

Сочетание фармакологического лечения и психоаналитической психотерапии в индивидуальной и групповой работе





Кузьменок Геннадий Фёдорович

- кандидат медицинских наук,
- президент Общества Психоаналитической Психотерапии,
- психоаналитический индивидуальный психотерапевт,
- действительный член Секции индивидуальной психоаналитической психотерапии взрослых ОПП – Европейской федерации психоаналитической психотерапии (EFPP).
- психоаналитический парно-семейный психотерапевт,
- действительный член Общества психоаналитических парных и семейных психотерапевтов.
- сертифицированный групповой аналитик (COIRAG, EGATIN),
- сертифицированный супервизор (IGA, London),
- действительный член Ассоциации Групповых Супервизоров.
- председатель группы психоаналитической психотерапии пациентов с комбинированным лечением.
- преподаватель обучающих программ по психоаналитической индивидуальной, парной и семейной психотерапии, групповому анализу.

Не секрет, что назначение фармпрепаратов психотерапевтами нередко обнаруживает непримиримые разногласия между психологами, психотерапевтами и психиатрами. Поэтому необходимо специальное рассмотрение данного вопроса.

Сильвер, Колер и Кэрон (2008) высказываются против применения медикаментозного лечения даже для больных шизофренией. Ссылаясь на нежелание пациентов принимать препараты и побочные эффекты, они утверждают: «Мы противопоставляем свое упорство настойчивости их симптомов. Нам необходима уверенность в нашей уникальной индивидуальности, нашем самом мощном инструменте лечения» (Сильвер, Колер и Кэрон, 2008).

Другие психоаналитически ориентированные клиницисты занимают противоположную позицию, считая подобное поведение контрпереносной реакцией, связанной с отрицанием собственных ограничений, отчасти, вызванной проецированием пациентами потребности во всемогущих фигурах.

Встречаются также психиатры, отрицающие эффективность психотерапии.

Существует также мнение, что использование фармакологических препаратов при ряде заболеваний, в особенности при неврозах и некоторых пограничных и психосоматических расстройствах, является «капитуляцией» психотерапевта

Например, однажды я направил свою психотерапевтическую пациентку к психиатру, так как волновался за ее состояние накануне предстоящего перерыва. После перерыва она позвонила мне и сообщила, что ко мне она приходить больше не будет, так как психиатр сказал ей, что психотерапия в ее случае не показана и ей нужно лечиться только препаратами.

Существует также мнение, что использование фармакологических препаратов при ряде заболеваний, в особенности при неврозах и некоторых пограничных и психосоматических расстройствах, является «капитуляцией» психотерапевта (Карвасарский, 2007).

Напротив, исследование, проведенное членами Американской психоаналитической ассоциации, показало, что 60 % врачей для лечения части своих пациентов с различной психической патологией наряду с психоанализом применяют лекарства (Карвасарский, 2007).

В обзоре Люборски и коллег (Luborsky, Mintz, Auerbach, Crits-Christoph, Bachrach & Cohen, 1984) приводятся данные 15 исследований, 12 из них демонстрируют значимое превосходство комбинированного лечения над просто психотерапией.

Смит, Гласс и Миллер (Smith, Glass, Miller, 1980) отмечают, что комбинированные виды лечения производят гораздо больший эффект, чем эффект каждого вида лечения в отдельности. При комбинированном лечении применение фармакотерапии может открывать двери для психотерапии (Карвасарский, 2007). Некоторые медикаменты (например, антидепрессанты последних поколений) улучшают функционирование Эго и, соответственно, способность совладать с болезненными аффектами.

По мнению Хафнера (Hafner, 1987), в лечении тяжелых тревожных состояний анксиолитики достигают успеха за счет повышения способности пациента совладать с тревогой, но не за счет ликвидации тревоги. Последнее – в случае успеха – достигается психотерапией. Фармотерапия, путем ослабления симптомов, может устранить преграды на пути эффективного терапевтического общения, увеличивая степень свободы при изучении пациентами своих скрытых психологических конфликтов. Разрушая симптоматические барьеры, лекарственное лечение может способствовать

Некоторые медикаменты (например, антидепрессанты последних поколений) улучшают функционирование Эго и, соответственно, способность совладать с болезненными аффектами

усилению психологических изменений и интеграции нового понимания в повседневную жизнь.

С какими сложностями сталкивается психолог-консультант или психотерапевт, направляя пациента к психиатру.

