

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Психоанализ и нейрофизиология: перспективы взаимодействия в лечении обсессивно-компульсивного расстройства (МКБ код 42.0)

Д.А. Ольшанский

Дмитрий Александрович Ольшанский – Россия, Санкт-Петербург, частный психоаналитик.

Статья посвящена исследованию междисциплинарного поля между психоанализом и нейрофизиологией. На примере лечения обсессивно-компульсивного расстройства (МКБ код 42.0) автор сравнивает клинический подход психоанализа с методами нейрохирургии: глубоким мозговым стимулированием и лазерной абляцией.

Ключевые слова: психоанализ, нейрофизиология, нейропсихоанализ, мозг, обсессивно-компульсивное расстройство, Лакан

Зигмунд Фрейд высказывал надежду, что однажды выводы психоанализа могут быть доказаны и изложены языком нейрофизиологии. Очевидно, что он не только не противопоставлял науку о психике науке о мозге, но предполагал их синтез в отдаленном будущем. И вот сегодня нейрофизиология достигла достаточного уровня развития для того, чтобы суметь доказать открытия психоанализа. И психоанализ достиг того уровня развития, чтобы изъясняться языком строгой науки и отмежеваться от сомнительных умозрительных методов. Поэтому мы вплотную подошли к возможному если не синтезу, то диалогу этих наук, если только их представителям хватит терпения слушать друг друга.

Сложность диалога этих наук заключается в том, что между ними не существует ни общего языка, ни общего мировоззрения. Казалось бы, вопрос решается просто: любая наука, помимо своего профессионального словаря, должна уметь изложить выводы языком математики. Математика как наука об абстрактных объектах является общим знаменателем и универсальным языком для всех остальных отраслей науки. Иногда даже высказывается мнение, что сама математика наукой не является, так как ряду критериев научности не соответствует, но дает универсальный язык для всех остальных.

Однако никто этим не занимался. Психоанализ до 1970-х годов вообще не пересекался с математикой и не пытался что-либо доказывать на математических моделях. Лишь благодаря Лакану математика стала центральным понятием психоанализа, а его психическая топология заставила математиков ломать голову. Да и нейрофизиология, и медицина вообще, никогда не стремились объяснить свои выводы языком математики. И как доказать математически, что гамма-аминомасляная кислота приводит к ингибированию нервного импульса? Во-первых, не имеет смысла создавать математическую модель медицины, поскольку все медицинские гипотезы проверяются экспериментально, поэтому нет резона строить математическую модель мозга. Во-вторых, это технически невозможно – создать искусственную модель мозга. Словом, ни та ни другая наука никогда не искали общего знаменателя, поэтому его и нет.

Нейрофизиология продолжает исходить из гипотезы, что психика локализуется в коре головного мозга. Психоаналитики на это всегда возражали – мозг является лишь органом воспроизведения, так же как радиоприемник лишь транслирует музыку, но не сочиняет ее, поэтому, разобрав его на детали, мы ничего не узнаем о музыкальном таланте.

Психоанализ исходит из гипотезы, что психика является продуктом отношений – без Другого нет и субъекта, поэтому редуцировать ее только к самому носителю, а уж тем более к какому-то органу в теле, просто смехотворно. Коль скоро психика – результат отношений с Другим, то и клиника психоанализа предполагает личное общение и даже формирование невроза переноса между аналитиком и пациентом. Но ни та, ни другая гипотеза не являются доказанными безоговорочно.

Мало того что нет общей понятийной базы, так еще и происходит масса ложных узнаваний. Например, в нейрофизиологии бессознательным называют психические автоматизмы или подпороговое восприятие, поэтому нейрофизиологические исследования в области сознательных и бессознательных форм психической жизни занимают совершенно не тем, что описывал Фрейд.

