимое для всех восстание против конвенций и конформизма демонстрацией автономности. Так, симптомы иногда могут отражать семейные конфликты (ощущение несправедливости: "Почему именно я?"), а в других хорошо адаптированных к ситуации семьях они могут быть поняты как реакция на социальную несправедливость (например, голод в мире). Физическая очевидность заставляет семью реагировать на это в позитивном смысле: поставить проблемы, пересмотреть концепции. Таким образом, позитивная психотерапия видит в психогенном голодании не столько болезненное отсутствие аппетита или стратегию избегания пищи, сколько *способность при помощи голодания обратить внимание на что-то в себе или вокруг себя.*

Страдающие анорексией, с одной стороны, своим примером показывают какими малыми средствами можно обойтись (аскетизм и одиночество), с другой стороны, они обладают альтруистической способностью готовить для других и разделять с другими мировой голод.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при нервной анорексии и булимии

*Ступень 1: наблюдение/ дистанциирование*

Какие симптомы и жалобы предшествовали? Где и как больной лечился до настоящего времени? Какие разъяснения давались ему в отношении болезни? - Позитивная интерпретация, первое появление симптомов, факторы, способствовавшие началу заболевания, транскультурные аспекты, пословицы.

*Описание случая: "Способность идентифицироваться с голодающими в мире".*

Школьница 17 лет, уже по внешнему виду которой можно было сказать, что она страдает анорексией, пришла ко мне на консультацию. Ее внешний вид был настолько непримечателен, что это уже само по себе бросалось в глаза, она встречала окружающий мир серьезно и недружелюбно. Все ее движения были замедленны, а жесты скупы. У меня возникло впечатление, что она старалась держаться спокойно и на расстоянии.

*Терапевт: "*Как Вам известно, со мной уже говорила Ваша мать, я ждал Вас. Можете ли Вы мне сказать своими словами, что привело Вас ко мне?"

*Пациентка: "*Мои родители считают, что я мало ем". (Она оставалась при этом спокойной, выжидающей и недружелюбной)

*Терапевт: "*Вы считаете, что можете обойтись необильной едой?"

*Пациентка (заметно заинтересовалась): "*Да, именно так. Вы должны это сказать моим родителям, они уж слишком усиленно следят за тем, что я ем и сколько".

*Терапевт: "*Как Вы, наверное, знаете, существуют разные культуры, например, в Индии, Китае и Африке, где многие люди привыкли обходиться малыми средствами и очень страстны. Вы интересовались этим?"

*Пациентка: "*Да, я много слышала об этом и читала, я часто думаю об этом. Меня очень интересует, как этим людям удается, обойтись немногим. Я восхищаюсь ими, ведь в этом отношении они более независимы, чем мы".

*Терапевт: "*Мне припоминается одна история, которая похожа на Вашу ситуацию. Одна мать жаловалась на свою дочь: "Не может быть, как же плохо ты ешь! Многие, были бы рады, иметь хотя бы половину того, что у тебя есть". На это дочь невозмутимо отвечала ей: "Милая мама, я тоже".

*Ступень 2: инвентаризация*

События жизни, актуальный конфликт, какие события произошли с пациентом в последние 5-10 лет? Как они были переработаны? Больной должен назвать минимум 10 событий.

Четыре формы переработки конфликтов: какое влияние оказали эти события на общее благополучие, профессию, партнерские отношения, семью и другие межличностные отношения и перспективы на будущее? Какие формы переработки конфликтов предпочтительны?

Микротравмы: какие актуальные способности оказывают микротравмирующее действие? Они воспроизводят содержание и условия индивидуальных, семейных и социальных конфликтов (внутренний конфликт).

Модели для подражания ("путешествие в прошлое" - базовый конфликт): как было принято реагировать на конфликты и события именно таким способом? Какие концепции и симптомы практиковались в семье из поколения в поколение (становление концепций, первоначальная семья, жизненная философия)?

Чтобы прояснить особенности развития больной и ее установку к приему пищи и рассмотреть эти вопросы с точки зрения всесторонних психологических взаимосвязей, сначала был продолжен диалог:

*Терапевт: "*Как поступали Ваши родители, если Вы не все съедали?"