Кларкин, Йоманс и Кернберг (Clarkin, Yeoman, Kernberg, 2006) и Кан (Kahn, 1991) обращают наше внимание на возможность использования пациентом такого механизма психической защиты, как расщепление и предлагают варианты работы с ним. Если пациент относится к психиатру как к «хорошему объекту», а психотерапевта, допустим, воспринимает холодным, то есть как «плохой объект», следует исследовать идеи пациента о мотивации терапевта быть холодным; спрашивать пациента о том, как он понимает это противоречие, что холодный терапевт посоветовал обратиться к более теплому и заботливому.

Одна из участниц воспринимала группу как неинтересующуюся её жизнью: холодной, отстраненной. Её восприятие не соответствовало реальности, так как участники группы проявляли интерес к её жизни, но она этого не могла увидеть. Группа для неё репрезентировала образ плохой матери, в отличие от женщины психиатра, которая была для неё носителем хороших аспектов её матери и казалась заботливой и принимающей до определенного времени.

В другой группе пациент сообщил о своём желании закончить групповую терапию. Позже он пояснил, что причиной стал ведущий, который его не понимает и задаёт «дурацкие вопросы», а психиатр понимает его совершенно молча, без слов!

Однако, может возникнуть и противоположная ситуация, когда психиатр является «плохим» в восприятии пациента. Интересный пример на семинаре французского психоаналитика А. Жибо привела психоаналитик Марина Лукомская. Пациентка долгое время идеализировала психолога-психотерапевта, рассказывала о том, как плохо к ней относились психиатры. В какой-то момент терапевт решила, что такое отношение к ее пациентке невыносимо и расспросила коллег о том, что происходит. Она была очень удивлена, узнав, что пациентка «терроризирует» все отделение.

В такой ситуации важно, чтобы психотерапевт знал психиатра достаточно хорошо, чтобы не сомневаться в его профессионализме. В ситуации обесценивания психиатра психотерапевту необходимо исследовать негативный опыт взаимодействия пациента с психиатром, рассматривая это как переносное искажение взаимоотношений для того, чтобы лучше понять внутренний мир объектных отношений пациента. Часто обесценивание психиатра возникает тогда, когда пациент идеализирует своего психотерапевта.

В любом случае, если пациент отщепляет психиатра как плохой объект, терапевт должен исследовать влияние этого расщепления в сочетании с переносом пациента на него. Также имеет смысл задумываться над специфическим переносом на стационар

Разрушая симптоматические барьеры, лекарственное лечение может способствовать усилению психологических изменений и интеграции нового понимания в повседневную жизнь

В некоторых случаях
без препарата пациент
просто не сможет прийти
до психотерапевта

(диспансер или терапевтическое сообщество) как на объект, с которым пациент был связан в процессе лечения. Этот перенос может быть выражен сильнее, чем на того или иного врача. Важно, чтобы психолог или врач, проводящий психотерапию, и психиатр могли взаимодействовать друг с другом. Не лишним

будет узнать о фантазиях пациента относительно их возможного взаимодействия и сотрудничества.

При назначении препаратов можно столкнуться с рядом сложностей.

Во-первых, в случае, если эффект от применения препаратов оказывается слишком сильным и мешает проведению психотерапии.

Вспоминается случай, когда коллега назначил такую дозировку азалептина, что все проблемы пациента «прошли», а по сути, стали недоступны для глубинного исследования. В этой ситуации важным для психотерапевта является сотрудничество с коллегой-психиатром, возможность обсуждения текущей ситуации и коррекции дозы. Желательно, чтобы при этом психиатр был психодинамически ориентированным или, по крайней мере, осознавал, что лекарства, как правило, не лечат, а облегчают или снимают психологические симптомы.

Если такое сотрудничество невозможно, то, по мнению Люборски (2003), терапевт, не имеющий достаточно квалификации в этой области, должен ограничить свою практику работой с пациентами, которые не нуждаются в медицинских препаратах.

Второй вариант проблем обычно связан с отрицанием необходимости назначения препаратов даже в тех случаях, когда они показаны. Например, пациент, страдающий депрессивным расстройством с суицидальными мыслями, отказывался принимать препараты, так как считал, что это бесполезно, не имеет смысла. В какой-то момент это парализовало работу группы. Он приходил и говорил, что вчера хотел покончить с жизнью и только мысль о группе, где его выслушают и поймут, дала ему возможность этого не делать. Участники группы не могли говорить о себе, так как у них был страх, что, если ему не уделят все внимание группы, он покончит с собой.

Также при панических атаках тревога может оказаться настолько дезинтегрирующей пациента, что контейнирующей функции психотерапевта может оказаться недостаточно для проведения психоаналитической работы.

