

# ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

---

## Психоаналитический взгляд на фармакологическое лечение психических нарушений<sup>1</sup>

*И.А. Мартынов*

*Мартынов Иннокентий Алексеевич – психолог (НИУ ВШЭ), психоаналитически ориентированный консультант. Сотрудник Института этнологии и антропологии РАН.*

*Значительная часть современных исследований сосредоточена на биологических аспектах психотерапии и психоанализа. Не менее важной видится и обратная перспектива: какие психологические процессы можно наблюдать в биологической терапии психических нарушений? Подобным вопросом психоаналитики задаются еще с 1950-х, когда на рынки вышел первый лекарственный препарат для лечения психических нарушений – нейролептик хлорпромазин (аминазин). В настоящей статье я подробно рассматриваю наиболее заметные психоаналитические концептуализации эффектов психотропных лекарств и их влияния на процесс аналитического лечения с 1950-х гг. по настоящее время. Проследив ключевые тенденции, я предлагаю выделить два сложившихся направления в психоаналитических исследованиях фармакологического лечения психических нарушений: собственно аналитическое, фокусирующееся на исследовании непосредственного эффекта лекарств и интрапсихических процессов, и психологическое, сконцентрированное на проблеме места лекарства в аналитическом лечении и интерпсихических отношениях. Настоящая статья исследует значительный объем западных психоаналитических исследований фармакологического лечения психических нарушений, опубликованных с 1950-х гг. по настоящее время, посредством методики тематического анализа и ставит своей целью не только проследить основные исследовательские тенденции и проанализировать их в контексте развития и актуального состояния психоаналитического мейнстрима, но и ввести русских психоаналитических клиницистов в курс истории и актуальной дискуссии о месте лекарства в психоанализе.*

*Ключевые слова: психофармакология, психология психофармакологии, медикаментозные отношения, отношения врач-пациент, психическая экономика, метапсихология, психофармакологическая терапия, психическая энергия, либидо, символизация, трансфер, сопротивление, психические защиты, антипсихотики, нейролептики, антидепрессанты, отыгрывание.*

---

<sup>1</sup> Я бы хотел выразить свою благодарность своему учителю – психоаналитику Татьяне Леонидовне Станкевич, моему другу и коллеге – антропологу Дмитрию Андреевичу Бочкову, и моей жене Полине. Спасибо, что вы есть и верите в меня.

Проблема осмысления психофармакологических интервенций в практике психического здоровья стоит перед психоанализом с самого появления на рынке первых психотропных лекарственных препаратов в 1950-х годах. Спустя 70 лет эта проблема продолжает только набирать актуальность для теории и практики психоанализа и психотерапии. Сегодня, несмотря на пафосные заявления медицинского истеблишмента о необходимости имплементации интегрированной биопсихосоциальной парадигмы в медицине, в особенности в области психического здоровья, упрощенные биогенетические концепции причин и путей излечения психической патологии все еще достаточно распространены среди специалистов в области здравоохранения: клиницистов, администраторов, государственных и коммерческих страховых агентов. Интересно, что, несмотря на продолжительные и отчаянные попытки конвенционализировать представления о биогенетической каузальности психических нарушений, широкие массы все так же предпочитают психологические (психосоциальные) объяснения психических затруднений и связанных с ними способов лечения (*Read et al.*, 2006), а представления о биогенетической природе психопатологии и навешивание диагностических ярлыков позитивно коррелирует с возникновением предубеждений, страхов и желания дистанцироваться от человека, испытывающего душевные затруднения (*Ibid*).

Несмотря на агрессивную моду на биологический редукционизм в медицине, современные лекарственные препараты имеют значительный потенциал к наделению их пациентами психическим смыслом. Как замечал американский психиатр и психоаналитик Томас Гутхейл, психофармакологии присуща своя собственная психология, которую можно понять, только применив к ней базовые принципы психотерапии (*Gutheil*, 1982, p. 321). Само лекарство обладает столь же богатым потенциалом к вызыванию аффектов, фантазий и ассоциаций, как и любой другой аспект психотерапевтического процесса (*Gutheil*, 1978), тем более учитывая, что они нередко фигурируют в ассоциациях пациентов (*Bers*, 2006). Хотя психоаналитики-врачи часто прописывают лекарственные препараты и своим аналитическим пациентам (*Doidge et al.*, 2002), психологические аспекты присущи лекарственным препаратам и вне аналитического или аналитически ориентированного лечения.

Как замечает французский психоаналитик и психиатр Андре Грин, из-за действия психотропных препаратов «трансформируются именно структурные отношения субъекта. Новая структура, имеющая другой тип, определяется с трудом, потому что не напоминает ни одну другую. Фармакотерапия вместе с собой создала новую психическую патологию <...>. Возникает новая, сложная картина, в которой все модифицированные элементы появились вследствие энергетического распределения действия предшествующей психической патологии» (*Green*, 1961). Даже, казалось бы, при успехе психофармакологической терапии – исчезновении симптомов, являвшихся мишенью назначенного препарата – при игнорировании психологической динамики лечебного процесса, частью которого также является и лекарство, в лечении не остается места для

формирования смысла и выздоровления. В итоге пациент так и остается в круге хронического повторения (об этом, напр., см. *Li*, 2010, p. 665). Таким образом, в то время как значительное количество последних медицинских и психологических исследований сфокусировано на теме биологических аспектов психотерапии (из наиболее свежих публикаций, напр., см. *Linden, Skottnik*, 2019; *Wasserman T., Wasserman L.*, 2019), не менее важно сегодня ставить «вопрос» и противоположным образом: какие психологические (психоаналитические) процессы можно наблюдать в биологической<sup>2</sup> – психофармакологической – терапии? В качестве отправного пункта я рассматриваю с метапсихологической точки зрения первые попытки психоаналитической концептуализации фармакологического лечения психических нарушений, предпринятые с 1950-х и до 1970-х гг., когда интерес к метапсихологическим исследованиям проблемы спадает и возобновляется уже в 1990-х, преимущественно в рамках французского течения. Далее я подробно исследую три ключевых направления, которые прослеживаются в психоаналитической литературе начиная с 1990-х гг. и по настоящее время. К таковым относятся исследования символической роли лекарств, их влияния на процессы символизации, психические защиты и механизмы сопротивления, а также изучение различных аспектов объектных отношений и трансфера. В заключение я предпринимаю попытку выделить основные тенденции в психоаналитических исследованиях феномена и проанализировать их в контексте актуальных в современном психоаналитическом сообществе дискуссий о роли и месте лекарств в лечении.

### **Метапсихология психофармакологических интервенций в лечении психических нарушений: от психоэкономического к динамическому пониманию феномена**

Неудивительно, что первые попытки психоаналитического осмысления лекарства в аналитическом лечении психических нарушений обращаются к психоэкономическим теориям фрейдизма. Сам Фрейд замечает: «Вероятно, будущее научит нас действовать непосредственно, с помощью определенных химических веществ, на количество энергии и ее распределение в психическом аппарате» (*Freud*, 1940, p. 59). Французские психоаналитики Ракамье и Бодран (*Racamier, Baudrand*, 1954) в клиническом исследовании эффектов хлорпромазина<sup>3</sup> психоаналитически концептуализируют его действие так: нейролептик биологическим образом ослабляет базовую тревогу, снижает необходимость в симптомах, которые ее выражают или покрывают, и, как следствие, восстанавливает ранее

---

<sup>2</sup> Обсуждение других методов «биологической» интервенции в психиатрической практике – электросудорожной терапии или транскраниальной магнитной стимуляции – выходит за пределы настоящей статьи.

<sup>3</sup> Первый синтезированный в 1950 г. нейролептический препарат, широко известный под торговым наименованием аминазин.