*Пациентка: "*Они ругали за это и говорили, что я малоежка. Они также рассказывали мне, сколько усилий они приложили, какая я неблагодарная. Если же ничего не помогало, и я все равно оставляла еду, то позже ее разогревали и снова предлагали мне". (Пациентка горько улыбнулась и слегка покачала при этом головой)

*Терапевт: "*Мне кажется, Вы не можете понять, почему Ваши родители считают, что Вы должны съедать все. На Западе, как правило, господствует обычай: "Нужно съесть все, что есть на столе!", в то время, как во многих восточных культурах лучшей манерой считается оставить на тарелке немного пищи".

*Пациентка: (*удивлена и высоко поднимает брови): "Я не знала, что существуют такие различия и что это зависит от культурной среды. Это невероятно!" (Она замолкает и раздумывает)

*Терапевт: "*Забота о питании очень много значит для Ваших родителей?"

*Пациентка: "*Да, очень. Маленькой я получала от моей матери каждый вечер, идя спать, кусок шоколада в качестве "сопровождения" на ночь. Действительно, у нас дома царит принцип, что следует съесть все, что есть на столе. Когда я сегодня об этом думаю, меня бросает в дрожь: разваренные овощи и чересчур много других продуктов. У меня было такое отвращение к этому, что некоторые блюда я не могла есть. Кроме того, мои родители не могут примириться с тем, что я хотела бы поддерживать небольшой вес".

*Терапевт: "*Что для Вас значит быть стройной и обходиться малыми средствами?"

*Пациентка: "*Это важно для моей независимости. Мне необходима свобода, несвязанность. Я не хочу отчитываться ни перед кем, кроме себя самой, моей совести и Бога, о том, что я делаю или чего не делаю. В споре мой отец всегда говорит нам, что мы это или то понимаем неправильно, и тогда происходит нечто вроде "brein-wash", или как у деревьев, которым снова и снова обрезают ветви, и они, в конце концов, когда-то начинают расти так, как этого хотят люди".

*Терапевт: "*Какое значение имеет еда для Ваших родителей, и как Вы к этому относитесь?"

*Пациентка: "*Поскольку мои родители мало чем интересуются, кроме того, что относится к их предпочтениям, еда играет для них, пожалуй, очень важную роль. Мой отец заботится о нас, детях, больше, чем о матери, и это он делает как кормилец. Когда я плохо ем, то мне дают понять, что есть очень много людей, которые вынуждены голодать, и что нам повезло не испытывать этого на себе".

*Терапевт: "*У Вас есть способность идентифицироваться с голодающими мира?"

*Пациентка: "*В известной мере, да. В то время, как в мире царит такая несправедливость, у нас дома все вращается вокруг еды и работы. Меня раздражает, что мои родители за столом всегда разыгрывают грандиозный спектакль, чтобы я съела все, что есть на моей тарелке, а они при этом становятся толще! Они заботятся только о своих собственных интересах, не замечая, что происходит вокруг них".

*Терапевт: "*Могли бы Вы поговорить со своими родителями о ситуации в мире?"

*Пациентка: "*Нет, эта тема обычно решается словами: "Они сами виноваты" или "Они ведь не хотят иначе". Мой отец не терпит здесь никакого другого мнения, кроме своего. Главное, что у нас все хорошо, и в семье все в порядке".

*Терапевт: "*Из Ваших слов я понял, что у Вас еще есть старший брат. Как у него обстоят дела с едой?"

*Пациентка: "*Да, здесь тоже целая проблема. Когда у моего брата в два года появилась пищевая аллергия и ему нельзя было очень много есть, мои родители, естественно, были весьма рады, что этой болезни нет у меня. Родители постоянно говорили мне, особенно когда нас куда-нибудь приглашали, как плохо выглядит мой брат и как хорошо - я!"

*Терапевт: "*Вы считаете, что родители в заботах о Вас пренебрегают братом?"

*Пациентка: "*Да, даже очень". (Она, озабоченно кивает головой)

*Терапевт: "*Как Вы относитесь к Вашему брату?"

