

О психодинамических аспектах соотношения психотерапии и фармакотерапии в лечении невротических расстройств

С.В. Полторак, А.В. Васильева

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт имени В.М. Бехтерева

Резюме. В статье рассматривается влияние психодинамических феноменов на процесс фармакологического лечения и приверженность терапии пациентов с невротическими расстройствами. Описывается роль биологического лечения в успехе психотерапии.

Ключевые слова: невротические расстройства, психодинамические аспекты, психотерапия, фармакотерапия.

Psychodynamic Aspects of Psychotherapeutic and Pharmacological Treatment of Neurotic Disorders

S.V. Poltorak, A.V. Vasilyeva

Saint-Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

Summary. Article considers the influence of psychodynamic issues on the course of pharmacological treatment and adherence to the prescribed therapy of the patients with neurotic disorders. The role of the adequate biological therapy in the psychotherapeutic improvement is described.

Key words: neurotic disorders, psychodynamic issues, psychotherapy, pharmacotherapy

Представители различных психотерапевтических направлений рассматривают мотивацию к психотерапии своих пациентов как необходимую предпосылку успешного лечения, поскольку высокая мотивация вызывает у больного активные действия в терапевтическом направлении. E.S. Paykel (1995) указывал, что «допускать к терапии пациентов с отрицательной мотивацией означает существенно снизить его шансы на успех».

Как доказано специальными исследованиями (Лапин И.П. и др., 2000), отношение пациента и врача к лекарству, как и к другим видам терапии,—одна из характеристик личности как системы отношений, и именно она является важнейшей среди психологических факторов фармакотерапии.

Пациент, получая рецепт или само лекарство (Gabbard G.O., 2000), переживает сложную гамму ощущений: здесь и ожидания, и фантазии, и внутренние конфликты. Пациенту предлагают принять «инородное тело» — таблетку — для того, чтобы оказать ему помощь. Такое состояние часто включает конфликт с зависимостью: с одной стороны, желание доброго, сильного, любящего родителя/целителя, с другой — недоверие и страх, что пациент может стать более ранимым и зависимым от помощи кого-то. Неотъемлемая часть любого назначения лечения — плацебо-эффект — включается в психологическую атмосферу, в которую попадает пациент. Положительная плацебо-составляющая любого назначения лекарства активирует внутренние силы самолечения индивидуума. Отрицательная плацебо-составляющая может активировать пессимизм, недоверие к врачу и к лечению, подозрение и тенденции к саморазрушению, формируются отрицательный перенос.

Таким образом, позитивные ожидания пациентов как от психотерапевтических воздействий, так и от фармакотерапевтических являются необходимым прогностическим показателем благоприятного исхода интервенции: чем больше больной ожидает, что лечение принесет ему пользу, тем более успешным оно может оказаться в действительности.

В связи с широким распространением биопсихосоциальной парадигмы в современной медицине актуальным остается вопрос о соотношении фармакотерапии и психотерапии (Столыгво Л., 2010).

Преимущества одновременного использования психотерапии и фармакотерапии:

- медикаменты позволяют уменьшить депрессию и тревогу, давая этим доступ к чувствам, подавленным основными аффектами (депрессией и тревогой), а также лучше понять сущность нарушения;
- редукция острых симптомов (тревога, тяжелая депрессия) — позволяет пациентам осознать собственную силу (увеличивается самооценка, уменьшается чувство беспомощности);
- применение медикаментов увеличивает чувство безопасности — у пациента есть возможность решать больше проблем во время психотерапии, он может смелее позволить себе говорить о своих страхах и фантазиях,
- для некоторых пациентов важен эффект плацебо — факт получения лекарства действует на них дестигматизирующе, улучшает терапевтический альянс в психотерапии,
- по заключению исследователей школы эгопсихологии, некоторые медикаменты (напри-

мер, антидепрессанты последних поколений) улучшают личностное функционирование, освобождая силу, которая была направлена на борьбу с аффектами;

- Медикаменты уменьшают симптомы, но могут вызвать побочные эффекты — этот факт дает ценный опыт для переработки противоречивых аспектов жизни в психотерапии и в самой личности пациента; разговор о побочных эффектах медикаментов может дать представление об индивидуальности пациента и его эмоциональном опыте; ускорить или способствовать лечению при наличии выраженного сопротивления и феноменов переноса;
- использование медикаментов дает возможность оценить ожидания пациента и его отношение к удаче и достижениям, особенно если его внутренние конфликты не дают ему возможности быть успешным;
- на фоне медикаментов улучшается способность к адаптации, появляется возможность искать новые жизненные стратегии;
- психотерапия улучшает взаимодействие (compliance). Это актуально, так как результаты различных исследований доказывают, что как минимум 60 % пациентов принимают лекарства по своему усмотрению. В связи с тем, что многие пациенты не используют медикаменты согласно предписаниям врача, понимание причин неэффективного взаимодействия клинически очень значимо.

