

*Психо[терапевт][и][і]чна
бібліотека*

В.В. ЧУГУНОВ

**ПСИХОПАТОЛОГІЧНА
СИНДРОМОЛОГІЯ:
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ
ПІДХОДИ**

Львів
Видавець Марченко Т.В.
2020

Рекомендовано Міністерством освіти і науки України як навчальний посібник для студентів вищих медичних навчальних закладів, лікарів-інтернів та слухачів закладів післядипломної медичної освіти III – IV рівнів акредитації (лист МОНУ № 1/11-2794 від 02.04.2010 р.)

Рекомендовано Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України як навчальний посібник для студентів вищих медичних навчальних закладів, лікарів-інтернів та слухачів закладів післядипломної медичної освіти III – IV рівнів акредитації (протокол № 2 від 19.03.2010 р.)

Рецензенти:

Б.Д. Карвасарський, керівник Федерального науково-методичного центру з психотерапії й медичної психології РФ та відділу неврозів і психотерапії Санкт-Петербурзького науково-дослідного психоневрологічного інституту ім. В. М. Бехтерева, д-р мед. наук, проф.,
Головний психотерапевт МОЗ РФ

В.П. Самохвалов, завідувач кафедри психіатрії, наркології, психотерапії з курсом загальної і медичної психології Кримського державного медичного університету ім. С.І. Георгіївського МОЗ України (Сімферополь),
д-р мед. наук, проф.

Т.І. Ахмедов, професор кафедри реабілітації і психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, д-р мед. наук, проф.

Чугунов В.В.

Ч83 **Психопатологічна синдромологія: психотерапевтичні підходи** : навчальний посібник / В.В. Чугунов. — 6-е вид., доповн. і розшир. — Львів: Видавць Марченко Т.В., 2020. — 360 с.

ISBN 978-617-7937-39-4

Навчальний посібник присвячено діагностиці в психотерапії (як загальній [психо]діагностиці, так і спеціальним діагностичним способам) і психотерапевтичному діагнозу (особливостям його логіки й семіотики, параметрам алгоритмізації й структурування, правилам формулювання та дизайну).

Видання адресується лікарям, перш за все психотерапевтам, психіатрам і представникам суміжних дисциплін, а також фахівцям в галузі [клінічної та нейро-] психології, психофізіології, історії [медицини], соціології, філософії, наукознавства, культурології і педагогіки.

УДК 615.851:616-07

© В.В. Чугунов, 2020

ISBN 978-617-7937-39-4

© Видавць Марченко Т.В., 2020

ПЕРЕДМОВА

1

Навчальний посібник¹ присвячено, як впливає з його назви, *діагностиці в психотерапії* – діагностиці в широкому розумінні поняття – і *психотерапевтичному діагнозу*: його логіці й семантиці, алгоритму і структурі, формулюванню й оформленню.

До викладу діагностики – діагностики у широкому сенсі поняття – і власне психотерапевтичного діагнозу – його логіки і семіотики, алгоритму і структури, формулювання та оформлення – додано глави, які присвячено опису метода психотерапії – *клініко-психофеноменологічного метода*, і фундаментального поняття діагностики, яке раніше тільки малось на увазі – *психофеноменологічного профілю*; також розширено розділи, які присвячено психоїчному дискусу, клініко-психопатологічній феноменології / синдромології і критеріям вибору методів і методик психотерапії (з описом їх клінічного наповнення).

Раніше психотерапевтичний діагноз – як найважливіший аутоідентифікуючий атрибут дисципліни-психотерапії – розглядався у двох виданнях моєї монографії *«Клініка й дис-*

¹ Чугунов В.В. Діагностика в психотерапії та психотерапевтичний діагноз: [Навчальний посібник]. – Харків: Наука, 2010. – 304 с. – (Психо[терапевт]-[и][т]чна б-ка).

Чугунов В.В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз: [Учебное пособие]. – Харьков: Наука, 2010. – 304 с. – (Психо[терапевт]ическая б-ка).

циплінарна історія психотерапії»², першому вітчизняному підручнику «Психотерапія»³, розділі «Логіка й семіотика діагнозу в психотерапії»⁴ монографії професора Володимира Андрійовича Абрамова, численних статтях (як моїх власних, так вже й інших авторів), а також у моїй докторській дисертації «Теоретичне, клініко-діагностичне, медико-психологічне, психотехнічне та психопатологічне обґрунтування й оцінка психотерапії психогенно-обумовлених розладів»⁵.

Цей текст, – порівняно з текстами серії «психоїчних клінік», – дещо спрощений змістовно, та й структурно редукований, – перш за все задля адаптації до навчальних цілей.

Окреме видання, присвячене лише єдиному з атрибутів дисципліни, – щоправда, найважливішому, – засвідчує вагомість предмета обговорення.

2

Імовірно, я традиційно посилатимуся на свої праці у галузі психотерапії – не стільки на публікації [у періодиці], скільки на згадані раніше; у такому випадку я вдаватимуся до скорочених їхніх назв, а саме: «Клініка психотерапії», «Підручник психотерапії», «Логіка й семіотика діагнозу» та «Обґрунтування психотерапії»; зараз до них додається також «Діагностика в психотерапії».

² Чугунов В.В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии. – Киев: Здоров'я; Харьков: Око – Наука, 2002. – 768 с. – (Психо[терапевт]ическая б-ка).

Чугунов В.В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии. – 2-е изд., стереотип. – Киев: Здоров'я; Харьков: Око – Наука, 2008. – 768 с. – (Психо[терапевт]ическая б-ка).

³ Михайлов Б.В., Табачников С.И., Витенко И.С., Чугунов В.В. Психотерапия: Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III – IV уровней аккредитации. – Харьков: Око, 2002. – 768 с. – (Медицинский учебник).

⁴ Чугунов В.В. Логика и семиотика диагноза в психотерапии // Абрамов В.А. Стандарты многоосевого диагноза в психиатрии. – Донецк: Донеччина, 2004. – С. 154 – 171.

⁵ Чугунов В.В. Теоретичне, клініко-діагностичне, медико-психологічне, психотехнічне та психопатологічне обґрунтування й оцінка психотерапії психогенно-обумовлених розладів: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 19.00.04. – Харків: Харк. медична академія післядипломної освіти, 2007. – 40 с.

3

Деякі зауваження стосовно довідково-бібліографічного апарату цього видання.

Я, як і раніше, дотримуюся розводження *використаної літератури* і [основних] *джерел*, посилання на які позначені знаком *; як і раніше, воно в цілому означає різницю між *вірогідними* («істинними») *судженнями* й *аналізованими текстами* (що містять *дискурсивні міркування*, або *інтерпретації-тлумачення*).

Проте, враховуючи навчальну спрямованість тексту, наприкінці кожного розділу я наводжу *рекомендовану літературу*: цим я цілеспрямовано доповнюю ті бібліографічні посилання, які трапляються в ході викладу (на них я вже не посилаюся, вважаючи цю літературу обов'язковою для вивчення / ознайомлення). І ще: я не поділяю цю літературу на *основну* і *додаткову*, оскільки перша завжди вкладається у дві облігатні позиції: це «*Клініка психотерапії*» і «*Підручник психотерапії*» (посилання на них я саме через це випускаю), — а решта, таким чином, належить до другої.

Щодо власне довідкового апарату, то в досить вузькофаховому тексті він є зайвим (оскільки предмет — монотонний, епоніми в основному асоційовані з методами / методиками / техніками, глоси — не цілком доречні, географія — незначна), і я заздалегідь адресую читача до відповідного апарату в будь-якому з видань «*Клініки психотерапії*».

До того ж, я — зазвичай — наводжу анотації різними мовами.

4

Окрім викладу *особливостей психотерапії*, *складу*, чи *частин*, *психотерапевтичного діагнозу*, і власне *логіки-семіотики-алгоритму* самого процесу *діагностики*, окрема частина присвячена порівняльному аналізу *діагностичних способів* і систем (респективне діагностичному апарату) різноманітних — основних — методів і методик психотерапії, згідно з розробленою (і наведеною тут) їхньою класифікацією. Фактично йдеться про скопійовані однойменні рубрики опису методів із «*Клініки психотерапії*», які були майже без змін використані потім і в «*Підручнику психотерапії*»; цей матеріал випереджують семіологічно близькі діагностичні позиції: *феноменологія*,

поняття і концепти, структура особистості (в останньому випадку йдеться про всю сукупність персонологічних поглядів).

Я залишаюся вірним своїй схильності до [реконструкції] історії, з її неминучим сциєнтично-соцієтальним флер'ом: хоча діагностика в [окремих методах] психотерапії — і в цьому полягає специфічний парадокс цієї психодисципліни — вважається можливою поза контекстом терапії, вона цілковито неувяна поза контекстом генеалогії [методу / методики]; саме через це до кожного методу / методики я додаю різного ступеня глибини історико-персонологічну довідку (проте, аби не перетворювати текст у наукознавчий, я — з величезним жалем — випустив вказівки на методолого-філософські запозичення; за бажанням можна почерпнути ці відомості з «*Клініки психотерапії*»).

5

І ще одне зауваження. Говорячи — у «*Клініці психотерапії*» — про методологію дослідження, — у її щоденному, побутовому, ракурсі, — я охопив ряд питань, які задавав собі і які послуговували своєрідними пунктами проекції клініко-дисциплінарно-еволюційного аналізу на площину психотерапевтичної практики. Я хочу повторити одне з них, що стосується діагностики: чому психотерапевти, проводячи *de facto* складні діагностичні розрахунки, багат шарову диференційну діагностику (адже нерідко йдеться про горезвісних «тяжкохворих», про психосматику як таку!), діючи в жорсткій відповідності до синкретичної персонології, вибудовуючи шляхи терапії, орієнтуючись на найтонкіші особистісні зрушення, *de jure* позбавлені права діагностування і вагаються ніби на роздоріжжі між діагнозом психіатричним (поставленим психіатрами), [психо]соматичним (що визначений інтерністами) і патопсихологічним («висновком за даними експериментально-психологічного дослідження», у кращому випадку так званими «регістр-синдромами»)?

Власне, цей посібник і підсумовує усе раніше написане про психотерапевтичну діагностику і психотерапевтичний діагноз.

Доцільність нового, окремого тексту — не лише у зручності користування, аж ніяк; спрямовані на єдине завдання, дані й матеріали починають діяти, створюючи особливу якість; виникає інша, централізована навколо *διὰ νοσίζ*'а система, проявляються інші ракурси й значення загальнотеоретичних суджень і конкретно-практичних констатацій, інша структура-ієрархія,— і навіть інша констеляція базових, примордіальних дисциплінарних атрибутів.

6

Я вдячний рецензентам: професору Борису Дмитровичу Карвасарському, професору Віктору Павловичу Самохвалову і професору Тарієлю Ільясовичу Ахмедову.

Також я хотів би подякувати професорам Борису Володимировичу Михайлову та Олександрові Орестовичу Фільцу за надані матеріали з класичного (а втім, і сучасного) та групового [психо]аналізу.

ЩО ТАКЕ ПСИХОТЕРАПІЯ?

Сучасна психотерапія постає як медико-орієнтована сукупність практик, що належать низці доктрин і концепцій, найвідомішими з яких є *психодинамічна* та *нейродинамічна* парадигми (давня раціональна парадигма дещо їм поступається — щоправда, швидше за все у привабливості й антуражі; парадигми *поведінкова* та *мнестологічна*, що розвивається, навпаки, набирають ваги).

Ці практики виявляють чітку схильність до різноманітних форм взаємопроникнення, взаємодетермінації й взаємопотенціювання, що зумовлює складності побудови певної типології.

Вираженою і, в цілому, негативною тенденцією в психотерапії слід визнати формування її *психологічної*, а точніше — рафінованої *психотехнічної* моделі; остання затребувана в рамках [проблемно-]консультативної, педагогічної, управлінської, поведінково-тренінгової й інших подібних практик.

У межах же клінічної медицини психотерапія сприймається як певна допоміжна, параклінічна («терапевтична») *спеціальність*⁶; за такої ситуації природно, що ця дисципліна нібито позбавлена [власної] клініки.

Серйозні проблеми існують і з дисциплінарною ідентичністю психотерапії⁷: з одного боку, неправильно узагальнювана з вітчизняною фізіологічно-орієнтованою гіпнологією першої половини ХХ сторіччя, вона нібито перебуває під патронатом клінічної — *нейродинамічної* — *психіатрії*, є її

⁶ Таким чином, психотерапія визнана медичною *спеціальністю* – подібно до фізіотерапії, функціональної діагностики та інших, – але не є клінічною *дисципліною*.

⁷ Детально це питання розглянуто в розділі «*Дисциплінарно-ідентифікаційні особливості психотерапії*».

прикладною практикою; з іншого — нібито асимілюється то з [медичною] психологією, що стрімко розвивається, то з психоаналізом, який повернувся у вітчизняний медичний простір.

Водночас поняття психотерапії трактується надмірно широко: до її «методів» відносять досить віддалені від клінічного і медико-соціального, в тому числі психопрофілактичного та психогігієнічного застосування, психотехніки релігійної, езотеричної, культур-філософської орієнтацій. Тенденція ж розширення поняття психотерапії й внесення низки маргінальних психотехнік — також повинна бути визнана негативною⁸.

* * *

У психотерапії існує виражена дефінітивна невизначеність, помітна вже за денотації самого терміну «психотерапія».

Згідно із S. Leder'ом [1]*, різночитання в уявленнях про психотерапію пов'язані з фактом існування її *медичної, психологічної, соціологічної і філософської* моделей⁹:

- перша модель розглядає психотерапію як метод лікування, який впливає на стан і функціонування організму у сферах психічної й соматичної діяльності;
- друга розуміє психотерапію як метод впливу чи дії, який приводить до руху процес навчання;
- третя модель уважає психотерапію методом інструментальної маніпуляції, який слугує меті соціального контролю;
- четверта модель розцінює психотерапію як комплекс явищ, що відбуваються в ході взаємодії та спілкування людей.

У російськомовній літературі поширені варіативні, хоч і досить однопланові, визначення. Поглянемо на формулювання основних вітчизняних шкіл.

⁸ Це питання про обмеження змісту поняття «психотерапія»: *що не є психотерапією, хоча й має вигляд чи подається як така?*

⁹ Зрозуміло, серйозно говорити про якісь філософські й соціологічні моделі психотерапії не можна: [соціальна] філософія — зовсім відмінний тип дискурсивної практики, а що стосується соціально-управлінських підходів, то кожна політична технологія, наприклад, просто пройнята елементами психотехнік, як, власне, і взагалі будь-які форми соціо-психічної практики.

Так, у рамках найстаршої, Харківської психотерапевтичної школи психотерапія досі була денотована як *система лікувального впливу на хворого, опосередкована через психічну сферу* (А.Т. Філатов і співавтори, 1997 [2, с. 3]*; Б.В. Михайлов і співавтори, 2000 [3, с. 3]*).

У рамках Московської школи *психотерапія — комплексний лікувальний вплив за допомогою психічних засобів на психіку хворого, а через неї на весь його організм із метою зняття больових симптомів та зміни ставлення до себе, свого стану й довкілля* (В.Е. Рожнов і співавтори, 1985 [4, с. 12]*).

Згідно з позицією Санкт-Петербурзької школи психотерапії остання є *системою лікувального впливу на психіку й через психіку на організм хворого* (Б.Д. Карвасарський, 1985 [5, с. 7]*; Б.Д. Карвасарський і співавтори, 2000 [6, с. 657]*).

Ці визначення, котрі нібито коректні *ad rem*, відображають неспроможні у плані дисциплінарного статусу, але традиційні погляди, що закріпилися впродовж десятиліть, на психотерапію як на сукупність [опосередкованих] методів, систему [спрямованих] практик, рафіновано терапевтичну спеціальність.

Щодо іноземної літератури, то дефініції психотерапії, окрім прорахунків, пов'язаних із ігноруванням ідентифікаційно-дисциплінарних положень, мають масу інших, ще більш серйозних; це, як правило, дефініції, які замість визначення містять лише зовнішні ознаки психотерапевтичного процесу чи навіть просто денотують характер впливу.

У франкомовній літературі під *психотерапією* розуміється лікування за допомогою психологічних методів [7]*.

В англomовній літературі поняття *психотерапія* вживається для позначення *методів лікування, які не використовують прийомів психоаналізу і відрізняються від психоаналітичних способів терапії відомою від дослідження глибинних шарів психіки хворого (психотерапія, що проводиться із застосуванням технік і прийомів роботи із глибинними шарами психіки, позначається як «психоаналіз»)* [8, с. 656]*.

В американській літературі наводиться таке визначення: *«У найширшому розумінні захід, що зветься психотерапією, містить: людину, яка усвідомлює, що їй необхідна яка-небудь допомога; спеціаліста, який готовий надати цю допомогу; і серію міжособистісних взаємодій, досить intricate, витончених і тривалих, спрямованих на здійснення бажаних змін у відчутті і поведінці пацієнта»* [9, с. 3]*.

У німецькомовній літературі часто використовується визначення Н. Strotzka (1917—1994) [10]*, згідно з яким *психотерапія* — це взаємодія між одним або кількома пацієнтами, й одним або кількома психотерапевтами, які мають відповідну підготовку, з метою лікування порушень поведінки чи хворобливих станів переважно психосоціальної природи психологічними засобами на основі теорії нормальної та аномальної поведінки.

Таким чином, ця ситуація є частковим проявом порушень дисциплінарної ідентифікації психотерапії, в тому числі процесів її [клінічної] інституціоналізації.

* * *

Необхідно, на нашу думку, розглянути особливості взаємозв'язку психотерапії з суміжними галузями, перш за все із *психіатрією* й *медичною психологією*, а ще з такою специфічною галуззю — точніше, ракурсом — застосування психотехнік, як *психокорекція*, оскільки ці питання також впливають на розуміння і визначення психотерапії.

Як наочно показують предисциплінарна і початкові етапи дисциплінарної історії психотерапії, *психотерапія*, або «психічне лікування», тих форм психопатології, котрі опісля кваліфікувалися як нозоформи-психози, займало переважну частину заходів, що мали відношення до терапії та лікувального душеопікування психіки [і поведінки] взагалі. Це природно, оскільки одвічне [лікувальне] зілля, наприклад чемериця, мак, багно, майоран, шафран, мандрагора, звіробій — було не тільки нечисленне, а й досить неспецифічне.

Психіатрія, таким чином, до розгорнутого уведення [нових] методів так званої «активної» терапії: маляротерапії (J. von Wagner-Jauregg (1857 — 1940), 1917 [1]), наркосну (J. Kläsi (1883 — 1980), 1922 [2]), медикаментозної судомної терапії (L.J. von Meduna (1896 — 1964), 1934 [3]), інсулінокоматозної терапії (M.J. Sakel (1900 — 1957), 1935 [4]), електросудомної терапії (U. Cerletti (1877 — 1963), L. Vini (1908 — 1964), 1938 [5]) і деяких інших, а можливо, і до настання «психофармакологічної ери» (1952), була не чимось іншим, як тією самою психотерапією, «психічним лікуванням» — дидактичне мовлення і дисциплінарна педагогіка, з відокремленими, проте в той самий час із підпорядкованими діагностичними завдан-

нями. Зауважте, що ці тенденції досить віддалені від сучасної психіатрії (як ми її знаємо), — від процесів і навіть рефлексій пато-нозологічної ідентифікації дисципліни-психіатрії.

Виходить, що «психотерапія» і «психіатрія» — різні назви однакової соціально-медичної практики, якщо розглядати їхнє походження в контексті зв'язку «клініка [порушеної поведінки] — ізоляція — лікування». Проте психотерапія, як зазначалося раніше в *«Клініці психотерапії»*, мала й інші джерела, до того ж ізоляціоністсько-пенологічний компонент тут перебуває на другому плані; як би там не було, вона дещо давніша, об'ємніша, розгалуженіша від психіатрії, з яких би позицій — зазвичай, безпомильних (*contra jus et fas*) — не розглядали ми її генеалогію.

Все ж таки, відходячи від тонкощів [реконструкції], констатуємо: досить швидко розрив між психотерапією й психіатрією став невідворотним (хоча ретроспектива досить рухлива); ψύχω-θεράπεια і ψύχω-ιατρεια тепер — принципово різні світоглядні системи; із широкого риторичного, морально-дидактичного, апаратного, лицедійського, естетичного, психоортопедичного, ерготерапевтичного — можна вживати епітети до нескінченності — психотерапевтичного арсеналу психіатрія зберігає тепер лише кілька останніх аспектів. Дата цього розколу — а її, вочевидь, можна спостерігати в період нозологічних декларацій [везаній] — фіксується наприкінці ХІХ сторіччя.

Основні віхи цієї дивергенції очевидно пов'язані зі згаданими «активними» методами — новими, повторюю, активними методами, — і психотропною фармакологією (про проміжну між ними психохірургією [психозів] говорити, гадаю, не варто — вона отримала широкий і, до речі, негативний, суспільний резонанс, який затьмарив навіть антиелектрошоковий абсолюціонізм).

Я акцентую на тому факті, що йдеться про нову генерацію «активних» методів — перманентному для психіатрії процесі: хіба не є такими добре відомі процедури, в тому числі медикаментозно поєднані, втручання іноді досить радикальні — крім механо-апаратних, це також кровопускання, дієти і, певна річ, усілякі найрізноманітніші стиснення-депривації, водяні й болевотворні, нудотні й проносні, страхаючі й задушливі «терапевтичні» заходи (залежно від етіологічних, а найчастіше і дидак-

тичних переконань)? Проте, всі вони, ці куративні дослідження, жорстко пов'язувалися з психотерапією або, скоріш за все, розумілися як психотерапія, в крайньому випадку психотерапія *suu generis* (зараз би ми сказали — опосереднена), навіть у формальному сенсі лікування-впливу психологічними засобами.

Так, під час захоплення різноманітними «активними» маніпуляціями — у рамках і суто медикаментозних, і [психо]фізіологічно-навантажених, і змішаних, яких більшість із них, технологій — розходження між психотерапевтичною і психіатричною практиками потенціюється ще й специфічною інституціоналізацією, в тому числі юридичним закріпленням контингентів.

Ще більші сподівання пов'язують із синтезом хлорпромазину [гідрохлориду] («ларгактилу» — внаслідок широкого [спектра] дії; для нас звичніше назва «аміназин»), застосованого вперше — йдеться, природно, про перше офіційне, санкціоноване клінічне застосування — у Франції, в 1952 році (J. Delay (1907 — 1987) і P. Deniker (1917 — 1988) [6]). За похідними фенотиазину відкриваються все нові й нові препарати і цілі їхні класи (алкалоїди раувольфії, тіоксантени, бутирофенони та інші); транквілізатори й антидепресанти, психостимулятори і ноотропи входять на правах *heres ab intestato* до психіатричної клініки¹⁰. Певна річ, цей психофармакологічний бум досить помітно вплинув на хитку рівновагу між клініко-соціальними статусами психіатрії і психотерапії; остання фактично була видалена до суміжної психіатрії-психоневрології і загальносоматичної практики (а також до спортивної медицини і почасти до наркологічного прийому), — куди слідом за нею спрямувалася і психофармакологічна рецептура.

Проте, через кілька десятиріч, коли спадає первісне захоплення нейрорептиками, коли все помітнішим стає [нівелюючий] патоморфоз психічних хвороб, коли все частіше стають необхідними нові редакції нозографій і клініка як така переміщується в інструкції до препаратів, коли все чіткіше проявляється терапевтична стагнація — тоді подібний стан

¹⁰ Певна річ, досвід застосування найрізноманітніших [натуральних] психотропних засобів, особливо наркотичних і психотоміметичних, має поважну, навіть давню, історію — але вмонтований він (до речі, культурально майже монотонний), як правило, у зовсім інші типи соціальних практик.

речей усвідомлюється, нарешті, як очевидна нісенітниця і до психіатрії — вже в допоміжному контексті — приходиться (а не абілітується, як слід було сподіватися) психотерапія — нова спеціальність в terra incognita aliena.

Медична психологія стосовно психотерапії відіграє трохи іншу, аніж психіатрія, хоча так само негативну, роль: тим часом як завдяки останній психотерапія майже втратила [шпитальну] клініку, психологія узурпувала право на [вибудову] теорій особистості (nudum jus, в цілому) — але ж для будь-якої клінічно-орієнтованої психотерапії персонологія є не лише базовою компонентою, а й тим ґрунтом, на якому тільки й можливо обґрунтоване, виправдане, легальне розгортання різнопланових психотехнік (більш того, персонологічні переконання часто санкціонують застосування [чітко] визначених технік, прийомів і формул). І ще — претендуюча на клінічну інституціоналізацію психологія зробила спробу, шляхом кон'юнктурно викривленого обґрунтування поняття й практики *психокорекції*, відібрати у психотерапії ще й jus utendi et abutendi стосовно цілої низки відомих психотехнік (за винятком хіба що елементарних, фізіологічно-орієнтованих сугестивних дій), — головним чином завдяки наданню особливого статусу так званому «психологічному консультуванню».

Проте немає і не може бути якої-небудь автономної психології — чи в клініко-медичній, нейро-лінгвістичній, чи, скажімо, в екзистенціальній іпостасі. Цей нав'язаний принципіат «нормативної» дисципліни — адже аморфна, всеохоплююча синтагма *ψυχολόγος* справді припускає будь-які тлумачення — тим паче неправомірний, оскільки будь-яка стична з клінікою та на клінічні ж констатації претендуюча галузь психології черпає перш за все із простору [щоденної] інтроспективної психопатології і / або патології поведінки. Вочевидь, це саме той частий випадок, коли давня і, в цілому, мимовільна денотація — а словесні змагання відносно назв і, водночас, сфер компетенції «психічних» дисциплін належать до числа улюблених прийомів — несе настільки міцний диференційно-семантичний потенціал, що здатна інспірувати протиприродну дисциплінарно-ідентифікаційну дихотомію («психотерапія — [клінічна психологія]»), тепер уже в площині нормо(сано)логії.

Щодо взаємовідносин психотерапії й безпосередньо *психокорекції*, то остання, зазвичай, є практикою підлеглою й залеж-

ною — хоча, в цілому, вона насправді має значно ширше [немедичне] розповсюдження — у педагогіці, управлінській діяльності, пенітенціарній та інших сферах.

* * *

То що саме слід розуміти під психотерапією?

Синтагма психотерапії (дорічне *ψυχο* — дихання, дух, душа і грецьке *θεράπεια* — слугування, догляд, турбота, опіка) в дослівному перекладі означає як *лікування душі*, так і *лікування душею*.

Згідно з твердженнями Б.Д. Карвасарського [та співавторів] [6, с. 656]* термін *психотерапія* було введено наприкінці XIX сторіччя Daniel'ом Наск'ом Тике'ом (1827 — 1895); у його книзі «*Illustrations of the Influence of the Mind Upon the Body in Health and Disease, Designed to Elucidate the Action of the Imagination*» (1872) [11]* таку назву мав один із розділів.

Проте слово *психотерапія*, й навіть як титульне, уживалося й раніше, — саме під такою назвою вийшла в 1853 році праця Walter'a Cooper'a Dendy (1794 — 1871) — «*Psychotherapeia, of the Remedial Influence of Mind*» [12]*.

А проте, якщо звернутися до історії медицини, в тому числі — а можливо, в першу чергу — до історії психіатрії, стає зрозумілим, що *психотерапією* називалися, як уже зазначалося вище, всі методи, спрямовані на *лікування душі*, *терапію психіки*; чисельність їх, запропонованих у межах медичної, соціально-філософської, пенітенціарної, професійної, морально-дидактичної та інших практик, майже неосяжна. Питання про те, хто саме [вперше] ввів до обігу власне синтагму *ψυχο-θεράπεια*, — питання не медичної, а синтаксичної першості, що виявляє пряму залежність від поширеності неокласицизмів, зокрема елінізмів, у [медичній] мові конкретної епохи, правил [прийнятного] термінотворення, релігійно-етичних настанов стосовно духовного пасторства та інших подібних речей.

У давній історії, Середніх віках, у нашому й Новітньому часі ми помічаємо в крайньому разі три самостійні епохи психотерапії — *греко-римську епоху*, *епоху схоластики* й *шпитальної психотерапії*.

Предмет психотерапії за її першої, греко-римської епохи — психічне лікування, й більшість позицій співзвучні сучасним підходам *психотерапії в клініці* — від охоронних режимів й [диференційного] опосереднення до індивідуально-особистісного підходу.

Психотерапія епохи схоластики — це опікування душі; в руслі такої ідентифікації практики покаяння, сповіді, наприклад, часом просто пов'язують (M. Foucault, 1976 — 1984) [13 — 15]* із пізнішим психоаналізом S. Freud'a.

За епохи шпитальної психотерапії XVI — першої половини XVIII сторіч виникає пенітенціарно-дисциплінарна психотерапія, в якій, як і за пізнішої механо[психо]терапії (німецьких, в основному, психіатричних установ) першої половини XIX сторіччя, легко вгадати поведінкову [психо]терапевтичну парадигму.

За часу, який можна осягнути, — тобто вже досить зрозумілого для нас — Нового (й новітнього) часу (а точніше — протягом XVIII, XIX, XX сторіч) привертає до себе увагу низка відносно проявлених періодів, кожний зі своїми предметно-дефінітивними особливостями.

Для *протодисциплінарної психотерапії* другої половини XVIII — першої половини XIX сторіччя характерна поява перших, ще аморфних, форм психотерапії як такої, проте вже з майже дозрілою тенденцією — метод, застосовний до всього, доречний завжди, рекомендована панацея, коли ефективність прихована в сутності самого методу (ця тенденція добре виявляється й нині); це насамперед магнетизація, в тому числі групова.

Психотерапія — поки як *hobby* — це театралізоване, демонстративне психічне лікування; її предмет — нечисленні умовно обмежені й штучно гомогенізовані варіанти патології, які визнаються єдиною нозологічною формою.

Для психотерапії періоду методистського пуризму (друга половина XIX сторіччя) характерне виникнення різноманітних, на сьогодні вже «класичних», методів психотерапії — гіпнотизації, сугестії, психоаналізу та деяких інших — практикованих у досить «чистому» вигляді.

Психотерапія — вже заняття; вона все ще залишається психічним лікуванням, і її предмет — усі ті самі «хвороби»; але кожен метод набуває свого дефінітивного тлумачення (проте психоаналіз, згідно з раннім S. Freud'ом, — це галузь неввропатології), хоч

усі вони — досі ще нечисленні — фіксовані на тих самих [конверсійних] контингент-симптомах.

У період інституціоналізації практик (перша третина ХХ сторіччя) — відбувається соцієтальне оформлення й навіть деяке дисциплінарне аранжування різноманітних методів і методик психотерапії, які вже стають практиками.

Психотерапія нині — діяльність; вона визначається як така та її застосування підлягає впорядкуванню — відповідно до диференційованих показників: в одних випадках рекомендовано імперативне навіювання, в інших — раціональна психотерапія, іноді потребується психоаналіз і тому подібне; виникають комбінації методів, хоча кожен із них уже має свій предмет, сферу компетенції й, нехай поки слабкі, дефініції. Предмет психотерапії набуває своєрідного вторинного опосереднення через концепти методу (психоаналіз, наприклад, проводить терапію «комплексів»).

Наступний період — доктринальний (друга третина ХХ сторіччя), коли відбувається оформлення ідеологічно навантажених — і, отже, конфронтуючих — психотерапевтичних доктрин.

Це період психотерапії ex cathedra: психотерапія — предмет викадання й навіть фах, а отже, вона вже облігатно наділена принциповою індуцією. Предмет психотерапії досить широкий — усі саногенні впливи, які [цілеспрямовано] опосередковуються через психіку, — і психотерапія, децю емансипувавшись [від клініки психоневрології], відшукує грані свого предмета в клініках акушерства і терапії, тощо.

П'ятий період — дисолютивний; за останньої третини ХХ сторіччя з'являються різноманітні, доволі численні, методи психотерапії, збірно позначені як психотерапія «new wave». Водночас спостерігаються тенденції до інтегративної психотерапії, що періодично чергуються ідеями психотерапії еkleктичної (сьогодні цей — strafwürdig — агностицизм гордо називають мультимодальністю [16]*).

Психотерапія — зовсім не єдине ціле, але вже — [лікарський] фах; її предмет — otia et nihil, — лікування / корекція, опосереднення через психічну сферу; водночас із цим оформляються, а точніше, жорстко ставляться в обов'язок (психотерапії) певні специфічні, при цьому досить редуційовані, галузі клінічного — суто терапевтичного — застосування, насамперед ті самі горезвісні «пограничні нервово-психічні розлади», деякі з них.

Нарешті, нинішній період може бути позначений як *аутодисциплінарно-ідентифікаційний*. Для нього характерні тенденції до побудови *інтрадисциплінарної* моделі (концепції) психотерапії. У свою чергу, в її межах з'являються методи, які не можуть бути визначені інакше, як *неокласичні* — за своєю фундаментальною, [клініко]нейрофізіологічною, орієнтацією, а також за скрупульозним проробленням технічних способів.

Психотерапія стає дисципліною, і її предмет — пато-нозологічні форми, що підлягають майже винятково психотерапевтичному лікуванню (вони й складають клініку психотерапії), зі збереженням і навіть зміцненням позицій психотерапії в клініці (в усякому разі, в більшості клінік) та оформленням низки спеціальних і соціальних додатків.

* * *

У цій роботі психотерапія вперше подана як самостійна, структурована клінічна дисципліна, зі своєю специфічною клінікою, дисциплінарною історією, клінічною феноменологією, діагностичним апаратом, ексклюзивним терапевтичним арсеналом, теоретико-методологічною базою, аутодисциплінарно-ідентифікаційною теорією тощо.

Таким чином, можна дати таку дефініцію психотерапії.

Психотерапія — медико-орієнтована дисципліна, до сфери компетенції якої входять розробка та виконання теорії й практики нативної клініки, психотехнічного арсеналу, теорії [денотата] [здорової / патологічної] психіки, теорії особистості й аутодисциплінарно-ідентифікаційної (інтрадисциплінарної) теорії.

Предмет психотерапії має складнокомпонентну структуру — «нормальна» психотерапевтична феноменологія (перш за все асоційовані з методами-методиками психотерапії саногенні феномени), клінічні психотерапевтичні ефекти-синдроми з корелят-механізмами і психотехнічні шляхи їхнього досягнення (*загальна психотерапія*), пато-нозологічна форми й взагалі патологія психічної сфери (та поведінки), що підлягають переважно психотерапевтичному лікуванню та кваліфіковані в категоріях специфічного психотерапевтичного діагнозу (*клінічна психотерапія*), вто-

ринні нозо-синдромальні психопатологічні форми при не-психічних захворюваннях (*психотерапія в клініці*) і низка спеціальних і соціальних додатків (*спеціальна та соціальна психотерапії*).

Уточнімо деякі важливі дефінітивні й денотаційно-сутнісні характеристики-вимоги [до] психотерапії:

1. Психотерапія — клінічна дисципліна, зі своєю, давньою, генеалогією, дисциплінарною історією, сферою пато-но-зологічної компетенції, діагностичним апаратом і досить солідним терапевтичним арсеналом, подібного якому немає в жодній із психо[нейро]наук.
2. Психотерапія нерозривно пов'язана з [пато]персонологією, [соціальною та клінічною] психіатрією, психо-неврологією і [медичною] психологією, а також із психофізіологією й психофармакологією (що не виключає, але, навпаки, безперечно припускає ревізію компетенційно-статусних позицій).
3. Психотерапії слід використовувати власний, вочевидь полідименсійний, [психо]діагностичний апарат, що дає змогу вибудувати (сформулювати) специфічно психотерапевтичний діагноз,— із його особливими логікою-методологією, семіотикою та феноменологією, структурою, сполученістю й прогностикою.
4. Психотерапія — ідеологічно незалежна й позаконфесійна. Інтегровані в психотерапію елементи духовних традицій і практик мають бути клінічно обґрунтовані й позбавлені будь-яких релігійних чи езотеричних рис; семантичне забарвлення і антураж при цьому мають бути транскриптовані в соціо-культуральний план і відповідним чином пізнаваними.
5. Психотерапії належить стати єдиною дискурсивною галуззю; використання обґрунтованого, стилістично витриманого, прозорого [професіонального] дискурсу належить до основних вимог аутодисциплінарної ідентифікації, в усій різноманітності її втілень, і є запорукою повноцінного функціонування протокольної мови і клініко-терапевтичної успішності дисциплінафаху в цілому.

6. Психотерапія захищає права на клініко-медичне використання розроблених методик і, особливо, психотехнік, і обмежує їхнє поширення, а також інформацію про них (ідеться про необхідність контролю над перманентним несанкціонованим процесом запозичення (сепарації) психотехнік — перш за все в політиці й освіті — у вигляді, а точніше, під маскою соціальних технологій).

Рекомендована література

1. *Авруцкий Г.Я., Недува А.А.* Лечение психически больных. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Медицина, 1988. — 528 с.

2. (*Alexander F.[G.], Selesnick Sh.[Th.]*) *Александр Ф., Селесник Ш.* Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней: Пер. с англ. И.С. Козыревой, И.Е. Киселевой. — Москва: Прогресс — Культура; Изд-во Агентства «Яхтсмен», 1995. — 608 с.

3. *Архангельский Г.В.* История неврологии от истоков до XX века. — Москва: Медицина, 1965. — 432 с.

4. *Блейхер В.М.* Эпонимические термины в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии: Словарь. — Киев: Вища школа, 1984. — 448 с.

5. *Каннабих Ю.В.* История психиатрии / Предисл. П.Б. Ганнушкина. — Ленинград: Медгиз, 1929. — 520 с. — (Переизд.: *Каннабих Ю.В.* История психиатрии / Предисл. П.Б. Ганнушкина. — Репринт. изд. — Москва: ЦТР МГП ВОС, 1994. — 528 с.).

6. *Михайлов Б.В.* Массовые нарушения психической сферы у населения // «Український вісник психоневрології» (Харків). — 1995. — Т. 3. — Вып. I. — С. 24 — 25.

7. *Осинов В.П.* Очерк истории психиатрии // *Осинов В.П.* Курс общего учения о душевных болезнях. — Гл. II — V. — РС.Ф.С.Р.: Госиздат; Берлин, 1923. — С. 17 — 53.

8. *Рожнов В.Е., Рожнова В.А.* Гипноз от древности до наших дней. — Москва: Советская Россия, 1987. — 304 с.

9. (*Sprenger I., Institoris H.*) *Шпренгер Я., Инститорис Г.* Молот ведьм: Пер. с лат. Н. Цветкова / Предисл. С. Лозинского. — 2-е изд. — Москва: СП «Интербук», 1990. — 352 с.

10. *Юдин Т.И.* Очерки истории отечественной психиатрии / Под ред. Б.Д. Петрова. — Москва: Медгиз, 1951. — 480 с.

Контрольні питання

- (1) Основні моделі психотерапії; її дефініції.
- (2) Психотерапія, психіатрія, медична психологія: генеалогія, топографія, ієрархія.
- (3) Еволюція уявлень про предмет психотерапії.
- (4) Визначення психотерапії і її предмета.
- (5) Зміст загальної психотерапії, клінічної психотерапії, психотерапії в клініці, спеціальної психотерапії, соціальної психотерапії.
- (6) Основні характеристики психотерапії.

Частина I

**ДИСКУРСИВНО-
МЕТОДОЛОГІЧНІ,
КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ
ТА ДИСЦИПЛІНАРНО-
ІДЕНТИФІКАЦІЙНІ
ОСОБЛИВОСТІ
ПСИХОТЕРАПІЇ**

Дискурс, який я назвав «психо[терапевт]ичним», взагалі можна охарактеризувати — з урахуванням купюри — як «психоїчний»¹¹, оскільки він, цей дискурс, єдиний для психіатрії, психотерапії і [клінічної] психології, з незначними варіаціями тематики / проблематики, архітектоніки й топографії, а також інституцій-інстанцій.

Психоїчний дискурс — це дискурс про прояви (функції та феномени) та розвиток психіки, дискурс про *психічне*.

Він справді уявляється складеним із трьох частин (чи, навпаки, як такий, що розпадається на них) — дискурс про «нормальну психіку» (*психо[лог]ічний*), дискурс про «патологію психіки» та її лікування (*псих[о][іатр]ичний*) і дискурс про терапію й корекцію психіки «психологічними засобами» (*психо[терапевт]ичний*).

У цілому цей дискурс обертається довкола будь-яких соціо-психічних структур, — а вони всі є проявами, стосовно поведінки. Іноді цей дискурс зумисно чи мимоволі редукується до рівня *етіологічного* — дескрипція, експертиза й інтерпретація, а іноді віддаляється в бік дискурсу *філософського* — вищого, рафінованого свого втілення: вільного, обмеженого лише невиразною межею формальної логіки, міркування про психічне-сутнє та психічне-належне.

Можливо, мені дорікнуть у певній «психічній експансії», прагненні оголосити всі соціально-соціетальні феномени соціо-психічними, застосувати своєрідний варіант редукціонізму — «редукціонізм психо[лог]ічний», накласти стигму *психологізму* (за аналогією з добре відомими, «вulgарними» *біологізмом* і *соціологізмом*) тощо. Проте мої констатації — *mesquinerie* порівняно з тим, що психобіографічний метод Р.І. М'юбіуса (1853 — 1907) визрів, зокрема, в ідею «психоісторії» — якоїсь *науки про історичну мотивацію*¹². Окрім того, я давно й послідовно виступаю *contra* психології, а точніше, *психологізму*.

¹¹ У цьому випадку редуковане закінчення «-εἶδος» («-ides») (грецьке *εἶδος* — вид, зовнішність; спосіб дії; якість) означає належність, відношення до предмета.

¹² (*Mause L. de*) *Моз Л. де*. Психоистория / Пер. с англ. А. Шкуратова.— Ростов-на-Дону: Феникс, 2000.— 512 с.

Цікавою є протокольна мова психотерапії — вона виявляє вражаючу мішанину дискурсивних стилів з інших галузей психоїчного дискурсу (і це тоді, коли протокольна мова психіатрії клінічно монотонна, — хоча вона дещо засмічена вульгарно-психоаналітичним глосарієм, — та й медико-психологічний дискурс, хоча й неоднорідний, проте черпає все-таки більше із різних прикладних психології — експериментальної, когнітивної, нейропсихології тощо).

Тісно пов'язані з попередніми й проблеми *запозичень психотерапії* — соціально-філософських, методологічних та інших, як і її *концептуального базису*, — а також її *етно-культуральної диференціації*.

Крім того, тут я наводжу й коротко коментую різноманітні *дисциплінарні варіації психотерапії*, — головним чином ті її специфічні форми практичної (проте й текстуальної та теоретичної) інституціоналізації, які нині можна виявити в практиці охорони здоров'я (включаючи такі її маргінальні галузі, як спортивна медицина й курортологія). До них долучається якась *немедична психотерапія* — що прагне до клінічної ідентифікації психологія-психокорекція, для якої перебування психотерапії має особливу соціально-економічну привабливість. (Денотаційні дефекти в останньому випадку очевидні — якою б не була *терапія*, вона а ргіогі просто не може не бути медичною; різноманітні, — прагнучі відправлення на клінічних контингентах, — психологічні *chambres syndicales, trades unions, Gewerkschaften*, просто кажучи, наполегливо й агресивно профанують психотерапевтичну діяльність як таку; на жаль, після привласнення психологами прав на психодіагностику це здається майже закономірним.)

Зрештою, завдяки оформленню низки *дисциплінарно-ідентифікаційних концептів* у новітній історії психотерапії відкривається аутодисциплінарно-ідентифікаційний період; найважливішими з них (зрозуміло, ми не враховуємо *objectum quaestionis* — саме розроблення методології, уявлюваного поля, правил і алгоритму ставлення / формування психотерапевтичного діагнозу) є, зокрема, розглядувані в цій частині *формування уявлень про власну клініку психотерапії* як самостійної [медико-орієнтованої] дисципліни, *декларація мнестологічної парадигми психотерапії* — конгруентної іманентної суті останньої й домінантної стосовно інших її парадигм, і власне, розробка *інтрадисциплінарної концепції психотерапії* — її першої аутодисциплінарно-ідентифікаційної моделі.

Розділ 1

ДИСКУРСИВНІ Й КОНТЕКСТОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПІЇ

Аби зрозуміти психотерапевтичний дискурс, слід піддати його певному аналітичному розчленуванню, — і в цьому розділі я хотів би провести такий розбір стосовно його змістовних сторін.

1.1. Особливості психо[терапевт]ичного дискурсу: аргументи й апеляції, тематика й проблематика, порушення й розриви

Система *апеляцій* і *аргументів* є найважливішою умовою появи, існування й нормального функціонування (відправлення) будь-якої соціетальної практики, і медицина аж ніяк не є винятком. Ця система продукує ту ауру достовірності / «істинності», що переростає в імперативність, загальне зобов'язання, і зрештою надає поведінці індивіду стилістику певного *modus'a vivendi*; вона диктує також *тематику* й *проблематику*, які є короткочасними, дискретними (хоча й повторюються!) змістами нескінченної історії психоїчного дискурсу, і, крім того, визначає організаційні форми останнього — архітекtonіку й топологію практик, інституції й інстанції, та інше.

Аргументи й апеляції

Аргументи й апеляції психотерапевтичного дискурсу розпадаються на кілька взаємоперетікаючих шарів (або рівнів, а краще — стратів), які, якщо *attentivement* придивитися, є досить очевидними.

Перший страт — це система *фізіологічних* аргументів-апеляцій, зорієнтованих на патогенетичні механізми виникаючих розладів, хоча про зворотні їм — і, власне, ті, що складають предмет психотерапії, — на саногенетичні дії вони лише натякають.

Другий страт — хоча зовсім і не чіткий за своєю генеалогією і своїм ареалом — аргументи й апеляції *біхевіорального* плану.

Третій страт — це аргументи й апеляції до певних *психологічних* побудов, до того ж навіть не до експериментальних, як можна було б припустити, а, скоріше, до умоглядних. Проте коли б усе лихо полягало в їхній інтроспективності, «суб'єктивності» уявлень, то про це не варто було б і говорити (адже ніким ще не доведено, що інтроспективна психологія поступається в достовірності експериментальній — частка допусків і умовності в останній така велика, що нівелює скромні можливості квантифікації). Проблема ж полягає в тому, що ці аргументи і апеляції звернені до якихось прагматичних, позитивістських наборів доказів-аргументів, чужорідних і неприйнятних для психотерапії.

Четвертий страт — аргументи й апеляції, що перебувають у площині *персонології* — тієї персонології, яка виявляється соціальною філософією; прикладом можуть бути екзистенціальні тенденції в психотерапії, апелюючи до популярних персонологічних — інспірованих суто філософськи — концепцій.

Безсумнівно, що в рамках психотерапії адекватними можуть бути визнані тільки той страт (рівень), та сфера аргументів й апеляцій, що є *клінічними*, — це перш за все психотерапевтична феноменологія, про яку вже не раз говорилося в цій праці (мені постійно хочеться називати її — проявляється медична звичка — «нормальною» психотерапевтичною феноменологією). Потім, це клінічна феноменологія психотерапії (а саме — уявлення про клінічні психотерапевтичні ефект-синдроми). Уявлення про «нормальну» й клінічну феноменологію психотерапії підводять нас до ідеї саногенезу, за якою групуються всі доктрини патогенезу, та й патології як такої (а саме до останніх звернені клінічні апеляції, і з них почерпуються клінічні аргументи).

Слід також констатувати, що ці великі сфери (страсти, рівні) аргументів й апеляцій виявляють більш-менш явні ознаки зближення з основними психотерапевтичними парадигмами: «фізіологічна» тяжіє до нейродинамічної; «біхевіоральна» — вочевидь до поведінкової; «психологічна», до того ж у її інтроспективній частині, — до психодинамічної; «персонологічна», з певною часткою умовності, — до раціональної¹³; нарешті, «клінічна» — до мнестологічної (проте в даному разі цей зв'язок має переважно методологічний характер).

* * *

Тематика й проблематика психотерапевтичного дискурсу досить обширні, різнопланові й рухливі; спробую вдатися до простого визначення дискутованих тем і проблем, з мінімальними коментарями, оскільки більшість із них постійно обговорюється в тексті цієї праці (і чимало їх уже обговорено раніше).

Варто також зауважити, що я зберігаю свої попередні позиції стосовно роз'єднання *тематики й проблема-тики*, визнаючи першу за *сукупність загальних тем і міркувань про предмет*, іноді досить вульгарних, а другу — за певну відносно *логічну систему, зорієнтовану, в тій чи іншій мірі, на науково-медичне знання*. Інакше кажучи, я, як і раніше, розглядаючи питання [виникнення? появи? походження?] тематики / проблематики, ототожнюю першу, передуючу, з уявленнями про певну, досить давню, *генеалогію*, а другу, наступну, — з досить формалізованим поняттям *еволюції*.

І ще один момент: теми, які мають кроскультурну постійність і / або тимчасову протяжність, пізніше перетворюються — чи перероджуються — у різні типи проблематики, тобто *проблематизація (до того ж не тільки медична, а й етична, юридична, пенітенціарна) торкається насамперед теми*.

¹³ Така сама екзистенціальна психотерапія як вербально-світоглядна політика виявляє вагомий раціональний компонент (скоріше, правда, не в інформаційно-аргументаційному, а в смиренському ракурсі).

Тематика

Певна річ, основна тема — вона вже уявляється непозбутньою — *що таке психотерапія* (і, сподіваюся, мені поталанило внести ясність хоча б на рівні дефініції).

В основному ж тематика психотерапевтичного дискурсу — це насамперед тематика *психологічного впливу*, яку складають такі основні групи: причинність, здійснення (можливості й техніки), адресність, протокол, регламент, стилістика поведження й взаємин, етичність, наслідки.

Причинність: навіщо потрібна (чому призначається) психотерапія?

Здійснення (можливості й техніки): на що здатна психотерапія (або, в іншому ракурсі: навіщо потрібна психотерапія)? чи не небезпечна психотерапія? які способи використовують психотерапевти?

Адресність: хто підлягає, — точніше, хто потребує психотерапії?

Протокол: як відправляється психотерапія?

Регламент: скільки триває психотерапія (читай: скільки часу вона відбирає)? яка її вартість?

Стилістика поведження й взаємин психотерапевта й пацієнта: ким є психотерапевт для пацієнта — сповідником? консультантом? «батьком»? другом?

Тісно пов'язана з попередньою тема *етичності*: які морально-етичні норми поведінки психотерапевта? чи відсутні фахові зловживання? якщо ні, то як їх позбутися?

Етичність поведження психотерапевта стикається з низкою проблем; наприклад, з такими:

- залежність пацієнта від психотерапевта¹⁴;
- залежність психотерапевта від пацієнта;
- тілесна (насамперед сексуальна) недоторканність пацієнта в зміненому стані свідомості (оскільки різноманітні форми зміни свідомості практикуються в багатьох видах психотерапії);
- особлива значущість збереження лікарської таємниці, і навіть якісно інша її оцінка.

¹⁴ Задля справедливості слід зазначити, що вітчизняна психотерапевтична традиція завжди відрізнялася вираженим академізмом і чіткими механізмами фахового відбору в галузі психотерапії, завдяки чому утруднень із чистотою професійних рядів ніколи раніше не виникало.

Наслідки: чи не можна згодом управляти індивідом, що піддавався [дії] психотерапії?

Є й інші теми психотерапевтичного дискурсу.

Каліграфія: як займатися психотерапією?

Професійний ценз: хто може займатися психотерапією?

Нині багато хто — усе з тих же кон'юнктурних (владних, управлінських, освітніх та інших) позицій — відкидає цехову лікарську належність тих, хто займається психотерапією; деякими міжнародними організаціями навіть декларується, що, наприклад, психологи, філософи, соціологи, та й взагалі будь-які особи з гуманітарною освітою, які пройшли певну підготовку з психотерапії, цілковито здатні вести прийом (це підводить нас до теми різних моделей психотерапії, про які вже йшлося раніше, і до номінації «немедичної» психотерапії, про що буде мова далі).

