

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ениколопов С. Н. Психология враждебности в медицине и психиатрии // Терапия психических расстройств. – 2007. – № 1. – С. 18–22.
2. Кабанов М., Ломаченков А., Коцюбинский А. и др. Уменьшение стигматизации и дискриминации в отношении психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – № 1. – С. 22–27.
3. Михайлова И. И. Самостигматизация психически больных: описание и ипология // Психиатрия. – 2004. – № 2 (08). – С. 23–30.
4. Поршнев Б. Ф. О начале человеческой истории (Проблема палеопсихологии). – М.: Мысль, 1974. – 487 с.
5. Финзен Асмус. Психоз и стигма: Пер. с нем. – М., 2001.
6. Corrigan P. W. How stigma interferes with mental health care // American psychologist. – 2009. – № 59 (7). – P. 614–625.
7. Haghigat R. A. unitary theory of stigmatization // British journal of psychiatry. – 2001. – V. 178. – P. 207–215.
8. Sartorius N. Stigma: what can psychiatrists do about it? // Lancet. – 1998. – № 352. – P. 1058–1059.
9. World psychiatric association. Schizophrenia – open the doors, the WPA global programme against stigma and discrimination because of schizophrenia. – New York: World psychiatric association, 2002.

Поступила 09.04.2015

*Н. А. КОСЕНКО, Г. Т. КРАСИЛЬНИКОВ, В. Г. КОСЕНКО, М. И. АГЕЕВ*

## МНОГОЗНАЧНОСТЬ СИМПТОМА В ПСИХОТЕРАПИИ

*Кафедра психиатрии ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,  
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: ami\_kras@mail.ru*

В статье дается описание бурного развития современной психотерапии, приведшего к большому разнообразию направлений, течений и школ, затрудняющего даже ее единое определение. В отечественной психотерапии выделяются два различных направления, различающихся по объекту (пациенты и клиенты) и по средствам, обуславливающих их различия по отношению к диагнозу: клиническая и психологическая психотерапия. В психологической психотерапии обслуживаются преимущественно психически здоровые лица (клиенты), имеющие личностные и ситуационные проблемы, которые в символической форме отражаются в симптомах, и поэтому психиатрическая диагностика имеет второстепенное значение. Тогда как клиническая психотерапия занята лечением лиц с психическими расстройствами, для которых идентификация симптомов и психиатрический диагноз имеют существенное значение. В данной статье обосновываются целесообразность психопатологической диагностики перед проведением психологической психотерапии, адекватного сочетанного применения психофармакологических и психологических средств в клинической психотерапии, значение симптоматической психотерапии; проводится анализ различия понятий феномена и психопатологического симптома; описывается представление о системном характере психопатологического симптома.

*Ключевые слова:* симптом, феномен, диагноз, клиническая психотерапия, психологическая психотерапия.

***N. A. KOSENKO, G. T. KRASIL'NIKOV, V. G. KOSENKO, M. I. AGEEV***

MULTIVALUED SYMPTOMS PSYCHOTHERAPY

*Department of psychiatry, faculty of training and retraining of primary  
state educational Institution of higher education Kuban state medical university Russian ministry of health,  
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina street, 4. E-mail: ami\_kras@mail.ru*

This article describes how the rapid development of modern psychotherapy led to a wide variety of areas, and schools, making it difficult to even its single definition. In domestic psychotherapy are two different areas: clinical and psychological therapy, which differ on the project (patients and clients) and their means, which makes their differences with respect to the diagnosis. In psychological therapy services primarily mentally healthy individuals (clients) with personal and situational problems, which are reflected in the symbolic form of symptoms, psychiatric diagnosis and, therefore, is of secondary importance. While clinical psychotherapy busy treating people with mental disorders, for which the identification of symptoms and psychiatric diagnosis is essential. The expediency of psychiatric diagnosis prior to psychological therapy. The expediency of adequate combined use of psychopharmacological and psychological tools in clinical psychotherapy. The analysis of the differences between the concepts of the phenomenon and psychopathological symptoms. Describes the idea of the systemic nature of psychopathological symptoms and justifying the importance of symptomatic therapy.

*Key words:* symptom phenomenon diagnosis, clinical therapy, psychological therapy.