Определяя стратегию лечения, врачу-психотерапевту следует рассматривать пациента одновременно в двух плоскостях: психодинамической и феноменологической. Введение в медицинскую практику МКБ-10 привело к определенному игнорированию вопросов этиологии и патогенеза прежде всего при пограничных нервно-психических расстройствах, сосредоточив внимание специалистов на описательном симптоматическом подходе (Васильева А.В., Полторак С.В., 2003). Хотя для врачей с большим стажем работы, чье профессиональное мировоззрение сформировалось в традиционных школьных представлениях и для кого патогенез имплицитно встроен в диагностический алгоритм, это, возможно, не является проблемой. Более молодые специалисты, особенно с недостатком навыков правильного проведения клинической беседы, нередко воспринимают пациента как носителя набора симптомов, игнорируя особенности его системы отношений и структуры личности. Для врача одной из наиболее сложных задач, которую приходится решать на разных этапах лечения, является определение, какой подход, психодинамический или биологический, или их комбинация и в каком соотношении, является оптимальным для данного пациента в данный момент времени (Карвасарский Б.Д., 2005). При этом врач-психотерапевт должен обладать достаточно зрелой личностью, чтобы суметь совладать со своими собственными нарциссическими преувеличенными потребностями и инфантильными желаниями всеисильности, быть в

состоянии принять факт ограниченности наших знаний о психических расстройствах и преодолеть свою тревогу, связанную с неопределенностью и отсутствием полных гарантий при любом выборе метода лечения. При выстраивании терапевтической стратегии полезно ответить на ряд вопросов. Какова клиническая картина страдания пациента в психодинамическом понимании? Прежде всего важно определить личностную организацию больного — невротическая, пограничная или психотическая личность вовлечена в процесс болезни. Другим важным аспектом является уровень личностной зрелости: наличие собственных интегрированных моральных правил и норм, уровень их жесткости и ригидности, или эту функцию выполняет симптом, как, к примеру, при спонтанной ремиссии алкоголизма с развитием фобической и ипохондрической симптоматики и ограничительного поведения. Имеется ли у пациента адекватное представление последствий своих действий? В какой степени выражена способность к разграничению собственных переживаний и переживаний других людей? Большое значение имеют структура и составляющие мотивационных характеристик, паттерн используемых механизмов психологической защиты, степень их эффективности и адаптивности. Существенным аспектом является уровень дифференцированности пациента: необходимо оценить его способность одновременно видеть положительные и отрицательные стороны других людей и событий, различать их внешнюю и внутреннюю обусловленность, способность к разграничению собственных переживаний и переживаний других людей. Врачу-психотерапевту следует получить представления о разнообразии паттернов интерперсональных отношений у данного индивида (Колотильщикова Е.А., 2003). Важным является феноменологическое описание состояния больного, особенности основных симптомов и синдромов и их качественная характеристика, степень полиморфности и устойчивости симптоматики, степень реактивности состояния под влиянием внешних событий. Центральным должно быть решение относительно того, в какой степени актуальное представление о текущей клинической ситуации может обеспечивать максимально возможное эффективное лечение. Если же имеющаяся оценка состояния пациента приводит к менее чем эффективной терапии, то может ли смена подхода улучшить положение дел? Имеет значение хороший сбор анамнеза относительно того, какое лечение — фармакологическое или психотерапевтическое и для каких симптомов — было эффективным в прошлом. Важна оценка ситуации «здесь и сейчас», что требует от психотерапевта хороших навыков самонаблюдения. Насколько стабильно понимание пациента и не происходит ли в данный момент смена акцентов с психодинамического на биологический или наоборот. Если такой сдвиг возникает, то чрезвычайно важно иметь четкие представления о том, что его вызвало. Как это связано с тем, что происходит в отношениях между врачом и пациентом?

