

Содержание

Отзывы о предыдущих изданиях	20
Благодарности	22
Об авторах	23
Часть I. Понятие психофармакологии: ОСНОВЫ	27
Глава 1. Введение	29
История биологической психиатрии	31
Соматическая терапия	33
Последующие открытия	34
Полемика	37
Профессиональные разногласия	38
Сближение биологических и психологических точек зрения	43
Почему важно изучать психофармакологию	47
Глава 2. Интегрированные модели	51
Психология и биология: улица с двусторонним движением	52
Влияние биологических факторов на психологическую функцию	52
Влияние психологических факторов на биологическую функцию	56
Взаимодействие биологических и психологических факторов	59
Практические последствия	60
Специфичность “стимула — реакции”	60
Психодинамика фармакологического лечения	62
Общие значения	63
Личные значения	67
Культурный контекст психофармакологии	71
Глава 3. Нейробиология	75
Нервная система на клеточном уровне	75
Нервная клетка	75

Межклеточное взаимодействие	76
Проводимость и передача	77
Эффекты связывания с рецептором	79
Сквозь синапс: рецепторы и внутриклеточная активность	81
Сбои в активности нейронов	86
Влияние сбоев в активности нейронов	87
Нейроанатомия	87
Структуры мозга	88
Гипоталамус	92
Лимбическая система: “эмоциональный мозг”	92
Обработка информации	92
Реакция “бей или беги”	93
Возвращение к исходному уровню	94
Периферическая нервная система	94
Пути развития психопатологии	96
Глава 4. Фармакология	99
Основные принципы фармакокинетики	100
Всасывание	101
Распределение	102
Биотрансформация	103
Выведение	105
Воздействие лекарств	108
Взаимодействия лекарств	109
Фармакогенетика	111
Фармакогенетика и метаболизм лекарств	112
Фармакогенетика и мембранные транспортеры	113
Фармакогенетика: клиническое и практическое значение	114
Воздействие лекарств на клеточном уровне	115
Специфические рецепторы и активность рецепторов.	
Действие лекарств и побочные эффекты	116
Глава 5. Несоблюдение режима приема препаратов	121

Часть II. Клинические синдромы: этиология, диагностика и лечение	129
Глава 6. Предварительное рассмотрение диагноза	131
Сложность диагностики	131
Основное заболевание формирует или усиливает характеристики расстройства личности	133
Динамика расстройств личности предрасполагает к основным расстройствам	135
Характеристики расстройства личности отражают ведущее расстройство	136
Динамика расстройства личности влияет на результат лечения основного расстройства	138
Злоупотребление психоактивными веществами	138
Физиологическое заболевание	140
Заболевания и состояния, влияющие на когнитивные функции	144
Заболевания и состояния, влияющие на нейрохимию	146
Глава 7. Депрессивные расстройства	149
Дифференциальная диагностика	149
Большие униполярные депрессивные расстройства	152
Биологические депрессивные расстройства	154
Эффективность медикаментозного лечения	159
Психотические депрессии	160
Рекуррентное и часто повторяющееся большое депрессивное расстройство	161
“Малые” депрессии (стойкие депрессивные расстройства)	161
Сезонное аффективное расстройство	163
Предменструальное дисфорическое расстройство (ПМДР)	165
Послеродовая депрессия	165
Почему важно выявлять биполярное расстройство	166
Этиология	167
Гипотеза модифицированного моноамина	169
Биологические последствия	171
Лечение	172
Депрессия, устойчивая к лечению	175

Глава 8. Биполярные расстройства	177
Дифференциальная диагностика	177
Биполярное расстройство I	181
Биполярное расстройство II	182
Циклотимическое расстройство	186
Другие биполярные расстройства и связанные с ними заболевания	187
Предлагаемая модель расширения спектра биполярных расстройств	187
Этиология	188
Лечение	193
Глава 9. Тревожные расстройства	195
Дифференциальная диагностика	195
Генерализованное тревожное расстройство	198
Беспокойство, связанное с острыми психологическими стрессорами	199
Специфические фобии	199
Социофобия/социальное тревожное расстройство	199
Агорафобия без паники	199
Состояние тревоги, вызванное физиологическими заболеваниями, употреблением или злоупотреблением психоактивными веществами либо другим психическим расстройством	200
Невротическая тревога	200
Паническое расстройство	201
Этиология	201
Биологические теории	202
Лечение	214
Генерализованное тревожное расстройство	214
Тревога, связанная с острым стрессом	215
Социофобия и специфические фобии	216
Агорафобия без паники	216
Состояния тревоги, вызванные другим заболеванием, злоупотреблением психоактивными веществами или первичным психическим расстройством	217
Невротическая тревога (тревога от внутренних конфликтов)	217
Паническое расстройство	218

Глава 10. Обсессивно-компульсивное расстройство	221
Дифференциальная диагностика	221
Этиология	224
Лечение	226
Глава 11. Психотические расстройства	229
Дифференциальная диагностика	230
Психотическое расстройство, вызванное другим заболеванием	230
Первичные психозы	231
Шизофрения	233
Этиология	236
Дофаминовая модель	237
Глутаматная модель	239
Модель нейроразвития/нейродегенерации	240
Лечение	241
Глава 12. Посттравматическое стрессовое расстройство	245
Дифференциальная диагностика	249
Этиология	251
Привязанность и необходимость повторять	252
Привязанность и ослабленная модуляция аффекта	252
Гипервозбуждение	253
Навязчивые симптомы	253
Острый, токсичный уровень глутамата и кортизола	254
Зажигание	254
Резюме	255
Лечение	255
Глава 13. Пограничные расстройства личности	259
Дифференциальная диагностика	259
Истероидно-дисфорический подтип	261
Шизотипический подтип	262
Гневно-импульсивный подтип	262
Этиология	262

Лечение	264
Предостережения	264
Глава 14. Расстройства, вызванные злоупотреблением психоактивных веществ	267
Дифференциальная диагностика	268
Алкоголь	271
Стимуляторы	274
Опиаты	276
Галлюциногены	278
Другие наркотические вещества	278
Глава 15. Нарушения цикла “сон – бодрствование”	281
Сон	281
Нормальный сон	282
Бессонница	283
Фармакологические интервенции при бессоннице	286
Гигиена сна при бессоннице	288
Кошмарное расстройство	290
Интервенции при кошмарах	291
Апноэ сна	291
Синдром беспокойных ног	292
Фармакологическое лечение апноэ сна и синдрома беспокойных ног	293
Глава 16. Другие расстройства	295
Синдром Туретта	295
Расстройства пищевого поведения	296
Остаточный синдром дефицита внимания/гиперактивности (СДВГ)	299
Самоповреждение	299
Когнитивные расстройства, связанные с деменцией	300
Ожирение	301
Агрессия	302
Хроническая боль	304

