

## ПСИХОГЕНИИ КАК ОСНОВНОЙ СТРУКТУРНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Ю. И. ЗАСЕДА

*Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина*

**Даны клинико-теоретическая интерпретация и систематизация психогений как основной составляющей психотерапевтической клиники. Описаны пять уровней психогенных расстройств. Установлены основные закономерности психопатогенеза данных нарушений в зависимости от уровня развития. Идентифицирована роль психогений в формировании патологии психосоматического круга.**

*Ключевые слова: психогении, психотерапия, психосоматический патогенез, клиническая психопсихология.*

Современное понимание психотерапии как синкретичной медико-психологической дисциплины обуславливает ее широкое практическое применение в сфере компетенции психических дисциплин и ограничено лишь сопряжением с узкодисциплинарной детерминацией. В клинике так называемой «большой» психиатрии психотерапевтическая помощь используется в качестве вспомогательного лечебного метода, корригирующего или абилитирующего определенные психические функции и процессы изолированно в структуре психической патологии. В психологии психотерапевтическое обеспечение способствует в основном процессу интерпретации в приобретении терапевтического опыта, выполняя скорее дидактическую роль. Оба варианта практической реализации психотерапии иллюстрируют сферу ее клинической и персонологической компетенции лишь частично, поскольку существуют тенденции как к взаимопроникновению, так и к конкуренции указанных сфер.

В психотерапевтической клинике речь идет главным образом о патологии невротического уровня (в рамках «малой» психиатрии), где психокоррекция является одним из основных, а порой — преимущественным и даже единственным методом воздействия.

Вместе с тем существует еще одна область применения психотерапии, представляющая не уступающий по значимости круг заболеваний. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения психотерапия — это комплексное лечебное воздействие с помощью психических средств на психику больного, а через нее на весь его организм с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде. Специалисты различных медицинских областей соматического профиля ежедневно в своей клинической деятельности следуют этому принципу, сознательно или неосознанно пользуясь различными психотерапевтическими приемами в работе с пациентами, что

способствует улучшению комплайенса, повышает эффективность лечения соматической патологии и является важным методом профилактики. Аналогично психотерапевты, помимо использования основных профессиональных приемов, назначают медикаментозное лечение, пользуясь как психотропными препаратами, так и средствами из арсенала базисной терапии курируемых соматических расстройств.

Речь идет о такой актуальной составляющей современной психотерапевтической клиники, как сфера ее компетенции. В настоящее время констатируется как мировая, так и, в частности, отечественная тенденция к увеличению удельного веса психогенно-обусловленных, психосоматических и соматоформных расстройств в психотерапевтической практике, а также отмечается их выраженная патопластическая вариабельность [1–6].

Распространенности психосоматических расстройств в значительной мере способствует интенсивность урбанизационного радикала социализации, которая приводит к информационному, эмоциональному, интеллектуальному перенапряжению. Благоприятствуют развитию психосоматических расстройств актуальные факторы: внутренние, экономические и политические кризисы, стихийные бедствия, возрастание уровня безработицы в связи с изменением структуры рынка труда, материально-бытовое неблагополучие, патогенное микросоциальное окружение, употребление психоактивных веществ. Немаловажно в этой связи влияние демографических сдвигов в современном обществе, характеризующихся увеличением числа одиноких или живущих отдельно лиц, частоты разводов, а также регрессивный тип возрастной структуры населения.

Актуальность проблемы психосоматических расстройств на современном этапе подтверждается статистическими данными: не менее 30 % больных, которые обращаются с соматическими жалобами в поликлиники и стационары, имеют невротические симптомы, а 22 % пациентов с жалобами

соматоформного характера отнимают почти половину рабочего времени врача.

По данным ВОЗ, от 38 до 42% всех пациентов, посещающих кабинеты соматических врачей, относятся к группе психосоматических больных.

Выраженность неврологических, вегетативных и соматических нарушений, сопутствующих развернутому симптомокомплексу психоэмоциональной недостаточности, зачастую адресует пациентов, страдающих психогенно-обусловленными расстройствами и **нуждающихся в психотерапевтической помощи** как основном методе лечения, к специалистам неврологической и **общесоматической практики с последующим длительным лечением** и хронизацией соматической патологии [2, 7].

