

Психокоррекционный подход к шизофренической идентичности: между психоанализом и dasein-анализом

Овчинников А.А., Лобастов Р.Л.

ФГБОУ ВО НГМУ «Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии», Новосибирск, Россия

ОРИГИНАЛЬНОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ

Резюме

Цель исследования: описание психокоррекционных вариантов реабилитации больных с шизофреническим расстройством. Отображены некоторые частные примеры из клинической практики, являющиеся только частью настоящих теоретических и экспериментальных исследований. Задачами послужило описание и обсуждение условий психокоррекционного подхода в dasein-анализе и психоанализе, которые бы не исключали друг друга, но напротив расширяли бы психотерапевтический инструментарий при работе с лицами, страдающими шизофренией. **Пациенты и методы:** в ходе психотерапевтической работы были проведены комплексные групповые и индивидуальные психокоррекционные сессии с лицами, страдающими шизофренией, на базе Новосибирской психиатрической больницы (ГНКПБ №3). Был использован комплекс методов: dasein-аналитической, психоаналитической, когнитивно-поведенческой терапии. В качестве связующего (или структурирующего) подхода были использованы принципы «интегративной психологической терапии» (Integrated psychological therapy, IPT) по выявлению сохранившихся когнитивных ресурсов и социальных навыков больного шизофренией. **Результаты и выводы:** проработаны внутренние и внешние координационные конфликты у больных шизофренией, которые проживались ими как часть их личного опыта. Предприняты попытки формирования модели поведения, которая создала бы приемлемый социальный микроклимат в жизни больного шизофренией при сохранении его индивидуальных ценностей. Простимулирована продуктивная интрапсихическая активность, которая бы способствовала установлению связей с социумом.

Ключевые слова: dasein-анализ; экзистенциал; шизотропность; биопсихосоциальный подход; «интоксикация бытия»; фрустрация; мотивация; метакогниции.

Для цитирования: Овчинников А.А., Лобастов Р.Л. Психокоррекционный подход к шизофренической идентичности: между психоанализом и dasein-анализом. *Психиатрия*. 2020;18(1):27–34. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-1-27-34>.

Конфликт интересов отсутствует

Psycho-Correctional Approach to Schizophrenic Identity: Between Psychoanalysis and Dasein-Analysis

Ovchinnikov A. A., Lobastov R. L.

Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology of FGBO VO NGMU, Novosibirsk, Russia

RESEARCH

Summary

The purpose of the study: a description of psychocorrectional options for the rehabilitation of patients with schizophrenic disorder. The article shows some private examples from clinical practice that are only part of the real theoretical and experimental studies. The tasks were to describe and discuss the conditions of the psychocorrectional approach in dasein-analysis and psychoanalysis, which would not exclude each other, but on the contrary would expand psychotherapeutic tools when dealing with people suffering from Schizophrenia. **Patients and methods:** in the course of psychotherapeutic work, complex group and individual psychocorrectional activities were carried out with persons suffering from schizophrenia on the basis of the Novosibirsk Psychiatric Hospital (GNPCB No.3). A set of methods was used: dasein-analytical, psychoanalytic, cognitive behavioral therapy. The principles of Integrated Psychological Therapy (IPT) to identify the surviving cognitive resources and social skills of a schizophrenic patient were used as a binder (or structuring) approach. **Results and conclusions:** during the psychocorrections, internal and external coordination conflicts were developed in patients with schizophrenia, who lived part of their personal experience. Attempts have been made to develop a pattern of behaviour that would create an acceptable social microclimate in the life of a schizophrenic patient while maintaining his individual values. Productive intra-rapsiic activity was also stimulated, which would help to establish links with society.

Keywords: dasein-analysis; existential; chizotropny; biopsychosocial approach; «intoxication of being»; frustration; motivation; metacognition.

For citation: Ovchinnikov A. A., Lobastov R. L. Psycho-Correctional Approach to Schizophrenic Identity: Between Psychoanalysis and Dasein-Analysis. *Psychiatry*. 2020;18(1):27–34. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-1-27-34>.

There is no conflict of interests

ВВЕДЕНИЕ

Психоанализ внес в поле человеческой рефлексии категорию бессознательного, что, с одной стороны, ослабило медико-биологические позитивистские позиции, с другой — расширило границы антропологического понимания. Современный биопсихосоциальный подход в сфере психических заболеваний (и не только) как раз является таким обобщающим медико-биологическим «психоанализом», который учитывает в том числе и сознательный уровень понимания бессознательных интенций индивида, расширяет своего рода их информативную «карту» взаимодействия с личностью больного.

В современных теориях информации и лингвистической философии эти вопросы неоднократно ставились в том ключе, что бессознательное уже не может быть таковым, если о нем уже «говорят». Любая (непатологическая) детерминация неопределенности, коей является бессознательное, переводит или перекодирует его в сознательный акт.