Часть III. Лекарственные препараты	305
Глава 17. Антидепрессанты	307
Типы антидепрессантов	308
Трициклические препараты	308
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)	310
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН)	312
Ингибиторы обратного захвата норадреналина (ИОЗН)	312
Атипичные антидепрессанты	313
Ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО)	314
Стимуляторы	315
Механизм действия	317
Дозировка и побочные эффекты	320
Подбор препаратов	322
Этапы лечения	324
Тяжелые побочные эффекты	326
Антидепрессанты и проблема повышения склонности к суициду	329
Депрессия, устойчивая к лечению	329
Обучение пациентов	333
Безрецептурные препараты	333
Глава 18. Препараты при биполярных расстройствах	343
Обзор руководств по лечению	345
Литий	346
Побочные эффекты и их устранение	347
Механизм действия	353
Противосудорожные препараты	354
Побочные эффекты и их устранение: карбамазепин и дивалпрокс	355
Побочные эффекты и их устранение: ламотриджин	356
Другие противосудорожные препараты	357
Нейролептики второго поколения	358
Комбинации медикаментов	359

Продолжительность лечения	361
Обучение пациентов	361
Психотерапевтические трудности	362
Глава 19. Анксиолитики	369
Типы анксиолитиков	371
Бензодиазепины	371
Буспирон	373
Антигистаминные препараты	374
Бета-блокаторы	374
Клонидин	375
Празосин	375
Продолжительность лечения	376
Отмена бензодиазепинов	377
Обучение пациентов	379
Глава 20. Антипсихотические средства	383
Нейролептики первого поколения	384
Побочные эффекты и их устранение	384
Нейролептики второго поколения	389
Другие побочные эффекты	391
Подбор препаратов	392
Длительность лечения	393
Обучение пациентов	395
Психотерапевтические трудности	395
Глава 21. Безрецептурные диетические добавки и растительные продукты	399
Вопросы безопасности при приеме лекарственных препаратов	402
Глава 22. Перспективы: новые методы лечения психических расстройств	405
Кетамин	405
Каннабис	406
Психоделики	407
Противовоспалительные препараты	407

Глава 23. Прекращение приема лекарств	409
Антидепрессанты	410
Психостимуляторы	411
Снотворные средства	411
Нормотимики	412
Противотревожные препараты (бензодиазепины)	413
Нейролептики	413
Глава 24. Красные флаги: когда необходима повторная оценка	415
Отсутствие реакции на препарат	415
Необходимость изменения дозировки	416
Необъяснимый рецидив	417
Возникновение новых состояний и заболеваний	418
Возникновение побочных эффектов	418
Необходимость прекращения лечения	421
Глава 25. Детская и подростковая психофармакология	425
Проблемы диагностики и начала фармакологического лечения детей и подростков	425
Метаболизм лекарственных препаратов у детей и подростков	427
Исследования воздействия препаратов и результатов фармакотерапии на детей	428
Опасения по поводу зависимости от лекарств	430
Одобренные и неодобренные препараты	431
Подход и реалии в психофармакологии детей и подростков	431
Синдром дефицита внимания/гиперактивности (СДВГ)	433
Диагностические трудности	433
Нейробиология	435
Психофармакология СДВГ	436
Депрессия	441
Диагностические трудности	442
Психофармакология депрессии	443
Биполярное расстройство	448
Диагностические трудности	449
Психофармакология биполярного расстройства	451

Тревожные расстройства	454
Диагностические трудности	454
Психофармакология тревожных расстройств	457
Различные расстройства	459
Психотические расстройства	459
Расстройства аутистического спектра (аутизм и синдром Аспергера)	459
Эпилог. Будущее психофармакологии	463
Приложение 1. Фармакокинетика	465
Всасывание	465
Распределение	466
Метаболизм	468
Метаболические лекарственные взаимодействия	470
Терапевтический индекс	472
Приложение 2. Фармакотерапия в особых популяциях	473
Беременные женщины	473
Пожилые пациенты	474
Определите диагноз и выявите симптомы	478
Получите полную историю приема лекарств	478
Изучите связанную с возрастом фармакологию	478
Установите дозировку	479
Применяйте терапевтический мониторинг	479
Распознавайте побочные эффекты и быстро реагируйте на них	480
Приложение 3. Взаимодействие психотропных препаратов	481
Приложение 4. Отличие побочных эффектов психотропных препаратов от симптомов психических состояний	501
Акатизия или возбуждение, связанное с нарастанием тревожности или психоза	502
Чрезмерные антихолинергические эффекты или психоз	502
Паркинсонические побочные эффекты или депрессия	503

Острая дистония или поздняя дискинезия	504
Токсичность антидепрессантов или ухудшение, рецидив депрессии	504
Приложение 5. Обследование нейрокогнитивного психического статуса	507
Приложение 6. Краткий справочник фирменных препаратов и общих названий	511
Приложение 7. Безопасность лекарств	519
Проблемы, связанные с названиями лекарств	519
Возможные проблемы с сокращениями	520
Обучение пациентов	521
Приложение 8. Книги о медикаментозном лечении для пациентов	523
Общая информация	523
Депрессия	523
Тревога	523
Психотические расстройства	524
Обсессивно-компульсивное расстройство	524
Синдром дефицита внимания	524
Пограничное расстройство личности	524
Приложение 9. Справочная информация о медикаментозном лечении для пациентов	525
Информация для пациентов об антидепрессантах	525
Применение	525
Как принимать	526
Побочные эффекты	526
Лекарственные взаимодействия	527
Меры предосторожности	527
Информация для пациентов о противотревожных средствах	529
Применение	529
Как принимать	529

Побочные эффекты	530
Лекарственные взаимодействия	531
Меры предосторожности	531
Информация для пациентов о нормотимиках	532
Распространенные названия лекарств	532
Применение	532
Как применять	532
Побочные эффекты	533
Лекарственные взаимодействия	534
Меры предосторожности	534
Информация для пациентов о литии	536
Распространенные фирменные названия	536
Применение	536
Как принимать	536
Побочные эффекты	537
Лекарственные взаимодействия	537
Меры предосторожности	538
Информация для пациентов о психостимуляторах	540
Применение	540
Как принимать	540
Побочные эффекты	541
Лекарственные взаимодействия	541
Меры предосторожности	542
Информация для пациентов о нейролептиках	543
Применение	543
Как принимать	543
Побочные эффекты	544
Лекарственные взаимодействия	545
Меры предосторожности	545
Информация для пациентов о снотворных средствах	547
Применение	547
Как принимать	547
Побочные эффекты	548
Лекарственные взаимодействия	548
Меры предосторожности	549
Список литературы	551

2

Интегрированные модели

На решение о том, следует ли использовать психотропные препараты для лечения психических расстройств, влияет ряд факторов. К сожалению, часто решение основывается в основном на взглядах врача на лечение, вытекающих из его субъективных предпочтений. Как мы рассмотрим далее, более уместно основывать это решение на диагнозе и, в частности, на наличии или отсутствии ключевых симптомов-мишеней, которые предполагают, что у пациента есть какие-либо формы нейрохимических нарушений.

В широких и чрезвычайно разнородных группах расстройств, таких как расстройства настроения, *некоторые* состояния могут быть в значительной степени или исключительно вызваны биологическими факторами. Другие расстройства в таких группах имеют *некоторые* общие симптомы с психическими заболеваниями биологического происхождения, однако их этиология в значительной степени или исключительно связана с небиологическими источниками, например эмоциональными, психосоциальными или когнитивными факторами. Таким образом, остается важным вопрос, на который следует ответить при постановке диагноза и последующих решениях о лечении: “Есть ли какие-либо доказательства, позволяющие предположить, что проблемы этого человека вызваны какой-либо формой биологического нарушения?” Однако слишком часто этот вопрос формулируется крайне упрощенно: “Является ли расстройство биологическим или психологическим?”