Современная психотерапия определяется как самостоятельная научная дисциплина и ассоциированная с ней практика. Бурное ее развитие, характеризующееся разнообразием направлений, течений и школ, конкретных методов, основанных на различных терапевтических подходах, приводит к тому, что в настоящее время не существует даже ее единого определения, а число методов превышает 500 [6]. При медицинском подходе к пониманию психотерапии, при котором акцент делается на объект терапии, она определяется как система психического (психологического) воздействия на психику, а через нее и на весь организм человека с целью лечения или профилактики заболеваний, состояний дезадаптации, развития здоровья или достижения других сформулированных целей. Если акцентируется психологический аспект, то преимущественное внимание обращается на лечение психологическими средствами воздействия [6]. Этим двум подходам соответствуют два ведущих направления в отечественной психотерапии: клиническая и психологически ориентированная психотерапии, которые принципиально различаются по отношению к диагностике. При неразличении этих направлений появляется чрезмерная экспансия неклинической психотерапии в отрицание значимости диагноза для процесса терапии. Высказываются мнения, что диагноз бесполезен, снижает эффективность лечения, не учитывает сложность человека, увеличивает дистанцию между терапевтом и пациентом [10], что надо «смотреть за симптомом» и уметь видеть в нем символ психологических проблем [12]. Это положение можно расценивать как проявление нормоцентризма, когда мышление терапевта ориентировано только на поиски саногенных факторов. При таком подходе даже самые отклоняющиеся формы поведения и симптомы психических расстройств подвергаются психологическому объяснению как следствие особенностей ситуации, сложившихся отношений, воспитания и т. п. Для сохранения профессионального подхода психотерапевту важно осознавать границы «понимания» переживаний пациента, за которыми возможно лишь каузальное психопатологическое объяснение наблюдаемых феноменов и их взаимосвязей. А без этого возникает, по описанию В. Ю. Завьялова, парадокс психотерапии, когда происходит «лечение без лечения больного без болезни» [5]. Но к психотерапевтам, как известно, обращаются как больные люди с психическими расстройствами, так и психически здоровые люди с различными психологическими проблемами: трудностями общения, неустойчивой самооценкой, внутренним конфликтом автономии и зависимости, трудностями выбора в определенной ситуации и др. И в соответствии с уровнем психического здоровья

пациентов (клиентов) психотерапию принято подразделять на клиническую (терапию психически больных людей) и психологическую (психотерапию здоровых лиц, по М. Е. Бурно [2]). Поэтому в неклинической (психологической) психотерапии симптом не имеет сам по себе существенного значения, т. к. главное в том, что скрывается за ним. Но кто проводит эту дифференцировку для пациентов, чтобы определить, к какому психотерапевту обращаться? Есть предположение, что в свое время З. Фрейд предлагал в целях отбора пациентов для психоанализа применять тест Роршаха, чтобы исключить случаи латентной шизофрении, при которых психоанализ был неэффективен и мог вызывать обострение психоза [1]. Если подобная предварительная диагностика не проводится, то в психотерапевтической практике случается, что больной шизофренией с заявленной алкогольной проблемой проходит у игнорирующего диагностику психотерапевта «противоалкогольное кодирование» или «6-шаговый рефрейминг». А вот для клинического психотерапевта симптом заслуживает сам по себе всестороннего рассмотрения, ибо он и является обычно поводом для обращения пациента. Симптомы могут быть самого широкого диапазона и проявляться в физической, эмоциональной, когнитивной, поведенческой и перцептивной сферах жизнедеятельности человека.

Если обратиться к анализу симптома как понятия, то следует отметить, что не всякий феномен (жалоба) пациента определяется как симптом. В клинической психиатрии (из которой и выросла психотерапия) в течение нескольких веков поколениями врачей происходило накопление информации о клинической значимости определенных жалоб больных, которые повторялись и были типичными у определенных больных, свидетельствовали о наличии конкретного психического заболевания (расстройства). А десятки (возможно, и сотни) сопряженных с этой «стержневой» жалобой индивидуальных оттенков феноменов переживаний больными своего неблагополучия широко варьировали от случая к случаю и поэтому не выделялись врачами в качестве диагностически значимых признаков психического расстройства. За этими признаками-феноменами в историческом процессе клинических наблюдений закреплялись определенные характеристики, позволяющие одинаково идентифицировать их как симптомы различными врачами [4]. Поэтому далеко не всякое понижение настроения определяется как симптом депрессии, как не всякий страх – фобия. Так, депрессия – это когда пониженное настроение длится не менее 2 недель, проявляется большую часть дня, приносит субъективный дискомфорт и отражается на повседневной жизни. А, например, сенестопатия как

симптом в отличие от других нарушений телесной перцепции характеризуется качественной неопределенностью ощущения, абсолютной сенсорной новизной (отсутствие в прежнем жизненном опыте пациента подобного чувственного аналога), выраженной насыщенностью аффектом витальной тревоги переживания этого ощущения. Т. е. симптом психического расстройства не предстает в непосредственном восприятии, как сыпь или кашель, а является результатом логических индуктивных умозаключений врача-специалиста. И в этом основное отличие симптома, идентифицируемого врачом, от феномена – переживания пациента.