Биопсихосоциальный подход дает ответы на вопросы (почему и что можно сделать с проблемой?) не только субъекту терапевтического и диагностического «воздействия» (врачу, психологу, социальному работнику), но и самому пациенту. Однако «один на один» с болезнью личность по-прежнему будет оставаться на положении незавершенного гештальта (ожидание очередного приступа, который в свою очередь «прописывается» не только в измененной личности, но и в существовании этой личности). Некоторые предпосылки могли бы прояснить причины или их отсутствие для проведения психотерапевтического вмешательства при сложных, часто непредсказуемых вариантах течения расстройств шизофренического спектра. В данном ключе психоаналитические и иные психокоррекционные мероприятия рассматриваются не как исключаящие друг друга, но, напротив, как взаимодополняющие.

Методы психологической коррекции при шизофрении

Ценность психоаналитически направленной рефлексии заключается в том, что она раскрывает причинно-следственную инстанцию болезни и дает ситуативно-текущую терапевтическую интервенцию «здесь и сейчас». Но в этом также и проблематичность. «Здесь и сейчас» не может качественно длиться, т.к. возникает тягостное чувственное ожидание и программирование негативно пережитого психического опыта. Консервируется проблема рецидива. Подобная циклизация затем находит «себя» в негативной амбивалентности «от ремиссии до рецидива», из которой даже относительно волевая психика не находит выхода, не говоря уже о патологически нарушенной волевой идентификации.

Здесь, как нам кажется, актуальны не только постоянно пополняемый мотивационно-волевой ресурс, но и внутренняя легитимность и необходимость «желания быть». Желание, которое не подкрепляется ситуативно, а утверждается внешними условиями простран-

ственно-временного, исторического, окружающего контекста жизни индивида.

Безусловно, внешний средовой фактор здесь должен как минимум приниматься или отвергаться личностью, но, как нам кажется, он не обусловлен только потребностью социализироваться. Хотим мы этого или нет, «мир может существовать и без нас». Поэтому важно учитывать ценностные ориентиры, отсылающие к утверждению самой жизни в мире, а не в преодолении сознанием окружающей действительности.

Антропоцентрический подход С.Л. Рубинштейна, заключающийся в идее «действия внешних причин через внутренние условия», как раз обнаруживает взаимодействие и корреляцию с обстоятельствами жизни, которые не всегда нуждаются в нашей рационализации [1]. Качественно противостоять неупорядоченному хаосу можно наверно только посредством воли (Шопенгауэр). Однако менять или конструктивно воздействовать на саму жизнь можно только через принятие себя «внутри жизни», в этом случае уместнее было бы говорить о синергии внешних причин с внутренними условиями. В то же время мы имеем перманентную конфронтацию между мотивационно-волевой интенцией отдельного индивида или группы лиц и окружающей нас жизни, которая изначально самодостаточна, т.к. она сама есть процесс и результат. А ту или иную структуру к ней уже прилагаем (применяем) «мы» посредством социализации или «рационального вдохновенья».

В ключе представлений отечественных исследователей (в том числе психоаналитически «модифицированных» взглядов) чаще актуально только ситуативное настоящее, в котором должна осуществиться ремиссия или промежуточная качественная коррекция болезненного состояния. В то же время формируемый оздоровительный паттерн «здесь и сейчас», чтобы не быть ограниченным риском возникновения рецидива, наверное, также должен быть «закреплен» не только в ближайшем настоящем, но и спроецирован на индивидуальное отдаленное прошлое и будущее.

Антон Кемпинский, исследуя феномен депрессивных расстройств, удачно обнаруживает нарушение подобного рода корреляции между настоящим и переходящим чувством и его качественной проекции во времени и месте: «В генезисе любого чувства запечатлены переживания самых различных периодов времени и географических координат, нередко совершенно не связанные с настоящей ситуацией. Пространственно-временная структура подвергается своеобразной кристаллизации: формула “здесь и сейчас”, характерная для причинно-следственных связей, трансформируется в формулу “всегда и везде”. Отсюда, может быть, происходит распространенное представление о неизменности чувств и настроений, которое продолжает существовать вопреки очевидной истине о присущей им изменчивости» [2]. Такого рода качественный алгоритм изменений («всегда и везде») часто игнорируется психоаналитическими методами, но является одним из ключевых в *dasein*-аналитических.