Определение, что является *psyche*, а что — *soma*, в лучшем случае неоднозначно. Неизменно существует сложное взаимодействие между психологическими и биологическими факторами во всех случаях эмоциональных расстройств. Этой сложности и будет посвящена данная глава.

Психология и биология: улица с двусторонним движением

Всестороннее обсуждение классической философской проблемы дуализма разума и мозга выходит за рамки этой книги (отсылаем читателя к другим работам [Goodman, 1991; Young, 1987]). Однако мы хотели бы выделить небольшое количество случаев и исследований, которые иллюстрируют интерактивное воздействие биологических и психологических факторов.

Влияние биологических факторов на психологическую функцию

Люди должны знать, что в мозге, и только в мозге, возникают наши удовольствия, радости, смех и шутки, а также наши печали, боль, горести и страхи... Это то, что сводит нас с ума или порождает бред, внушает ужас и страх, будь то ночью или днем, приносит бессонницу, несвоевременные ошибки, бесцельные тревоги, рассеянность и действия, противоречащие привычке.

Гиттократ

Последние две с лишним тысячи лет сохранялось по крайней мере примитивное признание мозга вместилищем разума и эмоций.

Древние врачи стремились отметить, что травмы мозга могут привести к глубоким изменениям личности, нарушениям мышления и эмоционального контроля. И, как отмечалось в главе 1, на заре современной психиатрии в основе этой области лежали биологическая и медицинская модель.

Два довольно распространенных клинических примера служат иллюстрацией того, как нарушение функционирования мозга может привести к выраженной психиатрической симптоматике.

Случай 1

Роберт Б. — 42-летний биржевой маклер. Он всегда был амбициозным, ярким, энергичным человеком. Несмотря на обычные стрессы повседневной жизни, он никогда не испытывал серьезных психиатрических

проблем до недавнего времени. Месяц назад без видимой причины он начал постепенно впадать в состояние апатии, усталости и низкой мотивации. Его обычный интерес к жизни упал, его обычная острота ума притупилась, а чувство энтузиазма уступило место растущей скуке и пустоте. Он был полностью сбит с толку, анализируя свой недавний жизненный опыт, чтобы найти причину своей болезни. Но так ничего и не обнаружил.

В последующие недели он похудел, часто просыпался в 3 часа ночи и не мог снова заснуть, Роберт потерял всякое сексуальное влечение к своей жене.

При тщательном обследовании его семейным врачом в итоге выяснилось, что симптомы депрессии появились через несколько недель после того, как он начал принимать гипотензивные препараты для лечения высокого кровяного давления. Лекарство посчитали причиной его состояния, препарат заменили. Через пару недель депрессия у Роберта полностью исчезла.

Случай 2

Эми С. — 53-летняя учительница начальных классов. Хотя временами ее работа может вызывать стресс, ей очень нравится то, что чем она занимается. У Эми хорошие отношения с мужем, в браке с которым она состоит больше 20 лет, двое ее детей учатся в колледже и преуспевают во всем. У Эми обычно нет серьезных финансовых проблем, есть лишь незначительные проблемы со здоровьем. В целом дела у нее идут неплохо. Поэтому, когда у нее возникла тревога, женщина буквально растерялась.

В течение нескольких недель Эми начала испытывать нервозность, учащенное сердцебиение, бессонницу, расстройства желудочно-кишечного тракта, дрожь и потливость. Ее беспокойство возникло совершенно неожиданно и вынуждало ее уходить с работы раньше или избегать прогулок в общественных местах.

Эми проконсультировалась со своим лечащим врачом, и тот нашел виновника — новое лекарство, которое ее ревматолог прописал от артрита. После прекращения приема препарата беспокойство прошло так же быстро, как и началось.

Эти случаи иллюстрируют, как лекарственный препарат иногда может резко изменить химический состав мозга человека, что приводит к появлению серьезных психических симптомов. В случаях Роберта и Эми не было никаких доказательств присутствия давних психологических проблем и явных факторов психологического стресса.

В известном смысле мозг можно рассматривать как чрезвычайно сложную биологическую экосистему. Как и в других экосистемах, глобальное функционирование и выживание зависят от большого количества взаимосвязанных переменных. Иногда небольшие изменения в одном аспекте системы влияют на ряд других переменных — по сути, вызывая волновой эффект по всей системе. В мозге часто могут изменяться определенные тонко сбалансированные нейрохимические системы (часто используется термин *дисрегуляция*), что приводит к каскаду изменений, влияющих на многие другие нейрохимические процессы и на функционирование множества структур мозга. Лекарство, как в приведенных выше примерах, является лишь одной из многих переменных, которые могут привести к нейрохимической дисрегуляции и, как следствие, к появлению психических симптомов (подробнее о других причинах будет сказано далее в этой главе).

Случай 3

Элизабет М., 68 лет, бухгалтер на пенсии, увлеченная садоводством. Однако в течение последних 3 месяцев она не могла ухаживать за своим садом дольше нескольких минут. Ее почти постоянно охватило сильное беспокойство и возбуждение, она нервничала, заламывала руки и расхаживала по дому туда-сюда. “Я чувствую себя так, словно хочу выпрыгнуть из собственной кожи”, — сказала она.

Элизабет похудела на 11 кг за три месяца, постоянно страдала от прерывистого сна. Она также начала размышлять о самоубийстве. Кажется, ее надежды на заслуженную мирную пенсию развеялись, словно над ней нависло какое-то проклятие. Она не могла определить абсолютно никаких болезненных жизненных событий, которые могли бы объяснить ее состояние.

К счастью, в конце концов выяснилось, что она страдает гипертиреозом. После успешного лечения она смогла вернуться к работе в саду, ее жизнь снова стала нормальной.

Случай 4

Джон Д. — 49-летний продавец, который гордится тем, что он общительный, энергичный и оптимистичный человек. Однако в течение последних нескольких месяцев его настроение все больше ухудшалось. Он устал, у него снизилась мотивация что-либо делать вообще. Больше всего его беспокоит отсутствие интереса проводить время со своим

сыном-подростком. Раньше, до появления чувства подавленности и истощения, по вечерам он играл с сыном в баскетбол, но теперь просто не мог этого делать.

Во время ежегодного медицинского осмотра Джон сказал своему врачу: "Как будто я потерял драйв, мотивацию и интерес к жизни. Это так не похоже на меня. Мне грустно, хотя мне не о чем грустить".

После нескольких тестов было установлено, что у Джона снизился уровень тестостерона. Он начал заместительную терапию тестостероном и вернулся к своему прежнему состоянию.