В работе «Сознание и его границы» Владимир Михайлович Бехтерев говорит: «Бессознательная сфера является тою сокровищницею нашей души, в которой хранится в скрытом состоянии большинство некогда ярко блиставших в сознании представлений и из которой происходит постоянное обновление сознательной сферы» (Бехтерев, 1888). Мысль потрясающая во многих отношениях. Во-первых, он говорит о бессознательной сфере, как об особой инстанции психического аппарата, а вовсе

не как о неосознаваемых процессах, протекающих в подпороговом модуле. Уже здесь появляется образ бессознательного как копилки означающих, активно используемый Лаканом. Во-вторых, не так уж далеко это от понимания Фрейда, который настаивал на том, что в бессознательном хранятся представления, то есть фактически записи опыта, отделенные от аффектов. Наконец, Бехтерев говорит здесь о процессе вытеснения и возвращения вытесненного, то есть в 1888 г. он во многом предвосхищает психоанализ, однако дальше их пути расходятся. Нейрофизиология оттеснила понятие бессознательного на окраины своего исследования, а психоанализ вовсе предпочел обходиться без понятия «сознание», объявив его гипотезой, в которой наука не нуждается.

Итак, что может быть общим между нейрофизиологией и психоанализом? И та и другая наука сходятся в том, что человек – совокупность структур. Только одни отождествляют их со структурами головного мозга, а другие – со структурами означающих. Нейрофизиология работает с нейронными сетями, психоаналитики – с символическими. Разница заключается в том, что первые из них материальны, поэтому возможно медицинское и даже хирургическое применение этих знаний, а психоанализ работает с абстрактными величинами, что позволяет сблизить его с математикой. То есть одно другому не противоречит: структура головного мозга не исключает наличия бессознательного, структурированного множества означающих. Поэтому мы не должны ставить вопрос так: либо нейрофизиология, либо психоанализ – но видеть качественно разные парадигмы.

Один из моих тезисов заключается в том, что психоанализ – это раздел математики, поэтому **бессознательное следует рассматривать как математическую функцию соответствия между двумя множествами – представлениями и знаковыми системами, которой может овладеть как конкретный человек, так и искусственный интеллект.** Поэтому теоретически возможно создать искусственное бессознательное, которое позволит машине пользоваться всем тем спектром функций, которые считались исключительно человеческими: воображение, депрессия, фантазия, невроз, сублимация, творчество.

Мы имеем дело с разным эпистемами, но мы видим, что нейрофизиология и психоанализ говорят довольно похожие вещи: «Личность появляется в результате деятельности головного мозга» (Дик Свааб, 2014), – или «субъект представляет собой результат воздействия означающих» (Жак Лакан, 2004). Нейрофизиология и психоанализ сходятся в том, что человек произведен от структуры и не имеет какой-то заданной константной данности, врожденной, одинаково у всех, подлинной самости или подлинного Я, как говорит психология. Поэтому вопрос о моих истинных желаниях и желаниях, навязанных обществом, о моей подлинной самости и ложной самости – вопрос ненаучный. Личность представляет собой результат работы структур, а не врожденный набор функций.

Поле для взаимодействия психоанализа и нейрофизиологии может стать практика. Можно оставить в стороне дебаты о понятиях в тот момент, когда перед нами конкретный клинический случай, который позволяет

сравнить клинические методы работы друг с другом и оценить их эффективность. Благо, что и нейрофизиология, и психоанализ располагают огромным количеством доказательного материала, поэтому ни одна гипотеза не остается умозрительной и может быть подтверждена клинической практикой.