заблокированную психическую энергию, что позволяет пациенту восстановить способность инвестировать ее вовне, т. е. восстановить нормальный катексис. Эльд (*Held, 1968*) предполагает, что воздействие нейролептиков на промежуточный мозг и ретикулярную систему снижает интенсивность импульсов психической энергии в общем, что приводит к повышению общего порога восприятия эмоций, а также к снижению интенсивности агрессивных импульсов в частности, что позволяет снизить уровень базовой тревоги и страха. Американский психиатр Уильям Винкельман рисует несколько иную перспективу: нейролептики действуют на фундаментальный источник психической энергии и вызывают дозозависимый эффект торможения силы деструктивных и либидинальных импульсов. При повышении дозировки пациент демонстрирует эффект обобщенной регрессии – снятие защит и ослабление влечений; при понижении дозировки нейролептика усиливаются нормальные функции Эго за счет уменьшения внутреннего и внешнего возбуждения, что позволяет реорганизовать и укрепить нормальные защиты (*Winkelman, 1960*). Развивая идею о том, что нейролептик позволяет снизить восприимчивость к внешним и внутренним раздражителям, психиатр Пьер Ламбер (*Lambert, 1967, 1990a, 1990b*) отталкивается от концепции «Я-кожа» французского психоаналитика Дидье Анзьё (Анзьё, 2011) и замечает, что с точки зрения клинической практики, если «в качестве предпосылки взять пассивность защитного слоя (аппарата защиты от перегрузок) и то, что психотропные препараты увеличивают его защитные способности», становится непонятно, почему самым мощным антипсихотическим действием обладают не наиболее седативные нейролептики. С теоретической точки зрения, как утверждает Ламбер (*Lambert, 1965*), согласно Фрейду (*Freud, 1955*) перевозбуждение представляет собой реакцию на внешние стимулы, но ничего не может сделать против влечений (*activité pulsionnelle*); то есть как понять «снижение влечений» от нейролептиков, если основываться на гипотезе о перевозбуждении?

Свою количественную модель психической экономики психофармакологической терапии развивает американский психоаналитик и психиатр Мортимер Остоу (*Ostow, 1960, 1961*). Остоу предлагает рассматривать две основные группы психотропных препаратов – нейролептики и антидепрессанты – как два полюса воздействия на психическую энергию: «понижающее» (тормозящее) интенсивность психических импульсов действие нейролептиков и «аугментирующее» действие антидепрессантов. Именно между двумя такими полюсами и движется психофармакологическое лечение: при остром психотическом эпизоде нейролептик останавливает чрезмерное нагнетение (интенсификацию) либидинальной энергии, однако в случае избыточного назначения медикаментов такое лечение может привести к чрезмерному подавлению энергий – появлению депрессивной симптоматики; при состоянии «либидинального истощения» у шизофренических пациентов с аутистическими чертами антидепрессанты, напротив, аугментируют недостаток энергии,

однако при чрезмерной медикации это может привести к нежелательным эффектам – состоянию «либидинальной избыточности» (бреду и галлюцинациям).

Ряд французских психоаналитиков и психиатров (*Dubor, 1975; Lambert, 1965*) также обращают внимание на связь экономических и динамических аспектов исследуемого феномена: снижение интенсивности психической энергии под воздействием нейролептика связано с качественными изменениями в фантазмической и репрезентативной активности пациента. Ламбер указывает, что нейролептики не только делают импульсы менее деструктивными, но и снижают их общую интенсивность (т. н. энергетический спад), что приводит к качественным изменениям на уровне первичных механизмов и фантазмов, используемых Эго в отношении с объектом (*Lambert, 1990a*). Пьер Дюбо исследует, к каким количественным и качественным изменениям приводят нейролептики (*Dubor, 1975*). Он подчеркивает, что если нейролептики с седативным эффектом указывают на действие энергетического характера, то не-седативные нейролептики свидетельствуют о наличии у нейролептика эффекта качественного изменения психической организации на уровне репрезентаций и фантазий в связи с уменьшением количества несвязанной энергии в пользу ее связанных форм. По мнению Дюбо, некоторые нейролептические препараты способствуют установлению более направленных объектных отношений. Психическая энергия становится все более и более связанной, репрезентации – более сложными и символическими, а деструктивное для Эго воздействие несвязанной энергии снижается, что позволяет утвердить структуру Эго и добиться клинических улучшений в виде восстановления объектной направленности энергии (*Ibid*). Именно на этих идеях базирует свое определение психической экономии психофармакологического лечения французский психиатр и психоаналитик Вассилис Капсамбелис: терапевтический эффект психотропного препарата зависит от его способности восстановить текучесть инвестиций до уровня, адекватного текущему уровню психического развития и достаточного для оптимального психического функционирования (*Kapsambelis, 2002*). Французский психиатр Альбан Жанно обращает внимание, что сам акт назначения – оформления и передачи рецепта на лекарство – представляет собой значительное движение психической энергии (*Jeanneau, 1993*).

Ряд психоаналитиков предпринимает попытку интегрировать экономический и динамический взгляды на исследуемый феномен, помещая их в переплетение нарциссической экономики и динамики. Впервые к нарциссической проблематике обратился французский психоаналитик и психиатр Жан Гиёта (*Guyotat, 1970*). В последних своих изысканиях Гиёта приходит к тому, что психотропные препараты – нейролептики и антидепрессанты – вносят энергетический вклад в нарциссическую экономику больного: нейролептики, позволяют пациенту восстановить границы внешней и внутренней реальности, реставрируют первичный нарциссизм, в то время как антидепрессанты, хотя и могут «психотизировать» пациента в случае недостаточной нарциссической консолидации, в ином случае могут позволить пациенту инвестировать внешний

объект, который вернет ему отражение – удовлетворительный образ себя. Вассилис Капсамбелис (*Kapsambelis*, 1994, 1999, 2002) концептуализирует действие психотропных препаратов (конкретно – нейролептиков) в терминах реставрации нарциссизма. Капсамбелис отталкивается от клинических наблюдений, что терапевтический эффект нейролептических препаратов зависит от функционального состояния Эго в различного рода психотических состояниях: 1) при «расколе Эго», который проявляется в состоянии острого психоза, спутанности сознания, нарушениях сна или сильной шизофренической дезорганизации, нейролептики наиболее эффективны; 2) при хронических формах психоза, например продолжительной параноидной шизофрении, когда, кажется, еще сохраняется способность развернуть защиты и опереться на Эго, которое, сколь тяжело оно ни было бы затронуто психотическими процессами, сохраняет определенную последовательность функционирования, обеспечивает некоторую форму организации и аффективной, и когнитивной согласованности, эффект нейролептических препаратов довольно скромный; 3) при ряде вариантов шизофрении, где Эго находится под постоянной угрозой раскола, а защиты обычно низкофункциональны и неработоспособны, нейролептики демонстрируют среднюю эффективность (*Kapsambelis*, 1999). Отсюда Капсамбелис делает вывод, что действие нейролептиков строится на восстановлении границ Эго и дифференциации внутреннего и внешнего, а различный уровень эффективности таких препаратов в разных формах психотических состояний объясняется различной степенью повреждения Эго. За счет того что связь психического аппарата с внешним миром ограничивается, эти лекарства снижают интенсивность поглощения инвестиций из Эго (Капсамбелис сравнивает такое «излияние Эго» с кровотечением) со стороны внешнего мира, характерного для острых психотических состояний (также наблюдается и при хронической шизофрении). Капсамбелис также замечает, что параллельно при психофармакологической терапии нейролептиками у пациента происходит усиление т. н. «проприоцептивной активности»: отворачиваясь от внешних раздражителей (в т. ч. и галлюцинаций), пациент все больше внимателен к собственному телу, о чем, по мнению психоаналитика, свидетельствует ипохондрическое инвестирование пациентом побочных эффектов препарата (напр., паркинсонизмов, дискинезии, гиперкинезии, запоров и пр.). Такое ипохондрическое инвестирование указывает на факт, что именно благодаря инвестированию тела наша психика способна, посредством схемы и образа тела, стабилизировать инвестирование, сформировать репрезентацию, благодаря которой мы создаем нашу личность и Эго (*Kapsambelis*, 1999). Таким образом, за счет ограничения экстрацептивной активности в пользу проприоцептивной нейролептические препараты восстанавливают нарциссическое самоинвестирование. По мнению Капсамбелиса, при длительной психофармакологической терапии нейролептиками психотическая патология может трансформироваться одним из четырех способов: 1) пассивизация, 2) параноизация, 3) фетишизация, 4) депрессивизация (*Kapsambelis*, 1994). В первом случае в результате лечения усиливаются аутистические защиты, характерные для шизофренических