В этих случаях причиной было нарушение обмена веществ. Во всех приведенных примерах нейрохимические и гормональные факторы серьезно повлияли на функционирование мозга. Во всех четырех случаях люди пережили радикальные изменения. Их восприятие изменилось (возникли пессимизм, безнадежность), их самоощущение пошатнулось, эмоции вышли из-под контроля, а их физиологическое функционирование было нарушено. Конечно, у них были сильные эмоциональные реакции на эти изменения (явление, которое иногда называют *вторичными эмоциональными симптомами*); однако в обоих случаях первичная этиология была биологической.

Все специалисты в области психического здоровья сталкиваются с клиентами, которые обращаются за лечением с предполагаемыми психологическими проблемами, но на самом деле страдают биологическими расстройствами. Такие расстройства могут быть вызваны:

- медицинскими заболеваниями (например, гипертиреозом или низким уровнем тестостерона);
- приемом лекарств (по рецепту, без рецепта или в рекреационных целях);
- эндогенными психическими заболеваниями¹.

¹Термин *эндогенный* означает "возникающий изнутри". Было обнаружено, что некоторые психические расстройства в значительной степени являются эндогенными; т.е. они возникают спонтанно при отсутствии провоцирующих психосоциальных стрессоров. Расстройства могут быть связаны с биологической аномалией, предрасположенностью или уязвимостью к дисфункции. Многие из так называемых эндогенных заболеваний, по-видимому, имеют генетические предпосылки: они передаются из поколения в поколение и предположительно могут быть связаны с определенными генетическими факторами. Подробнее об эндогенных психических расстройствах будет сказано в следующих главах.

Влияние психологических факторов на биологическую функцию

В течение очень долгого времени существовало расплывчатое представление о том, как эмоциональный стресс может влиять на физиологию. Например, на протяжении сотен лет люди замечали, что сильный стресс может привести к болезни. Семейные врачи давно обратили внимание, что после трагических потерь люди, пережившие тяжелую утрату, легко становятся жертвами болезней. Тем не менее только в этом веке взаимодействие психологии и биологии начали изучать детальнее. Начало психосоматической медицине положили новаторские работы Франца Александра в 1940-х гг. В 1980-х и 1990-х гг. наблюдался всплеск интереса и исследований в новой развивающейся области психонейроиммунологии — изучении влияния эмоциональных факторов на восприимчивость к болезням и сопротивляемость им.

Потребовалось бы несколько учебников, чтоб хотя бы начать обзор литературы по психосоматике и психонейроиммунологии. Однако мы хотели бы кратко обсудить несколько исследований, которые проливают свет на проблему взаимодействия психологии и биологии и ее связи с психическими заболеваниями. Первые два из этих исследований включали эксперименты с животными.

- Эрик Кандел и его коллеги изучали влияние опыта окружающей среды и обучения на нервную систему у аплизии (морского моллюска). Это существо хорошо подходит для такого исследования, потому что его нервные клетки довольно большие и легко визуализируются. Кроме того, аплизия хорошо реагирует на обучающие эксперименты, такие как привыкание, сенсбилизация и классическое обусловливание [Pinsker, et al., 1970].
- Исследователи смогли проследить нервные пути от сенсорных рецепторов в жабрах и сифоне моллюска через его примитивную нервную систему до соответствующих мотонейронов. Используя многократную экспозицию с мягкими аверсивными стимулами, исследователи смогли задокументировать конкретные биохимические изменения в синапсах, а также структурные изменения в определенных нервных клетках. Вывод: события окружающей среды и обучение на самом деле сопровождаются

измеримыми изменениями в нервных клетках; изменяется биология животного.

- Неврологические изменения аналогичным образом были подтверждены в исследованиях выученной беспомощности у крыс. В этих классических исследованиях грызуны помещались в крайне неблагоприятные условия, из которых им невозможно было убежать. После периода экспозиции животные начинали проявлять заметные изменения в поведении: они становились пассивными и неподвижными. И им не удавалось реализовать реакции совладания (побег) в создававшихся потом неприятных ситуациях, из которых у них *была возможность* выйти. Сначала животные обучались тому, что они не могут ничего сделать с дискомфортом, а затем крысы начали демонстрировать характеристики, напоминающие большое депрессивное расстройство у людей. Интересно, что эти беспомощные крысы не только проявляли подавленность, но также изменились биохимические функции организма. Исследования химии мозга выявили нейрохимические изменения, идентичные тем, которые наблюдаются у людей, страдающих тяжелыми реакциями горя или клинической депрессией. И вновь опыт окружающей среды изменил функционирование мозга [Weiss, Glazer, Pohorecky, 1976].
- Аналогичным образом в многочисленных исследованиях было показано, что биохимия людей с реактивными депрессиями заметно изменилась. Например, эмоционально здоровые люди без личной или семейной истории депрессии, сталкивающиеся с серьезными психосоциальными стрессорами (особенно потерями), могут начать испытывать симптомы депрессии. Предположительно такие люди не особенно подвержены рискам (биологическому или психологическому) депрессии, но, тем не менее, они впадают в это состояние в ответ на значительные стрессовые события. Кроме того, в качестве реакции у некоторых пациентов развиваются не только эмоциональные симптомы (грусть, пессимизм, заниженная самооценка), но и множество биологических симптомов, таких как нарушения сна и выраженные биохимические аномалии. Химические изменения включают нарушение регуляции как нейромедиаторов в головном мозге, так и гормонов (например, гормонов надпочечников, таких как кортизол). У них были обнаружены изменения

в концентрации метаболитических побочных продуктов нейротрансмиттеров в анализах спинномозговой жидкости, а также выявлены изменения с помощью методов визуализации мозга, таких как ПЭТ и ОФЭКТ.

- Бакстер и коллеги [Baxter, et al., 1992] убедительно продемонстрировали, что психотерапия может влиять на работу мозга. Сканирование с помощью ПЭТ позволяет исследователям непосредственно наблюдать живую ткань мозга и получать данные о метаболической активности определенных областей мозга. Исследования с использованием ПЭТ-сканирования при тяжелом обсессивно-компульсивном расстройстве выявляют локализованную аномалию мозга: нарушение обмена веществ в головке хвостатого ядра — структуре мозга, которая является частью базальных ганглий. При обсессивно-компульсивном расстройстве, когда у человека наблюдаются симптомы, эта аномалия видна на снимках ПЭТ. Тем не менее после успешной поведенческой терапии (экспозиция и блокирование поведенческих реакций) функции этой области мозга нормализуются.
- Существуют также доказательства, подтверждающие теорию о том, что самые ранние эпизоды аффективных расстройств у пациентов с биполярным расстройством часто носят “реактивный” характер; т.е. начальный эпизод не является эндогенным биологическим событием, а, скорее, вызывается психологическими стрессорами. В результате начального эпизода нейроны в ключевых областях лимбической системы могут претерпеть процесс модификации (нейрохимически и даже структурно), в результате чего мозг изменяется более или менее навсегда. Результатом этого является то, что после первых 1-2 эпизодов измененное функционирование мозга подвергает нервную систему гораздо большему риску для последующих эпизодов и запускает эндогенный процесс, в результате которого аффективные эпизоды могут возникать спонтанно, даже при отсутствии психологического стресса. С этого момента, если расстройство не контролируется, каждый эпизод в дальнейшем влияет на нервную систему; порог повторяющихся эпизодов становится все ниже. Этот процесс известен как *разжигание*. Он начинается как реакция на внешние стрессоры и перерастает в преимущественно биологическое заболевание.