В его возникновении и поддержании просматривается многофакторность. Не зря же современная медицинская парадигма постулирует биопсихосоциальное единство человека в норме и патологии. С этих позиций, не бывает психических расстройств без нарушений физиологических функций мозга. Симптом в медицинском смысле обязательно содержит эту физиологическую («патофизиологическую») составляющую. При этом следует отдавать отчет в том, что симптомы психического расстройства принципиально отличаются от симптомов соматического заболевания по причине того, что в современных нейронауках, несмотря на их значительные достижения последнего времени, исследованы только отдельные патогенетические звенья и выдвинуты обобщающие гипотезы, объясняющие происхождение симптомов психической патологии. Так, к основным объяснительным принципам в теории неврозов относятся энергетический (энергетика бессознательного конфликта), принцип научения (подражание и обучение) и стрессовое напряжение (социально-психологическое воздействие). Таким образом, в основе симптома могут лежать расстройства в разных плоскостях внутри и вне индивида: нарушения в организме и нервной системе, нарушения в психике программ, которые перерабатывают информацию и регулируют поведение, а также лежащие в их основе процессы биохимической передачи информации или нарушения в окружающей социальной среде. Во многих случаях нарушения различного типа сочетаются за счет наличия внутренних и внешних связей [15].

Даже при чисто психогенном возникновении симптома между ситуацией и симптомом возникает масса дополнительных условий, усложняющих клиническую симптоматику и затрудняющих ее психологическое понимание. Поэтому в практике клинического психотерапевта нередки пациенты с двойным или даже тройным психиатрическим диагнозом: соматоформное расстройство + депрессивный эпизод или гэмблинг + лич-

ное расстройство + наркотизация и др. Кроме того, соотношения самого симптома, личностного реагирования на него пациента и социальной ситуации со временем изменяется, проделывая известную динамику: невротическая реакция – невротическое состояние – невротическое развитие. На этапе невротического развития (что часто наступает через 5 лет после возникновения симптома) происходит адаптация личности к симптому, формируется вторичная и третичная личностная защита, симптом становится привычной формой реагирования, и это требует иного терапевтического подхода, чем на этапе невротической реакции.

Если психопатологический симптом аффективно насыщен, причиняет выраженное страдание и сосредотачивает на себе все внимание пациента, то это может существенно затруднить психотерапевтический контакт. Так, алгический компонент депрессии, который немецкий поэт Г. Гейне называл «зубная боль на сердце» (по самонаблюдению), или тревога с двигательной и когнитивной суетливостью, делает пациента малодоступным для психологической коррекции. В таких случаях применение психофармакологических средств смягчает дезорганизирующее влияние аффекта и создает условия для установления психотерапевтического контакта. Здесь уместно в порядке аналогии привести следующее сравнение: анестезия при хирургическом вмешательстве сама по себе не оказывает лечебного воздействия, но создает условия для хирургической коррекции, хотя в некоторых клинических ситуациях может даже являться и существенным терапевтическим средством.

Поиски и находки психологического содержания симптома, осознание психотравмы и «высвобождение энергии» при инсайте далеко не всегда обуславливают в клинической психотерапии путь к эффективному лечению. Часто определяющим становится квалифицированная идентификация именно самого симптома. В общей медицине существует положение: кто хорошо диагностирует, тот хорошо и лечит. В практике встречаются случаи, когда хирург безуспешно лечит пациента с аэрофагией, терапевт – с гипервентиляционным расстройством, а психотерапевт – с нераспознанным неврологическим заболеванием. У каждого клинического психотерапевта найдутся, наверное, примеры, когда при правильной квалификации симптома менялась терапевтическая программа, что способствовало быстрому наступлению улучшения в состоянии пациента. Например, у 43-летнего родственника VIP-чиновника при консультации был установлен диагноз «синдром Жилия де ля Туретта», развившийся три года назад. Пациенту было предложено лечение: малые дозы галоперидола, занятия саморегуляцией и

рациональная психотерапия. Это вызвало недоумение в окружении пациента, т. к. он в течение ряда лет лечился у психотерапевтов с истерическими (конверсионными) расстройствами дыхания. Тики и вокализации, свойственные синдрому Туретта [13], сопровождались эмоциональным реагированием пациента, что давало основание лечившим его психотерапевтам квалифицировать их истерическими, обусловленными сложной семейной ситуацией. Значительное улучшение состояния пациента через три недели после изменения лечения, пожалуй, подтверждало иную трактовку природы расстройства. Хотя начало в 40-летнем возрасте пациента (типично в детстве и у подростков) и не характерно для этого заболевания, но в литературе удалось найти случай с подобным поздним дебютом.