Так, згідно з «Декларацією щодо психотерапії» [1], схваленою Європейською асоціацією психотерапії (The European Association for Psychotherapy) 21 жовтня 1990 року у Страсбур[зі] (наперед пробачаюся за те, що пожертвував стилістикою перекладу на користь його ідентичності):

— психотерапія є незалежною науковою дисципліною з галузі гуманітарних наук, заняття якою є незалежною і вільною професією;

— навчання психотерапії вимагає сучасного, компетентного й наукового рівня;

— різноманітність психотерапевтичних методів є забезпеченою і гарантованою;

— повне психотерапевтичне навчання містить теорію, особистий досвід і практику під супервізією; адекватні знання про різноманітні психотерапевтичні процеси є набутими;

— доступ до навчання можливий завдяки різноманітним попереднім кваліфікаціям, зокрема гуманітарним і суспільним наукам.

I, — quod erat demonstrandum, — жодного слова про клініку.

Утворюється своєрідний *circulus vitiosus*: хиткість дисциплінарного становища і певна аморфність психотерапії — природні наслідки її привабливості в межах кон'юнктурного, особливо не-клінічного, застосування психотехнік — є, певною мірою, чинником, що полегшує і навіть потенціює мультиплікацію цих не-клінічних [психотехнічних] практик, які

відстоюють свої права на існування, розмиваючи саме поняття психотерапії.

Соціетальні аналогії: чи не споріднена психотерапія релігії? чи не підмінює вона її? чи не прагне вона, просто кажучи, заповнити певний «духовний» вакуум, що виникає внаслідок секуляризаційних процесів?

Зрештою, важливе значення має тематика *таємничого знання*: чи не є психотерапія особливим умінням, пов'язаним з езотеричним знанням, а також із особистістю психотерапевта?

Проблематика

Основна проблематика психотерапії — *це шляхи й можливості психологічних впливів* (із корекційно-дидактичною метою), інакше кажучи — це проблема *психотехнік*¹⁵, які припускають комбінування в організовані системи *соціальних технологій* (виходячи з їхньої суті, вони також можуть бути названі *психотехнологіями*; ця номінація мала б додаткове значення розмежування, оскільки в клінічній сфері саме такі конгломерати називаються методиками / методами).

А які, насправді, існують психотехніки?

Вони складають в усякому разі кілька класів.

Клінічні: діагностичні, інтрузивні, корективні, альтернізуючі, вікарні, реституційні та інші, — цілком зрозумілі на перший погляд (хоча ці питання досі не розглядалися). Вочевидь, що всі ці психотехніки: техніки гіпнотичні, сугестивні, конвінктивні та інші — покликані забезпечити досягнення різноманітних психотерапевтичних феноменів, а згодом і клінічних ефект-синдромів (помітно, що вони навіть названі аналогічно відповідним феноменам).

Соціалізаційні, — тобто покликані впорядкувати поведіння, виробити його прийнятну стилістику тощо: дидак-

¹⁵ У цьому виявляється характерна особливість психотерапевтичного дискурсу: проблематика й тематика нерозривно пов'язані, і часто проблематизація настільки поверхова, що аж ніяк не заважає (відсутні навіть термінологічні перешкоди!) вільній циркуляції дискурсивних потоків у сферах існування різноманітних практик, так само як між різними інституціями й інстанціями.

тичні, регламентуючі, організаційні, конфлікт-технології, реабілітаційно-реадаптаційні, статусно-ролеві та інші.

Політичні — які визначають перерозподіл владних повноважень і процесів.

Інша проблема, знову така, що має свій тематичний аналог, — *сфери компетенції психотерапії*, перш за все клінічні ареали. Вона по-справжньому стосується проблем відносин психотерапії з психіатрією, [медичною] психологією (і, у значно ширшому ключі, із психологічним консультуванням), загальносоматичною медициною і деякими іншими галузями знань.

Ще одна, постійно дискутована, навіть дещо штучно, проблема — *директивність / недирективність* [стилістики] поведіння психотерапевта, — фрагмент значно ширшої теми.

Зрештою, проблема *нативності / травматичності дії психотехнік* чомусь порушується рідко, хоча механізми психологічного захисту — також психотехніки, лише аутопсихотехніки, і досить часто їхні дії є шкідливими.

Порушення й розриви

У психічному дискурсі часто трапляються структурні *порушення* й динамічні *розриви*.

Ті, що торкаються предисциплінарної історії [психотерапії], не настільки небезпечні: тут цілком припустиме використання певних традиціоналістичних моментів; можливо і застосування способів умовності, наближення, огрубіння, оскільки те минуле настільки віддалене, що вже не може бути джерелом збурюючих впливів.

Так, твердження F.G. Alexander'a і Sh. Th. Selesnick'a: «Святий Августин... був провісником не тільки феноменології Гусерля й екзистенціалізму, але й попередником психоаналізу» [1, с. 85]*, незважаючи на всю його фривольність і помилковість, не спричиняє транслітерації картини сучасного психічного світу, перекладання його прийнятої історії. Як не парадоксально, проте сучасна «екзистенціальна» психотерапія — нехай то буде «логотерапія» V.E. Frankl'a, «Daseinanalyse» L. Binswanger'a чи інші, значно молодші — здається, не знає S. Kierkegaard'a й M. Heidegger'a, тим паче байдужий їй гіпонський єпископ.

Або візьмімо медієвальні духовні практики [пасторства] — прототипи психоаналізу-психотерапії, як гадає, наприклад, M. Foucault (1926 — 1984) [2]*. Хіба лише прагнення тотальної

поінформованості у вчинках, думках, відтінках спонукань (незважаючи на те, на яку сітку координат — чи релігійну, чи фізичальну, чи владну — вони будуть нанесені) дає змогу розпізнати у психоаналізі ті самі, середньовічні, способи контролю? Та й чи це головне? Звичайно, ні — середньовіччя наскрізь екзегетичне, інтерпретативне, воно так само пройняте символікою — ще й якою символікою! Хіба це — не риси психоаналізу? (Готика взагалі досить психологічна, навіть у сучасному розумінні, якщо хочете — психо-аналітична.)

А як бути з античною трагедією? Адже психо-аналіз і аналітична драма виявляє — як, сподіваюся, мені поталанило показати в невеликому культурологічному тексті¹⁶ (фрагмент я наводжу в підрозділі «Етно-культуральна диференціація психотерапії»), — яскраво виражені відносини наслідування.

То ж чи важливо — для сучасної, нагадаю, клінічної практики, чия думка буде взята за істину — метра Foucault чи моя? Ні, безперечно, важливо інше, а саме констатація того факту, що практика психоаналізу — аж ніяк не одкровення; вибудований скоріше за архаїчними соціетальними (навіть не торкаючись особистісно-психологічних), аніж клініко-психопатологічними, орієнтирами, він не може бути розгорнутим — як повноцінна теорія — у просторі психотерапевтичної клініки.

Зупинимось на цьому, оскільки можна знайти чимало подібних — чи навіть більш наочних ілюстрацій.

Інша справа з дисциплінарною історією [психотерапії]: вона потребує точності, єдиної системи координат і оцінок; вона реконструюється шляхом різнокаліберної ретроспекції, [виходячи] з реалій нинішньої клініки, до того ж не лише організаційних форм, — а й клінічної феноменології, свіжих слідів патоморфозу, недавньої класики нозографії, саногенних ефектів тощо.

Наприклад, заперечне судження «магнетизація не є ранньою формою гіпнотизації»¹⁷ і судження ствердне «гіпнотизм відкрито Vraid'ом» роблять незрозумілим походження того самого психо-

¹⁶ Я назвав його «Мандрівник Едіп: Драматургія Інцесту»; опублікований він під популярською назвою «Цар Едіп: Минуле Однієї Ілюзії» [2] (і, до речі, під псевдонімом Erich Weber).

¹⁷ Я наводжу як книжкові приклади — і при цьому обов'язково посилаюся на джерело, — так і казуси, відомі мені зі щоденної психотерапевтичної практики; а гіпотетичних ситуацій я намагався, по можливості, уникнути (хоча розпочинаю саме з такої).

аналізу, оскільки відмова Freud'a від гіпнотичної техніки багато в чому була зумовлена негативним ставленням до цієї, яку вважали шарлатанською (і яка набила [йому] оскому), практики. Власне, гіпнотерапія, таким чином втрачає своє епатуюче минуле, вона стає видатним науковим відкриттям, і історія її клінічної інституціоналізації має зовсім інший вигляд. Очевидно, і групова психотерапія має виводитися не з новацій Mesmer'a — я маю на увазі групові сеанси, за допомогою «магнетичного бака (чана)».

Або ще така сентенція: «психіатрія впродовж кількох століть не є ізоляціоністською практикою», — сентенція, яка робить непояснюваною появу різноманітних модифікацій поведінкової, а потім і когнитивно-поведінкової терапії, які розвинулися перш за все із процвітаючих у стінах психіатричних установ, «шпитальних» дисциплінарно-дидактичної психотерапії і [механо]-психотерапії. Акценти зміщуються на іншу найновішу складову, а саме *умовно-рефлекторну теорію*, і павловський експеримент спільно з бехтерєвськими дослідженнями нібито органічно закладаються в основу всіх тренінгів поводження — отак нині й пишуть [3, с. 113]*. Нехай J. Wolpe й є епігоном І.П. Павлова, проте як же бути з «rééducation intensive» Cl. Vincent'a, «Überrümpelungsmethode» F. Kaufmann'a, «Gewalt-oder Zwangsexerzieren» F. Kehler'a й іншими (сучасними, до речі, «сполучно-рефлекторній терапії» В.М. Бехтерева і досить близькими їй за духом)?² Таким чином, очевидно, поведінкові методи і були виведені за межі психіатричної клініки.

Якщо постулюється, що раціональна психотерапія по P.-Ch. Dubois виникла «як альтернатива терапії навіюванням» [4, с. 769]*, то це має в крайньому разі один негативний наслідок: вона постає як новітній метод, розроблений нібито спеціально для лікування психоневрозів — що, ясна річ, не так, адже це всього лише один із десятків способів шпитального психічного лікування, і лінія її розвитку, від моменту перетинання меж дисциплінарної історії [психотерапії], тісно пов'язана в крайньому разі з «моральною терапією» Ph. Pinel'я (1745 — 1826).

Безневинне на перший погляд висловлення: «Аутогенне тренування по J.H. Schultz'у є вправи за системою йоги» — замість вказівки на те, що це всього лише уподібнена [йозі] психофізіологічна компонента, — призводить до появи парадоксальних формулювань типу «йогівське аутогенне тренування»¹⁸.

Те саме стосується іншого культурального запозичення, де проводяться аналогії з конкуруючою — проте аж ніяк не альтернативною й тим паче не синтонною — душеопікувальною прак-

¹⁸ Мені доводилося бачити подібне — прописане, до того ж, як *функціональні обов'язки* професіонального психотерапевта!

тикою: в основі якоїсь *православної психотерапії* — а саме про неї йдеться — «перебувають дослідно-теоретичні знання православної антропології, гомілетики, аскетичне й святоотецьке вчення про духовне життя, про острах як джерело хвороб, про подвижництво як духовну боротьбу, а також про багатовіковий досвід Церкви в справі душеопікування і розуміння морального християнського обов'язку в душі Святого Євангелія» [4, с. 518]*. *Epistolae obscurorum virorum* — інші коментарі, гадаю, зайві.

Хоча два останні приклади стосуються скоріше дискурсивних порушень, проте й вони прямо пов'язані з лінощами, а можливо, й небажанням звернутися до [дисциплінарної] історії психотерапії — тобто провести ретроспективну реконструкцію, виходячи з реальної клініки.

У цілому, в дисциплінарній історії значно більше істинного (але не істинних суджень!) — істинного з позицій адаптивного, закріпленого, живого, що дає змогу не відмовляти їй у достовірності і, головне, клінічній спроможності.

* * *

Отже, звернення до аргументів і апеляцій, тематики і проблематики психо[терапевт]ичного дискурсу дало змогу провести його попередню — дискурсивну ж — структуралізацію.

1.2. Протокольна мова психотерапії

Протокольна мова психотерапії, — або ж терміни, досить часто епонімічні, і поняття, які складають її поняттєво-термінологічну платформу, використовуються для діагностики, конвенціональної комунікації й клінічних записів, — не можуть вважатися сталими.

Причини існування цієї проблеми очевидні — кожний із сотень психотерапевтичних методів і методик, навчань і доктрин, концепцій і підходів винаходить власні, інколи позбавлені реального наповнення й обґрунтування, позначення, з порушенням денотаційної і предикативної функцій.

Особливістю психотерапії є, як уже зазначалося раніше, *епонімічність*: більшість психотерапевтичних формул і прийомів, понять і термінів ідентифіковано з конкретними іменами.

Розширення культурно-медичного простору, відсутність розумної професійної цензури і спрощення доступу до полі-

графічних технологій викликали імплантацію, насадження у вітчизняний психотерапевтичний, психотехнічний і психологічний простір тисяч термінологічно невизначених і етимологічно нечітких понять і концептів, Bastard'ів психоїчної практики, спрямованої на пацієнта.

Неконтрольоване розширення цього потворного глосарію нагально диктує необхідність його систематизованого викладу (*якою ж все-таки мовою говорять у психотерапії?*) і, водночас, робить злагоджений виклад утрудненим і навіть майже неможливим (упорядкуванню і зведенню до єдиного знаменника не піддаються навіть назви методів, методик і психотехнік).

Класичні методи психотерапії — сугестивні, раціональні, поведінкові — у цьому безвинні; у рамках психоаналізу S. Freud'a кожному [запропонованому ним] терміну надавалася чітка вказівка на етимологію; він ретельно денотовувався і випишувався до найменших дрібниць; з тими ж, котрі викликали заперечення, примирив час.

Отже, більшість поняттєво-термінологічних проблем привнесено психотерапією «new wave», а можливо, самою практикою психологічного консультування, у вигляді якого більше аніж часто відправляється остання.

* * *

Причини основного понятійно-термінологічного конфлікту між медичною і психологічною моделями психотерапії полягають у тому, що психологія не знає дилеми «ваго- / симпатикотонії» — стержня психосоматичної медицини, ленної вотчини психотерапії.

У свою чергу, клінічній психотерапії, особливо вітчизняній, яка має за своїми плечима майже столітній досвід культивування фізіологічно-орієнтованої психотерапії-гіпнології, досить складно відразу перейти до категоріального апарату нейролінгвістики, тим паче ідентифікувати витримані в академічних традиціях поняття й терміни умовно-рефлекторної теорії і, наприклад, денотати структур «внутрішньої» мови.

Тому стає цілком очевидно, що змістовно-смісловне наповнення термінів і понять у рамках названих моделей психотерапії апелює до зовсім різних дискурсивних стилів, що тягне

за собою, окрім лінгвістичних, масу теоретико-методологічних, клініко-практичних, науково-дослідних та інших проблем.

Отже, між традиційною, близькою до класичної, академічною вітчизняною психотерапією і привнесеною психотерапією «нової хвилі» виявляються великі різночитання — навіть не беручи до уваги філософсько-методологічні й етнокультурні впливи¹⁹, що й зумовило формування в останні десятиліття «дисолютивних» тенденцій в психотерапії.

* * *

Низка понять, термінів, концептів протокольної мови психотерапії була денотована в процесі попереднього викладу — від дефініції [предмета] психотерапії до визначення (побічно) психотерапевтичної клініки, і буде пояснена далі — як, наприклад, *психотерапевтичний феномен* і *клінічний ефект-синдром*, про які вже йшлося раніше; тут належить дати визначення ще одному, ієрархічно організованому, класу важливих понять теорії і практики психотерапії: це граф «метод — методика — [психо]техніка — прийом — формула».

Так, психотерапевтичний **метод** є відносно стабільною сукупністю [методологічних] постулатів, феноменології та / чи понять і концептів, уявлень про структуру особистості, фізіолого-теоретичних обґрунтувань механізмів пато(сано)генезу, діагностичних прийомів, так само як і розроблених процедур і технік, сполучених із певними формами проведення психотерапії, — спрямовану на досягнення прогнозованого результату; метод має характеризуватися також напрацьованими уявленнями про професіональну підготовку (включаючи стилістику поведження) спеціаліста-психотерапевта і чітким визначенням сфери [клінічного] застосування (компетенції).

Для характеристики психотерапевтичного методу важливою, хоча й факультативною, умовою є наявність історико-персоналогічних даних.

Методика — утворення більш низького рівня, яке включає розроблене в рамках методу доцільне сполучення скла-

¹⁹ Про них ідеться відповідно у підрозділах «Соціально-філософські, методологічні та інші запозичення психотерапії» та «Етно-культуральна диференціація психотерапії».

даючих психотехніку прийомів та / або формул, організоване застосування яких із високою ймовірністю веде до досягнення шуканого [корекційно-терапевтичного] результату.

Психотерапевтична **техніка** (психотехніка) — це хронологічно й технологічно організована послідовність використання психотерапевтичних прийомів і формул, спрямованих на диференційовану експлуатацію різноманітних психотерапевтичних феноменів.

Психотерапевтичний **прийом** складає емпірично підтверджена сукупність психотехнічно детермінованих невербальних або поєднаних із формулами умисних впливів.

Психотерапевтична **формула** — це ефективна сукупність вербальних конструктів, які чинять зумовлені сугестивні та / або трансові, а також, можливо, наступні саногенні, дії.

* * *

Завдання подолання понятійно-термінологічних проблем психотерапії і формування універсальної протокольної мови, що має дискурсивно-стилістичну єдність, перебувають у нерозривному зв'язку з методологічними, загально-методичними, психотехнічними, клінічними, дисциплінарно-ідентифікаційними та іншими проблемами психотерапії.

У «Клініці психотерапії» [3] я значною мірою упорядкував, структурував (а багато в чому — і сформував) понятійно-термінологічну платформу, тезаурус психотерапії, і подав перший варіант її універсальної протокольної мови (фактично його зведенням став уміщений у цій монографії «Предметно-епонімічний покажчик»).

1.3. Соціально-філософські, методологічні та інші за- позичення психотерапії

Сучасна психотерапія не має якихось певних окреслених соціально-філософської й методологічної баз (певна річ, одвічна дилема «ідеалізм — матеріалізм» не може серйозно сприйматися як така); ті ж спеціальні методики, що базуються безпосередньо на соціально- чи культурфілософських доктринах або на методологічних концептах, є банальними дериватами цих доктрин — і в їхньому полі діяльності вони

найчастіше за все й залишаються, охоплюючи незначне коло [тих, що підлягають лікуванню / корекції] порушень і практично не інтегруючись із іншими методиками психотерапії.

Проте певні дії все ж таки простежуються, — ідеться, ясна річ, лише про тих з них, які або були продекларовані, або можуть бути виявлені без особливих натяжок і припущень (тому що інакше в довгій історії ідей можна відшукати будь-які аналогії і приклади, особливо за грубих і поверхових узагальнень). З іншого боку, виявлення якихось конгеніальних рис наближає до вирішення досить актуальних для психотерапії питань систематики, заснованої на генуїнній спорідненості, а не на психотехнічній близькості чи організаційно-декоративній схожості.

Характерною — стосовно психотерапії — рисою як соціально-філософських, так і загально-методологічних впливів є опосереднення через психологію; згідно з цією розповсюдженою, але раніше ніде не вербалізованою схемою, запозичення долає такий шлях:

соціально-філософська доктрина (вчення) чи методологічна система (концепція) → психологічні теорії і концепції [особистості] → психотерапевтично-психологічна варіація.

Основні — класичні — методи психотерапії — такі, як сугестія в її різновидах, раціональна і поведінкова психотерапії, та й, на початку, психоаналіз, — не мають чітких рис методологічної залежності, соціально- чи етико-філософської доктринальності, — хоча, звичайно ж, деякі середовищні запозичення, точніше загальний їхній план, цілковито очевидні. (У цьому розумінні класика психотерапії розміщена — і досить гармонійно — між методологічно стерильними психотехніками, що рідко трапляються, і прямими дериватами будь-яких [етико-]філософських доктрин.)

Таким чином, загальний абрис цих впливів цілковито помітний:

- вітчизняна «фізіологічна» психотерапія, як наступниця гіпнології й сугестології, — картезіанство;
- психоаналіз — філософія А. Schopenhauer'a (1788 — 1860), G.Th. Fechner'a (1801 — 1887) і F.W. Nietzsche (1844 — 1900) (так звана «філософія волюнтаризму»);

— поведінкова психотерапія — прагматизм, інкрустований позитивізмом.

Виражені філософські й методологічні впливи відчули (а точніше, ними вони й були інспіровані) в основному «синтетичні» методи — психотерапія «нової хвилі» — а також методи неокласичні (щоправда, в останньому випадку йдеться лише про методологічний патронат за наявності реальної клініко-психофеноменологічної бази, та й взагалі за умови збереження всіх академічних традицій).

Отже, основні генеалогічні позиції-відношення, що мають цілковито певне значення для розуміння сучасної ситуації в [клінічній] психотерапії, постають у такому вигляді:

— різноманітні варіації екзистенціальної («гуманістичної») психотерапії — екзистенціалізм, апліційований феноменологією; так, дазайн-аналіз (L. Binswanger, M. Boss (1903(4) — 1990), R. May, R. Kuhn (1912 — 2005) та інші) і логотерапія (V.E. Frankl) — філософія М. Heidegger'а та Е. Husserl'я (1859 — 1938);

— гештальт-терапія — феноменологія;

— пізні не-фрейдистські модифікації психоаналізу (J.-M.-É. Lacan (1901 — 1981)) — структуралізм;

— нейро-лінгвістичне програмування — [нео]позитивізм В.А.В Russell'а (1872 — 1970) («логічний аналіз»);

— психоаналітично-орієнтована психотерапія — глибинна психологія — «розуміюча» психологія, «філософія життя» W. Dilthey'я (1833 — 1911);

— психобіологічна терапія А. Мейер'а — філософія прагматизму (Ch. S. Peirce (1839 — 1914), W. James (1842 — 1910), J. Dewey (1859 — 1952), G.St. Hall (1844 — 1924));

— етнотерапія (М. Hausner, Z. Кошовá) — етнологія²⁰;

— симультанно-мнестична психотерапія — клініко-дисциплінарно-еволюційний аналіз — компетенційно-сентенційний архів-аналіз практик.

²⁰ Мається на увазі сукупність — досить різнорідна — етнологічних концепцій та ідей.

Слід зазначити, що тенденції екстенсивного розвитку психотерапії завжди виявляють зворотні кореляції з тенденцією зростання ступеня її методологічної і соціально-філософської детермінації.

1.4. Етно-культуральна диференціація психотерапії²¹

Залежність психотерапії від етно-культуральних чинників наочно ілюструється тим фактом, що існують етно-культурні середовища, де психотерапія як така відсутня, — при тому, що різноманітні психотехніки — ініціальні, корекційно-поведінкові, пєнологичні, сакральні та багато інших — вмонтовані у відправлення різноманітних соцієтальних практик.

Так, у суспільствах з вираженою релігійною рефлексією, компактним обрядовим насиченням, монотонною етнічною [само]свідомістю, щоденним соцієтальним патронажем сама поява психотерапії як такої серйозно запізнюється.

Чим насиченіше кожен із індивідів певної соціо-культурної спільноти вмонтований у систему відправлення соцієтальних практик (конфесіональних, статєвовікових, освітніх, владних та інших), чим жорсткіше фіксоване його місце (межі його статусно-рольової мобільності) у просторі реальних і дискурсивних (як щоденних, так і інтерпретуючих) практик, — тим менше шансів на виникнення повноцінної, розвитої, відмежованої дисципліни-психотерапії — і, отже, мережі надання профільної допомоги.

Навпаки, чим більш виражені процеси і явища «відчуження», чим більший ступінь індивідуальної свободи надається людині, тим ближче сама поява психотерапії — і тим тотальніший характер та форми її поширення.

На появу / відсутність психотерапії помітно впливає й урбанізація: психотерапія — практика переважно міської медицини.

Психотерапія, як ми знаємо, — взагалі й у цілому — європейський винахід.

²¹ Питання дискурсивного ряду «психотерапія — віросповідання» не обговорюються через їх вочевидь спекулятивно-кон'юнктурний характер, оскільки психотерапевтичні та релігійні практики безсумнівно належать до зовсім різних [соцієтальних] типів, за дійсної схожості використовуваних психотехнік. Позаконфесійність психотерапії була продекларована раніше (див. «Що таке психотерапія?»).

Ілюстрацією до сказаного раніше є поява таких психотерапевтичних варіацій, як дазайн-аналіз, — та інших видів «гуманістичної», екзистенціальної психотерапії, що мають, по суті, локальний, євроцентристський, урбаністичний характер.

І ще один приклад: там, де щоденна можливість (очікування) раптової [вимушеної] смерті входить до інтелектуально-поведінкові матриці та / або конституїровано аксиологічно, де допускається ймовірність існування життя після смерті, — навряд чи може з'явитися термінальна психотерапія.

Особливого значення облік етно-культуральних впливів набуває під час використання психотерапії в загальній системі [психічного] лікування етнопсихопатологічних синдромів.

* * *

Психотерапія ж як така у вузькому розумінні — тобто як медико-орієнтована практика, що зводиться до спрямованих, витриманих у рамках офіційно-медичних поглядів, науково-детермінованих і убраних у прийнятні соціальні реквізити й легітимні організаційні форми психотехнічних дій, — з'являється завдяки послабленню етнокультурних традицій та активізації секуляризаційних процесів.

Ще одна умова її виникнення — розуміння психотерапії насамперед як сукупності методів (або навіть методик і психотехнік), — певних рафінованих психологічних дій, що спираються насамперед на експлуатацію універсальних механізмів психічної діяльності, — причому зовсім не важливо, яких саме: інтрапсихічних (наприклад, класичний психоаналіз), індивідуально-колективних (подібних до патогенетичної психотерапії В.Н. Мясіщева), аксиологічно-загальнолюдських (на кшталт клієнт-центрованої психотерапії С.Р. Rogers'a) — тощо.

* * *

Ще одна характерна етно-культуральна тенденція в психотерапії — хоча це скоріше тенденція з приставкою «анти» — швидке очищення психотехнік від [етно-]культуральних елементів, що пов'язане з ідіосинкразією (хоча й поєднаною з немалим інтересом) європейської культури ХІХ — ХХ сторіч до всього не-європейського.

Зі зростанням виразності універсалізації культури, втратою етно-культуральної специфічності, проникненням «масової»

культури в усі регіони і етнічні спільноти, монотонності щоденного культурного життя, — а також з огляду на традиції міжнародного спілкування й співробітництва осіб, практикуючих психологію-психотерапію, — остання втрачає навіть ті нечисленні риси етно-культуральної специфічності, які ще зберігалися.

* * *

Водночас спостерігається і протилежний — на перший погляд дещо парадоксальний — процес.

Відомо, що за певних ситуацій — як це мало місце, наприклад, у випадку з такою навіть, здавалося б, методологічно інтактною і досить швидко онаученою технікою, як гіпнотизація, — етнокультуральні чинники за певний окремий проміжок часу можуть сприяти виникненню інтересу до психотерапії, — у крайньому разі до її психотехнічного боку.

Нині залучення до психотерапії етнокультуральних й етноконфесіональних елементів — простий і досить заманливий процес, привабливий своєю очевидністю, — оскільки вказівки на необхідність обліку культуральних соціо-середовищних особливостей не мали б нібито викликати заперечень.

Як зазначає Б.Д. Карвасарський і співавтори (2000) [4], в 90-х роках ХХ сторіччя у США поширюється погляд, згідно з яким окрім трьох основних напрямків — психоаналізу, біхевіоризму та «гуманістичної» психології — як «четверта сила» в психології[-психотерапії] має розглядатися *мультикультурне консультування* («multicultural counseling») (Р.В. Pedersen (нар. в 1936) [5 — 9]*). Останніми десятиліттями навчальні плани університетів США зазнали певних змін у зв'язку з прийняттям *мультикультурного тренінгу* як окремої дисципліни; досить об'ємна і література тематики «культура і терапія».

Ідеться про оформлення окремого напрямку в психотерапії — *транскультурної психотерапії*. Підкреслюється, що транскультурна психотерапія охоплює такі питання:

- лікування пацієнта — представника іншої культури (тут досить велике значення має проблематика міграції та еміграції);
- лікування пацієнта, чие страждання має «культуральні» причини (інтернаціональні шлюби та сім'ї, проблеми адаптації після еміграції, спілкування з ближніми — представниками іншої культури, транскультурне нерозуміння);
- особливості психотерапевтичних відносин та самого процесу лікування, коли пацієнт і психотерапевт належать до різних культур;

- прийняття психотерапевтичних прийомів і методик [із інших культур, — а також складності, пов'язані з їхнім застосуванням (якщо не проведено культуральної модифікації)];
- транскультурні аспекти захворювань (і відносність понять, якими позначають хвороби);
- відповідальність психотерапевта в зростаючому мультикультурному суспільстві (культуральні питання [само]ідентифікації окремих людей, наслідки міграції);
- розвиток методик і підходів, ефективних у транскультурному суспільстві.

Проте якщо легке етнокультурне аранжування можна визнати припустимим — хоча це, звичайно, цілковито кон'юнктурна, навіть у плані науково-дослідної програми, а також вигідна ідеологічно практика, — то введення віросповідних, як і містико-езотеричних, елементів до психотерапії має бути, як зазначалося раніше, категорично заборонено.

А проте, незважаючи на нинішню атмосферу тотального і майже обов'язкового декларування прихильності до транскультуральності, слід констатувати, що майже кожна така «транскультурна психотерапія» є насправді етнічно конотованою — це стосується і дискутованої останніми роками як «базової транскультуральної моделі» психотерапії так званої «позитивної» психотерапії N. і H. Peseschkian'ів [10 — 12]*, сформованої на експлуатації специфічних етно-культуральних, навіть етно-національних, елементів.

* * *

Відзначене раніше стосується і такого, здавалося б, універсального, культурально-інтактного методу психотерапії, як психоаналіз, — а про «транскультурний психоаналіз», до речі, говориться досить тривалий час (зокрема — G. Devereux [13]*).

Проведені мною дослідження — я маю на увазі вже згадану «Драматургію інцеста» [2] — показано жорстоку єврокультуральну детермінованість психоаналізу, частково — вплив античної класики.

Виявилось, що між психоаналізом і так званою «аналітичною» драмою [Софоклῆς'а] існують виражені елементи спадкування. При порівнянні загального контексту останньої і даних психоаналізу, його психотехнічної манери і щоденного втілення помітна їхня безсумнівна близькість, щоб не сказати — змістовна, технічна і антуражна ідентичність.

Про джерела психоаналізу — переважно його філософських і психологічних запозичень — написано багато; генеалогічно-етимологічному аналізу підданий практично кожен його постулат, концепт і навіть психотехнічний прийом: *непритомність* і *свідомість*, *пригнічення* і *витіснення*, *опір* і *перенос*, «*психічна енергія*» і *лібідо*, *сексуальність* і *цензура*, *тлумачення снів* і *вільні асоціації*, а також багато інших (навіть сам термін «психоаналіз», як вважають, не належить Freud'у).

Вочевидь, психоаналіз зорієнтований на *катарсис*; це *катартичний метод*. Уже лише це зближує психоаналіз і давньогрецьке драматичне мистецтво.

По суті, він виріс, за твердженням самого Freud'a, із психокаристичного методу J. Breuer'a.

Breuer використав гіпноз для лікування моносимптомів при істерії — розладів руху, мови, зору, пам'яті тощо. Пацієнту, що перебуває у стані гіпнотичного сну, було запропоновано згадати події, які здогадно викликали той чи інший симптом. Breuer виходив із того, що афективно забарвлені враження, у силу певних причин витіснені зі свідомості, продовжують впливати на людину і можуть патологічно змінювати її поведінку. Якісь думки чи імпульси виявляються несприйнятливими для індивіда, а їхніми «замісниками» стають симптоми істерії.

Вважалось: аби домогтися лікувального ефекту, необхідно мати стан гіпнотичного сну, в якому можливе звільнення від травмуючих емоцій, шляхом «катарсису», — якщо неприйнятним думкам (чи імпульсам) надається можливість знову проявитися в свідомості, настає полегшення і «замінюючі» їх симптоми або зникають, або стають менш вираженими.

Цей феномен позбавлення від симптому при згадках про психотравмуючі ситуації у стані гіпнотичного сну Breuer і назвав давньогрецьким словом-терміном «*κάταρσις*».

Поняття «*κάταρσις*» означає «очищення» (від злочину чи гріхів). Теорія катарсису введена Аристотелем Стагіритом в «*Поетиці*» [14] (подібно до більшої частини систематичних трактатів 'Αριστοτέλης'a, що дійшли в конспективній формі, не призначеної для публікації); тлумачення деяких місць цього трактату утруднене — це стосується і вчення про «катарсис», «очищення». (До речі, найрізноманітніші практики «очищення» широко використовували у грецькій релігійній обрядовості; добре знайоме грекам уявлення про «катарсис» було перенесено з релігійно-медичної сфери в естетичну.)

У шостому розділі «*Поетики*» 'Αριστοτέλης дає визначення трагедії — і, поряд з іншими її ознаками, вказує на катарсис: «Трагедія є відтворення дії серйозної і викінченої, яка має певну величину, [відтворення] усолоджуючою мовою, різноманітними її видами окремо в різних частинах, — відтворення дією, а не роз-

повіддю, вироблюючи за допомогою співчуття й страху катарсис подібних афектів». (Про катарсис у застосуванні до впливу музики говориться і в трактаті *«Політика»* [15]*, але там Аристотеліс відсилає до *«Поетики»*, в якій обіцяє детально пояснити поняття. Однак цього пояснення в *«Поетиці»*, — принаймні в збереженій першій книзі, — віднайти не поталанило.)

Вчення про катарсис викликало чимало тлумачень, що зводяться до двох основних планів: *морального* і *терапевтичного*.

Перше тлумачить поняття «катарсис» у моральному розумінні. Трагедія «очищує», тобто облагороджує, почуття. Так розуміли Аристотеліс а теоретики класицизму XVII — XVIII сторіч, а потім Г.Е. Lessing (1729 — 1781), G.W.F. Hegel (1770 — 1831) та інші. Суперечка між ними йшла лише про те, в чому саме Аристотеліс мусив убачати благотворний моральний вплив страху й співчуття, викликаних трагедією, — чи в почутті змирення з долею, чи в створенні певної рівноваги між егоїстичним відчуттям страху і альтруїстичним відчуттям співчуття чи, можливо, в чомусь іще. Коментатори виходили при цьому із власних уявлень про загальний характер морального вчення Аристотеліс а: опори для тлумачення моральної функції катарсису в тому чи іншому смислі авторський текст не подає. У *«Поетиці»* неодноразово говориться про задоволення, яке створюється завдяки пробудженню відчуття страху і співчуття, — але ніде не йдеться про їхній безпосередній моральний вплив.

Інше тлумачення, яке намітилося ще в XVI сторіччі і детально розвинуте до 1857 року Яковом Бернайсом (Jacob Bernays) (1824 — 1881) у праці *«Grundzüge der verlorenen Abhandlung des Aristoteles über Wirkung der Tragödie»* [16], розшукує походження вчення про катарсис у медико-терапевтичній сфері, — зокрема в галузі релігійного лікування. На цю думку наштовхують міркування самого Аристотеліс а в «Політиці» — про катартичне значення музики. Він вказує на прийоми, що застосовувалися при лікуванні «ентузіастичних» (кликунських) станів. Таких хворих лікували й «очищували», виконуючи перед ними «ентузіастичні» мелодії, — що викликали підвищення афекту і наступне його «звільнення». «Те саме, — говорить Аристотеліс, — відчувають, звичайно, люди жалісливі, боязкі і взагалі схильні до афектів, а також і решта, кому ці афекти властиві». І далі: «Афекти, що сильно проявляються у психіці деяких індивідів, властиві всім людям, і різниця лише в ступені інтенсивності». До цих афектів Аристотеліс відносить співчуття й страх. Тому всім доступні «свого роду катарсис і полегшення, пов'язане з насолодою»; окрім того, — «катартичні мелодії дарують людям нешкідливу радість».

З точки зору медико-терапевтичного тлумачення суть катарсису полягає у збудженні афектів із метою їхньої розрядки. По-

легшення, яке глядач при цьому відчуває, викликає відчуття задоволення, — і в цьому специфіка насолодження від трагедії (дослідження застосування терміна «катарсис» у 'Арістотел'а й інших античних теоретиків підтверджують правильність саме терапевтичного тлумачення).

Проте при всіх тлумаченнях катарсису безсумнівним залишається одне: 'Арістотел' вважає дію трагедії на психіку благотворною, і теорія катарсису є спробою пояснити, в чому ця корисність полягає, — так само як у чому полягає сутність задоволення глядача від вистави, яка викликає в ньому відчуття страху й співчуття.

(Безпосередньо на феномен катарсису зорієнтована також психодрама, запропонована J.L. Moreno [17]*. Остання ще більше, ніж психоаналіз, фіксована на досягненні катартичного ефекту. Найцікавішим є те, що в психодрамі повною мірою розгортається натуральна драматична дія; тут пацієнт навіть набуває наймення *протагоніста*.)

Звернемося тепер до відмітних драматичних особливостей і нововведень Софокл'а, які дають змогу говорити про існування відносин спорідненості між психоаналізом і аналітичною драмою: з відомим огрубленням всі вони можуть бути залучені до психоаналітичного методу Freud'a.

Софокл' подав «трагічний аналіз» як особливу драматургічну техніку.

Так само й психоаналітична техніка була відносно новою відносно щоденних психотерапевтичних практик.

Ретроспективне [ні]знання в драматургії Софокл'а міститься в центрі сюжету — принаймні в «Цареві Едіпі» [18].*

Подібно цьому, лікувальний метод психоаналізу полягає в усе більш заглибленому в минуле дізнанні; виявлення-усвідомлення ж трагічно-інцестуозної сексуальної причини [неврозу] є основним терапевтичним чинником (катарсис, чи відреагування, абреакція).

Специфічне аранжування цього процесу пізнання-усвідомлення в Софокл'а характерне і для психоаналізу; воно втілене в його логіці та феноменології: надзвичайно яскраво виражені як символізм, так і отір фактам, що відкриваються.

Так само, як Едіп спочатку шукає причину моровиці, потім — убивцю попереднього царя, Лайя, — а після переходить до розслідування свого походження, в процесі аналізу виникає маса символічних фігур, подій та дій, — які, на перший погляд, не мають між собою зв'язків; процес весь час відхиляється вбік — аналогічно тому, як це було з підозрами Едіпа стосовно причетності до звинувачень Тиресія свого шурина-дяді Креонта, який справді міг претендувати на трон. Аналізування зустрічає виражений опір — такий самий, як зустрів Едіп з боку осіб, які розуміють — через свою участь в минулих подіях, — до чого призведе розпочате ним дізнання.

Отже, в процесі психоаналітичної терапії пацієнт болісно прямує до джерел свого захворювання, й істини, що відкриваються

йому, як правило, вельми безсторонні.

Третій актор Софоклῆς'а — це завершаюча новина, і вона не залишилася без уваги Freud'a.

Саме Freud уводить до перипетії душевного життя незримо присутнього третього; це майже завжди — батько, на якому сфокусовано інфантильний — інцестовий — потяг. (Досі немає іншої такої психотерапії — де в центрі терапевтичної сцени височіли б грандіозні фігури минулого.)

Здійснене Софоклῆς'ом зменшення ролі хору також має психоаналітичні аналогії.

Freud практично виключає вплив оточення (колективу, групи), позбавляючи участі в долі індивіда.

І такі сценічні новинки, як декорації, введення яких приписується Софоклῆς'у, посідають важливе місце в обстановці психоаналітичного прийому.

[Класичний] психоаналіз створює облігатну атрибутику терапевтичної дії — кушетка, розташування аналітика за пацієнтом, детально визначена стилістика поводження та інше.

Те саме стосується й низки спеціальних пристосувань, зокрема котурнів, — психоаналіз досить вишуканий в гіперболізації, а також у наданні своїм спостереженням і напруженням виняткового, універсального статусу.

Саме в рамках раннього психоаналізу були запропоновані (С.Г. Jung'ом) своєрідні «психічні котурни» — комплекси, що збільшують приватні інтрапсихічні конфлікти — головним чином сексуальні, а серед них переважно інцестові, — до неадекватних, гігантських розмірів. Більшості з них дуже швидко приписали властивості універсальності й обов'язковості.

Ці комплекси надто нагадують сценічні образи античного театру: вони мають вигляд нібито викінчених, єдиноданих фігур, — кожна з яких оздоблена своїм кольором, відіграє певну роль і навіть володіє безпомилково упізнаваною вимовою; крім того, усі вони посідають чітко відведені їм місця.

Тенденції до найсуворішої драматичної архітекtonіки, прописані Софоклῆς'ом, знайшли гідного продовжувача в особі Freud'a.

Психоаналіз — найсуворіший (аби не сказати «косний») за формою (і тривалий) вид психотерапії. Саме в психоаналізі розроблені й неухильно підтримувалися — принаймні тривалий період — найсуворіша архітекtonіка, жорсткий протокол — як окремих сеансів, так і всього аналітичного процесу.

Напрошується парадоксальний, але неминучий висновок: психоаналіз — не що інше, як пропущена через свідомість невротичної особистості Freud'a, прикладена до психопатологічного ґрунту, виписана в цілковитій відповідності до нормативів позитивізму техніка «аналітичної» драми.

* * *

Із дискутованих останніми десятиліттями — з різним ступенем інтенсивності — зразків культурально-детермінованих методик психотерапії можна назвати *етно-*, *морита-*, *найкан-терапію* та деякі інші.

Етнотерапія (Z. Kočová, M. Hausner [19]*) — метод групової психо(соціо)терапії, що експлуатує терапевтичні ефекти явища групової динаміки в супроводі етнологічного декору та виявляє наявний зв'язок із етнологічними ідеями в цілому.

Морита-терапія (Sh. Morita (1874 — 1938) [20 — 23]*) є комплекс прийомів, багато в чому ідентичних дзен-буддизму, в сучасній поверховій терапевтично-акцентованій обробці, спрямованих на купірування етнокультурально-детермінованих високоспецифічних розладів за умов японського суспільства.

Найкан-терапія (японське «найкан» — саморефлексія, самоспостереження) — модифікована медитативна практика, подана як форма психотерапії (розроблена I. Yoshimoto (1916 — 1988)); її мета — викликати усвідомлення вини й водночас відчуття того, що людина може мати любов і опіку, незважаючи на свою недосконалість [24]*.

Подібній практиці етнокультурного аранжування психотерапії можна протиставити зворотний процес пурифікації: наприклад, аутогенне тренування (медитація) J.H. Schultz'a, незважаючи на те що її психотехніка була фактично калькована з давньоіндійських культур-філософських систем (йога), є культурально-інтактною.

* * *

Таке розуміння етно-культуральної диференціації — а точніше, детермінації — психотерапії дає змогу сформулювати уявлення про необхідність усвідомлення спеціалістом цілісного культурального контексту [терапії], — користь якого для вибору й проведення [психотерапевтичного] лікування, ясна річ, очевидна, — проте в більшій мірі це стосується впровадження або розробки нових методів психотерапії. При цьому, певна річ, мова йде не про створення якихось особливих культур-діагностичних чи інтерпретаційних процедур — що перебуває поза компетенцією медичної практики, — а лише про навички щоденного етнологічного мислення і здоровий розум.

Рекомендована література

1. *Binswanger L.* Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins. — Zweite Aufl. — Zürich: Max Niehans [Verlag], 1953. — 726 S.
2. *Binswanger L.* Wahn. Beiträge zu seiner phänomenologischen und daseinsanalytischen Erforschung. — Pfullingen: [Verlag] Günther Neske, 1965. — 211 S.
3. (*Husserl E.*) *Гуссерль Э.* Философия как строгая наука: Пер. с нем. / Сост., подгот. текста и примеч. О.А. Сердюкова; Вступ. ст. «Memento mori (По поводу теории познания Эдмунда Гуссерля)» Л. Шестова. — Новочеркасск: Агенство «Сагуна», 1994. — 368 с.
4. (*Dilthey W.*) *Дильтей В.* Описательная психология / Пер. с нем. Е.Д. Зайцевой; Под ред. Г.Г. Шпета. — Москва: Русский книжник, 1924. — V, 119 с.
5. *Морозов В.М.* О современных направлениях в зарубежной психиатрии и их идейных истоках / Предисл. А.В. Снежневского. — Москва: Медгиз, 1961. — 268 с.
6. *May R.R.* Love and Will. — New York: W.W. Norton and Company Inc., Publishers, 1969. — 352 p.
7. *May R.R.* Power and Innocence: A Search for the Sources of Violence. — New York: W.W. Norton and Company, Inc., 1972. — [2], 283, [3] p.
8. *May R.R.* Freedom and Destiny. — New York: W.W. Norton and Company, 1981. — [XII], 275, [1] p.
9. *Овчаренко В.И.* Психоаналитический глоссарий / Предисл. М.Г. Ярошевского. — Минск: Вышэйшая школа, 1994. — 307 с.
10. (*Russell B.*) *Рассел Б.* Исследование значения и истины / Пер. с англ. Е.Е. Ледникова, А.Л. Никифорова; Общ. ред. и примеч. Е.Е. Ледникова. — Москва: Идея-Пресс, Дом интеллектуальной книги, 1999. — 400 с.
11. Транскультуральные исследования в психотерапии / Под ред. М.М. Кабанова, Б.Д. Карвасарского и др. — Ленинград: Медицина. Ленинградск. отделение, 1989. — 456 с.
12. *Frankl V.E.* Man's search for Meaning: an Introduction to Logotherapy / Part one transl. by I. Lasch; Pref. by G.W. Allport. — 3rd Ed. — New York: Simon and Schuster, 1984. — 189 p. — (A Touchstone book). — (Изд. на рус.: *Франкл В.[Е.]* Человек в поисках смысла: Сб.: Пер. с англ. и нем. / Общ. ред. Д.А. Леонтьева. — Москва: Прогресс, 1990. — 368 с.).
13. (*Foucault M.*) *Фуко М.* История безумия в классическую эпоху: Пер. с фр. И.К. Стафа / Вступ. ст. З.А. Сокулера. — Санкт-Петербург: Университетская книга, 1997. — 576 с.
14. *Heidegger M.* Sein und Zeit. — Tübingen: Niemeyer, 1963. — XI, 437 S. — (Пер. на рус.: *Хайдеггер М.* Время и бытие: Статьи и выступления: Пер. с нем. / Сост., вступ. ст., коммент. и указ. В.В. Библихина. — Москва: Республика, 1993. — 447 с. — (Мыслители XX века).) — (Пер. на англ.: *Heidegger M.* Basic Writings: From Being and Time (1927) to the Task of Thinking (1964) / Ed., with General Introd. and Introd. to Each Selection, by D.F. Krell. — New York: Harper and Row, Publishers, 1977. — XVI, 397, [3] p.).
15. (*Schopenhauer A.*) *Шопенгауэр А.* Мирь как воля и представление / Пер. [съ нѣм.] А. Фета. — Санкт-Петербургъ: Тип. М.М. Стасюлевича, 1881. — XXXVI, 490 с. — (Изд. на нем.: *Schopenhauer A.* Die Welt als Wille und Vorstellung; 2 Bd. — Dritte, verb. Aufl. [Erste Aufl. 1819]. — Leipzig: F.A. Brockhaus, 1859. — Bd. I. — [III] — XXXII, 634 S.; Bd. II. — [III] — VI, 740 S.).

Контрольні питання

- (1) Найважливіші особливості психо[терапевт]ичного дискурсу: аргументи й апеляції, тематика й проблематика, порушення й розриви.
- (2) Основні проблеми протокольної мови психотерапії; способи їхнього подолання.
- (3) Причини поняттєво-термінологічного конфлікту між медичною і психологічною моделями психотерапії.
- (4) Прояв термінологічного дисонансу в рамках психотерапії «нової хвилі».
- (5) Зміст, відмінність та ієрархія понять «метод», «методика», «[психо]техніка», «прийом», «формула».
- (6) Шляхи і механізми впливу соціально-філософських доктрин та методологічних систем на методи й методики психотерапії.
- (7) Методологічні й соціально-філософські джерела та запозичення класичних, синтетичних і неокласичних методів / методик психотерапії.
- (8) Етно-культуральні чинники виникнення й детермінації психотерапії.
- (9) Етнокультурні аранжування психотерапії.
- (10) Етно-культуральні особливості у щоденній клінічній та науково-дослідницькій практиці; необхідність обліку етно-культуральних впливів при психотерапії етнопсихопатологічних синдромів.
- (11) Декларація позаконфесійності психотерапії.

Розділ 2

КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПІЇ

Перше, чого слід торкнутись у цьому розділі, — це *обґрунтування [сфери] пато-нозологічної компетенції* (respective клініки) *психотерапії: що таке психотерапевтична клініка? як її можна охарактеризувати?* Хоча відповідь на це запитання є нібито очевидна — *психотерапевтична клініка є клініка психогеній*, — проте не настільки проста, оскільки підводить до *retra scandali* (і, треба сказати, *lapis offensionis* також) психічних клінік взагалі, якими б вони не були: до питання про роль *психогеній*, вічної Буриданової дилеми «психогенне / органічне», куди нещодавно введено третю складову: *ендогенність* (це, між іншим, майже нічого не змінило, хіба що тепер ми мислимо в континуумі «психогенне / ендогенне-або-органічне»).

2.1. Характеристика [сфери] пато-нозологічної компетенції (клініки) психотерапії

Психотерапія, як кожна [клінічна] медична дисципліна (практика), має свою клініку, під якою розуміється *сфера її пато-нозологічної компетенції*.

Історично клініка психотерапії формувалася в тих різноманітних площинах, які поєднувалися з необхідністю застосування «психічного лікування», в усій різноманітності його понятійно-смыслових і практичних відтінків. Проте з позицій сучасного, сьогоdnішнього, членування [сфер компетенції] клінічної практики клініка психотерапії має вигляд пересікання клінік низки інших медичних дисциплін — психіатрії, неврології, соматичної медицини тощо.

З іншого боку — і це вже не більш аніж вторинний процес, похідне, — походження психотерапії можна бачити в експансії психіатричних, а також [експериментальних] психологічних, методів до [інших] сфер практичної медицини, навіть до медицини популяційної (поширення на здорове населення, яке нібито страждає від «стресу», різноманітних методів його «зняття»).

По суті ж, клініка психотерапії включає пато-нозологічні форми, стосовно яких психотерапія є основним (чи навіть єдиним) методом лікування, — тобто захворювання, які, через ті чи інші причини — етіопатогенетичні, клініко-прогностичні, організаційні та інші — курирує практично винятково психотерапевт.

До їхнього числа потрапляють *кризові стани, невротичні й соматоформні розлади, психосоматичні захворювання, низка поведінкових синдромів* (котрі в ICD-10 розглядаються як пов'язані з фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками), *розлади [зрілої] особи і поведінки*, а також різні форми *хімічної залежності*. (Клініка дитячої психотерапії відрізняється вираженою специфікою і включає дещо ширший і більш дифузний спектр пато-нозо-синдромальних форм.)

Результати проведених раніше досліджень [1 — 4] дали змогу провести обґрунтування [сфери] пато-нозологічної компетенції (клініки) психотерапії — як на основі її столітньої практики — практики медичної, клінічної, так і на основі власних спостережень (психотерапевтична практика, досвід роботи в психіатричних клініках-установах, дефектологічні — медико-педагогічні — студії, сексологічний прийом, дослідження в галузі медичної соціології та багато іншого).

До пато-нозологічних форм, що підлягають, за деяким винятком, курації переважно (а інколи і винятково) психотерапевтичними методами, увійшли такі:

- реакції дезадаптації;
- соматоформні й невротичні розлади;
- психосоматичні захворювання;
- поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями (перш за все, це сексуальні розлади і розлади сну);
- специфічні розлади особистості (психопатії);

- різноманітні форми хімічної залежності;
- зрештою, [реактивні] психози.

Як основний етіологічний (етіопатогенетичний) чинник у виникненні зазначених груп пато-нозо-синдромальних форм (за винятком психопатій — у цьому випадку йдеться про психогенну декомпенсацію) розглядається *психогенія*.

Під психогенією розуміється комплекс чинників, патогенна дія яких опосередкована через психічну сферу.

Проте, перш ніж перейти до розгляду ефектів психогеній, спробуємо на мить зупинитися на проблемі еволюції самого поняття «психогенія», точніше його денотату (змісту). Це питання особливо важливе тому, що соціо-психічні реакції — ті, які ми оцінюємо, тлумачимо, кваліфікуємо як *клініко-психопатологічні прояви*, — залежать від сутності цього цілковито аморфного концепту / феномена.