Возьмем в качестве примера невроз навязчивости. Причину обсессивно-компульсивного расстройства психоанализ видит в том, что некое означающее ассоциативным путем связывает множество представлений и аффектов, которые за ним изначально не стояли. В результате такой психической перегрузки возникает обсессия, которую пациент пытается разрядить путем навязчивого компульсивного ритуала, таким образом надеясь распределить энергию и снять напряжения с очага раздражения. Например, в классическом случае Фрейда «*Rattenmann*, Человека-крысы» (Freud, 1909) аналитик четко прослеживает такое означающее *Rat*, которое захватывает самые различные области представлений, появляется в связи с разными сферами жизни и вызывает страх у пациента, парализует любые его начинания: карточные долги (*SpeilRATte*), женитьба (*heiRATten*), совет (*RAT*), крыса (*RATten*). То есть аналитик обнаруживает эпицентр обсессии в этом означающем *Rat* и при помощи интерпретации отделяет представление от аффекта, снимает перегрузку внутри психического аппарата и создает равномерное распределение энергии (Mahony, 1986). Именно так работает психоаналитическая интерпретация в случаях истерии, неврозов навязчивости, фобий. Позднее Лакан назвал этот метод клиникой означающего. Конечно, простое устранение симптома вовсе не является задачей психоанализа. Мы знаем примеры, когда симптом не только не нужно устранять, но стоит укреплять его или даже создавать заново. Поэтому и простое устранение невротических симптомов не входит в непосредственные задачи психоанализа.

Современная нейрофизиология описывает возникновение обсессивно-компульсивного расстройства как нарушение между корой, таламусом и стриатумом (полосатым телом), то есть в кортико-стриато-таламической системе. Нейрофизиология связывала обсессивно-компульсивное расстройство с нарушением того, что «процесс передачи информации между нейронами регулируется, в частности обратным захватом нейротрансмиттеров в нейроны – нейротрансмиттер частично возвращается в выпускающий нейрон, где ликвидируется моноаминоксидазой, что контролирует его уровень в синапсе. Предполагается, что у больных ОКР происходит повышенный обратный захват серотонина, и импульс не доходит до следующего нейрона». Фрейд описывал нечто похожее, говоря о том, что концентрация удовольствия в навязчивости препятствует дальнейшему движению и вызывает застой либидо или, говоря словами Лакана, наслаждение прерывает метонимию означающих. Если слово *Rat* перегружено аффектами, то это препятствует дальнейшему распределению либидо: пациент не может вернуть долг (*SpeilRATte*), потому что это ассоциативно связано с гомосексуальным страхом и сценой пытки крысами (*RATten*), по этой причине он откладывает и откладывает это действие. Равно как бесконечно откладывает свадьбу (*heiRATten*), не доводит

начатое до конца, словно боится завершения. Нейрофизиология описывает это явление так: «импульс не доходит до следующего нейрона», – психоанализ говорит: «прерывается цепочка означающих».

Коль скоро при ОКР происходит повышенный обратный захват серотонина, фармакотерапия предлагает лечить это расстройство селективными ингибиторами обратного захвата серотонина. То есть антидепрессантами, что вызывает колоссальные побочные эффекты. Невроз навязчивости лечить антидепрессантами неадекватно, так как это может сказываться на когнитивных функциях и качестве жизни пациента. Во-вторых, в кортико-стриато-таламических путях также активно используется дофамин, поэтому некоторые ученые полагают, что причиной нарушения может быть дисбаланс между уровнями серотонина и дофамина. И дальше предлагается сложная и малоэффективная фармацевтическая терапия по восстановлению баланса серотонина и дофамина.

Но как показывают исследования – в результате такой терапии от 40 % до 60 % симптомов сохраняются (*Eddy, 2004*).

То есть медицина пока не имеет однозначного ответа на вопрос о генезисе ОКР, но использует для лечения сильнодействующие препараты (в некоторых случаях нейролептики и галоперидол), эффективность которых колеблется в радиусе 50 %. Вряд ли можно считать успешной такую терапию, когда мы не знаем, что именно лечить, но используем убойные препараты, эффективность которых серединка на половинку. Пациент не может вовремя отдать карточный долг, поскольку это вызывает у него неприятные гомосексуальные ассоциации, а его предлагают лечить галоперидолом, который поможет ему с вероятностью 40–60 %. Понимая это, даже врачи вынуждены были признать, что эффективность психотерапии при лечении ОКР выше, чем фармацевтический метод (*Öst, 2015*).

