

## К ВОПРОСУ О КЛИНИЧЕСКОЙ (МЕДИЦИНСКОЙ) ПСИХОТЕРАПИИ

М.Е.БУРНО\*

Во второй книжке «Московского психотерапевтического журнала» за 1992 год в содержательной, наполненной духовно-интеллектуальными узорами статье «Единство и многообразие психотерапевтического опыта» В.Н.Цапкин дает пеструю, бесконечно запутанную картину сегодняшнего психотерапевтического мира, «вавилонское смешение языков психотерапии». В.Н.Цапкин считает, что в психотерапевтической культуре, отражая «целостность человеческого бытия», сосуществуют три основные дополняющие друг друга силы. Это (1) психоаналитическая терапия, основывающаяся прежде всего на инфантильных, бессознательных переживаниях («инфантильный жизненный мир»); (2) бихевиорально-гуманистическая психотерапия, главная задача которой – «удачная, реалистическая адаптация» («реалистический жизненный мир»); (3) экзистенциально-гуманистическая психотерапия, направленная на основные аспекты «ценностного жизненного мира» («внутреннюю жизнь, ценностное самоопределение, выбор и ответственность и т.д.») (Цапкин, 1992, с.25). Думается, однако, что психотерапевтическая культура не может быть полной без клинической психотерапии, как философская культура не может быть полной без духовно-живого, диалектического материализма. Клиническая психотерапия Э.Кречмера и С.И.Консторума как традиционная отечественная психотерапия вышла естественно-органически прежде всего из клинической пограничной психиатрии, основательно развивающейся с начала нашего столетия преимущественно в странах немецкого языка и России. Она не виновата в том, что могла развиваться у нас даже в сталинские и застойные времена, поскольку в основе своей имеет клиническое (диалектико-материалистическое) движение мысли и чувства. Конечно, она развивалась в это время вяловато, с вульгарно-физиологическими, догматическими нотами, так

---

\* Бурно Марк Евгеньевич – доцент кафедры психотерапии Центрального института усовершенствования врачей.

как не могла экологически свободно, на равных взаимодействовать с запрещенной у нас тогда психологической психотерапией. Так было, во всяком случае, до конца 60-х годов, пока не развернулась и у нас, благодаря оттепели, психологическая патогенетическая психотерапия В.Н.Мясищева и затем психологическая групповая психотерапия, подобная терапевтическим группам в тогдашних европейских социалистических странах. В наше время и в США уже развивается клиническая психотерапия под названием «медицинская психотерапия» (Shemo, 1986, 1988; Mann, 1989). Примечательно, что Дэвид Манн, психиатр из Бостона, ставит в своей статье странный

для нас вопрос: могут ли и должны ли психотерапией заниматься врачи? И приходит к тому, что психотерапия необходима в психиатрической работе, что она – «насуточная медицинская процедура» (Mann, 1989, p.413). Клиническая психотерапия, несомненно, включает в себя основные моменты всех трех указанных выше В.Н.Цапкиным психотерапевтических подходов, так же отражая «целостность человеческого бытия», но в ином, клиническом, преломлении (Бурно, 1989).

В чем существо отношения В.Н.Цапкина к клинической психотерапии? В том, что она в отличие от психологической (в широком смысле) психотерапии агрессивна во благо пациента, то есть борется с болезнью, страданием с целью уничтожить их. Психологическая же психотерапия видит в страдании не врага, а «неотъемлемый аспект существования человека в мире», переживание как «некую работу души». И в соответствии с этим психологический психотерапевт не стремится устранить это переживание, а способствует «его полному осуществлению», «переводит» страдание как боль» (от которой надо избавиться) на иной язык, где это страдание является неотъемлемым компонентом существования данного человека в мире» (с.31). Думаю, что это неверное понимание клинической психотерапии. Уничтожить вот так хирургически-механически болезненное расстройство – есть цель не клинической психотерапии, а «фельдшеризма». Клиницизм – все же научное искусство, он есть мироощущение, а не ремесло, не техника. Ремесленнический (не творческий) подход в науке и искусстве всегда унижает искусство и науку. Хирург-клиницист никогда не будет просто удалять ножом больное (в отличие от хирурга-ремесленника). Он, как духовный наследник Гиппократы, станет помогать Природе (природе организма в данном случае) избавиться от этой безнадежно больной части тела, дабы сохранить все остальное. Если бы стихийная Природа сегодня защищалась совершеннее от вредоносных воздействий, то она и без клинициста-хирурга выбросила бы из организма гнойный аппендикс. Во всяком случае, на операции мы видим ясно, как все в организме к этому шло (а может быть, в первобытно-крепкую старину иногда и доходило до выброса-выздоровления). Таким образом, задача, цель клинициста (в том числе клинического психотерапевта) не в том, чтобы технически

