Психиатрия и психотерапия. Принцип дополнительности

Чистяков М.С.
Санкт-Петербургское Государственное Бюджетное Учреждение
«Городской Психоневрологический Диспансер № 7 (со стационаром)»

Резюме. В статье рассматриваются основы психиатрического и психотерапевтического подхода к психическим расстройствам, обращается внимание на существенные различия между этими подходами с точки зрения позиции врача, подхода к диагностике и фокуса внимания в этом процессе, а также с точки зрения способов лечения и понятия нормы, принятых в этих подходах. Предлагается для удобства клинической практики рассматривать эти подходы как относительно независимые друг от друга, но одновременно дополняющие друг друга, в соответствии с «принципом дополнительности», предложенным в свое время Н. Бором в квантовой физике для систематизации данных, полученных при разных условиях наблюдения и разных установках наблюдателя. Предлагается рассматривать каждого больного с расстройством психики одновременно в каждой из этих систем координат (с точки зрения психиатрической медицинской парадигмы и с точки зрения психотерапевтической парадигмы) независимо.

Ключевые слова: психические расстройства, психиатрия, медицинская модель, психотерапия, принцип дополнительности.

Psychiatry and Psychotherapy. The principle of complementarity

Chistyakov M.S.
Outpatient Department of the State Budgetary Healthcare Institution
"City Psychoneurological Dispensary N 7 (with inpatient department)"

Summary. The article considers conceptual frameworks underlying the psychiatric and psychotherapeutic approaches to the mental disorders. The attention is drawn to the considerable differences between these approaches, as regards the doctor's therapeutic position, focus of attention in the diagnostic process, means of treatment, definitions and descriptions of normality, accepted in these approaches. It is offered, for convenience of the clinical practice, to consider these approaches as the relatively independent, but at the same time as the complementary ones, in accordance with the principle of complementarity, formulated by physicist N. Bohr in quantum mechanics for systematization of the data, received in different circumstances of observation, by the observers with different attitudes. The author offers to consider every patient with mental disorder in clinical practice from the points of view of these 2 axes (the psychiatric medical approach and the psychotherapeutic approach) independently.

Key words: mental disorders, psychiatry, medicine model, psychotherapy, principle of complementarity.

Введение принципа дополнительности в научное мышление

В начале 20 века, пытаясь осмыслить противоречия в получаемых данных о поведении микрообъектов при различных условиях эксперимента в квантовой механике, Нильс Бор ввел принцип дополнительности, учитывающий то, что от установок наблюдателя (измерительного прибора) и условий наблюдения за объектом будет зависеть то, что наблюдатель видит в этом объекте, например, видит ли он в электроне частицу или волну. Согласно принципу дополнительности, данные об объекте, полученные при различных условиях наблюдения, нельзя простым образом складывать, суммировать, комбинировать в некую единую картину, они отражают разные (дополнительные) стороны единой целостной реальности, отвечающие исследуемому объекту. Формулируя принцип дополнительности, Н. Бор предложил, чтобы для объяснения этих, полученных при разных условиях данных, использовались разные теоретические модели, имеющие свою внутреннюю логику, не перекрывающиеся и не объединяющиеся друг с другом, но дополняющие друг друга в представлении о целостной реальности того, что представляет из себя исследуемый объект.

Практически сразу после того, как Н. Бор сформулировал свой принцип дополнительности для квантовой механики, он распространил его применение на области биологии, психологии, культурологии. Он писал: «Цельность живых организмов и характеристики людей, обладающих сознанием, а также и человеческих культур, представляют черты целостности, отображение которых требует типично дополнительного способа описания» [3, p. 7].

Психиатрический подход к психическим расстройствам

И для психиатрии, и для психотерапии предметом интереса и областью их применения являются нарушения психического функционирования у людей. Однако психиатрия и психотерапия смотрят на эти проблемы с разных пози-

ций, имеют разные подходы, формируют разные классы понятий и используют разную терминологию, по-разному формулируют задачи диагностики и лечения, имеют несколько различающиеся представления о норме и патологии, опираются на разные концепции функционирования психики. Психиатрия, как область медицины, опирается на биологическую, естественнонаучную основу.

В медицине традиционно используется нозологический подход, подразумевающий представление о патологических процессах в человеческом организме, включая психику, как об определенных болезнях, имеющих определенную этиологию, патогенез, течение и исход. При этом специфичность клинической картины определенной болезни связана со специфическим сочетанием определенных синдромов, состоящих из отдельных симптомов. Такой нозологический подход, введенный в психиатрию Э. Крепелином, был особенно характерен для немецкой и отечественной школы психиатрии и сейчас он по-прежнему явно или неявно определяет клиническое мышление отечественных психиатров, хотя они и пытаются переводить его на язык МКБ-10. Интересно, что хотя в области психиатрии в МКБ-10 понятие «болезнь» и заменено на понятие «расстройство», «классификация психических и поведенческих расстройств» является частью общей Международной классификации болезней, то есть все равно находится в контексте парадигмы медицины с характерным для нее нозологическим и биологическим подходом. Способы лечения, используемые в психиатрии, так же, как и в медицине вообще, являются биологическими, будь то использование тех или иных лекарственных препаратов или, например, ЭСТ.