Для психики человека известно свойство в норме стремиться к самореализации, «она» непременно стремится к наилучшему результату и сознательной детерминации внешней причинности. Все это и другие ценные отечественные концепции трансцендирования личности и ее самоидентификации неоспоримо подтверждены в экспериментальной лаборатории Б.Я. Зейгарник, а также, в трудах С.Л. Рубинштейна. Однако в теоретических идеях самой Б.Я. Зейгарник, неоднократно, как нам кажется, отмечался исследовательский интерес не только в рамках абсолютизации гностических методов и связанных с ними экспериментальных мер, но в установлении ряда причин взаимодействия психофизиологии и собственно психического: «Эта ориентация патопсихологических работ на исследование личностных особенностей диктуется еще соображениями методологического характера. За последнее время за рубежом появляются многочисленные работы, трактующие психопатологическое явление как проявление нарушения единства личности, как нарушение специфически человеческого. Такого взгляда придерживаются психологи и психиатры экзистенциалистского направления» [3].

Для снятия в «очередной» раз непреходящей исторической дихотомии телесного и психического феномена в рамках клиники потребовалась промежуточная дисциплина (патопсихология), которая бы давала более-менее объективные ответы на вопросы, как взаимодействуют, например, между собой (на процессуальном и другом уровне), к примеру, программирующие и тормозящие кортикальные функции мозга, топически отражающие мотивационные структуры мышления, и как эти процессы «утверждаются» в системе личности. Здесь необходим, как нам кажется, еще своего рода некий «параклинический», «специфически человеческий» «свод» наблюдений, так как личность не исчерпывается полностью социально-адаптивной сферой существования. Для клинических проявлений, тем более психопатологических и патопсихологических, необходим, если можно так выразиться, больший «объем» личностного существования (где индивидуальные ценности личности воплощаются и, как правило, проецируются в мир на «понятном» ей патологическом языке).

Что мешает при сохранном интеллекте и преходящем (на фоне медикаментозной терапии) нейрокогнитивном дефиците при шизофрении не проецировать, а верифицировать свои субъективные намерения? Почему у больного шизофренией «коммуникация» с миром и людьми складывается из некоего деструктивно-непреходящего «молчания», в котором нет места для жизненного эмоционального отклика? В этом случае, наверное, есть смысл искать причину в индивидуальном болезненном сознании. Необходим качественный анализ внутреннего «Я», степень его «расколотости» [4].

В любом случае, нужен такой фокус «зрения», который связан с определением «внутренних» жизненных

опор (или их отсутствием). Имеются в виду пределы существования больного, связанные с его ценностными установками в сфере темпоральности, межличностной ориентации, телесности, исторической идентичности, субъективно переживаемых в определенном месте и времени [5].

Определенные психотерапевтические трудности всегда также сопряжены с проблемами когнитивной несостоятельности. «Одним из основных условий реализации коммуникативных нарушений при шизофрении является так называемая ситуация когнитивной неопределенности, при которой отсутствуют жестко детерминированные стратегии ответов на сложно структурированные жизненные стимулы» [6]. В данном контексте образуются негибкие, часто догматичные ценности или установки, которые могут переродиться в «бредовые стратегии».

В условиях «один на один» с психической болезнью человек может и не утрачивать в полной мере когнитивный ресурс, все понимать, критически относиться к происходящему, но его мысль и понимание не идут дальше еще более глубоких и деструктивных ощущений, связанных с болезненной рефлексией неопределенности. В этом случае и намеченные планы, и относительно устойчивый социальный статус не сыграют роли основного мотиватора. В разных вариациях будет порождаться дезадаптация, которая будет еще более увеличивать «зазор» между желанием, мыслью и воплощенным действием.

Весь мир в таком случае может оказаться «обездвиженным», «застывшим» и динамически не состоятельным («нулевым»). «Экзистенциальный вакуум», по В. Франклу, как некая «непреодолимая пустота», возникающая в «измерениях» бессознательного, будет поглощать в себя внутреннее «Я», разрушая тем самым весь спектр внутренней рефлексии [7]. Тогда и пополнять такой «экзистенциальный вакуум» будет, скорее всего, бесперспективно.

Многие не болеющие шизофренией люди также создают для себя множество защитно-ограждающей деятельности, наполненной подменами, симуляциями, претензиями на подлинное существование. Социализация в этом случае, как замечает С.Л. Рубинштейн, является внешним условием, не корригирующим «самое себя» (т.е. является пассивной моделью мира, которая вмещает в себя и деструктивные формы всевозможного неомифологического сознания).

В этом ключе нарушение социализации при шизофрении, наверное, можно охарактеризовать как один из ядерных симптомов. Однако при шизофрении нарушения взаимодействия с миром могут затрагивать не столько социализацию, сколько весь объем средового взаимодействия.

Ментальная среда, как и все пространство социализации и окружающего мира становятся для больного шизофренией не востребуемыми и чужеродными, а возможность адаптации в этом случае ограничена «отравленным существованием». При этом состояние

чуждости существования для больного становится непреложной системой убеждений и негативного опыта, который со временем делается для него ценным.