При том что фармакотерапия относится к биологическим методам лечения, не стоит забывать о том, что это процесс взаимодействия двух людей, где лекарственное средство выполняет функцию временного объекта со всеми присущими ему особенностями. Так, лекарство может частично заменять собой отсутствующего врача. Упаковка с медикаментом обладает успокоительным эффектом подобно тем вещам, которые связывают ребенка и родителей, когда взрослых нет рядом, делая разлуку переносимой. То есть, пользуясь терминологией L. Luborsky (1993), можно говорить о том, что имеющийся во внутреннем мире пациента образ врача находит в реальности внешнюю форму в виде таблеток, которые врач прописал. Эта связь может определять приверженность пациента определенному препарату, который ранее назначал ему врач, с которым у пациента сложились эмоционально значимые отношения, но обращение к нему в данный момент невозможно в силу ряда реальных причин (отъезд, смена места работы, декретный отпуск). Возможна определенная стигматизация препарата, когда его прием отождествляется пациентом с принадлежностью к конкретной социальной группе. Так, больной может настаивать на выписывании ему дорогостоящего «модного» медикамента, который, как он узнал, использовали известные политики, «звезды». Прием данного лекарства позволит ему бессознательно идентифицировать себя с особо успешными людьми. Этим же объясняются большая эффективность и лучшая переносимость препарата в тех случаях, когда идентичный препарат был привезен из-за границы или приобретен с большими трудностями. При этом назначение менее дорогостоящего лекарства, даже при его хороших эффективности и безопасности, воспринимается почти как оскорбление и унижение. Определенная сложность может возникать при назначении препаратов, названия которых стали элементом городского фольклора и их прием является стигматизирующим, имплицитно включающим пациента в категорию психически больных.

Назначение фармакологического лечения обладает определенным символическим значением как для пациента, так и для врача (Pava J.A., 1994). Пациент может связывать необходимость принимать лекарство с тем, что его расстройство имеет сугубо биологическую природу и является следствием «химического дисбаланса», когда проблема заключена исключительно в его головном мозге и никак не связана с его личностью, что подтверждает статус больного, а не проблемного человека. В то же время необходимость фармакотерапии может интерпретироваться как удар по самооценке с возникновением представлений о своей дефектности, и это становится источником негативных переживаний, смущения и стыда с развитием «депрессии по поводу депрессии». Возможен взгляд больного на фармакотерапию как стремление врача к контролю психических и соматических функций путем использования «особых высших знаний» о

действии веществ и назначении лекарств, которые полностью «поработят волю и психику» пациента. Для тех больных, которым в процессе психотерапии подключается фармакологическое лечение, необходимость принимать препарат может означать сомнения в успехе, отказ от психотерапии врача, самого пациента или их обоих, или что данный врач-психотерапевт не в состоянии ему помочь. У специалиста необходимость назначения медикаментов может ассоциироваться с признанием своей психотерапевтической неэффективности. Способность облегчить страдания пациента может активизировать бессознательные фантазии о собственном всемогуществе. В некоторых случаях решения о назначении лекарств может отражать изменения в чувствах по отношению к пациенту, к лечению, к собственным способностям и навыкам. Переход от психодинамической модели к феноменологической, в рамках которой врач занимает более жесткую общемедицинскую позицию, в большей или меньшей степени влияет на систему отношений врач-пациент.

При всем разнообразии комплаенс пациентов с пограничными нервно-психическими расстройствами обладает рядом общих особенностей: часто имеется гипо- или анозогнозическое отношение к болезни, когда индивид не идентифицирует себя со статусом больного человека, нуждающегося в лечебных мероприятиях, в том числе и в приеме лекарств; оценивает «свой случай как слишком легкий, когда достаточно просто взять себя в руки». У части пациентов формируется самодцентрическая внутренняя картина болезни с акцентированием внимания на вегето-соматических компонентах тревожно-депрессивной симптоматики, в связи с чем возникают представления о необходимости приема соответствующих препаратов. Определенный вклад в фиксацию на этой точке зрения вносит постановка диагноза вегето-сосудистой дистонии, столь частого в общей врачебной практике. Назначение психотропных препаратов мало согласуется у пациента с представлениями о своем заболевании и о соответствующих мишенях медикаментозного воздействия. Негативным ятрогенным последствием является и развитие у больного сомнений относительно эффективности психотропных препаратов, вследствие опыта приема антидепрессантов в низких и субтерапевтических дозах. Анализируя имеющуюся доступную информацию, представленную в медицинских справочниках и Интернете, можно скорее сделать вывод о том, что вред от приема психотропных средств значительно превышает пользу, и это вполне объясняет осторожное отношение пациентов к фармакологическому лечению. Объективно существующие побочные действия препаратов, их влияние на значимые сферы жизни, возникающие сексуальные нарушения, увеличение массы тела влияют на самооценку больного и могут приводить к отказу от фармакотерапии даже при ее значительной эффективности. Ряд психотропных препаратов формируют зависимость и привыкание, часто эти