расстройств. Такие пациенты контртрансферным образом вызывают у врача желание их защитить, что, под видом защиты, ведет к деобъектализации пациента в результате чрезмерных дозировок, ригидного институционального сеттинга, трудностей совмещения психофармакологической терапии нейрорептиками с психотерапией, где у пациента была бы возможность проработать свои отношения с объектом в безопасной среде. Во втором случае происходит дальнейшее развитие параноидных феноменов вследствие триумфа нарциссической целостности, поддерживаемой осуществлением непосредственного контроля над объектом. Это проявляется, например, в развитии шизофрении в ходе психофармакологической терапии нейрорептиками в хронический бредовый психоз с низкой степенью дезорганизации Эго (*Ibid*). В третьем случае происходит реорганизация шизофренической патологии в психоз без бредаобразования по фетишистскому типу, как его понимает Эвелин Кестемберг (*Kestemberg, 1978*). Здесь патология трансформируется в инвестирование длительных отношений прописывания препаратов и выписывания рецептов, которые, на фоне общей девитализации психической жизни, в значительной степени ритуализируются: лекарство и врач сливаются в единый неодушевленный объект, обеспечивающий нарциссизм пациента. В четвертом случае, происходит депрессивизация – так Вассилис Капсамбелис называет общую реорганизацию шизофренической патологии в патологию маниакально-депрессивного типа. По мнению психоаналитика, такая трансформация часто наблюдается в ходе психофармакологической терапии нейрорептиками острого галлюцинаторного психоза.

### **Символическая роль лекарства**

Другое направление исследований, которое стоит выделить, концентрируется не на метапсихологии, но на символической роли лекарств и аспектах символизации. Пациенты наделяют лекарства субъективным смыслом. Как замечает Томас Ли, как не было для Винникотта такой вещи, как «младенец», так, обратившись к материалу пациентов, можно заключить, что нет и такой вещи, как «лекарство» – лекарственный препарат всегда назначается и существует в определенном интерперсональном и социокультурном контексте (*Li, 2010*). Даже физические характеристики препарата, такие как размер и форма, могут наделяться символическим значением и оказывать влияние на терапевтический процесс (*Ibid*, р. 657). Символическая «таксономическая» организация опыта является неотъемлемой частью поддержания субъектом собственной витальности (*Ibid*). Интересно, что особенно остро этот «вопрос» стоит перед получающими лечение детьми и подростками, поскольку им трудно понять свои симптомы, смысл лекарств, культурные представления о конструировании болезни и пр. (*Mintz, 2019, р. 239*). Для пациента назначение психофармакологической терапии может быть определенным символом собственной дефективности (*Ibid*), которое будет буквально орально инкорпорировано пациентом, локализуя дефект в том, кто принимает лекарство: пациент как будто проглатывает это значение и смысл вместе

с пилюлей. Недостаточная символизация действительного смысла лекарства ведет к формированию идентификации вокруг элементов болезни, неспособности, недостойности (плохости) (*Ibid*, p. 243). Некоторые исследователи подчеркивают, что, получая назначение от врача в ходе анализа или психотерапии, пациент может интерпретировать это как указание на то, что он слишком болен для анализа (*Sandberg, Busch, 2007*). Введение в психологическое лечение элементов психофармакологических интервенций может означать для пациента, что сами его мысли плохие, неправильные и неприемлемые (*Konstantinidou, Evans, 2015*). Лекарства также могут символизировать нечто, стирающее человечность и субъективность, что может подтолкнуть пациента к преуменьшению собственной боли для поддержания границ Эго (*Perry, 1984*). Израильский психиатр Ноа Бар-Хаим представляет противоположные наблюдения: хотя психиатрические элементы лечения (установления диагнозов и психофармакологические интервенции) стяжают риск травматизации пациента, они также могут предоставить возможность для конструирования смысла и репарации (*Bar-Haim, 2018*). Диагнозы и лекарства несут схожие символические функции и обладают двойным потенциалом. С одной стороны, они могут выступать как заглушающая сила (ср., например, с представлением Томаса Ли о лекарстве как форме подчинения (*Li, 2010, p. 666*), как в реальности, так и во внутреннем мире пациента, но могут и валидизировать переживания пациента. В последнем случае установление диагноза и назначение лекарств способствуют появлению значения, смысла и ощущения собственной нормальности у пациента, поскольку такой жест утверждает, что у любого, кто пережил подобное, развиваются симптомы и что это нормально: так нормальный человек реагирует на ненормальные события. Психиатрическое лечение вводит порядок, который одновременно определяет индивида, страдающего от душевного расстройства, как часть общества и психическую реакцию как такую же часть социального порядка. Схожий символический аспект психоаналитического представления о лекарстве развивает Томас Ли (*Li, 2010*). Психиатр видит в назначении и приеме лекарств ритуальную практику, которая способна психически «собрать» пациента. Лекарства символизировать заботу со стороны других. Ежедневный прием препарата функционирует одновременно как акт заботы о себе и заботы со стороны других. Он позволяет пациенту почувствовать себя в безопасности и избавиться от чувства одиночества. В ритуале приема лекарства пациент также артикулирует собственную агентность. Не только процедуральный характер ритуала приема лекарств, но и удовлетворение интереса пациентом, чтение различных материалов о лекарствах апеллирует к т. н. таксономически-объектному способу организации опыта (см. *Lamothe, 2005; Li, 2010*). Ли замечает, что улучшение может наступить, когда назначение лекарства означает для пациента валидизацию переживаний и заботу. Для некоторых пациентов врач может представлять мощную властную фигуру, которую пациент интернализует таким образом, что предположение улучшения становится действительным, в том числе и физиологическим, изменением. С социокультурной точки зрения эффекты плацебо могут проистекать



из обозначения индивидом роли больного, который освобожден от обязанностей и может принять помощь других (Li, 2010, p. 667). Ли специально отмечает, что в силу культурных и индивидуальных различий у пациентов могут отличаться символы, задействованные в ритуале назначения и приема лекарств. Назначение может восприниматься как отвержение или подчинение, а с социокультурной точки зрения пациент может почувствовать себя стигматизированным и ограниченным биогенетической моделью психических затруднений, что только усилит дистресс (*Ibid*). Стоит отметить, что работа клинициста с определенными системами значений и ритуалом позволяет добиться желаемых позитивных плацебо-эффектов у пациента (*Jensen et al.*, 2012).

Хотя у некоторых пациентов лекарства могут дестимулировать символическую активность (для них ощущение дисфории будет знаком только того, что нужно пересмотреть выбор препарата и дозировки) (*Mintz*, 2019, p. 245), ряд аналитиков замечает, что психофармакологические интервенции могут стимулировать новые фантазии, ассоциации и процессы символизации, которые будут отличаться от тех, что были вызваны сугубо психологическим образом (ср. *Gutheil*, 1982; *Lambert*, 1990a). Введение симптоматического психофармакологического лечения открывает пространство для глубинных конфликтов и травм, которые скрыты под симптомами, а также меняет отношение пациентов к проблемам своего сэлф и аспектам сэлф в отношениях регуляции аффекта, в том числе делает стратегии разрешения подобных затруднений более конструктивными (*Abel Horowitz*, 1998). Альбан Жанно (*Jeanneau*, 1993) также усматривает в психотропных лекарствах способность к восстановлению связи между аффектом и репрезентацией посредством действия, заключающегося в эвакуации и избавлении от тяжелых внутренних переживаний снаружи.