Що таке психотравма і яку відповідь вона матиме в кожному столітті європейської історії після Сотера? Чи психотравматична *паядиката* для давньогрецького ефебу? Що таке психотравма для середньовічного вілана? Що таке відхилення у поведінці, котре тягне за собою психогенно-значущі санкції, в X сторіччі? Яка психогенія летальна для катару XI сторіччя? Як відчуває себе звинувачена у чаклунстві в XVI сторіччі?

Наша нормологія — і особливо її соціо-психічна складова — має досить істотні огріхи: їй бракує будь-яких постійних підстав.

Доцільно — й логічно закономірно — звернутися до систематики психогеній. Грунтуючись на даних [вузько]спеціальної літератури та результатах досліджень, визначаємо, що за мірою вираження і характером відповіді ефекти психогеній можуть бути розподілені таким чином.

1-й рівень — *ефекторно-адаптивний* — поза хворобою або і до неї, — коли або ступінь вираження, або зміст переживань інконгруентні певній хворобливій формі — клінічно-значущим (і критеризованим) розладам²².

2-й рівень — *невротичний, або соматоформний*, — це системно-органні неврози. Тут психогенія за характеристиками і за ступенем суб'єктивної значущості перебуває в рамках

²² Це «реакції дезадаптації», за Ю.А. Александровським (1976) [5] та С.Б. Семичовим (1982) [6].

соціального рівня ставлення [даної] особи. За такої ситуації відповідь реалізується в межах невротичного й соматоформного реєстрів симптоматики. В останньому випадку — це класичні форми органних неврозів, або «функціональних синдромів» (за Th. Uexküll [1, 2]*).

У рамках органних неврозів слід назвати псевдосоматичні — психопатологічні — розлади, що формуються без участі реальної соматичної патології; у їхніх межах, як правило, реалізується коморбідність соматоформних і тривожно-фобічних розладів. Виділяють кардіо- і ангіоневрози, синдром гіпервентиляції (психогенна задишка), ахалазію (кардіоспазм), синдром «роздратованого» шлунка, «роздратованої» (або «збудженої») товстої кишки, «роздратованого» сечового міхура тощо.

До найсприятливіших варіантів належать *органні неврози з кардіореспіраторними функціональними розладами* (кардіоневроз, синдром dAcost'i, гіпервентиляційний синдром та деякі інші). Прояви кардіоневрозу, за даними різних авторів, реєструються в кожного десятого пацієнта, які звертаються за консультацією до кардіолога (кардіоневротичні розлади — основна причина гіпердіагностики хвороб серця в загальносоматичній практиці). Клінічна картина кардіоневрозу визначається транзиторними функціональними кардіореспіраторними порушеннями, що виявляються кардіолгіями, змінами ритму серцевих скорочень (синусова тахікардія, екстрасистолії, відчуття посиленого серцебиття) і дихальних рухів (прискорене, аритмічне та / або поглиблене дихання, що часто супроводжується відчуттям задухи чи неповноти вдиху).

Органні неврози з функціональними порушеннями шлунково-кишкового тракту — синдром «роздратованого» шлунка, «роздратованої» товстої кишки, — спостерігаються, за даними епідеміологічних досліджень, у 13—52 % (!) хворих, що приходять на гастроентерологічний прийом. До функціональних порушень із боку шлунка належать печія, алгії і відчуття розпирання та / або перенаповнення, нудота, блювання, відрижка.

Органні неврози з функціональними розладами сечостатевої системи виявляються приблизно в 15 % усіх випадків встановлення діагнозу «цистит». Клінічна картина неврозу сечового міхура (синдром «роздратованого» сечового міхура) визначається цисталгіями та функціональними розладами випорожнення сечового міхура — частими позивами на сечовипускання з невеликим об'ємом виділюваної сечі.

3-й рівень — *психосоматичний*; тут уже психогенія захоплює біологічний рівень функціонування індивіда (тобто виходить за рамки психологічної значущості).

На цьому рівні психогенія може бути реалізована за двома напрямками — реактивні психози²³ і психосоматози (класичні форми останніх: гіпертонічна хвороба, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, бронхіальна астма, нейродерміти).

4-й рівень — *ендоформний*, — коли внаслідок дії психогенії («вирішальний» чинник) відбувається розвиток («розв'язання») ендогенних психозів.

5-й рівень — *летальний* — раптові смерті без з'ясованої причини (згідно з патологоанатомічними даними, у вагомому відсотку випадків раптових смертей при аутопсії не виявляється патоморфологічних змін, несумісних з життям [7]).

Таким чином, клініка психотерапії, що має давню [соціетальну] історію, поступово втрачала свою ідентичність, чи, скоріше, дивергувала, і із широкого кола розладів психіки та поведження, що потребують «психічного лікування», відсепарувалися [«велика»] психіатрія і, у значно меншій мірі, частково, неврологія. Але ті розлади, які з часу W. Cullen'a (1710 — 1790) [3]*, а пізніше й U. Trélat (1795 — 1879) [4]* розумілися як «неврози», збереглися в компетенції психотерапії (проте, що важливо, за умов дисоціації організаційних форм надання допомоги). Ще одна когорта розладів — психоматози і, ясна річ, соматоформні розлади — перманентно курсує між соматичною медициною та психотерапією-неврологією.

Слід констатувати, що клініка психотерапії потребує детальних лонгітудінальних, методологічно — в рамках інтрадисциплінарної концепції психотерапії — витриманих пато-нозологічних досліджень, у тому числі з метою розробки превенцій для тих психогенних, по суті, станів, які не підлягають (нині) психотерапевтичній curaції, — як у зв'язку з недостатнім усвідомленням ролі психогенії, так і через низьку валентність існуючих методів психотерапії.

²³ Реактивні психози, як і ендогенні, давно курируються в рамках «великої» психіатрії.

2.2. Поняття пато-нозологічної конгруентності та критерії вибору методів і методик психотерапії

Під час вибору тих чи інших методів, методик і технік психотерапевтичного впливу традиційним є підхід декларування показань / протипоказань²⁴ до застосування різноманітних методів і методик психотерапії.

У цій праці питання *показань* до застосування, по суті, викладаються як проблема [критеріїв] *пато-нозологічної конгруентності*: фактично традиційний для психотерапії шаблон «можливості методу — приховувана патологія» замінений клінічно адекватною послідовністю «сутність пато-нозологічної форми — психотерапевтичний діагноз — підбір конгруентного методу». Внаслідок цього я відмовився від своєрідних — прийнятих — кон'юнктурно-професійних «рецептів навпаки»: «показаннями для гештальт-терапії є...», «нейро-лінгвістичне програмування може використовуватися в лікуванні...» тощо. (Схожі сентенції припустимі лише для формальних описів / викладення методу — і тільки з метою ознайомлення.)

Отже, правомірність існування такого — шаблонного — підходу сумнівна, і я наполягаю на розумінні подібних декларацій винятково як характеристик можливостей (компетенції) методу.

Проаналізуємо — на прикладі найпоширенішої і звичайної *гіпнотерапії* — ситуацію існування показань / протипоказань [за основними методами].

Так, показанням до використання гіпнотерапії в комплексі лікування визнається наявність у хворих суміжних нервово-психічних розладів, перш за все психогенного походження. Менш ефективна гіпнотерапія за неврозподібних розладів, зумовлених соматогенними причинами.

²⁴ *Протипоказання* до застосування методів (методик) психотерапії в «*Клінічній психотерапії*» [1; 2] розглянуті під час опису кожного з них — через тісне асоціювання (більшого зчеплення власне з методом / методикою / психотехнікою): мається на увазі, що протипоказання / ускладнення є частіше наслідком психотехнічно-феноменних особливостей методу. Внаслідок цього *протипоказання* цілковито підлягають узагальненням, систематизації і, отже, уніфікації (в розумінні організації їх у певний, відносно константний, реєстр).

Подібно протипоказанням, *ускладнення* асоційовані, як правило, безпосередньо з психотехнічними особливостями (ворітними феноменами, інтеркурентними клінічними ефект-синдромами / їх корелят-механізмами, післядією тощо) методів і методик психотерапії.

При цьому її варто застосовувати, як правило, на початковому етапі психотерапії. В той самий час у ряді випадків за допомогою гіпнопсихотерапії вдається домогтися не лише корекції неврозоподібних порушень, а й досить вираженого регресу соматоневрологічної симптоматики.

Очевидно, що такого рівня відповідності пато-нозологічних проявів і можливостей психотерапії явно недостатньо.

Дещо ближчим і адекватнішим клінічній практиці є поняття «патогенетично обґрунтований метод». Проте це стосується лише однієї зі сторін — а саме уявлень про патогенез захворювання, і саногенна дія психотерапії розглядається у ключі «усунення причини» хвороби або переривання якоїсь із патогенетичних ланок.

У зв'язку із цим мною було введено поняття пато-нозологічної конгруентності, тісно пов'язане з уявленнями про асоційований з методом психотерапії [саногенний] феномен, а також про клінічний ефект-синдром, який за своїми корелят-механізмами відповідає існуючим уявленням, доведеним як клініко-теоретичним, так і експериментально-дослідним шляхами, про патогенез захворювання.

Отже, під пато-нозологічною конгруентністю (лат. *congruentis* — домірний, відповідний, такий, що збігається) розуміється відповідність етіологічних і патогенетичних особливостей захворювання та саногенетичних можливостей психотерапевтичного методу за умови близькості етіопатогенетичних механізмів захворювання і корелят-механізмів (корелят-патернів) клінічного ефект-синдрому, який досягається в процесі психотерапії.

Додаткові критерії пато-нозологічної конгруентності такі:

- 1) єдність (збіг) дискурсивних стилів діагностики (а також клінічних — протокольних і суб'єктивних — описів) і терапії;
- 2) відповідність (збіг) хронології (тривалості) захворювання і тривалості застосовування методу психотерапії;
- 3) поєднаність терапевтично-фармакологічного фону і застосовуваного психотерапевтичного методу (необхідний облік особливостей їхньої взаємодії, — оскільки вони можуть викликати потенціювання, послаблення, парадоксальну реакцію; окрім того, можуть взагалі бути відсутні якісь взаємовпливи).

* * *

У сучасній професійній літературі зазначається, що вибір форм і методів психотерапії визначається низкою чинників.

По-перше, нозологічною належністю психології — для вибору етіопатогенетично-тропної психотерапевтичної дії.

По-друге, особистісно-характерологічними особливостями пацієнта.

По-третє, [відносною] перевагою якогось із рівнів симптоматики.

По-четверте, професійною й особистісною [ауто]ідентифікацію психотерапевта.

По-п'яте, концептуально-методологічною основою [психотерапевтичного напрямку], яка визначає характер коригуючої дії.

Окрім того, під час вибору методів та методик психотерапії необхідний облік *психотерапевтичних цілей* [5, с. 628]*.

Суворе визначення мети психотерапевтичної дії сприяє підбору змісту і побудові процесу психотерапії, організації психотерапевтичної допомоги і, зрештою, вибору конкретного методу.

На підставі досліджень були сформульовані такі критерії вибору методів та методик психотерапії [і психокорекції]:

- 1) конгруентність етіологічних і патогенетичних особливостей захворювання та саногенного психотерапевтичного феномену;
- 2) відповідність клінічних проявів захворювання і клінічних особливостей психотерапевтичного ефект-синдрому;
- 3) близькість механізмів патогенезу нозо-синдромальної форми нейро(біо)хімічних, нейропсихологічних, нейро(електро)фізіологічних корелят-механізмів досяжних ефектів-синдромів;
- 4) несуперечність (оптимально ж — [взаємо]потенціювання) традиційного для цього захворювання фармакотерапевтичного фону та використовуваного методу психотерапії;
- 5) компліментарність і конгруентність застосовуваної психокорекційної методики стосовно основного методу психотерапії.

Рекомендована література

1. *Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства: (Руководство для врачей). — Москва: Медицина, 1993. — 400 с.
2. *Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства: (Учебное пособие). — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва: Медицина, 2000. — 496 с.
3. *Гиндикин В.Я.* Соматогенные и соматоформные психические расстройства: Справочник. — Москва: Триада-Х, 2000. — 256 с.
4. *Губачев Ю.М., Стабровский Е.М.* Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. — Ленинград: Медицина. Ленинградск. отд-ние, 1981. — 216 с.
5. (*Janet P.*) Жане П. Неврозы: Пер. съ фр. С.С. Вермеля / Подъ ред. и съ предисл. [къ русск. пер.] Л.С. Минора. — Москва: Книгоизд-во «Космосъ», 1911. — XII, 315 с.
6. Заболевания вегетативной нервной системы / А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, В.Л. Голубев и др.; Под ред. А.М. Вейна. — Москва: Медицина, 1991. — 624 с.
7. *Захаржевский В.Б.* Физиологические аспекты невротической и психосоматической патологии (Механизмы специфичности психовегетативного эффекта). — Ленинград: Наука. Ленинградск. отд-ние, 1990. — 175 с.
8. *Карвасарский Б.Д.* Неврозы. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Медицина, 1990. — 576 с.
9. *Либих С.С.* Коллективная психотерапия неврозов. — Ленинград: Медицина. Ленинградск. отд-ние, 1974. — 207 с.
10. *Михайлов Б.В., Волошин П.В., Чугунов В.В.* Клинический аспект развития нейронаук в Украине // Актуальные проблемы пограничной психиатрии, психотерапии, медицинской психологии: Матер. науч.-практ. конф. (Берминводы, 27 — 28 мая 1999 г.). — Харьков: Национальная лига психотерапии, психосоматики и медицинской психологии Украины, 1999. — С. 87 — 91.
11. *Михайлов Б.В., Сарвиц И.Н., Чугунов В.В., Мирошниченко Н.В.* Генезология, механизмы формирования, клиника соматоформных расстройств и основные принципы терапии больных // «Архив психиатрии» (Киев). — 2001. — № 3. — С. 72 — 77.
12. *Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Чугунов В.В., Здесенко И.В.* Вегетососудистая дистония // «Врачебная практика» (Харьков). — 1998. — № 2 — 3. — С. 9 — 23.
13. *Святощ А.М.* Неврозы. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва: Медицина, 1982. — 368 с.
14. *Ушаков Г.К.* Пограничные нервно-психические расстройства / Биограф. очерк Г.В. Морозова. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Медицина, 1987. — 304 с.
15. *Чугунов В.В.* Клинико-теоретическое обоснование психотерапии разнородных психогений, принципы её алгоритмизации и оценки эффективности // «Международный медицинский журнал» (Харьков). — 2005. — Т. 11, № 2. — С. 29 — 36.
16. *Юрьева Л.Н.* Кризисные состояния. — Днепропетровск: АртПресс, 1998. — 164 с.

Контрольні питання

- (1) Клініка психотерапії як характеристика сфери її патонозологічної компетенції.
- (2) Психогенії: дефініція та ієрархія.
- (3) Актуальні напрямки досліджень у галузі клініки психотерапії.
- (4) Поняття показань та протипоказань до застосування психотерапевтичних методів.
- (5) Традиційний порядок вибору форм і методів психотерапії.
- (6) Сполучність протипоказань / ускладнень із методом (методикою, психотехнікою) психотерапії.
- (7) Поняття пато-нозологічної конгруентності. Пато-нозологічна конгруентність як основний критерій вибору психотерапевтичного методу (методики).
- (8) Додаткові критерії вибору методів і методик психотерапії.

Розділ 3

ДИСЦИПЛІНАРНО-ІДЕНТИФІКАЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПІЇ

Психотерапія — поряд із психіатрією, неврологією, нейро[психохірургією, сексологією, наркологією, медичною психологією — дисциплінами, що вочевидь мають безпосереднє відношення до мозку і психіки, — входить до складуваного ними [повного] кола²⁵ так званих «нейро[психо]наук», — ясна річ, нейро[психо]наук клінічних, оскільки є ще й нейро[психо]фізіологія, нейроморфологія, нейрохімія, а також психо[нейро]фармакологія. Існує низка нейропсихічно-орієнтованих міждисциплінарних (психоніка, нейрокібернетика та інші) і «суміжних» (наприклад, психогігієна) галузей, а також розділів, що виділилися в самостійні дисципліни внаслідок соціального замовлення (крім тієї ж психіатрії-наркології або, точніше, психотерапії-наркології, це психогеріатрія) чи вимог клінічної практики (нейроофтальмологія, нейроендокринологія, підлегла нейровегетологія).

3.1. Дисциплінарні варіації психотерапії

Окрім найзагальніших форм організації психотерапевтичної діяльності, що містять [професійну] орієнтацію, теоретичний базис, профіль підготовки / спеціалізації та інше —

²⁵ Виявляється, що за дивним збігом обставин їх число дорівнює семи, внаслідок чого напрошуються асоціації щодо семи вільних мистецтв (*septem artes liberales*) — навчальних предметів («наук») Середньовіччя: це *граматика*, потрібна для розуміння [церковних] книжок; *риторика* — необхідна для складання [церковних] проповідей, *астрономія* — корисна для вираховування пасхалій, *діалектика* — незамінна в полеміці з єретиками, *арифметика* — придатна для [містичного] тлумачення чисел, а також дещо менше ідеологічно конотовані *геометрія* та *музика*. Проте це всього лише *licentia poetica*.

тобто моделей психотерапії, серед яких називають, наприклад, *медичну, психологічну, соціологічну, філософську*, — існують ще й форми *дисциплінарної ідентифікації* психотерапії — уже в межах медичної, у більшості своїй, практики.

Ці дисциплінарні варіації досить аморфні, проте вельми живучі — і не тільки унаслідок особливостей самої психотерапії як практики (діяльності, дисципліни), — але й через укорінення в повсякденності охорони здоров'я — головним чином зрощення з різноманітними лікарськими спеціальностями.

Згадаємо, що праматір'ю психотерапії традиційно — і досить уперто — називають психіатрію і, отже, вказують, що психотерапія — це частина, розділ, прикладна практика *психіатрії*, — що цілком неправомірне, оскільки згідно зі свідченнями історії (як було наочно показано в «*Клініці психотерапії*» [1]) психотерапія є найдавнішою галуззю медичних та соціально-технологічних знань — і, безумовно, значно старша психіатрії *per se*.

У такій самій мірі, наприклад, до патронів психотерапії може бути віднесена й *клінічна неврологія* — навіть психоаналітичний метод довгий час розглядався як ленна галузь невро[пато]логії, причому в рамках патоневрологічних текстів (завдяки, зокрема, самому S. Freud'у).

Можна твердити, що психотерапія значно ширша такої протодисциплінарної — стосовно психіатрії, неврології, сексології, [медичної] психології та інших — групи ХІХ сторіччя, як «*душевні хвороби*» [2; 3].

У цілому клініко-дисциплінарними варіаціями сучасної [вітчизняної] психотерапії є:

1) фізіологічно-орієнтована *гіпнологія* (а точніше, *гіпносуґестологія*), в якій гіпноз постає як «метод-техніка» та спрямований на терапію різноманітних дистресових реакцій, патологічних станів і нозологічних форм;

2) *психотерапія-неврологія*, яку частіше називають «малою», чи «суміжною», психіатрією;

3) *психотерапія-деонтологія*, що в основному виступає як другорядний предмет викладання у [вищих] медичних навчальних закладах;

4) *психотерапія-курортологія*, котра персистує в мережі санаторно-курортних установ;

5) *психотерапія-наркологія*, що останніми десятиліттями виділилася в самостійну медичну спеціальність;

6) *психотерапія-сексологія*, що має досить розмиту межу з тією системною сексологією, яка однаково близька й урології-андрології, і клінічній ендокринології, і гінекології-репродуктології та іншим [«суміжним»] спеціальностям;

7) *психотерапія-психофізіологія*;

8) *спортивна психотерапія*;

9) *психотерапія-психопрофілактика*, що обслуговує виробництво (промисловість) із екстремальними умовами праці.

10) *психотерапія-рефлексологія*, яка фактично є представником тілесно-орієнтованої психотерапії, що супроводить транскрибування до європейського соціетального плану і медично аранжировані системи дії на біологічно-активні точки (акупунктура, ігніпунктура та etc.).

Слід окремо зазначити — *cum grano salis* — такий нібито варіант психотерапії, як *немедична психотерапія* (щось на кшталт психокорекції і психологічного консультування).

Претензії психотерапевтів від психології зростають, і більш ніж дивний — хоча, безсумнівно, обережний — вираз «немедична психотерапія» [1]* досить швидко канув у Лету: психологів тепер спокійно навчають психотерапії [2]*, а також «психотехніці» [3]* — саме так, в однині (і це вже аж ніяк не та авангардистськи-кон'юнктурна *reincarnatio* прикладної психології в розумінні Hugo Münsterberg'a (1863 — 1916), William'a Stern'a (1871 — 1938) та інших), — і низки зовсім уже неуюявленних речей; цим наукоподібним *curiosités littéraires* немає краю.

3.2. Концептуальний базис психотерапії

Сфера концептуальних запозичень психотерапії *rebus distantibus* досить широка: це [пато]персонологія, нейропсихологія, нейрохімія, нейрофізіологія, психіатрія, етологія, психології особистості й стосунків, клініко-дисциплінарно-еволюційний аналіз, [медична] соціологія, етнографія тощо.

Кожен метод психотерапії — у процесі історичного становлення й теоретичного розвитку — формував своє, *pro domo sua*, поле запозичень; окремі методи мають вигляд дериватів психологічних теорій, методологічних течій чи соціально-філо-

софських концепцій, а інші — чистісінька еkleктика, з можливістю точних вказівок на джерела (всі ці *методолого-філософські запозичення* — кожного з методів (методик) психотерапії — простежені в окремій рубриці «*Клініки психотерапії*» [1]).

У цьому розділі розглядається той — визнаний певною мірою «істинним» — концептуальний базис, який є основою для вибудови аутодисциплінарно-ідентифікаційної (інтрадисциплінарної) моделі психотерапії; багато понять і концептів сформовано вже в рамках власне психотерапевтичних досліджень — для цілей і завдань психотерапії.

[Пато]персоналогія

Уявлення про структуру особистості — у нормі й патології — відіграють певну роль у більшості методологічних напрямків психотерапії; в рамках багатьох методичних варіантів запропоновані власні — більш-менш оригінальні — уявлення про структуру індивідуальності.

Як не прикро, проте найвідоміша наївна *психоаналітична теорія особистості* (практично загальна для класичного психоаналізу й динамічної психотерапії); серйозне місце уявлення про особистість посідають у гештальт-терапії, екзистенціальній психотерапії та інших (навіть такий метод другого плану, як трансактний аналіз, робить заяву про існування певних персоналогічних позицій) — див. рубрики «персоналогічні уявлення» розділу «*Феноменологічний арсенал, понятійно-концептуальна платформа та персоналогія в уявленнях методів і методик психотерапії*».

Пікову декларацію орієнтація психотерапевтичних процесів на особистість отримала в так званій «особистісно-орієнтованій (реконструктивній) психотерапії» (Б.Д. Карварський [та співавтори], 1985 — 2000 [4 — 7]*).

А проте очевидно, що переважна більшість методів психотерапії є «особистісно-реконструктивними» — за винятком, можливо, лише вузько-тренінгових класичних поведінкових методів.

Перспективною є розроблена в рамках мнестологічної парадигми психотерапії *психометодологічна «функціоналістська» теорія особистості*.

* * *

Найважливіша, з точки зору психотерапевтичного процесу, характеристика особистості — самоусвідомлення, відмежування «я» від «не я», — і це розмежування має свої специфічні механізми.

Існуюча система психологічного захисту забезпечує цілісність особистості, перешкоджає некритичному сприйняттю зовнішньої інформації. Для зниження ригідності цієї системи й полегшення проникнення [зовнішньої] інформації до психічної сфери застосовуються різноманітні психотехнічні засоби.

Особистість відмежовується від інформаційних дій низкою бар'єрів.

Г.К. Лозанов (нар. в 1926) [8]* говорить про існування *критично-логічного, інтуїтивно-афективного та етичного* антисугестивних бар'єрів. Перший із них створює свідоме — критичне — мислення, — відкидаючи все те, що не створює враження добрих намірів і логічної витриманості. Другий — неусвідомлюваний, що базується на відчуттях та інтуїції, — бар'єр перешкоджає інтегруванню всього того, що не породжує довіри і відчуття впевненості. Третій бар'єр, народжуваний морально-етичними імперативами, робить неможливою реалізацію навіювань, які в чомусь суперечать етичним принципам індивіда.

Психотерапія, внаслідок своєї функціональної спрямованості, багато в чому орієнтується — як психотехніки, так і діагностика і навіть саногенез — на різноманітні захисні, бар'єрні механізми, — точніше, на їхнє подолання, — у зв'язку з чим основна увага надається [дефензивній] «оболонці» особистості та способам її подолання.

Нейропсихологія

Запозичення з галузі нейропсихології мають експериментально-психологічний (але суто нетестовий) характер.

Перш за все це результати досліджень А.Р. Лурія та його школи в галузі клінічної нейропсихології [9 — 11]*.

Нейрохімічні дослідження

Результати нейрохімічних досліджень — як лабораторних, так і клінічних — сприяють розумінню нейро(біо)хімічних механізмів реалізації психотерапії (або, в дещо іншому ра-

курсі, нейрохімічних корелят-механізмів клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів).

(Окрім того, за допомогою сучасних методів нейровізуалізації можна отримати карту функціонально-метаболічної активності мозку — а також напрямків і характеру її змін під різноманітними [вербальними] впливами.)

Нейрофізіологія

ЕЕГ-картування та інші експериментальні й клінічні нейро(електро)фізіологічні методи дають змогу провести дослідження нейрофізіологічних корелят-механізмів клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів.

Психіатрія

Психотерапія запозичує масу практичних психіатричних уявлень; варто відзначити, що в рамках психіатрії було апробовано, модифіковано до невпізнання і позбавлено [однозначного] авторства величезну кількість загально-патологічних, еволюційно-антропологічних, генетичних, персоніологічних, психологічних та інших даних.

Зокрема, певний вплив на уявлення про пато-нозологічні форми, що входять до компетенції психотерапії, мала *концепція* [психічного] *передування хвороби* (С.Б. Семичов, 1982 [12]*).

Етологія

Етологія надає найважливіший клініко-діагностичний апарат [13; 14]*, — який послуговує об'єктивізації інтрапсихічних процесів, опису клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів, досліджень групової динаміки та іншому.

Психології — особистості, відносин

На становлення і розвиток вітчизняної психотерапії останніх десятиліть істотно вплинула *концепція патогенетичної психотерапії*.

Основні положення цієї концепції як системи особистісно-орієнтованої психотерапії були сформульовані на основі «психології відносин» В.М. М'ясищева (1893 — 1973) ще в 30 — 40-ві роки ХХ сторіччя. Одним із фундаментальних положень останньої було розуміння особистості як системи відносин індивіда з оточуючим соціальним середовищем [15]*.

Початок дослідження особистості як системи відносин пов'язаний з іменами В.М. Бехтерева та О.Ф. Лазурського (1874 — 1917). Далі ці дослідження продовжив і розвинув їхній учень В.М. М'ясищев, якому й належить більш детальна розробка цієї концепції особистості як у загально психологічному плані, так і стосовно теорії та практики медицини, зокрема вчення про неврози і [іх] психотерапію.

Головна характеристика особистості, за В.М. М'ясищевим (1960), — система її відносин, що формуються в онтогенезі в певних соціально-історичних, економічних та побутових умовах на базі фізіологічної діяльності мозку [16]*. В основі цих відносин міститься переважно свідомий, заснований на досвіді вибірковості психологічний зв'язок людини з різноманітними сторонами життя, який виражається в її діях, реакціях і переживаннях. Відносини характеризують ступінь інтересу, інтенсивність емоцій, бажання й потреби, — тому вони і є рушійною силою особистості. Особистісним відносинам притаманні такі особливості:

- рівень активності;
- співвідношення раціонального і ірраціонального, адекватного і неадекватного, свідомого і несвідомого;
- сталість або нетривалість;
- широта або вузькість;
- раціональна чи емоційна зумовленість тощо.

Особистість проявляється в різноманітних сферах, — і перш за все в соціальних відносинах і взаємовідносинах, стосунках у сім'ї, на виробництві й так далі.

У структурі відносин особливо важливим є ставлення людини до себе. Значущість останньої обставини визначається тим, що ставлення до себе — один із компонентів самосвідомості (цих компонентів три: *саморозуміння, самооцінка, саморегуляція*). Саме ставлення до себе, будучи найпізнішим і залежним від решти компонентів, завершує становлення системи відносин особистості й забезпечує її цілісність.

За умов, коли відносини особистості набувають особливої сталості, вони стають типовими для особистості — і в цілому розумінні перетворюються на риси характеру.

Тим часом, визнаючи певну клінічну цінність концепції патогенетичної психотерапії, не можна не констатувати, що вона є ідеологічно-ангажована; окрім того, її вульгарна соціально-психологічна детермінованість викликає виражений концептуальний дисонанс із більшістю методів і методик психотерапії.

Клініко-дисциплінарно-еволюційний аналіз

Поняття психотерапевтичного й психологічного, а також психіатричного дискурсів (що складають «психоїчний дискурс»), клініки психотерапії, до- і дисциплінарної історії психотерапії, соціо-культуральних і філософсько-методологічних впливів, «істинних» суджень та низка інших дисциплінарно-ідентифікаційних концептів, а також загальна методологія аналізу й побудови дисципліни сформовані саме завдяки застосуванню клініко-дисциплінарно-еволюційного аналізу [1; 3; 4].

Клініко-дисциплінарно-еволюційний аналіз є окремим прикладом застосування, на моделі медицини, *компетиційно-сентенційного архів-аналізу практик*.

Відомі складності з денотацією останнього призвели до використання в різні часи таких його найменувань, як «компетиційно-рецептурний аналіз», «професіональна денотаційно-дискурсивна текстологія», «компетеційно-категоріальний аналіз».

Назва «компетиційно-сентенційний архів-аналіз (історія) практик» містить вказівки на складові методу, або його структурно-логічні блоки.

Предикат *компетиційний* означає, що вивчається сфера компетенції (застосування) практик, — відмежоване поле, визнане професіональним; це також певні експертні чи владні повноваження та / або претензії.

Предикат *сентенційний* вказує на аналіз *пропозицій*, — перш за все *істинних суджень*, і *стилістики тексту* взагалі; в цілому йдеться про *дискурс-аналіз*.

Про *історію* говориться насамперед у первісному значенні (грецьке *ιστορία* — дослідження, розпит; оповідь; знання, наука); це також *еволюція* (дисципліни, ідей, практик, конструктів тощо). Уживання синонімічного терміна *архів-аналіз* покликане поповнити чи, скоріш, акцентувати аналітичність, дослідницьку активність, дієвість методу.

Зрештою, під *практиками* розуміються сформовані в історії та як такі, що з'являються в повсякденності, способи й механізми виробництва, існування й відтворення стилів реального поведіння, повсякденних механізмів [феноменів] та їхніх інтерпретацій.

Метод відзначається тропністю до більшості дисциплінарних утворень (наук) через специфіки *внутрішньої мотивації* (іманентності) методології.

Аналітичні процедури «проникають» в тезаурус, концепти, поняття методу, відділяючи їх від феноменології (клінічної

та психофізіологічної, логічної й математичної, соціальної й фізичної etc.).

[Медична] соціологія

Низка понять — медико-соціальної стигматизації, терапевтичних об'єднань, конфліктності, соціальних технологій, соціальної реабілітації та багатьох інших, а також сукупність ідентифікаційно-діагностичних процедур у цілому запозичені з напрацювань медичної соціології [5; 6].

Етнографія

Загальний план етнографічних досліджень дав змогу сформулювати уявлення про етно-культуральну диференціацію психотерапії (див. однойменний підрозділ).

3.3. Основні психотерапевтичні парадигми

У психотерапії оформлено всього лише кілька базових парадигм:

- нейродинамічна;
- психодинамічна;
- раціональна;
- поведінкова;
- мнестологічна.

Характерно, що все різноманіття різновидів — методів і методик, варіантів і підходів психотерапії — може бути зведене до зазначених раніше базових парадигм:

- [гіпно]сугестія (всі пейтичні методи) — до *нейродинамічної*;
- раціональна (включаючи раціонально-емотивну) психотерапія — до *раціональної*;
- психоаналіз і взагалі психоаналітично-орієнтована (що також має назву «психодинамічна») психотерапія — до *психодинамічної*;
- класично-поведінкові й когнітивно-біхевіоральні методи — до *поведінкової*;
- симультанно-мнестична психотерапія (психометодологія) — до *мнестологічної*.

Останнім часом інколи говориться про формування специфічної *групової* психотерапевтичної парадигми (яка покриває всі різновиди групової [психо]терапії).

3.4. Кардинальні позиції аутодисциплінарно-ідентифікаційної (інтрадисциплінарної) концепції психотерапії

Аутодисциплінарно-ідентифікаційна (інтрадисциплінарна) концепція психотерапії сформульована відповідно до методології клініко-дисциплінарно-еволюційного аналізу.

Інтрадисциплінарна концепція медичної науки-дисципліни — утворення зовсім не штучне, оскільки саме в рамках такої концепції декларується принцип, згідно з яким теорія-концепція дисципліни мала бути б вибудувана, виходячи з особливостей — в усій їхній різноманітності — даної науки-спеціальності: сфери її клінічної компетенції, допоміжних соцієтальних практик, історії-генеалогії, дискурсивних полів, протокольної мови та концептуального базису, особливостей сполучення діагностичних та корекційно-терапевтичних процедур, схильності до етно-культуральних та інших впливів, форм реалізації тощо.

Виклад основних положень інтрадисциплінарної концепції психотерапії фактично є систематизацією її дефінітивних і денотаційно-сутнісних постулатів; до них належать такі.

I. Психотерапія є самостійною медико-орієнтованою (клінічною) дисципліною, зі своєю нативною генеалогією, дисциплінарною історією, сферою пато-нозологічної компетенції, діагностичним апаратом та колосальним терапевтичним арсеналом.

Коментар:

Декларується незалежність психотерапії та називаються її основні атрибутивні ознаки як окремої — і самостійної! — медичної дисципліни.

II. До сфери дисциплінарної психотерапії належать: розробка й відправлення теорії та практики нативної клініки, психотехнічного арсеналу, теорії [денотата] [здорової / патологічної] психіки, теорії особистості й аутодисциплінарно-ідентифікаційної теорії.

Коментар:

Як кожна самодостатня дисципліна, психотерапія здатна формувати основні концептуальні рівні, тобто клініку, що їй на-

лежить первісно, методи, методиками й психотехніки, денотувати поняття психічної хвороби і здоров'я, створювати власну теорію особистості, виходячи із власних спостережень, а також стежити за розробкою (появою) та відтворенням аутодисциплінарно-ідентифікаційних конструктів (останнє означає можливість метатеоретичної рефлексії).

III. Предмет психотерапії має складнокомпонентну структуру: «нормальна» психотерапевтична феноменологія (насамперед асоційовані з методами-методиками психотерапії саногенні феномени), клінічні психотерапевтичні ефект-синдроми з корелят-механізмами (корелят-патернами) й психотехнічні шляхи їх досягнення (загальна психотерапія), пато-нозологічні форми і взагалі патологія психічної сфери (і поведіння), що підлягають переважно психотерапевтичному лікуванню й кваліфіковані як специфічний психотерапевтичний діагноз (клінічна психотерапія), вторинні нозо-синдромальні психопатологічні форми за не-психічних захворювань, що потребують психотерапевтичної курації (психотерапія в клініці), та низка спеціальних і соціальних додатків (спеціальна й соціальна психотерапія).

Коментар:

Утверджується структурна організація дисципліни-психотерапії; вона містить традиційні «загальну» й «клінічну» частини, а також характерну й для деяких інших психо(нейро)наук частину «соціальну», проте має й певні специфічні розділи: «психотерапія в клініці» та «спеціальна психотерапія».

IV. Психотерапія нерозривно пов'язана з [пато]персоналогією, психіатрією, психоневрологією і [медичною] психологією, а також із психофізіологією та психофармакологією.

Коментар:

За існуючої дисоціації організаційних форм надання психотерапевтичної допомоги (на тлі відносного одноманіття порядку й інституційної допомоги психіатричної) і, головним чином, невизначеності в організаційно-дисциплінарній курації не-психічних психопатологічних розладів, найтісніший зв'язок психотерапії з патоперсоналогією, психіатрією, [психо]неврологією, клінічною психологією, психофізіологією, а також психофармакологією не тільки очевидний, а й [вимушено] необхідний.

V. Теорія особистості розглядається з позицій мнестологічної парадигми психотерапії — й, таким чином, носить хроно-мнестичний характер.

Коментар:

1) перебуваюча в часі, особистість є варіативною динамікою мнестичних процесів і визначуваних ними модусів реагування (зовнішніх патернів і внутрішнього переживання);

2) особистість не може бути структурою (чи то ієрархічно, чи топологічно організованою), оскільки є функцією;

3) персональний час справляє неухильно зростаючий ідентифікуючий вплив;

4) для особистості характерне різноманіття видів соматичної пам'яті та [досвіду] пам'яті про усвідомлення.

VI. Діагностика в психотерапії, яка базується, зокрема, на уявленнях про «нормальну» психотерапевтичну феноменологію та клінічні психотерапевтичні ефект-синдроми, відзначається вираженою специфікою і потребує формулювання спеціального психотерапевтичного діагнозу.

Коментар:

Специфічний полідименціональний [психо]діагностичний апарат, який дає змогу побудувати (сформулювати) специфічно психотерапевтичний діагноз, із його логікою-методологією, семіотикою і феноменологією, структурою, сполученістю та прогностикою, — не тільки важлива атрибутивна ознака дисципліни, а й неодмінна умова адекватної і успішної реалізації терапевтичних технологій.

VII. Клініко-дисциплінарно-еволюційний аналіз психотерапії дає можливість розробити — в рамках її інтрадисциплінарної концепції — специфічний, що базується на клінічній [психо]феноменології, сано(пато)генетичних механізмах і принципах пато-нозологічної конгруентності, метод психотерапії — симультанно-мнестичну психотерапію (психометодологію).

Коментар:

Відомо, що психотерапія — як дисципліна — досягла того рівня розвитку, за якого вона здатна до формування свого терапевтичного арсеналу, проте не тільки і не стільки [в напрямі] інтегративних, еkleктичних та комбінаторних тенденцій, прак-

тики адаптації-модифікації, а й шляхом розробки принципово нових методів у нерозривному зв'язку з власними клінічною теорією та діагностичною практикою.

VIII. Психотерапія має стати дискурсивно-гомогенною; використання аргументованого, стилістично-коректного, загальноприйнятого професіонального дискурсу є базисною вимогою аутодисциплінарної ідентифікації, умовою нормального функціонування й розвитку протокольної мови, клінічної результативності й терапевтичної ефективності дисципліни-спеціальності в цілому.

Коментар:

*Одна з базових проблем сучасної психотерапії — дискурсивне різноголосся; воно настільки виражене, що представники різних психотерапевтичних парадигм просто не розуміють один одного. І справа не тільки в тому, що *verschiedenen Zeitaltern wird eine verschiedene Begeisterung zu Theil*. Немає і не може бути якихось нових, утворених психотехнік, — у всякому разі, з тих, які можуть отримати *naturwissenschaftliche Behandlung*. Все вже давно проявлене в картині світу. Варто акцентувати, що подолання цієї зростаючої тенденції до стилістичної поліфонії — один із першочергових кроків на шляху до аутодисциплінарної ідентифікації психотерапії.*

IX. Наукові дослідження в галузі психотерапії, все одно як і відправлення її клінічної, а також соціальної, практик, мають проводитися з урахуванням особливостей психічного дискурсу, в просторі якого розташована психотерапія.

Коментар:

Визначена необхідність обліку дискурсивно-генеалогічних елементів для виявлення не [цілком] відповідних специфіці психотерапії дискурсивних стилів — з метою подальшої їх елімінації, що сприятиме очищенню й підвищенню однорідності, навіть своєрідній ергономічності, тезаурусу та протокольної мови психотерапії.

X. Психотерапія облігатно незалежна ідеологічно, так само як і позаконфесійна. У разі інтеграції в психотерапію фрагментів певних духовних традицій та практик їх слід сано(пато)генетично обґрунтовувати і клінічно люструвати

від всіляких релігійних чи езотеричних рис, із відповідною семантичною, антуражною та перцептивною транскрипцією.

Коментар:

*Мається на увазі імперативна заборона будь-яких конфесійних потуг, оскільки вони становлять один з найважливіших шляхів появи психічних епідемій та патологічних сект; психотерапія — *ad vitam aeternam* — ідеологічно і віросповідально інтактна.*

XI. Психотерапія захищає права на клініко-медичне використання розроблених методик, і особливо психотехнік, обмежуючи їхнє розповсюдження та інформацію про них.

Коментар:

Мається на увазі необхідність припинення згубного процесу безконтрольного відщеплення психотехнік, насамперед володіючих пороговим рівнем сугестуючої здатності, але також — маючих високий індекс гедонізму.

Рекомендована література

1. Групова психотерапія — нова парадигма на межі тисячоріч / Б.В. Михайлов, В.Г. Черкасов, А.О. Мартиненко та ін. // Конгрес СФУЛТ: Тез. доп. — Львів — Трускавець, 2000. — С. 296.
2. *Зейгарник Б.В.* Теории личности в зарубежной психологии. — Москва: Изд-во Моск. гос. ун-та, 1982. — 128 с.
3. *Петленко В.П., Сержантов В.Ф.* Проблема человека в теории медицины. — Киев: Здоров'я, 1984. — 200 с.
4. (*Holl K., Lindsey G.*) *Холл К., Линдсей Г.* Теории личности: Пер. с англ. — Москва: «КСП+», 1997. — 720 с.
5. (*Hölle L., Zihler D.*) *Хьёлл Л., Зиглер Д.* Теории личности: Пер. с англ. — Санкт-Петербург: Питер Пресс, 1997. — 620 с.
6. *Чугунов В.В.* Постановка проблемы клинко-дисциплинарно-эволюционных исследований в медицине (на модели дисциплины-сексологии) // Историко-медицинский журнал «Асклепий» (Евпатория). — 2001. — №1. — С. 59 — 63.

Контрольні питання

- (1) Основні [клініко-]дисциплінарні варіації психотерапії; причини їхньої появи й існування.
- (2) Взаємовідносини психотерапії і [пато]персонології; концепції (теорії) особистості в психотерапії.
- (3) Психотерапія й фундаментальні нейро(психо)науки.
- (4) Методологія клініко-дисциплінарно-еволюційного аналізу і психотерапія.
- (5) Психотерапія і медична соціологія.
- (6) Нейродинамічна, психодинамічна, поведінкова, раціональна і мнестологічна парадигми психотерапії.
- (7) Кардинальні позиції аутодисциплінарно-ідентифікаційної (інтрадисциплінарної) концепції психотерапії: незалежність, дисциплінарна компетенція, особливий предмет, психоічно-компетиційна топографія, специфічна персонологія, діагностика, психометодологія, дискурсивні гомогенність та генеалогія, позаконфесійність, каменність etc.

Частина II

**КЛІНІКО-
ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГІЧНИЙ
МЕТОД**

Приступаючи до викладу *методу психотерапії*, я змушений зробити короткий екскурс до історії «Психοїчної бібліотеки»; хочу одразу обумовити, що репризи, – котрими він, можливо, буде грішити, – абсолютно необхідні.

У «*Клініці психотерапії*» я почав із цілої частини, присвяченої розмежуванню психодисциплін – а йдеться насамперед про психотерапію та психіатрію – в сфері історії. Подібне розмежування, хоча й має лише ретроспективно-констатаційний характер, наділено атрибутивним сенсом. Інші демаркаційні маркери, як то: диспозиційна ієрархія, в її соціальному вимірі, патонозологічний ареал, організаційний протокол, юридичний ценз у відношенні до контингентів та, головне, терапевтичний арсенал, – більш значущі, проте істинна дивергенція починається лише після виходу в простір методології.

Визначений час я вважав, що ідея власної, аутентичної діагностики як така фактично завершує розведення цих двох психодисциплін, психотерапії та психіатрії. Незважаючи на це, зберігався визначений когнітивно-методологічний дисонанс: він полягав у тому, що в основі цієї особливої діагностики, яка відповідає специфіці дисципліни-психотерапії, лежав метод іншої психодисципліни, дисципліни-психіатрії, – а саме клініко-психопатологічний метод.

У перших публікаціях, присвячених діагностиці в психотерапії, в якості першого логіко-тактичного положення психотерапевтичної діагностики я вказував, що «психотерапевтичний діагноз базується на клініко-феноменологічному (клініко-психопатологічному) підході». Пізніше, з метою деідентифікації сфер клінічної феноменології як цілого та феноменології психопатологічної як його частини, що розглядаються в якості об'єктів діагностики, був доданий прикметник, та це положення набуло наступного вигляду: «зокрема, клініко-психопатологічному». Тепер згадування про клініко-

психопатологічний підхід збереглося лише у коментарях до даного положення.

Цей невеликий – згадування про нього навіть може здаватися зайвим – штрих добре ілюструє ті відносини залежності, своєрідного методологічного патерналізму, які склались між психіатрією та психотерапією. Зауважу: спочатку я вважав, що цей патерналізм, який просочив навіть власну діагностику психотерапії, має переважно тактико-діагностичний характер, – цілком, втім, очевидний.

На визначеному етапі даного атрибутивного розведення – а воно відбувалося не стільки на папері, скільки в клініці – до мене поволі стало приходити усвідомлення, що я користуюсь якимось специфічним, особливим по відношенню до дисципліни-психотерапії, а особливо – до її клінічної, точніше, клініко-психотехнічної, бази, та повсякденної клінічної ж реальності, методом: ось тільки ще я за допомогою клініко-психопатологічного методу виявляв та інтерпретував семіотико-патоперсонологічні особливості невротика, – і ось я вже досліджую феноменну базу майбутньої психотерапевтичної інтервенції.

Так, поступово, з'явилось розуміння того факту, що те, що я роблю, складає деяку гностичну стратегію, яку можливо визначити як *метод*, – метод, який володіє вираженою, неповторною специфікою, радикально відрізняючись від методу клініко-психопатологічного, а також методів інших психодисциплін. Образно кажучи, мені відкрився простий факт: *діагностика має на увазі наявність специфічного методу* – отже, за його відсутності повноцінна діагностика неможлива.

Обміркувавши особливість методу, – а перш за все його сфокусованість на клінічній феноменології, що лежить у сфері компетенції психотерапії – я задумався про його сутнісні характеристики.

Останнє можна викласти у такій послідовності. По-перше, цей метод – власний, особливий метод психотерапії. По-друге, цей метод покриває ту психоїчну феноменологію, експлуатація якої й складає специфіку психотерапії – клінічну психофеноменологію. По-третє, він відрізняється від методів усіх інших психодисциплін не тільки змістовно, а й методично, що потребує ретельного розмежування.

Наступним етапом стала денотація цього методу. По-перше, цей метод однозначно є *клінічним*, інспірований клінікою, розрахований на застосування в клініці та використовується суто в клініці. По-друге, він розрахований на виявлення феноменології «у сфері компетенції психотерапії», – тобто *психофеноменології*, як нормальної, так і клінічної.

На сьогодні останні два поняття використовуються як тожні. Проте, спочатку термін «клінічна психофеноменологія» я використовував для позначення лише «нормальної» психотерапевтичної феноменології під впливом традиційної ієрархії «симптом → синдром → нозоформа», при цьому психотерапевтичний феномен за рівнем прирівнювався до [психопатологічного] симптому (рівень [клінічної] семіотики). У процесі кристалізації клініко-психофеноменологічного методу цей термін був поширений також і на ефект-синдромологію (синдромальний рівень), оскільки іманентна сутність останньої проступила так чітко, що методологічні імперативи *ex analogia* (ніби компаративне зіставлення діагностичних ієрархій психодисциплін) втратили актуальність.

Отже, цим описом клініко-психофеноменологічного методу я переслідую мету *una mersede duas res assequit*: поповнити аутодисциплінарну ідентичність психотерапії – тим самим завершити її розведення з психіатрією.

Таким чином, говорячи в контексті цього вступу, мені залишається провести розмежування психотерапії та психіатрії *в сфері методу* – розмежування, яке ще тільки належить осмислити.

Розділ 4

КЛІНІКО- ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГІЧНИЙ МЕТОД

В останні роки психотерапія завдяки розробці облігатної дисциплінарної атрибутики – а це парадигма та дефініції, те-заурус та протокольна мова, клініка та діагностика (включаючи власне психотерапевтичний діагноз), реконструкція історії та тексти, etc. – набула достатнього рівня аутентичності. Справа тепер за методом, *методом* motu proprio; у цій книзі я вперше ввів його в дефініцію психотерапії.

Традиційно застосований в клінічній практиці та дослідницьких програмах психоїчних дисциплін методичний інструментарій включає два основних методи: *клініко-психопатологічний* та *експериментально-психологічний*. Останній на сьогодні зазнав етично коннотованої та квантифікаційно-стандартизаційної трансформації та став називатись *психодіагностичним* (що видається надзвичайно невдалим, оскільки будь-які психоїчні дослідження та методи є психодіагностичними de facto). Різні за параметрами галузевої належності, теоретичної номінації, компетенційно-сентенційним ареалом та засобами реалізації, але центровані як на єдиному об'єкті (індивідуальна психіка), так і на загальному предметі (патологічні стани, реакції та процеси), на практиці, в польових умовах, ці методи багато в чому перетинаються – як у сфері технік, так і в сфері діагностично значимих висновків, – не кажучи про те, що відправляються вони майже завжди на тих самих контингентах.

Будь-яке дослідження психіки та поведінки в клініці зводиться в основному до використання цих двох методів – кон-

стеляцій їх прийомів та технік, шкал та опитувальників, тестів та проб.

Дефініції та зв'язані тезауруси клініко-психопатологічного методу (та його складових) та суміжних (як конгруентних, так і конфронтуючих) діагностичних систем досить добре розроблені – хоча й дуже далекі від досконалості – насамперед через відсутність дискурсивної гомогенності. Крім того, його перманентно девальвує антипсихіатричне лобі – крізь той *locus minoris resistentiae*, який являє собою методологія, шляхом ідентифікації її з *нормологією*, й більше того – визначаючи нормологію як відповідний пункт самої цієї методології.

Що стосується методу експериментально-психологічного, то, залишаючись допоміжним по відношенню до методу клініко-психопатологічного, він виявляє пагубні претензії на самостійність; сьогодні він не тільки далекий від методологічної завершеності, а й позбавлений будь-якої впорядкованості, при агресивному прагненні до вікаризації або протезування ряду клінічних функцій, з акцентом на «об'єктивізацію», «верифікацію» etc., перш за все – в сфері «депресології» та взагалі неврозології. Експериментально-психологічний метод продукує своєрідний антураж «калькулятивної» істинності, хоча результати його застосування не відображають ані сутності, ані навіть якісних параметрів досліджуваного психопатологічного/патоперсонологічного феномена або явища: клінічне – єдине можливе – вимірювання достовірності підміняється її кількісним вираженням.

Проте виникають цілком закономірні – навіть якщо не брати в розрахунок сцієнтистські мотивації – питання: *чи покривають дані підходи до діагнозу увесь простір психічної феноменології? Або хоча б її клінічно значну частину? Чи висчерпують вони методологічну ємність, чи задовольняють клінічну потребу в оцінці даної феноменології?*

Насамперед варто зазначити, що **метод у медико-орієнтованих дисциплінах являє собою доцільну пізнавальну (власне діагностичну) стратегію, що складається з ієрархічно організованої та горизонтально зчленованої сукупності прийомів та технік, кодексу екзегези та зв'язаних систем аргументів і апеляцій, а також панівної дискурсивної стилістики (включаючи протокольну мову та тезаурус).**

Очевидним та загально визнаним є факт відповідності кожного з названих вище методів до визначеного поля / профілю психоїчної феноменології. Більше того, таким же очевидним, хоча й не зовсім проговореним у професійному просторі, є той факт, що метод, по суті, не що інше, як гностичне похідне цієї конкретної феноменології (точніше, феноменологій), – і часто це не стільки *ідентифікація*, і навіть *кваліфікація*, скільки *інтерпретація*. Тобто метод є вторинним по відношенню до феноменології, співвимірний (конгруентний) та, власне, існує остільки і настільки, оскільки і наскільки існує вона сама. Більше того, сам факт подібної співмірності має на увазі *sui generis* ідентичність форми втілення методу по відношенню до феноменології, а будь-які відхилення від даної пропорції вносять вагомий дискурсивний дисонанс уже на рівні діагностики (адже морально-конотовані поняття, що належать до сфери порушеної поведінки та асоційовані з ними *ab hoc et ab hac* – які лежать в їх основі або супроводжують біохімічні синдроми – дуже далекі один від одного), не кажучи про подальшу терапію. Цим – а в жодному разі не тільки дивергуючими персонологічними впливами – частково й пояснюється те, що роль нейробіологічних досліджень зазвичай не виходить за межі елімінуючої верифікації.