Нейрохирургия предлагает несколько методов для лечения ОКР, одним из которых является «Глубокое стимулирование мозга» (*Deep Brain Stimulation*), (*Neurostimulation, 2013*). Согласно опубликованным данным, этот метод на 25 % эффективнее прежней терапии (*Hamani, 2014*).

Эксперимент Маллета 2008 (*Mallet, 2008*). Группа врачей во главе с доктором Л. Маллетом работала с пациентами с ОКР, не восприимчивыми к ингибиторам обратного захвата серотонина, то есть антидепрессантами на них вообще не действовали. Все они прошли поведенческую терапию, которая тоже не принесла желаемых результатов. Пациентам в возрасте от 18 до 60 лет, страдавшим ОКР в тяжелой форме более 5 лет, было предложено хирургическое лечение, которое заключалось в имплантации двусторонних электродов в область субталамического ядра.

Эксперимент Дениса 2010 касался вживления электродов в прилежащее ядро и также показал эффективность выше на 39 % (*Denys, 2010*).

Другим методом нейрохирургии является **цингулотомия** или «Лазерная абляция» (*Laser ablation*). Фактически то же самое, но при помощи лазера для процедуры не требуется разрезов и реабилитационный период сведен до минимума. Хирургическое вмешательство представляет собой прижигание лазером определенного участка коры передней части поясной извилины. Целями для деструкции при цингулотомии являются

нервные волокна поясного тракта, расположенные над мозолистым телом в том месте, где он проходит через переднюю поясную извилину. Метод используется и для лечения болевого синдрома. Аналогичным образом предлагается лечить фобии и депрессии, а также проводятся исследования нейрохирургического лечения психозов.

Мы видим, что психоанализ и нейрофизиология пользуются здесь принципиально разными объяснительными моделями и клиническими техниками, но цель перед ними одна и та же: снять сверхнагрузку с нейрона и распределить энергию так, чтобы импульс проходил беспрепятственно. Одни предлагают интерпретировать батарею означающих с целью переозначить и перераспределить либидинальную нагрузку, другие предлагают разделить пучок нейронов лазером или электростимуляцией, дабы равномерно распределить нейронные импульсы. Делается ли это при помощи клиники означающего в психоанализе? *Deep brain stimulation* или *Laser ablation* в нейрохирургии – вопрос не столько технический, сколько этический.

Если проблему можно решить хирургическим путем более быстро, эффективно, с минимальными последствиями, то встает вопрос о статусе психиатрии и фармакотерапии. Зачем нужен длительный прием препаратов, которые приводят к понижению качества жизни и падению когнитивных функций, если симптом можно устранить намного проще? А вот нужно ли его устранять – это вопрос этики. Он решается только в русле интересубъективных отношений, которые лежат в поле психоанализа. Если подтвердятся все те гипотезы, которые предлагает сегодня нейрофизиология, то фармакотерапия просто перестанет существовать.

И если подтвердятся все те гипотезы, которые предлагает психоанализ, то перестанет существовать психотерапия. Если клиника означающих будет доказана математически, а отношения представлений и знаковых систем можно будет представить в виде искусственной модели, никакого смысла в психотерапии, с ее стремлением адаптировать человека к фиктивному представлению о норме, попытками устранить симптом или переключить внимание пациента в другую сферу, заняться чем-то другим, сформулировать альтернативную, менее угрожающую трактовку происходящего, которая совпадает с его жизненным опытом и представлениями других людей, не останется.