В принятом в психиатрии процессе диагностики целостный рисунок переживаний и поведения пациента расчленяется на отдельные элементы в соответствии с последовательно накладываемыми на этот целостный рисунок общепринятыми стандартными классификационными схемами, подобно тому, как накладывается определенный стандартный трафарет на общий рисунок (соответственно, сначала последовательно накладывается схема для выделения симптомов, затем накладывается схема для выделения синдромов из определенных сочетаний симптомов, затем — схема выделения определенных диагностических единиц — расстройств (болезней), на основе сочетания определенных синдромов между собой). Все, что не попадает в определенные отдельные ячейки этих классификационных схем (поведение, переживания, связи переживаний друг с другом и с определенным поведением, которые не описаны в этих стандартных классификационных схемах) отбрасывается как несущественное.

Целью диагностики в психиатрии является прежде всего выделение из целостного рисунка переживаний и поведения пациента таких элементов, которые могут быть и должны быть мишенью для биологической терапии (лекарства, ЭСТ и т.д.). Соответственно этой цели, под эту задачу и выстроен процесс диагностики в психиатрии. Понятно, что это не дает всеохватывающего понимания переживания пациентом своего существования в мире в уникальности его индивидуальной жизненной ситуации. Но, принимая во внимание цели психиатрической диагностики, такое понимание здесь и не требуется. Поскольку психиатрия имеет дело с описанием состояния психических процессов, она не могла и не может обойтись в своем понятийном аппарате совсем без психологии. Но, понятно, что это должен быть психологический понятийный аппарат, хорошо подходящий под задачи и цели психиатрической диагностики.

Традиционно психиатрия, и в частности ее раздел «общая психопатология», базируется на функциональной психологии, основы которой закладывались в конце 19 — начале 20 века. В концепции функциональной психологии внимание, восприятие, интеллект, мышление, эмоции, воля понимаются как отдельные, отделенные друг от друга функции, из комбинации которых как из кубиков составлена психика человека. Клиническая психология, решающая задачи экспериментально-психологического обследования с помощью психологических тестов для обслуживания целей психиатрической диагностики во многом адаптирована под ту же концепцию функциональной психологии. Даже при использовании проективных рисуночных тестов, разработанных на основе психодинамической модели, на практике в психиатрических клиниках их интерпретация производится в суженных рамках модели все той же функциональной психологии. И это делает клиническую психологию удобной для выполнения ее основной задачи в клинике — помощи в психиатрической диагностике. Таким образом клиническая психология, обслуживающая психиатрическую диагностику, разделяет с психиатрией взгляд на психику человека как на состоящую из комбинации отдельных дискретных элементов (функций), соответствующих ячейкам определенной стандартной диагностической сетки. В этом смысле психиатрической, медицинской модели противостоит не просто психологическая модель (потому, что клиническая психология в медицинскую психиатрическую модель, как уже сказано, вписана), а психотерапевтическая модель, вместе с психологическими концепциями с ней связанными. В психиатрии под нормой фактически понимается отсутствие бреда, галлюцинаций, отсутствие нарушений памяти и интеллекта, отсутствие выраженных нарушений настроения, нарушений побуждений, мышления, нарушений физиологических и вегетативных функций, которые бы приводили к отчетливому дезадаптивному поведению, нарушению общепринятой оценки реальности, нарушению способности к трудовой деятельности и построению (хотя бы поверхностных) социальных связей. Другими словами, в психиатрии под нормой фактически понимается отсутствие у человека психических расстройств, соответствующих психиатрическим классификационным схемам.

Все психические расстройства, не попадающие под критерий психоза, относятся в психиатрии к непсихотическим расстройствам. Цель лечения в психиатрии — это приведение пациента к состоянию, как можно более близкому к понятию «норма», в соответствии с определением этого понятия в психиатрии. Диагноз «невротическое расстройство» в психиатрии основывается на наличии определенной симптоматики, относящейся, по критериям психиатрии, к пограничному уровню нарушений, на отсутствии органических причин для этой симптоматики и симптомов психоза и на соблюдении критериев Ясперса [11] для психогенных заболеваний. О наличии или отсутствии психотравмы (в соответствии с критериями Ясперса) и о ее характере врач-психиатр делает вывод на основании сознательного мнения самого больного в ходе структурированной беседы, проводимой с целью психиатрической диагностики и построенной в соответствии с целями и задачами такой диагностики и принятой процедурой проведения такой беседы. Понятно, что полученная (или не полученная) в ходе диагностической беседы информация, на основе которой выносится это суждение, то, что врач увидит (или не увидит), будет зависеть от угла зрения, под которым он смотрит на пациента (с точки зрения психиатрической модели), от целей и задач, в соответствии с которыми выстроена беседа (задача психиатрической диагностики), и даже от того, что сама беседа носит структурированный характер (в процессе неструктурированной беседы пациент может «обмолвиться», «выдав» такую информацию, относящуюся к его «проблеме», мысль о которой может самостоятельно даже в голову не прийти врачу).