До основних характеристик методу слід віднести:

- *специфічність* (виникає з вказаних вище властивостей вторинності та конгруентності);
- *варіативність* (виникає з тих самих властивостей);
- *інтерпретативність* (базова властивість будь-якої гностичної діяльності);
- *достовірність* (імперативна вимога сцієнтистської теорії пізнання);
- *дискурсивну гомогенність* (ця характеристика на сьогодні факультативна в силу втрати академічної суворості), розмивання професійних меж, комерціалізації психоїчної практики, згубної антропософськи-психоаналітичної імпрегнації).

Тісний взаємозв'язок *феноменології* та *методу* легко проілюструвати: зникнення будь-якого з фрагментів або страт будь-якої з феноменологій – наприклад, унаслідок зміни компетенційно-професійної ідентифікації – спричиняє випадання або перепрофілювання цілих структурно-логічних блоків та

зниження функціональності (і, як наслідок, результативності) методу.

Таким чином, *метод є гностичним дериватом феноменології*.

Очевидно, що в компетенційно-сентенційний ареал клініко-психопатологічного методу входить різнорегістрова психопатологічна семіотика (точніше – специфіка психопатологічної феноменології / синдромології призвела до необхідності розробки такого високоспецифічного методу, яким є клініко-психопатологічний). Відповідно, до сфери компетенції експериментально-психологічного методу (обумовлю: в рамках клініки) входить своєрідна «патопсихологічна феноменологія» (тобто, факт існування цієї «патопсихологічної феноменології» – та реєстр-синдромології – слугував причиною утворення експериментально-психологічного методу). Втім, йдеться лише про інший рівень, а часом тільки ракурс розглядання однієї й тієї ж феноменології, як би не позиціонувався префікс «пато».

Взаємозв'язок названих методів відображає, немов у кривому дзеркалі, компетенційно-сентенційну дилему *психопатології* та *патопсихології*.

Та якщо зміст першої пояснень не потребує, то навколо наповнення другої спостерігається перманентний кон'юнктурний ажіотаж.

Вважається, що задачею патопсихології є виявлення причинно-наслідкових зв'язків у формуванні патологічних психічних феноменів (та процесів).

Так, В. Г. Зейгарник виділяла в якості однієї з задач патопсихології виявлення патопсихологічних механізмів виникнення психопатологічних феноменів. В якості професійного інструментарію вона називала «бесіду патопсихолога з хворим та спостереження за його поведінкою під час дослідження» та – чільний – «патопсихологічний експеримент», при чому під останнім мається на увазі пред'явлення випробуваному аж ніяк не тільки (і не стільки) стимульного матеріалу, а насамперед моделювання ситуацій.

Згодом у медичній психології (і тут можна сперечатись про змістовну та атрибутивну доцільність) отримала розви-

ток концепція специфічної «патопсихологічної феноменології», зокрема – реєстр-синдромології (поняття, розроблене І. А. Кудрявцевим, В. М. Блейхером та І. В. Крук).

Проте, як я неодноразово доводив раніше, різноманіття психічної феноменології не вичерпується *психопатологічною* та *патопсихологічною*, оскільки існує ще один, не менш значимий (та, можливо, навіть той, що перевищує за об'ємом та різноманіттям, оскільки тяжіє до полюса «нормального»), клас – *клінічна психофеноменологія*.

Якщо перша з названих феноменологій, психопатологічна, асоційована з *клінічною психіатрією*, а друга, патопсихологічна, з *клінічною психологією*, то третя, клінічна психофеноменологія – з *клінічною психотерапією*.

Варто зазначити, що клінічна психофеноменологія займає своєрідне положення відносно утворюючих свого роду континуум психопатологічної та патопсихологічної феноменологій:

– подібно до першої, вона розташовується в суто клінічній (причому не стільки в семіотичній, скільки в терапевтичній) площині, кардинально відрізняючись від неї переважно саногенним характером, а також за змістовною та протокольною особливостями (як за властивостями реактивності-інтрузивності, так і за параметрами модифікації / катартичності / сугестивності);

– подібно до другої, вона є [ре]активною (в силу чого на ній центрований найбагатший арсенал своєрідних експериментально-стимульних прийомів та [психо]технік), відрізняючись від неї холіцизмом відповіді (як на психофізіологічному, так і на персонологічному рівнях).

На відміну від обох, клінічна психофеноменологія зміщена до сфери нормативної психічної феноменології (правда, в контексті *виявлення*, а не *порівняння*), тобто тяжіє скоріш за все до нормології, аніж до патології. Звідси виникає її своєрідність етимології її назви: вона позбавлена префіксу «пато-», оскільки реактивно-особистісні відповіді / утворення, що викликаються яким би то не було нормативно-фізикальним психотерапевтичним впливом, за визначенням не є патологічними (що, звичайно, не виключає існування парадоксальних та інтеркурентних форм реакцій).

Нарешті, ще одна найважливіша відмінність клінічної психофеноменології від названих вище – облігатно скороминущий характер виявлених і досліджуваних, та, тим більше, викликаних реактивно-особистісних утворень / станів / явищ.

Саме клінічну феноменологію й вивчає клініко-психофеноменологічний метод.

Отже, *компетенційно-сентенційним ареалом клініко-психофеноменологічного методу є клінічна психофеноменологія.*

Образно кажучи, якщо клініко-психопатологічний метод є методом психіатрії, а експериментально-психологічний – *методом медичної психології*, то клініко-психофеноменологічний – *методом психотерапії*, та відрізняються вони у відомому сенсі так само, як і названі психодисципліни.

Їх протоколи також різняться. Так, для клініко-психопатологічного методу це *обсервація – дескрипція – експертиза – кваліфікація*, для методу експериментально-психологічного – це *експеримент – фіксація – компарація – інтерпретація*, для методу ж клініко-психофеноменологічного – це *інтерація – ідентифікація – аналіз – експлікація*.

Таким чином, при збереженні всієї нормативної атрибутики *психічного методу* клініко-психофеноменологічний метод не є, подібно до методу клініко-психопатологічного, експертизою-кваліфікацією, та не представляє собою, як метод експериментально-психологічний, експеримент-інтерпретацію; його відрізняє, окрім вищезазначених рис саногенності та холіцизму [відповіді], та тенденції до нормології, активність.

Таким чином, **клініко-психофеноменологічний метод є специфічним методом дослідження психіки [та поведінки], орієнтованим на виявлення, аналіз та оцінку – як з утилітарною, так і з прогностичною метою – клінічної психофеноменології, або психотерапевтичної феноменології (як «нормальної» – психічних феноменів, що дозволяють здійснювати та що супроводжують психотерапію, так і клінічної – складних реактивно-особистісних утворень, що виявляються в її результаті (процесі)), що лежить в основі психотерапевтичної діагностики.**

Рекомендована література

1. Чайка Ю. В., Чайка Ю. Ю. История, структура и перспективы развития психопатологического метода (сообщение 1) // «Український вісник психоневрології» (Харків).— 2003.— Т. 11, вип. 4.— С. 5 — 9.
2. Чайка Ю. В., Чайка Ю. Ю. История, структура и перспективы развития психопатологического метода (сообщение 2) // «Український вісник психоневрології» (Харків).— 2004.— Т. 12, вип. 4.— С. 12 — 16.
3. Чайка Ю. В., Чайка Ю. Ю. История, структура и перспективы развития психопатологического метода (сообщение 3) // «Український вісник психоневрології» (Харків).— 2005.— Т. 13, вип. 1.— С. 10 — 13.
4. Чайка Ю. В., Чайка Ю. Ю. История, структура и перспективы развития психопатологического метода (сообщение 4) [Электронный ресурс] // «Новости украинской психиатрии».— Харьков, 2005.—<http://www.psychiatry.ua/articles/paper193.htm>.
5. Чайка Ю. В., Чайка Ю. Ю. История, структура и перспективы развития психопатологического метода. Сообщение 5 // «Український вісник психоневрології» (Харків).— 2007.— Т. 15, вип. 2.— С. 153 — 157.
6. Чугунов В. В. Клинико-психофеноменологический метод в контексте психотерапевтической диагностики // «Журнал психиатрии и медицинской психологии» (Донецк).— 2010.— № 1 — 2 (24 — 25).— С. 64 — 68.
7. Чугунов В. В., Михайлов Б. В. Клинико-психофеноменологический метод // «Медицинская психология» (Харьков).— 2010.— Т. 5, № 2 (18).—С. 3 — 15.
8. Чугунов В. В., Михайлов Б. В. Клинико-психофеноменологический метод в психотерапевтической практике // «Сучасні методи лікування захворювань психогенного походження» (XIII Платонівські читання): Матеріали наук.-практ. конф., Харків — Бердіводи, 24 — 25 червня 2010 р.— С. 255 — 259.
9. Чугунов В. В., Михайлов Б. В. Психотерапия и клинико-психофеноменологический метод // «Таврический журнал психиатрии» (Симферополь).— 2010.— V. 14, 1 (50).— С. 84 — 100.
10. Чугунов В. В., Михайлов Б. В. Сравнительная характеристика и взаимодействие клинико-психологических синдромологий в сфере компетенции психотерапии // «Таврический журнал психиатрии» (Симферополь).— 2007.— № 1 (38).— С. 49 — 62.

Контрольні питання

- (1) Клініко-психопатологічний метод.
- (2) Експериментально-психологічний метод.
- (3) Компетиційно-сентенційні ареали психопатології і патопсихології.
- (4) Клініко-психофеноменологічний метод.

Частина III

**СКЛАДОВІ [ЧАСТИНИ]
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО
ДІАГНОЗУ**

Фактично у наступних розділах розглядаються частини — іншими словами, складові — психотерапевтичного діагнозу: *клініко-діагностична, психотехнічна, фармакотерапевтична, прогностична*.

Розділ, присвячений першій, клініко-діагностичній частині (чи складовій) психотерапевтичного діагнозу, висвітлює клініко-психопатологічну феноменологію з позицій (читай: з *точки зору*) психотерапії; з цією метою я було заходився — спочатку — систематизувати клініко-психопатологічну феноменологію / симптоматологію / синдромологію, проте невдовзі вийшов за рамки цього завдання, — переважно в смислі ухилення, зміщення акцентів. І тому є кілька причин.

По-перше, панували традиціоналістські уявлення про існування різноманітних — тобто якісно відмінних — «регістрів» психопатології, і всі синдроми — синдроми, які реально існують та трапляються в повсякденній клінічній практиці, синдроми досить «чисті», без кон'юнктурної огранки й аранжування дослідницькими завданнями, синдроми дискурсивно сепаратні, що іноді перетинаються феноменологічно, — виявилися поміщеними в прокрустове ложе цих уявлень.

По-друге, важливий для мети даного дослідження ракурс розгляду не дав змоги остаточно сформулювати / сформулювати підґрунтя класифікації (які, власне кажучи, й створили можливість її провести), — точніше, оголити специфічність відношень «психопатологія — психотерапія», інакше кажучи — виявити цілковиту здатність психопатології піддаватися психотерапії — і бути класифікованою на цій підставі.

По-третє, завадили дискурсивно-термінологічна різноплановість психопатологічних синдромів, флер архаїзмів, тяжіння епонімічності та полівалентності професійно-кон'юнктурних

конотацій — вони не дають змоги наблизитися не тільки до рафінованої класифікації, а й до найменш точної типології.

У дальшому розділі, — що розглядає другу, психотехнічну складову [частину] психотерапевтичного діагнозу, — висвітлюються такі питання.

Перш за все це клініко-експериментальний базис психотерапевтичного діагнозу (охоплено методику, практичне втілення й результати клінічного психотерапевтичного експерименту) — фактично йдеться про формування змістової частини вчення про клінічні психотерапевтичні ефект-синдроми.

Далі аналізується найважливіша для психотерапії проблема *психотерапевтичної феноменології*, — як «нормальної», так і клінічної (*клінічні психотерапевтичні ефект-синдроми та їхні корелят-механізми*, а також корелят-патерни). (Безсумнівно, вона має розглядатися у нерозривному зв'язку з клініко-психопатологічною феноменологією — і, *memento servitudinem*, з феноменологією психо[фізіо]логічною як такою — вони сутність явища одного, психоїчного, поля, навіть скоріше континууму.)

Ще один розділ присвячено обговоренню фармакотерапевтичної, третьої складової [частини] психотерапевтичного діагнозу; центральним тут є поняття «*фармакологічного фону*» [для проведення психотерапії]. Наголошується, що назване тло може бути як *терапевтичним* (тобто одержуваним унаслідок застосування традиційних психофармакотерапевтичних схем чи інших медикаментозних засобів, що мають побічні психо- / нейротропні ефекти), так і *спеціальним*, або експериментальним (а саме — цілеспрямовано створеним для мети психотерапії). На практиці ж, як завжди, йдеться про розумний компроміс: психотропні препарати (незалежно від рангу) мають призначатися з урахуванням запланованих психотерапевтичних дій. (Окреме питання — які юридичні рамки застосування фармакологічних препаратів: де припустимі межі експерименту? застосування яких препаратів дозволене (сьогодні й взагалі)? як бути із психостимуляторами тощо?)

Зрештою, останній розділ цієї частини висвітлює прогностичну складову — четверту, що виставляється в процесі пси-

хотерапії, а іноді й *post factum*, частину — психотерапевтичного діагнозу: обґрунтоване поняття «метасиндрому», розроблена їхня типологія й описано їхні клінічні характеристики; фактично ж у ньому розглянуто синдромогенез, синдромокінез та синдромотаксис у сфері компетенції психотерапії.

Розділ 5

КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНА СКЛАДОВА (І ЧАСТИНА) ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ДІАГНОЗУ

Клініко-діагностична складова психотерапевтичного діагнозу — його перша частина — вказує на ті провідні психопатологічні синдроми (зрідка — симптомокомплекси чи нозоформи), які спостерігаються в пацієнта — і, власне, є мішенями психотерапевтичної дії / втручання.

5.1. Клініко-психопатологічна феноменологія / синдромологія *per se*

Перш ніж перейти до розгляду клініко-психопатологічної феноменології / синдромології з позицій психотерапії, необхідно розглянути її в описово-аналітичному плані.

Психопатологічні синдроми, які беруть участь, — поряд із персоніфікованою кваліфікацією, — у формуванні першої частини психотерапевтичного діагнозу, я поділив на кілька груп, давши останнім найменування залежно від того, наскільки часто синдроми, які входять до них, трапляються в психотерапевтичній практиці й наскільки вони взагалі підлягають психотерапії.

Так, *ординарні* (латинське *ordinarius* — рядовий, звичайний) психопатологічні синдроми є рядовими, буденними для психотерапії. Це синдроми астеничний (включаючи астено-вегетативний, астено-депресивний, астено-невротичний, астено-іпохондричний), депресивний, іпохондричний, істероформний, obsesивно-компульсивний, obsesивно-фобічний, панічний, психастеничний, психовегетативний, соматоформні etc.

Названі синдроми складають основний пласт мішеней психотерапевтичного впливу; вони, переважно, й становлять клініку психотерапії. Власне, вони і підлягають переважно психотерапевтичній curaції.

Оказіональні (латинське *occasionalis* — випадковий) — випадкові синдроми, які іноді, у конкретного пацієнта або в окремих своїх проявах можуть підлягати психотерапії. До okazіональних належать синдроми гебоїдний, манаікальний, параноїдний, психоорганічний, психосенсорний etc.

Повторю, що перераховані синдроми можуть підлягати психотерапії лише в окремих випадках, і це буде переважно когнітивно-біхевіоральна терапія зі значною часткою дидактично-раціональної.

Нарешті, це синдроми *ексклюзивні* (англійське *exclusive*, від латинського *excludere* — виключати): аментивний, апат[ик]о-абулічний, галюцинаторно-параноїдний, гебефренічний, деліріозний, деменції, кататонічний, онейроїдний, параноїяльний, парафренний, потьмарення свідомості, псевдопаралітичний etc.

У психотерапевтичній практиці вони трапляються вкрай рідко, оскільки вимагають застосування заходів суто психофармакологічного та ізоляціоністського порядку, а часом і обмеження.

Схема аналізу синдромів включає в себе такі позиції: дефініція; етимологія; епоніміка; синоніми; рівень ураження; реєстр(и); афілійований патопсихологічний реєстр-синдром; патоперсонологічна і / або психофізіологічна predisпозиція; структура (облігатні і факультативні компоненти); сферна психопатологія (облігатні і факультативні прояви); соматовегетативне аранжування; клінічні варіанти; синдромогенез (патогенетична реконструкція); синдромокінез (шляхи вирішення — еволюції, трансформації або санації); синдромотаксис (синдроми, до яких розглянутий синдром тяжіє); нозологічна належність; диференційна діагностика; відношення до терапії; мнемонічні прийоми; поетика.

Зміст деяких позицій потребує пояснень.

Так, що стосується позиції «рівень ураження», то йдеться про традиційну дилему «невротичний» / «психотичний»; ці рівні умовно розрізняються за вираженістю (грубістю) психопатологічних порушень, ступеня усвідомлення (збереження критики) і адекватності поведінки (в конти-

нуумі «адаптація — дезадаптація»). Доцент А. Н. Чулков запропонував ввести також «парапсихотичний» рівень, що описує постпсихотичну й органічну патологію, а також деякі специфічні форми — як, наприклад, гебодифренія. Очевидно, що «парапсихотичний» рівень має на увазі грубу і дезадаптивну психопатологію, при якій *de facto* пацієнт у стані психозу не перебуває.

У позиції «регістр(и)» відображається належність синдрому до певних патогенетичних, по суті, кластерів психопатології, які суть:

- ендогенний;
- екзогенний;
- органічний;
- психогенний;
- соматогенний;
- патоперсонологічний.

Очевидно, що ця класифікація не має єдиної основи, — оскільки, по суті, «ендогенними», тобто «тими, що відбуваються зсередини», є і органічний, і соматогенний реєстри, а «психогенний» входить у «екзогенний», оскільки є «привнесеним ззовні». Однак на практиці використання зазначених реєстрів є необхідним, оскільки має не тільки [етіо] патогенетичний і клініко-динамічний, а й прогностичний сенс.

У клініці зазначені реєстри мають дрібніші квалітативні градації — уточнювальні і, одночасно, такі, що ще більше порушують стрункість класифікації, а саме: — ендогенно-процесуальний та ендогенно-органічний реєстри;

— екзогенно-органічний і екзогенно-інтоксикаційний (іноді вказується також [екзогенно-]інфекційний) реєстри.

Наприклад, до ендогенно-процесуальних захворювань належить шизофренія, до ендогенно-органічних — епілепсія, до екзогенно-органічних — наслідки черепно-мозкових травм, до екзогенно-інтоксикаційних — токсичні психози, до [екзогенно-]інфекційних — інфекційні психози, до соматогенних (які, по суті, є ендогенно-інтоксикаційними) — нефрогенні психози, etc.

У позиції «афілійований патопсихологічний реєстр-синдром» показується той психопатологічний базис, який є підґрунтям розвитку психопатологічних порушень; відповідні реєстр-синдроми позначаються в рамках систематики В. І. Кудрявцева, В. М. Блейхера, І. В. Крук [1 — 3]: шизофренічний, афективно-ендогенний, олігофренічний, екзогенно-органічний, ендогенно-органічний, особистісно-аномальний, психогенно-психотичний, психогенно-невротичний.

Позиція «патоперсонологічна і / або психофізіологічна predisпозиція» описує наявні особливості темпераменту, риси характеру, аномальні риси особистості (включаючи акцентуації і ознаки психопатизації).

У позиції «структура [синдрому]» наводиться вказівка на скомпрометовану психічну сферу — як компонент конкретного психопатологічного синдрому.

Співвіднесення сфер і компонентів, що їм відповідають, згідно з розробленою мною схемою [4], наведено нижче:

– відчуття — *сенсорний (рецепторний)* (ан-, гіпо-, гіпер-, син- і парестезії, сенестопатії);

– сприйняття — *перцептивний* (ілюзії, справжні і псевдогалюцинації, психосенсорні розлади (дереалізація, деперсоналізація, метаморфозії));

– увага — *прозектичний* (гіпер-, гіпо-, а- і диспрозексія, розсіяність, лабільність, ригідність, інертність, звуження, персеверація, виснаженість, патологічна фіксація);

– пам'ять — *мнестичний* (гіпер-, гіпо-, а- і парамнезії, або фантазми (конфабуляції, псевдоремінісценції, крипто- і екмнезії, анекфорія), палімпсести);

– мислення (асоціативний процес, поняттєво-категоріальний апарат і атрибутивна сторона) — *асоціативний (ідеаторний)* (асоціативний процес: тахі- й брадифренія, «скачка ідей», ментизм, шперрунг; патологічна деталізація, ґрунтовність, в'язкість, інертність, ригідність, «лабіринтне мислення», персеверації; інкогеренція, незв'язність, зісковзування, розірваність, вербігерації; химерність, резонерство, формалізм, різноплановість, аморфність, паралогічність, символічність, патологічний полісемантизм, аутистичність, архаїчність; поняттєво-категоріальний апарат: псевдопоняття, ущільнення, аглютинація і контамінація, неологізми; атрибутивна сторона: маячні й подібні до маячних, домінуючі і надцінні, нав'язливі ідеї; «афективна логіка»);

– інтелект — *когнітивний* (олігофренія, деменція, когнітивне зниження);

– емоції — *афективний* (гіпер- (манія, депресія, дистимія), гіпо- (огрубіння, холодність, монотонність, збіднення, сплосчення), а- (апатія) і паратимії (ей- і дисфорія, морія, екстаз); лабільність, інконтиненція афекту; амбівалентність, неадекватність, патологічна тривога, екзальтація; фізіологічний і патологічний афекти);

– воля — *конативний* (гіпер-, гіпо-, а- і парабулії; амбітендентність);

– потяг — *інстинктивний* (зниження, підвищення, спотворення);

– свідомість — *синеїдетичний* (кількісні: пригнічення (оглушення — обнубляція, сомнолентність, сопор; кома) і якісні: потьмарення (сплутаність, розгубленість, делірій, онейроїд, сутінки, аменція) порушення свідомості, а також «особливі» (афективне звуження; транс; епілептична аура) і «виняткові» (патологічне сп'яніння і патологічний афект) стани, що належать до останніх;

Також були введені додаткові — позасферні (базисні, аранжувальні або композиційні) — компоненти:

– *[психо]вегетативний* (показує залученість вегетатики: лабільність; симпатико- або ваготонія; пароксизми / кризи);

– *алгічний* (констатує наявність больового компонента, в тому числі так званих «психалгій»);

- *астенічний* (що становить стрижень деяких або клінічно значуще аранжування багатьох синдромів);
- *вербальний* (що аналізує динамічні, артикуляційні, емфатико-інтонаційні та змістовні особливості мови);
- *кінетичний (моторний)* (що описує рухову сферу: ступор, збудження, розгальмування, бради- або тахікінезія, акатизія, гіпер- і паракінези, компульсії, насильницькі дії, стереотипії; парaprаксії (негативізм, манірність, кривляння, пасивне підпорядкування, луна-симптоми (ехолалія, ехопраксія, ехомімія), мимомовлення, парамімії); «втрата грації»);
- *праксичний* (відображає порушення праксису, а саме здатності до виконання довільних цілеспрямованих рухових актів: апраксії (ідеаторна, конструктивна, моторна, кінестетична, просторова, оральна, лобна));
- *гностичний* (що розкриває порушення гнозису, тобто процесів перцептивної категоризації (впізнання) стимулів різної модальності: агнозія (оптична – аперцептивна, асоціативна, в тому числі зорова (прозопагнозія, одностороння просторова etc.); акустична; сенситивна, в тому числі астереогноз (аутопагнозія, метаморфопсія), макропсії, мікропсії, полімелія, анозогнозія etc.; нюхова і смакова); тотальна);
- *сомнічний* (що характеризує розлади сну, котрі суть: дис-, пара-, а-, ін-, гіперсомнія (сомнолентність), порушення циклу сон – неспання etc.);
- *етологічний* (що вказує на інтимно пов'язані з психопатологією модифікації поведінки: уникнення, конфронтаційна, агресивно-агоністична, аутистична, суїцидальна etc.).

В силу утилітарності – *in favorem* психотерапії – проведеного синдромологічного аналізу видається доцільним розмістити у цьому тексті опис тільки ординарних психопатологічних синдромів, – і за спрощеною схемою, в якій виключені етимологія, епоніміка, синонімічний ряд, а також мнемонічні прийоми і поетика.

5.1.1. Астенічний синдром

Астенічний синдром (грецьке *ἀσθενεια* – безсилля) – патологічний стан у вигляді поєднання явищ слабкості, підвищених втомлюваності й виснажливості психічних функцій, гіперестезії, емоційної лабільності, нерідко – істеріозису, в різноманітному психовегетативному аранжуванні.

Рівень ураження:

- невротичний;
- парapsихотичний.

Регістр(и):

- психогенний;

- екзогенно-інтоксикаційний;
- екзогенно-органічний.

Афілійований патопсихологічний реєстр-синдром:

- психогенно-невротичний;
- особистісно-аномальний;
- екзогенно-органічний.

Патоперсонологічна і / або психофізіологічна передиспозиція:
нервово-психічна слабкість.

Структурні компоненти:

а) облігатні:

- астенічний;
- сенсорний (рецепторний);
- афективний;
- прозектичний;
- кінетичний (моторний);
- етологічний;

б) факультативні:

- [психо]вегетативний;
- алгічний;
- конативний;
- асоціативний (ідеаторний);
- інстинктивний;
- сомнічний.

Сферна психопатологія:

а) облігатні прояви:

— відчуття: гіперпатія, психічна і сенсорні гіпер- або гіпестезії; наявність неприємних відчуттів (болісності, тяжкості, слабкості) у м'язах при незначному навантаженні і / або в спокої;

— емоції: лабільність емоційного фону, тривога, емоційне напруження;

— увага: гіпопрозексія (неуважність, нестійкість, підвищена виснажуваність);

— рухова сфера: підвищена втомлюваність; гіподинамія;

— поведінка: уникнення навантажень, схильність до частого відпочинку, постільного режиму;

б) факультативні прояви:

— воля: гіпобулія; гіпоергія;

— емоції: знижений або нестійкий емоційний фон, почуття туги, печалі, смутку;

- мислення: брадипсихія; нерідкісні надцінні й нав'язливі ідеї іпохондричного змісту;
- увага: нерідко — гіперпрозексія іпохондричного плану;
- відчуття: парестезії, вісцеральні сенестопатії;
- потяги: ослаблення, особливо лібідо.

Сомато-вегетативне аранжування:

— з боку вегетативної нервової системи: втомлюваність, дратівливість, порушення сну (денна сонливість в поєднанні з нічним безсонням); переважання симпатико- або ваготонії, дистальний гіпергідроз, коливання артеріального тиску, запаморочення;

— соматична сфера: головний біль (частіше за типом болю м'язової напруги), функціональні розлади різних органів і систем (порушення апетиту, функціональні диспепсичні розлади, кардіалгія, тахікардія, задишка etc.);

— судинні порушення: нейроциркуляторні і нейротрофічні порушення;

— з боку ендокринної системи: симпатoadреналові кризи; недостатність або підвищення функції різних залоз внутрішньої секреції;

— дисомнічні прояви.

Клінічні варіанти:

- класичні варіанти / стадії:
 - — гіперстенічний (з переважанням дратівливості, збудливості, нецілеспрямованої й мінливої підвищеної активності);
 - — істеріозис (поєднання підвищеної збудливості нерво-психічних процесів і настільки ж швидкого їх виснаження);
 - — гіпостенічний (домінування проявів млявості, втоми, виснаження);
- за клініко-психопатологічним аранжуванням:
 - — астено-вегетативний — астенія в поєднанні з вираженими явищами вегетативної дисрегуляції;
 - — астено-депресивний — астенія в поєднанні з симптомами депресивного спектра;
 - — астено-невротичний — астенія з включеннями симптомів невротичного спектра;
 - — астено-іпохондричний — астенія у поєднанні з хворобливо перебільшеною увагою до стану здоров'я, переконаністю в наявності хронічного / тяжкого / невиліковного захворювання.

Синдромогенез:

1) «класична» схема: гіперстенія → істеріозис → гіпостенія → астенія;

2) патогенетична схема: психічна втомлюваність + м'язова слабкість → ослаблення когнітивного функціонування (зниження стійкості й концентрації уваги, осмислення) + гіперпатія, психічна і сенсорна гіпер- або гіпестезія → зміни в емоційній і вольовій сферах (варіюють від підвищеної дратівливості, сенситивності, емоційної лабільності до гіпопатично-гіпобулічних проявів зі зниженням рухово-мовної експресії) → астенічний синдром.

Синдромокінез:

- астенічний синдром → психастенічний синдром;
- астенічний синдром → астено-депресивний синдром;
- астенічний синдром → астено-іпохондричний синдром;
- астенічний синдром → вітальна астенія;
- астенічний синдром → астенічний розвиток особистості;
- астенічний синдром → емоційно-вольове збіднення → дебют ендогенного процесу;
- астенічний синдром → одужання.

Синдромотаксис: психастенічний синдром, неврастенічний симптомокомплекс, органічний психосиндром (церебрастенія), [астено-]депресивний, [астено-]іпохондричний, [а][гіпо]патично-[а][гіпо]булічний синдроми.

Нозологічна належність:

- неврози (насамперед неврастенія);
- депресивні стани різної етіології.

Диференційна діагностика:

- синдром хронічної втоми;
- апато-абулічний синдром у рамках ендогенних психозів (групи шизофренії), в тому числі «ендогенна вітальна астенія», «юнацька астенічна неспроможність»;
- псевдоневрастенічний синдром (постпсихотичного генезу);
- депресивний синдром;
- іпохондричний синдром;
- акцентуації характеру;
- однойменний розлад особистості (астенічна психопатія);
- органічні захворювання і ураження центральної нервової системи;

- церебральні судинні захворювання;
- зловживання психоактивними речовинами;
- тяжка хронічна соматична патологія;
- деякі фізіологічні стани (наприклад, вагітність, надмірні фізичні навантаження);
- різні види міастеній і міопатій (в тому числі як результат дегенеративно-дистрофічних захворювань нервової системи).

Відношення до терапії: піддається терапії, характерне рецидивування під впливом чинників психічного, соматичного і соціального порядку.

5.1.2. Депресивний синдром

Депресивний синдром (латинське *deprimo* — гнітити, пригнічувати) — патологічний стан у вигляді поєднання стійкого хворобливо зниженого настрою, брадипсихії (загальмованості психічної діяльності) і брадикінезії (загальмованості рухової активності) зі зниженням інстинктів і вітальних функцій.

Рівень ураження:

- невротичний;
- психотичний;
- парапсихотичний.

Регістр(и):

- психогенний;
- ендогенний;
- органічний;
- соматогенний.

Афілійований патопсихологічний регістр-синдром:

- психогенно-невротичний;
- афективно-ендогенний;
- психогенно-психотичний;
- ендогенно-органічний.

Патоперсоналогічна і / або психофізіологічна передиспозиція: інтровертованість, сенситивність, нерішучість, іпохондричність, схильність до інтроспекції, розвинене почуття провини, низькі стресостійкість та фрустраційна толерантність.

Структурні компоненти:

а) облігатні:

- афективний;
- асоціативний (ідеаторний);

- кінетичний (моторний);
- вербальний;
- конативний;
- [психо]вегетативний;
- інстинктивний;
- сомнічний;
- етологічний.

б) факультативні:

- сенсорний (рецепторний);
- перцептивний;
- прозектичний;
- мнестичний;
- алгічний;
- астенічний.

Сферна психопатологія:

а) облігатні прояви:

- емоції: титульна гіпотимія *id est* депресія, часто з патологічною тривогою;
- мислення: брадифренія (брадипсихія);
- рухова сфера: брадикінезія;
- мова: брадилалія з синтонним афекту емпатико-інтонаційним оформленням;
- воля: гіпобулія (зниження вольових спонукань);
- потяги: ослаблення, пригнічення основних інстинктів;
- поведінка: зниження соціальної активності, обмеження кола спілкування;

б) факультативні прояви:

- емоції: ангедонія; апатія;
- мислення: депресивний моноідеїзм; депресивні ідеї самознищення і самозвинувачення; депресивне марення; суїцидальні ідеї;
- рухова сфера: ажитація;
- воля: парабулії (суїцидальні тенденції);
- потяги: збочення (суїцидальні наміри і дії);
- відчуття: сенестопатії, сенестоалгії; психалгії;
- сприйняття: елементи деперсоналізації й дереалізації;
- увага: диспрозексія (загострення, патологічна прикутість до несприятливих, травмуючих ситуацій, подій, внутрішніх переживань зі зниженням концентрації);

– пам'ять: зосередженість на неприємних, тяжких моментах минулого;

Сомато-вегетативне аранжування:

– з боку вегетативної нервової системи: тріада В. П. Протопопова (тахікардія, мідріаз, запори);

– з боку органів і систем: соматичні «маски» депресії різної органно-системної належності, нерідко з вираженим алгічним компонентом (алгічно-сенестопатична, цефалгічна, паналгічна; абдомінальна, кардіалгічна, агрипнічна etc.);

– дисомнії, в тому числі гіперсомнії;

– астенія.

Клінічні варіанти:

– за критерієм редукції, гіперплазії або трансформації одного з компонентів «класичної» депресивної тріади (афективного, асоціативно-ідеаторного і кінетико-моторного):

– — апатична (з випаданням афективного компонента, «негативною афективністю»), з переважанням відчуття пригніченості вольових прагнень і почуття втрати життєвого тону;

– — анестетична (з редукцією емоційного компонента до стану *anaesthesia psychica dolorosa* з суб'єктивно обтяжливим відчуттям втрати емоційного резонансу);

– — з різноманітними аранжуваннями афективного компонента: тривожна, іпохондрична, анксіозна, дисфорична, ангедонічна, «іронічна», «сльозлива» etc.;

– — адинамічна, або ступорозна (з превалюванням бради- / гіпокінетичних і гіпобулічних проявів, що досягають ступеня депресивного ступору);

– — ажитована (з вираженим мовноруховим збудженням, що доходить до рівня шаленства);

– за критерієм наявності психопатологічних проявів за межами «класичної» депресивної тріади:

– — ананкастична (з додаванням obsесивної симптоматики);

– — пан[т][о]фобічна, або панолептична (з множинними різноманітними фобічними переживаннями);

– — параноїдна (з приєднанням маячних переживань);

– — істерична (з істеричною імпрегнацією);

– — астенична (з переважанням стійкої астенизації і явищ гіперестезії);

- — алієнаційна, або деперсоналізаційна (з домінуванням деперсоналізаційно-дереалізаційних проявів);
- «депресії без депресії»: масковані (ларвовані) депресії:
 - — описані вище соматичні «маски», або еквіваленти, що імітують окреслену нозоформу конкретної системно-органної належності;
 - — вегетативна (з відчуженням соматочуттєвих потягів, що виявляється переважно соматичними еквівалентами (зниження потреби у сні з дисомнічними явищами, погіршення апетиту аж до [депресивної] анорексії, пригнічення статевого потягу) при стертій психопатологічній картині);
 - за патогенетичними механізмами:
 - — психогенна;
 - — ендогенна;
 - — ендореактивна;
 - — соматогенна.

Синдромогенез:

1) психогенної депресії: стресорні впливи → психотравматизація → зрив адаптаційних механізмів → виснаження катехоламінової нейротрансмітерної системи → підвищення секреції кортизолу → функціональні порушення в структурах мозку (лімбіко-таламічний, гіпоталамо-гіпофізарній системах) зі зміною концентрації моноамінів → зниження фону настрою і наростання ідеомоторної загальмованості + вегетативний симптомокомплекс + порушення циркадних (циркадіанних) ритмів;

2) соматогенної депресії: церебрально-органічна патологія (посттравматичного, запального, інтоксикаційного, нефротоксичного, дисциркуляторного etc. генезу) → [стресорні] впливи → підвищення секреції кортизолу → функціональне порушення в структурах мозку (лімбіко-таламічний, гіпоталамо-гіпофізарній системах) зі зміною концентрації моноамінів → зниження фону настрою і наростання ідеомоторної загальмованості + вегетативний симптомокомплекс + порушення циркадних (циркадіанних) ритмів;

3) ендогенної депресії: вроджені дефекти медіаторних систем → аномалії підкіркових систем регуляції вегетативно-ендокринних процесів → низька стресостійкість → стресові впливи → психотравматизація → підвищення секреції кор-

тизолу → функціональне порушення в структурах мозку (лімбіко-таламічній, гіпоталамо-гіпофізарній системах) зі зміною концентрації моноамінів → зниження фону настрою і наростання ідеомоторної загальмованості + вегетативний симптомокомплекс + порушення циркадних (циркадіанних) ритмів.

Синдромокінез:

– у рамках біполярного афективного розладу: депресивний синдром → [інтермісія] → маніакальний синдром;

– у рамках афективних модифікацій: депресивний синдром + компліментарне афективне аранжування (тривожне, іпохондричне, анкіозне, фобічне) → анкіозно-депресивний, депресивно-іпохондричний, депресивно-фобічний синдроми;

– у рамках інших психопатологічних модифікацій: депресивний синдром + асоціативно-ідеаторне (обсесії) або атрибутивне (наприклад, депресивний моноідеїзм → голотимні маячні ідеї) аранжування → відповідно депресивно-обсесивний або депресивно-параноїдний синдроми;

– у рамках патоперсонологічних модифікацій: депресивний синдром + екзацербация істеричних проявів або приєднання істероформних реакцій → депресивно-істеричний синдром;

– у рамках загальної астенізації: депресивний синдром + астенічний компонент → астено-депресивний синдром → «депресія виснаження»;

– у рамках соматизації: депресивний синдром + психо-вегетативне аранжування → сомато-вегетативний симптомокомплекс, органно-системні неврози, алгічний синдром;

– у рамках вікової інволюції: депресивний синдром + вікові зміни органічного ґрунту → інволюційна меланхолія або депресивний синдром + кататонічні симптоми + психоорганічний синдром → пресенільна злаякісна депресія;

– у рамках суїцидогенезу: депресивний синдром + ідеї самознищення і самозвинувачення → суїцидальні думки, наміри і дії;

– в рамках санації: депресивний синдром → дезактуалізація психотравми → одужання.

Синдромотаксис: іпохондричний, фобічний, обсесивний, [депресивно-]параноїдний, [псих]астенічний синдроми, анкіозні стани.

Нозологічна належність:

- депресивний невроз;
- інші невротичні розлади;
- циклотимія;
- маніакально-депресивний психоз (біполярний афективний розлад);
- нозогенні депресії;
- епілепсія;
- соматичні, інфекційні, інтоксикаційні, травматичні психози (після виходу з психотичного стану);
- ендокринні захворювання (ендокринний психосиндром);
- депресивна форма прогресивного паралічу;
- посттравматичний стресовий розлад;
- інфаркт міокарда;
- інсульт («постінсультна депресія»);
- «судинна депресія» (при церебральному атеросклерозі);
- псевдопаралітичний синдром судинного генезу;
- хвороба J. Parkinson'a;
- побічна дія лікарських препаратів.

Диференційна діагностика:

- постшизофренічна депресія;
- апато-абулічний синдром;
- кататонічний синдром;
- астенічний синдром (астенії будь-якого генезу);
- іпохондричний розвиток особистості;
- генералізований тривожний розлад;
- деменції (з депресивною псевдодеменцією);
- соматоформні розлади;
- соматична патологія різної системно-органної належності.

Відношення до терапії: піддається як медикаментозному лікуванню, так і психотерапії (пропорція відповіді залежить від особливостей психогенезу); характерні рекурентний перебіг і феномен «ендореактивності», що трансформує як відношення до різних модусів терапії, так і власне рівень курабельності.

5.1.3. Іпохондричний синдром

Іпохондричний синдром (грецьке *ἵποχόνδριον* — підребер'я, як ймовірно джерело страждання) — патологічний стан у ви-

гляді переконаності в наявності тяжкого / невиліковного захворювання з хворобливою фіксацією на збоченій інтероцепції, нерідко з модифікацією поведінки.

Рівень ураження:

- невротичний;
- психотичний.

Регістр(и):

— психогенний;

— патоперсонологічний (при іпохондричному розвитку особистості);

— ендогенний (при формуванні маячної іпохондрії).

Афілійований патопсихологічний регістр-синдром:

- особистісно-аномальний;
- психогенно-невротичний;
- шизофренічний;
- психогенно-психотичний.

Патоперсонологічна і / або психофізіологічна передиспозиція: тривожна помисливість, схильність до застрягання афекту, схильність до надмірної інтелектуалізації.

Структурні компоненти:

а) облігатні:

- сенсорний (рецепторний);
- алгічний;
- асоціативний (ідеаторний);
- прозектичний;
- афективний;
- конативний;

б) факультативні:

- [психо]вегетативний;
- астеничний;
- етологічний;
- сумнівний.

Сферна психопатологія:

а) облігатні прояви:

— відчуття: гіперестезії і гіперпатії; сенестопатії (як правило, чіткої органної належності), сенестоалгії;

— мислення: порушення суджень і умовиводів у вигляді переконаності в наявності тяжкого / невиліковного захворювання; тенденція до формування надцінних, іноді — маячних ідей (маячна іпохондрія);

— увага: гіперпрозексія з фіксацією на патологічній інтероцепції;

— емоції: зміна емоційного фону (пригніченість, тривога, гіпотимія, побоювання, страх);

— воля: гіпобулія;

б) факультативні прояви:

— відчуття: вісцеральні галюцинації;

— воля: гіпербулія зі специфічним підвищенням активності;

— поведінка: часті звернення до лікарів з метою підтвердження або встановлення діагнозу ймовірної хвороби, невіра в результати негативної діагностики і наполегливі відвідування інших фахівців та діагностичних центрів.

Сомато-вегетативне аранжування:

— психовегетативні реакції на висоті переживань; вегетативні кризи;

— підвищена дратівливість, швидка втомлюваність, астеничні прояви;

— множинні вісцеральні алгії;

— дисомнії.

Клінічні варіанти:

— за рівнем ураження:

— — невротичний;

— — надцінний;

— — маячний;

— за патогенетичними механізмами:

— — сенсогенний;

— — ідеогенний;

— за клініко-психопатологічним аранжуванням:

— — сенестопатійно-іпохондричний;

— — астено-іпохондричний;

— — тривожно-іпохондричний;

— — депресивно-іпохондричний;

— — фобічно-іпохондричний;

— — obsesивно-іпохондричний.

Синдромогенез:

1) гіперпрозекція + тривожна недовірливість → іпохондрична фіксація уваги на гоміомних тілесних сенсаціях → сенестопатія → інтелектуальна переробка → іпохондричний синдром;

2) тривожна помисливість + схильність до нав'язливості → актуалізація проблеми здоров'я / хвороби (внаслідок ятро- або нозогенії, нозофобічних реакцій, соціально-фармакологічного пресингу) → інтелектуальна переробка → іпохондричний синдром;

3) патологічне збудження в інтероцептивній сфері (рутинного сомато(невро)генного характеру) → інтероцептивна гіперестезія → афективне переживання → надцінна (домінуюча) або нав'язлива ідея іпохондричного змісту → іпохондрична деталізація (докладність) мислення → іпохондричний синдром;

4) [псих]астенія → іпохондричний модус реагування → інтелектуальна переробка → іпохондричний синдром;

5) стресорні впливи → психотравматизація → соматизація переживань → іпохондричний модус реагування → іпохондричний синдром.

Синдромокінез:

- іпохондричний синдром → іпохондричний невроз;
- іпохондричний синдром → іпохондричний розвиток особистості;
- іпохондричний синдром → надцінна іпохондрія;
- іпохондричний синдром → паранойяльний синдром (катестетичне марення, маячна іпохондрія);
- іпохондричний синдром → парафренний синдром (синдром J. Cotard'a [– J. E. Seglas'a]);
- іпохондричний синдром → одужання.

Синдромотаксис: сенестопатійно-, астено-, тривожно-, депресивно-, фобічно-, обсесивно-іпохондричний синдроми; соматоформні, психастенічний, істеричний синдроми.

Нозологічна належність:

- неврози (насамперед однойменний);
- іпохондричний розвиток особистості;
- депресивні розлади різної етіології;
- органічні ураження головного мозку;
- захворювання нервової системи різної етіології.

Диференційна діагностика:

- нозофобічні реакції (в тому числі ятрогенії);
- нозофілія (в тому числі синдром Мюнхгаузена);
- обсесивно-фобічний синдром;
- синдром J. Cotard'a [– J.E. Seglas'a];

- соматоформні розлади;
- дисморфофобія і дисморфоманія;
- шизофренія (іпохондрична шизофренія);
- істерія;
- масковані (ларвовані) депресії з різними соматичними масками;
- хронічні соматичні захворювання.

Відношення до терапії: високорезистентний.

5.1.4. Істероформний синдром

Істероформний синдром (грецьке *ύστερα* — матка, «блукання» якої вважалося причиною страждання + латинське *forma* — зовнішній вигляд) — патологічний стан психотравматичного генезу у вигляді сукупності поліморфних психопатологічних, сенсорних, вегетативно-вісцеральних і рухових порушень з афективно-моторними і афективно-вегетативними нападами гістріоїдного характеру.

Рівень ураження:

- невротичний;
- психотичний.

Регістр(и):

- психогенний;
- патоперсонологічний.

Афілійований патопсихологічний регістр-синдром:

- психогенно-невротичний;
- особистісно-аномальний;
- психогенно-психотичний.

Патоперсонологічна і / або психофізіологічна передиспозиція: гістріоїдні риси, демонстративність; егоцентризм і аутодраматизація; психофізичний інфантилізм; підвищена сугестивність; схильність до фантазування; часті стани фрустрації; гіперконформність; органічна неспроможність нервової системи.

Структурні компоненти:

а) облігатні:

- афективний;
- конативний;
- [психо]вегетативний;
- етологічний;
- асоціативний (ідеаторний);
- вербальний;

б) факультативні:

- сенсорний (рецепторний);
- мнестичний;
- синейдетичний;
- алгічний;
- астенічний;
- кінетичний (моторний);
- когнітивний.

Сферна психопатологія:

а) облігатні прояви:

- емоції: лабільність афекту, нестійкий фон настрою, підвищена збудливість;
- воля: підвищена навіюваність, вedomість, вплив навколишніх або обставин;
- поведінка: театральність, демонстративність, прагнення перебувати в центрі уваги, надмірна заклопотаність фізичною привабливістю; істеричні патерни; толерантність («*belle indifference*») до симптомів;
- мислення: пуерилізм, психічний інфантилізм; «афективна логіка», маячноподібні фантазії;
- мова: емфатико-інтонаційне багатство, емоційність, образність, експресивність, зайва патетичність; афонія; записання, заїкання; скандована мова;

б) факультативні прояви:

- відчуття: гіп-, ан-, паре- і гіперестезії; сенестопатії й істеричний біль; порушення зору і слуху (концентричне звуження полів зору (тубулярний зір), істеричні диплопія, амавроз, фотофобія, порушення кольоровідчуття, істерична глухота);
- пам'ять: амнезії (селективна, генералізована, локалізована, безперервна etc.);
- свідомість: непритомність, сутінки, fuga, транс, псевдокома; сомнамбулізм; летаргія;
- рухова сфера: істеричні напади; судоми, істерична дуга; паралічі (парези), контрактури, істерична моноплегія [руки], геміплегія, нижня параплегія; істерична кривошия; блефароспазм, птоз, «спазм конвергенції», двосторонній спастичний мідріаз, ністагм; тризм; психогенна астазія-абазія (частіше дисбазія), істеричний мутизм etc.;
- інтелект: псевдодеменція.

Сомато-вегетативне аранжування:

– з боку вегетативної нервової системи: підвищення періостальних, сухожилкових рефлексів; лабільність пульсу; гіперемія або блідість шкіри; анорексія, дисфагія, блювання; задишка, серцебиття, непритомність; дисменорея; уявна вагітність; globus hystericus;

– множинні алгії різноманітної соматичної локалізації;
– астеничні прояви, в тому числі постіктальні астенії.

Клінічні варіанти:

- істероневрастенія;
- істерофобія;
- істероіпохондрія;
- істерокаталепсія;
- істерошизофренія;
- істероепілепсія.

Синдромогенез: індивідуально-характерологічні та конституційно-персонологічні особливості → стресорні впливи → психотравматизація → істеричний тип реагування → формування істеричних патернів → істероформний синдром.

Синдромокінез:

- істероформний синдром → істерія;
- істероформний синдром → неврастенія;
- істероформний синдром → соматоформні синдроми.

Синдромотаксис: варіанти астеничного синдрому, неврастенічний симптомокомплекс, іпохондричний, соматоформні синдроми.

Нозологічна належність:

- істеричний невроз (істерія);
- конверсійні розлади;
- істероїдна акцентуація рис характеру;
- істеричний розлад особистості (істероїдна психопатія).

Диференційна діагностика:

– епісиндром;
– не-епілептичні пароксизми (транзиторні ішемічні атаки, гіпоглікемічні епізоди, синкопальні стани, пароксизмальна дистонія, атаксія, пароксизмальна міоплегія, катаплектичні напади etc.);

– паралічі та парези центрального або периферійного генезу;

- непритомність, колапс, коми різного генезу;
- хореоатетоз різного генезу;
- сутінковий розлад свідомості;
- початкові стадії демієлінізуючих захворювань;
- етнопсихопатологічні синдроми.

Відношення до терапії: резистентний, частково піддається психотерапії; характерна відповідь на плацебо з сугестивним репотенціюванням.

5.1.5. Обсесивно-компульсивний синдром

Обсесивно-компульсивний синдром (латинське *obsessio* — облога, охоплювання + *compulsio* — змушення) — патологічний стан у вигляді поєднання періодично повторюваних, стійких, спонтанних (мимовільних, невмотивованих), тематично мізерних, чужих для змісту свідомості, емоційно монотонних, суб'єктивно тяжких думок, що модифікують поведінку і вимагають реалізації спонукань до дій.

Рівень ураження:

- невротичний;
- парапсихотичний.

Регістр(и):

- психогенний;
- органічний;
- патоперсоналогічний.

Афілійований патопсихологічний регістр-синдром:

- психогенно-невротичний.

Патоперсоналогічна і / або психофізіологічна передиспозиція: ананкастні, психастенічні риси; торпідність, інертність мислення; схильність до ретенції афекту.

Структурні компоненти:

а) облігатні:

- асоціативний (ідеаторний);
- кінетичний (моторний);
- афективний;
- конативний;
- прозектичний;
- етологічний;

б) факультативні:

- мнестичний;
- [псих]астенічний;

- [психо]вегетативний;
- інстинктивний;
- синеїдетичний.

Сферна психопатологія:

а) облігатні прояви:

— мислення: афективно детерміновані порушення асоціативного процесу у вигляді наявності нав'язливих думок (періодично повторюваних, стійких, мимовільних, невмотивованих, тематично мізерних, чужих для змісту свідомості, суб'єктивно тяжких) з наявністю критичного до них відношення; виявляється тенденція до розширення дальності асоціювання;

— рухова сфера: непереборні спонукання до дії і власне нав'язливі дії — компульсії (періодично повторювані, стійкі, мимовільні, невмотивовані, чужі для змісту свідомості, суб'єктивно тяжкі), нерідко складноорганізовані;

— емоції: фонові (базальні) або ситуативні тривоги чи страх з тенденцією до наростання при спробах протистояти нав'язливим думкам і діям та короткочасне усунення тривоги і напруги в разі їх реалізації);

— воля: зниження вольового контролю;

— увага: специфічна тематична гіперпрозексія;

— поведінка: ритуали катартичного, абреактивного, дефензивного, превентивного характеру (іноді з примусом до участі в них осіб з найближчого оточення).

б) факультативні прояви:

— пам'ять: нав'язливі спогади;

— мислення: підвищена виснажуваність;

— емоції: гіпотимія; лабільність;

— потяги: нав'язливі потяги (бажання);

— свідомість: афективне звуження.