В целом идея «отравления» болезнью сознания и психической жизни человека находит себя и в психоаналитическом подходе с той лишь разницей, что в лексике *dasein*-анализа можно говорить не только об «отравленной» среде пребывания, но и об «интоксикации бытия», где «токсичной» становится сама жизнь.

Известная в психоанализе виртуальная психогеметрия Уилфреда Биона как раз повествует об «отравленной» ментальной среде, которая складывается для индивида в рамках «беру-отдаю-беру» на уровне базово-бессознательной матрицы матери и ребенка, закрепляющей в сознании индивида приемлемую или неприемлемую (токсичную) архитектуру «Я и Мира».

У. Блон как истинный творец психоанализа противопоставляет рациональное иррациональному по аналогии конфронтации смысла и удовольствия или боли: «...В сфере галлюциноза ментальное событие трансформируется в сенсорное впечатление, а сенсорные впечатления в этой сфере не имеют смысла; они доставляют удовольствие или боль. Визуальные галлюцинации в этом случае делают среду взаимодействия еще более "токсичной", но они также приносят удовольствие или боль, то и другое ценно, поэтому требуется больше галлюцинаций; пациент чувствует, что это удовольствие и боль неадекватны; "смысл" столь же неадекватен» [8].

Здесь уже недостаточно установить корректирующую связь между «желанием» и «мыслью», между рациональным и иррациональным, так как болезнь затрагивает и мышление, и внимание, и память. А через мотивационно-личностную структуру опосредованно затрагивает и внутреннее ядро личности.

В этом случае «детоксикации» нужно подвергать не только недостаточный метакогнитивный уровень самопонимания и самореализации, но и сам болезненный инвариант «жизни», в рамках которой больной шизофренией создал свой аутентичный мир со своими «подменными» экзистенциалами и многоуровневой непродуктивной адаптацией.

Находясь в полном одиночестве среди родных и прочих окружающих людей, больной шизофренией мог бы «проживать» и находить для себя такие защиты, которые бы не замещали действительный мир. А виртуальные объекты (и психотический мир) он мог бы самостоятельно консолидировать в тот же мир, в котором и «пребывает» (т.е. мог бы сублимировать, преобразовывать свои «несуществующие объекты» [9]. К примеру, в смысловую сферу, профессиональную деятельность, творчество и т.п.).

В психоанализе можно найти связь между «замещающими» психотическими объектами и их символическом языком, которым оперирует больной, и распутать механизм неподконтрольной «Я» глубинной (бессознательной) иннервации, посылающей ценностные стимулы для личности. Так или иначе будет сфор-

мирована стигматизация сначала на адаптационном, потом на личностном уровне. Болезнь «встроится» в эмоционально-волевую сферу и станет «ценностью», которая определит основную шизотропную и мотивационно-личностную стратегию. Идея психического здоровья как такового будет отрицаться на уровне механизмов психологических защит и вытесняться на уровне нормативного поведения.

Рациональные и рефлексивные типы защитных реакций «переродятся» и станут не востребуемыми в так называемом «отравленном существовании». По аналогии с «...личностями с химической аддикцией, полагающими, что жизнь есть цепочка случайных событий с несвойственным эффективным решением проблем... Для них отсутствует взаимосвязь между защитным механизмом рационализации и самоконтролем... Справедливость мира для них имеет отрицательную корреляционную связь с защитным механизмом проекции, что говорит о том, что лицам, например, не потерявшим веру в справедливость мироустройства, проще не приписывать другим людям свою несостоятельность» [10].

Поэтому в конечном итоге как больному шизофренией, так и наркотическому аддикту, вкусившему успех купленного «кусочка счастья за углом», станет комфортнее пребывать в «отравленном» болезнью мире, чем в состоянии покоя и воли или смыслового утверждения жизни. Для больного шизофренией в этом случае нелогичность и всевозможные варианты двойных и других экзотических отрицаний станут основными ориентирами, от которых будут идти и ремиссионные усилия, так или иначе сворачивающие на вектор рецидива. В этом случае для больного нет опоры на возможность альтернативного существования, которое в данном случае «скрыто» от него через тотальную депривацию — быть «нормальным» среди других. Возможность раскрытия феномена приваации болезни остается для него закрытой, несуществующей темой для рефлексии. Об этом философско-логическом тезисе говорил М. Хайдеггер на одном из цолликоновских семинаров: «Болезнь — это феномен приваации. В каждой приваации лежит сущностная принадлежность чему-то такому, чего не хватает, у чего нечто убывает... Материальная природа — это не мертвая природа, а безжизненная природа... Состояние покоя — это не просто отрицание движения, но его приваация, то есть некоторый род подвижности. В противном случае из состояния успокоенности никогда не могла бы возникнуть новая подвижность... Не всякое не-сущее просто не есть, напротив, есть такое не-сущее, которое определенным образом есть. Таким не-сущим в привативном смысле будет, например, тень, поскольку она есть недостаток света» [11].