Лекарства несут символическую функцию не только для пациента, но и для самого клинициста. Джеффри Рубин (*Rubin*, 2001) выделяет ряд символических факторов, влияющих на назначение врачом лекарственных препаратов: 1) проблемы власти, контроля, легитимации, валидации и конфликтов; 2) проблемы динамики страдания и фантазий врача или терапевта о спасательстве; 3) использование лекарства для дистанцирования; 4) культурные различия между врачами и пациентами.

### **Лекарство и аспекты психической защиты и сопротивления**

В клинической практике довольно часто можно наблюдать связь лекарства с защитными процессами на самых разных уровнях. Лекарство может использоваться пациентами защитным образом: например, стать мишенью для защитных проекций пациента. Ракамье и Карретье описывают, как пациенты «запирают» в препарат часть своих потребностей, импульсов и защит. Лекарство может служить защитой от вербализации, выражения аффектов или потребностей, от сближения с врачом или аналитиком, вместилищем агрессии (*Racamier, Carretier*, 1965). Для поддержания эмоциональной дистанции от аналитика лекарственный препарат использовал один из пациентов американского психоаналитика Стивена

Перселла: лекарство защищало его от тревоги и ярости, а также усиливало фантазии контроля (*Purcell, 2008, p. 921*). В этом случае препарат служит объектом, над которым можно осуществлять всемогущий контроль, который также можно физически поглотить в подкрепление фантазий аквизитивной проективной идентификации по Бриттону (подробнее см. *Purcell, 2008*). Лекарство может служить отвлечением и легким избавлением от глубоких тревог или усиливающих аффектов (*Bers, 2006; Riccio, 2011*). Дэвид Минц и Барри Белнап выделяют два защитных смысла лекарства для пациента: 1) терапевтическая резистентность, когда пациент не позволяет себе избавиться от психотических симптомов при терапии нейрорептиками, поскольку, утратив свой бред грандиозности, он с большой вероятностью столкнется с реальностью тяжелых утрат и ограничений; 2) появление незарегистрированных или парадоксальных побочных эффектов. Подробнее этот аспект исследуют другие аналитики. Защитный характер может носить и отсутствие предполагаемого эффекта от психофармакологической интервенции: психиатр Томас Ли приводит случай пациентки, которая, по причине тревоги сепарации от собственной матери и страха обрести самостоятельность, сопротивлялась любым потенциальным антидепрессивным эффектам лекарств (*Li, 2010, p. 668*). Другим проявлением защитных процессов будет появление незарегистрированных или необъяснимых побочных эффектов – как выражения противоречивого отношения пациента к утрате симптомов (*Konstantinidou, Evans, 2015*).

Дэвид Минц, заимствуя понятие «неточной интерпретации» у психоаналитика Эдварда Гловера, утверждает, что обращение пациента к лекарству может быть «неточной интерпретацией»: эффектом лекарства объясняются поведение или аффекты, когда необходимо защититься от непереносимого осознания себя, как если бы их субъективность или желания были бы не в счет. Например, это может быть попыткой справиться с тревогой, спровоцированной повышением уровня осознания собственной сексуальности и агрессии посредством усиления защитной структуры – сопротивлением опасностям аналитической работы (*Mintz, 2019*). Такое защитное поведение характерно для пациентов, страдающих от заметного дефицита понимания себя и от недостатка агентности, хотя они могут переживать лекарства и как нечто полезное и сильно к ним эмоционально привязываться. Минц также замечает, что частью такого защитного поведения являются и другие типы защитного использования пациентами биомедицинских объяснений собственного состояния (*Ibid*).

Интересно, что лекарства могут выполнять защитную функцию на семейном уровне. Например, матери могут поощрять назначение своим детям психотропных лекарств, поскольку это утверждение биологической болезни ребенка снимает с матери ответственность за его состояние (*Singh, 2004*).

Минц также обращает внимание, что лекарства могут быть использованы защитным образом с целью безопасного замещения людей. Пациенты обращаются к лекарствам для того, чтобы справиться с дисфорией, поскольку обращение к людям несет в себе угрозу разочарования. Скорое

обращение к лекарствам позволяет таким пациентам оставаться в неведении о желании получить уход и впасть в зависимости. Когда пациенты изолированы от социальных связей, их уровень дистресса растет, что заставляет их еще больше полагаться на лекарства, что, в свою очередь, приводит к обрыву все большего количества социальных связей. Это особенно характерно для пациентов с историей столкновения с ненадежными объектами в детстве и ярко выраженными защитами от зависимости от объектов (*Ibid*).

Важной особенностью защитного использования лекарств ряд аналитиков называет то, что, в отличие от защит, которые функционируют целиком на внутриспсихическом уровне, для наделения лекарственного препарата защитным смыслом и успешного функционирования таких защит необходимо участие аналитика или врача, поскольку такого рода защиты и сопротивления конструируются только в интерперсональном контексте. Врачи и аналитики также склонны к защитному использованию лекарств. Такие процессы можно наблюдать и в соматической (непсихиатрической) клинике: например, бессознательное желание отстраниться от пациента защищает клинициста от дистресса, отчаяния и беспомощности, которую испытывают пациенты. В этом случае можно наблюдать недостаточную медикацию пациентов: недостаточное назначение лекарств может быть интерпретировано как попытка установить границы и предотвратить сверхидентификацию с пациентом, который, например, столкнулся со смертельной болезнью или ужасающей болью (*Perry, 1984*). Врачи также склонны использовать назначение фармакологической терапии как способ дистанцироваться от близких отношений с пациентом (*Rubin, 2001*). Как отмечает психоаналитик Доминик Риккио, если симптомы пациента вызывают у аналитика тревогу, поскольку ему слишком болезненно или неприятно выносить какие-то человеческие проявления в себе или пациенте, у него или нее возникнет порыв как можно скорее от них избавиться. Если аналитик переживает присутствие или усиление симптомов как признаки неудачи или собственного бессилия, он может обратиться к психофармакологическим интервенциям в защитных целях (*Riccio, 2011*). Сам факт назначения лекарств может представлять непосредственную проблему для аналитика: как отмечает Ларри Сэндберг (*Sandberg, 2014*), переживание, что анализ имеет ограничения, спровоцированное вполне обоснованным пониманием потенциальной пользы лекарства и чувством беспомощности в качестве аналитика, ведет к обращению к фармакологическим интервенциям с целью восстановить чувство собственного могущества и повышения самооценки. Как отмечает Сэндберг, нарциссическое удовольствие практики в качестве врача помогает снизить интенсивность или заменить обесценивающие переживания об анализе или себе как аналитике.

Лекарство также может быть вовлечено в институциональные защиты. Как замечает Харула Константиниду, поскольку психологическая терапия и психофармакологическая терапия находятся в одном институциональном поле, организационная зависть приводит к возникновению институциональных защит (*Konstantinidou, Evans, 2015*). Вопреки

провозглашаемому биопсихосоциальному характеру интервенций разделение обязанностей в институции служит похожей институциональной защитой, где психотерапевты и психологи работают только с «психо», «психиатры» – только с «био», а социальные работники только с «социальным», утверждая таким образом каждый собственные уникальность и превосходство, а также защищаясь от зависти (*Ibid*).