Сомато-вегетативне аранжування: психовегетативні реакції на висоті переживань.

Клінічні варіанти:

— за синдромальною структурою:

— — обсесивний синдром;

— — компульсивний синдром;

— за патогенетичними механізмами:

— — психогенні (афектогенні);

— — криптогенні;

— за деталями клініко-психопатологічної картини (уражені сфера, тематичність, предметність etc.):

- — нав'язливі уявлення;
- — контрастні нав'язливості;
- — нав'язливі сумніви;
- — нав'язливі страхи;
- — нав'язливі спогади;
- — нав'язливі пригадування (ономатоманія);
- — нав'язливий рахунок (аритмоманія);
- — синдром дезавтоматизації вегетативних функцій.

Синдромогенез:

1) актуальна психотравма → торпідний афект → спроба інтелектуальної переробки → нав'язливі думки → спроби пригнічення / дозволу → нав'язливі дії / ритуали;

2) актуальна психотравма → витіснення з амнезією → не-свідома переробка → підвищення рівня афективної напруги → наростання дратівливості → переадресована агресія → нав'язливі дії.

Синдромокінез:

— обсесивно-компульсивний синдром → [обсесивно-]фобічний синдром;

— обсесивно-компульсивний синдром → психастенічний синдром;

— обсесивно-компульсивний синдром → [тривожно-]депресивний синдром;

— обсесивно-компульсивний синдром → ананкастний розвиток особистості;

— обсесивно-компульсивний синдром → марення утворення з ритуалізацією;

— обсесивно-компульсивний синдром → одужання.

Синдромотаксис: обсесивно-фобічні, психастенічний, [тривожно-]депресивний синдроми, ананкастний розлад особистості.

Нозологічна належність:

— невротичні розлади (насамперед, однойменне, а також неврастенія і психастенія);

— органічні ураження головного мозку;

— епілепсія;

— депресивні стани різної етіології.

Диференційна діагностика:

- псевдообсесивний синдром (як варіант або стадія формування параноїдного синдрому при шизофренії);
- обсесивно-фобічний синдром;
- синдром насильницьких думок і дій при психопатології органічного генезу;
- персеверації з суб'єктивним переживанням насильництва і насильницькі рухові акти при постенцефалітичному паркінсонізмі;
- пароксизмальні стани схожої психопатологічної структури при епілепсії;
- постенцефалітична акаїрія;
- боротьба мотивів (як нормальний етап прийняття волевого рішення);
- ритуали при шизофренії;
- нав'язливі сумніви як прояви амбівалентності при шизофренії;
- психопатії психастенічного кола;
- гіперкінези різної етіології;
- етнопсихопатологічні синдроми.

Відношення до терапії: високорезистентний; частково піддається когнітивно-біхевіоральній терапії; ефективна електроконвульсивна терапія.

5.1.6. [Обсесивно-]фобічний синдром

[Обсесивно-]фобічний синдром (грецьке *φόβος* – страх, жах) – патологічний стан у вигляді поєднання періодично повторюваних, ситуативно детермінованих, таких, що оволодівають свідомістю і чужих для її змісту, частіше стійких і монооб'єктних, суб'єктивно тяжких думок і спогадів, що супроводжуються афектом предметного страху, з тенденцією до персевераційної чуттєво-образної реконструкції, що часто модифікують поведінку.

Рівень ураження:

- невротичний;
- парапсихотичний.

Регістр(и):

- психогенний;
- органічний;

– патоперсонологічний.

Афілійований патопсихологічний реєстр-синдром:

– психогенно-невротичний.

Патоперсонологічна і / або психофізіологічна передиспозиція: ананкастні, психастенічні риси; торпідність, інертність мислення; схильність до ретенції афекту.

Структурні компоненти:

а) облігатні:

– асоціативний (ідеаторний);

– афективний;

– мнестичний;

– конативний;

– прозектичний;

б) факультативні:

– [псих]астенічний;

– [психо]вегетативний;

– кінетичний (моторний);

– етологічний;

– синеїдетичний.

Сферна психопатологія:

а) облігатні прояви:

– мислення: порушення асоціативного процесу у вигляді наявності ситуативно детермінованих, таких, що оволодівають свідомістю і чужих їй за змістом, суб'єктивно тяжких думок з чіткою фабулою переживання і збереженням критичного до них відношення; порушення суджень у вигляді фобічних ідей;

– емоції: патологічна зміна афекту (предметний страх або тривожні побоювання);

– пам'ять: нав'язливі спогади з тенденцією до персевераційної чуттєво-образної реконструкції;

– воля: зниження вольового контролю;

– увага: специфічна тематична гіперпрозексія;

б) факультативні прояви:

– мислення: підвищена виснажуваність психічних процесів;

– емоції: тривога; гіпотимія; афективна лабільність;

– рухова сфера: елементарні рухи (поодинокі компульсії) або складноорганізовані дії дефензивного або дозвольного характеру;

— поведінка: ритуали дефензивного, превентивного, рідше — абреактивного або катартичного характеру;

— свідомість: афективне звуження.

Сомато-вегетативне аранжування: психовегетативні реакції на висоті переживань.

Клінічні варіанти: ознака «предметності» страху при фобіях обумовлює існування великої кількості їх клінічних варіантів, з тенденцією до їх мультиплікації за рахунок використання різних ідентичних за значенням або таких, що відрізняються за відтінками, взаємодублюючих грецьких і латинських коренів, — причому один і той же термін несе декілька, а часом і множину, смислів; найпоширенішими є:

— пов'язані з простором і відчуттям висоти (агора-, агіро-, клаустро-, гіпсо- і аероакро-, кремнофобія);

— спровоковані ситуаціями соціальної взаємодії (соціо-, демо-, антропо-, ксено-, нео-, омато-, гапто-, ерейтофобія);

— породжувані явищами природи і геліогеофізичними факторами (аеро-, гідро-, геліо-, гляціо-, астра-, бронто- і кєрауно-, радіо-, піро-, кріо- і термо-, селено-, ніктофобія etc.);

— такі, що відображають страх забруднення (мізо-, сепло-, трихо-), зараження інфекційними (віно-, дермато-, бацило-, фтизіо-) і паразитарними (гельмінто-, педикуло-, акаро- й інші паразитофобії) захворюваннями, а також отруєння (токсикофобія);

— пов'язані із захворюваннями (нозо- або патофобії: кардіо-, канцєро-, лісо-, скотома-, дєнто-, прокто-, травмато-, вертиго-, алго-, дементо-), змінами (дисформо-, геронто-, пєладо-, рїті-, обезо-, терато-), середовищами та виділеннями (гємо-, копро-, аутодизомо-, уро-, парурез), фізіологічними функціями (фаго-, дипсо-, лого-, гіпно-, сомни-, онейро-, пєто-, воміто-), органами чуттів (акустико-, ольфакто- і осмо, фото-) і медичною сферою в цілому (нозокоме-; фармако; ятро-, томо-, вакцино-, енетофобія);

— що стосуються сексуально-репродуктивної сфери (гєтеро- і гомо-, андро і гїнеко-, вірго-, партєно-, єрото-, інтимо-, коїто-, пенїсо- і кольпо-, примєйзодо- і дефлорацио-, гїмно-, мєно-, токо-, гравїдо-, пєдо-, пара-, онанофобія);

— асоційовані зі смертю і похованням (танато-, некро-, тафо-, койметрофобія);

– викликані тваринами (роденто-, музо- і веспертиліо-; герпето-; кіно- і галео-; тауро-; селахо- і іхтіо-; гіпо-; орніто- та інші зоофобії) і комахами (арахно-, мелісо-, мірмеко- та інші інсектофобії).

Існують фобії, при яких предметом страху є будь-які водні процедури (аблюто-) і сухість в різних її проявах (ксеро-), символіка (символо-) і цифри (аритмо-), кольори як такі (хромато-) і конкретні кольори (частіше — мелано-), подорожі (дромо-, тропо-) і, окремо, поїздки залізницею (сидеродромо-), механізми (механо-) і зброя (гопло-, енето-), пограбування (клепто-) і злидні (пеніа-), сходи (клімако-) і предмети релігійних культів (агіо-); описані страх пильного розглядання іншими (скопто-) і дзеркал (спектро-), морів (таласо-) і озер (лімно-), ляльок (глено-) і клоунів (коулро-), відповідальності (гіпенгіо-) і публічних виступів (глосо-), а також страх осміювання (катагело-) і побоювання проявити веселощі в неналежній ситуації (хайро-), etc.

Синдромогенез: актуальна психотравма → торпідний афект → підвищення рівня тривоги → кристалізація об'єкта страху → нав'язливий страх → оформлення фобії.

Синдромокінез:

– obsesивно-фобічний синдром → obsesивно-компульсивний синдром;

– obsesивно-фобічний синдром → ананкастний розвиток особистості;

– obsesивно-фобічний синдром → [тривожно-]депресивний синдром;

– obsesивно-фобічний синдром → психастенічний синдром;

– obsesивно-фобічний синдром → панічний синдром;

– obsesивно-фобічний синдром → одужання.

Синдромотаксис: obsesивно-компульсивний, психастенічний, [тривожно-]депресивний синдроми, ананкастний розлад особистості, анксіозні стани, панічний синдром.

Нозологічна належність:

– розлади невротичного кола (насамперед, однойменне, а також неврастенія, психастенія і «невроз очікування»);

– посттравматичний стресовий розлад;

– розлади органічного кола (в тому числі постенцефалітичний).

Диференційна діагностика:

- псевдообсесивний синдром (як варіант або стадія формування параноїдного синдрому при шизофренії);
- препенсхотичний страх на стадії кристалізації марення («трьома»);
- синдром насильницьких думок (в депресивно-фобічному аранжуванні) при психопатології органічного генезу;
- обсесивно-компульсивний синдром;
- іпохондрія.

Відношення до терапії: високорезистентний.

5.1.7. Панічний синдром

Панічний синдром (панічна атака) (грецьке *πανικός* — [навіяний богом Паном] несвідомий жах) — патологічний стан у вигляді поєднання гострого скороминущого (частіше спонтанного і невмотивованого) нападу інтенсивної тривоги і / або страху в багатому вегетативному аранжуванні і афектогенних порушень мислення, іноді з деперсоналізаційними і дереалізаційними явищами.

Рівень ураження:

- невротичний.

Регістр(и):

- психогенний;
- соматогенний;
- органічний.

Афілійований патопсихологічний регістр-синдром:

- психогенно-невротичний.

Патоперсонологічна і / або психофізіологічна передиспозиція: сенситивність, тривожна помисливість; істероїдність.

Структурні компоненти:

а) облігатні:

- сенсорний (рецепторний);
- перцептивний;
- афективний;
- вербальний;
- [психо]вегетативний;
- прозектичний;
- асоціативний (ідеаторний);
- синеїдетичний;

б) факультативні:

- кінетичний (моторний);
- етологічний.

Сферна психопатологія:

а) облігатні прояви:

- відчуття: парестезії; різноманітні й численні тілесні сенсації;
- сприйняття: психосенсорні розлади у вигляді деперсоналізаційних і дереалізаційних переживань;
- емоції: зміни афекту у вигляді страху, тривоги, паніки;
- мова: мовне збудження (масивні постуляції, часто з благанням про допомогу);
- увага: специфічна гіперпрозексія;
- мислення: сплутаність думок (зниження довільності мислення);
- свідомість: афективне звуження; постіктальна сомнолентність;

б) факультативні прояви:

- емоції: афектогенний страх «тілесної катастрофи» або смерті (рідше — втрати самоконтролю, божевілля);
- мислення: афективна логіка;
- рухова сфера: психомоторне збудження;
- поведінка: складноорганізовані форми дефензивного або аутоотеріанського характеру; фугіформні реакції.

Сомато-вегетативне аранжування: симпато-адреналовий криз.

Клінічні варіанти:

- атрибутивні (психогенно спровоковані);
- алекситимічні («без переживання страху»);
- гіпертипові (без переживання страху і після закінчення атаки);
- екзистенційні («зі страхом тілесної катастрофи», смерті, божевілля).

Синдромогенез: психотравма (соматогенна, екзогенна) → каскад реакцій симпатоадреналової дисрегуляції → фіксація афекту тривоги / страху → тривожне очікування нападу → тригерний вплив → запуск ланцюга патологічних нейрогуморальних механізмів → наростання психовегетативного збудження → панічна атака.

Синдромокінез:

- панічний синдром → анксіозно-фобічний синдром;
- панічний синдром → obsесивно-фобічний синдром;
- панічний синдром → [тривожно-]депресивний синдром;
- панічний синдром → панічний розлад;
- панічний синдром → генералізований тривожний розлад;
- панічний синдром → психастенічний синдром;
- панічний синдром → одужання.

Синдромотаксис: істероформний, анксіозно- і obsесивно-фобічний, [тривожно]депресивний, психастенічний синдроми.

Нозологічна належність:

- панічний розлад;
- органічна патологія головного мозку;
- фармакогенна патологія;
- деякі етнопсихопатологічні синдроми.

Диференційна діагностика:

- агорафобія й інші різновиди соціальних фобій;
- психомоторне збудження (істеричне, деліріозне, епілептичне, кататонічне etc.);
- генералізований тривожний розлад;
- соматоформні дисфункції (передусім соматоформна вегетативна дисфункція серцево-судинної системи);
- ендогенні й реактивні депресії (ажитовані, особливо стан «*artus melancholicus*»);
- гостра інтоксикація психоактивними речовинами або синдром відміни;
- реактивні психози;
- гіпертонічний криз;
- стан фізіологічного афекту («сильного душевного хвилювання»);
- кардіологічна патологія;
- бронхіальна астма;
- [галюцинаторно-]маячні синдроми;
- ендокринна патологія (в тому числі феохромоцитома, тиреотоксикоз);
- патологічний клімакс;
- мітохондріальні захворювання.

Відношення до терапії: високорезистентний, піддається медикаментозній терапії та тренінговій (когнітивно-біхевіо-

ральній і аутосугестивній) психотерапії; характерне спонтанне рецидивування.

5.1.8. Психастенічний синдром

Психастенічний синдром (грецькі *ψύχω* + *ασθενεια*) — патологічний стан своєрідної «психічної слабкості» у вигляді болісно підвищених уразливості, тривожності, помисливості, з невпевненістю в своїх особистісних якостях, здібностях, вчинках, важкими сумнівами, утрудненнями при прийнятті рішень, непереносимістю відповідальності.

Рівень ураження:

- невротичний;
- парапсихотичний.

Регістр(и):

- патоперсонологічний;
- психогенний;
- органічний;
- соматогенний.

Афілійований патопсихологічний регістр-синдром:

- особистісно-аномальний;
- психогенно-невротичний.

Патоперсонологічна і / або психофізіологічна передиспозиція: сенситивність, нерішучість, невпевненість, тривожна недовірливість, схильність до важких вагань та сумнівів, слабкودухість, боязкість, сором'язливість; нервово-психічна слабкість; ананкастні прояви; необхідність зовнішньої ініціації і постійного схвалення.

Структурні компоненти:

а) облігатні:

- астенічний;
- сенсорний (рецепторний);
- конативний;
- асоціативний (ідеаторний);
- прозектичний;
- мнестичний;
- афективний;
- [психо]вегетативний;
- алгічний;
- сомнічний;
- кінетичний (моторний);
- етологічний;

б) факультативні:

- перцептивний;
- когнітивний;
- інстинктивний.

Сферна психопатологія:

а) облігатні прояви:

- відчуття: гіперпатія, психічна гіперестезія;
- воля: нестійкість мотивації;
- мислення: швидка виснажуваність психічних процесів; легкість виникнення негативно-коннотованих асоціацій; порушення суджень (ідеї власної малоцінності, соціальної неуспішності, страх несхвалення; двоїстість); інертність, гіпертрофована аналітичність мислення; болісні вагання і сумніви; схильність до нав'язливості та страхів; тривожне очікування можливих небезпек і неприємних подій;

- увага: гіпопрозексія (неуважність, нестійкість, підвищена виснажуваність);

- пам'ять: ослаблення мнестичних здібностей, насамперед за рахунок гіпопрозексії та нестійкої (найчастіше — низької) мотивації;

- емоції: гіперсенситивність; лабільність фону настрою; базальна тривога; постійне занепокоєння; афективна напруга;

- рухова сфера: підвищена втомлюваність;

- поведінка: уникнення перевантажень і будь-яких життєвих труднощів та ситуацій, що вимагають прийняття рішень;

б) факультативні прояви:

- сприйняття: елементи деперсоналізації;

- інтелект: вторинна інтелектуальна неспроможність;

- емоції: гіпотимія; ситуативна тривога; почуття страху;

- воля: гіпобулія;

- потяги: зниження лібідо.

Сомато-вегетативне аранжування:

- астенія;

- з боку вегетативної нервової системи: втомлюваність, дратівливість;

- з боку нервово-м'язового апарату: дефекти моторики; тики;

- соматична сфера: патологічні вазомоторні явища, вегето-вісцеральні реакції;

- цефалгії;
- дисомнії.

Клінічні варіанти: клініко-психопатологічно синдром фактично гомогенний; деякі відмінності виявляються в силу різної етіології: до класичної психастенії конституційно-типологічного характеру домішуються або психоорганічні риси, або звучання актуальної психотравми в разі психогенного походження патології.

Синдромогенез: конституційно-типологічний ґрунт → множинні ситуативні стресові впливи → психотравматизація з наростаючими явищами астенізації й невротизації → психастенічний синдром.

Синдромокінез:

- психастенічний синдром → obsесивно-компульсивний синдром;
- психастенічний синдром → obsесивно-фобічний синдром;
- психастенічний синдром → тривожно-депресивний синдром;
- психастенічний синдром → астенічна психопатія.

Синдромотаксис: obsесивно-компульсивний, obsесивно-фобічний, астенічний (в різних варіаціях), тривожно-депресивний синдром, психовегетативний, іпохондричний синдроми.

Нозологічна належність:

- невротичні розлади (насамперед так звана «психастенія» і неврастенія, а також невроз нав'язливих станів);
- розлади особистості (психопатії) астенічного і ананкастного кіл;
- органічна патологія головного мозку;
- хронічні соматичні захворювання, які мають тривалий перебіг.

Диференційна діагностика:

- варіанти астенічного синдрому різного генезу;
- «синдром хронічної втоми»;
- інші розлади особистості (психопатії);
- шизотиповий розлад (неврозоподібна шизофренія);
- проста шизофренія;
- психоорганічний синдром (в тому числі постенцефалітичний).

Відношення до терапії: високорезистентний; частково піддається психотерапії (аутосугесивні методики в психотонічному

варіанті і, меншою мірою, когнітивно-біхевіоральна терапія) за умови формування конгруентного психофармакологічного фону.

5.1.9. Психовегетативний синдром

Психовегетативний синдром (грецьке *ψύχω* + латинське *vegeto* – рости, виростати) – транзиторний патологічний стан у вигляді полісистемної вегетативної відповіді на суб'єктивно значимий психогенний фактор.

Рівень ураження:

– невротичний.

Регістр(и):

– психогенний;

– органічний;

– екзогенний;

– соматогенний.

Афілійований патопсихологічний регістр-синдром:

– психогенно-невротичний;

– екзогенно-органічний;

– ендогенно-органічний.

Патоперсонологічна і / або психофізіологічна передиспозиція: нервово-психічна слабкість; сенситивність, тривожна недовірливість, слабкодухість, боязкість; істероїдність.

Структурні компоненти:

а) облігатні:

– [психо]вегетативний;

– сенсорний (рецепторний);

– перцептивний;

– прозектичний;

– афективний

– кінетичний (моторний);

б) факультативні:

– синеїдетичний;

– астенічний;

– алгічний;

– етологічний.

Сферна психопатологія:

а) облігатні прояви:

– відчуття: гіпер- і парестезії;

– сприйняття: елементи дереалізації і деперсоналізації;

- увага: розсіяність, лабільність, звуження;
- емоції: зміна фону настрою (гіпотимія, тривога, страх); афективна лабільність;
- рухова сфера: м'язово-дистонічні прояви, наявність функціонально обумовлених контрактур, загальної слабкості;
- б) факультативні прояви:
 - свідомість: звуження; обнубіляція; постіктальна сомнолентність;
 - відчуття: сенестоалгії в окремих групах м'язів;
 - поведінка: уникаюча, охоронна, дефензивна, превентивні модифікації.

Сомато-вегетативне аранжування:

- з боку вегетативної нервової системи: симпатико- або ваготонічні розлади (виражені коливання артеріального тиску, зміна частоти серцевих скорочень, задишка, пітливість, запаморочення, нудота, тремтіння в тілі, etc.);
 - алгічні прояви, в тому числі постіктальні цефалгії;
 - астенія;
- з боку ендокринної системи: вегетативно-опосередковані системні реакції з порушенням катехоламінової, тиреоїдної та інших видів гуморальної секреції.

Клінічні варіанти: визначаються домінуючим афективним аранжуванням (депресивним, тривожним, іпохондричним etc.) і, відповідно, афектогенними психопатологічними порушеннями в інших сферах.

Синдромогенез: виснажена або конституційно нестабільна нервова система → ситуативні стресові впливи → психотравматизація → виражена неспецифічна вегетативна реакція → фіксація патерну реагування в психогенно-значимій ситуації → психовегетативний синдром.

Синдромокінез:

- психовегетативний синдром → варіанти астеничного синдрому;
- психовегетативний синдром → психастеничний синдром;
- психовегетативний синдром → [тривожно-]депресивний синдром;
- психовегетативний синдром → соматоформні синдроми;
- психовегетативний синдром → іпохондричний синдром;
- психовегетативний синдром → одужання.

Синдром таксис: варіанти астенічного синдрому, психастенічний, іпохондричний, соматоформні синдроми, анксіозні розлади.

Нозологічна належність:

- невротичні розлади;
- маскована (ларвована) депресія;
- вегето-судинна / нейроциркуляторна дистонія;
- органічне ураження центральної нервової системи.

Диференційна діагностика:

- широкий спектр соматичної і психосоматичної патології;
- соматоформні розлади;
- панічний розлад;
- генералізований тривожний розлад;
- стан фізіологічного афекту;
- діенцефальні кризи.

Відношення до терапії: добре піддається фармакотерапії, дещо гірше — психотерапії (переважно когнітивно-біхевіоральній терапії і аутосугестивному тренінгу); характерне рецидивування в індивідуально-значущих психотравмуючих ситуаціях.

5.1.10. Соматоформні синдроми

Соматоформні синдроми (грецьке *σμα* — тіло + латинське *forma*) — патологічні стани у вигляді множинних несистематизованих сенесто-іпохондричних переживань різної системно-органної ідентифікації, що імітують прояви відповідної соматичної патології, без наявності конгруентного патоморфологічного субстрату або з гіперболізацією соматогенних чинників.

Рівень ураження:

- невротичний.

Регістр(и):

- психогенний;
- соматогенний.

Афілійований патопсихологічний регістр-синдром:

- психогенно-невротичний;
- особистісно-аномальний.

Патоперсонологічна і / або психофізіологічна передиспозиція: сенситивність, тривожна помисливість, схильність до патологічної інтроспекції, іпохондричності, соматизації переживань.

Структурні компоненти:

а) облігатні:

- [сомато]сенсорний (рецепторний);
- прозектичний;
- асоціативний (ідеаторний);
- афективний;
- конативний;
- [психо]вегетативний;
- етологічний;

б) факультативні:

- алгічний;
- астенічний;
- сомнічний;
- перцептивний.

Сферна психопатологія:

а) облігатні прояви:

- відчуття: гіпер- і парестезії, нерідко сенестопатії;
- увага: гіперпрозексія — загострення, патологічна фіксація на тілесних сенсаціях;

– мислення: схильність до іпохондричних ідей, що доходять до рівня домінуючих і надцінних; постійна діагностична стурбованість; гіперболізація переживань щодо нібито наявного захворювання і стану здоров'я загалом;

– емоції: гіпо- і паратимії, патологічна тривога (нерідкісні анкіозно-фобічні й анкіозно-депресивні аранжування); нерідко — афективна лабільність;

– воля: гіпербулія — патологічна активність у встановленні факту наявності соматичного захворювання; парабулія — наполегливий пошук хірургічних втручань з неодноразовою реалізацією спонукань;

– поведінка: постійні відвідування профільних медичних фахівців з метою виявлення захворювання, встановлення діагнозу і призначення терапії;

б) факультативні прояви:

– сприйняття: гіперпатична інтроспекція; елементи деперсоналізації на висоті переживань.

Сомато-вегетативне аранжування:

– з боку вегетативної нервової системи: неспецифічний комплекс вегетативних симпатико- або ваготонічних реакцій

у відповідь на суб'єктивно значущі переживання (багаті [психо]вегетативні аранжування патосоматичних відчуттів і нозофобічних переживань);

- нерідко алгії відповідної органно-системної локалізації;
- астенія;
- дисомнії.

Клінічні варіанти:

- соматизований розлад;
- соматоформна вегетативна дисфункція різних систем і органів;
- соматоформний больовий розлад.

Синдромогенез: патоперсонологічна и конституціонально-психофізіологічна основа → ситуативні стресорні впливи (в тому числі ятрогенного характеру) → психотравматизація → соматизація актуальних емоційних переживань («конверсія на орган») → виражена неспецифічна вегетативна або алгічна реакція або соматичні сенсації будь-якої органно-системної належності → закріплення патологічного модусу реагування («втеча в хворобу») → соматоформний синдром.

Синдромокінез:

- соматоформний синдром → варіанти астенічного синдрому;
- соматоформний синдром → психастенічний синдром;
- соматоформний синдром → [анксіозно-]депресивний синдром;
- соматоформний синдром → психовегетативні синдроми;
- соматоформний синдром → іпохондричний синдром;
- соматоформний синдром → obsesивно-фобічний синдром;
- соматоформний синдром → obsesивно-компульсивний синдром;
- соматоформний синдром → панічний синдром;
- соматоформний синдром → одужання.

Синдромотаксис: іпохондричний, obsesивно-фобічний, obsesивно-компульсивний, психовегетативний синдроми, різні варіанти астенічного синдрому.

Нозологічна належність:

- соматоформні розлади.

Диференційна діагностика:

- соматичні захворювання відповідної органно-системної належності;
- іпохондрія (включаючи іпохондричний розвиток особистості);
- соматичні маски депресії;
- вегето-судинна / нейроциркуляторна дистонія;
- істерія;
- сенесто-іпохондричне марення різної нозологічної належності (в тому числі марення J. Cotard'a);
- психопатії астенічного кола;
- психастенія;
- фантомний біль (наприклад, після холецист- або гістеректомії etc.);
- установча поведінка.

Відношення до терапії: піддається психотерапії (переважно гіпносугестивній і раціональній, а також інструментально-опосередкованій), характерний протрагований прогредієнтний перебіг з екзацербациєю (в тому числі соматогенною).

5.2. Клініко-психопатологічна феноменологія sub specie психотерапії

Я цілком усвідомлюю, що розглядаю *феноменологію психопатологічну* для цілей і потреб *феноменології психотерапевтичної*; проте — перша аж ніяк не об'єктивніша від другої (і навіть більш того: поняття «марення», наприклад, значно конвенційніше, ніж поняття «нав'ювання», і так майже в усьому).

Проте ситуація тотальної конвенціональності в психотерапії має і зворотний — як не парадоксально, позитивний — ефект: психіатри все ж таки говорять однією мовою, легко нанижуючи уточнюючу, частіше епонімічну, низку кваліфікуючих термінів: *сеюнкція* за С. Wernicke (1848 — 1905), *дизноія* за С.С. Корсаковим (1854 — 1900), *інтрапсихічна атаксія* за Е. Stransky (1878 — 1962), *дезагрегація* за С.А. Сухановим (1867 — 1915), *розщеплення* за [Р.]Е. Bleuler'ом, *дискордантність* за Ph. Chaslin'ом (1857 — 1923), *гіпотонія свідомості* за J. Berze (1866 — 1957(8)) і так далі; у психіатрії ж, за наявності реальної фізіологічної — і часто-густо дискурсивно коректної — бази, прості констатуючі поняття, за винятком цілком очевидних, інколи викликають довгі дискусії. (До речі, іншомовні екстраклінічні «вишукування», — на-

приклад «метамодель» чи «трансакція», не викликають клінічної ідіосинкразії — надто вже вони, оточені якимось кон'юнктурно-модерністським ореолом, чужі й незрозумілі.) Проте не варто ускладнювати: психіатричний тезаурус — яким би він не був недосконалим — просто старіший, а сучасна, столітня, психіатрична клініка вже звична²⁶.

Окрім того, це дає можливість відмовитися від обговорення тут *феноменології психологічної* як такої (тобто належної психологічної складової психоїчного дискурсу) — тієї горезвісної «нормальної» (чи навіть «нормативної») психологічної феноменології, яка є «не-патологія», проста антитеза, середньо-статистична норма, набір цифірі, декларація [психо]констант — одичичне, про що, постійно оглядаючись на психофізіологію, може якомсь легітимно розмірковувати наука-психологія (хоча, як зазначалося раніше, це всього лишень класичне *nudum jus*).

* * *

Клініко-психологічна феноменологія-синдромологія постає, по суті, поділеною на кілька класів, — принаймні на два основні.

Перший клас — це та феноменологія-синдромологія, що виникає нібито *per se* («ендогенії»), — наприклад, низка «дефіцитарних» (апатико-абулічний тощо), але й «продуктивних» (марення та інші) проявів: феноменів / симптомів / синдромів. Її можна назвати *феноменологією* (синдромологією) *спокою*, або *квієтичною* (латинське *quies* — спокій); пошуки «причин» тут редукуються до пошуків «грунту».

Другий клас — феноменологія-синдромологія, що проявляється як реагування на зовнішні дії, провокації: цей наслідок явних морфологічних (точніше — морфофункціональних) змін («органіка») або ж психо- / «екзогенії» (класика — істеріозис, або дратівлива слабкість); її можна позначити як *феноменологію* (синдромологію) *відповіді*²⁷, або *косекуторну* (латинське *consecutio* — наслідок).

²⁶ Хоча спробуйте натякнути про везанії та векордії чи назвати епілепсію «хворобою святого Валентина», а каталепсію — «хворобою Цельса»!

²⁷ Із зрозумілих обставин я уникаю визначення «реактивна».

Цей поділ важливий, по-перше — і в основному — з компетитивно-методологічної (*sublata causa, tollitur morbus*), по-друге — із практично-психотехнічної — точок зору: психопатологічні синдроми різних класів будуть зовсім по-різному реагувати на психотерапію.

Так, під впливом психотерапії (будь-якої психотерапії, будь-якого неастрогенного психотерапевтичного втручання) ендогенний параноїд розгорнеться чи інкапсулюється, а параноїд екзогенний може тимчасово зруйнуватися (і в тому, і в іншому випадку — з відносною редукцією суб'єктивного емоційного забарвлення). Ендогенні депресивні синдроми, на відміну від реактивних, під дією психотерапії здобувають тривожний компонент, а синдром апатико-абулічний (ендогенний) буде розвиватися (у плані активації), проте лише доки триває психотерапевтичне втручання; і так далі (*див. таблицю 1*).

Виявлення, опис та дослідження характеру відповіді кожного з психопатологічних синдромів, із урахуванням їхньої належності до класу, — заздалегідь систематизованих, ідентифікованих, верифікованих — на психотерапевтичне втручання сприяє тому, що між психопатологічною симптоматико-синдромологією та клінічною психотерапевтичною феноменологією-синдромологією (а отже, і між дисциплінами-спеціальностями психіатрії та психотерапії) буде перекинуто — а точніше, відновлено, — патогенетично-саногенетичний міст. Важливість цього складно переоцінити — ми отримуємо всі вигоди: від єдиного дискурсивного поля — у галузі теорії, клінічної методології, діагнозу — до адекватної, конгруентної, ефективної терапії. Утворений розрив між клінічними психоїчними дисциплінами — і перш за все, психотерапіїю і психіатрією — буде зрештою подолано.

Відносини між цими ракурсами єдиної, по суті, [клініко-] психоїчної феноменології / синдромології (а правильніше було б казати про *синдромотаксис у сфері компетенції психотерапії*) можна подати у вигляді такої схеми:

Таблиця 1
Зміни психопатологічних синдромів
за активного психотерапевтичного втручання

Психопатологічний синдром	Результат	Імовірність
Апатико-абулічний	короткочасна активація	1
Астенічний	короткочасна активація	3
Астено-вегетативний	активація з редукцією вегетативного компонента (з огляду на останню)	3
«Вигоряння»	стійка редукція	3
Галюцинаторно-параноїдний	корекція суб'єктивно-емотивного забарвлення	1
Гіпотимний	редукція	2
Депресивний	модифікація з втратою тривожного компонента	1
	редукція (за психогенних чи ендореактивних варіантів)	2
Іпохондричний	мерехтлива редукція	2
Кандинського — Клерамбо	зниження рівня суб'єктивно-емотивного забарвлення	1
Кататоно-онейроїдний	без змін	3
Компульсивний	підвищення ступеня мимовільного контролю і зниження ступеня адитивності	2
Обсесивний	зниження компонента насильницького потягу	2
Параноїдний	часткова редукція (зниження) суб'єктивно-емоційного забарвлення	1
Парафренний	без змін	3
Психастенічний	короткочасна компенсація	2
Психоорганічний	корекція емоційного компонента і минула компенсація когнітивних функцій	2
Сенестопатичний	відносна редукція	1
	модифікація (можливо, з поглибленням)	1
Соматосенсорний	редукція достатньої виразності	3
	модифікація	1
Паморочний розлад свідомості	без змін	3
Тривожний	відносна редукція	2
	модифікація	2
	активація	1
Фобічний	редукція	2
	погіршення з приєднанням тривожного компонента	2
«Екзистенціальної недостатності»	редукція чи навіть компенсація	3

Примітка. Імовірність очікуваного результату: 1 — низька; 2 — середня; 3 — висока.

психопатологічна синдромологія ↔ клінічна психотерапевтична синдромологія.

Відверто кажучи, цій схемі варто б надати дещо іншого вигляду: попереду слід розмістити «нормальну» психо[терапевт]ичну феноменологію, проте вона є лише частковим випадком усієї сукупності психоїчних феноменів — що може описати лише *genus irritabile vatium*; взаємодія ж названих ракурсів тоді взагалі стає процесом стохастичним. Тому обмежимося тут лише рівнем клінічної практики. І ще: наведена вище схема є сано[психо]генетичною. Пато[психо]генетична ж схема містить ще і патопсихологічну реєстр-синдромологію.

З огляду на це першочергове завдання полягає в розробці загальної систематики [класичної] психопатологічної феноменології / синдромології — адже й вона, на жаль, схильна до тих глибоких стилістичних дисонансів, які розривають дискурсивний психоїчний простір; це все ті самі наболілі питання: епоніміка, сфери аргументацій, різноплановість концепцій, а тепер ще й згубна психоаналітична інспірація, а також дисолютивні соціетальні впливи (незважаючи на те що ми прагнемо визначення «чистих» психопатологічних феноменів, — оскільки перед психіатрією, внаслідок виразності її експертно-дискваліфікуючих та соціально-дистанціюючих (ізоляція) функцій, завжди постають конкретніші й перекучіші завдання).

Про те, наскільки це складне й невдячне завдання, гадаю, не варто й казати.

5.3. Систематизація клініко-психопатологічної феноменології / синдромології

У наведеній далі таблиці, (див. таблицю 2) я розводжу психопатологічної феноменології в континуумі «феномен — концепт» (цього самого принципу я дотримуюсь і далі, розглядаючи «нормальну» психотерапевтичну феноменологію (див. таблицю 9)).

Невигідні риси цієї своєрідної спроби систематики — інтерферентність, епонімічність (взагалі властива психіатричній симптомато- / синдромології), поліфокальність, сино-

/ омонімічність; власне, йдеться про відсутність підґрунтя класифікації.

Однак це — *mea culpa non est*: я прагнув тільки ілюстративності, а тому дотримувався кількох простих правил:

— я не прагнув відображення *патогномонічності*, а хотів лише наголосити про *належність*: намагався найпоказовіші, «знакові», пізнавані, дискурсивно активні — без оцінки «істинності» — феномени / концепти (по одному чи декілька рівнозначних, пробуючи не повторюватися), а тому тут немає претензій щодо повноти дескрипції чи клінічної констатації (окрім того, це лише результати дискурс-аналізу);

— я прагнув аби феномени / концепти були виражені одним словом або синтагмою, з претензією на специфічність і навіть якийсь сцієнтизм, унікав описових речень (а також незліченних «фобій»);

— я вирішив не називати імена: епонімічність у цій сфері настільки висока, що їх легко впізнати.

І ще: це справжній парад глос, — хоча вони, здавалося, де-що й виходять за контекст цієї теми, проте такі реалії.

Поєднувальним завданням є створення систематики пато-нозо-синдромальних форм, яка була б адаптована для цілей постановки психотерапевтичного діагнозу (див. розділ «Логіка, семіотика й алгоритм діагнозу в психотерапії. Основні положення»).

Назву основні групи психопатологічних синдромів, що формують, — поряд із персонологічною кваліфікацією, — першу частину психотерапевтичного діагнозу.

Ексклюзивні: аментивний, апатико-абулічний, галюцинаторно-параноїдний, гебефренічний, деліріозний, деменції, кататонічний, корсаковський амнестичний, онейроїдний, паранояльний, парафренний, потьмарення свідомості, псевдопаралітичний, епілептичний etc.

Ординарні: астенічний, астеновегетативний, астено-депресивний, астеноневротичний, депресивний, іпохондричний, істеричний, obsесивно-компульсивний, obsесивно-фобічний, панічна атака, психастенічний, психовегетативний, соматосенсорний etc.

Оказіональні: гебоїдний, маніакальний, параноїдний, психоорганічний, психосенсорний etc.

Клініко-психопатологічна феноменологія / синдромологія

Класи	Регістри	Психопатологічні синдроми	Психопатологічна семіотика (симптоматологія)			
			Феномени	Феномен-концепти	Концепт-феномени	Концепти
			підвищення ступеня концептуалізацій в континуумі «феномен – концепт»			
1	2	3	4	5	6	7
Квієтична психопатологія	«Ендогенний» [психогенний]	Галюцинально-параноїдний	псевдогалюцинації	кататимія, [відчуття] «учинності»	апофенія, марення, ілюзії усвідомлення, інкасуляція марення, напруженість	мажичні настрої, параноїд, трема
		Машкальцаний	перфоманія, гіперергазія / «мрія» - тримі, астрогованість, тахіламія / фемі / «фрази», «скавання ідей», екзальтація	апрозектична атаксія, гамоманія, дискурія, маніакальний рангус, розгорможеність, тахіпсихія	грандоманія, голотимне мислення, полярність	мапія
		Кандинського – Кларамбо	псевдогалюцинації	транзитивізм	автоматизм(и), ідсорєя, ментизм (маніра), «відчуження»	«наслідницьке мислення»
		Парафрєнний	псевдогалюцинації	агалютинації	марєння парафрєне, монотонність, афекту, трансформації марєння, [модіфікація] розривність	парафрєнїя, фантазюфрєнїя
		Параволяний	первинні маячні ідеї	марєння персекторне, контрапунктирність	марєння параноїальне, конфабуляторні переживання, кататимне мислення, кристалізація / систематизація марєння	параноїя
		Дєпрєсивний	агєвїя, адинамія, анергія, брадіфразія, брєвєсомнїя, гіпангїозїя, гіпотїмія, дєпрєсія, фонїстєнія	аїгїдєонїя, браділогія, брадіпсихїя, вітальна туга, пїшївїя, томопїмія, дєпрєсивїш / пїмоїїпєчнї еквївалєнтї, психалгія, рєстрєспєктивнї відчуттє, скорботна психїчна анемєзія	анїхєрєствє, анїдєїзм, марєння голотимнє (дєпрєсивнє), кїаустрація, голотимнє мислєнія, мїзокаїїзм, мїзонєїзм, поїярнїстє, циклосомїя	дєпрєсія, меланхолїя
		Кататонїчний	амїмія, каталєпсія, прєскїнезія, ступор, «хоботка», ексїтація	ажїтація, вербїгеррація, нєгатївїзм, пєрєвераторна логорєя, «люно-фєломєні	втратя грації, стєрєотїпія	кататонїя
		Гєбєфрєннїй	прїмасуванїя, дуршїя	«дїтїннїстє», парадоксальна емощїннїстє	«бєздїяльнїстє думкї», маїрнїстє	гєбєфрєнїя
		Онейрїднїй	рєцєпторнїй ступор	онейрїднї [псевдо-]галюцинації	«зоннїннє вїдчуттє», онїрїчнї конфабуляції	онейрїд
		Гєбїднїй	агрєсія	«розгїльмованїстє потїягїв»	їнфрантїдїзм, нєгатївїзм, «мордальнє оїрубїннїя»	гєбїд, гєбїдофрєнїя, маторд, «мєтафїзїчна їнтєксікація»
		Аватїко-абучачнїй	абучаїя, адїнамія, апатїя	абалєнація, аспїтантїст, нєвїзначєннїй афект	«дїнамїчнє спустєшєннїя»	абучаїя, апатїя, атїморфія
		Психосєнсорнїй (дєпрїорд / дєрєалїзацїннїй)	«прїсвоєннїя» / «відчужєннїя», психосєнсорнї галюцинації	дєсоматїзація, дїсморфоманїя	дєпєстєзія	дєпєрсоналізація, дєрєалїзація
		Шїзофрєннїй	акєозамїя, аутоагрєсія, контаїнація, нєологія, нєологізм(и)	анїзогнїозїя, амбївалєнтнїстє, амбїтєндєнтнїстє, аутомєта-морфоза, криїтїанєзія, символїчнє мислєнія, шїзофазїя, шпєрїунг, парабїя, пїтологїчна полєсемантїчнїстє, нєрєсєрвація	абстрактна фонторємія, адегорїзація відчуттє, амовпавнїннїстє, аутизм, «афективнїя туїтєстє», рєзїанїї, прїмєксїаннїстє, гіпноїднїстє, дєрєїзм, дєфект, маїрнїстє, парабучаїя, паратїмія, «пєрвїннїй їдїаєм», позитївнїстє (продуктивнїстє, адуктивнїстє) / нєгатївнїстє (контрактївнїстє), нєстємїоннїстє, прєдрєдєпїтнїстє, прєдєсудальнїстє, рєзєнерєствє, «зїсковзуваннїя»	«їпїотонїя свїдомостє», дєзагрєгація, дїжордїаннїстє, їнтраїсїхїчна атаксія, їсїхїчна дїсоцїанїя, «рїтнїя (пєрєдчасна) нєдоумкуватнїстє», рєзїдєцєтєннїя, рєдукція єнергєтїчнєго пєтєнціалу, «руїннїя», сєнєїваїя, пївїзодїя, шїзокарїаннїстє, шїзоноїя, шїзофрєнїя

Закінчення таблиці 2

1	2	3	4	5	6	7
Консекваторна психопатологія	Психогенний [неврогічний]	Реактивна депресія	депресія	афект туги, брідіфренія, психомоторна зашлямованість	психічна травма	депресія
		Шокодринний	сенестопатія	шокодрична фіксація	аутообсервація, недовірливість	шокодрія
		Обсесивно-фобічний	гіперпрозексія, страх, тривога	навіязливі спогади, психічна румінація	біланізм, ідеї надцині	амб[л]і[о]-тїмія, комплекс, обсесія, фобія
		[Невр]-астенічний	а- / гіпер / гіпостенія, адинамія, дисомнії, емподистикоїмез	істеріозис, психічне втомлення, розсіяність	афектабілітет, психічна гіперстезія	нервастенія
		Істеричний	акростезія, анестезія, анестмія, апетирія, астазія-абазія, афонія, дерофатія, базоспазм, гафалгезія, істеричні: атаксія, гіперкінез, припадок, стигми, судоми; функціональні параличі	амавроз, амблунія, істеричний раптус, істеричне вертіго, істеричне звуження свідомості, мутизм, топапгії	агравация, альтернуюча свідомість, афразія, «безплатиовість волі», гніноїд, гістріовізм, нейромімізія, фантастична псевдологія	істерія, істероїдність, конверсія, пїтїатїзм, скїрїтоїдія
		Астено-вегетативний	астенія	ваготонія	емоційна лабільність	вегетоастенія
		Психо-вегетативний	алїї, гіперстезїї, гіпотїїмії, дисомнії, парестезїї, страх, ерейтопатія	органи дисфункції	метеозалежність, модифікації поведінки, феносоматичність / фенопсихічність	травмо-цетївнївнїсть
		Обсесивно-компульсивний	компульсія	ананказм	анакастїчний церемонїал	ананкастія, комплекс, обсесія, фобія
		Психастенічний	тривожність	психічна виснажливність	патологічні сумніви, слабодухїсть	амблїноїя, психастенія, психїчнї: алергія, анафїлаксія
		Психо-органічний	амнезія, апраксії, «порожнїя», розгубленість	персерваторне мислення, пресомноленція, редуцїуюча парамнезія, церебрастенія	афективна інконтїнненція, інтелектуально-мнестичне зниження	деградация
	Епілептічний	абсанс, іктальні емоції, копульсія, метаморфозїї, сомнамбулізм, сомніоїкїя, епілептічнї: припадок, судоми, fuga	аура, дистїмія, дисфорія, олігофазія, порїоманія, ексцїозивнїсть, епілептічнї: аутоконїя, вертіго, транс	амбулаторнї автоматїзмнї, афективна вїскознїсть, «вїязкїсть» [мїслення], «застрїявання афекту», психїчна рїгїднїсть, епілептічнї «лїшї»	глїшїроїдія, психолепсія, епілептіїдія, епіфренія	
	Демснції	афективнї резонанс, гіпомнезія	агнозїї, екмнезія	маразм, розпад, зниження рївнї особистостї	демсенція	
	Олігофренїї	абулїя	еретїзм	гіпофренія	олїгофренія	
	Псевдо-паралїтичнї	дисмпезїї, еїфрїї	анозогнозія	металоманія, фазїзмнї	псевдопаралїч	
	Лобнїї	асонганнїсть, розгальмованїсть	акїнезія, амїмія, диспрододїя	«зодїннїя спїнуку»	морїя	
	Делїріознїї	їлюзїї, наочнї спїомннї, парейдоїї, психомоторне збудження	дзорїєнтування, «їстиннї» галюцїнації	образне марєння, фаласїї	делїрїї	
	Потїмарєння свїдомостї	ананперцепція, інкогерентнїсть, fuga	глосолалїя, рушїйна буря, дезорїєнтування	брадїпсїхїзм, зоровнї галюцїноз	потїмарєння свїдомостї	
	Аментївнїї	«обїрнаннїя», яктация	дзорїєнтування, їлюзорно-галюцїяторнї переживаннїя, хронотараксія	дїзауто-їдентїфікація	аменція	

Рекомендована література

1. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. — Киев: Здоровья, 1986. — 280 с.

2. (Bleuler [P.]E.) Блэйлер [П.]Э. Руководство по психиатрии / Пер. с 3-го нем. изд. с доп. А.С. Розенталь; Предисл. А.К. Ануфриева. — Москва: Независимая психиатрическая ассоциация; Смысл, 1993. — VI, [19], [5], 544 с. — (Ориг.: *Bleuler [P.]E. Lehrbuch der Psychiatrie.* — Berlin: [Verlag von] Julius Springer, 1916. — VIII, 518, [2] S.).

3. Завилянський І.Я., Блейхер В.М., Крук І.В., Завилянська Л.І. Психіатричний діагноз. — 2-е изд., перераб и доп. — Киев: Выща школа, 1989. — 311 с.

4. (Kronfeld A.) Кропфельд А.С. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии / Предисл. И.И. Кутько, В.Ф. Москаленко. — Харьков: Основа, 1996. — 184 с.

5. Кудрявцев И.А. О диагностической информативности некоторых патопсихологических синдромов // «Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова» (Москва). — 1982. — № 12. — С. 1814 — 1818.

6. Кудрявцев И.А. О диагностическом и прогностическом значении некоторых патопсихологических симптомокомплексов // Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. — Ленинград: Ленингр. науч.-исслед. психоневрологический ин-т им. В.М. Бехтерева, 1982. — С. 46 — 52.

7. Психиатрическая клиника: Учебн. пособие для студентов и врачей-интернов / В.П. Самохвалов, А.А. Коробов, В.А. Мельников и др.; Под ред. В.П. Самохвалова. — Симферополь: Информ.-аналит. отд. КДМУ, 2003. — 608 с.

8. Руководство по психиатрии: В 2 т. / Под ред. А.В. Снежневского. — Москва: Медицина, 1983. — Т. 1. — 480 с.

9. Руководство по психиатрии: В 2 т. / Под ред. Г.В. Морозова. — Москва: Медицина, 1990. — Т. 1. — 640 с.

10. Самохвалов В.П. Эволюционная психиатрия (история души и эволюция безумия) / Предисл. А.Н. Корнетова. — Симферополь: ИМИС — НПФ «Движение» Лтд, 1993. — 286 с.

11. Чайка Ю.В., Чайка Ю.Ю. Історія, структура і перспективи розвитку психопатологічного методу // «Український вісник психоневрології» (Харків). — Т. 15. — Вип. 2(51). — 2007 — С. 153 — 157.

Контрольні питання

- (1) Класифікація клініко-психопатологічної феноменології з позицій психотерапії: феноменології квієтична й кон-секуторна.
- (2) Зміни психопатологічних синдромів за активного пси-хотерапевтичного втручання: синдромотаксис у сфері компетенції психотерапії.
- (3) Основні систематизації клініко-психопатологічної фе-номенології симптоматології / синдромології.
- (4) Психопатологічна кваліфікація як перша (клініко-діагностична) частина психотерапевтичного діагнозу: ек-склюзивні, ординарні та оказіональні психопатологічні синдроми.

Розділ 6

ПСИХОТЕХНІЧНА СКЛАДОВА (II ЧАСТИНА) ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ДІАГНОЗУ

Критичний аналіз сучасного стану психотерапії свідчить, що лікувальні, саногенні, реабілітуючі, реконструктивні та інші її дії навіть у рамках клінічної медицини уявляються не матеріальними, невідчутними; це добре помітно і при звертанні до дисциплінарної, а особливо предисциплінарної, історії психотерапії.

Із цим пов'язані як винятковий — відсторонений, і водночас дифузний,— стан психотерапії в системі медичних дисциплін («спеціальність, але не дисципліна»), так і неправомірне уявлення про певну «ефемерність» психотерапії, нібито позбавленої серйозної анатомо-фізіологічної бази.

Ця практика стигматизації психотерапії насильно наближує її до [медичної] психології; схожа ідентифікація потенційована останньою, що прагне експансії в медичні сфери.

Проте саме в цьому пункті й відбувається справжнє розведення психотерапії і клінічної психології як основної дисципліни та допоміжної практики: психотерапія поступово напрацьовує поле уявлень про механізми реалізації, апелюючи до перебуваючих у сфері професіонально-медичної компетенції уявлень про нейробіологічні, нейрофізіологічні та нейрохімічні композиції психіки в нормі й патології, психосоматичні взаємовідносини та обмінні процеси.

Клінічна практика психотерапії — у частині застосування психотерапевтичних методів — базується на фундаментальних фізіолого-клінічних феноменах (завдяки виявленню яких свого часу й з'явилися перші психотерапевтичні техніки).

Їхнє існування і дає змогу, власне, одній людині (психотерапевту) впливати на іншу (пацієнта), долаючи захисний особистісний бар'єр та реалізуючи інформаційні, коригуючі, активуючі та інші впливи.

Більшість явищ, описуваних в рамках [«нормальної» і клінічної] феноменології психотерапії, — а її, як на мене, правильніше називати *психотерапевтичною феноменологією*, — має умоглядний характер; асоційовані з різноманітними, іноді взаємовиключними, дискурсивними стилями психотерапії (що, власне, є наслідком їхнього виникнення в категоріальних апаратах різноманітних методів і методик), вони завантажені психоаналітичними, експериментально-психологічними, антропо-культурними, етологічними, глибинно-психологічними, еколого-економічними та іншими відтінками; іноді це цілковито алегорії, культуральні запозичення чи навіть, як я вже зазначав, жорсткі епоніми (як і техніки, в рамках яких ці феномени були «відкриті», а точніше, обґрунтовані).

У цьому — і особливо в *епонімічності* — чітко помітний вплив, і навіть своєрідний патронат, психіатрії, з її уточнюючою, відтінково-змістовою епонімікою — адже в інших дисциплінах епоніми всього лиш констатують [визнане] авторство [опису] (проте, якщо в психіатрії епоніми відображають діагностично-систематизовані процеси, то у психотерапії — лише кон'юнктурно-деклараційні).