*Пациентка: "*У нас были исключительно хорошие отношения. До начала его учебы мы практически все делали вместе и сейчас в выходные тоже всегда идем куда-нибудь вместе. Мы всегда были похожи с ним, даже внешне".

*Терапевт: "*Ваш брат служит для Вас положительным примером?"

*Пациентка (*заинтересованно улыбается, ее внимание заметно возросло): "Два года назад все было в порядке, я могла говорить с ним обо всем. Потом, однако, я заметила, что становлюсь женщиной. И я испугалась, особенно потому, что во всем стремилась быть похожей на брата. Еще меня волнует, что все его и наши общие друзья также стройны, как он, так что я среди них всегда чувствую себя несколько стесненно... "

Речь идет об анорексии у психастенической личности на базе депрессивно-истерической невротической структуры (потеря массы тела, страх, тревожность и депрессии). Депрессивные явления, которые многими авторами описывались как фазовые, скорее были реактивными из-за переживаний и как следствие ситуаций напряжения (идентификация с братом, сомнения в правильности семейных концепций с одновременной необходимостью жить в семье, постоянные размышления и сопоставления, какую ответственность она должна будет нести при последующем выборе профессии и партнера). На эту ситуацию она реагировала регрессивно в сфере тело/ ощущения. Анализ свидетельствует в пользу этого диагноза так же, как и процесс терапии.

*Ступень 3: ситуативная поддержка*

Какое позитивное влияние оказывают события и жизненные концепции на пациентку и ее семью? Позитивные (малоконфликтные) сферы пациента и его семьи доводятся до сознания и последовательно поощряются. Медикаментозное лечение? Физикальное обследование? Диета? Релаксационные методы? Интервальный тренинг?

Вместо привычных упреков и комментариев пациентка впервые услышала, что она обладает способностью обходиться небольшим количеством пищи. Базис для дальнейшего разговора, в котором были выяснены существенные аспекты болезни, хотя об этом никогда напрямую не спрашивалось, был заложен.

Толкование, что у нее есть способность идентифицироваться с голодающими мира, произвело на нее особенно большое впечатление, потому что ее очень интересовали проекты социального и экономического развития, которые могли бы помочь широкой общественности стран третьего мира создать лучшие условия жизни.

Наша способность идентифицироваться с другими и чувствовать, как они, складывается в результате восприятия нашего органического единства с обществом. Безусловно, один из аспектов болезни - стремление пациенток к этому чувству общности, однако они не могут достичь его вовсе или в желаемой форме. В этой связи нельзя оставить без внимания, что развод родителей, развод/ разлука с партнером и сенсибилизация к вопросам справедливость/ несправедливость - в рамках семьи и в мире - играют особенную роль, о чем идет речь и в процессе терапии.

В рамках пятиступенчатой позитивной семейной терапии, основываясь на знании этих конфликтных потенциалов, может быть проработана проблематика пациентки. Анекдот: "Милая мама, я тоже!", заставил ее рассмеяться и подготовил, таким образом, почву для изменения точки зрения. Притча: "Вылеченный бред" благотворно подействовала на установление желаемых отношений врач - больной; она была рассказана во время релаксационных упражнений. Так пациентка смогла увидеть новую концепцию своего заболевания, что облегчило терапевтическую работу. Дополнительно она получала лечение - антидепрессанты в небольшой дозе, так что уровень активности от этого не пострадал.

*Ступень 4: вербализация*

Какие еще проблемы следует решить? Какие три проблемы пациент хотел бы затронуть в ближайшие 3-5 недель? Проблемы и неразвитые сферы конкретизируются, вербализуются и обсуждается коммуникация с партнером по установленным правилам (семейная группа, партнерская группа, профессиональная группа).

После того как на стадии 3 были выяснены позитивные аспекты ее чувства справедливости, на стадии 4 корректировались теневые стороны этого чувства ("тик справедливости"), которые постоянно приводили к индивидуальным и общественным коммуникативным проблемам. Например, пациентка сказала о самой себе:

Я могу сказать о себе, что я просто фанатик справедливости. Я вмешиваюсь во все, даже если меня это абсолютно не касается. Если я вижу, что здесь что-то идет не по справедливости, то я пытаюсь повлиять на несправедливость...