представления распространяются на всю группу лекарственных средств, и у пациентов возникает страх, что, однажды начав принимать медикаменты, они уже не смогут без них обходиться. Другие опасения связаны со стигматизацией в роли психически больного. Общеизвестные седативные побочные эффекты психотропных препаратов приводят к развитию у пациентов страха эффекта «зомбирования», утраты индивидуальных личностных особенностей при их приеме.

Существуют проблемы, связанные с реакциями на фармакотерапию, обусловленные личностными особенностями и интрапсихическими конфликтами больного. Даже если врач, назначающий лекарство, не имеет психоаналитических знаний и занимает абсолютно нейтральную позицию в отношении пациента, он все равно автоматически формирует перенос, оживляя и приводя в действие паттерн отношений с родительскими фигурами. Все аспекты отношений с авторитетными лицами из прошлого выходят на авансцену. Чем больше врач их игнорирует и отрицает их присутствие, тем больше их влияние на лечение. Абстинентная позиция врача интерпретируется как невнимательная, игнорирующая, как подтверждение его «страха перед эмоциями» или их интенсивностью, что приводит к переживанию ситуаций ранней эмоциональной покинутости. Часто это связано с воспитанием в семьях, где родители стремились быстро решить проблемы при одновременном игнорировании эмоциональных потребностей ребенка. Необходимо учитывать и антиавторитарные реакции пациентов, когда согласие следовать врачебным рекомендациям воспринимается как унижение и подчинение авторитетной родительской фигуре. В этом случае неудачи психофармакотерапии могут переживаться как бессознательная месть пациента родителям. Полная автономия должна быть обязательно сохранена.

Психодинамическая составляющая фармакотерапии характерна для каждого случая, поэтому залогом успешного лечения является способность переключения от сбора фактов и конкретных советов по лечению к психодинамическому исследованию чувств, фантазий и поведения пациента и врача-психотерапевта.

Существуют определенные сложности одновременного использования психотерапии и психофармакотерапии. И в случае интегрированной терапии, когда психотерапевт сам назначает медикаменты, и при комбинированной терапии, когда лекарственная терапия и психотерапия осущест-

вляются разными специалистами, помимо уже описанных, наблюдаются идентичные тенденции. Улучшение своего состояния пациенты могут «приписывать» медикаментам и обесценивать роль психотерапии, используя лекарства как защиту от неприятных чувств.

В случае раздельного лечения (врач-психотерапевт и врач-психиатр) пациент «отыгрывает» свои аффекты и амбивалентность — один специалист «плохой», второй — «хороший», но роли могут и изменяться. Это может стать обременительным для лечебного процесса и привести к прерыванию лечения.

Еще одна причина прерывания лечения — во время психотерапии пациент не получает советов, как разрешить жизненную ситуацию. В этом случае срабатывает конфликт мотиваций врача психотерапевта и пациента — между желанием получить инструкцию и не брать на себя ответственность за принятие самостоятельного решения, и целью психотерапевтического процесса — позволить самому найти свой путь.

Пациенты прекращают психотерапию, если происходит развитие негативного переноса. Это связано с теми внутриспсихическими механизмами, которые пациент использует при контактах с другими людьми и миром, и является свидетельством особенностей его структуры личности. У определенной части пациентов метаморфозы отношений такого рода от идеализации до крайней девальвации неизбежны. Негативные чувства к врачу и терапии могут возникнуть в случаях, если пациент осознал, по его мнению, какие-то опасные или позорящие его желания и говорил о них с врачом-психотерапевтом, или не решился о них рассказать, но считает, что врач-психотерапевт понял все «компрометирующее», например:

- страх быть зависимым от психотерапевта или влюбиться в него;
- страх быть отвергнутым.