На практике также в суждении о наличии или отсутствии психотравмы и о ее характере врач может частично опираться и на свое произвольное, основанное на собственном жизненном опыте мнение (при этом обычно врач-психиатр не проходит в достаточном количестве собственную психотерапию, что могло бы помочь ему лучше отделять собственные проблемы от проблем пациента), а также на мнение родственников, зачастую вовлеченных в невротические проблемы пациента и связанных с ним непростыми и часто не очень здоровыми, с психологической точки зрения, отношениями (что в медицинской модели обычно не учитывается). Кроме того, при вынесении этого суждения в психиатрической медицинской модели не учитывается достаточно работа психологических защит при невротических расстройствах (концепция психологической защиты была подробно разработана уже после того, как К. Ясперс сформулировал свои критерии), разрывающих в сознании и вытесняющих в область неосознаваемого, связь между истинной причиной невроза, активизирующимися внутриличностными конфликтами и клинической симптоматикой. С точки зрения психиатрической медицинской модели, о роли психотравмы, о роли дезадаптивной личностной реакции на неблагоприятные жизненные обстоятельства в возникновении психического расстройства, особенностях его течения, содержании его клинической картины можно говорить исключительно при расстройствах, обозначенных в психиатрии, как психогенные, и соответствующих критериям Ясперса. В случаях других психических расстройств, особенно психотических, так называемых эндогенных психических расстройств, придавать этим факторам какое-то значение, с точки зрения этой модели, считается неоправданным.

Психотерапевтический подход к психическим расстройствам

Психотерапия и психологические концепции, на которые она опирается, используют совсем другой язык, имеет другое, чем психиатрия, представление о норме, имеет другие методы лечения и по-другому сформулированные цели лечения и т.д. Хотя каждое из основных направлений психотерапии использует свой собственный язык, по-своему формулирует цели лечения, использует разные методы в лечении, основным инструментом лечения и осуществления изменений в психотерапии являются определенным образом организованный процесс взаимодействия между пациентом и психотерапевтом. Какие бы методы психотерапевт ни использовал, в значительной степени, а по мнению ряда авторов [4; 13; 17; 20], в основном, агентом изменений в психотерапии являются отношения, которые устанавливаются между психотерапевтом и пациентом. Если это так, то это значит, что психотерапевту для того, чтобы быть эффективным, невозможно оставаться только в позиции внешнего эксперта, наблюдающего за независимым от него внешним объектом-пациентом, которого он оценивает и раскладывает на составные части с помощью логического анализа. Психотерапевт должен быть все время эмоционально вовлеченным в процесс взаимодействия, т.е. быть соучастником процесса, а не только наблюдателем.

В разных направлениях психотерапии это соотношение между позицией соучастника и позицией наблюдателя несколько отличается. Например, в когнитивно-бихевиоральной психотерапии в большей степени возможна позиция эксперта-наблюдателя, чем в других направлениях, но и здесь для того, чтобы процесс психотерапии был эффективен, вовлеченность специалиста во взаимодействие с пациентом и роль «соучастника процесса» должна быть выше, чем в психиатрии. Постулируемая в психоанализе нейтральная позиция психотерапевта подразумевает удерживание от необдуманного, импульсивного отреагирования психотерапевтом своих эмоций и желаний во внешних действиях, поведении, включая интерпретации, но совсем не эмоциональную отстраненность. Наоборот, в современном психоанализе подчеркивается важность уделения психотерапевтом внимания своим эмоциональным реакциям в процессе взаимодействия с пациентом (проявле-