Этиологической основой указанных патонозологических форм выступает психогения, а именно — совокупность факторов, обладающих патогенным воздействием, опосредованным через психическую сферу [8]. Основная триада критериев, соответствующих психогении, была сформулирована К. Ясперсом: развитие вслед за психической травмой; отражение содержания психотравмы в содержании психогении; течение психопатологических нарушений находится в тесной взаимосвязи с психотравмирующим фактором, исчезновение которого ведет к **регрессу психопатологии и выздоровлению** [цит. по 8].

В последующих исследованиях были даны более подробные описания психогений как самостоятельной категории, рассматривающие такие классы: хронические психогении, способные вызвать органические соматические изменения [9]; психогении в **роли сенсibilизатора, способствующего развитию патологических сдвигов в ЦНС и внутренних органах**, а также влияние психогенных воздействий на дальнейшее развитие и **усугубление уже имеющегося соматического заболевания** [10].

Отметим, что идентичные внешние психогенные факторы воздействуют на структурно-функциональное состояние психической деятельности разных индивидов неодинаково, в зависимости от индивидуально значимых условий личностного пространства [11]. Рассматривая этот вопрос детальнее, обратимся к понятию психической травмы, которая является одной из разновидностей влияний среды на человека, побуждая к активации его индивидуальные механизмы защиты и адаптации. Семантическое значение данных стрессовых факторов подчеркивается существованием объективнозначимых и условно-патогенных психических травм [9]. Исходя из индивидуально психологических и **конституционально-персоналогических характеристик индивидов среди психогенных воздействий выделяют индивидуально значимые, индивидуально непереносимые и объективно непереносимые факторы** [4].

Представления о взаимодействии психогений и специфической реактивности были расширены с появлением концепции психической адаптации

Ю. А. Александровского, которая осуществляется единой интегрированной системой с процессами самоуправления и **самоорганизации. Основой дезадаптации** являются последовательные нарушения онтогенетически обусловленного динамического баланса между отдельными механизмами адаптации. Таким образом, психическая дезадаптация представляет собой результат несоответствия наличествующих условий жизнедеятельности человека его психофизическим возможностям и **способностям**, т. е. возможностям развития [12].

Психогенные факторы, воздействующие на человека, способны вызывать у него различные реакции. Сопутствующие средовые обстоятельства, а также индивидуальные психологические качества гармоничной личности составляют предрасположенность для выбора оптимальной модели реагирования. Психотравмирующее воздействие модифицирует личностные адаптивные процессы, вызывая тем самым переоценку значимости ситуации, изменение отношений и собственных представлений об устранении дискомфорта. Этот процесс реализуется путем формирования целого ряда механизмов психологической защиты. Такие факторы могут влиять на психику с **высокой интенсивностью** одномоментно либо менее интенсивно на протяжении длительного периода времени. Предрасполагающим условием для формирования психогений выступает так называемая готовность к «психическому срыву», предикторами которой, в свою очередь, могут служить соматическая и/или психическая астенизация после перенесенного накануне заболевания, а также **стресс, конституционально-персоналогические особенности** [13].

Таким образом, в рамках психосоматической медицины психодиагностика исследует связи между индивидуальными особенностями (конституциональными, персоналогическими, патопсихологическими), присущими человеку, и тем или иным соматическим заболеванием, которое может выступать как первичный стрессорный фактор посредством формирования определенной модели внутренней картины болезни, или быть следствием психотравмы [14–16].

Согласно концепции Ф. Александера, развитие психосоматических нарушений возможно при соблюдении следующих принципов. Во-первых, специфический внутриспсихический конфликт становится предрасполагающим к определенному кругу заболеваний в тех случаях, когда ему сопутствуют иные факторы (физиологические, генетические, биохимические). Во-вторых, те сопутствующие ситуации, которые имеют для пациента индивидуальную значимость ввиду актуальных внутриспсихических конфликтов, могут обострять картину и потенцировать этот специфический конфликт. Наконец, в-третьих, сопутствующие данной ситуации сильные эмоции посредством физиологически обусловленных гормональных и нервно-мышечных каскадных механизмов способствуют возникновению функциональных нарушений

и патологических морфологических изменений в органах и системах.