Это лишь некоторые из многочисленных исследований и клинических открытий, которые в совокупности убедительно подтверждают идею о том, что психологические факторы и факторы окружения могут значительно влиять на биологические и неврологические функции.

Взаимодействие биологических и психологических факторов

Очень вероятно, что между биологическими и психологическими факторами существуют сложные эффекты взаимодействия. Никогда речь не идет в контексте “всё или ничего”. В приведенном выше случае Роберт Б. страдал от эндогенной депрессии и испытывал заметную сонливость, сниженную концентрацию и потерю мотивации. В конечном итоге это привело к проблемам с работоспособностью и ряду критических замечаний со стороны его начальника. Эти события стали подпитывать пламя заниженной самооценки. Низкая самооценка обычно не считается основным симптомом депрессивных расстройств, имеющих биологическую основу, но почти повсеместно она проявляется, когда пациенты живут с продолжающейся клинической депрессией.

Биологические эффекты могут опосредованно влиять на психологические функции несколькими способами.

- Измененное восприятие. Биологические эффекты могут способствовать пессимистическому мышлению, наблюдаемому при депрессивных расстройствах, и тенденции предвидеть пугающие последствия, часто возникающие при тревожных расстройствах.
- Повышенная эмоциональная чувствительность и снижение эмоционального контроля. Повышенное эмоциональное возбуждение или боль могут побудить человека стать более замкнутым в обществе и часто могут привести к множеству негативных выводов относительно личной компетентности, например: “Что со мной не так? Я плачу как младенец”.
- Снижение энергии и возбуждения, потеря концентрации и мотивации, что часто приводит к ухудшению успеваемости в школе и на работе.

- Сексуальная дисфункция, которая может вылиться в межличностные проблемы в интимных отношениях.
- Причудливое поведение во время маниакального или психотического эпизода. Такое поведение может оставаться источником огромного личного смущения и стыда еще долгое время после разрешения психотического эпизода.

Эти последствия психического расстройства, основанного на биологических факторах, влияют на чувство собственного достоинства и компетентность человека в мире. С другой стороны, этот повышенный уровень отчаяния сам по себе может усилить лежащую в основе биологическую аномалию.

Практические последствия

Как упоминалось ранее, вопрос “Является ли это расстройство психологическим или биологическим?” слишком упрощен. Более уместный вопрос: “В какой степени существуют доказательства того, что биохимические факторы могут влиять на текущую симптоматику пациента?” Это гораздо больше, чем академический вопрос. В той степени, в которой мы можем определить биологическую этиологию (или по крайней мере степень биологической дисфункции как части более глобального расстройства), может быть показано фармакологическое лечение (как определяется биологическая этиология и потребность в лекарствах, подробно рассматривается в следующих главах).

Специфичность “стимула — реакции”

Специфичность “стимула — реакции” — это концепция, описывающая условия, при которых очень специфическая реакция может быть предсказана с высокой регулярностью при применении стимула. Одним из примеров может быть то, что электрический шок вызывает сокращение мышечной ткани. Эта модель подходит для некоторых видов медицинских интервенций. Например, при острой остановке сердца и дыхания способы сердечно-легочной реанимации (СЛР) могут использоваться для большинства пострадавших, независимо от их возраста, социально-экономического статуса, пола или религиозных убеждений. При обструкции дыхательных путей

выполнение экстренной трахеотомии целесообразно для пациентов, независимо от их эмоционального статуса, типа личности или уровня психосоциальной зрелости. Также некоторые лекарства обладают универсальным действием на всех людей; например, пентал натрия вводит в бессознательное состояние [Deckert, 1985].

При назначении медикаментозного лечения в психиатрии, как правило, не *следуют* правилу специфичности реакции на стимул. Хотя конкретный механизм действия лекарства может быть идентифицирован, одно и то же лекарство, назначенное, например, двум пациентам с депрессией, может повлиять на них по-разному. Некоторые из этих различий могут быть связаны с отличиями метаболизма у разных людей (глава 4). Или лежащая в основе биохимическая аномалия у одного пациента с депрессией может отличаться от аномалии у другого пациента с депрессией, и, таким образом, лекарства должны влиять на различные базовые расстройства.

Однако, помимо этих физиологических различий, на реакции пациентов в значительной степени может влиять множество социальных, когнитивных и личностных факторов, которые имеют мало или не имеют ничего общего с биологией. В контексте лечения психотропными препаратами социокультуральный опыт и убеждения, тип личности и огромное количество личных психодинамических факторов могут и действительно влияют на реакцию пациента. Психологические функции нельзя понять с помощью простых, редукционистских концепций, подразумевающих специфичность “стимула — реакции”.

Хороший клиницист *всегда* лечит человека, а не только заболевание. Мы можем выбрать воздействие на нервные клетки психотропными препаратами, но ответ *всегда* будет вплетен в сложную ткань высшей степени идиосинкразических факторов личности. Следовательно, успешное фармакологическое лечение всегда требует досконального знания не только диагноза, патологии и используемых лекарств, но и уникального значения лечения для конкретного пациента. Обычное медикаментозное лечение часто терпит неудачу не потому, что лекарства неэффективны, а потому, что клиницисты не находят времени, чтобы понять своих пациентов. Слишком часто при фармакологическом лечении сочетание факторов и взаимопонимание приносятся в жертву целесообразности.

К сожалению, во многих переполненных психиатрических клиниках некоторые психотерапевты действуют так, будто специфичность

“стимула — реакции” уместна. В результате часто эти попытки повышения эффективности лечения и экономии затрат приводят к противоположным результатам. Многие пациенты плохо реагируют на лечение и либо вынуждены требовать дополнительных амбулаторных услуг, либо продолжают оставаться в состоянии декомпенсации до тех пор, пока им не потребуется госпитализация. И, конечно же, как мы отмечали ранее, длительные страдания связаны с человеческими потерями.

В оставшейся части главы мы исследуем ряд идей, касающихся психологических факторов, которые имеют прямое отношение к результату медикаментозного лечения.

Психодинамика фармакологического лечения

Когда выписывается рецепт и лекарство принимается, на его действие почти всегда влияет ряд психологических факторов. Некоторые подобные факторы связаны с общепринятыми представлениями о “наркотиках” и “болезнях”, которые укоренились в опыте большинства людей в нашей культуре. Другие факторы проистекают из сугубо личных, идиосинкразических источников, либо из сознания, либо глубоко из бессознательного.

Проницательный клиницист должен постоянно задавать следующие вопросы: “Если предложить и выписать лекарственные препараты, как это будет воспринято моим пациентом?”, “Какое личное значение может быть придано этой форме интервенции?” и “Повредит ли это коллегиальному характеру наших отношений?” Назначение и рекомендация лекарств всегда происходит в межличностном контексте. Это не похоже на то, как ландшафтный дизайнер рекомендует определенное удобрение и затем применяет его на вашем газоне. Скорее, это *может* быть в высшей степени персонализированное общение между психотерапевтом и клиентом, общение, созревшее для всех видов искаженного переноса, и тип взаимодействия, который может изменить природу терапевтических отношений. К сожалению, мы считаем, что далеко не все врачи, занимающиеся фармакологическим лечением, действительно понимают эту реальность.

