

О МЕДИЦИНСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ МОДЕЛЯХ ПСИХОТЕРАПИИ

М.М. Решетников
M.M. Reshetnikov

доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, профессор,
заслуженный деятель науки РФ, ректор Восточно-Европейского института
психоанализа (Санкт-Петербург),
паст-президент, обучающий аналитик и супервизор
Европейской конфедерации психоаналитической психотерапии (Вена, Австрия);
e-mail: veip@yandex.ru; www.reshetnikov.org



В процессе ряда конференций и круглых столов психотерапевтов неоднократно высказывалось мнение, что «нет никакой медицинской модели психотерапии», т. к. все ее направления действуют на основе сугубо психологических концепций: П. Дюбуа, З. Фрейда, Дж. Уотсона, Ф. Перлза, К. Роджерса. В подтверждение этого положения приводилось определение Б.Д. Карвасарского, который характеризовал психотерапию как систему воздействия «на психику и через психику»; упоминалось утверждение В.М. Бехтерева о том, что психиатрия – это наука о духе, поэтому она не должна входить в «круг ведения естествоиспытателей и врачей»; обосновывалось, что сам тезис о психических болезнях не выдерживает критики, поскольку определение «болезнь» предполагает, что установлены ее этиология, патогенез, клиническая картина и морфологические изменения в органах и тканях, что неприменимо к большинству форм психопатологии.

Другие не менее уважаемые специалисты в процессе тех же конференций с тревогой констатировали «отход ряда специалистов от меди-

цинской модели оказания психотерапевтической помощи», обвиняя своих коллег в том, что некоторые врачи, забывая о нозологии и биологической терапии, фактически «работают клиническими психологами с врачебными дипломами».

Наиболее убедительными (против якобы мифологической медицинской модели) были высказывания, где предлагалось, наблюдая со стороны за психотерапевтическим процессом, сделать однозначный вывод: кто выступает в качестве психотерапевта – врач или психолог? В вопросе под-разумевалось, что никаких отличий в их работе нет. Это не совсем так.

Отличия есть, а медицинская и психологическая модели, безусловно, существуют. Врач-психотерапевт чаще всего работает в халате (в некотором смысле «отгораживаясь» им от пациента и подчеркивая свою исключительность ¹⁾, а психолог – нет. Врач в процессе диагностических сессий будет больше внимания уделять вопросам выявления патогенеза и симптоматики в соответствии с МКБ, а психолог – апеллировать к теории

¹ Первые медицинские халаты появились в конце XIX в. исходя из соображений гигиены и асептики и вначале – только у хирургов, и только на время операций. Но после всемирной эпидемии испанки в 1918 г. ношение халата и шапочки стало типичным не только для хирургов, но и для врачей всех специальностей. В настоящее время общепризнанно, что медицинский халат – это неотъемлемая часть не только гигиены, но и авторитета врача, его визитная карточка. От ношения исключительно белых халатов врачи отказались только во второй половине XX в.

развития личности и психогенезу. Установив клинический диагноз, врач в большинстве случаев будет думать о необходимости назначения психофармакологической терапии (или об отсутствии такой необходимости). Психологи также иногда задумываются над этим вопросом, но не имеют права делать такие назначения.

В наиболее примитивном варианте медицинской модели, назначив тот или иной препарат (на срок от месяца до шести месяцев), врач-психотерапевт затем будет отслеживать комплаенс и динамику течения заболевания с той или иной периодичностью, иногда предлагая пациенту (с учетом расширения амбулаторной модели терапии) показываться ему раз в неделю или раз в месяц. В процессе этих встреч проводятся терапевтические беседы, а основное внимание обращается на то, как в результате лечения меняется симптоматика, с которой обратился пациент. Психолог, скорее всего, предложит пациенту встречаться, как минимум, два раза в неделю. Но «водораздел» таится не в этом.

Обратимся к главному отличию медицинской и психологической модели. Врач действует в полном соответствии со сложившейся системой медицинского подхода к тому или иному заболеванию: собери анамнез, проанализируй симптоматику, установи диагноз, назначь лечение и наблюдай за тем, как идет выздоровление. В некоторых клиниках, которые считаются более прогрессивными, к психодиагностике активно привлекаются психологи и используется всяческий психодиагностический инструментарий, в последние годы – реализуемый в компьютерном варианте. Фактически и здесь реализуется медицинская модель: лаборант делает анализы, а врач их анализирует и затем лечит. Еще более прогрессивный подход предполагает (после завершения диагностики) включение психолога в бригадную работу в качестве ко-терапевта или группового терапевта. И на первый взгляд, кажется, что все идет правильно.

Сделаю маленькое отступление. В определенный период моей практической и научной работы мне довелось около 15 лет заниматься профессиональной и клинической психодиагностикой на многотысячных выборках. В силу этого были освоены практически все бланковые и аппарат-

ные методы психодиагностики, осуществлялась их интерпретация и верификация, в том числе в процессе лонгитюдных (от 4 до 10 лет) исследований. Несмотря на множество недостатков этих методов (обсуждение которых не входит в задачи данной публикации), могу признать, что этот психологический инструментарий показал достаточно высокую эффективность в работе по подбору персонала, а также по выявлению лиц, потенциально склонных к отклоняющемуся поведению и психопатологии. Но данный прогноз совершенно не учитывает степень компенсации и внутренних резервов личности, благодаря которым эти потенциальные предпосылки могут никогда не проявиться.

В эти же годы динамическое наблюдение одних и тех же людей на протяжении как минимум четырех лет и сопоставление этих наблюдений с обширными данными проведенной ранее комплексной психодиагностики позволили сделать один очень важный вывод. В частности, о том, что психологический инструментарий не предоставляет мне ничего нового, по сравнению с тем, что при наличии опыта можно получить из непосредственного общения с той или иной личностью.

Уже позднее в процессе перехода исключительно к психотерапевтической практике мной был осознан и усвоен тезис о том, что я и есть мой диагностический инструментарий, к тому же куда более тонкий и точный, чем любая бланковая или аппаратная методика.

А теперь о главном отличии медицинской и психологической модели психотерапии. В отличие от традиционно-медицинского подхода, динамическая психодиагностика и динамическая терапия идут рука об руку на протяжении всей психотерапевтической работы, на каждой сессии, желательнее – как минимум два раза в неделю, включая заключительный период. И в зависимости от результатов этой динамической психодиагностики могут качественно меняться стратегия и тактика психотерапевтической работы не только на каждой, а даже в процессе каждой сессии. Это предполагает особое внимание не столько к симптоматике, сколько к малейшим изменениям в содержании психической сферы, эмоциональной окраске и всем другим нюансам материала, предъявляемого пациентами.