Другими словами, субъектом как носителем болезни состояние до болезни в этом случае рассматривается как необратимое и расценивается как наличие «не-болезни». И в это же время состояние после болезни расценивается так же, как необратимое, то есть

как состояние болезни, от которой нет возможности избавиться. Наличие привативного факта восполнения утраченного или убывающего здоровья до границ «не-болезни» либо не рассматривается больным, либо чаще (если есть когнитивный дефект) не осознается. Больной переживает ужас часто не от того, что он заболел, а что его «оставили одного с болезнью». Его фобические представления о других, «оттеняющие» непонимание и невозможность поделить своим переживанием, мыслями, «вселяют» непреходящий страх, мешающий занять отвлеченную препозицию. И в этом случае непреложным убеждением для пациента является не потеря достаточного здоровья, но его изначальное «не присутствие». Другими словами, первично пациент переживает и формирует состояние одиночества и как бы «вынужденного» отчуждения от мира, «от-влеченность» от мира, а затем пытается создать дополнительные защитные ресурсы, которые бы легитимизировали эти отчуждение и отвлеченность.

В такого рода покинутости, которая ассимилируется в сознании больного с искажающим пониманием «брошенности, вы-брошенности в мир», создаются базовые установки сознания на постоянный возврат в состояние обостренного чувствования или «стояния перед Ничто» [12].

В болезненном формате существования что-то, уязвимое в пациенте как раз возникает в избытке, а не в недостатке. По словам Алисы Фон Хейлиц, в психотерапии мы тогда «ищем то, что у пациента в избытке, и с этим работаем». В диагностическом случае симптом может указывать не только на то, какие способности или процессы утрачены, но также — какие находятся в гиперкомпенсированном варианте [13].

В шизофреническом психозе, в классическом подходе дофаминовой теории усиливается, например, роль мезолимбической системы, которая настроена на подавление мезокортикальной. Поэтому совершенно логично устранить данный нейромедиаторный дисбаланс, что и делает успешно нейролептическая терапия, как длительная, так и краткосрочная. На патопсихологическом уровне это проявляется в выраженной потере контроля мышления и исполнительских функций. Опыт пережитого шизофренического психоза оставляет более объемную психофизиологическую «фиксацию» на внутренней картине болезни, по сравнению с изолированными от психозов психосоматическими проблемами. Сам больной не рефлексирует сознательно внутреннюю картину болезни, но остается перед фактом ожидания очередного приступа — того самого «предстояния перед Ничто», которое может ворваться в жизнь, как правило, неожиданно.

В данном случае страх и ужас являются определяющими «переизбыточными» экзистенциальными ориентирами, которые направляют личность больного. Параноидная идентификация здесь, как правило, основная для внутреннего «Я» пациента. Обычные защитные механизмы, как правило, не справляются. Внутреннее пространство «Я» шизофренического пациента оказы-

вается «без-защитным», открытым «не-бытию». Страх становится онтологически, переживаемым и переходит в статус метафизического ужаса перед окружающим миром и людьми. Сущностной характеристикой мира больного здесь является «от-бытие», а парафренный ужас смещается внутрь субъекта, становится его частью, вытесняя его наличное «Я».

В «мире» шизофрении онтологический страх обретает свои конкретные формы и переходит в план непрекращающегося ощущения ужаса. Позже, после пережитого психоза, на «осколках» когнитивной несостоятельности и вместо подлинного *dasein* для больного шизофренией остается только один мотив к действию (если перефразировать М. Хайдеггера, то это может звучать так: «...у вас есть бытие и я должен его не быть...»).

Локальные (групповые) варианты проведения психологической коррекции с больными шизофренией

В ходе психотерапии в сущности были актуализированы те сохранившиеся когнитивные возможности, которые могли бы «приоткрыть» иную точку зрения как на собственное состояние, так и на мотивы и послы значимых окружающих. В отличие от когнитивно-поведенческой психотерапии в работу с пациентом был привнесен так называемый философский дискурс.

Были также использованы некоторые принципы «интегративной психологической терапии» (Integrated psychological therapy, IPT) по выявлению и актуализации сохранившихся социальных навыков для формирования такой модели поведения, которая создала бы приемлемый социальный микроклимат в жизни больного шизофренией при сохранении индивидуальных «аутистических ценностей».

Вопрос в сущности заключался в том, чтобы в ходе проведенной психокоррекции у больных шизофренией выработалась или сформировалась некая собственная интрапсихическая активность, которая апеллировала бы к установлению связей с социумом.