Рассматривая эти вопросы, мы сначала поговорим о довольно общих, широких темах, а затем перейдем к описанию более уникальных, личных проблем. Давайте рассмотрим некоторые из возможных последствий.

Общие значения

В нашей культуре, в наших клише и в языке очевидны определенные темы, которые связывают прием лекарств со злом и наказанием. Поговорка “Дай ему попробовать его собственное лекарство” — лишь один пример. В одной из классических сцен короткометражного фильма *Наша банда* злая мачеха наказывает Спанки и Люцерну, заставляя их глотать касторовое масло. Услышать плохие новости или выполнить неприятное дело иногда описывают как “проглотить горькую пилюлю”. Даже у взрослых людей эта связь между “принятием лекарства” и наказанием может отражаться на подсознательном уровне.

Вероятно, более распространен шаблон, при котором прием лекарств приравнивается к тому, чтобы “быть больным”. Многие пациенты с психическими симптомами могут с честью рассматривать свои трудности как “проблемы в жизни” и все же чувствовать стыд и унижение из-за того, что им предлагают принимать психотропные препараты. Невысказанное значение, которое они воспринимают, может быть таким: “Тебе нужны лекарства, значит, ты болен”. А с психологической точки зрения болезнь часто несет в себе целый набор негативных коннотаций: слабость, неполноценность, сумасшествие, невменяемость и т.д. На степень присутствия этих убеждений влияет ряд факторов, включая возраст, расу, этническую принадлежность, пол, социально-экономический статус и географическое положение (например, проживание в штате Миссисипи, а не в Калифорнии).

Общая лежащая в основе озабоченность клиентов при необходимости приема психотропных препаратов заключается в следующем: “Терапевт, наверное, думает, что я не справлюсь сам — считает, что мне нужны костыли”. Это может не только нанести урон самооценке клиента, но также подорвать веру человека в то, что терапевт надеется на его или ее способность к развитию и исцелению. Учтите, что у большинства людей, переживших травматическое событие, посттравматическое стрессовое расстройство не развивается. Фактически нормальная траектория исцеления для подавляющего большинства

людей, переживших травмы, — выздоровление с течением времени с опорой на внутренние психологические ресурсы и социальную поддержку. Слишком раннее назначение (или назначение вообще) лекарственных препаратов после травмирующего события может помешать или подорвать естественную траекторию выздоровления и возможность психологического роста, развития отношений и/или духовного роста, которые могут происходить после травмы (относительно концепции развития человека после травмы см. [Tedeschi, Moore, 2016]).

Мораль пронизывает многие представления о приеме препаратов при эмоциональных проблемах. Некоторые люди ошибочно полагают, что все психотропные препараты одинаковы. Они приходят к выводу, что все они являются “транквилизаторами”, могут привести к зависимости и что такая зависимость мало чем отличается от наркотической. Таким образом, если вы принимаете наркотики, вы плохой или как минимум безвольный. Этот взгляд на препараты как на зло или по крайней мере как на опасное привыкание, поддерживается *некоторыми* программами лечения от зависимости (12 шагов). Непрофессиональные руководители некоторых групп 12 шагов по понятным причинам скептически настроены и боятся веществ, которые могут привести к злоупотреблению, игнорируя тот факт, что большинство психотропных препаратов вообще не вызывают привыкания. Человеку, которому поставили двойной диагноз, например злоупотребление алкоголем и большое депрессивное расстройство, слишком часто приходится сталкиваться с невероятным давлением в рамках своей программы реабилитации 12 шагов, и поэтому часть из них прекращает прием антидепрессантов. К счастью, специалисты многих программ реабилитации осведомлены о правильном применении некоторых психотропных препаратов и понимают их роль в лечении пациентов с двойным диагнозом.

Наконец, есть люди, воспринимающие психотропные препараты как посягательство на свободу воли и независимость. Безусловно, эта идея стала распространенной из-за сообщений в средствах массовой информации о случаях, когда психотропные препараты использовались исключительно для получения контроля над поведением пациентов. “Химические смирительные рубашки” и другие формы биологического сдерживания, такие как лоботомия, фигурируют в популярных фильмах и телепрограммах (например, *Пролетая над гнездом кукушки*, *Прерванная жизнь* и *Игры разума*). Очевидно,

что эти злоупотребления случались и могут происходить до сих пор. Однако надлежащим образом применяемое медикаментозное лечение часто помогает избавить людей от изнуряющих психических симптомов и способствует независимости.

Случай 5

Сара М. — 34-летняя домохозяйка. В течение последних 2 лет она страдает от сильнейших панических атак, не может выйти из дома или остаться одна. Ее муж неизменно просит родственников оставаться с Сарой или нанимает сиделку, чтобы с ней кто-то оставался, когда он уходит на работу. Сара напугана и чувствует себя униженной.

Сара сначала отказалась от предложения принимать психотропные препараты. Она восприняла рекомендацию лекарств как атаку на ее чувства адекватности и собственного достоинства. Однако, пройдя курс психотерапии, она согласилась принимать лекарства. После 8 недель лечения флуоксетином (“Прозаком”) и клоназепамом панические атаки прекратились, и женщина впервые за 2 года начала выходить из дома. Шесть месяцев спустя она снова вернулась к нормальной жизни и даже сходила на концерт местного симфонического оркестра. Невозможность посещать представления этого оркестра была одной из самых больших личных потерь для Сары.

Лекарства сыграли ключевую роль в уменьшении панических симптомов Сары. Но именно ее собственное мужество позволило ей вернуться к нормальной жизни, поскольку она по своей воле решила постепенно выходить из дома или проводить время в одиночестве. В случае Сары лекарства сыграли роль в восстановлении ее независимости и возвращении к нормальной жизни.

Случай 6

Один из авторов лечил молодую женщину, Эллен Г., которая пришла в клинику психического здоровья и на первом приеме сказала следующее: “Я снова начинаю разваливаться. Я подумала, что пора сходить к врачу за рецептом и снова начать принимать торазин”. Она лечилась этим нейролептиком периодически в течение последних 3 лет и теперь пришла на консультацию к новому терапевту. Специалист ответил ей следующее: “Что же, может быть, вы правы, что снова нуждаетесь в лекарстве.

Но давайте поговорим и посмотрим, сможем ли мы понять, что именно с вами происходит”.

По мере рассказа Эллен о своей жизни стало ясно, что женщина испытывает симптомы серьезного посттравматического стрессового расстройства с отсроченным началом. В течение предыдущих курсов лечения психотерапевты никогда не исследовали обстоятельства ее жизни, кроме наблюдения за переживаниями паники, деперсонализации и растерянности. Они поспешили прописать ей препараты, чтобы поскорее избавиться от страданий.

В новом курсе терапии лекарства не применялись. Спустя несколько месяцев Эллен заметила: “В тот первый день, когда вы не просто дали мне лекарства, а сказали: «Давайте поговорим»... Это был первый раз, когда я почувствовала надежду на терапию”.