ниям объективного контрпереноса — в терминологии одних, проявлениям механизма проективной идентификации со стороны пациента в адрес аналитика — в терминологии других) для понимания того, что происходит в этом взаимодействии и для понимания эмоционального состояния пациента, который может «заражать» своим эмоциональным состоянием (своими эмоциями) психоаналитика. И это подразумевает достаточную степень эмоциональной вовлеченности психотерапевта в это взаимодействие, одновременно с наблюдающей его позицией. Достаточно большая степень эмоциональной включенности во взаимодействие с пациентом, одновременно с наблюдающей позицией, характерна и для гуманистического направления психотерапии. Этот акцент в психотерапии на отношениях, а не на отдельном объекте, и потребность при психотерапевтическом подходе в особом языке, выражающем свойства отношений, нашел свое выражение, например, в развитии психодинамического направления (от относительно замкнутой энергетической модели движения либидо З. Фрейда [8] к моделям Э. Эриксона [6], Р. Фэйрнбэйрна [7], постулирующим обусловленность инстинктивных проявлений характера отношений с объектом привязанности), к моделям эго-психологии [15] и селф-психологии [13] (постулирующих происхождение модифицирующих инстинктивные проявления внутренних структур эго от интернализованных ранних объектных отношений), а затем — к разработке, на основе последних моделей, интерсубъективного подхода в психоанализе, постулирующего обусловленность наблюдаемых во взаимодействии между психотерапевтом и пациентом проявлений интерсубъективного поля, в построение которого вносят вклад оба участника взаимодействия [17].

В гуманистическом направлении этот акцент на отношениях проявляется, например, в провозглашенном Бюдженталем еще в 1963 г. одним из главных принципов гуманистической психотерапии о том, что «человеческое бытие развернуто в контексте человеческих отношений» (иначе говоря, переживания человека не могут быть объяснены без принятия в расчет межличностного опыта) [4]. В гуманистическом направлении этот фокус на отношениях проявляется, например, и в использующейся в гештальттерапии схеме диагностики, основанной на категоризации различных нарушений отношений человека с внешним миром при его взаимодействии с окружающей средой (различные виды прерывания контакта на границе организм-окружающая среда). Фокус когнитивно-бихевиоральной психотерапии — дисфункциональные интерпретативные схемы (когнитивные ошибки, дисфункциональные базовые убеждения), проявляющиеся в автоматических мыслях — это фактически характеристики, свойства отношений пациента с окружающим миром и самим собой, а не характеристики, свойства пациента как объекта, самого по себе [1]. Э. Джонс и С. Пулос утверждают, что, как и психодинамическая психотерапия, когнитивно-бихевиоральная психотерапия действует благодаря обеспечению уникального безопасного контекста (связанного с терапевтическими отношениями), внутри которого пациент может исследовать свои отношения с самим собой и окружающим миром [12]. Ряд исследований показали, что наиболее эффективные действенные в достижении положительных изменений у пациентов интервенции когнитивно-бихевиоральных психотерапевтов (при объективном наблюдении и по самоотчету психотерапевтов) имели межличностный фокус, были связаны с фокусом на отношениях психотерапевт–пациент [12; 19].

Ведущие современные психоаналитики (О. Кернберг, Х. Кохут) подчеркивают, что самым надежным, а иногда, как в случае нарциссического расстройства личности (Х. Кохут, О. Кернберг), и единственным надежным инструментом диагностики в психоанализе для отнесения пациента к той или иной диагностической категории, использующейся в психоанализе, является характер отношений, устанавливающихся между пациентом и психоаналитиком [13; 14]. На основе характера этих отношений психоаналитик судит, в том числе, и о зрелости психологических защит пациента, и об уровне организации его личности (невротический, пограничный, психотический).

Полезная для клинической практики психотерапии диагностическая схема должна увязывать характеристики процесса взаимодействия между пациентом и психотерапевтом с характеристиками взаимоотношений пациента с другими людьми и самим собой. Поэтому и понятие нормы и градация степеней отклонения от нее для удобства клинической практики в психотерапии должны быть привязаны к характеристикам отношений пациента (с терапевтом, с другими людьми, с самим собой), а не к характеристикам пациента как «вещи в себе». В соответствии с этим должна определяться и цель психотерапии: приведение этих отношений пациента с самим собой и другими в гармонию, их углубление и развитие до степени удовлетворенности пациента этими отношениями, гибкость их приспособления к меняющимся жизненным обстоятельствам и потребностям пациента. Все это подчеркивает, что во всех видах психотерапии важно думать в терминах связей и отношений, а не в терминах свойств объекта. С этим связана потребность в особом языке для психотерапии, отличном от языка психиатрии.

Понятие нормы в психотерапии отличается от этого понятия в психиатрии. В частности, под нормой в психотерапии понимают:

1. хороший контакт человека со своим внутренним миром чувств и потребностей и способность к его пониманию (осознаванию) (что подразумевает: «использование преимущественно зрелых психологических защит и, соответственно, невротический уровень организации личности» с точки зрения психодинамического направления [15]; «актуальность, укорененность опыта

в здесь-и-теперь, хорошую степень осознания своих переживаний» с точки зрения гештальттерапии [16]; «подлинность, конгруэнтность» на языке гуманистического направления [4]).