Терапия эффективна тогда, когда отношения врач-психотерапевт — пациент доверительны. Нет такой темы, которую нельзя было бы обсуждать в ходе психотерапии. Существенная часть пациентов обращается за помощью, когда у них уже есть значительные мешающие адаптации и выполнении ежедневных задач симптомы. В таких случаях, чтобы быстрее и эффективнее помочь пациенту, следует рассмотреть вопрос об одновременном использовании лекарственной терапии и психотерапии.

Литература

1. Васильева А.В. Психотерапия и психофармакотерапия в лечении невротических расстройств / А.В. Васильева, Н.И. Гаренкова, С.В. Полторак // Клинические и социально-психологические аспекты качества жизни психоневрологических больных в современном обществе. Сборник тезисов научной конференции с международным участием. — СПб. — 2003. — С. 56–57.
2. Васильева А.В. Особенности терапевтического альянса и комплаентность у больных с пограничным личностным расстройством / А.В. Васильева, С.В. Полторак // Материалы XIV съезда психиатров России 15–18 ноября 2005 г. — М. — 2005. — С. 391.
3. Васильева А.В. Психофармакотерапия и психотерапия в лечении невротических рас-

- стройств / А.В. Васильева, Т.А. Караваева, С.В. Полторак // Психоневрология в современном мире. Материалы юбилейной научной сессии.—СПб.—2007.—С. 242.
4. Карвасарский Б.Д. Соотношение различных методов лечения в терапии психогенных тревожно-депрессивных состояний / Б.Д. Карвасарский, М.Ю. Мелик-Парсаданов, С.В. Полторак // Психиатрические аспекты общепсихиатрической практики. Сборник тезисов научной конференции с международным участием.—СПб.—2005.—С. 271-273.
 5. Колотильщикова Е.А. Психотерапия расстройств адаптации с тревожно-депрессивным синдромом / Е.А. Колотильщикова, С.В. Полторак, М.В. Фурсова // Материалы III съезда Российской психотерапевтической ассоциации и научно-практической конференции «Психосоциальные проблемы психотерапии, коррекционной педагогики, специальной психологии».—Курск.—2003.—С. 60-62.
 6. Лапин И.П. Плацебо и терапия / И.П. Лапин.—СПб: «Лань».—2000.—С. 223.
 7. Столыгво Л. Возможности одновременного использования психотерапии и фармакотерапии при лечении депрессии и невротозов. <http://ladastoligvo.narod.ru>
 8. Gabbard G.O. Combined psychotherapy and pharmacotherapy / G.O. Gabbard // *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7th ed. / B.J. Sadock, V.A. Sadock (eds).—Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.—P. 2225-2234.
 9. Karvassarsky B.D. Integration of Antidepressants of the new Generation in Psychotherapy of Anxiety and Depressive Disorders / B.D. Karvassarsky, S.V. Poltorak, E.I. Chekhlaty // Abstracts the 13-th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry. The Relevancy of Groups for Illness, Health and Healing.—Munich, 2001.—P. 143.
 10. Luborsky L. The efficacy of dynamic psychotherapies: is it true that everyone has won and all must have prizes? / L. Luborsky // *Psychodynamic treatment research: a handbook for clinical practice* // N.E. Miller, L. Luborsky, J.P. Barber, J.P. Docherty (eds).—N.Y.: Basic Books, 1993.—P. 497-516.
 11. Pava J.A. Integrating cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment and prophylaxis of depression: a novel approach / J.A. Pava, M. Fava, J.A. Levenson // *Psychotherapy and Psychosomatics*.—1994.—Vol. 61(3-4).—P. 211-219.
 12. Paykel E.S. Psychotherapy, medication combinations, and compliance / E.S. Paykel // *Journal of Clinical Psychiatry*.—1995.—Vol. 56.—P. 24-30.

Сведения об авторах

Васильева Анна Владимировна — кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения невротозов и психотерапии СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: annav-doc@yahoo.com

Полторак Станислав Валерьевич — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения невротозов и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева. E-mail: poltorak62@mail.ru