Мак-Вильямс Нэнси в базовом руководстве по психоаналитической терапии высказывается в пользу диагностики: «Любой человек, знакомый с компьютером, знает: если ерунда на входе, ерунда и на выходе». Она выделяет «пять взаимосвязанных достоинств диагностики»: «(1) использование диагноза для планирования лечения, (2) заключенная в нем информация о прогнозе, (3) защита интересов пациентов, (4) то, что диагноз может помочь терапевту в эмпатии своему пациенту, и, наконец, (5) диагноз может уменьшить вероятность того, что некоторые боязливые пациенты уклонятся от лечения» [11]. Диагноз тогда становится необходимым элементом, когда диагностический и терапевтический процессы во все время работы с пациентом идут параллельно и непрерывно, меняются только их акценты на разных этапах терапии. Симптом, как основа клинической диагностики, с одной стороны – абстракт, «ярлык», но с другой, он имеет индивидуальные, неповторимые черты, феноменологически характерные только для данного пациента [4]. А совместные с пациентом поиски этих клинических характеристик в атмосфере коммуникативного равноправия можно проводить без врачебного патернализма и отстраненности. Согласно мнению А. А. Потемни наши душевные состояния открываются лишь по мере того, как мы обнаруживаем их в других или выражаем в слове. Темными остаются для нас те особенности душевной жизни, которые мы не можем выразить словами и не видим ни в ком, кроме себя [17]. Поэтому симптом, как он предстает в рассказе пациента, есть результат взаимодействия его субъективного переживания и клинического опыта врача.

Для более глубокого понимания больного врачу следует искать в себе некоторый резонанс переживаниям пациента, для чего опираться на «зачатки» невроза или даже психоза в своем внутреннем мире. Но очевидность психологического понимания основывается на

вчувствовании только в такое количество проявлений душевной жизни, какое мы способны актуализировать у себя в виде возможного. В то же время для сохранения профессиональной позиции необходимо проводить феноменологическую рефлексию, сохранять положение незаинтересованной установки наблюдателя [7]. При этом терапевт обязан сохранять некоторую отстраненность в отношении как реакций пациента, так и собственных эмоциональных реакций, иначе врач входит в эмоционально ограничивающие переживания пациента, из-за чего утрачивается профессиональное отношение и сужаются терапевтические возможности. В психоанализе это определяется как эмоционально нейтральная позиция аналитика [9], а в нейролингвистическом программировании – третья позиция восприятия [3]. Даже с больными шизофренией, при условии доверия к врачу, на определенном этапе терапии можно обсуждать их диагноз, их симптомы и необходимость такого лечения, которое «большую шизофрению» превращает в «маленькую», а «маленькую» легче контролировать и она меньше мешает в жизни.

В различных видах психотерапии происходит отчуждение пациента от симптома, что Л. Р. Перес называет «разоблачением симптома» [16]. Это происходит, когда пациенту объясняют, что его симптом – это совсем не то, что ему кажется, а на самом деле это проявление... В зависимости от теоретических установок психотерапевта находится широкий диапазон смыслов симптома: от Эдипова комплекса до мышечных зажимов. Пациенту предлагаются разные варианты расшифровки симптомов в зависимости от исходных теорий и установок психотерапевта. Тем самым создаются условия для превращения симптома и всего с ним ассоциированного в предмет анализа, проработки, переобучения, перепрограммирования и т. п. А эффективность терапии зависит от степени принятия клиентом психологической модели психотерапевта. Симптом превращается в стимул для проекционной работы психотерапевта, который через симптом проецирует на пациента свою теоретическую концепцию, которую можно определить, по мнению М. М. Огинской, как «психотерапевтический миф» [14]. В таком аспекте симптом можно сравнить со своеобразным пятном Роршаха, лишенным собственного содержания, но в котором каждый психотерапевт может найти отражение концепции своей школы как некую свою «психическую реальность» [8]. Однако пациенты часто обращаются к психотерапевтам с конкретным заказом на устранение симптомов, вызывающих ограничения в их жизни. Но они не знают, что в психотерапии принято считать сим-

птоматическую психотерапию поверхностной, второсортной и что поэтому психотерапевт, в соответствии со своим «психотерапевтическим мифом», предлагает длинную программу коррекции личностных проблем. Хотя общеизвестно, что М. Эриксон очень бережно относился к симптому, считал его проявлением сильных сторон личности и полагал, что во многих случаях его устранение является достаточной целью терапии [18].