2. ощущение целостности своего внутреннего мира (своего Я), его непрерывности во времени и ощущение его соотнесенности с внешним окружающим миром, с сопровождающим ощущением принадлежности к этому миру («связность, цельность селф» в терминологии Х. Кохута [13]; "сформированная идентичность" в терминологии Э. Эриксона [6]; "конгруэнтность и отсутствие фрагментированности" в терминологии гуманистического направления психотерапии [4]).
3. хороший контакт с окружающим миром, подразумевающий также способность к установлению глубоких межличностных отношений (подразумевающий все перечисленное в предыдущих пунктах).
4. способность к различению между своим внутренним опытом (включая свои чувства и потребности) и опытом других, особенно — значимых людей, охватывающую одновременно как возможность установления границ, так и возможность соотносить свой и чужой опыт ("сформированные внутренние репрезентации самости (селф) и объекта с ощущением границ и в то же время соотнесенности между ними" на языке психоанализа [15]; «хорошее осознавание границы контакта» на языке гештальттерапии [16]).
5. опирающаяся на все вышеперечисленное способность ориентироваться в общей, разделяемой с окружающими другими людьми, «реальности», со способностью прогнозировать последствия своих действий и реакции на них других людей ("нормально развитую эго-функцию способности к тестированию реальности" на языке психоанализа [15]).
6. достаточно развитую способность к эмоциональной регуляции, адекватную меняющейся внешней и внутренней (связанной с внутренним опытом) ситуации (что подразумевает «нормально развитую эго-функцию контроля влечений (драйвов), аффектов и импульсов», «достаточную толерантность к фрустрации» на языке психоанализа [15]; «хорошо развитую альфа-функцию и способность к контейнированию» на языке У. Биона [10]; «преобладание рациональных когниций (установок) над иррациональными, отсутствие большого количества когнитивных искажений» в терминологии когнитивно-бихевиорального направления психотерапии [1]).
7. сформированную систему ценностей и идеалов, прочувствованных через свой внутренний опыт и осознанно принятых, которым индивид стремится следовать и которым индивиду нравится следовать, что сопровождается ощущением собственного сознательного выбора, а не ощущением давления, насилия, вынужденности («зрелое интегрированное супер-эго, в которое интегрирован эго-идеал (любящий аспект супер-эго)» на языке психоанализа [15]; «способность делать осознанный выбор и ему следовать» на языке гуманистического направления психотерапии [4])

Наиболее теоретически разработанный психотерапевтический подход, в рамках которого подробно, всеобъемлюще и глубоко, по сравнению с другими психотерапевтическими направлениями, были описаны и объяснены все нюансы как явно патологических, так и привычных «нормальных» психических проявлений, имеет психодинамическая модель, и, в частности, психоанализ. Это была самая первая психотерапевтическая модель и она явилась основой для основателей и разработчиков всех остальных, появившихся позже, психотерапевтических направлений (кроме поведенческой психотерапии). И гуманистическое, и когнитивно-бихевиоральное направление детальные концепции психопатологии не разрабатывали. При описании конкретных форм и видов психопатологии эти направления психотерапии обычно апеллируют либо к медицинской, психиатрической, либо к психодинамической модели. И ставшая наиболее используемой в практике психотерапии концептуализация невротического расстройства, психологических защит, а также понятий невротического, пограничного, психотического не с психиатрической, а с психотерапевтической точки зрения была разработана именно в рамках психодинамического направления. Под невротическим расстройством в психотерапевтической модели обычно понимают психогенное заболевание, спровоцированное психотравмирующим событием и обусловленное неосознаваемым внутриличностным конфликтом чувств, потребностей, установок и обычно ведущее к нарушению адаптации человека в привычном для него окружении. Такой внутриличностный конфликт, как и вообще неосознаваемое человеком движение, противоборство, согласование разных сил (чувств, потребностей, установок) внутри человеческой психики отражен в психотерапевтической модели в концепции психодинамических механизмов.

При этом в психотерапевтической модели (в психодинамическом направлении психотерапии) описывается участие этих механизмов как в возникновении невротических расстройств, расстройств личности, так и в возникновении психозов (вспомним исследование З. Фрейдом клинического случая «паранойи» Шрейбера, описание которого, в соответствии с современными критериями МКБ, соответствует диагнозу «параноидная шизофрения» [9], или вспомним описание участия психогенных факторов и психодинамиче-