### **Лекарство как объект: аспекты трансфера и объектных отношений психофармакологических интервенций в терапии психических нарушений**

Другим наиболее заметным направлением в психоаналитических исследованиях психологии психотропных препаратов в практике психического здоровья является анализ объектных и трансферных аспектов такого элемента лечения. Многие психоаналитики специально обращаются к исследованию трансферного потенциала лекарств как мишени для различного рода трансферных проекций еще с конца 1980-х (например, см. *Gochfeld, 1978; Gutheil, 1984; Busch, Auchincloss, 1995*). Американский психиатр Томас Гутхейл описывает случай, в котором лекарство, прописанное предыдущим лечащим врачом, стало олицетворять того человека, которого пациент воспринимал как соперника (*Gutheil, 1982*). Психиатры Фредерик Буш и Элизабет Очинклосс (*Busch, Auchincloss, 1995*) приводят также случай пациентки, которая вообразила, что ее терапевт завидовал ее любви к лекарству. Психиатры Фредерик Буш и Барбара Мильрод (*Milrod, Busch, 1998*) описывают пациентку, для которой лекарство означало ее больного брата и ее с ним идентификацию. Томас Ли демонстрирует, как назначение антидепрессантов может стать катализатором появления ранних переживаний пациентами неодобрения и злоупотребления со стороны других, что приведет к отстранению, отчаянию и злости (*Li, 2010*). Глен Габбард (*Gabbard, 2005*) указывает, что у пациентов часто можно наблюдать реактуализацию переживания отвержения, когда им рекомендуют лекарства для облегчения их дистресса. Сам акт выписывания рецепта вводит в отношения врача и пациента интерперсональный контекст «за пределами психофармакологии» (*Konstantinidou, Evans, 2015*). Доминик Риккио (*Riccio, 2011*) задается вопросом: что интроецирует пациент, когда врач или аналитик принимает решение прибегнуть к психофармакологической интервенции? Когда врач или аналитик принимают чувства и симптомы пациента, пациент это интернализирует и принимает себя. Если аналитик чувствует себя некомфортно с интенсивными чувствами и симптомами пациента или с его манерой общения и взаимодействия и, как следствие, назначает ему лекарственные препараты, пациент интернализирует поведение врача или аналитика, которое говорит, что такие чувства и симптомы невозможно вынести, что такое поведение каким-то образом неприемлемо, – то есть пациент формирует негативный интроект.

Наиболее тщательно объектный и трансферный аспект темы разрабатывает американский психоаналитик и психиатр Адель Таттер (*Tutter,*

2006). Занимая важное место в жизни пациента и его семьи, лекарства начинают функционировать как важные внутренние объекты сами по себе, как, например, переходные объекты по Винникотту (*Winnicott, 1953*): лекарство служит символической заменой или расширением аналитика или врача, где особенно подчеркиваются успокаивающие, анксиолитические и субститутивные функции препарата в периоды сепарации (*Tutter, 2006*). Буш и Сэндберг замечают, что пациент может постоянно носить с собой такой переходный объект – незаполненный рецепт или пузырек от лекарств – и это также будет оказывать терапевтический эффект (*Sandberg, Busch, 2007*). Томас Ли отмечает, что лекарство может выполнять не только переходную, но и селф-объектную функцию, как ее понимал Хайнц Когут (*Kohut, 2013*). Например, лекарство может удовлетворять потребность в одобрении и валидации: назначение лекарства является определенным знаком того, что кто-то что-то делает с дистрессом пациента, что его проблемы важны и к ним относятся серьезно. Адель Таттер (*Tutter, 2006*) демонстрирует, что психотропные лекарственные препараты, как в аналитической ситуации, так и в прочих контекстах, могут принять на себя трансферные проекции – олицетворять в жизни тех, кто принимает, и тех, кто выписывает лекарства, различных людей из прошлого и настоящего, реальных или вымышленных. Исследовательница демонстрирует, что лекарства не только могут наделяться каким-либо символическим смыслом (еда, яд, выражение связи или независимости от аналитика и пр.), но и олицетворять конкретные фигуры (отца, мать или другой объект). Пациенты могут идеализировать свои лекарства так же, как идеализируют врачей или значимых других, так, что, идентифицируясь с лучшими и наиболее актуальными достижениями фармакологической науки, пациенты ощущают себя сильнее и в большей безопасности (*Li, 2010*). Это характерно для пациентов с нарциссическими чертами, которые во время своего развития сталкивались с повторяющейся фрустрацией потребности в признании и утверждении и, как следствие, воспринимают объекты как «частичные» селф-объекты. (*Ibid*, p. 659). Для некоторых типов пациентов лекарства могут представлять собой более стабильные и надежные объекты, чем те, к которым они привыкли: возможность существовать в четком мире диагностической и фармакологической таксономии позволяет таким пациентам получить ощущение регулярности и контейнирования, что, однако, приводит также к снижению чувству агентности и уверенности в себе. По мнению Ли, это подталкивает таких пациентов к переходному (*transitional*) поведению с привлечением в него назначенных лекарств, которые наделяются субъективным смыслом (*Ibid*). Дэвид Минц (*Mintz, 2019*) указывает, что лекарства могут представлять форму трансферного наказания и переживаться как контролирующие или подавляющие; как нарциссичный родитель, они будут присваивать себе все заслуги ребенка. Вместе с лекарствами те или иные объектные отношения будут ежедневно «проглатываться» в акте буквальной физической инкорпорации (ежедневный прием пациентом препарата) (*Ibid*, p. 240).

Ряд психоаналитиков также указывают на связь приема и назначения лекарств с механизмами привязанности. Дэвид Минц замечает,

что лекарства могут не только наделяться персональностью и интенциональностью, но и способны стать мишенью для установления эмоциональной привязанности: эмоциональная привязанность к лекарству может быть настолько сильной, что сможет затмить привязанности к людям (Mintz, 2019). В этой связи Минц утверждает, что отмена лекарств у пациентов, сформировавших с лекарством отношения эмоциональной привязанности, требует четко выверенного тайминга и крепкого терапевтического альянса между врачом или аналитиком и пациентом. В противном случае, отмена может повлечь значительный объем негативных последствий для состояния пациента (*Ibid*, p. 246). Американский психиатр Пол Цихановский (*Ciechanowski et al.*, 2006) демонстрирует, что у пациентов даже в общей (непсихиатрической) практике, не страдающих депрессивными нарушениями, отвергающий тип привязанности коррелирует с большей склонностью к нарушению плана лечения (непосещение врача, несистематический прием лекарств).

Лекарственный препарат придает новое измерение психической жизни пациента. Например, конфликты с членами семьи могут смещаться на конфликты вокруг приема лекарств. Таттер (*Tutter*, 2006) подчеркивает, что анализ отношения пациента к лекарству позволяет взглянуть на невысказанные аспекты психодинамики пациента, увидеть ранее недоступные умолчания. Кроме того, в аналитической терапевтической ситуации лекарство может стать третьим объектом, который будет принимать на себя все трансферные переживания, которые пациент переживает как неприемлемые. Исследовательница также подчеркивает, что все это справедливо и для контртрансферных переживаний аналитика, терапевта или лечащего врача.

Аналитики также предпринимали попытки подойти к изучению объектных и трансферных аспектов психофармакологической терапии с точки зрения контрансфера. Барбара Мильрод и Фредерик Буш (*Milrod, Busch*, 1998) отмечают, что острый дистресс, вызываемый у врача пациентами с паническими состояниями, провоцирует у клинициста контртрансферную тревогу, которая в свою очередь ведет к чрезмерной медикации пациента в стремлении избежать встречи с невыносимыми фантазиями пациента. Доминик Риккио (*Riccio*, 2011) обращает внимание на схожий процесс: невербальное поведение аналитика, как, например, назначение лекарств, является в общем случае контртрансферной реакцией на пациента. Аналитик выделяет чувства, которые стоят за такой реакцией: страх, ужас и гнев. Например, психотические пациенты вызывают у аналитика значительный дискомфорт из-за выражаемых вербальным или поведенческим образом (или посредством странной симптоматики) интенсивных примитивных аффектов. Стивен Перселл (*Purcell*, 2008) замечает, что назначение лекарств в ходе анализа может являться частью первертного контртрансфера – садомазохистической игрой, отыгрываемой вокруг употребления лекарств. Перселл приводит случай, где настояние пациента на необходимости для него лекарств одновременно представляло собой защитное обесценивание аналитика и бессознательное использование лекарства как опоры в удовлетворяющей садомазохистической

драматизации наказания и доминирования над аналитиком. Таким образом, введение элементов психофармакологической терапии в анализ послужило двигателем дезинтегративных форм сопротивления и контрсопротивления (*Ibid*, 926). Для другого пациента Перселла одновременное введение в лечение антидепрессанта и выявление в трансфере генитального возбуждения отражает психическую ситуацию, где оба события были проявлением лежащего в их основе регрессивного движения прочь от возникающих в анализе депрессивных тревог, а также ситуации бегства от более целостных объектных отношений. Оба феномена, по мнению Перселла, представляют собой ложную интеграцию двух противоречащих взглядов пациента на реальность – что «боль это плохо» и «боль это хорошо», – которые возникли из ощущения злоупотребления со стороны родителей, от которых пациент зависел и которых любил (*Ibid*).