Затем в связи с невротическими навязчивостями наряду с актуальной способностью *единство (*ср. ч. П, гл.39) речь шла о *справедливости* в индивидуальном и всеобъемлющем смысле: "Вы видите очень большой смысл в справедливости, но можете, однако, еще и научиться переносить несправедливость... "

*Актуальная способность "справедливость"*

*Определение и развитие:* справедливость - это способность уравновешивать все интересы в отношении себя самого и других. Несправедливым воспринимается при этом такое обращение, которое диктуется личными предпочтениями и отвержениями или частичными ориентациями вместо детальных размышлений. Общественный аспект этой актуальной способности - социальная справедливость.

Каждый человек обладает чувством справедливости. Способ обращения близких с ребенком, насколько они справедливы к нему, его братьям и сестрам и друг к другу, отражается в индивидуальном отношении к справедливости.

*Как об этом спрашивают?* Кто из Вас больше ценит справедливость (справедливость или несправедливость, в каких ситуациях и по отношению к кому)? Считаете ли Вы своего партнера справедливым (по отношению к детям, братьям и сестрам, другим людям, Вам лично)? Как Вы реагируете, если к Вам относятся несправедливо (на работе, в семье)? Есть или были ли у Вас проблемы на почве несправедливости (Вам кого-то предпочитали)? Кто из Ваших родителей больше обращал Ваше внимание или внимание Ваших братьев и сестер на справедливость (ситуация)?

*Симптомы и расстройства:* соразмерный, заслуженный, объективный, беспристрастный, неприемлемый, необоснованный, в сравнении с..., чувствовать себя обойденным (ущемленным в своих интересах) - тик справедливости, уверенность в собственной справедливости, сверхчувствительность, соперничество, борьба за власть, чувство слабости, несправедливость/ возмездие, месть, индивидуальная и коллективная агрессия, депрессия, пенсионные неврозы.

*Особенности поведения:* справедливость без любви видит только достижение и сравнение; любовь без справедливости теряет контроль над действительностью. Научись объединять: справедливость и любовь. Обращаться одновременно к двоим означает обращаться к одному несправедливо.

На ступени 4 к лечению неоднократно привлекались оба родителя, в то время как брат от этого отказался. Мать несколько раз говорила о трудностях, которые у нее многие годы существуют с мужем. Муж не хочет иметь много контактов вне семьи. Конфликтная тема в семье - "порядок" у детей. В то время как отец упорно настаивал на порядке, мать все убирала сама. Обсуждение этого, большей частью, бессознательного невралгического момента и возможностей его решения, привело к ощутимому улучшению атмосферы в семье.

*Ступень 5: расширение системы целей*

Какая цель у пациента и его семьи на ближайшие 3-5 лет (дней, недель, месяцев)? Что бы он стал делать в отношении здоровья, профессии, семьи и общества, если бы у него не стало больше проблем?

На этой стадии пациентка выразила желание стать после выпускных экзаменов международной корреспонденткой, чтобы познакомиться с представителями различных культур. Выяснилось также, что у нее был страх стать взрослой не потому, что она не хотела реализовать свою половую роль, а потому, что она опасалась в партнерских отношениях и будущей семье столкнуться с теми задачами, для решения которых она еще не ощущала себя достаточно взрослой. При этом подразумевалась целая сумма "мелочей" вроде аккуратности и обращения с деньгами (бережливость). Кроме того, хотя у нее и было желание общения, она еще не научилась устанавливать и поддерживать отношения. Обсуждался вопрос как она может найти "нужного" партнера в "нужный" момент.

После того, как через 28 сеансов пациентка избавилась от болезни и сдала абитуру, она окончила различные заграничные учебные заведения. Она достигла своей профессиональной цели. Когда ее брат увидел, что его сестра прошла такой путь позитивных преобразований, он сам обратился с просьбой о психотерапии по поводу своих аллергических расстройств. Пациентка так описала результат лечения:

На первый вопрос - что изменилось для меня и моей семьи - можно ответить очень обнадеживающе. Атмосфера в семье заметно разрядилась, стала дружелюбнее, искреннее, конфликты между моими родителями в большей степени разрешились. Мой отец и моя мать даже планируют сейчас большие совместные поездки.