устранить страдание, а в том, чтобы, рассматривая клиническую картину, почву, по возможности понять, как защищается сама Природа, и помочь ей (если возможно), отправляясь от клиники, в которой «записана» уже природная самозащита. Для этого необходимо диалектически-материалистически исследовать-знать Природу (природу тела и души, природные характеры, болезни-страдания, то есть клинику, клиническую почву). Тут своя бездна закономерностей и тайн. Клиническая психотерапия (и только она!) есть область клинической медицины. Заниматься ею в истинном смысле способен лишь врач-клиницист, владеющий клиническим мышлением и чувствованием, которые вырабатываются только в живом (в лабораториях и клиниках) изучении болезней, природных защитно-приспособительных сил, реакций организма (в том числе и душевно-психологической защиты), составляющих основу физиологии и патологии. Когда погружаю пациента в гипноз, то вызволяю гипнотизацией его определенную индивидуальную (в соответствии с конституцией, клиникой) душевно-телесную защиту (например, в виде суженного сознания или деперсонализационного состояния), которая сама по себе и есть гипноз как «подарок Природы». Другим «подарком Природы» может быть творчество. Когда советую психастенику изучить по книгам и в творчестве свой характер и характеры других людей, то этим самым помогаю ему с его постоянным конституционально-природным переживанием своей душевной неестественности-неуверенности с засильем въедливого анализа, с его слабой способностью чувствовать людей эмоционально-интуитивно – помогаю ему поначалу «от ума» разбираться в людях, в себе, в ценностях каждого характера, утверждаться в том, что *для каждого свое по природе его*. А то и подтолкну к этому клинко-психотерапевтическим, художественным рассказом. Или пациенту с резистентной к лекарствам депрессией в нашем совместном общении с гравюрой Дюрера «Меланхолия» попытаюсь объяснить, открыть, что Страдание и стихийно лечится Творчеством, что глубокое научное, художественное творчество невозможно без страдания, надобно только осмыслить страдание (проникнуться его смыслом), чтобы знать, во имя чего выживаешь, страдая. Другому пациенту, в соответствии с иной структурой депрессии, подспудно-неназойливо помогу сделать выбор, взять на себя ответственность. Или подскажу с помощью лечебной группы, как возможно выживать через доброту к тем, кому еще тяжелее, как делали это и Питер Брейгель Старший, и Андрей Платонов. То есть буду клинически способствовать как раз «полному осуществлению» (В.Н.Цапкин) переживания. И, значит, не позволю себе, как называет это Вячеслав Николаевич, хирургически отрезывать страдание-переживание – «сущностно важный «орган» человеческого существования» (с.31). В этой же книжке журнала известный физик Фритьоф Капра в своих воспоминаниях о встречах, беседах со Станиславом Грофом и Рональдом Д.Лэингом (отмечу, кстати, прекрасный перевод В.Н.Цапкина) блестяще,

в тонкостях рассказывает содержание их психотерапевтических концепций (Капра, 1992). И это удается ему потому, что рассказывает не о клинико-психотерапевтических, а о психолого-психотерапевтических концепциях. О клинической психотерапии шизофрении или психастении не-клиницист не мог бы толково, профессионально рассказать, потому что здесь дело не в теоретических конструкциях-ансамблях, а в клинической врачебной практике, дифференциальной диагностике. Клиническую психотерапию невозможно отделить от клинической психиатрии, медицины вообще.

По моему убеждению, истинным клиническим психотерапевтом может быть только врач, по природе своей (таким уж родился) чувствующий первичным, изначальным материю, тело. Телесно-человеческое для него как частица саморазвивающейся стихийной Природы – не приемник духа, а его источник. Так он *чувствует*, прислушиваясь к душевному, духовному движению в себе, и с этого начинается его клиническое (диалектико-материалистическое) мироощущение. Он нередко поклоняется Духу, духовной культуре как главной ценности в Космосе. Но самые утонченные, поэтически одухотворенные движения духа для него вторичны по отношению к материальному телу, без него в живом, чистом виде не существуют. Телесное в виде особенностей телосложения (вплоть до формы глаз, ушей, лысины, строения радужки), в виде гормонально-влеченческой базы любовных переживаний, стремления к власти, биологически родственного поведению, например, вожака обезьян, в виде разлаженности в шизофренической мимике и т.д. – все это телесное клиницист постоянно ощущает сквозь самое нежное, деликатное свечение духа, чувствуя-понимая это телесное именно как источник духа. Так клинический психотерапевт и в состоянии пациента, которому пытается помочь, всегда видит-чувствует телесную основу в виде саморазвивающейся (по Дарвину) Природы. Духовное движение само по себе для него, конечно же, идеально, но, повторяю, не существует без тела, материи и развивается в соответствии с теми же общими закономерностями физиологии и патологии, хотя и в «снятом», общественно-усложненном виде. Идеальное пациента мы не способны «пощупать» медицинской техникой, лабораторией (в отличие от его телесной подоплеки). Мы способны понастоящему общаться с ним лишь своей собственной душой – «клинической» или «психологической». В.Н.Цапкин отмечает, что клинический психотерапевт «будет «втискивать» пациента в прокрустово ложе того или иного характерологического типа» (с.17). Сказать так – это все равно что сказать, что врач «втискивает» всякого больного в диагноз. Но разве без этого поможешь многим, многим больным? Даже если это терапевты-психологи? Страдающий человек часто сам идет не к психологу или священнику, а к врачу, идет за диагнозом, так как связывает с диагнозом и прогноз, и способы лечения. Клиническая