С актуализацией проблем современной психотерапевтической практики на фоне заметного прогресса в сфере медицинских исследований и расширением научно-технических возможностей многочисленные научные работы отечественных и иностранных авторов посвящены патогенезу психических, невротических, сексуальных, персонологических, аддиктивных расстройств с позиций, интегрирующих совокупность предположенных ранее концепций и подходов [1, 17–20].

Таким образом, в современном понимании психотерапия является совокупностью медико-ориентированных подходов, которые соотносятся с рядом теорий и концепций (например, с нейродинамической и психодинамической теориями) при преобладании системного подхода [2, 5].

Традиционно возникающие у индивида в ответ на психотравму психогенные реакции представляют собой сложные патоперсонологически-психопатологические образования. Существуют определенные ассоциации между актуальной формой реагирования на психогенное воздействие и уровнем психического, вовлеченным в эту реакцию. Так, астенической форме реагирования соответствует психосоматовегетативный уровень, эксплозивной — аффективно-двигательный, истерической — сенсомоторный и аффективный, и, наконец, обсессивная форма реагирования реализуется на идеаторном уровне.

Субнормальным адаптационным реакциям присущи локальность, незавершенный и преходящий характер отдельных эмоционально-волевых нарушений при сохранении их взаимосвязи с психогенным воздействием, психологическая понятность и функциональность. Повторное возникновение стрессовых воздействий — предопределяющий фактор в образовании патологического круга возбуждения, циркулирующего на уровне вовлеченных морфофункциональных систем и составляющего субстрат развивающихся в будущем патологических состояний [21].

Аномальная персонологическая основа, дизонтогенетические нарушения, а также органические поражения центральной нервной системы обуславливают возникновение атипичных форм психогенного реагирования, отличающихся сложностью синдромальных образований на психопатологическом уровне.

На бессознательном уровне реализуются внеличностные формы реагирования, касающиеся соматических и нейрофизиологических процессов (нейроэндокринного, нейрометаболического, нейровегетативного). «Осознанный» уровень реагирования характеризуется личностной вовлеченностью и нервно-психическими изменениями, проявляющимися в форме невротических, неврозоподобных, психотических нарушений.

В соответствии с методологическими основами систематики психогенных расстройств следует

обозначить пять уровней психогений. Первый уровень, наиболее легкого поражения, внеболезненный, эффекторно-адаптивный, на котором выраженность или содержание переживаний не достигают клинически выраженных форм расстройств, т. е. в клиническом понимании он является донозологическим. Ряд авторов на этом уровне рассматривают реакции дезадаптации [7].

Второму уровню, невротическому (или соматоформному), в клинике соответствуют системно-органные невроты, а также псевдосоматические расстройства, в формировании которых не участвует какая-либо соматическая патология. Значимость переживаний соответствует социальному уровню отношений личности. Сюда следует отнести органические невроты с кардиореспираторными функциональными нарушениями, которые проявляются кардиалгиями, нарушениями сердечного ритма и акта дыхания; с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта, сопровождающиеся клинически разнообразными диспептическими явлениями, гастралгии; с функциональными нарушениями мочеполовой системы, часто определяемыми как синдром «раздраженного» мочевого пузыря с цисталгиями и проблемами его опорожнения. Данному уровню психогений свойственен функциональный характер выявляемых у пациентов нарушений [4, 7, 8].