ских механизмов в развитии шизофрении в клинических примерах, которые приводит Э. Блейлер в своем «Руководстве по психиатрии» [2]). Хотя иногда в среде психотерапевтов понятие «психодинамические механизмы» и приравнивается к понятию «невротические механизмы», последнее понятие скорее относится к особенностям работы психодинамических механизмов при невротических расстройствах, в противовес особенностям их работы при пограничных и психотических расстройствах (различия проявляются в первую очередь в разных психологических защитах и их разной организации). Однако У. Бион, например, считал, что психоз никогда, или почти никогда, не захватывает всю личность целиком, и у пациентов наряду с психотической частью, со своими особенностями функционирования, остается и продолжает функционировать невротическая часть личности, в которой действуют невротические механизмы за фасадом психоза и психотических механизмов [10]. И в этом смысле психотерапевты иногда говорят о работе невротических механизмов при психозах. Концепция психологических защитных механизмов, разрывающих в сознании пациента болезненную связь между психотравмирущим событием, запускающимся им внутриличностным конфликтом и возникающей симптоматикой, объясняет, почему психиатры, при обычной диагностической беседе, не видят психотравмирующих обстоятельств, провоцирующих психическое расстройство не только при психозах, но нередко и при невротических расстройствах (например, очень часто при паническом расстройстве, генерализованном тревожном расстройстве). Настоящая причина невротического расстройства нередко выявляется только в процессе психотерапевтической работы, когда действие психологических защитных механизмов ослабляется.

Взгляд разных подходов на взаимоотношения между биологическими и психологическими факторами при психических расстройствах

Указание на возможное участие психодинамических механизмов, активизирующихся конкретными психотравмирующими обстоятельствами, в возникновении психозов и в формировании их клинической картины не означает концепции исключительно психогенной этиологии психозов. Участие биологической предрасположенности к развитию психотического расстройства, в частности шизофрении, в настоящее время практически никто из известных психотерапевтов нигде в мире не оспаривает. И многие психоаналитики, работавшие с такими пациентами, такую биологическую предрасположенность к возникновению этих расстройств отмечали (М. Кляйн [10], У. Бион [10], Х. Спотниц [18] и т.д.). Здесь речь идет скорее о том, что выявление в процессе психотерапии связи начала психического расстройства и его клинической картины с определенными психотравмирующими обстоятельствами еще не говорит о невротическом, например, истерическом, характере этого расстройства. Под влиянием психотравмирующих обстоятельств, перерабатываемых через психодинамические механизмы, у одного человека может развиться невротическое расстройство, у другого, в силу биологической предрасположенности, может запуститься эндогенная депрессия или шизофрения. Психологи часто недооценивают биологическую подоплеку психических расстройств и, выявив связь между запуском, а иногда и симптоматикой психического расстройства, и психотравмирующими обстоятельствами, спешат объявить это расстройство невротическим (истерическим) или реактивным, хотя наблюдающаяся клиническая картина говорит об эндогенном психическом расстройстве, эндогенной депрессии или шизофрении. С другой стороны, психиатры склонны недооценивать вклад психотравмирующих обстоятельств в возникновение и поддержание эндогенных психических расстройств, не говоря уже о склонности психиатров искать за каждым случаем невротического расстройства (с неочевидной причиной) признаки эндогенного психического заболевания.

Любопытно при этом, что в кулуарных разговорах между психиатрами можно услышать о том, что тот или иной их психиатрический пациент вдруг заметно улучшился, стал редко госпитализироваться, когда изменились его жизненные обстоятельства, например, умерла его мать, с которой он был симбиотически связан. И это неудивительно, так как у пациентов с шизофренией мало того, что ближайшие родственники, в силу той же биологической предрасположенности, что и у больного, весьма своеобразны и эксцентричны, но они еще устанавливают между собой и с больным очень своеобразные патологические взаимоотношения, сам характер которых часто является для больного сильным психотравмирующим фактором.

Говоря о роли психотравмирующих обстоятельств в возникновении и поддержании эндогенных психических расстройств, автор вспоминает пациента, которого он знает лично и который в течение 8 лет каждой весной и осенью имел периоды эндогенной депрессии (с типичными признаками, включая типичные суточные колебания настроения и ранние пробуждения), и реже — отчетливые периоды гипомании. Один из ведущих психиатров в городе, профессор, поставил этому пациенту диагноз «Биполярное аффективное расстройство» и сказал его супруге, что прогноз в его случае не очень благоприятный и скорее всего аффективные фазы у этого пациента будут возникать регулярно и всю жизнь. Больной получал лечение антидепрессантами, принимал нормотимики. Несмотря на это, аффективные фазы, хотя и несколько менее выраженные, продолжали возникать. Этот человек в течение многих лет имел психологически очень тяжелый брак, наполненный конфликтами. И вот этот пациент развелся и через некоторое врем женился во второй раз. Во втором браке у него сложились доверительные, доброжелательные отношения. В этот период у пациента возникла еще одна неглубокая

субдепрессивная фаза. После этого прошло уже 6 лет. Больной не принимает никаких лекарств, ни одной клинически значимой аффективной фазы за это время у него не возникло.