Психотерапевтичній феноменології (як і терапевтичним технікам) властива також *синонімічність* — і в цьому проявляються риси спорідненості з психіатрією; практично тожодні поняття, з майже невлонними відмінностями в змістовному навантаженні, доповнюють і уточнюють одне одного.

Ще одна характерна риса психотерапевтичної феноменології — різне *денотаційне наповнення* однакового поняття / терміна в різноманітних психотерапевтичних школах, течіях, напрямках (це можна простежити на прикладі понять *інсайт*, *усвідомлення*, *опір* — у рубриках «феноменологія» і «поняття й концепти» розділу «Феноменологічний арсенал, понятійно-концептуальна платформа та персонологія в уявленнях методів і методик психотерапії»); іноді ж психотерапевтичні поняття стають омонімами.

Зрештою, більшість психотерапевтичних феноменів має важливе діагностичне значення, полегшуючи постановку психотерапевтичного діагнозу.

Останнє положення є окремим випадком більш загальної закономірності, згідно з якою психотерапевтичні феномени, як правило, мають різне функціональне навантаження (хоча частіше вони поліфункціональні), — і воно може істотно різнитися залежно від низки чинників (професійно-методичної орієнтації психотерапевта, що визначає характер експлуатації того чи іншого феномена, етапу психотерапевтичного процесу тощо).

6.1. Клініко-експериментальний базис психотерапевтичного діагнозу

Клініко-експериментальний базис психотерапевтичного діагнозу становить проведений мною *клінічний психотерапевтичний експеримент* — точніше, то була ціла серія взаємопов'язаних експериментів (див. таблицю 3).

В експерименті застосовувалися клінічні методи (клініко-психофеноменологічні), біохімічний аналіз, нейропсихологічний експеримент, ЕЕГ-картування (та інші електро(нейро)фізіологічні методи), етологічний (діагностика поведження). Ці дослідження проводилися з урахуванням існуючого психофармакотерапевтичного фону чи на спеціально створеному (експериментальному) фармакологічному тлі.

У цьому експерименті передбачалося визначити достовірні взаємозв'язки в такому ряду:

метод / методика / психотехніка → асоційований саногенний феномен → клінічний ефект-синдром із відповідними корелят-механізмами ← терапевтичне / експериментальне (спеціальне) фармакологічне тло.

На підготовчому ступені експерименту визначалися саногенні феномени, асоційовані з тим чи іншим методом психотерапії, — а кожен із основних методів і методик психотерапії²⁸ *volens-nolens* такий феномен називає (див. таблицю 4).

²⁸ Маються на увазі ті — основні — методи й методики психотерапії, які включені до класифікації, що наведена у відповідному розділі.

Наступним кроком став підбір (із числа існуючих) і розробка / модифікація методик / психотехнік, що дає змогу досягти цього саногенного феномена. Основним критерієм вибору — за винятком, хіба що, факту належності цієї методики / психотехніки подаваному методу психотерапії і, в певних межах, умови її «валідності» в плані досягнення шуканого саногенного феномена — стала необхідна для проведення експерименту *одномоментність* (див. таблицю 5).

Проте реєстрації підлягали не тільки *експліцитні* (тобто об'єктивно реєстровані в часових рамках експерименту) ознаки, але також *латентні* (відстрочені об'єктивно реєстровані) і *інтерпретовані* (побічні чи опосереднені) ознаки.

Тут я хотів би зупинитися також на основних труднощах і проблемних моментах цього експерименту, — для попередження можливих заперечень з боку аудиторії. Між іншим, на мою думку, ці *loci minoris resistentiæ* очевидні:

- 1) умовність процедури асоціювання саногенних феноменів і методів психотерапії;
- 2) використання тільки короткострокових, скоріше одноментних, [варіантів] методик / психотехнік;
- 3) проблеми репрезентативності вибірки;
- 4) складність реєстрації корелятивів клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів.

Я спробував розв'язати цих проблеми в такий спосіб:

1) звичайно, я здавав собі справу в умовності подібної аналітико-систематизаційної процедури, проте саме це є цілковито припустиме огрублення, яке дає змогу виявити наявність реальних психофізіологічних зрушень під впливом того чи іншого методу психотерапії — або констатувати їхню відсутність;

2) незважаючи на те що чимало методів психотерапії у своєму класичному (або первісному) варіанті не мали на увазі проведення короткострокових форм, тенденції до останніх нині переважають; більш того, в рамках більшості методів декларується саногенетична рівноцінність традиціоналістських (тривалих) і короткострокових форм;

3) були відібрані: група здорових добровольців і мінімальні — що підлягають оцінці за допомогою статистичних методів — групи, що є представниками більшості клінічних контингентів сфери компетенції психотерапії;

4) для кожного з корелятивів проблеми реєстрації розв'язувалися по-своєму: нейро(електро)фізіологічне дослідження здійснюва-

Досліджуваний [саногенний] феномен, асоційований з методом психотерапії	Методика / Психотехніка	Клінічний психотера- певтичний ефект- синдром [КС]
Метод дослідження	→ ↓	клінічний
Сугестія (сугестивна психотерапія) [sg]	Одномоментний гіпноз	
Переконання (раціональна психотерапія) [rt]	Персуазія	
Катарсис (психоаналіз) [kt]	Реверсивне переживання*	
Підкріплення (біхевіоральна терапія) [bh]	Викликаний гнів Наводнення	
Гіпнотичний транс (ериксонівський гіпноз) [tr]	Вербально-невер- бальне підлашту- вання й ведення	
Ейдетизм (нейро-лінгвістичне програмування) [ed]	Візуально- кінестетична дисоціація	
Гештальт-інсайт (гештальт-терапія) [gs]	Проективна гра*	
Скрипт-інсайт (трансактний аналіз) [sc]	Деконтамінація — Інтеграція	
Навчання (моделювання поведження) [cg]	Фрагментація — де- фрагментація досвіду*	
Аутентичність (екзистенціальна психотерапія) [at]	Зняття дефензивності*	
Усвідомлення (психодинамічна психотерапія) [dn]	Інтерпретація	
Забуття (психометодологія) [sm]	Летотехніка*	

²⁹ Тут і далі: методики, психотехніки й експерименти, помічені знаком *.

Таблиця 4
[Асоційовані] саногенні феномени

Метод / методика психотерапії	Асоційований саногенний феномен
[Гіпно]сугестивна психотерапія	Сугестія
Раціональна психотерапія	Переконання
[Класичний] психоаналіз	Катарсис
Поведінкова терапія	Підкріплення
«Еріксонівський» гіпноз	Гіпнотичний транс
Нейро-лінгвістичне програмування	Ейдетизм
Гештальт-терапія	Гештальт-інсайт
Трансактний аналіз	Скрипт-інсайт
Когнітивно-біхевіоральна терапія	Навчання
Екзистенціальна психотерапія	Аутентичність
Психодинамічна психотерапія	Усвідомлення
Психометодологія	Забування

лося безпосередньо в процесі проведення психотерапії; забір матеріалу (біологічне середовище) для біохімічного аналізу відбувався відразу по закінченні сеансу; нейропсихологічний експеримент (проба) проводився у допустимому часовому проміжку післядії [ефекту]; етологічні елементи фіксувалися в клінічному описі безпосередньо після прийому.

Слід зазначити, що клінічні ефект-синдроми були виділені на основі фіксованих і відносно стабільних комплексів клінічних проявів, які супроводжуються більш чи менш константними сполученнями корелят[-механізм]ів (див. таблицю 6).

Таблиця 5
Blitz-методики / психотехніки

Досліджуваний саногенний феномен, асоційований із методом психотерапії	Методика / психотехніка досягнення шуканого саногенного феномена
Сугестія (сугестивна психотерапія)	Одномоментний гіпноз
Переконання (раціональна психотерапія)	Персуазія
Катарсис (психоаналіз)	Реверсивні переживання*
Підкріплення (біхевіоральна терапія)	Викликаний гнів Наводнення
Гіпнотичний транс («ериксонівський» гіпноз)	Вербально-невербальне підлаштування й ведення
Ейдетизм (нейро-лінгвістичне програмування)	Візуально-кінестетична дисоціація
Гештальт-інсайт (гештальт-терапія)	Проективна гра*
Скрипт-інсайт (трансактний аналіз)	Деконтамінація — Інтеграція
Навчання (моделювання поведінки)	Фрагментація — дефрагментація досвіду*
Аутентичність (екзистенціальна психотерапія)	Зняття дефензивності*
Усвідомлення (психодинамічна психотерапія)	Інтерпретація
Забування (психометодологія)	Летотехніка*

Таблиця 6

Агломерація клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів

Клінічні прояви	Кореляти			Клінічний психотерапевтичний ефект-синдром	Імовірність
	Н(Е)Ф (тип)	НП	ЕТ		
1	2	3	4	5	6
Синдроми типові (нормальні)					
звуження свідомості, гіпокінезія, гіпомімія, відсутність реакції на сенсорні стимули поза вербального контакту із терапевтом (сформований рапорт)	1-й	зниження	гіпокінезія гіпомімія	гіпноїдний	3
різке звуження свідомості, гіпокінезія, гіпомімія, відсутність реакції на сенсорні стимули, рухові феномени в системі довільно регульованої поперечно-смугастої мускулатури акінетико-ригідного типу («воскоподібна гнучкість») і складні зовні цілеспрямовані поведінкові акти згідно з фабулою навчання	3-й	зниження	катаlepsія	катаlepsичний	3
змінене сенсорне сприйняття довкілля з відсутністю можливості цілеспрямованої рухової реакції та суб'єктивно-критичного диференціювання істинності того, що сприймається	3-й	зниження	міміка розублюєсті	просоночний	2
варіант повнооб'ємного суб'єктивно-почуттєвого спектра відчуттів відповідно до терапевтичної фабули з відповідним емоційним аранжуванням	4-й	підвищення	помірне психо-емоційне збудження	психо-вегетативний	3
переживання стану пасивного неспання і нейтрально-позитивного емоційного фону зі збереженою, проте незатребуваною можливістю активно-експресивної реакції	4-й	підвищення	атонічна поза	релаксаційний	3

Продовження таблиці 6

1	2	3	4	5	6
зниження репродукції негативно-забарвлених переживань зі зменшенням їхньої яскравості й чуттєвої жвавості та змінена репродукція з нейтралізацією (інверсією) знаку емоціонального супроводу	3-й	підвищення	міміка замисленості	гіпомнестичний	2
гіперконформні реакції й поведінка, конгруентні терапевтичній фабулі з гіперпозитивним емотивним реагуванням	1-й	без змін	поза і міміка уваги постійний очний контакт посмішка	поліморфноконформний	2
Синдроми атипові (парадоксальні)					
виражена демонстративність із підвищенням експресивності емоційної, рухової, мімічної, вегетативної, емпатико-інтонаційної активності в уявленні (презентації) хворобливих переживань із можливою зміною змістовної фабули	3-й	зниження	міміка страждання міміка плачу істеричний сміх аутогрумінг	істеричний	1
поява вираженої, як правило негативної, поведінкової вербальної, емоційної, емпатико-інтонаційної реакції у процесі терапевтичного контакту з елементами агресивності	2-й	зниження	елементи агоністичного поводження, вербальна і переадресована агресія	експлозивний	1
тотальна вербальна редукція (клінічно близька до психогенного мутизму), як спонтанна, так і викликана, супроводжувана багатьма гіпермімічними та пантомімічними проявами	2-й	зниження	поліморфні мімічні комплекси міміка плачу підвищена моторика рук	«афективного мутизму»	1
виражена вербальна, поведінкова з вегетативним супроводом реакція неприйняття у процесі терапевтичного контакту	3-й	зниження	міміка відрази міміка презирства	аверсивний	1
демонстрація вербальних та поведінкових інфантильно-регресивних феноменів зі збереженням психотерапевтичного контакту й удержанням ситуаційного контролю	1-й	зв'язані	аутогрумінг сміх міміка хитрості посмішка	псевдопсуерильний	1

Закінчення таблиці 6

1	2	3	4	5	6
Синдроми інтеркурентні (патологічні)					
переживання пацієнтом яскравих сценічно образних емоційно забарвлених зорових феноменів після припинення психотерапевтичного втручання, супроводжуване суб'єктивним емоційним відношенням, із втратою можливості довільного контролю, але зі збереженням критики	3-й	підвищення	фіксація погляду міміка задоволення	ейдетичний	1
формування нестійких, фрагментарних, неформлених, легко редукованих ідей особливих взаємин із психотерапевтом і / або особливого значення терапевтичного процесу із частковою редукцією критичного ставлення пацієнта і слабкістю раціонально-сислової корекції	3-й	зниження	міміка настороженості поза високої статичності	«терапевтичної параної»	1
неадекватна фіксованість на самому терапевтичному процесі, який посідає переважаче місце, набуває важливого значення в суб'єктивних переживаннях пацієнта з переформуванням патологічної фабули на виниклий синдром	1-й	без змін	поза зосередженої уваги іноді з уникненням очного контакту	фіксаційний	2
стійкість, ригідність симптоматики стосовно будь-якого психотерапевтичного впливу (за дотримання нормативної технологічності психотерапевтичного втручання) при емоційно-індиферентному типі ставлення пацієнта до психотерапії і поведінково-нонконфронтаційному типі взаємин із психотерапевтом	2-й	без змін	поза очікування міміка байдужості	резистентний	1

Примітка 1. Нейро(біо)хімічний корелят-механізм у всіх випадках був статистично недостовірним.

Примітка 2. Імовірність виникнення (графа 6): 1 — мінімальна; 2 — середня; 3 — висока.

За результатами експерименту були виявлені певні взаємозв'язки (сполучення) між саногенним феноменом (а отже, [асоційованими] методом / методикою психотерапії) і клінічним ефект-синдромом (вони наведені в таблиці 7).

Таблиця 7

Асоціації саногенних феноменів і клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів

Саногенний феномен, асоційований із методом психотерапії	Клінічний психотерапевтичний ефект-синдром
Сугестія (сугестивна психотерапія)	гіпноїдний, просоночний поліморфно-конформний
Переконання (раціональна психотерапія)	«афективного мутизму»
Катарсис (психоаналіз)	істериформний «афективного мутизму»
Підкріплення (біхевіоральна терапія)	фіксаційний
Гіпногичний транс («ериксонівський» гіпноз)	гіпноїдний, просоночний експлозивний, релаксаційний
Ейдети́зм (нейро-лінгвістичне програмування)	ейдетичний, фіксаційний резистентний
Гештальт-інсайт (гештальт-терапія)	резистентний
Скрипт-інсайт (трансактний аналіз)	резистентний
Навчання (моделювання поведження)	фіксаційний
Аутентичність (екзистенціальна психотерапія)	псевдопуерильний
Усвідомлення (психодинамічна психотерапія)	істериформний
Забування (психометодологія)	гіпомнестичний

Нарешті, у таблиці 8 говориться про взаємозв'язки клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів і фармакологічного фону.

Під терапевтичним розумівся фон, який створюється внаслідок традиційно вживаних за даної патології (курація в рамках існуючих організаційних форм надання психоневрологічної допомоги) медикаментозних засобів (перш за все, ясна річ, психотропних).

У свою чергу, фон експериментальний (спеціальний) отримували шляхом призначення препаратів, потенціюючих досягнення того чи іншого клінічного ефект-синдрому / саногенного феномена.

Таблиця 8

Взаємозв'язок клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів і фармакологічного фону

Клінічні психотерапевтичні ефект-синдроми		Нейролептики інпизивні	Нейролептики седагивні	Нейролептики дезінгібуючі	Нейролептики атипові	Антидепресанти	Транквілізатори	Нормотимики	Ноотропи	Психостимулятори	Психоделіки
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Типові (нормальні)	гіпноїдний	ptn	ptn	trf	trf	abr	ptn	abr	abr	inf	prc !
	каталептичний	ptn	ptn	trf	trf	abr	ptn	abr	abr	inf	prc !
	просоночний	abr	ptn	abr	abr	abr	ptn	ind	trf	inf	abr
	психо-вегетативний	inf / trf	inf	ptn	inf	inf / trf	inf	ind	ind	ptn	prc !
	релаксаційний	ptn	ptn	inf	inf	ind	ptn	ind	inf	inf	ptn
	гіпомнестичний	ptn	ptn	ptn	ptn	inf	inf / trf	ind	inf	inf	prc !
	поліморфно-конформний	ind	ind	ind	ind	ind	inf	ind	ind	ptn	prc !

Закінчення таблиці 8

1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Атипові (парадоксальні)	істериформний	*ptc	inf	*ptc	*ptc	*ptc	inf	*ptc	*ptc	ptn	prc !
	експлозивний	inf	inf	trf	ptn	ptn	inf	inf	ind	ptn	prc !
	«афективного мутизму»	ptn	ptn	ptn	ptn	abr / ptn	ptn	inf	ind	inf / abr	prc !
	аверсивний	abr	abr / inf	abr	abr	inf	inf	inf	ind	ptn / abr	prc !
	псевдо- пуерильний	inf / abr	inf	inf / abr	inf / abr	abr	inf	inf	ind	ptn	prc !
Інтеркурентні (патологічні)	ейдетичний	inf	inf	inf / abr	ptn	ptn	inf	ind	ptn	ptn	ptn
	«терапевтич- ної параної»	inf / abr	inf / abr	inf / abr	inf / abr	abr	inf	ind	ind	abr / trf	prc !
	фіксаційний	ptn / abr	ptn / abr	ptn / abr	ptn / abr	inf	inf	ind	ind	abr	prc !
	резистентний	ptn / abr	ptn / abr	ptn / abr	inf	inf / abr	inf / trf	ind	ind	inf	trf / prc !

Примітка. Наведені в таблиці умовні позначення є похідними від латинських слів і розшифровуються наступним чином:

ptn	(potestās)	—	потенціююча дія;
inf	(īnfirmātio)	—	послаблююча дія;
abr	(aberrātio)	—	викривляюча дія;
trf	(trānsfōrmātio)	—	трансформація ефект-синдрому;
ind	(indiffērentia)	—	відсутність ефекту;
*ptc	(placeo)	—	можливий плацебо-ефект;
prc!	(periculōsē)	—	висока імовірність ускладнень.

(І ще: слід застерегти, що відомості про психоделіки як фармакологічний фон психотерапії наведені з опублікованих праць, оскільки ця група засобів заборонена до вживання. Проте подібні феномени можуть періодично траплятися і в клінічній практиці — вони виявляються в пацієнтів із ознаками хімічної залежності від речовин групи канабіноїдів.)

6.2. «Нормальна» психотерапевтична феноменологія (класична психофеноменологія)

Перш за все слід зазначити, що *психотерапевтичні феномени* варто диференціювати з *психотерапевтичними концептами*; тим часом як перші є реально існуючими, об'єктивними фізіолого-клінічними явищами, а інші — усього лише виробленими в рамках різноманітних методів поняттями, іноді досить умовними. Між *феноменом* («чисті» феномени, наприклад, це *навіюваність*, *гіпнабельність*) і *концептом* (рафіновані концепти — *аутентичність*, *прегнантність*) може перебувати низка проміжних форм, зокрема, *феномен-концепт* або *концепт-феномен* (від феномена *навчання* до концепту *навчання*; від концепту *переносу* до феномена *переносу*). Для розведення феноменів і концептів при аналізі методів та методик психотерапії вони, по можливості, описувалися окремо під рубриками «феноменологія» й «поняття і концепти».

У цілому психотерапевтичні феномени можуть бути умовно поділені на такі класи.

I. Феномени [«з боку» пацієнта».

1. Інструментальні.
2. Саногенні.
3. Дефензивні.
4. Змішані.
5. Інтеркурентні.
6. Допоміжні (ворітні, орієнтаційні, діагностичні).
7. Артефакти.

II. Феномени [«з боку» психотерапевта».

III. Трансперсональні феномени.

IV. Групові феномени.

V. Конформні (індивідуальні) феномени.

Далі ці класи розглянуті докладно, а результати систематизації «нормальної» психотерапевтичної феноменології наведено в таблиці 9.

I. Феномени [«з боку» пацієнта». Феномени першого класу мають, як правило, парний характер: гіпнабельність / гіпноз, навіюваність / навіювання, переконуваність / переконання та інші.

Таблиця 9
[«Нормальна»] психотерапевтична феноменологія

Психотерапевтичні феномени		Феномени	Феномен-концепти	Концепт-феномени	Концепти	
		підвищення ступеня концептуалізації в континуумі «феномен — концепт»				
Феномени [«з боку» пацієнта» перший клас	Інструментальні	гіпнабельність навіюваність переконуваність	підкріплення	оперантне підкріплення		
	Саногенні	спогад гіпнотичний транс забування катарсис навчання підкріплення сугестія самонавіяння переконання ейдетизм гіпноз акцепція	навчання інсайт гештальт-інсайт усвідомлення катарсис гіпнотична абреакція аутогенна вербалізація експлорація	навчання скрипт-інсайт групова динаміка аутогенне відреагування	навчання аутентичність інсайт аутогенна нейтралізація самоочищення інтроєкція класифікація	
	Дефензивні	забування блокування інверсія	механізми психологічного захисту		опір	
	Змішані			досвід	прегнантність	
	Інтеркурентні		перенос			
	Допоміжні	ворітні	гіпнабельність навіюваність емоційний стрес трансві феномени	аутогенне занурення		
		орієнтаційні				опір
		діагностичні	гіпнабельність навіюваність переконуваність рефлексивність			
		Артефакти				
	Феномени [«з боку» психотерапевта» другий клас		інтуїція	синхронізація	контр-перенос	емпатія
	Трансперсональні феномени третій клас		[передача] рапорт(у)		перенос / контр-перенос	
	Групові феномени четвертий клас		групова динаміка		архетип(и)	колективне несвідоме
	Конформні (індукційні) феномени п'ятий клас		емоційне зараження індукція	наслідування	референтність	

Основним *інструментальним феноменом* є *гіпнабельність*.

Під *гіпнабельністю* (*гіпноз*) розуміють індивідуальну здатність піддаватися гіпнотичній дії і досягати стану *гіпнозу*. Останній — це тимчасовий стан свідомості, який характеризується звуженням обсягу, що пов'язане зі зміною функцій індивідуального контролю і самосвідомості (Б.Д. Карвасарський [1]). Стан гіпнозу може настати як у результаті спеціальних дій [гіпнотизера], так і внаслідок цілеспрямованого *самонавіювання*.

Ступінь гіпнабельності пацієнта має значення для визначення показань до різних видів навіювання.

Гіпнабельність залежить від психофізіологічних параметрів (зокрема, [феномена] *навіюваності*) і особливостей особистості пацієнта, а також вираження його «магічної налаштованості». Реалізація гіпнабельності визначається, крім того, обстановкою, в якій відбувається сеанс гіпнотерапії, досвідом психотерапевта, його авторитетом і рівнем володіння технікою гіпнотизації.

Ще один психотерапевтичний феномен[-концепт], який можна віднести до інструментальних, — *підкріплення*. Терміном «підкріплення» в контексті вчення про вищу нервову діяльність позначається сполучення безумовного подразнювача, який викликає біологічно значущу реакцію, з випереджуваним її індіферентним стимулом, що сприяє формуванню класичного умовного рефлексу; як підкріплююче розцінюють будь-який стимул, що підвищує ймовірність [виникнення] певної реалізації чи форми поведіння. (У скіннерівській схемі стимули мають не індіферентний, проте позитивний чи негативний характер («закон ефекту»); стимул набуває функціональних властивостей підкріплення, що збільшує силу реакції. Тут ідеться вже про оперантне підкріплення; це — концепт-феномен.)

Основними *саногенними феноменами* певного класу, що мають як вікове емпіричне підтвердження, так і реальне нейробіологічне підґрунтя, є *навіюваність* і *переконаваність*.

Навіюваність (*навіювання*) — властивість (а інколи і схильність) піддаватися *навіюванню*, тобто сприймати інформацію — зокрема, таку, що впливає на перебіг нервово-психічних і соматичних процесів, — без її критично-розумової оцінки ([попередньої] обробки).

Переконуваність (*переконання*) — це здатність змінювати судження та уявлення й робити умовиводи під впливом *переконання*, що апелює до об'єктивної інформації і формально-логічного порядку.

До саногенних феномен-концептів перш за все слід віднести *усвідомлення* і *катарсис*, які дещо по-різному трактуються (пояснюються) у рамках понятійно-термінологічних апаратів різних методів психотерапії. (Так, поняття «катарсис», міцно асоційоване з психоаналітичним методом, у рамках останнього постає винятково як концепт.)

Під *усвідомленням* розуміється досягнення пацієнтом — у процесі психотерапії — чіткого, артикульованого розуміння раніше неусвідомлюваних аспектів і взаємозв'язків власного психічного життя, внутрішніх (інтрапсихічних) проблем та конфліктів, особливостей свого поведіння й емоційного реагування, взаємовідносин із довкіллям, а також причин формування і розвитку аутопсихологічних актів.

Катарсис (грецьке *κάθαρσις* — очищення, особливо від злочину або гріха) та ідентичне йому поняття *відреагування*, або *абреакції* (латинське *ab-* — від у сполученні з *re-* — проти і *actio* — дія), розглядувані в ракурсі вчення [І.П. Павлова] про вищу нервову діяльність як своєрідні феномени, — це фізіологічно-патофізіологічні процеси зниження й нормалізації збудження в патодинамічній структурі інертного надмірного збудження, яке виникло під дією психотравми; за відреагуванням (катарсисом) настає зниження афективного напруження і відчуття суб'єктивного полегшення.

До *дефензивних феноменів* слід віднести перш за все феномени, описувані як різноманітні й різнорідні *механізми психологічного захисту* (агресія, анулювання, витиснення, [гіпер]компенсація, забування, заміщення, ідентифікація, ізоляція, інтелектуалізація, інтродекція, конверсія, заперечення, пригнічення, проєкція, раціоналізація, регресія, зміщення, сублимація, ілюзія etc.).

До *змішаних феноменів*, власне кажучи, можна віднести більшість психотерапевтичних феноменів, оскільки вони часто виступають (точніше, можуть використовуватися), залежно від ситуації (чи навіть водночас), і як саногенні, і в ролі інструментальних.

Поняття *інсайта* (англійське *insight* — осягнення, прояснення) виражає феномен-концепт раптового, нового й не цілком [усвідомленого] виводжуваного із минулого досвіду цілісного розуміння, осягнення сутнісних відносин і структури ситуації, осмислення розв'язання певної проблеми; поняття інсайта по-різному трактується в гештальт-терапії та у трансактному аналізі, раціонально-емоційній і когнітивній, психодинамічній та особистісно-орієнтованій (реконструктивній) психотерапії.

Інтеркурентні феномени — це привхідні, приєднані феномени, які з'являються у процесі психотерапевтичного лікування й ускладнюють його (таким феноменом часто виступає *перенос*, що формується у процесі аналітичної терапії).

Допоміжні феномени можна умовно розділити на ворітні, орієнтаційні та діагностичні.

Ворітними часто виступають феномен *емоціонального стресу* та різні *транскові* феномени.

Як орієнтаційно-діагностичний феномен часто постає відносно «чистий» — дискурсивний — [концепт-]феномен — *опір*.

Зрештою, **артефакти** — це явища, помилково ідентифіковані як психотерапевтичні феномени.

II. Феномени «з боку» психотерапевта. Другому класу феноменів надається велике, а часом вирішальне значення в класичному психоаналізі, а також у методах психотерапії «new wave» — особливо в так званому «ериксонівському» гіпнозі (зокрема, важливим вважається феномен-концепт *синхронізації* низки невербальних проявів).

Емпатія (від німецького *Einfühlung* — проникнення [у суть]) — поняття, яке означає розуміння емоціонального стану пацієнта за допомогою співпереживання, проникнення в його суб'єктивний світ; це поняття асоційоване з клієнт-центрованою психотерапією С.Р. Rogers'a³⁰.

³⁰ Основне для цієї моделі поняття «емпатія», характерне для психотерапії «гуманістичної» орієнтації в цілому, отримало вже визнання і в психоаналітично-орієнтованій психотерапії, де тривалий час зберігалися уявлення про необхідність дотримання позиції емоційного нейтралітету, особливої анонімності аналітика («дзеркало»), і в психотерапії поведінкової, що набула факту важливості емоціонального взаємозв'язку психотерапевта й пацієнта.

Загальним для всіх психотерапевтичних напрямків є визнання (проте, формально не проговорене) важливості феномена *інтуїції*.

III. Трансперсональні феномени. До третього класу належать феномени, що виникають у процесі комунікації між психотерапевтом і пацієнтом, — це, перш за все, *перенос* (*контрперенос*).

Перенос — психоаналітичний концепт-феномен, який означає здатність [особи] проектувати ранні дитячі стосунки та бажання на іншу особу (психоаналітика).

IV. Групові феномени. Феномени четвертого класу щільно пов'язані зі впливом [терапевтичної] групи та внутрішньогруповими процесами; у першу чергу це *групова динаміка*. Феномени цього класу відіграють у психотерапії настільки велику роль, що зближують різні її види (ясна річ, ідеться про основні методи); зокрема, є показовим приклад із гештальт-терапією, коли найважливіші — з точки зору гештальт-психології — феномени під тиском групової динаміки просто нівелюються.

V. Конформні, або індукційні, феномени. П'ятий клас феноменів містить, зокрема, так зване «емоційне зараження», яке перебуває в основі психічних епідемій.

* * *

Повторю ще раз, що більшість психотерапевтичних феноменів — поліфункціональна. Так, феномен гіпнабельності / гіпнозу може використовуватися як саногенний (гіпноз-відпочинок), інструментальний (гіпносугестія), ворітний («ериксонівський» гіпноз) і, звичайно, діагностичний (визначення ступеня гіпнабельності-навіюваності).

(Нагадаю також, що детально психотерапевтичні феномени, визнані в рамках різних методів та методик, як і вироблені в останніх концепти, описані в рубриках «феноменологія» і «поняття й концепти» розділу «Феноменологічний арсенал, понятійно-концептуальна платформа і персоналогія в уявленнях методів і методик психотерапії».)

6.3. Клінічні психотерапевтичні ефект-синдроми та їхні корелят-механізми (корелят-патерни)

Розглянуті раніше психотерапевтичні феномени — і тут ітиметься про феномени «з боку пацієнта» — встановлені й описані, у своїй більшості, переважно емпіричним шляхом. Багато з них мають суто психологічні трактування, які не піддаються навіть елементарній клінічній транскрипції, — що само по собі слід оцінювати негативно; проте, головне, цей факт чітко показує невизначеність (чи навіть відсутність) [підведеної] [фізіологічної] сано(пато)генетичної бази.

Як відомо, в історії психотерапії неодноразово робилися спроби, — як кон'юнктурні, так і цілком щирі, — об'єктивізації понятійно-концептуального апарату: згадаймо хоча б ту саму горезвісну «психорефлексологію» («об'єктивну психологію») В.М. Бехтерева [1]*. Проте ця об'єктивізація мала скоріш експериментально-реєстраційний характер і проводилася до того ж лише під одним візуальним контролем.

До спроб об'єктивізації процесу й механізмів лікувальної дії психотерапії — значно пізнішим — належать в основному різноманітні електрофізіологічні дослідження — від реєстрації [змін] психогальванічного рефлексу до ЕЕГ-картування.

Для розуміння як самого процесу психотерапевтичного лікування, так і механізмів ефективності психотерапії я ввів поняття *клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів* та їхніх *корелят-механізмів* [2]*³¹.

Сукупність же корелят-механізмів клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів у їхніх специфічних — взаємопов'язаних — проявах може бути охарактеризована, я вважаю, як *корелят-патерн*. Різні типи корелят-патернів характеризуються, таким чином, певними відносинами корелят-механізмів³².

³¹ Хрестоматійним прикладом ефективності психотерапії ([ауто]сугестії) є так звані «стигмати Христа» — кровотечні виразки, які з'являються на місцях дотику [сугестора] при навіюванні перебування на хресті («хресна мука»).

³² Етологічний корелят під час дескрипції / обробці корелят-патернів виводився за рамки, оскільки форми і способи його реєстрації тяжіють до клінічного опису.

У результаті проведених досліджень виявлено такі типи корелят-патернів:

- 1-й — синхронно-синтонний;
- 2-й — синхронно-асинтонний;
- 3-й — асинхронно-синтонний;
- 4-й — асинхронно-асинтонний (дезорганізований);
- 5-й — апокрифічний.

Окрім того, було, нагадаю, проведене дослідження щодо виявлення асоціацій між методами (методиками) психотерапії і [саногенними] психотерапевтичними феноменами.

Кожен метод психотерапії — за часто подибуваній переконаності адептів у його винятковості, нередуційованості — волею-неволею асоційований з будь-яким саногенним феноменом.

Ці асоційовані пари («метод[ика] психотерапії — асоційований [саногенний] феномен») такі: сугестивна психотерапія — *сугестія*; раціональна психотерапія — *переконання*; психоаналіз — *катарсис*; біхевіоральна терапія — *підкріплення*; «ериксонівський» гіпноз — *гіпнотичний транс*; нейро-лінгвістичне програмування — *ейдетизм*; гештальт-терапія — *гештальт-інсайт*; груповий аналіз — *групова динаміка*; транзактний аналіз — *скрипт-інсайт*; моделювання поведінки — *навчання*; екзистенціальна психотерапія — *аутентичність*; психодинамічна психотерапія — *усвідомлення*; психометодологія — [*пригадування*] / *забування*.

Названі феномени є, що цілком очевидне, зовнішніми індикаторами найскладніших внутрішніх [мега]процесів.

Питання реалізації психотерапії тісно пов'язані з уявленнями про ці феномени і в рамках медичної моделі психотерапії апелюють, головним чином, до нейро-психологічної, а також до нейробіологічної, нейрофізіологічної і нейрохімічної — дискурсивно відмінних — сфер.

У результаті проведених досліджень та експериментів були виділені фіксовані клінічні психотерапевтичні ефект-синдроми, які задовольняють критеріям достовірності.

Під ефект-синдромом слід розуміти комплекс клінічних, психологічних, повсякденних проявів, виникаючих у процесі (результаті) реалізації того чи іншого методу (методики, техніки) психотерапії.

У процесі проведення психотерапії спостерігалися й були описані *типові* (нормальні), *атипові* (парадоксальні) та *інтеркурентні* (патологічні) ефект-синдроми, зокрема, це — поза систематикою, — *гіпноїдний, істериформний, релаксаційний, каталептичний, просоночний, психовегетативний, ейдетичний, гіпомнестичний, поліморфно-конформний, експлозивний, «афективного мутизму», аверсивний, псевдопуерильний, «терапевтичної параної», фіксаційний, резистентний* та деякі інші.

Звернемося до систематики клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів, беручи до уваги і корелят-патерни (див. таблицю 10).

Отже, з позицій клініко-психофеноменологічної характеристики основних пато-нозологічних форм слід зазначити, що в контингентів сфери компетенції психотерапії реєструються клінічні психотерапевтичні ефект-синдроми всіх рівнів: типові (нормальні), атипові (парадоксальні) та інтеркурентні (патологічні).

Серед типових (нормальних) реєструвалися ефект-синдроми *гіпноїдний, каталептичний, просоночний, психовегетативний, релаксаційний, гіпомнестичний, поліморфно-конформний*.

З ефект-синдромів атипових (парадоксальних) спостерігалися *істериформний, експлозивний, синдром «афективного мутизму», аверсивний, псевдопуерильний*.

Ефект-синдроми інтеркурентні (патологічні) були репрезентовані ейдетичним, синдромом «терапевтичної параної», фіксаційним, резистентним.

Нині С.Г. Грінвальдом — за допомогою клініко-теоретичного моделювання і з позицій формальної повноти систематики — описано ще сім клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів: *аберадверсивний, ортоагитивний, агитивний вікарно-компенсаторний* (типові); *гіпермнестичний* (парадоксальний); *амітоконгрегантний, гіпобулічний, псевдоагитивний* (інтеркурентні).

Ясна річ, усі вони — і навіть принципи їхньої номінації — потребують подальших клінічних досліджень та верифікації.

Таблиця 10

Клінічні ефект-синдроми і корелят-патерни

Клінічний ефект-синдром	Корелят-патерни, типи				
	1-й	2-й	3-й	4-й	5-й
Синдроми типові (нормальні)					
Гіпноїдний	+	–	–	–	–
Каталептичний	–	+	–	–	–
Просоночний	–	–	+	–	–
Психовегетативний	+	–	–	–	–
Релаксаційний	+	–	–	–	–
Гіпомнестичний	+	–	–	–	–
Поліморфно-конформний	–	+	–	–	–
Синдроми атипові (парадоксальні)					
Істериформний	–	–	–	+	–
Експлозивний	–	–	–	+	–
«Афективного мутизму»	–	–	+	–	–
Аверсивний	–	–	+	–	–
Псевдопуерильний	–	–	–	–	+
Синдроми інтеркурентні (патологічні)					
Ейдетичний	–	–	–	+	–
«Терапевтичної параної»	–	–	–	–	+
Фіксаційний	–	–	+	–	–
Резистентний	–	+	–	–	–

І ще одне важливе зауваження, певним чином передуюче наступному підрозділу: дослідження показали переважно методистську, а отже, саногенетичну детермінованість клініко-психофеноменологічних проявів, тим часом як психопатологічні характеристики, які, здавалося б, унаслідок наявності відповідної психофізіологічної та психопатологічної бази, ха-

рактурної для певного хворого / пато-нозологічного стану, мали б надавати вираженого впливу на клінічний психотерапевтичний синдром, що формується (перш за все в разі розвитку парадоксальних і патологічних психотерапевтичних ефект-синдромів — як, наприклад, психотерапевтичний істериформний ефект-синдром та близький йому клініко-феноменологічний психопатологічний істеричний синдром), зводилися в основному до патоперсонологічного (у тому числі, зрозуміло, до постморбідного) фону.

Рекомендована література

1. Чугунов В.В. Диспозиционная характеристика патопсихологических регистр-синдромов, психопатологических синдромов и клинических психотерапевтических эффект-синдромов // «Международный медицинский журнал» (Харьков).— 2007.— Т. 13.— № 2.— С. 14 — 18.

2. Чугунов В.В. Логика и семиотика диагноза в психотерапии // *Абрамов В.А.* Стандарты многоосевого диагноза в психиатрии.— Донецк: Донеччина, 2004.— С. 154 — 171.

3. Чугунов В.В. Проблемы синдромогенеза и синдромотаксиса в сфере компетенции психотерапии // «Психотерапія, медична психологія і гранична психіатрія в системі надання медичної допомоги» (XI Платонівські читання): Матеріали наук.-практ. конф., присвяченої 85-річчю Харківської медичної академії післядипломної освіти, 145-річчю санаторію «Березівські мінеральні води», 45-річчю кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти, 90-річчю з дня народження К.І. Платонова, Бермінводи, 17 — 18 квітня 2008 р. (Додат. до журналу «Медичні дослідження»).— Харків: [Національна ліга психотерапії, психосоматики та медичної психології України]; Крокус, 2008.— С. 162 — 163.

4. Чугунов В.В. Синдромотаксис в сфере компетенции психотерапии как прогностическое основание реабилитации // «Український вісник психоневрології» (Харків).— 2007.— Т. 15.— Вип. 1 (50), додат.— С. 247.— Зміст додат.: Матеріали III Національного конгресу (XI з'їзду) неврологів, психіатрів та наркологів України [«Профілактика та реабілітація в неврології, психіатрії та наркології»], Харків, 3 — 5 липня 2007 р.

5. Чугунов В.В. Теоретичне, клініко-діагностичне, медико-психологічне, психотехнічне та психопатологічне обґрунтування й оцінка психотерапії психогенно-обумовлених розладів: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 19.00.04.— Харків: Харк. медична академія післядипломної освіти, 2007.— 40 с.

6. Чугунов В.В., Михайлов Б.В. Логика, семиотика и алгоритм диагноза в психотерапии // «Международный психиатрический, психотерапевтический и психоаналитический журнал» (Киев).— 2008.— Т. 2.— № 1 (2).— С. 47 — 59.

Контрольні питання

- (1) Поняття й загальна характеристика психотерапевтичної феноменології.
- (2) Асоціювання методів / методик психотерапії й саногенних феноменів.
- (3) «Нормальна» і клінічна психотерапевтичні феноменології.
- (4) Класифікація «нормальної» психотерапевтичної феноменології.
- (5) Загальна характеристика окремих класів «нормальної» психотерапевтичної феноменології.
- (6) Клінічні психотерапевтичні ефект-синдроми та їхні корелят-механізми (корелят-патерни).
- (7) Типологія клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів.
- (8) Діагностика клінічного психотерапевтичного ефект-синдрому як другої (психотехнічної) частини психотерапевтичного діагнозу.

Розділ 7

ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНА СКЛАДОВА (ІІІ ЧАСТИНА) ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ДІАГНОЗУ

Цілеспрямоване поєднання психотерапевтичних дій і фармакотерапевтичних впливів позначається як *фармакопсихотерапія*.

Нині досить чітко визначені такі напрямки досліджень / проблемні галузі фармакопсихотерапії:

- пошуки варіантів комбінаторних відповідностей фармакопрепаратів і методів психотерапії (і різних її форм);
- розробка схем використання фармакопрепаратів стосовно короткострокових чи одномоментних форм психотерапії, що відповідає сучасним тенденціям до орієнтації на короткочасні форми психотерапії;
- психотерапевтичне потенціювання та опосереднення призначення і відміни психофармакотерапевтичних засобів;
- подальший розвиток медико-орієнтованої психотерапевтичної парадигми шляхом розробки ефективних фармакопсихотерапевтичних підходів;
- оцінка й, можливо, парціальне застосування психотехнік та методик так званої «психоделічної психотерапії» на основі використання ненаркотичних препаратів.

Тут слід звернутися до уявлень про фармакологічний фон (*терапевтичний й спеціальний, або експериментальний*), — вказівка на який є необхідною умовою постановки / формулювання психотерапевтичного діагнозу й утворює невід'ємну частину останнього.

7.1. Поняття «фармакологічного фону»

Власне кажучи, психотерапія в клініці — як у належній до сфери її компетенції, так і в численних інших клініках (і перш за все у клініці психіатрії) — проводиться на певному фармакологічному фоні — і це тло, ясна річ, створюється *без урахування [проводжуваної] психотерапії* (психотехнічних особливостей методу, цілей, форми проведення тощо).

7.2. Терапевтичний і спеціальний фармакологічний фон

Фармакологічні впливи для [реалізації] цілей психотерапії, ясна річ, мають свої сталі і навіть очевидні шляхи. У першу чергу це досягнення — завдяки впровадженню різноманітних медикаментозних засобів — станів зміненої свідомості, а також пониженого [само]контролю: усі психофармакологічні дії, здійснювані для цілей психотерапії, так чи інакше діють на свідомість, *certum*.

Для [зручності] компаративного опису я зробив певну схему:

шуканий стан — препарат — умови проведення — метод (методика / психотехніка / прийом) — brand (і автор).

У відповідності до цієї схеми наведу відомі (а також розроблену мною) методики:

1) наркотичний сон — снодійні — [гіпно]сугестія — situs [cubitus (supinus)] — *наркогіпноз* (М.Е. Телешевська [1]*);

2) послаблення самоконтролю — наркотичні засоби (наприклад, амітал-натрій) — психоаналіз — класичне «положення на кушетці» — *наркоаналіз* (J.S. Horsley [2]*) / *наркосинтез* (R.R. Grinker, J.P. Spiegel [3]*);

3) медикаментозний сон — гексенал — сугестія — situs [cubitus (supinus)] — *сомнопсихотерапія* (М.М. Перельмутер [4]*);

4) медикаментозний сон — снодійні — симультанно-мнестична психотерапія — situs [cubitus (supinus)] — *сомніопсихотерапія* (В.В. Чугунов);

5) «трансцендентні» чуття — психоделіки — групова психотерапія — група — *психоделічна психотерапія* (Ch. Savage [5]*);

6) [медитативна] релаксація — психоделіки — катартична вербалізація — ізоляція, музичний супровід, наявність індивідуального помічника (sitter) — *трансперсональна психоделічна психотерапія* (S. Grof [6 — 8]*);

7) активізація неусвідомлюваних переживань — галюціногени-психодислептики — неповна психосенсорна депривація — абреактивно-катартичний — *психоліз* (H. Leuner [9]*);

8) ейфорія — барбітурати — сугестія — situs [cubitus (supinatus)] *наркотиципсихотерапія* (М.Е. Телешевська [1]*);

9) фізіологічний [вегетативний] дискомфорт — блювотні — [імперативна] сугестія — sine conditio — *емоційно-стрессова психотерапія* (В.Є. Рожнов [10]*).

Отже, фактично ми визначили ті варіанти фармакологічного поля, які створюються спеціально для цілей психотерапевтичного впливу:

- наркотичний / сомніферний;
- [психо]релаксаційний;
- інтоксикаційно-галюціногенний;
- ейфоризуючий;
- «фізіогенно» дисфоризуючий.

Це тло варто розуміти як спеціальне, або *експериментальне*.

До особливих варіантів спеціального фармакологічного фону можна віднести застосування індиферентних, але таких, що дають суб'єктивно-почуттєвий спектр відчужень, фармакологічних препаратів-стимулів (задіюючих вегетативні компоненти: парентеральне введення хлористого кальцію; зрошення зіва хлоретилем тощо). Від плацебо-терапії ці прийоми відрізняються тим, що використовується не сам факт призначення / прийому засобу (найчастіше органолептично інтактного, такого, що не викликає вегетативних реакцій та взагалі будь-яких суб'єктивних відчужень), а умовно-рефлекторне сполучення.

Варто також враховувати те фармакологічне тло, яке утворюється призначуваними згідно з традиційними терапевтичними схемами антидепресантами, транквілізаторами, нейролептиками, нормотиміками, психостимуляторами та іншими класами психотропних засобів для цілей власне психофармакотерапії (без спеціального врахування психотерапевтичних завдань), а отже, ipso facto є терапевтичним (див. таблиці 11 — 15)³³.

²⁷ Я користувався відповідними клінічними посібниками, зокрема [1].

Таблиця 11
Нейролептики і спектри їхньої клінічної дії

Препарат	Дія		
	седа- тивна	анти- психотична (інцизивна)	анти- маячна
<i>Переважно із седативною дією (седативні нейролептики)</i>			
Хлорпромазин (аміназин)	++++	++	++
Левомепромазин (тизерцин)	++++	+	+
Тіоридазин (мелерил, сонапакс)	+++	+	+
Хлорпротиксен	+++	++	+
Зуклопентиксол (клопиксол)	+++	+++	+++
Перициазин (неулептил)	+++	+	+
Алімемазин (терален)	++	+	+
Тіаприд (тіапридал)	++	+	+
<i>Переважно з антипсихотичною дією (інцизивні нейролептики)</i>			
Перфаназин (етаперазин)	++	++	++
Трифлуоперазин (трифтазин)	++	+++	++++
Галоперидол	++	+++	++++
Сультоприд (топрал)	++	+++	+++
Флуфеназин (модитен)	+	+++	+++
Флупентиксол (флюанксол)	+	+++	++
Піпотіазин (піпортил)	+	+++	+++
Тіопроперазин (мажептил)	+	++++	++
<i>Переважно зі стимулюючою дією (дезінгібуючі нейролептики)</i>			
Сультірид (еглоніл)	-	++	+
Карбідин	-	+	+
<i>Атипові нейролептики</i>			
Клозапін (лепонекс, азалептин)	++++	+++	+++
Кветіапін (сероквель)	+	++	+++
Рисперидон (рисполепт)	+	++	+++
Оланзапін (зипрекса)	++	+++	+++

Примітка:

- ++++ сильна (максимально виражена) дія;
- +++ виражена дія;
- ++ поміркована дія;
- + слаба дія;
- не проявляється (ефект відсутній).

Таблиця 12

Антидепресивні засоби і спектри їхньої клінічної дії

Спектр дії	Генерична назва препарату	Торгова назва препарату
Переважаю седативна	Триміпрамін Доксепін Амітриптилін Тразодон Міансерин Флувоксамін Піпофезин	Герфонал Синекван Еліквел (Амізол) Тритико Леривон (Міансан) Феварин Азафен
Збалансована	Мапротилін Тіанептин Пирліндол Сертралін Пароксетин Кломіпрамін	Людіоміл Коаксил Піразидол Золофт Паксил Анафраніл
Переважаю стимулююча	Флуоксетин Моклобемід Іміпрамін Ніаламід	Прозак (Продеп, Портал, Флуоксетин-акри Флуоксетин нікомед) Аурорікс Меліпрамін (Прилойган, Іміпрамін) Ніаламід

Примітка. Розташування препаратів відтворює клініко-терапевтичну класифікацію, в якій зверху донизу спадає седативний ефект і зростає ефект стимулюючий. Зазначена класифікація не враховує порівняльну силу тимоаналептичної дії препаратів і не диференціює седативний і анксиолітичний ефекти. До цієї таблиці не ввійшли антидепресанти із недостатньо визначеним положенням у цьому ряді, зокрема циталопрам (наявні дані дозволяють умовно віднести його до антидепресантів збалансованої дії).

Таблиця 13
Антидепресивні засоби та їхнє дозування

Генерична назва	Дози, мг		
	мінімальні	середні	максимальні
<i>Трициклічні антидепресанти</i>			
Піпофезин	25 – 100	125 – 200	
Амітриптилін	25 – 100 в/м + в/в 25 – 50	125 – 200 в/м + в/в 75 – 100	225 – 400 в/м + в/в 125 – 150
Доксепін	25 – 50 в/м + в/в 25 – 50	50 – 75 в/м + в/в 50 – 75	75 – 100 в/м + в/в 75 – 100
Іміпрамін	25 – 75 в/м + в/в 25 – 50	100 – 250 в/м + в/в 75 – 100	250 – 400 в/м + в/в 125 – 150
Кломіпрамін	25 – 75 в/м + в/в 25 – 50	100 – 225 в/м + в/в 75 – 100	250 – 300 в/м + в/в 100 – 150
Тіанептин	12,5 – 25	37,5	
Триміпрамін	25 – 125 в/м + в/в 25 – 50	150 – 250 в/м + в/в 75 – 125	275 – 400 в/м + в/в 150 – 200
<i>Тетрациклічні антидепресанти</i>			
Мапротилін	25 – 75 в/м + в/в 25	100 – 175 в/м + в/в 50 – 75	200 – 250 в/м + в/в 100
Міансерин	15 – 30	30 – 90	
<i>Антидепресанти іншої хімічної структури</i>			
Тразодон	75 – 150	225 – 450	
<i>Селективні інгібітори реаптейка серотоніну</i>			
Пароксетин	10	20	
Сертралін	50	50 – 100	
Флувоксамін	50	100 – 200	
Флуоксетин	20	20	
Циталопрам	20	40	
<i>Необоротні інгібітори MAO</i>			
Ніаламід	50 – 75 в/м + в/в	100 – 400 в/м + в/в	450 – 800 в/м + в/в
<i>Оборотні інгібітори MAO</i>			
Моклобемід	150	150 – 300	
Пірліндол	25 – 75 в/м + в/в 25 – 50	100 – 225 в/м + в/в 75 – 100	250 – 500 в/м + в/в 125 – 200

Таблиця 14

Транквілізатори і снодійні (дозування)

Препарат	Дози, мг		
	малі	середні	високі
Алпразолам (ксанакс, касадан)	0,5–4	4–6	6–10
Бромазепан (лексиліум, лексотан)	3–12	12–18	18–36
Гідазепам	20–50	50–100	100–150
Гідроксизин (атаракс)	20–50	50–100	100–300
Діазепам (седуксен, реланіум, сибазон)	5–20	20–40	40–60
Золпідем (івадал, санвал)	5–10	10–15	15–20
Зопіклон (імован)	3,75	7,5	15
Клоназепам (антелепсин, ривотрил)	0,5–2	4–8	8–16
Клоразепат (транксен)	15–30	30–40	40–60
Лоразепам (мерліт)	1–4	4–6	6–10
Медазепам (мезепам, рудотель)	10–20	20–40	40–60
Мідазолам (дормікум)	7,5	15	30
Нітразепам (радедорм, еуноктин)	2,5–5	5–10	10–15
Оксазепам (нозепам, тазепам)	10–20	30–60	60–90
Темазепам (сигнопам)	7,5	15	30
Тофізопам (грандаксин)	50–150	150–200	200–300
Триазолам (хальціон)	0,125–0,25	0,25–0,5	0,5–1
Феназепам	0,5–1,0	1,0–3,0	3,0–6,0
Флунітрозепам (рогінол)	0,5	1,0	1,5–2,0
Хлордіазепоксид (еленіум)	20–40	40–60	60–100

Таблиця 15

**Нормотиміки (тимоізолептики),
їхнє дозування і схеми приймання**

Назва препарату	Лікарська форма	Оптимальний інтервал добових доз	Частота прийому однократної дози	Особливі умови
Літію карбонат	пігулки по 0,3 г	0,6–1,2	3 рази на день	контроль концентрації літію в плазмі крові
Літію карбонат (контемнол)	пігулки по 0,5 г	0,5–0,15	1 раз на день	— «» —
Літію оксибутират	20 %-й розчин для ін'єкцій в ампулах по 2 мл	1,6–3,2	3 рази на день	— «» —
Карбамазепін (фінлепсин, тегретол та інші)	пігулки по 0,2 г	0,4–1,0	2–3 рази на день	—
Карбамазепін-ретард (фінлепсин-ретард, тегретол ЦР)	пігулки по 0,2 г і 0,4 г	0,4–0,8	1 раз на день	—
Вальпроат натрію (ацедипрол, конвулекс, депакін, енкорат, апилепсин та інші)	пігулки по 0,15 г і 0,3 г	0,6–1,4	2–3 рази на день	—
Вальпроєва кислота (депакін-хроно)	пігулки по 0,3 г і 0,5 г	0,5–1,5	1 раз на день	—

* * *

Річ ясна, застосування психотерапії — усілякої, інтактної стосовно [маячної] індукції³⁴, її різновиду (раціонально-сугестивної, поведінкової, симультанно-мнестичної, екзистенціальної, катартичної та інших) — у «великій» психіатрії має бути узгоджене з традиційними (якими вони стали протягом другої половини ХХ сторіччя) фармакотерапевтичними схемами (крім того, слід враховувати «ефект(и) [психофармакологічного] обмеження»).