В ходе терапии всего участвовало 40 больных шизофренией из отделений ГБУЗ НСО ГНКПБ №3. Все пациенты подписывали информированное согласие на участие в исследовании. Проведение данного исследования соответствовало положениям Хельсинской декларации 1975 г. и ее пересмотренному варианту 2000 г., одобрено Локальным этическим комитетом и ФГБОУ ВО НГМУ.

Психокоррекционная работа осуществлялась в микрогруппах по 7–10 человек с периодичностью от 1 до 4 мес.

С каждым участником в группе были проработаны следующие проблемные вопросы-установки.

1. Поиск жизненного сценария (Как я существую?).
2. Отношение к окружающим людям и вещам.
3. Формирование социальной роли.
4. Отношение ко времени (по классификации Э. Минковски) в виде отработки и утилизации болезненных прошлых воспоминаний, актуализация прият-

ных и радостных воспоминаний, направленности на будущее [14].

5. Преобразование так называемого «калейдоскопного существования» в существование по индивидуально плану.

6. Формирование «социального идиолекта» (индивидуального «Я», которое вписывалось бы в социум постепенно, безболезненно, без «раскачивания» самооценки больного).

7. Попытка преодоления «гипотонии сознания» (И. Берце) [15].

8. Проработка проблемы «социального пространства, в котором не существует случайных совпадений или игры событий, в которых пациент занимает лишь второстепенную роль».

9. Отработка роли нарративной стратегии в осмыслении своей жизни и нереализованных в ней возможностей.

10. Формирование «карты выбора» (личностного выбора, который осознавался бы больным как действительный и влияющий на его дальнейшую жизненную перспективу).

11. Настроенность на бытие в совместном мире (проблема межличностных противоречий).

Локальные (индивидуальные) варианты психокоррекции с больными шизофренией

1. Пациентка с диагнозом шизофрения, пережившая две госпитализации. На момент психокоррекционных занятий находилась в относительно длительной ремиссии (без выраженных нейрокогнитивных проблем). В работе с ней были актуализированы уже сложившиеся личностные убеждения болезненного характера, которые в латентном состоянии вызывали внутренний дискомфорт и постоянное напряжение. Почти перманентно сохранялся конфликт с окружающим социумом, который представлялся пациентке как угрожающий и непреодолимый.

Выяснилось, что личное существование данной пациентки переживается ею как особая «хрупкость бытия», которая возникла после ухода отца из семьи, когда ей было 12–13 лет. В проработке прошлых воспоминаний и активного импринтинга также выяснилось, что в день, когда «отец ушел, была разбита чашка», случайно подвернувшаяся в тот момент. В результате пережитого стресса она («эта чашка») в итоге была воспринята и гиперболизирована пациенткой до масштабов «расколотого мира», окружившего на тот момент ее существование. В настоящий момент мир ей так и представлялся как хрупкий, готовый к распаду в любую минуту и мгновение времени. В этом случае ей пришлось погрузиться в собственный интрапсихический мир, который, однако, также воспринимался как ненадежный. В ходе прогрессирования болезненного процесса появились вербальные автоматизмы, которые в разный период времени что-то «подсказывали», что-то «додумывали» за пациентку, «советовали» и т.п.

В ходе психотерапии на разных этапах было достигнуто самопроизвольное понимание того, что «хруп-

кий мир» — это часть таких представлений, которые не равны всей психической и ценностной жизни пациентки (а сама идея «хрупкости», которая проникла в само существование жизни пациентки — это всего лишь параллельная «часть сознания», индуцированная психотравмой, которая в данный и последующий момент времени является своего рода уже артефактом пережитого болезненного состояния).

2. Мужчина 32 лет с выраженным бредовым расстройством, который не мог найти точку опоры в мире также из-за конфликтных отношений с отцом. Как выяснилось позже в ходе психотерапии, отец был всегда равнодушен и сохранял определенную холодность и дистанцию (не видел в нем сына, друга, помощника и т.п.). Налицо была актуальна травма детства, связанная с игнорированием отцом личностных интенций своего ребенка, которые со стороны пережившего данную травму позже «переродились» в системные бредовые образования, связанные с тем, что отец является теперь для пациента уже более и не отцом, а неким inferнальным «существом из ада», буквально воспринимаемым без души, несущим (в представлениях пациента) «эсхатологическое начало» и угрозу всему миру. В рассказе пациента его отец буквально выступал как бездушный, страшный, непонятный и частично как бы и «неживой», что вселяло почти животный ужас в пациента (т.к. они еще и проживали в одной квартире). При этом позже выяснилось, что отец пациента на самом деле являлся типичным пенсионером (77 лет), к тому же тихим домоседом (и достаточно интровертированной личностью).