В некоторых случаях без препарата пациент просто не сможет прийти до психотерапевта. Другое дело, что потом, когда психотерапевту удастся понять смысл симптомов, донести их до пациента, необходимость в приеме препаратов уйдет, но для этого нужно создать условия, чтобы психотерапия могла состояться.

Ситуация, складывающаяся вокруг
назначения препаратов, может
быть использована пациентом,
как сцена для разыгрывания
внутренних объектных отношений

Существует целый ряд причин, мешающих психологу или врачу, проводящему психотерапию, направлять клиента к психиатру. По мнению Роута (2002), одной из причин является страх потери контроля над клиентом, страх предоставления ему дополнительной автономии.

По этому поводу вспоминается одна коллега, которая хотела, чтобы психиатр видел пациента только ее глазами. Из-за этого пациент не раз был направлен к различным психиатрам, но, так как диагностика проблем и лечение не совпадали со взглядом психолога-психотерапевта, каждый раз пациент отправлялся к новому врачу. Клиент реагировал на ожидания терапевта, неоднократно прерывая прием препаратов, и, соответственно, не получая необходимого фармакологического лечения. Интересно, что этот пациент рассказывал психиатру, что маме всегда попадались слабые, ни на что не способные мужчины. По всей видимости, пациент таким образом воспринимал обесцененных, не способных его понять мужчин-психиатров, находясь в отношениях с матерью-психологом. В результате многолетняя психотерапия зашла в тупик, вызывая взаимное разочарование и желание ее прервать. В какой-то момент этот клиент хотел уйти к психиатру и прервать отношения с терапевтом. Таким образом, ситуация,

Еще одной причиной, которая препятствует направить клиента к психиатру, может быть ощущение всемогущества, когда психотерапевт думает, что только он может помочь

складывающаяся вокруг назначения препаратов, может быть использована пациентом как сцена для разыгрывания внутренних объектных отношений.

Еще одной причиной, мешающей психотерапевту направлять клиента к психиатру, является страх разрушения “слияния” с пациентом, которое ставится под угрозу при введении «третьего» (психиатра, препаратов) в отношения. Если провести аналогию с этой ситуацией из психологии развития, то можно вспомнить, что отсутствие отца создает непреодолимый соблазн симбиоза матери и ребенка.

Так, в процессе терапии один мой пациент попросил, чтобы я обсуждал его состояние с психиатром женщиной. При прояснении его желаний стало понятно, что он хочет конкретным образом воссоздать семью, которой у него никогда не было в детстве, поскольку отец рано ушел из семьи. Это позволило привнести в психотерапию темы, которые ранее были недоступны в работе с этим пациентом.

Обращение к такого рода темам подразумевает умение психотерапевта работать, в том числе, с проблемами сепарации, стыдом от открытия инцестуозных чувств и способностью переносить чувство исключенности из пары, не разрушаясь.

И, наконец, еще одной, третьей причиной, которая препятствует направить клиента к психиатру, может быть ощущение всемогущества, когда психотерапевт думает, что только он может помочь клиенту. На память приходит случай, когда психолог-психотерапевт попросила пациента, больного шизофренией, отказаться от приема

препаратов, пообещав, что они сами со всем справятся и она его вылечит. К сожалению, через несколько месяцев с пациентом произошло обострение и потребовалась госпитализация в стационар.

Порой психотерапевт входит с клиентом в бессознательный сговор, не касаясь неприятных тем. Например, другой специалист, будучи объектом позитивного переноса, не стала прояснять отношение пациентки к приему препаратов и причины отказа от него. После интервизии своего случая с коллегами, она решила отправить пациентку к психиатру и была очень удивлена, узнав, что в действительности пациентка боится, что врачи хотят ее отравить. Пациентка стала приносить на сессии вырезки из газет, которые она долгое время собирала, о врачах-убийцах. При дальнейшем исследовании этой темы обнаружилось, что она выкидывает продукты, которые ей приносят родственники, так как они хотят ее отравить. Интересно, что психотерапевт работала с ней два года и не подозревала наличие таких «идей».