Проте необхідно дотримуватися й низки базисних реципрокних умов:

— ці схеми, у свою чергу, мають бути поєднані із запланованими / вживаними психотерапевтичними методиками³⁵, тобто виступати як [психо]фармакологічна підкладка, *фармакологічний фон* для впроваджуваної психотерапії;

— до шпитальної психіатрії мають бути облігатно залучені принципи *хронотерапії*, — ті з них, що єдині для психотерапії й [вербальної] психотерапії.

³⁴ Це в основному стосується методів і методик психотерапії «нової хвилі», оскільки гіпноз, зазвичай позиціонований як *persona ingrata* психіатричної клініки, довгі роки активно вживався при лікуванні психозів, у тому числі шизофренії (й, що цікаво, в комбінації з тією самою інсуліно-коматозною терапією [11]*).

³⁵ Терапевтичні схеми в умовах сучасної психіатричної клініки задані досить жорстко, проте певні можливості лавірування завжди наявні, особливо в умовах *поліфармакотерапії*.

Рекомендована література

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Медицина, 1988. — 528 с.

2. Михайлов Б.В., Марута Н.А., Напреенко А.К., Чугунов В.В. Проблемные вопросы фармакопсихотерапии // Актуальные проблемы пограничной психиатрии, психотерапии, медицинской психологии: Матер. науч.-практ. конф. (Харьков — Берминводы, 27 — 28 мая 1999 г.). — Харьков: Национальная лига психотерапии, психосоматики и медицинской психологии Украины, 1999. — С. 91 — 93.

3. Столяров Г.В. Лекарственные психозы и психотомиметические средства / Под ред. В.М. Банщикова. — Москва: Медицина, 1964. — 455 с.

Контрольні питання

- (1) Поняття «фармакологічного фону».
- (2) Терапевтичний і спеціальний фармакологічний фон.
- (3) Взаємозв'язок клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів і фармакологічного фону.
- (4) Врахування фармакологічного фону як третьої (психотехнічної) частини психотерапевтичного діагнозу.

Розділ 8

ПРОГНОСТИЧНА СКЛАДОВА (IV ЧАСТИНА) ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ДІАГНОЗУ

Ми наблизилися до вельми проблемного питання, яке взагалі стосується психоїчної феноменології в цілому — пишномовних дискусій про акти свідомості й волі, дрібних компетейно-дисциплінарних чвар із приводу контекстів психопатології-пато психології, проблеми нормальної (здорової) / патологічної (хворої) психіки, більшості явищ соціо-психічного порядку тощо.

Це питання про те, в яких взаємовідносинах — *дискурсивних, [пато]фізіологічних, клінічних — перебувають феноменні бази, «феноменології» психотерапії й психіатрії: психотерапевтична феноменологія й феноменологія клініко-психопатологічна*, — й, головне, що виходить у процесі / результаті взаємодії / стикування цих феноменологій.

Спробуємо підійти до цієї проблеми неупереджено — без суєтних «істинних» суджень, без апеляцій до яких-небудь смутних очевидностей, тим паче високих імен; *probatio liquidissima* для психотерапії — та й для всіх психодисциплін — як і раніше є недосяжною розкішшю.

8.1. Синдромогенез, синдромокінез і синдромотаксис у сфері компетенції психотерапії: метасиндроми

З метою ясності, а також поступовості й послідовності викладу до цього моменту йшлося про якійсь ідеальні, стійкі, інтактні клінічні психотерапевтичні ефект-синдроми, — які в теоретичній, точніше навіть абстрактній, моделі конгруентні синдромальній структурі патології-нозології.

Практика ж засвідчує — і це очевидно, — що клінічний ефект-синдром, стикаючись із психопатологічним синдромом (або симптомокомплексом), зазнає вираженої трансформації, аж до руйнації; подібні зміни — і тут ми вже можемо назвати їх патоморфозом (або ж патокінезом) відбуваються і з останнім. Фактично йдеться про синдромотаксис — але привнесений, зовнішній, виникаючий під впливом спрямованого психотерапевтичного втручання.

Більш того, психопатологічний синдром — безпосередньо даний лише в мовленні й поведженні, оскільки ми все ще залишаємося в тенетах «психофункціоналізму»³⁶, — і [конгруентний йому] ефект-синдром психотерапевтичний завжди зливаються, тим самим видозмінюючи, модифікуючи один одного, і це змішання незмінно дає нову якість, — породжуючи інше [психоїчне] утворення, яке можна визначити як *метасиндром*.

Сказане можна наочно подати за допомогою такої схеми.



³⁶ Адже й досі до кваліфікації психопатологічного синдрому не входять інші — нейробіохімічні, нейро(електро)фізіологічні тощо — кореляти (хіба що інколи залучаються, з диференційно-діагностичною метою, патопсихологічні реєстр-синдроми).

Я спробував подолати цю стигму, в крайньому разі в рамках психотерапії: клінічні ефект-синдроми відділені й навіть денотовані з урахуванням їхніх корелят-механізмів.

Ясна річ, це знову абстрактна конструкція, оскільки не можна чітко відповісти на запитання на кшталт: *скільки разів, за яких умов і як саме слід застосувати гіпомнестичний ефект-синдром для корекції синдрому [наслідків] емоційного стресу (посттравматичного стресового розладу)?*

8.2. Типологія метасиндромів

Результати досліджень засвідчили, що клінічна характеристика метасиндромів має враховувати два вектори: динамічний і структурний.

У динамічній площині спостерігалися такі зміни: поліпшення (послаблення) і погіршення (посилення, підвищення інтенсивності), а також збереження виразності психопатологічних проявів. У плані структурної перебудови виявилися можливими варіанти спрощення чи ускладнення, а також збереження структури симптоматики. Ще одним варіантом було збереження синдромальної архітекτονіки і вираженості психопатологічних проявів. Зрештою, специфічним варіантом постала виражена структурна перебудова з невизначеним вектором якості.

На основі цих комбінацій були виділені й позначені вісім типів метасиндромів (вони наведені в таблиці 16).

Таблиця 16
Типи метасиндромів

Тип	Клінічні прояви	Назва
1-й	поліпшення зі спрощенням	«позитивна редукція»
2-й	поліпшення зі збереженням структури	«кліше-редукція»
3-й	поліпшення з ускладненням	«позитивна орнаментация»
4-й	погіршення зі спрощенням	«негативна редукція»
5-й	погіршення зі збереженням структури	«кліше-ампліфікація»
6-й	погіршення з ускладненням	«негативна орнаментация»
7-й	статика	«клінічний монорим»
8-й	структурна перебудова з невизначеним вектором якості	«нейтральний метаморфізм»

Таким чином, 1-й — поліпшення зі спрощенням — умовно названо «позитивна редукція»; ступінь клінічної вираженості психопатологічних порушень зменшується, а їхня структура спрощується.

2-й тип метасиндромів виражається в поліпшенні зі збереженням попередньої структури, і тому він позначений як «кліше-редукція»; характерні збереження структури психопатологічних проявів, але послаблення їхньої виразності зі збереженням клінічної значимості.

3-й тип — це поліпшення з ускладненням, або «позитивна орнаментация»; поряд зі зменшенням вираженості клінічної симптоматики спостерігається її ускладнення, «орнаментация», поява додаткових, раніше відсутніх психопатологічних феноменів.

4-й тип полягає в погіршенні зі спрощенням, — і визначений як «негативна редукція»; цьому типу властиве обважніння, посилення вираженості, інтенсивності клінічних проявів — з одночасним збіднінням, спрощенням, своєрідною редукцією їхньої структури.

5-й тип — погіршення зі збереженням попередньої структури («кліше-ампліфікація»); за наявності зберігаючої клінічної структури психопатологічних проявів відбувається посилення, наростання ступеня їх вираженості.

6-й тип — погіршення з ускладненням («негативна орнаментация»); це найнесприятніший тип, оскільки поряд з посиленням вираженості психопатологічних проявів відбувається ускладнення їхньої клінічної структури.

7-й тип — статика (у цьому випадку використана дещо вільна номінація: «клінічний монорим»); незважаючи на здійснювані психотерапевтичні інтервенції, клініка психопатологічних проявів залишається незмінною, «однорозмірною» — у плані як структури, так і вираженості.

Нарешті, 8-й тип — структурна перебудова з невизначеним вектором якості («нейтральний метаморфізм»); відбувається переформатування структури психопатологічних проявів — клінічно неідентифіковане, незмінне за вираженістю.

Розподіл метасиндромів у залежності від психопатологічного синдрому й досягнутого психотерапевтичного ефект-синдрому наведено в таблиці 17.

Таблиця 17
Розподіл метасиндромів

Психо-патологічний синдром	Метасиндроми, типи	Клінічний психотерапевтичний ефект-синдром
Апатико-абулічний	7-й	гіпноїдний, каталептичний, проночний
Астенічний	3-й, 2-й	гіпноїдний, каталептичний, проночний
Астено-вегетативний	1-й, 2-й	гіпноїдний, каталептичний, проночний
«Вигоряння»	1-й, 2-й	релаксаційний, гіпомнестичний
Галюцинаторно-параноїдний	8-й, 7-й, 5-й, 6-й	ейдетичний, гіпомнестичний
Гіпотимний	1-й, 2-й, 3-й, 7-й	резистентний
Депресивний	6-й, 5-й, 8-й, 3-й	«афективного мутизму»
Іпохондричний	7-й, 8-й, 6-й, 5-й, 3-й	психовегетативний, резистентний
Кандинського — Клерамбо	6-й, 5-й, 8-й	«афективного мутизму»
Кататоно-онейроїдний	7-й	ейдетичний, каталептичний
Компульсивний	1-й, 2-й, 7-й, 8-й	експлозивний
Обсесивний	1-й, 2-й, 3-й, 7-й, 8-й	фіксаційний
Параноїдний	8-й, 7-й, 6-й, 4-й	аверсивний, фіксаційний, «терапевтичної параної»
Парафренний	7-й, 4-й, 5-й	резистентний, аверсивний
Психастенічний	1-й, 2-й, 3-й	«терапевтичної параної», фіксаційний, істериформний
Психоорганічний	7-й, 6-й, 5-й	експлозивний
Сенестопатичний	1-й, 2-й, 3-й, 4-й, 5-й, 6-й, 7-й	психовегетативний, істериформний
Соматосенсорний	1-й, 2-й, 8-й	релаксаційний
Паморочного розладу свідомості	7-й	резистентний, аверсивний
Тривожний	6-й, 5-й, 3-й, 7-й	аверсивний, резистентний, експлозивний
Фобічний	1-й, 2-й, 3-й, 5-й, 6-й	релаксаційний, психовегетативний
«Екзистенціальної недостатності»	1-й, 2-й, 3-й	фіксаційний, аверсивний

* * *

Розробляючи моделі клінічної реалізації психотерапії, слід дотримуватися низки правил; обов'язкові такі з них:

- адекватне, диференційоване використання психотерапевтичної феноменології;
- врахування зв'язності (асоціації) методу (методики, психотехніки) і саногенного феномена;
- орієнтація на викликані клінічні психотерапевтичні ефект-синдроми з відповідними корелят-патернами;
- детермінація [експлуатованих] механізмів реалізації психотерапії складнопідрядною клінічною структурою курируваних [психопатологічних] синдромів;
- урахування клінічних особливостей метасиндромів, що виникають у процесі психотерапії.

Рекомендована література

1. Блейхер В.М. Эпонимические термины в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии: Словарь. — Киев: Вища школа, 1984. — 448 с.
2. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. — Киев: Здоровья, 1986. — 280 с.
3. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов / Под ред. С.Н. Бокова. — Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. — 640 с.
4. (Bleuler [P]E.) Блэйллер [П.]Э. Руководство по психиатрии / Пер. с 3-го нем. изд. с доп. А.С. Розенталь; Предисл. А.К. Ануфриева. — Москва: Независимая психиатрическая ассоциация; Смысл, 1993. — VI, [19], [5], 544 с. — (Ориг.: Bleuler [P]E. Lehrbuch der Psychiatrie. — Berlin: [Verlag von] Julius Springer, 1916. — VIII, 518, [2] S.).
6. (Butke O.) Бумке О. Современные течения в психиатрии: Пер. с нем. С.И. Френкель / Предисл. Изд-ва. — Москва — Ленинград: Госиздат, 1929. — 109 с.
6. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика и систематика. — Москва: Кооп. изд-во «Север», 1933. — VII, 143 с.
7. Гиляровский В.А. Психиатрия: (Руководство для врачей и студентов). — 3-е изд. — Москва — Ленинград: Медгиз, 1938. — 775 с.
8. Завилянский И.Я., Блейхер В.М., Крук И.В., Завилянская Л.И. Психиатрический диагноз. — 2-е изд., перераб и доп. — Киев: Выща школа, 1989. — 311 с.
9. (Kraepelin E.) Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику: Пер. с 3-го перераб. и знач. доп. нем. изд. Д.А. Аменицкого, О.В. Вейса, Т.А. Гейера и др. / Под ред. П.[Б.] Ганнушкина, [Т.И. Юдина]; Предисл. к русск. пер. П.[Б.] Ганнушкина. — Москва: [Народный комиссариат здравоохранения], 1923. — [2], 458, X с.
10. (Kronfeld A.) Кронфельд А.С. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии / Предисл. И.И. Кутько, В.Ф. Москаленко. — Харьков: Основа, 1996. — 184 с.
11. Кудрявцев И.А. О диагностическом и прогностическом значении некоторых патопсихологических симптомокомплексов // Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. — Ленинград: Ленингр. науч.-исслед. психоневрологический ин-т им. В.М. Бехтерева, 1982. — С. 46 — 52.
12. Кудрявцев И.А. О диагностической информативности некоторых патопсихологических синдромов // «Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова» (Москва). — 1982. — № 12. — С. 1814 — 1818.
13. Овчаренко В.И. Психоаналитический глоссарий / Предисл. М.Г. Ярошевского. — Минск: Вышэйшая школа, 1994. — 307 с.
14. Психиатрическая клиника: Учебн. пособие для студентов и врачей-интернов / В.П. Самохвалов, А.А. Коробов, В.А. Мельников и др.; Под ред. В.П. Самохвалова. — Симферополь: Информ.-аналит. отд. КДМУ, 2003. — 608 с.
15. Психология: Словарь / В.В. Абраменкова, В.С. Аванесов, Н.С. Агамова и др.; Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Политиздат, 1990. — 494 с.

16. Руководство по психиатрии: В 2 т. / Под ред. А.В. Снежневского.— Москва: Медицина, 1983.— Т. 1.— 480 с.

17. Руководство по психиатрии: В 2 т. / Под ред. Г.В. Морозова.— Москва: Медицина, 1990.— Т. 1.— 640 с.

18. *Самохвалов В.П.* Эволюционная психиатрия (история души и эволюция безумия) / Предисл. А.Н. Корнетова.— Симферополь: ИМИС — НПФ «Движение» Лтд, 1993.— 286 с.

19. (*Ziehen Th.*) *Циген Т.* Руководство къ психіатріи для врачей и студентовъ: Пер. съ нѣм. П.М. Автократова.— Санктъ-Петербург: Изд-е Главн. военно-медицинскаго управ., 1897.— X, 522, [X].

20. *Чайка Ю.В., Чайка Ю.Ю.* Історія, структура і перспективи розвитку психопатологічного методу // «Український вісник психоневрології» (Харків).— Т. 15.— Вип. 2(51).— 2007.— С. 153 — 157.

21. *Чугунов В.В.* Взаимодействие клинической психотерапевтической и психопатологической синдромологий при формировании метасиндромов (медико-психологический аспект) // «Медицинская психология» (Харьков).— 2007.— Т. 2.— № 1.— С. 3 — 7.

22. *Чугунов В.В.* Динаміка маніфестних проявів та постманіфестні зміни особистості при параноїдній шизофренії (клінічні, конфліктологічні та соціально-реабілітаційні аспекти): Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Київ: Українськ. НДІ судової та соціальної психіатрії, 1997.— 20 с.

23. *Чугунов В.В.* Диспозиционная характеристика патопсихологических регистр-синдромов, психопатологических синдромов и клинических психотерапевтических эффект-синдромов // «Международный медицинский журнал» (Харьков).— 2007.— Т. 13.— № 2.— С. 14 — 18.

24. *Чугунов В.В.* Проблемы синдромогенеза и синдромотаксиса в сфере компетенции психотерапии // «Психотерапия, медична психологія і гранична психіатрія в системі надання медичної допомоги» (XI Платонівські читання): Матеріали наук.-практ. конф., присвяченої 85-річчю Харківської медичної академії післядипломної освіти, 145-річчю санаторію «Березівські мінеральні води», 45-річчю кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти, 90-річчю з дня народження К.І. Платонова, Бермінводи, 17 — 18 квітня 2008 р. (Додат. до журналу «Медичні дослідження»).— Харків: [Національна ліга психотерапії, психосоматики та медичної психології України]; Крокус, 2008.— С. 162 — 163.

25. *Чугунов В.В.* Синдромотаксис в сфере компетенции психотерапии как прогностическое основание реабилитации // «Український вісник психоневрології» (Харків).— 2007.— Т. 15.— Вип. 1 (50), додат.— С. 247.— Зміст додат.: Матеріали III Національного конгресу (XI з'їзду) неврологів, психіатрів та наркологів України [«Профілактика та реабілітація в неврології, психіатрії та наркології»], Харків, 3 — 5 липня 2007 р.

26. *Чугунов В.В.* Теоретичне, клініко-діагностичне, медико-психологічне, психотехнічне та психопатологічне обґрунтування й оцінка психотерапії психогенно-обумовлених розладів: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 19.00.04.— Харків: Харк. медична академія післядипломної освіти, 2007.— 40 с.

27. (*Jaspers K.*) *Ясперс К.* Общая психопатология: Пер. с нем. Л.О. Акупяна.— Москва: Практика, 1997.— 1056 с.

Контрольні питання

- (1) Виникнення метасиндромів як наслідок процесів синдромогенезу, синдромокінезу й синдромотаксису в сфері компетенції психотерапії.
- (2) Типологія й клінічні характеристики метасиндромів.
- (3) Розподіл метасиндромів залежно від психопатологічного синдрому та клінічного психотерапевтичного ефект-синдрому.
- (4) Діагностика метасиндрому як четвертої (прогностичної) частини психотерапевтичного діагнозу.

Частина IV

**ЛОГІКА, СЕМІОТИКА
Й АЛГОРИТМ ДІАГНОЗУ
В ПСИХОТЕРАПІЇ**

Тільки після обговорення викладеного в попередніх частинах питань можна перейти до розгляду *логіки, семіотики й алгоритму діагнозу в психотерапії*, оскільки постановка психотерапевтичного діагнозу припускає й психопатологічну (в поєднанні з патоперсонологічною) кваліфікацію [пацієнта], й орієнтацію на «нормальну» й клінічну психотерапевтичні феноменології, з виявленням та фіксацією синдромотаксису (а саме метасиндромів), і слідування принципам пато-нозологічної конгруентності, й врахування фармакологічного фону etc.

Тут викладаються також загальна [психо]діагностика, — специфічною галуззю застосування якої, як буде показано далі, є психотерапія, — й характерні для психотерапії *діагностичні прийоми* (йдеться не тільки про ті діагностичні — феноменні — прийоми, що прийняті в рамках окремих методів та методик психотерапії, а й про методологічно витримані й методично коректні психоїчні способи діагнозису — стосовно психотерапії — взагалі, що робить їх у значній мірі імперативними для нормативного процесу діагностики).

Уведено поняття *дизайну діагнозу* — під ним розуміється оформлення (рецептура, прописування) останнього; показані його редуковані — тричасні — форми, наведені наочні ілюстрації [формулювань].

Розділ 9

ЗАГАЛЬНА [ПСИХО]ДІАГНОСТИКА І СПЕЦІАЛЬНІ ДІАГНОСТИЧНІ ПРИЙОМИ

Психотерапія є специфічною галуззю застосування *психодіагностики*, неправильно ототожнюваної — внаслідок пестування кон'юнктурно-дисциплінарної дихотомії «патопсихологія — *психопатологія*» — винятково з експериментально-психологічними дослідженнями (у клініці чи поза нею).

Дефінітивне наповнення синтагми *психодіагностика* — «псих[олог]ічна діагностика», тобто «діагностика психіки» (до складу якої входять і діагностика *психічного розвитку*, стани *психічних сфер*, аналіз *психопатологічних феноменів*, *патопсихологічних реєстр-синдромів* і тому подібне).

Кожен із методів психотерапії, особливо той, що практикується у [своєму] класичному варіанті, пропонує власний діагностичний апарат — різного рівня складності, оригінальності, детермінованості, клінічного навантаження, семіотичної інформативності, патогномонічності й так далі.

А проте можна запропонувати певний універсальний набір методів, послідовно спрямованих на реалізацію логіко-тактичних положень психотерапевтичної діагностики:

психотерапевтична співбесіда; етологічна діагностика; збір психоанамнезу; клініко-психофеноменологічне дослідження, яке містить спеціальні діагностичні (феноменні) прийоми, діагностику клінічного психотерапевтичного ефект-синдрому й факурсне клініко-психопатологічне дослідження; патоперсонологічне дослідження; нейропсихологічне дослідження; клініко-культуральне дослідження.

Психотерапевтична співбесіда

Вочевидь, що основним методом отримання інформації про пацієнта, джерелом і водночас способом пізнання та усвідомлення психо[пато]логічних явищ на основі вербальної і емпатико-інтернаціональної комунікації є *психотерапевтична співбесіда*.

Називані функції психотерапевтичної співбесіди — *комунікативна, інформативна, діагностична та куративна*.

Психотерапевтична співбесіда може бути як вільною, неструктурованою («сповідь», або «клінічне» інтерв'ю), так і формалізованою, структурованою; перевагу слід віддати нарративному, «глибинному» інтерв'ю, коли наявне коло запитань, спрямованих на реконструкцію «історії життя» пацієнта.

Загальні структурно-стадіальні блоки психотерапевтичної співбесіди такі³⁷ [1, с. 620]:

- встановлення психотерапевтичного контакту;
- збирання психоанамнезу й, у разі наявності, катамнестичних даних;
- психотерапевтична діагностика;
- визначення динаміки прояву захворювання у процесі лікування;
- психотерапевтичні дії;
- оцінка успішності ходу психотерапії;
- підсумовування результатів розв'язання задач, поставлених під час співбесіди.

Стилістика поведження психотерапевта може змінюватися залежно від його методичної орієнтації й розміщуватися в понятійних континуумах «директивність — не директивність», «емпатія — “дзеркало”» тощо. У цілому, різні методи й методики психотерапії диктують різного рівня специфічності загальну стилістику поведження; до варіантів останнього належать: емпатія клієнт-центрованої психотерапії, *конструктивізм* біхевіоризму, *відстороненість* класичного психоаналізу, *директивність* гіпноугестії та емоційно-стресової психотерапії, *авторитаризм* раціональної психотерапії, «*експертна*» *позиція* нейро-лінгвістичного програмування, *співучасть*

³⁷ Діагностичні блоки виділені курсивом.

«ериксонівського» гіпнозу, супровід гештальт-терапії, *конгруентна варіативність* психометодології, і так далі.

Етологічна діагностика

Сполучена з клінічним обстеженням етологічна діагностика ґрунтується на фіксації ознак і проявів невербального поведження.

Нині нагромаджено чимало даних про особливості розвитку людини, ритуали, соціальну взаємодію в групах, статеві відмінності в поведженні, реалізацію агресії й конфлікту, поведінкові прояви психопатологічних станів [1]*.

Типологія поведження людини містить *елементи* — найпростіші фіксовані ознаки, *патерни* — комплекси поведження та *складні форми*, що утворюють контекст поведінки; до неї входять також ритм і простір (геометрія) поведінкових проявів.

Записана протягом певного часу типологія поведження називається *етограмою*; вона відбиває індивідуально-типологічні особливості людини.

Елементи й патерни поведження, патогномічні конкретним переживанням пацієнтів, можуть бути враховані в психотерапевтичному процесі, наприклад у груповій психотерапії; більш того, ці ознаки підлягають ранжируванню (зокрема, для визначення ступеня прихованої агресії / домінування — субмісії / покори).

Наприклад:

- переживання тривоги виявляються в тривалій фіксації рук[и] на горлі (поведінковий аналог globus hystericus); зростання тривоги характеризується дотиком чи захопленням частин тіла (носа, іншої руки) в чоловіків і стереотипіями (часті дотики до грудей і обличчя) в жінок;
- патерни прихованої депресії виявляються, зокрема, в зростанні тривалості погляду у вікно чи на джерело світла;
- патерни прихованого жаху характеризуються тривалою фіксацією руки на животі;
- патерни прихованих намірів і брехні виражені в асиметрії міміки й порушенні гармонійності співвідношення міміки, пози й жестів;
- агресивні й аутоагресивні тенденції помітні з низки специфічних ознак; зокрема, кількісною ознакою агресії є частота стиску руки в кулаці;
- існує зв'язок і між напрямками погляду, орієнтацією тіла та мовленням, що важливо враховувати, наприклад, при сімейній терапії.

Під час розгляду типології поведінки в системі каналів комунікації часто використовуються спеціальні глосарії [1 — 3]*. Так, у *візуальному* каналі виділяють системи міміки, пози, жести; в *аудіальному* — мелодику, тембр, тональність, ритм, паралінгвістичні елементи мови; у *тактильному* — частоту й галузь ауто- / гетерогрумінгу.

Психотерапевт — незалежно від обраного ним методу (методики) психотерапії — мусить проводити первинну етологічну діагностику, що полягає в об'єктивному описі основних патернів поведінки й базисного механізму останнього. Надалі в ході роботи він фіксує зміни особливостей поведінки пацієнта.

Особливого значення це набуває під час тривалої роботі з аномаліями особистості й при психотерапії невротичного розвитку. За групової [психо]терапії геометрія «портрета» групи може залежати від «фокуса уваги» (тобто від учасника групи, на якому фіксується увага оточуючих). Тією чи іншою мірою психотерапевт завжди інтуїтивно відчуває зміну геометрію групи, але за перегляду відеозапису можлива об'єктивізація причин успіхів / невдач, до того ж за простими жестами закриття — відкриття частин тіла, враховуючи біологічний контекст цих патернів.

Етологічні методи дають змогу також правильно вибудувати тілесно-орієнтовану психотерапію, оскільки ступінь «приховування» різних частин тіла має біологічний підтекст.

Так, в етологічному контексті сутелісті розглядається як фіксоване «ховання» голови, що є інстинктивним патерном жаху; човгаюча хода — як фіксована поза підлеглості, котра є патерном субмісії, і так далі.

Психоанамнез

Протокол збирання анамнестичних даних, у цілому схожий на традиційну процедуру *психоанамнезу*, містить низку специфічних запитань, спрямованих, по-перше, на діагностику особи й типів особистісного реагування [за різних ситуацій], а по-друге, на винятково важливі для [психотехнічної] реалізації психотерапії випадки прояву навіюваності, гіпнабельності, приймання рішень під впливом інших [осіб] — тобто спонтанних феноменів, близьких до психотерапевтичного (особливо до ворітних, саногенних та індукційних).

Спеціальні діагностичні (феноменні) прийоми

У рамках кожного з методів (методик) психотерапії розроблені *специфічні прийоми*, спрямовані на діагностику всіх

психотерапевтичних феноменів, як і феномен-концептів та концепт-феноменів (див. рубрику «діагностичні прийоми» розділу «Феноменологічний арсенал, понятійно-концептуальна платформа та персонологія в увявленнях методів і методик психотерапії»).

Так, для сугестивних методів — це перш за все дослідження навіюваності, для гіпнотерапевтичних технік — визначення ступеня гіпнабельності, для раціональної психотерапії — оцінка переконуваності та виявлення здатності до логічної переробки інформації, для психоаналізу й психоаналітично-орієнтованої психотерапії — аналіз вільних асоціацій, а потім — опору та інших концепт[-феномен]ів, для групової [психо]терапії — діагностика низки індикаторних (стосовно можливості групової комунікації) чинників, для нейро-лінгвістичного програмування — аналіз викривлень «метамоделі», поведінкових комплексів-корелятів глибинних [мовленевих] структур тощо, для трансактного аналізу — діагностика й аналіз типів трансакцій, для психометодології — діагностика пам'яті, ретроаналіз асоціацій, вивчення особливостей інтеріоризації «зовнішньої» мови, тощо.

Діагностика клінічного психотерапевтичного ефект-синдрому

Нині діагностика клінічного психотерапевтичного ефект-синдрому вже ґрунтується на виявленні та інтерпретації сукупності тільки лише клінічних ознак.

Формування — а слідом за ним і редуція до клінічного рівня — процедури цієї діагностики стали можливими завдяки проведенню описаного раніше комплексу експериментів, у процесі яких здійснювалися вияв і дослідження **сполучності** [саногенних] феноменів, асоційованих зі всіма основними методами (методиками) психотерапії, **й клінічних ефект-синдромів**, із супутніми нейро(біо)хімічними, нейропсихологічними, нейро(електро)фізіологічними корелят-механізмами (які складають корелят-патерни) й етологічними корелятами.

Клініко-психопатологічне дослідження

Поряд із традиційною процедурою психіатричної діагностики (з психопатологічно-діагностичною, диференційно-діагностичною, організаційною та деякими іншими цілями) використовується розширений варіант клініко-психопато-

логічного дослідження, адаптований для розпізнання й діагностики метасиндромів.

Патоперсоналогічне дослідження

Комплементарне *патоперсоналогічне дослідження*, що містить елементи експериментально-психологічного, спрямоване на виявлення особистісних особливостей пацієнта, а також їхньої зміни внаслідок наявного [псих[о]сомат]ичного захворювання.

Нейропсихологічне і клініко-культуральне дослідження

Діагностика має включати — як мінімум — визначення семантичних полів для забезпечення збігу культурально-середовищних особливостей мовлення психотерапевта й пацієнта. Те саме стосується [вироблення] етно-культурально детермінованої стилістики поведінки та взаємин.

Рекомендована література

1. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психологической диагностике / Отв. ред. С.Б. Крымский.— Киев: Наукова думка, 1989.— 200 с.
2. Диагностика психического развития / Й. Шварцара и кол.— Прага: Авиценум — Медицинское издательство, 1978.— 388 с.
3. Дюк В.А. Компьютерная психодиагностика / Науч. ред. и предисл. В.В. Александрова.— Санкт-Петербург: Братство, 1994.— 364 с.
4. Завилянский И.Я., Блейхер В.М., Крук И.В., Завилянская Л.И. Психиатрический диагноз.— 2-е изд., перераб. и доп.— Киев: Выща школа, 1989.— 311 с.
5. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике.— Москва: Медицина, 1983.— 312 с.
6. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробов А.А., Корнетов Н.А. Этология в психиатрии / Науч. ред. И.Д. Шевчука.— Киев: Здоровья, 1990.— 216 с.
7. Общая психодиагностика (Основы психодиагностики, немедицинской психотерапии и психологического консультирования): Учеб. пособие / Под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина.— Москва: Изд-во Моск. гос. ун-та, 1987.— 304 с.
8. Самохвалов В.П. Эволюционная психиатрия (История души и эволюция безумия) / Предисл. А.Н. Корнетова.— Симферополь: ИМИС — НПФ «Движение» Лтд., 1993.— 286 с.
9. Самохвалов В.П., Коробов А.А. Диагностика невербального поведения больных эндогенными психозами: (Метод. рекомендации).— Симферополь: Тип. изд-ва «Таврида», 1988.— 20 с.
10. Чугунов В.В. Логика и семиотика диагноза в психотерапии // *Абрамов В.А. Стандарты многоосевого диагноза в психиатрии.*— Донецк: Донеччина, 2004.— С. 154 — 171.
11. Чугунов В.В. Теоретичне, клініко-діагностичне, медико-психологічне, психотехнічне та психопатологічне обґрунтування й оцінка психотерапії психогенно-обумовлених розладів: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 19.00.04.— Харків: Харк. медична академія післядипломної освіти, 2007.— 40 с.
12. Чугунов В.В., Михайлов Б.В. Логика, семиотика и алгоритм диагноза в психотерапии // «Международный психиатрический, психотерапевтический и психоаналитический журнал» (Киев).— 2008.— Т. 2.— № 1 (2).— С. 47 — 59.

Контрольні питання

- (1) Контексти поняття «психодіагностика».
- (2) Методи психотерапевтичної діагностики.
- (3) Психотерапевтична співбесіда.
- (4) Етологічна діагностика.
- (5) Збирання психоанамнезу.
- (6) Спеціальні діагностичні (феноменні) прийоми в психотерапії.
- (7) Діагностика клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів.
- (8) Ракурсне клініко-психопатологічне дослідження.
- (9) Патоперсонологічне дослідження.
- (10) Нейропсихологічне та клініко-культуральне дослідження.

Розділ 10

ЛОГІКА, СЕМІОТИКА Й АЛГОРИТМ ДІАГНОЗУ В ПСИХОТЕРАПІЇ. ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ

Для психотерапевтичного діагнозу характерні функціональна спрямованість і вищі ступені ідіографічності.

Семіотикою психотерапевтичного діагнозу є *«нормальна» психотерапевтична феноменологія (клінічна психофеноменологія), клінічна психотерапевтична синдромологія, психопатологічна синдромологія і патопсихологічна реєстр-синдромологія.*

Основні логіко-тактичні положення психотерапевтичної діагностики такі.

I. Базування психотерапевтичного діагнозу на клініко-феноменологічному (зокрема, клініко-психопатологічному) підході.

Методи:

клініко-психопатологічне дослідження / психіатрична діагностика, психотерапевтична співбесіда в поєднанні з етологічною діагностикою, збирання психоанамнезу, патоперсоналогічне дослідження; врахування даних загальнономедичного обстеження.

Коментар:

- 1) психотерапевтичний діагноз реалізується у сфері патонозологічної компетенції психотерапії, зокрема, в полі психопатологічних форм — як непсихотичних, так і психотичних (неврозологія, реактивні стани тощо);

- 2) клініко-психопатологічне дослідження дає змогу сформулювати першу — пато-нозо-синдромальну, точніше нозо-синдромально-персонологічну,— частину психотерапевтичного діагнозу;
- 3) необхідне постійне відмежування ендогенних психотичних станів, що підлягають curaції в психіатричному стаціонарі, перш за все внаслідок наявності там необхідних організаційних форм;
- 4) дані загальномедичного обстеження можуть використовуватися як доповнення, «розширення» пато-нозо-синдромальної частини.

II. Проведення ідентифікації особи пацієнта.

Методи:

патоперсонологічне дослідження, психотерапевтична співбесіда, клініко-психофеноменологічне дослідження.

Коментар:

- 1) психотерапевтичний діагноз міститься в рамках патоперсонології;
- 2) з метою повнішого формулювання діагнозу (його нозо-синдромально-персонологічної частини) проводиться діагностика й кваліфікація особистісних особливостей пацієнта (акцентуацій [характеру] тощо);
- 3) у процесі діагностики відбувається виявлення й аналіз механізмів психологічного захисту.

III. Слідування принципам пато-нозологічної конгруентності й критеріям вибору психотерапевтичних методів (методик).

Методи:

клініко-психофеноменологічне дослідження, в тому числі спеціальні діагностичні (феноменні) прийоми та діагностика клінічного психотерапевтичного ефект-синдрому.

Коментар:

- 1) діагностика нерозривно пов'язана з терапією — власне, вона й проводиться для визначення саногенної компетентності останньої стосовно тих чи інших патологічних станів та нозологічних форм;

- 2) слід пам'ятати про нозоспецифічність психотерапії, тобто стежити за дотриманням принципу пато-нозологічної конгруентності.

IV. Постійна орієнтація на психотерапевтичну феноменологію.

Методи:

клініко-психофеноменологічне дослідження, у тому числі спеціальні діагностичні (феноменні) прийоми.

Коментар:

- 1) необхідне виявлення основних психотерапевтичних феноменів (інструментальних, саногенних, дефензивних, змішаних, інтеркурентних, допоміжних; групових та індивідуальних феноменів);
- 2) потрібна постійна орієнтація на виявлені феномени.

V. Діагностика клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів.

Методи:

клініко-психофеноменологічне дослідження, у тому числі діагностика клінічного психотерапевтичного ефект-синдрому.

Коментар:

- 1) варто пам'ятати, що клінічний ефект-синдром є комплексом клінічних, психологічних, поведінкових та інших проявів, що виникають унаслідок реалізації того чи іншого методу (методики, техніки) психотерапії;
- 2) указання на конгруентні клінічні психотерапевтичні ефект-синдроми формує другу складову частину діагнозу в психотерапії.

VI. Перманентна діагностика метасиндромів.

Методи:

клініко-психопатологічне дослідження / психотерапевтична діагностика, клініко-психофеноменологічне дослідження, у тому числі діагностика клінічного психотерапевтичного ефект-синдрому.

Коментар:

- 1) нагадаю, що за взаємодії клінічного ефект-синдрому з психопатологічним синдромом (симптомокомплексом)

сом) відбуваються їхнє злиття й модифікація, що призводить до появи третьої, якісно відмінної [психодинамічної] структури — метасиндрому, який є тим самим магистернумом, філософським каменем будь-якої [клінічної] психоїчної терапії;

- 2) позначення метасиндрому фактично виконує функції четвертої, факультативної — прогностичної — частини психотерапевтичного діагнозу (вочевидь, що вона може бути виставлена лише в процесі психотерапії).

VII. Постійний контроль *ex juvantibus*.

Методи:

психотерапевтична співбесіда, етологічна діагностика, клініко-психофеноменологічне дослідження, у тому числі діагностика клінічного психотерапевтичного ефект-синдрому.

Коментар:

ефект-синдроми, досягнуті в процесі курсової психотерапії, можуть зазнавати клінічного метаморфозу, супроводжуваного зміною вираженості саногенного ефекту, внаслідок чого можливі зміни варто старанно відстежувати, і за їхньої появи (трансформація ефект-синдрому) слід прагнути до реадаптації або, за інших випадків, заміни техніки / методики психотерапії³⁸.

VIII. Дискурсивна одноплановість діагностики й терапії.

Методи:

психотерапевтична співбесіда, збирання психоанамнезу, патоперсонологічне дослідження, нейропсихологічне дослідження, клініко-психофеноменологічне дослідження, у тому числі спеціальні діагно-

³⁸ Улившись до метасиндрому та ставши його частиною, психотерапевтичний ефект-синдром може змінити свої саногенні властивості; тоді його подальша експлуатація втрачає доцільність: його застосування зазнає невдачі, оскільки шляхи саногенезу виявляються блокованими. Унаслідок цього подібні ситуації варто відстежувати й коригувати, домагаючись, зокрема, досягнення інших ефект-синдромів, та за допомогою інших психотехнік.

Сама ідея — а точніше, факт — [існування] різних саногенних феноменів та пов'язаних із ними клінічних ефект-синдромів (кожний з яких конгруентний патологічному стану / нозологічній формі) однозначно вказує на необхідність, обов'язковість, правомірність існування різноманітних методів / методик психотерапії.

стичні (феноменні) прийоми й діагностика клінічного психотерапевтичного ефект-синдрому.

Коментар:

психотерапевтична діагностика методологічно, методично й стилістично відповідає впроваджуваній [слідом за тим] терапії, що вигідно відрізняє психотерапевтичний діагноз від діагнозу в психіатрії, сексології та деяких інших [психо]дисциплінах, де існує дисонанс між спрямованістю діагностики і характером терапії, серйозне розходження їхніх площин: діагностика відповідає одному дискурсивному стилю, а терапія — зовсім іншому, майже завжди більш обгрунтованому³⁹.

IX. Етіопатогенетична цілісність психотерапевтичного діагнозу.

Методи:

клініко-психофеноменологічне дослідження, у тому числі діагностика клінічного психотерапевтичного ефект-синдрому; клініко-психопатологічне дослідження / психіатрична діагностика.

Коментар:

психотерапія — вже навіть у її психотехнічному втіленні — відтворює, в цілому, ті патогенетичні шляхи, якими відбувся розвиток захворювання, для накладання [пато]фізіологічно ідентичних — але відмінних за ефектом — саногенетичних дій.

³⁹ У психіатрії — своєрідний алегоричний дискурс, діагностика, по суті, суцільно конвенційна, її критерії, як і методи дослідження, переважно вербальні; впроваджуване ж лікування — біохімічне, спрямоване на симптом, — або взагалі [загально]біологічного плану, й лише потім — неспецифічна трудова / активуюча [психо]терапія.

У сексології — комплексний діагноз із вираженим соціально-психологічним аранжуванням; у галузі терапії — медикаментозне лікування має в основному доповнюючий або стимулюючий характер; поведінкова терапія (тренінги) спрямована на ліквідацію конкретного розладу [в парі]; психотерапія — раціональна з елементами сугесії — пасивно орієнтована на поліпшення міжособистісних стосунків; профілактика — інертно інформаційна. На практиці ж спостерігається призначення стимулюючих, або активуючих (у тому числі гормональних), засобів за утруднень психологічного плану.

Х. Ідентифікація особистості психотерапевта для формування комплементарно-конгруентних взаємовідносин⁴⁰.

Методи:

клініко-культуральне дослідження, нейропсихологічне дослідження, клініко-психофеноменологічне дослідження, у тому числі спеціальні діагностичні (феноменні) прийоми.

Коментар:

- 1) необхідне постійне врахування феноменів [«з боку» психотерапевта] і трансперсональних феноменів;
- 2) диктується внесення необхідних змін, зокрема — стилістичне аранжування поведження психотерапевта й манери психотерапії;
- 3) послідовно проводиться визначення семантичних полів для зумовлювання збігу культурально-середовищних особливостей мовлення психотерапевта й пацієнта.

ХІ. Формування (підбір) адекватного фармакологічного (фармакотерапевтичного) фону.

Методи:

аналіз терапевтичного і підбір спеціального (експериментального) фармакологічного фону.

Коментар:

- 1) дотримується введене положення про необхідність збігу напрямів психотерапевтичних і фармакологічних дій (ідеться не тільки про допоміжне, спеціальне тло (створене для цілей фармакокопсихотерапії: наркосугестія, наркоаналіз / наркосинтез, психоделічні тех-

⁴⁰ Так, для пацієнта з істероїдними рисами традиційно прийнятний директивний, владний, стеничний психотерапевт. Навпаки, — м'якому, інтровертированому пацієнту більше відповідає стиль «гуманістичного» психотерапевта — супровід, розрада, бесіда.

Питання про персонологічну ідентифікацію психотерапевта стосується також проблеми кореляції особистісних особливостей і практикованого методу психотерапії (в «Клініці психотерапії» [1] були розглянуті вимоги до професійної підготовки й особистості / стилістиці поведження психотерапевта, що висувуються в рамках різних методів і методик психотерапії).

- ніки тощо), скільки про ефекти, отримані згідно з традиційними схемами [прийому] психотропних препаратів);
- 2) аналіз фармакологічного фону є частиною діагностики клінічного психотерапевтичного ефект-синдрому;
 - 3) індикація існуючого чи бажаного фармакологічного фону — третя частина психотерапевтичного діагнозу.

Рекомендована література

1. Марченко В.А., Петленко В.П., Сержантов В.Ф. Методологические основы клинической медицины. — Киев: Здоровья, 1990. — 183 с.
2. Михайлов Б.В. Алгоритмизация диагностического процесса в психотерапии // «Медицинская психология» (Харьков). — 2006. — Т. 1. — № 3. — С. 33 — 36.
3. Михайлов Б.В. Методологічні проблеми психотерапевтичного діагнозу // «Форум психіатрії та психотерапії» (Львів). — 2004. — Т. 5 (спец. вип.). — С. 14 — 15.
4. Михайлов Б.В. Проблемы психотерапевтического диагноза // «Архив психиатрии» (Киев). — 2004. — Т. 10. — № 2 (37). — С. 227 — 230.
5. Тарасов К.Е., Великов В.К., Фролова А.И. Логика и семиотика диагноза (методологические проблемы). — Москва: Медицина, 1989. — 272 с.
6. Чугунов В.В. Клиническая семиотика диагноза в психотерапии // «Журнал психиатрии и медицинской психологии» (Донецк). — 2004. — № 1 (11). — С. 11 — 16.
7. Чугунов В.В. Логика и семиотика диагноза в психотерапии // *Абрамов В.А.* Стандарты многоосевого диагноза в психиатрии. — Донецк: Донеччина, 2004. — С. 154 — 171.
8. Чугунов В.В. Теоретичне, клініко-діагностичне, медико-психологічне, психотехнічне та психопатологічне обґрунтування й оцінка психотерапії психогенно-обумовлених розладів: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 19.00.04. — Харків: Харк. медична академія післядипломної освіти, 2007. — 40 с.
9. Чугунов В.В., Михайлов Б.В. Логика, семиотика и алгоритм диагноза в психотерапии // «Международный психиатрический, психотерапевтический и психоаналитический журнал» (Киев). — 2008. — Т. 2. — № 1 (2). — С. 47 — 59.

Контрольні питання

- (1) Поняття психотерапевтичного діагнозу.
- (2) Семіотика психотерапевтичного діагнозу.
- (3) Основні логіко-тактичні положення психотерапевтичної діагностики.
- (4) Алгоритм психотерапевтичного діагнозу.

Розділ 11

ПРАВИЛА ФОРМУЛЮВАННЯ Й ДИЗАЙН ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ДІАГНОЗУ

Отже, психотерапевтичний діагноз за первинного прийому є тричастковим: нозо-синдромально-персоналогічним (I частина) із зазначенням конгруентного ефект-синдрому (II частина) й [бажаного] фармакологічного фону (III частина).

Психотерапевтичний діагноз також виконує прогностичні функції — останні полягають у позначенні метасиндрому (й тоді діагноз стає вже чотиричастковим), а крім того, забезпечує можливість комбінації з даними додаткових — параклінічних — методів дослідження.

Для позначення процедур постановки й формулювання діагнозу зручно користуватися вміщеними раніше й наведеними далі таблицями.

Так, I, [клініко-]діагностична частина формується / формується згідно з таблицею 18 (і з орієнтацією на таблицю 2).

Фактично йдеться про *психопатологічну й [пато]персоналогічну кваліфікацію*.

Облігатною є вказівка на психопатологічний синдром — мішень психотерапевтичної дії. Цю *психопатологічну кваліфікацію* бажано супроводжувати своєрідним «пато-нозологічним розширенням»: показувати *фон* (як для невротичного, так і для психотичного й органічного реєстрів) або *генез* (частіше для невротичного й [екзогенно-]органічного реєстрів).

Рекомендується приводити і своєрідне «патоперсоналогічне розширення» ([пато]персоналогічну кваліфікацію): висновок стосовно особистісних змін психопатичного або ж характерологічного рівнів.

Таблиця 18
[Клініко-]діагностична частина
психотерапевтичного діагнозу

Психопатологічний синдром		ординарні		астенічний, астеновегетативний, астенодепресивний, астеноневротичний, депресивний, іпохондричний, істеричний, обсесивно-компульсивний, обсесивно-фобічний, панічна атака, психастенічний, психовегетативний, соматосенсорний etc.						
		оказіональні		гебоїдний, маніакальний, параноїдний, психоорганічний, психосенсорний etc.						
		ексклюзивні		аментивний, апатико-абулічний, галюцинаторно-параноїдний, гебефренічний, деліріозний, деменції, кататонічний, корсаковський амнестичний, онейроїдний, паранояльний, парафренний, потьмарення свідомості, псевдопаралітичний, епілептичний etc.						
Додаткові вказівки		розширення	етіопатогенетичне		патоперсоналогічне					
			(<i>φ</i>) фон	(<i>ϑ</i>) генез	(<i>ψ</i>) патоперсоналогія					
		формулювання	... на [...] фоні		... генеза ...-генний		... у особистості...			
							... у [...] особистості	акцентуованої за [...] типом		
		Варіанти	судинний	психотравматичний	органічний	алгічний (хронічний біль)	судинний	істероїдної	демонстра- тивним	
								ананкастичної	педантичним	
							психо- травматичний	паранояльної	застрягаючим	
								епілептоїдної	збуджуючим	
							соматичний (соматогенний)	мозаїчної	змішаним	
							алгогенний	тривожної	тривожним	
психогенний	емоційно нестійкої						циклотимним			
ендогенний							гіпертимним			
							емотивним			
							дистимічним			
екзогенний		екзальтованим								
травматичний	шизоїдної	шизоїдним								
інтоксика- ційний	залежної	аграваційно- рентним								
	дисоціальної	дисоціальним								

Частина III, психотехнічна виставляється за даними таблиць 6, 7, 10, а також 1.

Для увиразнення фармакотерапевтичної, IV частини психотерапевтичного діагнозу доцільно скористатися таблицею 8, а також таблицями 11—15.

Зрештою, V, прогностична частина може бути уточнена в процесі терапії за допомогою таблиць 16 і 17.

Наведу конкретні приклади формулювань психотерапевтичного діагнозу:

Обсесивно-фобічний синдром психотравматичного генезу; [конгруентний] гіпомнестичний клінічний психотерапевтичний ефект-синдром; транквілізуючий фармакологічний фон.

Соматосенсорний синдром на судинному тлі; [конгруентний] каталептичний клінічний психотерапевтичний ефект-синдром; гіпотензивний фармакологічний фон.

Алгогенний астеноневротичний синдром; [конгруентний] релаксацийний клінічний психотерапевтичний ефект-синдром; терапевтичний фармакологічний фон.

Психовегетативний синдром в істероїдній особистості; [конгруентний] гіпноїдний клінічний психотерапевтичний ефект-синдром; седативний фармакологічний фон.

Психогенний депресивно-іпохондричний синдром в особистості, акцентуованої за дистимічним типом; [конгруентний] просоночний клінічний психотерапевтичний ефект-синдром; антидепресивний фармакологічний фон.

Астенодепресивний синдром на органічному тлі; [конгруентний] психовегетативний клінічний психотерапевтичний ефект-синдром; ноотропний та антидепресивний фармакологічний фон.

А ось приклади вже чотиричасткового, із вказівкою на метасиндром, діагнозу:

Ендогенний параноїдний синдром (у рамках [істеро]шизофренії) в істероїдній особистості, конгруентний істериформному ефект-синдрому; триседилловий фармакологічний фон; 2-й тип метасиндрому — поліпшення зі збереженням структури («кліше-редукція»).