В случаях как индивидуальной, так и групповой психокоррекционной работы практически всегда имели место выраженные (психотические) интрапсихические конфликты с родственниками, которые воспринимались пациентами как непреодолимые. В ходе вышперечисленной проработки индивидуальной точки зрения больного на данные конфликты и его личностной активности были достигнуты результаты, которые определили осмысление пациентами того, что феномен самостоятельности, который у них особенно уязвим, не только присутствует в их жизни, но и является ведущим, но только лишь в сфере их «отколотого» сознания или любой другой смещенной бредовой активности.

В конечном счете пациентам становилось легче даже не от того, что проблема решалась так, как они, к примеру, хотели бы, чтобы она разрешилась, а от того, что все-таки есть некая другая точка зрения на данную проблему, которая как бы сразу же присваивалась и становилась самоценной для больного. Откровением или инсайтом выступало понимание того, что аутичные представления самого пациента представлялись ему уже как нетождественные всей его жизни в целом.

Выводы

Подводя итоги проделанной как описательной, так и психокоррекционной работы, можно сделать вывод,

что в dasein-анализе угол диагностического и психотерапевтического «зрения» актуален с позиции рассмотрения самой жизни, в которой пациент не видит того, что он сам и его жизнь нетождественны, а он видит либо только себя, либо свой отформатированный ужас и неподконтрольное (аутохтонное) существование. Врач и психолог — это своего рода промежуточные «случайные посредники» в его болезненном мире, в котором они являются своего рода «учредителями» жизни и бытия. Жизнь здесь рассматривается не как пассивная сущность, но как преобладающая динамическая система, которая нуждается в человеке и часто может его «затребовать» как раз в виде пассивного субъекта существования, преодолевающего стресс, трудности и т.п.

Бытие в этом случае как раз подчиняет себе человека коммуникативно. Это такая точка отсчета, за пределы которой человеку в любом случае нет нужды «вырываться», т.к. сама жизнь и есть условие общения человека и его наличного бытия (dasein), в котором он в тот или иной момент что-то «от-дает» (призвание или дело жизни) или что-то «сообщает миру» в качестве автора («жизнь как творчество»).

При разных вариантах психических расстройств, особенно при шизофрении, эндогенный процесс подвергается разного уровня воздействиям со стороны личностно-мотивационной деформации. Так или иначе задействуется сложное патологически динамическое целое между средой и психикой, между личностью и социумом, между миром и внутренней «устойчивостью» «Я». Пользуясь терминологией М. Хайдеггера, психическая деятельность больного в большей степени оказывается уязвимой в ментальной системе «как я есть», где в борьбе с болезнью (в силу ложных посылов и самого социума), личности предстоит доказывать, «как я не есть», или «почему я есть», или «для чего я есть».

Возвращаясь к тезису о методологических противоречиях между психоанализом и dasein-анализом, можно предположить, что нет никаких «между». Осуществлять психокоррекцию необходимо, как представляется, в рамках и того и другого подхода, так как они не дихотомичны, а взаимодополняемы. В критике Фрейда вообще часто «угадывается» критика не собственно самого психоаналитического метода, но его неполноты или незаконченности. «Нередко, собирая анамнез, мы слушаем историю пациента, отмечая в ней интересные места, и в этом смысле субъективно общаемся к его страху, ужасу, скуке, стыду, вине, которые предстоит детерминировать словом и тем самым привести к ответственности, т.е. сделать их видимыми для мира через самого человека, — говорить, значит, быть видимым» [16].

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Рубинштейн СЛ. Основы общей психологии. М.: Педагогика, 1989. В 2 т. Т. I.