Спорно выглядит психотерапевтическая точка зрения, которая работает над тем, чтобы просто устранить компульсивные действия пациента, и считает, что цель достигнута, когда он перестает совершать свои навязчивости. Когда в качестве причин ОКР называют присущее всем людям свойство волноваться перед важными событиями в своей жизни, или то, что люди часто страдают от навязчивостей, когда воспринимают ситуации более опасными, чем они есть на самом деле – это выглядит просто смешотворно, поскольку психотерапия в этом случае полностью игнорирует наличие индивидуального психического аппарата и исходит из заблуждения, что психика у разных людей может быть устроена одинаково, то есть это абсолютно умозрительное предположение. Тот факт, что многие люди не могут завершить важные для себя дела, не могут вовремя

прийти на свидание или сдать диплом до дедлайна и испытывают при этом беспокойство, еще не значит, что причина у всех одна и та же, и что устраняется она просто адаптацией к фиктивному понятию «нормы». Схожесть в поведении пациентов, отслеженная статистически, еще ничего не говорит нам о причинах этого поведения. Точно так же, как закономерность, что все яблоки падают сверху вниз, не доказывает, что это естественное свойство всех яблок, а также никоим образом не приближает нас к открытию закона тяготения. Равно и психотерапия наблюдает и описывает схожесть поведения пациентов с ОКР, но ни на йоту не приблизилась к пониманию психических причин. Вразумительный ответ на этот вопрос дают нам только науки о структурах головного мозга и структурах означающих.

В отличие от умозрительных дисциплин, наука работает с вещами конкретными и объективными: нейрофизиология – с нейронными цепями, психоанализ – с цепью означающих. На этой почве возможен дальнейший диалог между ними.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Бехтерев В.М.* Сознание и его границы. Казань: Типография Императорского университета, 1888.
2. *Лакан Ж.* Семинары: Книга 11. Четыре основные понятия психоанализа (1964) / Пер. с фр. А.К. Черноглазова. М.: Логос/Гнозис, 2004.
3. *Свааб Д.* Мы – это наш мозг: От матки до Альцгеймера / Пер. с нидерл. Д.В. Сильвестрова. СПб.: Изд-во Ивана Лимбаха, 2014.
4. *Denys D., Mantione M., Figeo M. et al.* Deep brain stimulation of the nucleus accumbens for treatment-refractory obsessive-compulsive disorder // *Archives Of General Psychiatry.* 2010: 67(10). P. 1061–1068.
5. *Eddy KT, Dutra L, Bradley R, Westen D* A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. // *Clinical Psychology Review.* 2004: 24(8). P. 1011–1030.
6. *Freud S.* Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose. Wien, 1909.
7. *Hamani C., Pilitsis J., Rughani A. et al.* Deep Brain Stimulation for Obsessive-Compulsive Disorder: Systematic Review and Evidence-Based Guideline // *Neurosurgery.* October 2014: 75(4). P. 327–333.
8. *Mahony P.* Freud and the Rat Man // Yale University Press, 1986.
9. *Mallet L, Polosan M, Jaafari N. et al.* Subthalamic nucleus stimulation in severe obsessive-compulsive disorder // *The New England Journal of Medicine,* 2008: 359(20). P. 2121–2134.
10. *Neurostimulation: Principles and Practice.* Sam Eljamel (Editor), Konstantin Slavov (Editor). N.Y.: Wiley-Blackwell, 2013.
11. *Öst L.G., Havnen A., Hansen B. et al.* Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014 // *Clinical Psychology Review.* 2015: 40. P. 156–169.

Psychoanalysis and Neurophysiology: Perspectives of Interaction in the Treatment of the Obsessive-compulsive disorder (ICD code 42.0)

D.A. Olshansky

Dmitry A. Olshansky, Russia, St. Petersburg, private psychoanalyst.

The article is devoted to research of interdisciplinary field between psychoanalysis and d neurophysiology. On the example of the cure of obsessive-compulsive disorder (ICD code 42.0) author compares the clinical approach of psychoanalysis with neurosurgery methods: deep brain stimulation and laser ablation.

Keywords: psychoanalysis, neurophysiology, neuropsychanalysis, brain, obsessive compulsive disorder, Lacan.