Когда лекарства прописываются, особенно если они предлагаются или рекомендуются на раннем этапе лечения, многие клиенты думают: “Врачи просто хотят накормить меня наркотиками. Они не хотят говорить... Они не хотят слышать мою боль”. Пациенты могут чувствовать, что к ним относятся как к “клиническому случаю” (например, в контексте специфичности “стимула — реакции”), и в результате может возникнуть серьезный перекося в развивающемся терапевтическом альянсе или даже преждевременное прекращение терапии.

Иногда случается, что терапевты чувствуют застой в прогрессе клиента, их собственное чувство бесполезности или бессилия может привести к решению попробовать лекарства. Этот пессимизм может уловить и сам клиент. Как утверждали Джером Франк [Frank, 1991] и другие эксперты, одна из самых важных ролей, которые могут сыграть психотерапевты, — это поддерживать реалистичную надежду, особенно в периоды, когда клиенты чувствуют себя особенно деморализованными. Конечно, могут быть показаны психотропные препараты, и они могут стать решающей интервенцией для *некоторых* “застрявших” в психотерапии клиентов. Однако выбор лекарств должен основываться на тщательном рассмотрении диагностических критериев, а не быть просто реакцией психотерапевта на собственный пессимизм. Выбор медикаментозного лечения также должен быть сделан вместе с клиентом, а не стать “приказом” клинициста. Последнее приводит к перекося в силе, который может быть очень разрушительным для терапевтических отношений и негативно повлиять на приверженность клиента лечению.

Личные значения

Как и любой другой тип интервенции или общения в терапии, поведение и взаимодействия психотерапевта, безусловно, могут восприниматься клиентом особым, уникальным образом — способами, которые имеют смысл, когда психодинамика клиента понятна. Хотя такая личная динамика сильно отличается у разных людей, мы хотели бы рассмотреть несколько довольно распространенных примеров, которые можно встретить в клинической практике.

Пациенты с зависимыми и пограничными расстройствами личности

Запрос на лекарства (явный или неявный) от пациентов зависимого типа часто означает потребность в поддержке. Помимо прямого воздействия лекарств, облегчение симптомов может объясняться удовлетворением, которое испытывает пациент при приеме препаратов. Также важно отметить, что после того, как психотерапевт прописывает лекарства (какими бы подходящими они ни были), то определенным образом отклоняется от позиции нейтралитета, и это может иметь последствия для терапевтических отношений. И наоборот, решение не назначать или не рекомендовать лекарства может рассматриваться как “отказ”.

Пациенты с обсессивно-компульсивным расстройством

Люди с обсессивно-компульсивным типом личности ценят контроль и тщательный интеллектуальный анализ. Таким образом, когда прописываются лекарства, терапевт часто сталкивается со следующим:

- 1) запросом подробной информации о лекарстве и его побочных эффектах;
- 2) частыми обсуждениями реакции на лекарства и побочных эффектов (даже если они очень незначительные);
- 3) беспокойством, связанным с переживаниями потери контроля, что может быть результатом даже минимальных побочных эффектов, таких как легкое седативное действие или головокружение.

Обучение тому, как и почему действуют лекарства, и тщательный анализ потенциальных побочных эффектов здесь имеют первостепенное значение.

Случай 7

Альберт К., инженер 54 лет, лечится от большого депрессивного расстройства. Этот ригидный, с obsессивно-фобическими чертами человек пришел на встречу с психотерапевтом через неделю после начала приема антидепрессантов. Неделями ранее Альберт написал компьютерную программу для ежедневного отслеживания побочных эффектов лекарств и принес с собой на сеанс список собранных данных. Программа учитывала 15 различных побочных эффектов (он взял их из *Physicians' Desk Reference*). Каждый эффект оценивался ежедневно по шкале от 1 до 10, а результаты отображались в виде суточных оценок и средних значений за неделю, а также в гистограммах. Это был стиль Альберта, его подход к медикаментозному лечению. Терапевт подумал, что это классика для пациентов с навязчивыми идеями, и был впечатлен программой и графиками Альберта. Терапевт принял такой способ отслеживания, поскольку это был стиль Альберта.

С пациентами, подобными Альберту, есть два вероятных исхода в отношении того, как клиницист, выписывающий рецепт, отреагирует на стиль поведения, наполненный навязчивыми идеями и детализацией. Специалист либо оценит, насколько Альберт вкладывается в собственное лечение, и использует информацию для улучшения и перенаправления плана лечения, либо отвергнет поведение Альберта как чрезмерное, ненужное и не имеющее большого значения для процесса лечения. В большинстве случаев первое улучшит клинические результаты и удовлетворенность пациентов, тогда как второе вызовет у пациента чувство разочарования и отвержения и потенциально приведет к менее надежным эффектам лечения.

Пациенты с тревожностью

Люди, страдающие тяжелыми тревожными расстройствами и, в частности, фобиями и паническими расстройствами, уже испытывают значительный страх в своей повседневной жизни. Часто, когда назначают лекарства, они сами по себе становятся источником страха для таких пациентов. Это часто наблюдается, когда такие люди

начинают принимать антидепрессанты. Препараты могут вызывать некоторые побочные эффекты, такие как учащенное сердцебиение, и они быстро интерпретируются пациентом с тревогой как признак повышенного беспокойства и потери контроля. Это может привести к тому, что пациенты быстро прекратят прием лекарств или даже саму терапию.

Пациенты с паранойей

Проблемы, с которыми сталкиваются параноидальные пациенты, часто связаны с борьбой за контроль и независимость. Этим людям особенно пугает то, что другие берут на себя контроль над ними, и прием лекарств часто связан с этой темой. У более психотических пациентов с паранойей эта проблема нередко принимает форму бреда, когда пациенту кажется, что психотерапевт пытается его отравить.

Пациенты с депрессией

Часто пациенты с серьезной депрессией, сталкиваясь с очень незначительными побочными эффектами, горько жалуются на эти трудности или резко прекращают лечение антидепрессантами. Может быть трудно понять, почему человек, находящийся в глубокой депрессии, откажется от лечения, если все, с чем он столкнулся, — это легкая сухость во рту или седативное действие в незначительной степени. Однако следует иметь в виду, что такие люди уже чрезвычайно чувствительны к дискомфорту, переполнены психологической болью и склонны к огромному пессимизму. Хотя психотерапевт рассчитывает на значительную пользу от антидепрессанта, опыт пациента часто сосредоточен на осознании дополнительного дискомфорта здесь и сейчас и, вероятно, на постоянно мрачном видении будущего.

Пациенты с нарциссизмом

Бесконечный поиск идеальных отношений, идеальной работы и идеальной жизни, к которым стремятся эти пациенты, может распространиться также на поиск идеального лекарства, которое фармацевтические компании еще не разработали.

Лекарства как способ сопротивления

Во всех диагностических группах у пациентов часто сами лекарства и проблемы, с ними связанные, выражаются как форма сопротивления. Конечно, важно отслеживать реакцию на лекарства и поощрять диалог между пациентом и психотерапевтом относительно воздействия препаратов. Однако, когда эта тема становится доминирующей в течение часового сеанса терапии, это может указывать на то, что для человека она выполняет функцию избегания. Это означает, что акцент смещается с внутренних мыслей и чувств на симптомы и побочные эффекты. Кроме того, аргументы или жалобы по поводу лекарств также могут стать средством борьбы за контроль.