Психофармакологическое лечение может играть центральную роль в трансферных-контртрансферных отыгрываниях, которые эксплуатируют отношение аналитика к лекарству, чтобы создать защитные или удовлетворяющие дезинтегративные психические состояния. Схожие наблюдения ранее представляли последователи психоаналитической школы Хаймана Спотница. Линда Гохфельд замечает, что похожую динамику может иметь и отказ пациента принимать лекарства, когда в них есть необходимость (например, во время острого психотического эпизода или опасного агрессивного поведения): это свидетельствует о формировании грандиозного нарциссического трансфера, в котором преувеличивается сила (всесильность) и власть аналитика (*Gochfeld*, 1978). По мнению психоаналитика, запрос пациента на назначение лекарства может быть также выражением трансферной агрессии, поскольку таким образом пациент сообщает: я зол, поскольку вы не способны мне помочь (*Ibid*, p. 214). Ричард Херш (*Hersh*, 2015) описывает также два других сценария разворачивания трансфера вокруг отказа от лекарств. Первый характерен для начальных периодов лечения: пациент может быть охвачен чувством страха и подозревать, что клиницист утаивает от него полезное лекарство. Второй возникает с течением времени: назначающий лекарства терапевт сильно идеализируется, становится источником безусловной поддержки, заботы и удовлетворения; пациент видит, что врач якобы обладает почти магической силой и посредством лекарств может обеспечить желаемое чувство ухода и заботы (*Ibid*, p. 190). Отказ принимать лекарства у психотических или агрессивных пациентов может быть отыгрыванием желания покинуть терапию посредством госпитализации (*Gochfeld*, 1978). В обратной ситуации настойчивое требование назначения лекарственных препаратов у аналитика может носить характер садомазохистического отыгрывания (*Abel Horowitz*, 1998). Стивен Перселл (*Purcell*, 2008) демонстрирует, как лекарство становится первертным объектом: в исследуемом аналитиком клиническом случае пациент использовал лекарство как фетиш, подобно тому, как фетиш использует перверт для одновременного признания и отрицания разницы полов. Первертное использование лекарства позволяло поддерживать отношения с резко негативными внутренними объектами, включая негативный трансфер с аналитиком.

Как фетиш используется для отрицания внешней реальности, так лекарство как физический объект используется для обеспечения отказа пациента воспринимать внутреннюю реальность (например, эмоциональные потребности), что поддерживается распространенным в культуре концептом «нейрохимического сбоя» (*Purcell, 2008*). Мучаясь конфликтами, спровоцированными переживанием зависимости от аналитика, пациент может использовать превосходящую «хорошесть» (*goodness*) лекарства для завистливой атаки на хорошую часть аналитика. Такая атака может приобрести первертный характер, когда она подразумевает удовлетворяющее сексуальное возбуждение, происходящее из инкорпорации пациентом садомазохистских элементов в психологически деструктивное использование лекарств. Удовлетворения, обычно бессознательные, в такого рода процессах обеспечивают и поддерживают первертную организацию пациента, затрудняя психические изменения (*Ibid, p. 929*).

Перселл подчеркивает, что возможное трансферное и контртрансферное использование лекарственных препаратов, равно как и взаимно сконструированные трансферно-контртрансферные отыгрывания, должны быть проанализированы в ходе аналитического лечения, где они возникли (*Purcell, 2008*). Фредерик Буш и Ларри Сэндберг (*Sandberg, Busch, 2007*) подчеркивают, что причины для назначения лекарственного препарата в конкретный момент аналитического лечения должны быть объяснены и проанализированы. Психиатр Сезар Альфонсо замечает, что контртрансферная динамика лежит в основе не только чрезмерной медикации, но также определяет преждевременную отмену лекарства врачом: злость в контртрансфере с пациентами, отвергающими помощь, может привести к преждевременному снижению дозировок, провокации ятрогенных состояний отмены и, в итоге, преждевременному прерыванию лечения (*Alfonso, 2009*). Значительное количество исследователей аналитиков, психиатров и психологов уделяет особенное внимание месту лекарства в отыгрывании врача или аналитика. Фредерик Буш отмечает, что назначение аналитиком лекарственных препаратов носит характер отыгрывания, если такое назначение не является критически необходимым в конкретном моменте того или иного клинического случая (*Busch, 2016*), однако, верно и противоположное: в случае, если способ проработки симптомов у аналитика принципиально исключает возможность психиатрического лечения, такая позиция также является проблемным контрпереносным отыгрыванием, существенно ограничивающим пути к аналитическому исследованию. Вводя в лечение психофармакологические элементы, клиницист может быть захвачен семейным неврозом пациента, что, в случае отсутствия аналитической проработки, выливается в отыгрывание, где, как, например, в случае, описанном Дэвидом Минцем, назначая необязательные седативные средства, терапевт «затыкает пациенту рот» и пытается заставить его замолчать, как было в семье пациента (*Mintz, 2019, p. 246*). Непризнание врачом собственных контрпереносных переживаний приводит к отыгрыванию злости посредством усиления контроля и власти врача или аналитика над пациентом, посредством увеличения дозировок или назначения новых дополнительных препаратов (*Li, 2010*,



р. 661). Агрессивное чрезмерное назначение лекарств может быть выражением обесценивания психологической терапии как в «разделенном» (роли аналитика и «психофармаколога» в терапевтическом процессе разделены между двумя разными специалистами), так и в «комбинированном» (роль «психофармаколога» выполняет аналитик) сеттинге лечения. Это может происходить во время стагнации аналитического процесса или вербализации пациентами негативных форм трансфера (*Alfonso, 2009, p. 273*). Джеффри Рубин также отмечает, что психиатры могут использовать продление рецептов как форму отыгрывания чувства возмущения и обиды, ограничивая количество отпускаемых по рецепту лекарств в качестве своеобразной формы возмездия или же, наоборот, выписывая рецепт на длительный срок или на большой объем препарата, чтобы избежать контакта с пациентом (*Rubin, 2001*).

Вокруг лекарств могут строиться и взаимные отыгрывания аналитика (врача) и пациента (*Purcell, 2008*): пока пациент прибегает к отыгрыванию, посещая врача для получения рецепта, не обсудив это со своим аналитиком, так и аналитик поддается отыгрыванию, как направляя пациента к врачу за психофармакологической консультацией, так и безосновательно воздерживаясь от такого направления. Как описывает в одном из своих клинических случаев Сюзан Берс, направление пациента на такую консультацию может стать разыгрыванием страха пациента, что аналитик его отвергнет или покинет, и может вступить в резонанс со стремлением пациента избежать сближения с аналитиком или выражения собственной злости. Однако непредоставление направления разыгрывало бы страх пациента, что никто ему не поможет, и вступало бы в резонанс с его попытками цепляться за свои симптомы (*Bers, 2006, p. 825*).