Назначение психиатром препаратов может помочь в понимании ключевых динамических процессов, относящихся к сопротивлению, переносу, контрпереносу, и в целом содействовать изменениям в процессе работы. Когда пациент проходит одновременно с психотерапией фармакологическое лечение у психиатра, важно узнать сознательные представления пациента о лекарствах и их эффектах. Нередко источником негативно-

В некоторых случаях пациенты используют препараты, как способ избежать зависимости от терапевта

го отношения больных к лекарственным препаратам является ошибочная информация. Часто у пациентов можно обнаружить представления, что лекарства применяются только при тяжелых психических заболеваниях. Поэтому важно исследовать фантазии пациента о препаратах и их эффектах, рассматривая их в контексте переноса и контрпереноса. Так, требование пациента о назначении таблеток может обнаружить лежащие в глубине зависимые или иные переносные реакции. Психотерапевт должен отслеживать свой контрперенос при желании назначить препараты. Такое желание может свидетельствовать об адекватной оценке текущей ситуации, но может и отражать переживание беспомощности в контрпереносе. Желание направить клиента к психиатру часто возникает у психотерапевта в период негативной терапевтической реакции, когда терапевт потерял аналитическую позицию и поверил, что чувства пациента относятся непосредственно к нему и, вместо работы с этими чувствами, отреагировал свой контрперенос, сказав: «Да, я не могу вам помочь, психотерапия бесполезна, вам надо обратиться к психиатру».

Лекарства также могут быть использованы для того, чтобы создать дистанцию между собой и пациентом.

Уместно вспомнить по этому поводу пример Габбарда (Gabbard, 2000): «Психиатр выписал пациенту антидепрессант, поскольку не мог установить с ним эмпатическую связь.

Пациент не стал принимать лекарство. Профессор-психиатр поинтересовался: «Почему?». Пациент ответил: «Я искал кого-то, кто поможет мне признать мои чувства, а вместо этого вы выписываете мне лекарство, чтобы разделаться с этими чувствами». Иногда предложение терапевта назначить препараты расценивается пациентом, как свидетельство «провала» психотерапии и неспособности терапевта оказать помощь, сталкивает пациента с фактом ограничений терапевта.

Интересно описание сочетанной формы лечения, когда пациент проходит психотерапию и фармаколение у одного лица в современном американском руководстве по п/а психотерапии). В нем не пишут, хорошо или плохо совмещение одним человеком разных видов лечения, а описывают плюсы и минусы этих позиций.

Минусы:

Двойная зависимость от психотерапевта – чрезмерная власть терапевта, всемогущество и зависимость пациента, когда терапевт представляется всемогущей фигурой.

Когда пациент проходит психотерапию и получает лекарства «из одних рук», это может быть способом защиты от исследования и проработки внутриспсихических конфликтов и отрицания пациентом того, что психотерапевтические отношения приносят ему пользу. В этой ситуации важно уметь различать эффект от приёма препаратов и психотерапии.

Плюсы:

Кернберг пишет: если лечение осуществляется одним человеком, удаётся избежать расщепления. В связи с этим интересно подумать о ведении группы ко-терапевтами, где формат проведения группы располагает к проигрыванию ситуации расщепления. В этом случае важно, чтобы была слаженность в работе ко-терапевтов, стремление к пониманию происходящего, включая переживания двух ведущих.

Часто в супервизии приходится сталкиваться с ситуацией, когда один коллега критикует работу другого. Нередко эффект расщепления настолько сильный, что некоторые коллеги перестают вести группу вместе, хотя раньше было взаимопонимание. Но это другой аспект комбинирования, не относящийся к данной теме.

Я опросил коллег, группаналитиков, и оказалось, что некоторые из них совмещали в себе две позиции. Сложностями, на которые они жаловались были:

- отказ от более глубокого исследования тем;
- периодические атаки участников на ведущего, когда они на группе спрашивали, какую дозировку того или иного препарата принимать или в конце группы говорили: «я завтра приду к вам на приём», показывая другим «особую» связь с ведущим. Это вызывало зависть у других участников, что, впрочем, было предметом обсуждения на группе.

Значение, которое предписывает пациент препаратам (бессознательные фантазии о них), может стать ценным материалом в процессе психотерапевтического лечения.

Значение, которое предписывает пациент препаратам (бессознательные фантазии о них), может стать ценным материалом в процессе психотерапевтического лечения.

Употребление лекарств может вызвать переживание пациентом потери контроля: «Другие справляются со своими проблемами, а я не могу». Пациент может почувствовать собственную несостоятельность, неполноценность, что может быть источником смущения или стыда.

Когда я работал психиатром, коллега отправил ко мне пациента для фармакологической коррекции. У меня не получалось подобрать для него препараты, так как они вызывали у него побочные действия. В какой-то момент я уже отчаялся и обратил внимание, что те побочные эффекты, которые он называет, противоречат друг другу. Это заставило меня усомниться в правдивости предъявляемых жалоб пациента. Я поговорил с ним об этом. Пациент, расплакавшись, признался, что он либо не принимал препараты, либо бросал приём в первую неделю. Причиной этого было то, что для него непереносимо думать, что он больной и у него проблемы. Для него это значило, что он: несостоятельный, ущербный, это вызывало у него острое ощущение стыда. Чтобы не быть

больным, он читал инструкции к препаратам и говорил о побочных действиях, которые там написаны.