- Rubinshtein SL. Osnovy obshchey psikhologii. (Basics of General Psychology.) M.: Pedagogika, 1989. V 2 t. T. I. (In Russ.).
2. Кемпинский А. Меланхолия. СПб. 2002. Kempinskiy A. Melankholiya. (Melancholy.) SPb. 2002. (In Russ.).
3. Зайгарник БВ. Патопсихология. М.: Академия, 2007. Zaygarnik BV. Patopsikhologiya. (Patopsychology.) M.: Akademiya, 2007. (In Russ.).
4. Лейнг Рональд Д. Расколотое «Я»: Экзистенциальное исследование «нормальности» и безумия. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2017. Leyng Ronal'd D. Raskolotoe «Ya»: Ekhzistentzial'noe issledovanie «normal'nosti» i bezumiya. (The Broken Self: An Existential Study of «Normality» and Madness.) M.: Institut Obshchegumanitarnykh Issledovaniy, 2017. (In Russ.).
5. Psychoanalysis and Daseinsanalysis. BY Medard Boss. Translated BY Ludwig B. Lefebre. Basic Boors, Inc., Publishers New York, London. 1963.
6. Овчинников АА, Жданок ДН. Диагностические подходы к оценке дефицита социальных коммуникаций при параноидной шизофрении. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2013;1(76):86–89. Ovchinnikov AA, Zhdanok DN. Diagnostic approaches to assessing social communication deficits in paranoid schizophrenia. *Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii*. 2013;1(76):86–89. (In Russ.).
7. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс; 1990. Frankl V. Chelovek v poiskakh smysla. (A Man in Search of Meaning). M.: Progress; 1990. (In Russ.).
8. Бион УР. Внимание и интерпретация. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2010. Bion UR. Vnimanie i interpretatsiya. (Attention and interpretation). SPb.: Vostochno-Evropeyskiy institut psikhoanaliza, 2010. (In Russ.).
9. Руднев В. Полифоническое тело: Реальность и шизофрения в культуре XX века. М. 2010. Rudnev V. Polyphonic Body: Reality and Schizophrenia in 20th Century Culture. M. 2010. (In Russ.).
10. Овчинников АА, Султанова АН, Яичников СВ, Трошина АС, Сычева ТЮ. Особенности базисных убеждений и механизмов психологических защит у наркозависимых. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017;4(97):68–73. Ovchinnikov AA, Sultanova AN, Yaichnikov SV, Troshina AS, Sycheva TYu. Features of basic beliefs and mechanisms of psychological protection in drug addicts. *Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii*. 2017;4(97):68–73. (In Russ.).
11. Хайдеггер М. Цолликоновские семинары. Протоколы — Беседы — Письма. Издано М. Боссом. Вильнюс. ЕГУ. 2012. Khaydegger M. Tsollikonovskie seminary. Protokoly — Besedy — Pis'ma. (The Seminars of the Tsallikon seminars. Minutes — Conversations — Letters.) Izdano M. Bossom. Vil'nyus. EGU. 2012. (In Russ.).

12. Хайдеггер М. Бытие и время. М.;2011. Khaydegger M. Bytie i vremya. (Being and time) M.;2011. (In Russ.).
13. Хольцхей–Кунц Алиса. Современный Dasein-анализ: экзистенциальные данности в психотерапевтической практике. *Existentia: психология и психотерапия*. Восточно-европейская ассоциация практикующих психотерапевтов экзистенциальной терапии (ВЕАЭТ), 2012. Вып. 5. Hol'sckhej–Kunc Alisa. Sovremennyj Dasein-analiz: ekzistencial'nye dannosti v psihoterapevticheskoj praktike. *Existentia: psychology and psychotherapy*. Vostochno-Evropeyskaya assotsiatsiya ehkzistentsial'noy terapii (VEAENT), 2012. Вып. 5. (In Russ.).
14. Элленберг Г. Клиническое введение в психиатрическую феноменологию и экзистенциальный анализ. Экзистенциальная психология. М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. Ehllenberg G. Klinicheskoe vvedenie v psikhiatricheskuyu fenomenologiyu i ehkzistentsial'nyy analiz. *Ehkzistentsial'naya psikhologiya*. (Clinical introduction to psychiatric phenomenology and existential analysis. *Existential psychology*). М.: ЕHKSMO-Press, 2001. (In Russ.).
15. Берце Йозеф, Ханс В. Груле. Психология шизофрении. М.: Гифон, 2016. Bertse Yozef, Khans V. Grule. Psikhologiya shizofrenii. (Psychology of Schizophrenia). М.: Gifon, 2016. (In Russ.).
16. Reck H. Voraussetzungen für eine interkulturelle Verständigung in der Psychotherapie, Jahrbuch der DASEINSANALYSE, 25, Wien, 2009.

Сведения об авторах

Овчинников Анатолий Александрович, профессор, доктор медицинских наук, зав. кафедрой, кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, ФГБОУ ВО НГМУ, Новосибирск, Россия. ORCID: 0000-0003-1468-1620

E-mail: anat1958@mail.ru

Лобастов Роман Леонидович, клинический психолог, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО НГМУ, Новосибирск, Россия. ORCID: 0000-0003-0824-0028

E-mail: r-zsk@yandex.ru

Information about the authors

Anatoly A. Ovchinnikov, Professor, MD, PhD, Head of the Department, Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, FGBO VO NSMU, Novosibirsk, Russia. ORCID: 0000-0003-1468-1620

E-mail: anat1958@mail.ru

Roman L. Lobastov, Clinical Psychologist, Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, FSBO NSMU, Novosibirsk, Russia. ORCID: 0000-0003-0824-0028

E-mail: r-zsk@yandex.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Лобастов Роман Леонидович/Roman L. Lobastov

E-mail: r-zsk@yandex.ru

Дата поступления 17.09.2019
Received 17.09.2019

Дата рецензии 09.12.2019
Revised 09.12.2019

Дата принятия 22.01.2020
Accepted for publication 22.01.2020