Здесь можно вспомнить исследования, проведенные в США, продемонстрировавшие роль дисфункциональных супружеских взаимоотношений в провоцировании депрессивных расстройств при биполярном и рекуррентном аффективном расстройствах [5].

Принцип дополнительности и соотнесенность между психиатрическим и психотерапевтическим подходами

Не станет ли психиатрия более внутренне логичной и связной наукой, если ее максимально освободить от психотерапевтического языка (во многом сфокусированного на отношениях), оставив ей язык описания характеристик (симптомов) пациента как объекта, выносящий за скобки влияние врача (как наблюдателя и соучастника взаимодействия)? Ведь именно такой язык теоретически может обеспечить описание характеристик (симптомов, складывающихся в синдромы) пациента как объекта, которое остается устойчивым и неизменным, возможно отражая лежащие в их основе биологические механизмы. И благодаря этому могут быть найдены фармакологические средства, влияющие на эти устойчивые характеристики, причем это влияние не будет зависеть от меняющейся ситуации и условий взаимодействия пациента и врача. Не этого ли на самом деле добивается доказательная медицина в психиатрии, пытаясь избавить ее от заложенных в ее диагностических формулировках «умозрительных концепций».

Не выиграла ли бы психотерапия, особенно психоанализ, если ее освободить от психиатрического языка, от психиатрических диагностических формулировок, которые зачастую малополезны в психотерапии, а порой сбивают психотерапевта с толку? Психотерапия заинтересована в языке и формулировках, отражающих типичные паттерны отношений, устанавливаемых пациентом с окружающими, включая врача, отражающих возможную динамику разворачивающихся отношений с врачом. И для этих целей язык психиатрии порой слишком статичен, не отражает необходимую для психотерапии глубину понимания переживания пациентом его отношений с собой и другими.

Представляется, что если бы мы рассматривали психотерапию (особенно, психодинамическую психотерапию как наиболее разработанную теоретическую модель) и психиатрию как имеющие свою внутреннюю логику, дополняющие друг друга, но в то же время отдельные, не перекрывающиеся друг с другом теоретические модели описания функционирования психики в норме и патологии, подобно тому, как в квантовой механике, например, концепция поведения электрона как волны дополняется концепцией поведения электрона как частицы, не стало ли бы это таким же толчком в развитии нашего научного понимания психических явлений, каким послужило когда-то введение принципа дополнительности Н. Бора для понимания квантомеханических явлений? И если использовать психотерапевтическую (психодинамическую) и психиатрическую медицинскую модель, как две независимые оси координат, через которые мы оцениваем каждого пациента, не обеспечило ли бы нам это большую ясность и понимание, чем попытки смешать психотерапию и психиатрию в одной модели?

Заключение

Таким образом, введенный Н. Бором в начале 20 века принцип дополнительности [4], который был призван вернуть внутреннюю логику противоречивой картине, возникающей при наблюдении кванто-механического мира, может помочь и в попытках прояснить, сделать более внутренне логичным и связным наше видение психических процессов с разных перспектив, в норме и патологии. Рассмотрение психотерапевтической модели, сфокусированной на отношениях, как отдельной и дополнительной к психиатрической медицинской модели, сфокусированной на пациенте, как на объекте, обладающем определенными свойствами (симптомами), может помочь очистить от противоречий, сделать более внутренне логичной, ясной каждую из этих моделей. В то же время такой взгляд может облегчить и восприятие каждой из этих моделей как дополняющих друг друга, а не конкурирующих друг с другом, равнозначных, а не находящихся в отношениях подчинения одной другой. По мнению автора, такой взгляд может способствовать как развитию каждой из этих моделей, так и их обогащающему влиянию друг на друга.

Также, с точки зрения клинической практики, может быть полезно, используя принцип дополнительности, рассматривать каждый случай психического расстройства одновременно в двух параллельных плоскостях (в двух системах координат), с точки зрения психиатрической модели и с точки зрения психотерапевтической (в частности, психодинамической) модели.

Литература

1. *Beck, J. S. Cognitive therapy: Basics and beyond.— New York: Guilford. — 1995. — 391 p.*
2. *Bleuler, Eugen, 1857-1939. Textbook of psychiatry. — New York: Arno Press. — 1976. — 63 p.*
3. *Bohr, N. 1958. Quantum physics and philosophy— causality and complementarity // Philosophical writings of Niels Bohr: in 3 vols. Vol. 3. — Woodbridge, CN: Ox Bow Press. — 1987. — P. 1–7.*
4. *Bugental J. The Art of the Psychotherapist.— New York: W.W. Norton & Company. — 1992. — 336 p.*
5. *Cohen M.B., Baker G, Cohen R.A., Fromm-Reichmann F. An Intensive Study of Twelve Cases of.*

Manic-Depressive Psychosis // Essential papers on depression / Ed. J. Coyne. — New York: New York University Press. — 1986. — P.82-139.