Рекомендации терапевта принимать лекарства могут восприниматься как «подарок» или форма «заботы».

Применение лекарства может восприниматься как метод контроля сознания, вторжение или попытка управления психикой пациента и его телом.

Сопrotивление терапии и способ ее обесценить: «Это препараты помогли, а не терапия».

Иногда предложение терапевта назначить препараты расценивается пациентом, как свидетельство «провала» психотерапии и неспособности психотерапевта оказать помощь, сталкивает пациента с фактом ограничений терапевта

Например, для пациента К. с нарциссическим расстройством очень важно было показать неспособность терапевта и психиатра помочь ему. Отчаяние терапевта позволяло ему чувствовать триумф. Таким образом, подтверждалась его уникальность и превосходство над другими.

В некоторых случаях пациенты используют препараты как способ избежать зависимости от терапевта.

Например, пациент М. с паническими атаками, принимавший препараты более 10 лет, говорил мне: «Вы со мной два часа в неделю, а клоназепам – все время. Если у меня тревога – я выпиваю четвертинку и через 5 минут я спокоен, и не надо тут разбираться, отчего, да почему. Слушать ваши дурацкие вопросы и не получать ответов». Перед тем, как зайти в кабинет, он выпивал препарат, чтобы не сталкиваться со страхом и тревогой. Физиологическая и психологическая зависимость от препарата была настолько сильная, что, у пациента случайно обнаружившего, что он забыл взять с собой таблетки, случилась паническая атака. Через какое-то время после обсуждения его тревог и достигнутой договоренности, что в дни проведения сессий психотерапии желательно

не принимать препарат, он смог с этим справиться. Но перед перерывом пациент нарушал договоренности и принимал препарат – так выражалась его злость по отношению ко мне. В такие моменты он говорил, что не нуждается во мне, отрицая все то хорошее, что было в терапии. По прошествии времени у него появился новый способ защиты – он стал ходить в туалет перед сессией, как бы «сливая» свои чувства. В дальнейшем, после того, как удалось понять это и проработать избегаемые чувства, этот способ справиться с напряжением не требовался. Однажды приступ панической атаки случился на сессии перед выходными – для пациента это был очень важный опыт возможности вместе с терапевтом столкнуться со своими чувствами и удержаться от приема препаратов, не теряя взаимодействия. Через полгода после этого эпизода необходимость в приеме препарата отпала. Переживания отмены препаратов были схожи с переживаниями: «брошенности» в детстве; перерывов в ходе психотерапии; потерей друга; страхами, что терапевт перестанет с ним работать и завершит лечение. Эти переживания стали темами нашей дальнейшей работы.

Конкретный набор значений в отношении лекарственных препаратов будет сложным и уникальным для каждого пациента и терапевтической пары в целом. Умение иметь дело с такими проблемами открывает новые темы для работы и грани личности пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карвасарский Б.Д. Психотерапия: Учебник. 3-е издание, С-Пб.: Питер, 2007.
2. Люборски Л. Принципы психоаналитической психотерапии. М.: Когито-центр, 2003.
3. Роут Ш. Психотерапия: Искусство постигать природу. М.: Когито-центр, 2002.
4. Сильвер А., Колер Б., Кэрон Б. Психодинамическая психотерапия шизофрении: ее история и развитие. Модели безумия: Психологические, социальные и биологические подходы к пониманию шизофрении. / Редакторы: Дж.Рид, Л.Р.Мошер, Р.П.Бенталл. Ставрополь: Изд-во Возрождение, 2008.
5. Clarkin J.F., Yeoman, F.E., Kernberg O.F. Psychotherapy for Borderline Personality Focusing on Object Relations. American Psychiatric Publishing, Washington, D.C, 2006.
6. Gabbard G.O. Combined Psychotherapy and Pharmacotherapy. In: B.J. Sadock and V. A. Sadock (Ed.) Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th edition, pp. 225-34. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
7. Hafner H. Rehabilitation Schizophrener // Therapie, Rehabilitation und Pravention schizophrener Erkrankungen. – Stuttgart, 1976. – S.265-285.
8. Kahn D.A. Medication Consultation and Split Treatment During Psychotherapy. J. Amer. Acad. Psychoanal., 19:84-98, 1991.
9. Luborsky L., Mintz J., Auerbach A., Crits-Christoph P., Bachrach H., Cohen M. Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcome. New York: Basic Books, 1984.
10. Smith M., Glass G., Miller T. The benefits of psychotherapy. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1980.