Кроме того, коренным образом изменилось мое отношение к ним. Я встречаю их с меньшим упрямством и доверяю им намного больше. То, что я раньше испытывала как агрессию, страх, меланхолию, жалость или ненависть к себе, и прочие негативные чувства, медленно, но верно превращается в любовь, доверие, защищенность, благодарность. Возможно, не все, но мне сейчас легче выразить словами эти неприятные ощущения, вместо того, чтобы направить их на самоуничтожение. Я приобрела также опыт вообще держаться на расстоянии от тех вещей, которые неприятны или которые меня лично не касаются, - я думаю, это как минимум. Я также не стремлюсь, как прежде, подражать моему брату, напротив, стараюсь относиться к нему критично, что ничуть не изменяет наши с ним отличные отношения. В остальном у меня много меняющихся, нестойких, почти поверхностных, а также некоторое число лучших, глубоких контактов (среди них даже два очень важных), которые я установила еще в ходе лечения. Отчасти, я стараюсь при этом немного помочь другим, делясь своим опытом, или вообще оптимизировать общение в моей профессиональной деятельности. Поскольку я на себе испытала, как ощутимо может улучшиться качество жизни, если не подходить ко всему очень оптимистично и в то же время с достаточной степенью реальности, как тяжело учиться на своих ошибках, я бы была рада помочь другим в достижении этого ощущения счастья. Точно так же я безумно рада, что снова могу ходить в церковь, не предаваясь там каждый раз рыданиям от сильнейшего чувства вины, как это было некоторое время назад. Я действительно еле-еле могла это переносить, по крайней мере, после этого я всегда была подавлена. Терапия также повлияла на мой эндокринный фон, так что я теперь не настолько зажата, как это было раньше, и у меня лишь очень редко синеют руки. Прежде всего, я теперь могу лучше концентрироваться и не отказываюсь от своих мыслей. Я даже привыкла немного к ответственности.

Второй вопрос состоит в том, какие симптомы побудили моих родителей - ведь я сама никогда не собиралась и не видела в этом необходимости - проконсультироваться у психотерапевта. Я думаю, что эти симптомы уже можно отнести к легкой степени анорексии: явления фанатичного отказа от еды или психопатическое пищевое поведение, задержки менструаций, постоянно синие мерзнущие руки, появляющаяся временами "апатия", неуспех в школе, депрессивные или язвительные высказывания (почти постоянно), бессмысленные попытки задержать свое физическое развитие. Я и теперь, похожа на любую девочку, страдающую этим заболеванием, или мальчика, думающего аналогично. Нормально ли все это? Само собой разумеется, что в результате того, что я отказалась от моих прошлых саморазрушительных и, с точки зрения позитивного толкования бессмысленных возможностей ухода от проблем и их переработки, я реагирую теперь совершенно иначе... Так, например, - поскольку я теперь обычно стараюсь постичь психосоциальные причины - теперь я могу лучше понимать других людей или выражаю свой протест словами. Еще очень часто я демонстрирую (причем непроизвольно) свою беспомощность слезами или скрываю свои комплексы, погружаясь в молчание или холодность.

Так как я придерживаюсь мнения, что каждый должен иметь право умалчивать о том, о чем он считает нужным молчать или не хочет рассказывать, я применяю это правило к моей семье и любопытным. Разумеется, есть у меня и негативные качества: я очень необязательна, несамостоятельна, непунктуальна, забывчива, достаточно невнимательна, нецелеустремленна, подвержена колебаниям настроения, искренна, но в то же время закрыта (что, по-моему, не приносит ущерба), легко увлекающаяся и восторгающаяся (точно так же быстро все меняется, как "флажок на ветру"), внешне недоверчива и на многих произвожу впечатление, поскольку часто стремлюсь сделать что-нибудь необычное, заносчивой, высокомерной. Но тем не менее, у меня такое впечатление, что я больше и больше соответствую волевой модели, доверяю моим способностям, стала реалистичнее смотреть на них, растет мое честолюбие! С другой стороны, я стала несколько безвольнее в отношении того, что касается моей внешности, и это создает мне большие проблемы. У меня нет естественного ощущения в этой области или, по крайней мере, оно не стойко. Это так же, как я беру много денег и думаю, что позднее верну своим родителям вдвое больше, свои желания, я откладываю на будущее.