Как следует из предложенного выше текста, симптом, как и любое психическое явление, обладает сложными системными качествами, оказывается связанным с различными сторонами психики и телесности пациента. Поэтому симптоматическая психотерапия не является узколокальным «психохирургическим вмешательством», оставляющим некий «психический рубец» как потенциальный источник рецидива. Эта совместная с врачом творческая работа, концентрированная на устранение симптома и ассоциированных с ним проблем, обогащает пациента новым опытом и способствует развитию его личности.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бурлачук Л. Ф. Исследование личности в клинической психологии (на основе метода Роршаха): Монография. – Киев: Вища школа. Головное изд-во, 1979. – 176 с.
2. Бурно М. Е. Клиническая психотерапия. – М.: Академический проект, 2000. – 719 с.
3. Дилтс Р., Делозье Дж. НЛП-2: поколение Нех: Пер. с англ. – СПб: Питер, 2012. – 320 с.
4. Жмуров В. А. Большая энциклопедия по психиатрии, 2-е изд. – 2012.
5. Завьялов В. Ю. Парадокс психотерапии: лечение без лечения больного без болезни. – 2013. – Электронный ресурс: [viewtopic.php?f=680&t=447](http://viewtopic.php?f=680&t=447).

6. Карвасарский Б. Д., Незнанов Н. Г. Психотерапия: Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.

7. Кемппински А. Психопатология неврозов: Пер. с польского. – Варшава: Польское медицинское издание, 1975. – 359 с.

8. Красильников Г. Т. «Психическая реальность» в психотерапии // Психотерапия. – 2009. – № 2. – С. 21–26.

9. Лейбин В. Словарь-справочник по психоанализу. – М.: АСТ: АСТ МОСКВА, 2010. – 956 с.

10. Макаров В. В. Психотерапия нового века. – М.: Академический проект, 2001. – 496 с.

11. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 480 с.

12. Малейчук Г. И. Смотреть за симптом. – 2013. – Электронный ресурс [viewtopic.php?f=680&t=447](http://viewtopic.php?f=680&t=447).

13. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств /Всемирная организация здравоохранения. – СПб, 1994. – 304 с.

14. Огинская М. М., Розин М. В. Мифы психотерапии и их функции // Вопросы психологии. – М., 1991. – № 4. – С. 10–19.

15. Пере М. // Клиническая психология / Под ред. М. Пере, У. Бауманна. – СПб: Питер, 2002. – 1312 с.

16. Перес Л. Р. Психотерапевтическое лечение фобических состояний и посттравматического стресса. – М.: Маренго-Принт, 2001.

17. Потебня А. А. Мысль и язык. – М.: Лабиринт, 1999. – 269 с.

18. Эриксон М., Хейли Д. Необыкновенная терапия Милтона Эриксона. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2012. – 367 с.

Поступила 11.03.2015

И. С. ЛУЦКИЙ

## ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА НА ФОРМИРОВАНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ, ПРОЦЕССЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДОВ И СНИЖЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
Украина, 83003, г. Донецк, пр. Ильича, 16. E-mail: [contact@dnmtu.ru](mailto:contact@dnmtu.ru)

Изучено влияние хронического психоэмоционального стресса (ХПЭС) на формирование эндотелиальной дисфункции (ЭД), процессы ремоделирования сосудов и показатели мозговой гемодинамики. В качестве модели влияния ХПЭС обследовали 160 машинистов магистральных локомотивов. В качестве контроля обследовали 100 практически здоровых добровольцев. Показано, что действие ХПЭС сопровождается повышенной продукцией центральных (адренокортикотропный) и периферических (кортизол, кортикотропин) стрессорных гормонов, а реакция стрессорной системы носит этапный характер: активация, резистентность и аллостазия. В ранние сроки действия стрессоров происходит формирование ЭД, характеризующейся снижением секреции вазодилатора