Проблемы контрпереноса

Лекарства иногда назначаются пациентам как своего рода “спасательный круг”, когда психотерапевт либо опасается, что терапия неэффективна, либо беспокоится о том, что пациент испытывает чрезмерную эмоциональную боль. Хотя, конечно, иногда это может быть уместным, но также может быть проблемой контрпереноса, которая мешает лечению.

Психотерапевт иногда предлагает пациенту лекарства, чтобы смягчить удар от прекращения лечения или уменьшить вину самого психотерапевта за прекращение лечения — это проблема, которая в наши дни чаще встречается в клиниках, предоставляющих краткосрочные курсы терапии. Некоторые клиники предлагают только ограниченную психотерапию, но позволяют пациентам продолжать в той или иной форме контакты с психотерапевтами — если они принимают лекарства. Таким образом, назначение лекарств может быть способом “узаконить” продолжающийся контакт и избежать потерь, связанных с прекращением лечения.

Наша цель не в том, чтобы рекомендовать конкретные решения этих проблем динамики клиентов или контрпереноса, а, скорее, выделить их как особые трудности. Хорошо обученный психотерапевт никогда не рассматривает медикаментозное лечение в вакууме или как интервенцию в рамках специфичности “стимула — реакции”. Внимательность к этим вопросам и готовность узнать о личном восприятии пациентом рекомендаций по лечению — наша лучшая защита от проблем, которые могут сорвать лечение или способствовать недостаточной приверженности к лечению.

Культурный контекст психофармакологии

На сегодняшний день доказано, что различия в метаболизме психотропных препаратов могут варьироваться (иногда значительно) среди этнических групп. Когда скорость метаболизма снижается, результатом может быть значительное повышение уровня лекарств в крови с последующим усилением побочных эффектов и возможной токсичности. Напротив, ускоренный метаболизм лекарств может привести к недостаточной концентрации препарата в крови и неэффективным результатам лечения. Различия в *фармакокинетике* (то, как организм реагирует на лекарства) действительно существуют среди этнических групп. Эти факторы могут определять успех или неудачу фармакологического лечения. Влияние этнических переменных на метаболизм лекарств подробно обсуждается в приложении 2.

Влияние этнической принадлежности и культуры на представления о лечении является важным фактором, который часто упускается из виду в психофармакологии. Помимо физиологических различий в реакции на лекарства, существует множество факторов, которые отражают культурные представления о психических заболеваниях и лечении в целом. Во многих частях мира, как и во множестве субкультур в Соединенных Штатах, взгляды на причины психических симптомов и общепринятые взгляды на лечение могут значительно различаться.

В признанном ныне классическом исследовании [Lee, Wing, Kong, 1992] оценивалась реакция пациентов из Китая на лечение литием. У субъектов наблюдались типичные побочные эффекты от приема лития; однако их общие реакции на эти побочные эффекты часто сильно отличались от тех, которые обычно наблюдаются у большинства пациентов, получавших лечение в западных странах. Например, хотя белые американцы, получающие лечение в США, жалуются на побочные эффекты (такие как *полидипсия*, необходимость пить много воды, и *полиурия*, частое мочеиспускание), испытуемые из Азии часто положительно воспринимают эти эффекты, потому что они рассматривают это как признак того, что лекарство очищает их тела, удаляя токсины. На их взгляд на потенциально неблагоприятные эффекты значительно повлиял культурный контекст.

Этот пример подчеркивает важность изучения определенных убеждений и проблем при необходимости лечить людей из разных культур. Хендерсон [Henderson, 1995], например, заметил, что латиноамериканцы и азиаты часто ожидают быстрой реакции на лечение. Это особенно важно знать, учитывая тот факт, что для многих психотропных препаратов требуется несколько недель, прежде чем можно будет увидеть заметное улучшение. По этим причинам очень важно тратить время на ознакомление с предвзятыми представлениями о лекарствах и реакции на них. Более того, поскольку в Соединенных Штатах и в других странах проживает много различных этнических и культурных групп, врач всегда должен учитывать эти различия и стремиться узнать как можно больше об убеждениях и взглядах различных популяций.

Также необходимо оценить другие факторы, связанные с культурными различиями, такие как частота употребления алкоголя и курения (которые могут влиять на метаболизм лекарственных препаратов) в определенных культурных группах. Популяции с низким доходом часто страдают от более общих проблем со здоровьем и, таким образом, могут принимать больше лекарств по рецепту (что создает почву для потенциального взаимодействия между препаратами). Многие малоимущие люди также страдают от недоедания. К сожалению, доступ к медицинскому и психологическому лечению также может зависеть от социально-экономического статуса. Это может еще больше осложняться отсутствием доступа к транспорту или высокой стоимостью проезда, финансовыми ограничениями, которые влияют на возможность приобретения лекарств, и тенденцией не обращаться к врачам для получения регулярного профилактического осмотра. Наконец, нередко люди разных рас с очень ограниченными финансовыми ресурсами обращаются к врачу в рамках коротких и менее частых приемов.

Во многих случаях традиционные терапевтические дисциплины также могут отражать доминирующие представления о здоровье. Многие пациенты не хотят открыто обсуждать определенные методы лечения с теми, кто не принадлежит к их культурной группе, из-за понятных опасений, что их слова могут быть неверно истолкованы. Кроме того, некоторые лечебные практики могут включать использование растительных препаратов, способных провоцировать проблемы при взаимодействии с лекарствами. Культурные представления о лечении также могут влиять на приверженность пациента лечению.

Если клиницист нечувствителен к альтернативным убеждениям относительно выздоровления и психических симптомов, текущее лечение может не только оказаться менее чем успешным, но и оттолкнуть пациентов до такой степени, что они вряд ли будут искать стандартное психиатрическое лечение в будущем. Таким образом, важно четко информировать пациентов, что вам очень интересно узнать как можно больше об их уникальных культурных убеждениях и выразить готовность понять их.

Кроме того, может быть полезно узнать о конкретном культурном наследии и метафорах, которые можно использовать для объяснения эффектов от лекарств. Например, в аграрных культурах идея о том, что необходимо подготовить почву и семена растений задолго до сбора урожая, может использоваться как знакомая метафора, чтобы проиллюстрировать, какое количество психотропных препаратов необходимо использовать в течение нескольких недель, прежде чем наступит облегчение симптомов.

В следующих главах мы подробно обсудим множество вопросов, связанных с планированием лечения и конкретными фармакологическими стратегиями. Излишне говорить, что никакое лекарство не может быть эффективным, если люди не принимают его, и вопросы личных убеждений, развития личности и культурного бэкграунда имеют решающее значение для оценки и понимания реакции пациентов на лекарства. Искусство психофармакологического лечения требует глубокого понимания психиатрического диагноза и оценки вариантов лечения, но в конечном итоге оно также требует понимания культурных тенденций и здравого клинического суждения для решения проблем, которые могут либо повлиять на успех терапии, либо помешать его достижению.