6. *Erikson E. Childhood and Society. — New York: Vintage Books. — 1995. — 400 p.*
7. *Fairbairn W.R.D. Synopsis of an Object-Relations Theory of the Personality // International journal of Psychoanalysis. — 1963. — № 44. — P. 224-225.*
8. *Freud S. Introductory Lectures on Psychoanalysis. — London: Penguin Books Ltd. — 1991. — 560p.*
9. *Freud S. Psycho-Analytic Notes on an Autobiographical Account of a Case of Paranoia // Three case histories. — New York: A Touchstone Book. — 1996. — P. 179-209.*
10. *Hinshelwood R. A Dictionary of Kleinian Thought. — London: Free Association Books. — 1998. — 503 p.*
11. *Jaspers K. General Psychopatology. — Manchester: Manchester University Press. — 1963. — 922 p.*
12. *Jones E. E., Pulos S. M. Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 1993. — Vol. 61.—P. 306-316.*
13. *Kohut H. The Analysis of the Self: A systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders. — Chicago: University Of Chicago Press. — 2009. — 384 p.*
14. *Kernberg O. F. Borderline Conditions and Pathological Narcissism. — New York: Jason Aronson. — 1975. — 376 p.*
15. *Kernberg O. Structural derivatives of object relations // Essential papers on object relations / Ed. P.J. Buckley. — New York: New York University Press. — 1986. — P. 309–342*
16. *Perls, F., Hefferline, R., Goodman, P. Gestalt Therapy: Excitement and growth in the human personality. - London: Souvenir Press Ltd. — 1994. — 470 p.*
17. *Stolorow R., Brandchaft B., Atwood G. Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach. — London and New York: Routledge. — 2000. — 187 p.*
18. *Spotnitz H. Modern Psychoanalysis of the Schizophrenic Patient: Theory of The Technique. — New York: YBK Publishers. — 2004. — 252 p.*
19. *Wiser S., Goldfried M. Verbal interventions in significant psychodynamic–interpersonal and cognitive–behavioral therapy sessions // Psychotherapy Research. — 1996. — № 6. — P. 309–319.*
20. *Yalom I. The Theory and Practice of Group Therapy. — New York: Basic Books. — 2005. — 500 p.*

Сведения об авторе

Чистяков Максим Сергеевич — врач-психотерапевт амбулаторного отделения Санкт-Петербургского Государственного Бюджетного Учреждения «Городской Психоневрологический Диспансер № 7 (со стационаром)». E-mail: m_chistyakov@inbox.ru

Я УНИКАЛЕН

КАЖДЫЙ ПАЦИЕНТ С ДИСТОНИЕЙ

НУЖДАЕТСЯ В ИНДИВИДУАЛЬНОМ ПОДХОДЕ

Ксеомин
Ботулинический токсин типа А
ДОСТИЖЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЦЕЛИ

Ксеомин. **Регистрационное удостоверение** №ЛСР-004746/08. **Лекарственная форма:** лиофилизат для приготовления раствора для внутримышечного введения. **Состав (1 флакон):** ботулинический токсин типа А 50 ЕД (или 100 ЕД), сахароза 4,7 мг, сывороточный альбумин человека 1,0 мг. **Показания к применению:** блефароспазм, идиопатическая цервикальная дистония (спастическая кривошея) преимущественно ротационной формы, спастичность руки после инсульта, спастическая эквинусная и эквиноварусная деформация стопы при детском церебральном параличе у детей в возрасте от 2 до 18 лет, гиперкинетические складки (мимические морщины) лица. **Противопоказания:** Препарат противопоказан людям с аллергией к компонентам препарата, при нарушениях нервно-мышечной передачи. Препарат не вводят при повышенной температуре и острых инфекционных или неинфекционных заболеваниях. **Способ применения и дозы:** Препарат могут вводить только врачи, обладающие специальной подготовкой, а также опытом обращения с ботулиническим токсином. Дозировку и количество мест инъекций в мышцу врач устанавливает для каждого пациента индивидуально. **Побочное действие:** В редких случаях возможны побочные реакции в виде птоза, сухости глаз, дисфагии, мышечной слабости, головной боли, нарушения чувствительности, которая полностью обратимы и имеют временный характер. **Производитель:** «Мерц Фарма ГмбХ и Ко.КГаА» D-60318, Германия, Франкфурт-на-Майне*
ООО «Мерц Фарма» 123317, Москва, Пресненская наб, 10, блок С «Башня на набережной».
Тел: (495) 653 8 555, Факс: (495) 653 8 554

** Полная информация о препарате – в инструкции по медицинскому применению.*

РЕКЛАМА