### Заключение

Рассмотрев историю развития и актуальное состояние психоаналитической литературы по проблемам психологии психофармакологических интервенций в практике психического здоровья не только с хронологической, но и с проблемной точки зрения, можно выделить два следующих ключевых направления: первое характеризуется фокусом на исследовании непосредственных эффектов лекарств; второе исследует преимущественно место лекарства в терапевтическом процессе. Проследив развитие первого – «аналитического» – направления в психоаналитическом понимании фармакологического лечения психических нарушений, а также места лекарства в психической жизни пациента, можно заметить, что первые попытки исследования феномена, появившиеся вскоре после открытия и внедрения в 1950-х годах в клиническую практику первого в истории психотропного лекарственного препарата – нейролептика аминазина, концентрировались в основном на психоэкономических аспектах воздействия лекарства. Вероятно, обращение аналитиков к экономическим теориям фрейдизма в первых исследованиях «биологической» терапии обусловлено тем, что именно концепция психической экономики служила «смычкой» между биологией и психологией для самого Фрейда, хотя

позже сам он и отказался от разработки физиологического ее аспекта, сконцентрировавшись преимущественно на разработке психологического понимания психической энергии и ее движения. Интересно, что такой фокус характеризует как французскую, так и англо-американскую психоаналитическую мысль этого периода. Наиболее характерно этот первый период психоаналитических исследований психофармакологических методов лечения психической патологии представляют работы Ракамье, Эльда, Винкельмана, Остоу. Как Фрейд некогда предпочел оставить физиологическую перспективу в пользу почти эксклюзивно психологической, так с конца 1960-х годов происходят первые попытки смены сугубо психоэкономической перспективы на более целостную метапсихологическую: психоаналитики предпринимают попытки не только исследовать «биологическое» воздействие психотропных препаратов на интенсивность и уровень психической энергии (хотя этот аспект все еще в значительной степени преобладает), но и осмыслить психофармакологические интервенции в структурном и динамическом контексте: каким образом лекарство влияет на инвестирование Эго и объектов? Как оно влияет на фантазмическую активность пациента? Наиболее показательны для этого второго, «переходного» периода работы Ламбера, Дюбо. Начиная с 1970-х годов в метапсихологической традиции изучения психоаналитических аспектов фармакологического лечения психических нарушений прочно утверждается целостный подход, уделяющий особенное внимание взаимосвязи структурных, экономических и динамических аспектов психической активности индивида, получающего такого рода терапию. Таким «целостным» контекстом становится связь эффекта психотропных препаратов с нарциссическими процессами. Этот третий, собственно метапсихологический период ярко представляют исследования Жана Гиёта. С конца 1970-х годов наблюдается определенный спад интереса к метапсихологическому пониманию психофармакологической терапии. Однако в 1990-х гг. интерес к метапсихологическим исследованиям феномена возобновляется, как в контексте нарциссических процессов, например в исследованиях Капсамбелиса, так и в общем метапсихологическом русле. Интересно, что также предпринимаются новые попытки психоэкономического осмысления места лекарства в практике психического здоровья. Наиболее иллюстративными представителями этого «современного» периода метапсихологических исследований психофармакологических интервенций в лечении психических нарушений являются работы Капсамбелиса и Жанно. Последний всплеск интереса к «метапсихологии психофармакологической терапии» приходится на 2000-е годы, и, как и большинство современных работ подобного рода, не выходит за рамки французского течения психоанализа. Среди прочих тенденций этого направления можно также выделить его фокус на исследовании непосредственно эффекта лекарства, а не его места в терапевтическом процессе, ассоциациях пациента и пр., что не характерно для других направлений исследования феномена.

Если первое направление фокусируется на исследовании эффекта лекарств, то второе обращается в основном к месту лекарства в

терапевтическом процессе. Такое направление можно характеризовать как «психологию лекарственного лечения». Здесь аналитики ставят вопрос следующим образом: как различные «характеристики» лекарства (от физических характеристик препаратов до способов назначения и выписки рецептов) обуславливают тот или иной психологический ответ как у пациента, так и у аналитика или врача. Нарботки этого направления ярко демонстрируют, что лекарство и даже связанные с ним «ритуалы» (назначение препарата и обсуждение с пациентом необходимости такого назначения, прием (или отказ от лекарств), выписывание рецепта и пр.) обладают значительным символическим потенциалом. Неудивительно, что лекарство оказывает самое активное влияние на процесс аналитического лечения: такой символический потенциал позволяет привлекать их для отправления различных отыгрываний, защит, сопротивления, разворачивания трансферных отношений. Лекарство даже может приобретать характер объекта. Именно такой взгляд можно считать доминирующим в западном психоаналитическом сообществе и на настоящий момент.

Вероятно, угасание интереса психоаналитиков вне Франции (особенно учитывая значительные англо-американские влияния) к исследованиям непосредственных эффектов лекарств, выходящим за узкие рамки психологии, можно связать с общей «психологизацией» профессии в мировом психоаналитическом мейнстриме, берущей начало в 1980-х гг. и продолжающейся по ныне. В этот же период прослеживается «психологический поворот» в психоаналитических исследованиях фармакологического лечения психических нарушений. В этом отношении выбор исследовательского пути в работе с обозначенной темой несет в значительной степени идентификаторный характер: ре-апроприировать свою психоаналитическую идентичность, обратившись к исследованию связи интрапсихических процессов и тела, или отказаться от такой оптики в пользу некоей «психоаналитической психологии» интерпсихических отношений. Вероятно, на таком распутье стоят сегодня и русские клиницисты.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Анзье Д.* Я-кожа. Ижевск: Ergo, 2011.
2. *Abel Horowitz J.* (1998) Psychopharmacotherapy during an analysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 18(5), 673–701.
3. *Alfonso C.A.* (2009) Dynamic psychopharmacology and treatment adherence. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 37(2), 269–285.
4. *Bar-Haim N.* (2018) From Dyad to Triad: On Psychodynamic Meanings of Psychiatric Treatment. *Psychoanalytic Dialogues*, 28(3), 302–313.
5. *Bers S.A.* (2006) Learning about psychoanalysis combined with medication: A nonphysician's perspective. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54(3), 805–831.
6. *Busch F., Auchincloss E.L.* (1995) The psychology of prescribing and taking medication. *Psychodynamic Concepts in General Psychiatry*, 401–416.

7. *Busch F.N.* (2016). How the impact of medication on psychoanalytic theory and treatment refutes Blass and Carmeli (2015) *The International Journal of Psychoanalysis*, 97(4), 1151–1153.
8. *Ciechanowski P., Russo J., Katon W., Simon G., Ludman E., Von Korff M., Young B., Lin E.* (2006) Where is the patient? The association of psychosocial factors and missed primary care appointments in patients with diabetes. *General Hospital Psychiatry*, 28(1), 9–17.
9. *Doidge N., Simon B., Brauer L., Grant D.C., First M., Brunshaw J., Lancee W.J., Stevens A., Oldham J.M., Mosher P.* (2002) Psychoanalytic patients in the US, Canada, and Australia: I. DSM-III-R disorders, indications, previous treatment, medications, and length of treatment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50(2), 575–614.
10. *Dubor P.* (1975) Action des médicaments psychotropes sur les processus de liaison: dans la genèse des phantasmes et des représentations. *Information Psychiatrique*, 51(6), 657–666.
11. *Freud S.* (1940) An outline of psychoanalysis. In *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. Volume 23. (pp. 144–207). Hogarth Press.
12. *Freud S.* (1955) Beyond the pleasure principle. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Volume XVIII (1920–1922): Beyond the Pleasure Principle, Group Psychology and Other Works (pp. 1–64).
13. *Gabbard G.O.* (2005) Mind, brain, and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(4), 648–655.
14. *Gochfeld L.* (1978) Drug therapy and modern psychoanalysis. *Modern Psychoanalysis*, 3(2), 203–216.
15. *Green A.* (1961) Chimiothérapies et psychothérapies: problèmes posés par les comparaisons des techniques chimiothérapeutiques et psychothérapeutiques et leur association en thérapeutique psychiatrique. *L'Encéphale*, 50(1), 29–101.
16. *Gutheil T.G.* (1978) Observations on the theoretical bases for seclusion of the psychiatric inpatient. *The American Journal of Psychiatry*.
17. *Gutheil T.G.* (1982) The psychology of psychopharmacology. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 46(4), 321.
18. *Guyotat J.* (1970). Aspects de narcissisme dans les psychoses (Réflexions à partir d'expériences de thérapie institutionnelle et de certaines chimiothérapies). *Évolution Psychiatrique*, 35(2), 321–342.
19. *Held R.R.* (1968) Psychothérapie et psychanalyse. Payot.
20. *Hersh R.G.* (2015) Using transference-focused psychotherapy principles in the pharmacotherapy of patients with severe personality disorders. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(2), 181–199.
21. *Jeanneau A.* (1993) A propos de la pulsion et des substances psychotropes. Réflexions métapsychologiques d'un prescripteur. *Les Cahiers Du Centre de Psychanalyse et de Psychothérapie*, 23–32.
22. *Jensen K.B., Kaptchuk T.J., Kirsch I., Raicek J., Lindstrom K.M., Berna C., Gollub R.L., Ingvar M., Kong J.* (2012) Nonconscious activation of placebo and nocebo pain responses. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(39), 15959–15964.