На третьем, биологическом, уровне реализуются психогении психосоматического характера, которые клинически выражаются в форме реактивных психозов или психосоматозов. Реактивные психозы в силу организационных причин нуждаются в курировании на базе психиатрического стационара. К классическим психосоматозам относят гипертоническую болезнь, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальную астму, нейродермит. В настоящее время круг психосоматических заболеваний стремительно расширяется, и к ним относят ишемическую болезнь сердца, психосоматический тиреотоксикоз, сахарный диабет 2-го типа, ожирение и расстройства дигестивного поведения. Психосоматические взаимоотношения присутствуют при радикулитах, мигрени, хроническом обструктивном заболевании легких, кишечных коликах, дискинезии желчного пузыря, хроническом панкреатите и даже бесплодии (при исключенной патологии репродуктивной системы) [8, 22].

В том случае, когда психогенный фактор провоцирует манифестацию эндогенного психоза, речь идет о четвертом, эндоформном, уровне психогений [8].

Наиболее тяжелой ступени психогенно обусловленной патологии соответствует пятый, летальный, уровень, который клинически отражается в скоропостижных смертельных случаях без установленной причины [23].

Психогенный фактор способствует переоценке личностью процессов, происходящих в системах взаимосвязанных психологических установок

и отношений, в субъективной иерархии ценностей, направленной на редукцию эмоционального патогенного напряжения и сохранение уровня самооценки. Эти процессы протекают зачастую неосознанно, с вовлечением целого ряда механизмов психической защиты. В отечественной психологии и психиатрии понятие психологической защиты рассматривается в качестве важнейшей формы реагирования сознания индивида на психическую травму.

Механизмы психологической защиты подразделяются на несколько групп в зависимости от сути процессов, которыми они достигаются. Так, например, первая группа состоит из механизмов, в основе которых лежит защита от психотравмирующего фактора посредством искажения процесса отбора без преобразования поступающей информации. К таким факторам относятся:

- вытеснение — недопущение в сферу сознания или устранение из нее болезненных и противоречивых чувств и воспоминаний, неприемлемых желаний и мыслей; является самым примитивным способом защиты, который сосуществует с другими механизмами, чаще проявляется у личностей с незрелым «Я», истерическими чертами характера, а также у детей;

- механизм перцептивной защиты — автоматическое невосприятие при наличии различий между поступающей и имеющейся информацией;

- подавление — сознательное избегание тревожащей информации, отвлечение внимания от осознаваемых аффектогенных факторов;

- блокирование — задержка, торможение эмоций, мыслей или действий, вызывающих психологический дискомфорт;

- отрицание — непризнание, игнорирование неблагоприятных ситуаций, конфликтов, данных.

Вторая группа защитных механизмов связана с искажением, преобразованием содержания мыслей, чувств, поведения. Среди них выделяются:

- рационализация — псевдоинтерпретация собственных неприемлемых поступков, желаний, убеждений, личностных качеств;

- интеллектуализация, т. е. контроль над эмоциями и реакциями на раздражитель с помощью рассуждения о них вместо непосредственного переживания, чрезмерно рациональный способ представления и поиска решения конфликтных ситуаций вне связи с аффектом;

- изоляция — когнитивно-эмоциональная диссоциация, сепарация эмоций от конкретного психического содержания, с последующим вытеснением реакции, эмоции;

- механизм реактивного образования — подмена неприемлемого раздражителя, эмоции личностного качества, противоположные по значению;

- смещение — замена реального объекта, на который должна быть направлена негативная реакция, более безопасным;

- проекция — перенос собственных реактивных паттернов на третье лицо;

- идентификация — ассимиляция собственной личности с более сильной с целью обоснования проявленной реакции на психотравму.

К третьей группе механизмов психологической защиты относятся механизмы, основанные на разрядке отрицательного эмоционального напряжения, а именно:

- реализация в действии — аффективная разрядка путем активного экспрессивного поведения;

- соматизация тревоги (или другого отрицательного аффекта) — конверсионный и психовегетативный синдромы, проявляющиеся вследствие трансформации психоэмоционального напряжения в сенсорно-моторную сферу;

- сублимация — преобразование энергии инстинктивных влечений в приемлемые виды социальной активности.