Нет, параллельно с этой терапией, я не думала о дальнейшем лечении. Я только прошла обследование кровообращения у невропатолога и принимала участие в недельных *Exercicien Св. Георгия,* что принесло мне много разочарований и шокирующих открытий в себе. Я длительное время не знала, что мне думать.

## Приложение

Опросник к *анорексии и булимии:*

Ф. И.О. № Дата.

Тело/ ощущения - профессия /деятельность - контакты - фантазии/ будущее

Бывают ли у Вас такие состояния, как будто "дыра в желудке" появилась или "Вам перебили аппетит"? Бывает что-то противно "до тошноты" или Вы "сыты по горло"? Приходят ли Вам на память еще какие-нибудь пословицы или крылатые выражения, связанные с Вашим состоянием?

От кого Вы впервые узнали о Вашем заболевании?

Знаете ли Вы, что длительное соблюдение "диеты" может стать причиной избыточной массы тела в последующем, так как после диеты при обычном питании жировые клетки не только заполняются, но и начинают размножаться?

Регулярно ли Вы принимаете предписанные Вам лекарства? Знаете ли Вы, как действуют эти лекарства, что Вы можете от них ожидать и какие побочные эффекты возможны?

Знаете ли Вы, как относятся к еде люди других культурных традиций?

Какое место занимают в Вашей жизни школа, профессия, достижения?

Обсуждаются ли в Вашем кругу другие темы, помимо профессиональных проблем?

Важно ли для Вас, что подумают люди?

Цените ли Вы в профессиональной деятельности аккуратность, опрятность, достижения, послушание, бережливость, обязательность?

Приходит ли признание только за добродетельное поведение и достижения? А конфликты складываются "под ковер"?

Портится ли у Вас аппетит, когда Вы находитесь в кругу своей семьи? Положительно ли относится Ваша семья к вкусной трапезе, нежности? Или речь идет об "аскетической" семье?

Важно ли для Вас, как выглядит Ваш партнер? Каким Вы представляете себе партнера? Какими качествами он должен обладать, чтобы быть Вам приятным?

Интересует ли Вас проблема голода в мире?

Что бы Вы стали делать, если бы вдруг нас всех постиг голод?

Какими духовными или культурными потребностями Вы обладаете? Можете ли Вы представить себе интеграцию духовных и материальных потребностей в повседневной жизни?

Задумываетесь ли Вы о глобальном будущем человечества (война-мир, экологический кризис. .)?

В чем для Вас смысл жизни (стимул, цель, мотивация, жизненный план, смысл болезни и смерти, жизни после смерти)?

Можете ли Вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ ощущения, профессия/ деятельность, контакты, фантазия/ будущее)?

## Литература

1. Adler R, Heтmler W (1986) Praxis und Theorie der Anamnese. Fischer, Stuttgart
2. Akerbloт НК (1989) Zit in:. Arzte Zeitung Nr.228. Verlagsgesellschaft, Neu Isenburg
3. Alexaпder F (1993) Functional disturbances. JAМA 100: 469
4. 473. Zit. in: Schuffei и. Uexkull: Funktionelle Syndrome im gastrointestinalen Bereich. In: Uexkull Т von (1986): 523-534
5. Alexaпder F (1934) The inf1uence of psychological factors ироп gastrointestinal disturbances: а symposion. General principles, objectives and preliminary results. Psa Qu 3: 501-539.
6. Zit. in: Schuffei и. Uexkull: Funktionelle Syndrome im gastrointestinalen Bereich. In: Uexkull т von (1986): 523-534