23. *Kapsambelis V.* (1994) Les médicaments du narcissisme: métapsychologie des neuroleptiques. Ed. Synthélabo.
24. *Kapsambelis V.* (1999) La prescription médicamenteuse dans la relation thérapeutique. *Psychiatrie Française*, 30(1), 60–76.
25. *Kapsambelis V.* (2002) Formulations psychanalytiques des effets des neuroleptiques. *Revue Française de Psychanalyse*, 66(2), 447–464.
26. *Kestemberg É.* (1978) La relation fétichique à l'objet: quelques notations. *Revue Française de Psychanalyse*, 42(2), 195–214.
27. *Kohut H.* (2013) *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders.* University of Chicago Press.
28. *Konstantinidou H., Evans C.* (2015) Pharmacotherapy and psychotherapy: the challenges of integrating two paradigms. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 29(4), 343–362.
29. *Lambert P.* (1965) La relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques. Masson.
30. *Lambert P.* (1967) Désafférentation et drogues psychotropes, à propos d'une conception du mode d'action des neuroleptiques. PA Lambert (Éd.), *Actualités de Thérapeutique Psychiatrique*, IIe Série, Paris, Masson, 99.
31. *Lambert P.* (1990a) Chimiothérapie et psychothérapie analytique associées chez des patients présentant des psychoses chroniques. *Aspects Actuels Du Suivi Des Psychoses Au Long Cours. Des Hypothèses à La Thérapeutique.*
32. *Lambert P.* (1990b) *Psychanalyse et psychopharmacologie: essai de compréhension psychodynamique des effets des psychotropes dans les psychoses chroniques.* Masson.
33. *Lamothe R.* (2005) *Becoming alive: Psychoanalysis and vitality.* Psychology Press.
34. *Li T. C. W.* (2010) Psychodynamic aspects of psychopharmacology. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 38(4), 655–674.
35. *Linden D.E., Skottnik L.* (2019) Mental imagery and brain regulation—new links between psychotherapy and neuroscience. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 779.
36. *Milrod B., Busch F.* (1998) Combining psychodynamic psychotherapy with medication in the treatment of panic disorder: Exploring the dynamic meaning of medication. *Psychoanalytic Inquiry*, 18(5), 702–715.
37. *Mintz D.* (2019) Recovery from Childhood Psychiatric Treatment: Addressing the Meaning of Medications. *Psychodynamic Psychiatry*, 47(3), 235–256.
38. *Ostow M.* (1961) Theory of psychic energetics. *Revue Canadienne de Biologie*, 20, 591.
39. *Ostow M.* (1960) The effects of the newer neuroleptic and stimulating drugs on psychic function. In *The Dynamics of Psychiatric Drug Therapy* (pp. 172–192). CC Thomas Springfield, Ill.
40. *Perry S.W.* (1984) Undermedication for pain on a burn unit. *General Hospital Psychiatry*, 6(4), 308–316.
41. *Purcell S.D.* (2008) The analyst's attitude toward pharmacotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 56(3), 913–934.

42. *Racamier P.-C., Baudrand C.* (1954) Les cures prolongées et continues de chlorpromazine à l'hôpital psychiatrique. Comptes Rendus Du 52e Congrès Des Aliénistes et Neurologues de Langue Française, Liège, 871–879.
43. *Racamier P.-C., Carretier L.* (1965) Relation psychothérapique et relation médicamenteuse dans l'institution psychiatrique. Lambert PA (Ed.). La Relation Médecin-Malade Au Cours Des Chimiothérapies Psychiatriques. Paris: Ed. Masson, 58–62.
44. *Read J., Haslam N., Sayce L., Davies E.* (2006) Prejudice and schizophrenia: a review of the 'mental illness is an illness like any other' approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(5), 303–318.
45. *Riccio D.* (2011) Medicating patients in psychoanalytic therapy: Implications for introjection, transference, and countertransference. *The American Journal of Psychoanalysis*, 71(4), 338–351.
46. *Rubin J.* (2001) Countertransference factors in the psychology of psychopharmacology. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 29(4), 565–573.
47. *Sandberg L.S.* (2014) On the prescribing analyst. *The Psychoanalytic Quarterly*, 83(1), 97–120.
48. *Sandberg L.S., Busch F.N.* (2007) Commentary on "Toward a Neuroscience of Empathy: Integrating Affective and Cognitive Perspectives." *Neuropsychoanalysis*, 9(2), 156–161.
49. *Singh I.* (2004) Doing their jobs: Mothering with Ritalin in a culture of mother-blame. *Social Science & Medicine*, 59(6), 1193–1205.
50. *Tutter A.* (2006) Medication as object. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54(3), 781–804.
51. *Wasserman T., Wasserman L.D.* (2019) *Therapy and the Neural Network Model*. Springer.
52. *Winkelman N.W.* (1960) Chlorpromazine and prochlorperazine during psychoanalytic psychotherapy. Theoretical formulations concerning the ego, energy relationships, anxiety and the psychic therapeutic process. *The Dynamics of Psychiatric Drug Therapy*, Springfield (Illinois), Charles C. Thomas Publ, 134–149.
53. *Winnicott D.W.* (1953) Transitional objects and transitional phenomena—a study of the first not-me possession. *International Journal of Psycho-Analysis*, 34, 89–97.

## A psychoanalytic view on pharmacological therapy of mental disorders

*I.A. Martynov*

*Martynov Innokentiy Alexeievich – MPsych, psychologist (Higher School of Economics), psychoanalytic counsellor. Fellow of Institute of Ethnology and Anthropology, Russian Academy of Sciences.*

*A vast part of the whole body of research in psychotherapy explores biological implications of psychoanalysis and talking cure. However, I argue that reverting the research focus is necessary as well: what are the psychological processes to be observed in biological therapy of mental disorders? In this paper I explore some key attempts to study the effects the medication has on a patient, as well as its influences on the analytic process, published since the 1950s till the present day. After discussing the main tendencies, I suggest to delineate two threads one may observe in the whole body of psychoanalytic research on psychopharmacological treatment: 1) the "analytic" thread which emphasises the direct effect of a medication and the intra-psychic processes; 2) the 'psychological' thread which emphasises the place of medication in analytic treatment and inter-psychic relationship. This paper studies a number of psychoanalytic research papers published since 1950s till the present day by the means of thematic analysis. Not only it aims at exploring the main research tendencies and analyse them in context of development and current state of art in psychoanalysis, but also to introduce Russian psychoanalytic clinicians to the history and up-to-date debates upon the place and meaning of medication in psychoanalysis.*

*Keywords: psychology of psychopharmacology, doctor-patient relationship, psychopharmacological therapy, psychic economy, psychic energy, libido, symbolisation, antipsychotics, antidepressant, transference, resistance, acting-out.*