Четвертая группа объединяет защитные механизмы личности по типу манипуляции:

- регрессию, т. е. возвращение к более ранним, инфантильным личностным реакциям, проявляющееся в демонстрации беспомощности, зависимости, незрелого поведения с целью уменьшения тревоги и ухода от требований реальной действительности;

- фантазирование — сознательное завышение оценки собственной личности и личностных реакций с целью усиления контроля над неблагоприятной ситуацией;

- уход в болезнь — избегание ответственности и самостоятельного выбора пути разрешения неблагоприятной ситуации посредством собственной несостоятельности вследствие болезни, принятие на себя роли больного.

Защитные механизмы в некоторой мере способствуют стабилизации «Я», но приводят к неадаптивной ригидности поведения личности. В системе адаптивных реакций личности механизмы психологической защиты тесно связаны с механизмами совладания (копинг-поведения).

Психогенная природа нарушений, лежащих в основе большинства психосоматических расстройств, имеет свои клинические особенности в силу сочетания определенных механизмов защиты с преобладанием вытеснения, интеллектуализации, соматизации, ухода в болезнь, что обуславливает важность включения психотерапии и психокоррекции в комплекс лечебных мероприятий для пациентов данного профиля.

Особенностью психотерапевтической помощи в психосоматической клинике является направленность всей лечебной деятельности главным образом на субъективные представления пациента о заболевании. Именно через осознание так называемой внутренней (аутопластической) картины болезни возможно построение эффективной системы психотерапии. В этой связи эффективность терапевтического вмешательства и стойкость положительного результата находятся в безусловной зависимости от отношения пациента к лечебно-диагностическому

процессу (концепция чешских врачей Р. Конечного и М. Боухала).

Положительное влияние психотерапевта на формирование и модификацию внутренней картины болезни может обеспечить регресс психосоматического процесса, потенцировать динамику в комплексной терапии с помощью дезактуализации психогенной основы заболевания.

Механизмам психологической защиты, свойственным пациентам с психосоматическими расстройствами, в отличие от контингента неврозологической клиники, менее свойственно субъективное осознание, тогда как уровни пассивности и ригидности значительно выше. В то же время у определенной части психосоматического контингента более широко, чем у невротических пациентов,

представлены и более гибкие, личностно переработанные, осознаваемые копинг-стратегии.

Таким образом, помимо традиционных представлений о большинстве заболеваний психогенного круга (составляющего основу психотерапевтической клиники), необходимо учитывать роль психогенетического фактора в развитии той или иной патологии. Тщательно разработанная феноменологическая структура имеющихся у индивидуума психопатологических нарушений и составленный на основании проведенных ранее исследований психофеноменологический профиль позволяет выстроить терапевтическую стратегию, этиопатогенетически наиболее соответствующую характеру и уровню психогенного поражения, что обеспечит оптимальные сроки и качество психотерапевтической помощи.