психотерапия – психотерапия преимущественно для серьезно страдающих людей (с диагнозами).

Клинико-психотерапевтически (т.е. отправляясь в своих психотерапевтических воздействиях от клинической картины, в основе которой клиницисту видится-чувствуется биология-природа) возможно и внушать, разъяснять, угашать записанным шумом поезда и соответствующими слайдами страх езды в метро, и в клинико-аналитических беседах помогать пациенту осознать то, что он не может осознать сам и что держит его в болезненном напряжении. Возможно и клинически помочь пациенту ценностно самоопределиваться, найти, выработать свой (в соответствии с душевным складом) светлый смысл существования, например, в процессе терапии творческим самовыражением (Бурно, 1989). Таким образом, все три отмеченные В.Н.Цапкиным основные, дополняющие друг друга психотерапевтические силы могут быть клинически преломлены. Понятно, что основной круг пациентов для клинической психотерапии – это пациенты с так называемым реалистическим складом души (циклоидные, психастенические, астенические, многие пациенты с неврозоподобной шизофренией и некоторые другие). Психологический психотерапевт (даже врач по образованию) по своей иной природе<sup>1</sup> чувствует изначально духовное, ощущает себя как приемник, «телевизор» (Грофовский образ) этого изначально духовного. Различные телесные «аппараты» дают и различные «телевизионные» изображения Духа. Эти различные изображения, видимо, и есть в том числе различные психологические психотерапевтические концепции, созвучные различным пациентам, но общее тут – понятная незаинтересованность клиникой, врачебной дифференциальной диагностикой. Все это теряет здесь свою «источниковую» ценность, когда тело – лишь «аппарат», коробка, временное пристанище духа. Психологическая психотерапия обращена прежде всего к пациентам идеалистического склада. К ней, кстати, «выходят» пациенты такого рода и из процесса клинической психотерапии, почувствовав благодаря ему, что им ближе иной, а именно *психологический*, путь. Но психологическая психотерапия, думается, не есть психотерапия более совершенная, более качественная, более человеческая, нежели клиническая психотерапия. Борисов-Мусатов не совершеннее Поленова, и наоборот. Необходимо и то, и другое – для разных людей (в том числе для разных пациентов), для человеческого прогресса. В мировой психотерапевтической культуре развиваются и, убежден, будут развиваться в полнокровном творческом взаимодействии оба психотерапевтических подхода – и клинический (приземленный с точки зрения психолога), и психологический (поднимающийся над земной жизнью с точки зрения клинициста). Ведь так было еще в стихийно-древних психотерапевтических формах – с тех пор как живут на Земле

---

<sup>1</sup> Особенности ее запечатлены еще в знаменитой книге Э.Кречмера «Строение тела и характер» (первое издание –1921г.).

люди. Высокой психотерапией может быть всякая психотерапия, лишь бы она была нравственной в общечеловеческом смысле.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

- Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. – М.: Медицина, 1989.*
- Капра Ф. Станислав Гроф и Рональд Д.Лэинг // Моск. психотерапевт. журнал, 1992, № 2. – С.161-198.*
- Цапкин В.Н. Единство и многообразие психотерапевтического опыта // Моск. психотерапевт. журнал, 1992, № 2. – С.5-40.*
- Mann D.W. The Question of Medical Psychotherapy // American Journal of Psychotherapy, 1989, XLIII, 3, 405-413.*
- Shemo J. Medical Psychotherapy: An Evolving Concept // Southern Medical Journal, 1986, 79, 9, 1109-112.*
- Shemo J. Medical Psychotherapy. Clinical Application in an Inpatient Setting // General Hospital Psychiatry, 1988, 10, 231-235.*