#### Список литературы

1. Ахмедов Т. И. Практическая психотерапия: гипноз, внушение, медитация / Т. И. Ахмедов.— Ростов-на-Дону: Феникс, 2002.— 448 с.
2. Психотерапия: учеб. для врачей-интернов высш. мед. учеб. завед. III–IV уровней аккредитации / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов.— Харьков: Око, 2002.— 768 с.
3. Михайлов Б. В. Клініко-психопатологічна та клініко-психофеноменологічна характеристика, принципи диференційної діагностики й амбулаторної психотерапії сучасних форм соматоформних розладів / Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, С. Б. Соломко // Нові підходи до діагностики, лікування та реабілітації психічних захворювань: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю, (Харків, 28–29 січня 2010 р.).— Харків, 2010.— С. 107–111.
4. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные расстройства / В. Я. Гиндикин.— М.: Триада-Х, 2000.— 256 с.
5. Групповая психотерапия: метод. рек. / сост. Б. В. Михайлов, Н. А. Марута, В. В. Чугунов.— Харьков: ХМАПО, 2002.— 20 с.
6. Шестопалова Л. Ф. Психологические особенности больных с различными формами невротических расстройств / Л. Ф. Шестопалова, Г. Ю. Каленская // Мед. психология.— 2009.— Т. 4, № 4.— С. 3–8.
7. Александровский Ю. А. Пограничная психиатрия / Ю. А. Александровский.— М.: РПС, 2006.— 1280 с.
8. Чугунов В. В. Діагностика в психотерапії та психотерапевтичний діагноз: навч. посіб. / В. В. Чугунов.— Харків: Наука, 2010.— 304 с.
9. Мясищев В. М. Личность и неврозы / В. М. Мясищев.— Л.: Изд-во ЛГУ, 1960.— 428 с.
10. Семке В. Я. Невротические стили и психологические защиты / В. Я. Семке // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии.— 2002.— № 3.— С. 7–12.
11. Линдсей П. Переработка информации у человека / П. Линдсей, Д. Норман.— М.: Мир, 1974.— 552 с.
12. Александровский Ю. А. Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение / Ю. А. Александровский.— М.: Геотармед.— 2004.— 240 с.
13. Бурлачук Л. Ф. Психология жизненных ситуаций / Л. Ф. Бурлачук, Е. Ю. Коржова.— М.: Медицина, 1998.— 263 с.
14. Смуглевич А. Б. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) / А. Б. Смуглевич, А. Л. Сыркин, В. Н. Козырев // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.— 1999.— Т. 99, № 4.— С. 4–16.
15. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания / Р. А. Лурия.— М.: Медгиз, 1977.— 83 с.
16. Таланов В. Л. Семейная терапия. Справочник практического психолога / В. Л. Таланов, И. Г. Малкина-Пых.— М.: Эксмо-Пресс, 2005.— 992 с.
17. Бурлачук Л. Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов.— СПб.: Питер, 2002.— 528 с.
18. Кришталь В. В. Психосоматическая патология: генез и подходы к коррекции / В. В. Кришталь // Междунар. мед. журн.— 2001.— № 1.— С. 37–40.
19. Абрамов В. А. Основы качественной психиатрической практики / В. А. Абрамов, С. И. Табачников, В. С. Подкорытов.— Донецк: Каштан, 2004.— 248 с.
20. Психіатрія та наркологія: підруч. для студентів та лікарів-інтернів вищ. навч. закл. IV рівнів акредитації / В. Л. Гавенко, В. С. Битенский, О. К. Напрєенко [та ін.].— К.: Здоров'я, 2009.— 512 с.
21. Лакосина Н. Д. Медицинская психология / Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков.— М.: Медицина, 1987.— 272 с.
22. Карвасарский Б. Д. Психотерапия при психосоматических заболеваниях / Б. Д. Карвасарский, Ю. М. Губачев // Психосоматическая зависимость.— София: Медицина и физкультура, 1981.— С. 166–180.
23. Захаржевский В. Б. Физиологические аспекты невротической и психосоматической патологии. Механизмы специфичности психовегетативного эффекта / В. Б. Захаржевский.— Л.: Наука, 1990.— 175 с.

**ПСИХОГЕНІЇ ЯК ОСНОВНИЙ СТРУКТУРНИЙ ЕЛЕМЕНТ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ КЛІНІКИ**

Ю. І. ЗАСЕДА

Наведено клініко-теоретичну інтерпретацію та систематизацію психогеній як основної складової психотерапевтичної клініки. Описано п'ять рівнів психогенних розладів. Установлено основні закономірності психопатогенезу зазначених порушень залежно від рівня розвитку. Ідентифіковано роль психогеній у формуванні патології психосоматичного кола.

*Ключові слова: психогенії, психотерапія, психосоматичний патогенез, клінічна психофеноменологія.*

**PSYCHOGENIA AS MAIN STRUCTURAL ELEMENT OF PSYCHOTHERAPEUTIC CLINIC**

Yu. I. ZASEDA

The article covers the clinical and theoretical interpretation and systematization of psychogenias as a fundamental component of psychotherapeutic clinic. Five levels of psychogenic disorders are described. The basic regularities of psychopathogenesis of these disorders were determined depending on the level of development. The role of psychogenias in formation of psychosomatic diseases was identified.

*Key words: psychogenia, psychotherapy, psychosomatic pathogenesis, clinical psychophenomenology.*

Поступила 02.12.2014