Синдром ідеаторного автоматизму шизофренічного генезу в шизоїдній особистості егоцентричного типу, конгруентний гіпомнестичному ефект-синдрому; трифтазиновий (стелазино-вий) фармакологічний фон; I-й тип метасиндрому — поліпшення зі спрощенням («позитивна редукція»).

Чотиричастковий діагноз, — точніше, такий його варіант [подання], — привносить і невеликі за формою, проте значущі за сутністю, зміни до власного дизайну. Справа в тому, що сполучне слово «конгруентний», що передує II, психотехнічній частині діагнозу, в цьому випадку вказує вже не на *рекомендований* клінічний психотерапевтичний ефект-синдром (що психотерапевт, прагне домогтися й виходячи з [природи] якого й вибирає метод / методики / психотехніки), а на *реальний синдром* (чи синдроми). Це пояснює, чому в психотехнічній частині можуть траплятися й атипові (парадоксальні), і навіть інтеркурентні (патологічні) ефект-синдроми: вони просто виявилися пропорційними, конгруентними психопатологічному синдрому.

До тонкощів дизайну діагнозу належать і зовнішні графічні — але такі, що мають важливу змістовну приховану причину — відзнаки, центровані навколо того самого слова «конгруентний», яке звичайно має прямий прогнозо- (за тричасткового діагнозу) чи ретроспективно-констатуючий (за діагнозу чотиричасткового) характер — найчастіше, ясна річ, у випадку виникнення типових ефект-синдромів, — воно може братися в квадратні дужки — не з метою купюри, прискорюючої та полегшуючої написання, проте все ж дорозумлююче його проговорювання, як у наведених прикладах тричасткових діагнозів, — а з наміром висловити припущення про наявність цієї конгруентності, що базується на знанні сано(пато)генетичних механізмів (у випадку тричасткового діагнозу); крім того, воно може бути просто випущене (в діагнозі чотиричастковому), — за виникнення стійких інконгруентних клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів (перш за все це парадоксальні й інтеркурентні ефект-синдроми). Зрештою, варіативність вживання аджективу «конгруентний» дає змогу відбивати гіпотетичну поки що здатність клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів до вертикальної мобільності (тобто до зміни рівнів належності).

Рекомендована література

1. Михайлов Б.В. Методологічні проблеми психотерапевтичного діагнозу // «Форум психіатрії та психотерапії» (Львів).— 2004.— Т. 5 (спец. вип.).— С. 14 — 15.
2. Михайлов Б.В. Проблемы психотерапевтического диагноза // «Архив психиатрии» (Киев).— 2004.— Т. 10.— № 2 (37).— С. 227 — 230.
3. Тарасов К.Е., Великов В.К., Фролова А.И. Логика и семиотика диагноза (методологические проблемы).— Москва: Медицина, 1989.— 272 с.
4. Чугунов В.В. Клиническая семиотика диагноза в психотерапии // «Журнал психиатрии и медицинской психологии» (Донецк).— 2004.— № 1 (11).— С. 11 — 16.
5. Чугунов В.В. Логика и семиотика диагноза в психотерапии // Абрамов В.А. Стандарты многоосевого диагноза в психиатрии.— Донецк: Донеччина, 2004.— С. 154 — 171.
6. Чугунов В.В. Теоретичне, клініко-діагностичне, медико-психологічне, психотехнічне та психопатологічне обґрунтування й оцінка психотерапії психогенно-обумовлених розладів: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 19.00.04.— Харків: Харк. медична академія післядипломної освіти, 2007.— 40 с.
7. Чугунов В.В., Михайлов Б.В. Логика, семиотика и алгоритм диагноза в психотерапии // «Международный психиатрический, психотерапевтический и психоаналитический журнал» (Киев).— 2008.— Т. 2.— № 1 (2).— С. 47 — 59.

Контрольні питання

- (1) Загальні правила формулювання психотерапевтичного діагнозу. Уявлення про три- й чотиричастковість психотерапевтичного діагнозу.
- (2) Формулювання першої, [клініко-]діагностичної частини психотерапевтичного діагнозу: психопатологічна й [пато]персоналогічна кваліфікація.
- (3) Формулювання другої, психотехнічної частини психотерапевтичного діагнозу: ідентифікація [конгруентного] клінічного психотерапевтичного ефект-синдрому.
- (4) Формулювання третьої, фармакотерапевтичної частини психотерапевтичного діагнозу: підбір / врахування фармакологічного фону.
- (5) Формулювання четвертої, прогностичної частини психотерапевтичного діагнозу: виявлення й реєстрація метасиндромів.
- (6) Дизайн і шаблони формулювань психотерапевтичного діагнозу.

Частина V

**ДІАГНОСТИЧНИЙ АПАРАТ
(ПРИЙОМИ Й СИСТЕМИ)
МЕТОДІВ І МЕТОДИК
ПСИХОТЕРАПІЇ**

У «Клініці психотерапії» уперше розглядалися методи й методики психотерапії за уніфікованою схемою, за єдиним алгоритмом — що, перш за все, дало змогу порівняти їх: вивчити, оволодіти, оцінити в постійній співвідносності, за кожним із виділених параметрів. Це створило можливість здійснювати усвідомлений відбір найобґрунтованішого методу (методики, психотехніки) — як *in toto*, стосовно до загальної стратегії, теорії тощо, так й *in specie* — тактично, щодо патологічно-нозоформи, стану-реакції.

Під час опису методів і методик психотерапії в кожному випадку вміщувалися: *історико-персоналогічна довідка*, вказівки на *методико-філософські запозичення*, обговорення *феноменології*, характеристика понять і *концептів*, уявлення про *структуру особистості*, вимоги до *професійної підготовки й особистості / стилістики поводження психотерапевта*, *психофізіолого-теоретичне обґрунтування*, опис можливих *пато(са)генетичних механізмів*, вживані *діагностичні прийоми* й, зрештою, аналітичний виклад *процедур і технік*, із урахуванням *форм проведення*. Також стосовно кожного з методів було зроблено загальний висновок щодо цінності (а іноді й можливо-сті) його *клінічного застосування*, наведені *протипоказання* й *найтипівіші ускладнення*.

Зупинимось тепер докладніше на тих рубриках, що мають стосунки до трактованого предмета: діагностики й діагнозу в психотерапії. Це, окрім *історико-персоналогічної довідки*, — збереженої з метою оглядовості та інформативності, з огляду на мою неминучу повагу до історії, — також *феноменологія, поняття, концепти, структура особистості* і, зрештою, власне *діагностичні прийоми*.

Запровадження *історико-персоналогічної довідки* зумовлене тією обставиною, що психотерапія — дуже персоніфікована дисципліна, як уже наголошувалося. Перш за все ми можемо бачити, як з'явився метод, — а точніше, що це таке: чи не вершечки давньої психоїчної практики, безперервної або дискретної, монотонної або культурально-детермінованої? Чи це замовна клі-

нічна розробка, сучасна, не старіша за півстоліття від народження, проте обґрунтована, адаптована, осмислена, майже валідна? або ж авторитарна рустикальна техніка на базі двох-трьох повсякденних психоічних феноменів, доступна кожному? а можливо, це всього лише дериват субтильної персонології, що виросла з консультативної практики, розрахованої на підтримку бойового духу армії? чи то мудрування новоявленого духоборця від психотерапії? надцінна ідея здібного невротика? Цей крихтливий абрис дає змогу також побачити основні віхи, штрихи еволюції методу, його вагання та мутації, аж до сучасної форми — яка, на жаль, не завжди має певний вигляд. А втім, досить широка історико-реконструктивна частина *«Клініки психотерапії»* (до неї я і відсилаю зацікавлених) дає чітко уявити, як з'явилися (в усякому разі, як розвивалися щодо клінічних потреб) основні методи психотерапії, й тут ми говоримо про них суґубо конкретно, стосовно власної історії кожного з методів.

Обговорення *феноменології* покликане висвітлювати інструментальні, саногенні, допоміжні та інші феномени — і, що надзвичайно важливе, відокремити їх від концептів.

Характеристика *понять і концептів* зроблена з метою аналітичного опису теоретичних конструктів, виконуючих певні атрибутивні функції щодо методу як цілого (теорії, доктрини тощо).

Викладаються й уявлення про *структуру особистості*, існуючі в рамках кожного методу / методики психотерапії: персонологічні погляди винятково важливі вже навіть для визначення самого поняття «психотерапія».

Зрештою, вживані *діагностичні прийоми* описані (частіше вони спеціально вираховані) для того, аби, з одного боку, доповнити уявлення про пато(сано)генетичні погляди методу (й тут я знову відсилаю читача до *«Клініки психотерапії»*), а з іншого — сформулювати більш повне уявлення про його практичне застосування. Що ж до актуальних цілей, то ці діагностичні прийоми (й навіть цілі системи) належать до психотерапевтичної діагностики як часткове, іноді самодостатнє, до загального, — виявляючи інколи виражену дискурсивно-методологічну інконгруентність із останньою (а часом вони й зовсім випадають з її контексту, оскільки носять інтерпретативний характер і мають сенс тільки в специфічно методичній діагностично-терапевтичній в'язці, — яка, по суті, є *la chose en soi*).

* * *

Не можна не торкнутися кола охоплених методів і методик психотерапії — тобто тих, що увійшли до пропонованої класифікації.

Отже: як, за якими критеріями відбиралися ці методи?

По-перше — й це очевидно — були відібрані тільки основні методи, адже рахувати їх на сотні й тисячі просто дурниця.

По-друге, були відібрані методи, що суттєво відрізняються [один від одного], оскільки сучасні тенденції до їхнього кон'юнктурного вироблення-примноження стали причиною існування десятків і навіть сотень «методів»-двійників. Тут уже задіяно гру слів: заледве оригінальні підходи — наприклад, такі відомі, як «позитивна» психотерапія Peseschki-an'ів, — делікатно йменуються «вторинними» методами (що там казати про «символ-драму», «казкотерапію», «алхімічну» гіпнотерапію Quigley, «імагогіку» Meneghetti, «ребьофінг» Orr'a, «психопунктуру» Calehr'a, «палсинг» Browning та інші подібні!).

По-третє, висувалися певні вимоги до атрибутивної повноти методу — наявність хоч яких-небудь теорій особистості, патології, саногенезу, моментів інституціоналізації (включаючи тексти) й елементів інстанцій (якщо не інститутів, клінік та кафедр, то хоча б товариств, асоціацій і шкіл).

* * *

Таким чином, ця частина має своєрідну систематизаційно-навчальну спрямованість, — за рахунок короткої, in Lapidarschrift, енциклопедичності, і місткої, супроводженої компаративною аналітикою, схематизації. Це своєрідний Handbuch, — де в межах однієї книги, in situ — традиціоналістськи, академічно викладені, з неминучими refrain'ами, існуючі діагностичні прийоми й системи основних методів та методик психотерапії, — для того, аби можна було, поперше, зрозуміти, *що таке діагностика* — специфічна методистська діагностика — в сучасній психотерапії взагалі, й які її зміст, атрибутика та протокол, її realіoga; по-друге, порівняти її з уже викладеною атрибутивною психотерапевтичною діагностикою, чийм закономірним результатом є постановка психотерапевтичного діагнозу.

Розділ 12

КЛАСИФІКАЦІЯ МЕТОДІВ І МЕТОДИК ПСИХОТЕРАПІЇ

Аж до останнього часу не створена загально визнана класифікація методів і методик психотерапії; більш того, не запропонована й традиційна для клінічних дисциплін хоча б якась універсальна типологія.

А проте розробка такої систематики в психотерапії має особливу актуальність.

По-перше, необхідно хоча б заздалегідь упорядкувати сотні й навіть тисячі запропонованих різновидів психотерапії, оскільки вся їхня різноманітність може бути зведена до кількох базових парадигм — *нейродинамічної* ([гіпно]сугестія), *раціональної* (раціональна психотерапія), *психодинамічної* (психодинамічний аналіз), *поведінкової* ([когнітивно-]поведінкові методи), *мнестологічної* (психометодологія); чимало ідентичних за своїми сано(пато)генетичними поглядами, технікою, тривалістю й, головне, ефективністю методи та методики подані під різними кутами зору або ж взагалі просто позначені різними епонімами (більш того, вони не тільки тісно переплетені в галузі психотехнік — тут характерний приклад *гіпноаналізу*, — що цілком природно, але прагнуть концептуального злиття, як от: *динамічна психотерапія і поведінкові методи, гештальт-терапія й екзистенційна психотерапія, транзактний аналіз і модифікація поведінки* etc.). Першим кроком на шляху такої систематизації є дослідження генуїнних особливостей численних, на перший погляд відмінних, психотерапевтичних варіацій (зокрема, аналіз тезаурусу — дефініцій, глосарія та протоколь-

ної мови) й, отже, встановлення їхньої належності до основних напрямків та методів психотерапії⁴¹.

По-друге, слід звести різноплановість прогнозованих ефектів психотерапії в доступний для огляду ряд і, головне, асоціювати з реальними сано(пато)генетичними механізмами дії психотерапії. Вочевидь, що отриманий ряд буде багато в чому конгруентний загальній психотерапевтичній систематиці.

По-третє, слід ідентифікувати існуючі психотерапевтичні техніки (прийоми, формули тощо) з можливими клініко-нейробіологічними механізмами реалізації психотерапії. Отримані відношення також можуть бути органічно апліковані на типологію методів психотерапії.

Зрештою, *по-четверте*, підлеглим завданням такої типологізації слід визнати встановлення методолого-методичної ієрархії [рівнів] та внесення визначеності в тлумачення понять методів, методик, технік, прийомів і формул (оскільки звичайною практикою є надання окремим терапевтичним прийомам статусу технік і навіть методик; інколи ж другорядні синтетичні, компілятивні методики зводяться до рангу патогенетично обґрунтованих методів).

* * *

При спробах класифікації психотерапії часто вдаються до найпростішого опозиційно-бінарного поділу — досить принадного, попри всю його безплідність: *директивна й недирективна, симптоматична й каузальна, основна й підтримуюча, інтегративна й еклектична, поверхова й глибинна, когнітивна й емоційна, «механістична» й «гуманістична», динамічна й поведінкова, ауто- й гетеропсихотерапія, короткострокова й довгочасна* тощо.

За кількістю одночасно охоплених пацієнтів розрізняють *індивідуальну й групову психотерапію*, — і це, до речі, єдина правомірна опозиція.

⁴¹ Як засвідчує історичний аналіз, усі методи й методики психотерапії — навіть проявляючи стурбованість і обережність у позначенні своїх попередників (а часом і прямо заперечуючи факти наслідування) — мають аналогі, застосовувалися в емпіричному вигляді, й лише потім отримали обґрунтування в рамках експериментальної фізіології та клініки нейро(психо)наук (причому останнє виступає як важливий чинник виникнення в психотерапії методичної поліфонії).

Існують і дещо складніші типології, проте вони також некоректні у виборі засад класифікації.

Так, розрізняють психотерапевтичні методи, що *розкривають причини конфліктів* (психоаналіз і психоаналітична психотерапія), і методи, *спрямовані на розв'язання конкретної проблеми*.

Деякими авторами, особливо зарубіжними, проводиться розмежування *великої* та *малої* психотерапії: до першої відносять психоаналіз і психоаналітично-орієнтовані методи в усій сукупності; до другої — раціональну психотерапію, сугестивні методи й релаксаційні техніки.

В.Є. Рожнов [1] поділяє психотерапію на *загальну* й *часткову*, або *спеціальну*; при цьому під першою розуміється весь комплекс психічних дій на хворого, спрямований на підвищення його психоемоційної резистентності, а також на створення охоронно-відновлюваного режиму, що виключає психотравматизацію та ятрогенії; друга ж є сукупністю «психічних методів лікування», вживаних як провідних і основних у клініці низки захворювань.

Спеціальну ж психотерапію І.Ф. Мягков [2] поділяє за *етіопатогенетичним принципом* (патогенетична й симптоматична), за *спрямованістю* (седативна, амнезуюча, тонізуюча й активуюча), за *формою проведення* (індивідуальна, колективна, групова й змішана), за *характером впливу* (пряма й непряма).

Б.Д. Карвасарський [3] поділяє методи психотерапії на *особистісно-орієнтовані*, *сугестивні* та *поведінкові* (умовно-рефлекторні).

Також можна умовно виділити (А.Т. Філатов та співавтори [4]) методи психіатрії, *апелюючі до нейрофізіологічно-соматичних механізмів* (гіпноз, аутогенне тренування, опосередкована, біхевіоральна психотерапія), і методи, *опосереднені на особистісно-психологічному рівні* (групова, аналітична психотерапія, гештальт-терапія, психодрама й деякі інші).

J.W. Aleksandrowicz [5] пропонує поділ психотерапевтичних методів на такі групи:

- 1) методи психотерапії, *що мають характер технік* (гіпноз, релаксація, психогімнастика тощо);
- 2) методи психотерапії, *які визначають умови*, що сприяють оптимізації досягнення мети психотерапії (сімейна психотерапія та інші);
- 3) методи психотерапії *в значенні інструмента*, використованого в ході психотерапевтичного процесу (таким інструментом може бути психотерапевт у випадку індивідуальної психотерапії чи групи за групової психотерапії);

- 4) методи психотерапії в розумінні *терапевтичних інтервенцій* (втручань), розглянутих у параметрах стилю (директивний / недирективний) або теоретичного підходу (інтерпретація, навчання, міжособистісна взаємодія — діалог).

Класифікація згідно з *цільми* психотерапії (L.R. Wolberg [6]) має такі рубрики:

- 1) *підтримуюча* психотерапія, метою якої є закріплення й підтримка наявних у хворого захисних сил та вироблення нових, адекватних способів поведіння, відновлюючих душевну рівновагу;
- 2) *перенавчаюча* психотерапія; її мета — зміна поведіння хворого шляхом підтримки й схвалення позитивних форм поведінки й осудження негативних;
- 3) *реконструктивна* психотерапія, коли метою є усвідомлення й розв'язання інтрапсихічних конфліктів, що стали джерелом особистісних розладів, і прагнення досягти характерологічних змін та відновлення повноцінного індивідуального й соціального функціонування особистості.

У клінічній практиці низки шкіл прийнятий поділ методів психотерапії на *симптомо-центровані*, або *симптоматичні* (гіпнотерапія, аутогенне тренування, різноманітні види [само]навіювання тощо), *особистісно-центровані*, або *особистісно-орієнтовані* (які базуються на основних течіях сучасної психології — динамічному, поведінковому й так званому «гуманістичному»⁴²), та *соціоцентровані*.

⁴² Вважається, що пов'язані з ним психотерапевтичні напрями відзначаються певною завершеністю, оскільки містять і *концепцію особистості*, і *теорію патології* (особистісних змін), і логічно витриману *техніку*.

Динамічний напрям як базова детермінанта особистісного розвитку й поведіння розглядає «первинний» потяг і потреби, а невроз — як витіснення в «несвідоме» й конфлікт із «свідомістю»; отже, основне завдання психотерапії — усвідомлення цього конфлікту.

У *біхевіоризмі* особистість ототожнена з поведінням; невроз — це неадаптивне поведіння, що виникло внаслідок помилкового научення, а тому основне завдання психотерапії полягає в навчанні новим, адаптивним способам і формам поведіння.

«Гуманістична» психологія, а слідом і психотерапія розглядають як основну потребу особистості в самоактуалізації, а невроз — як наслідок «блокування» цієї потреби. З такого розуміння випливає й завдання психотерапії — набуття пацієнтом нового емоційного досвіду, що сприяє становленню адекватного, цілісного «образу Я», й можливостей для «самоактуалізації особистості».

На завершення, заради повноти картини, варто згадати про одну цікаву типологію. Так, Ю.В. Каннабіх (1872 — 1939), — переходячи «від найпростіших до більш складних», — розрізняє такі «напрями і школи» психотерапії [1, стб. 822]*:

- 1) сугестивная психотерапія, або лікування навіюванням, із його частковим випадком — гіпнозом (гіпнотерапія);
- 2) раціоналістична (розумова) психотерапія, або лікування поясненням та переконанням;
- 3) психоаналітична психотерапія, або психоаналіз у його різноманітних модифікаціях;
- 4) індивідуально-психологічна психотерапія (метод А. Adler'a);
- 5) суміжна з психотерапією трудова терапія, яка виросла в самостійний метод.

* * *

Найбільш обґрунтованою, як засвідчує дослідження, є класифікація (систематика) [методів і методик] психотерапії, вбудована виходячи із засади / принципу пато-нозологічної конгруентності.

Ця класифікація передбачає орієнтацію на асоційовані з методами психотерапії — за допомогою саногенних феноменів — клінічні психотерапевтичні ефект-синдроми, які є провідниками механізмів реалізації психотерапії із супутніми [нейро]біохімічними, нейропсихологічними та нейрофізіологічними корелят-механізмами.

Таке розуміння є основою для правильного застосування психотерапії — тобто з орієнтацією на саногенний феномен і шляхи саногенного впливу в цілому, незважаючи на концептуальні метапсихологічні, світоглядно-філософські та інші моменти⁴³. Так, якщо розкласти у два ряди методики / психотехніки, характерні для різних методів психотерапії, й асоційовані саногенні феномени, то буде зрозуміло, що останніх всього кілька, попри різноманітне технічне їх втілення і багатство аранжувань; це враження посиляться, якщо третьою складовою такої схеми буде клінічний ефект-синдром (див. таблиці 5 і 7).

⁴³ Ця позиція не має нічого спільного з «еклектичною» або «психотехнічною» психотерапією, де мається на увазі використання [психо]технічних засобів із різноманітних методів та методик (вживається «те, що ефективно») без будь-яких концептуально-методологічних чи клініко-фізіологічних рефлексій.

Проте така класифікація націлена перш за все на клінічне використання, так само як і на застосування в ході науково-дослідницької діяльності, й позбавлена важливих із точки зору наочності оглядових, панорамних (а в певному розумінні — навіть дидактичних) властивостей, а також якоїсь [хронологічної] послідовності.

У зв'язку з цим можна запропонувати іншу класифікацію, — яка, будучи зорієнтованою як на генеалогію, так і на специфічну сутність методів і методик психотерапії, а також — нехай відносно — на їхню хронологію, дасть змогу наочно уявити все різноманіття психотерапевтичного арсеналу — й впіймати його істотні риси.

Таким чином, ось ця практична класифікація.

I. Класичні методи.

1. Сугестивні.

1.1. Сугестія.

1.2. Гіпнотерапія.

1.3. Самонавіювання.

1.4. Емоційно-стресова психотерапія.

1.5. Плацебо-терапія.

2. Раціональна психотерапія.

3. [Класичний] психоаналіз.

4. Поведінкова терапія.

II. Групова [психо]терапія.

III. Синтетичні методи (психотерапія «new wave»).

1. «Ериксонівський» гіпноз.

2. Нейро-лінгвістичне програмування.

3. Гештальт-терапія.

4. Груповий аналіз.

5. Трансактний аналіз.

6. Когнітивно-біхевіоральна терапія.

7. Екзистенціальна («гуманістична») психіатрія.

8. Психоаналітично-орієнтована психотерапія.

IV. Неокласичні методи.

1. Симультанно-мнестична психотерапія (психометодологія).

V. Опосередкована психотерапія.

VI. Фармакопсихотерапія.

Слід зауважити, що в цій класифікації немає — і не може бути — ієрархії, оскільки тут можлива лише певна — умовна — хронологія.

Таким чином, у розробленій класифікації зроблено принциповий поділ методів психотерапії на *класичні, синтетичні, неокласичні, групові, опосередковані* й, зрештою, *фармакопсихотерапевтичні*.

«Класичними» названі методи, що базуються на реальних саногенних феноменах і базових, неінтерпретативних, психоїчних техніках; методи, що мають відносно прямі [психо]-фізіологічні механізми реалізації. De facto — це «методи-техніки». І ще одна важлива ознака: вони досить рафіновані — *психотехнічно*.

Навпаки, аджектив «*синтетичні*» вказує на виражені синкретичність та штучність групи методів, точніше методик, психотерапії, — що є, по суті, кон'юнктурними чи інволюційними дериватами класичних методів. Для цих методів-методик характерні інконгруентність технік (з перевагою маніпулятивних формул), а також превалювання понятійно-концепт[уаль]ної платформи над феноменною базою. Щодо [психо]фізіологічних механізмів — якщо їх взагалі пощастить простежити, — то вони складноопосередковані й, у більшості своїй, спекулятивні.

Під «*неокласичними*» розуміються новостворені методи фундаментальної, як уже зазначалося, клініко-нейрофізіологічної орієнтації, для яких характерні ретельна психотехнічна проробка й глибока мнестологічна імпрегнація, а також пряма декларація механізмів саногенезу.

Принципи денотації останніх трьох груп методів — а саме *групових, опосередкованих і фармакопсихотерапевтичних* — здається, не потребують спеціальних пояснень.

Deux mots і про те, чому саме названі методи потрапили до цієї систематики. Le fait est que всі вони відзначаються певною феноменною, [психо]технічною, протокольною, — проте, головне, сентенційною, й навіть, почасти, компетичійною — своєрідністю, як це стане зрозумілим у процесі наступного викладу.

Рекомендована література

1. Соловьёва Е.А. Естественная классификация: системологические основания. — Харьков: ХТУРЭ, 1999. — 223 с.

2. Чугунов В.В., Михайлов Б.В. Классификация методов и методик психотерапии // «Врачебная практика» (Харьков). — 2001. — № 4. — С. 102 — 104.

Контрольні питання

- (1) Проблеми [побудови] типологій, систематик, класифікацій у психотерапії.
- (2) Існуючі класифікаційні ділення.
- (3) Принципи адекватної психотерапевтичної систематики / типології / класифікації.
- (4) Класифікація методів і методик психотерапії.
- (5) Класичні методи психотерапії. Загальна характеристика.
- (6) Методи психотерапії «нової хвилі». Характерні особливості.
- (7) Неокласичні методи психотерапії. Основні риси.
- (8) Групова психотерапія. Специфіка: переважання форми.

Розділ 13

ФЕНОМЕНОЛОГІЧНИЙ АРСЕНАЛ, ПОНЯТІЙНО-КОНЦЕПТУАЛЬНА ПЛАТФОРМА ТА ПЕРСОНОЛОГІЯ В УЯВЛЕННЯХ МЕТОДІВ І МЕТОДИК ПСИХОТЕРАПІЇ

Класичні психотерапевтичні методи апелюють до реально існуючої феноменної бази; відповідно, рівень концептуалізації (розвиток концептуально-понятійного апарату в широкому розумінні) досить незначний.

Сугестивні (нейтичні) методи

Сугестивна психотерапія використовує інформаційну дію на психічну сферу у вигляді *навіювання*.

Навіювання, або сугестія (*латинське suggestio*), — це сприймання інформації (в повному обсязі), що надходить іззовні, некритично, без суб'єктивно-особистісної переробки.

До основних методик сугестивної психотерапії правомірно віднести такі: власне *сугестія* [наяву], *гіпно-сугестивна психотерапія*, *ауто-сугестія*, *емоційно-стресова терапія* (*імперативна сугестія*), *матеріально-опосередкована сугестія* (*непряме навіювання, плацебо-терапія*). (Сугестивні методи складають також основу деяких методик психотерапії «new wave» (наприклад, це «*ериксонівський*» гіпноз і *нейро-лінгвістичне програмування*), фармакопсихотерапії (*наркопсихотерапія*, або *нарко-сугестія*) etc.)

Гіпноз — особливий стан свідомості, що виникає під впливом спрямованої психологічної дії. Він відрізняється як від сну, так і неспання, супроводжується значним підвищенням сприйнятливості до специфічно спрямованих психологічних чинників за різкого зниження чуттєвості до дії інших факторів довкілля.

Таким чином, уведення хворого в гіпнотичний стан — для реалізації завдань гіпносуґестії — це, по суті, зміна психофізіологічних характеристик центральної нервової системи на тлі вибіркої сенсорної депривації з метою створення умов для приймання терапевтичної суґестії.

У цьому світлі стає зрозумілим, чому психотерапевтична практика диктує необхідність розведення понять *навіюваності* і *гіпнабельності*⁴⁴; більше того, ступені навіювання та гіпнабельності не завжди збігаються⁴⁵.

Суґестія

Отже, під *навіюванням*, або *суґестією*, розуміються інформаційні впливи, які викликають відчуття, уявлення, емоційні стани й вольові спонукання, а також діють на вегетативні функції без критико-логічної переробки того, що сприймається, поза активної участі особи.

Історико-персонологічна довідка

Слово «*suggestio*» у значенні «навіювання», «натяк» трапляється у *Flavius'a Vopiscus'a* (III—IV сторіччя). Відома з давнини суґестивна психотерапія не ідентифікована з будь-яким певним ім'ям (іменами).

Суґестивна психотерапія («чиста суґестія»), що є фактично «методом-технікою», орієнтована на базові психофізіологічні феномени, що підлягають суто фізіологічному тлумаченню.

Феноменологія

Навіюваність — це своєрідна властивість психіки людини, яка дає йому змогу сприймати інформацію без критичної її оцінки.

⁴⁴ *Навіюваність* — це своєрідна властивість психіки [людини], яка дає змогу сприймати інформацію без критичної її оцінки, тим часом як *гіпнабельність* має розглядатися як здатність центральної нервової системи досягати зміненого стану свідомості у відповідь на спрямовану психологічну дію.

⁴⁵ Лише в окремих випадках добра реакція на навіювання поєднується з досить глибоким гальмуванням центральної нервової системи. Частіше трапляється сполучення доброї реалізації навіювань з неглибоким станом гальмування. У цих випадках пацієнти відзначають достатні зміни під час гіпнотичного сеансу; спостерігається відмінна реакція на зовнішні сигнали. Після виведення із гіпнотичного стану вони розповідають, що уловлювали довколишні звуки: кроки, шелест, дзвінки, стукіт тощо.

У рамках фізіологічно-орієнтованої сугестивної психотерапії основні *поняття* (*концепти* ж як такі відсутні) пов'язані з психофізіологічною феноменологією. Низка спеціальних понять розміщена у сфері аргументацій [клінічної] нейрофізіології.

Оскільки сугестивна психотерапія є «методом-технікою», у царині персонології переважна увага приділяється різним антисугестивним бар'єрам, точніше — прийомам і способам їхнього подолання.

Структура особистості

Отож, особистісність відмежовується від інформаційних дій низкою бар'єрів.

Як уже згадувалося, Г.К. Лозанов [1] називає ось такі дії.

Перший антисугестивний бар'єр — свідоме критичне мислення; цей *критично-логічний бар'єр* відкидає все, що не створює враження добронравної логічної витриманості.

Другий, не-свідомий *інтуїтивно-афективний бар'єр*, попереджує інтеріоризацію всього, що не створює довіри й чуття впевненості.

Третій, *етичний бар'єр*, попереджає реалізацію навіювань, які суперечать етичним принципам особистості.

Гіпно [сугестивна] психотерапія

Гіпнотерапія, а точніше, *гіпносугестивна психотерапія*, — це метод психотерапії, де використовується гіпнотичний стан із лікувальною метою.

Широко розповсюджене використання в лікувальних цілях навіювання в стані гіпнотичного сну (хоча, наприклад, на відміну від розглядуваної в цьому розділі класичної моделі гіпнотерапії, в «ериксонівському» гіпнозі саногенним вважається вже одне тільки досягнення гіпнотичного трансу).

Історико-персонологічна довідка

Незважаючи на те що практичне використання гіпнозу і близьких до нього феноменів має досить солідну історію, гіпнологія в її офіційно-науковому, позитивістсько-дослідницькому варіанті бере початок із середини ХІХ сторіччя, коли тваринний магнетизм поступово трансформується в гіпнотизацію.

Вважається, що термін «гіпноз» (грецьке *ύπνος* — сон), або «гіпнотизм» (раніше називався «месмеричним сном»), уведений J. Braid'ом (1795 — 1860) (іноді навіть вживають термін «бре[й]-дизм»), — книга якого «*Neurypnology; or, the Rationale of nervous sleep*,

considered in relation with animal magnetism...» (коротко — «*Нейрогіпнологія*») побачила світ 1843 року [1] (хоча заслуга автора полягає лише в титульній денотації: є дані, що префікс «гіпн[о]-» уперше вжив — для опису феноменів тваринного магнетизму — в 1819 році Étienne Félix d'Hénin de Cuvillers (1755 — 1841)); наступні праці Braid'a: [2 — 8]*.

Від кінця 70-х років XIX сторіччя терапевтичну дію гіпнозу вивчав J.-M. Charcot (1825 — 1893) [9 — 14]* на хворих, які страждали на істерію.

Відома дискусія про природу гіпнозу між Салпетрієрською (J.-M. Charcot) і Нансійською (H. Bernheim (1840 — 1919) [15 — 22]*) школами. H. Bernheim протестував проти поняття «стадії гіпнозу» J.-M. Charcot, вважаючи, що стадії [гіпнозу] зумовлені навіюванням гіпнотизуючого, а не «патологічною» природою самого гіпнозу.

Суттєвий внесок у вивчення феномена гіпнозу зробили W.T. Preyer (1811 — 1897) [23 — 25]*, O. G. Wetterstrand (1845 — 1907) [26]*, R.F. von Krafft-Ebing (1840 — 1902) [27]*, A.-H. Forel (1818 — 1931) [28; 29]* та чимало інших (можливо, буде навіть простіше назвати тих [психоневрологів], хто не мав до цього відношення). Теоретичні й практичні акти застосування гіпнозу в лікувальних цілях вивчалися також вітчизняними вченими — В.Я. Данилевським (1852 — 1939) [30 — 32]*, А.А. Токарським (1859 — 1901) [33]*, В.М. Бехтеревим (1857 — 1927) [34]*, К.І. Платоновим (1877 — 1969) [35 — 38]*, І.М. Апгером (1899 — 1996) [39; 40]*, В.Є. Рожновим (1918 — 1998) [41; 42]*, Р.Д. Тукаєвим [43]* та багатьма іншими.

Подібно до «чистих» сугестивних методик, гіпно[сугестивна] психотерапія є «методом-технікою», аргументи й апеляції якого перебувають цілком у полі [психо-]фізіолого-теоретичних розміркувань.

Феноменологія

Таким чином, під *гіпнабельністю* — одним із основних інструментальних психотерапевтичних феноменів — розуміється властивість центральної нервової системи, яка дає змогу досягати зміненого стану свідомості у відповідь на спрямовану психологічну дію.

Гіпноз же, як зазначалося, є особливим станом свідомості, що виникає під впливом спрямованої психологічної дії; він відрізняється як від сну, так і від неспанья, і супроводжується підвищенням сприйнятливості до специфічно спрямованих психологічних чинників за зниження чуттєвості до дії інших факторів зовнішнього середовища.

Ще один із рано виявлених гіпнотичних феноменів — *сомнамбулізм* (лат. *somnus* — сон і *ambulo* — ходити) — дослівно «ходіння вві сні» («лунатизм»), що є виконанням послідовних дій (рухливості) в стані глибокого гіпнозу (або сну).

Виникаючий у глибокому ступені гіпнотичного стану сомнамбулізм нагадує патологічну форму сну, супроводжувану руховими проявами. Сомнамбулічна стадія гіпнозу характеризується, як правило, [наступними] амнезією і виконанням не лише гіпнотичних, а й постгіпнотичних навіювань (постгіпнотична сугестія); у цій стадії можна викликати в гіпнотизованого ілюзії, примусити його виконувати різноманітні дії у відповідності до навіюваної ситуації, відповідати на запитання, домогтися втрати чуттєвості до больових подразників, [ізолюваного] виключення функції будь-якого аналізатора (навіяти глухоту, сліпоту, втрату нюху, смаку).

У психотерапевтичній практиці використовується й феномен *гіпнотичної абреакції*: під нею розуміється вивільнення, розкріпачення у стані гіпнозу матеріалу, емоційно значущого для пацієнта⁴⁶.

У принципі, вироблені в рамках гіпно-сугестологічної практики поняття фактично близькі до феномена.

Поняття і концепти

Під *рапортом* (французьке *rapport* — зв'язок, сполучення) в психотерапії розуміється словесний контакт⁴⁷ гіпнотизуючого з перебуваючим у стані гіпнозу (гіпнотизованим).

Рапорт із гіпнотизованим може бути ізолюваним (реагування тільки на слова гіпнотизера) або *узагальненим*, *генералізованим* (коли будь-хто з присутніх на сеансі може навести з гіпнотизованим мовленнєвий контакт). За ізолюваного рапорту в гіпнотизованого наявна тонкодиференційована умовна реакція не тільки на слова, а й на тембр голосу, емпатико-інтонаційні особливості мовлення гіпнотизуючого. Словесним навіюванням стан ізолюваного рапорту може бути поширений на іншу особу (явище *передавання рапорту*).

У гіпно[сугесто] терапії, як і в інших сугестивних методах, явлення про *особистісну структуру* не проговорені.

Самонавіювання й аутотренінг

Самонавіювання, або аутосугестія (грецьке *αὐτός* — сам і латинське *suggestio* — навіювання, натяк, вказівка) — психотерапія за допомогою навіювання якихось думок, бажань, об-

⁴⁶ Ці трактування, акцентуючі і навіть абсолютизуючі саногенне значення феномена катарсису, наближують гіпнотерапію до катартичних методів.

⁴⁷ Проте рапорт може бути і невербальним — наприклад, у випадку гіпнотерапії глухонімих; про це свідчать і експерименти з гіпнотичної індукції іншомовних студентів (М.Н. Erickson) [2].

разів, відчуттів, емоційних і соматичних реакцій та станів самому собі. У психотерапевтичній практиці вживаються різні методики самонавіювання, проте всі вони ґрунтуються на тім, що вербальні формули сугестії і невербальні прийоми, які полегшують її реалізацію, проводять самі пацієнти.

Самонавіювання є основою (або одним із істотних механізмів лікувальної дії) інших методів психотерапії, зокрема *аутогенного тренування* (а також *біологічного зворотного зв'язку, релаксації* та інших).

Аутогенне (грецьке *αὐτός* та *γένος* — рід, походження) *тренування* (стала аббревіатура — АТ), або *аутотренінг* (грецьке *αὐτός* та англійське *training* — тренування) — це активний метод психотерапії, психопрофілактики та психогігієни, спрямований на відновлення динамічної рівноваги системи гомеостатичних саморегульованих механізмів організму людини, порушених унаслідок стресової дії⁴⁸.

Історико-персоналогічна довідка

Традиційно аутосугестивні й аутотренінгові техніки персоналізовані: самонавіювання за Е. Coué (1857 — 1926) [44]* (раніше вживався навіть термін «куеїзм»), аутогенне тренування за Н.Н. Schults'ем (1884 — 1970) [45]*, Н. Kleinsorge та G. Klumbies'ом [46]*, W. Luthe (1922 — 1985) [47]*, прогресуюча м'язова релаксація за Е. Jacobson'ом (1888 — 1983) [48]*, емоційно-вольове тренування за А.Т. Філатовим (1925 — 1997) [49]* і так далі.

Попередником Емілія Куе називають Джеронімо Кардано (1501 — 1576), оскільки його розмірковування торкаються певних «формул аутосугестії».

У розробку методу лікувального самонавіювання великий внесок зробили вітчизняні дослідники. У 1881 році І.Р. Тарханов (1846 — 1908) опублікував результати одного із перших науково витриманих спостережень про вплив аутосугестії на мимовільні функції організму, а в 1904 році у книзі *«Дух і тіло»* [50]* описав здатність мимовільно викликати «зупинку» серця. Я.А. Боткін у 1897 році [51]* запропонував навчати хворих свідомому використанню самонавіювання для попередження й подолання «невротичної фіксації» симптомів соматичних захворювань. В.М. Бехтерев (1911) [52]*, рекомендуючи лікувати самонавіюванням, наголошував, що «найсприятливішим часом для самонавіювання є період перед засинанням та період, наступний за пробудженням». Він припускав, що «для кожного окремого випадку має бути ви-

⁴⁸ Іноді — вочевидь, унаслідок наявності тренінгового компонента — АТ розглядається в рамках поведінкової психотерапевтичної парадигми.

роблена певна формула самонавіювання, котра мусить промовлятися від свого імені, у стверджувальній формі і в теперішньому, а не в майбутньому часі». Вимовляти ж формули самонавіювання слід ввівголоса «кілька разів ... і при цьому з цілковитим зосередженням».

В історії, безумовно, трапляються різноманітні аутосугестивні елементи і навіть техніки, до того ж відомі біблійні описи — аж ніяк не перший їхній приклад. Проте ці практики, природно, розміщалися зовсім не в площині [психо]терапії, якою ми її розуміємо нині, а в абсолютно інших типах дискурсивних практик, у зв'язку з чим їхня реконструкція мала б вульгарний характер.

Феноменологія і поняття аутосугестії перебувають, природно, в полі загальносугестивних уявлень, оскільки самонавіювання — перш за все варіант сугестії; дещо більшою специфічністю відрізняються уявлення про роль чинника [*структури*] *особистості*.

Емоційно-стресова психотерапія

В *емоційно-стресовій психотерапії*, яка ще називається *імперативною сугестією*, подолання бар'єрів психологічного захисту та терапевтична реалізація сугестії здійснюються за рахунок одномоментної зміни психофізичного стану центральної нервової системи на тлі дії на аналізатори різноманітних модальностей гранично-поза межних подразнювачів.

Історико-персонологічна довідка

[Емоційно-]стресова дія як така з терапевтичними цілями застосовувалася протягом і предисциплінарної, і дисциплінарної історії психотерапії.

Попередником емоційно-стресової психотерапії називають *емоційну терапію* J.-J. Déjerine (1849 — 1917) (точніше — емоційну складову раціонально-емоційної психотерапії), а також *арететерапію* А.І. Яроцького (1866 — 1944) (1908) [53]*. Цікаві положення J.H. Schultz'a про «терапію через розгнівання» [54, с. 115]*. Певний внесок у розвиток емоційно-стресової психотерапії зробили М.І. Аствацатуров (1877 — 1936) та А.М. Свядощ (1914 — 1999) [55]*. Безпосередньо ж сучасна методика емоційно-стресової психотерапії асоційована з ім'ям В.Є. Рожнова [56; 57]*, який 1971 року розробив методику *колективної емоційно-стресової гіпнотерапії хворих на хронічний алкоголізм*, а 1976 року власне методику *емоційно-стресової психотерапії*.

Найважливішим феноменом емоційно-стресової психотерапії є, ясна річ, сугестія, проте велике психотерапевтичне

значення надається різноманітним ворітним феноменам. Істотна роль відводиться також феноменам конформним (індукційним).

Феноменологія

Власне, як ворітний феномен і використовується виникаючий унаслідок дії штучної психогенії особливий стан свідомості (як прояв емоційного стресу); саме через це на тлі стресу сугестивна дія надзвичайно полегшується.

Експлуатація конформних (індукційних) феноменів, які у своєрідній дискурсивній стилістиці емоційно-стресової психотерапії визначаються як «мобілізація сил вищого емоційного напруження», «захопленість, що досягла ступеня осягнення» etc., змушує віддавати перевагу груповим, — а правильніше сказати, колективним, — формам проведення.

Поняття — і навіть певні незавершені *концепти* — емоційно-стресової психотерапії не є самостійними та специфічними й перебувають у царині уявлень про [емоційний] стрес та виникаючі унаслідок нього адапційно-присосовницькі реакції.

Спрямованість уявлень про *структуру особистості* — перш за все з психотехнічних позицій подолання антисугестивних бар'єрів — відповідає прийнятим у сугестивній психотерапії взагалі.

Матеріально-опосередкована психотерапія (плацебо-терапія)

У рамках *плацебо-терапії* (латинське *placeo* — подобається, бажане; і також — здається, уявляється), яка розцінюється як *непряме навчовання*, сугестія реалізується через приписування терапевтичних можливостей реальному предмету або явищу; власне ж *плацебо* розуміється як фармакологічно індиферентна речовина, що імітує лікарський засіб.

Історико-персонологічна довідка

Виділити якісь певні персоналії та джерела застосування плацебо неможливо, оскільки ідентичні прийоми в центрованих докола душоопікування практиках існують із сивої давнини. Здавна також практикується «обман хворого на його ж користь», — у найрізноманітніших формах.

У новітній історії психотерапії конкретизована матеріально-опосередкована сугестія — «озброєне» (J.-M. Charcot), «надпред-

метне» (В.М. Бехтерев) навіювання, — чийм окремим варіантом і є плацебо-терапія.

У царині *феноменології*, надто віддаленої від *понятійно-концептуальної* обробки, ми побудуємо той самий спектр сугестивних феноменів, — тільки дещо опосередкованих унаслідок застосування певних матеріальних елементів.

Структура особистості

Під час вживання — з психотерапевтичною метою — різноманітних плацебо-препаратів враховуються особистісні особливості пацієнта (зокрема, навіюваність).

У цілому уявлення про структуру особистості розміщуються в загальному для пейтичних методів понятійному полі.

Раціональна психотерапія

Раціональна (латинське *rationalis* — умоглядний, теоретичний; вибудований на умовиводах, силогічний; розумний), або *розумова, психотерапія* — це метод, що експлуатує формально-логічні параметри індивідуума (пацієнта), — його здатність проводити порівнювання, робити висновки, приймати докази обґрунтованості тверджень іншої особи (терапевта) й змінювати свої уявлення під впливом діалогу.

Зміна неправильних уявлень хворого досягається певними, — а часом досить різними, — методичними прийомами, проте істотна якість раціональної психотерапії — вибудова її на [базі] логічної аргументації — простежується в усіх її модифікаціях і відрізняє від інших методів психотерапії.

Історико-персоналогічна довідка

Нині термін «раціональна психотерапія» використовується більшістю авторів для позначення методу психотерапії, пов'язаного з ім'ям Р.-Ch. Dubois (1848 — 1918). Проте, як я вже зазначав, ця думка помилкова: реальна заслуга Dubois полягає лише в денотації та в певній логіко-силогічній інтерпретації тисячолітньої [психогенної] практики, яка розрізняла серед інших своїх застосувань також і «психічну терапію».

У трактуванні Р.-Ch. Dubois раціональна психотерапія постає як система логічно-критичних, розумових впливів на хворого.

Однією з найвідоміших — персоніфікованих — модифікацій раціональної психотерапії є раціонально-емоційна психотерапія J.-J. Déjérine та E. Gauckler'a.

Основні тексти методу «*Les psychonévroses et leur traitement moral*» («*Психоневрози і їх психическое лѣчение*») (P.-Ch. Dubois, 1904) [58]*, «*Les monifactions fonctionnelles des psychoneuroses — leur traitement par la psychothérapie*» («*Функціональні проявленія психоневрозів, їх лѣчение психотерапією*») (J.-J. Déjerine, E. Gauckler, 1911) [59]*.

Основним — саногенним, але таким, що виконує також інструментальні та допоміжні функції, — феноменом раціональної психотерапії є *переконання*, яке ґрунтується на властивості *переконуваності*, притаманній — в різній мірі — кожному.

Феноменологія

Таким чином, *переконуваність* є здатність змінювати судження та уявлення й вибудовувати умовисновки під впливом переконання, яке є апеляцією до об'єктивної інформації і формально-логічного порядку розмірковувань.

Переконання ґрунтується на значеннєво-логічній переробці інформації в ряду «поняття — судження — умовисновок»; отже, зовнішня інформація інтеріоризується критично, за допомогою суб'єктивної когнітивної та емоційної переробки.

Проте результатом, засобом переконання — і це очевидно — визначається розуміння, чи *усвідомлення*, пацієнтом помилковості своїх уявлень про патогенез наявного у нього захворювання.

У цьому розумінні раціональна психотерапія протилежна сутєстї, — за допомогою якої інформація, нові настанови, прописи тощо втілюються поза критичністью.

Поняття й концепти

Понятійно-концепт[уаль]ними для раціональної психотерапії є уявлення про так звану «внутрішню картину хвороби». У принципі можна говорити про формування своєрідного концепту / поняття «інформатизація» (або «знання»).

Персонологічні уявлення раціональної психотерапії не структуризовані, проте виявляється певна сукупність психологічних за суттю трактувань *особистісних* рис, із позицій можливості їхньої корекції через переконання.

[Класичний] психоаналіз

Психоаналіз є метод психотерапії, в основі якого перебуває виявлення особливостей переживань і дій людини, зумовлених неусвідомлюваними мотивами, і наступне їхнє усвідомлення / відреагування.

Історико-персонологічна довідка

Психоаналіз як метод психотерапії — а потім і метапсихологічна система — розроблений S.S. Freud'ом (1856 — 1939). Спочатку психоаналіз виник із гіпнокатартичного методу J. Breuer'a (1842 — 1925) як «пуристська» психотерапевтична техніка, в антитезу до гіпнотизації (представлена на той час головним чином школою J.-M. Charcot). Надалі психоаналіз набув не лише містку метапсихологічну частину, а й риси редукціоністської соціально-філософської доктрини.

Слід особливо підкреслити, що класичний психоаналіз є жорстко персоніфікованим методом.

Його класичні тексти — «*Die Traumdeutung*» [60]*, («*Тлумачення сновидінь*» [61; 62]*, «*Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*» [63]* («*Три нариси з теорії сексуальності*» [64]*), «*Zur Psychopathologie des Alltagslebens*» [65]* («*Психопатологія повсякденного життя*» [66]*) та багато інших.

Основоположниками психоаналізу традиційно вважаються — всупереч, до речі, думці самого Freud'a — також C.G. Jung (1876 — 1961) [67]*, творець *аналітичної психології*, та A. Adler (1870 — 1937) [68]*, засновник *індивідуальної психології*.

Ще раз слід підкреслити, що всі імена, асоційовані з після-фрейдівським психоаналізом, слід віднести скоріше до психоаналітично-орієнтованої психотерапії.

Феноменологія

Більшість описуваних *саногенних, інструментальних, дефензивних, діагностичних, орієнтаційних* та інших інтрапсихічних (перший феноменний клас) чи трансперсональних (третій феноменний клас) явищ, має характер *понять* або, частіше, *концепт-феноменів*. Ці останні — досить численні — отримали винятково детальне, здебільшого дискурсивне, пророблення, — яке змінило, часом до невпізнання, їхнє первісне значення.

Поряд із поняттями й концептами, від часів Jung'a до психоаналізу уводяться і закріплюються в науково-практичному обігу уявлення про так звані «комплекси».

Поняття й концепти

Спочатку одним із центральних концептів психоаналізу виступало поняття *катарсису*⁴⁹, що не дивно, оскільки психоаналіз розвинувся із [гіпно]катартичного методу. «Основне положення його полягає в тім, — писав Freud, — що симптоми в істеричних

⁴⁹ Нагадаю, що поняття «катарсис» («очищення») увів до [книжкового] обігу Аристотель Стагірит, який у праці «*Поетик*» («*Поетика*») твердив: через співчуття і страх трагедія домагається очищення (катарсису) духу.

хворих залежать від надзвичайних, але забутих сцен з їхнього життя. Засноване на цьому положенні лікування намагається примусити хворих пригадувати ці переживання в гіпнозі і відтворити їх (катарсис). Із цього випливає і частина теорії про те, що названі симптоми відповідають ненормальному зв'язку певної кількості нерозв'язної енергії збудження (конверсія).

Катарсис — це стан внутрішнього очищення, що настає після певних переживань та потрясінь; катарсис спрямований на вияв і розрядження несвідомих імпульсів: хворий пригадує і відтворює забуті події свого життя, які стали поштовхом до розвитку невротичного стану.

У рамках класичного психоаналізу були розроблені теорії: *загального психічного розвитку*, яка включає поняття «психічний апарат» і «стадії розвитку дитячої сексуальності», [*психологічного*] *походження неврозів та психоаналітичної терапії*; таким чином, психоаналіз є цілковито викінченою і цілісною системою (*загальний психогенез — психопатогенез — етіотропна терапія*).

Теорія загального психічного розвитку об'єднує метапсихологію, основану на понятті «психічний апарат» (структурна й топографічна моделі особистості), концепцію існування «двох варіантів процесу мислення» та уявлення про «психічну енергію». До основи названої теорії потрапила також концепція про стадії розвитку дитячої сексуальності. На її базі Freud описав «генетичні» типи характеру, уявлення про «регрес до точок фіксації», якими є стадії розвитку сексуальності, та вчення про сублимації. (*Див. рубрику «структура особистості».*)

Теорія [психологічного] походження неврозів містить уявлення про «психологічний конфлікт»; зі слів Freud'a, це — «переживання, що виникає внаслідок зіштовхування принаймні двох несумісних тенденцій, які діють водночас як мотиви, що визначають почуття й поведінку». Класифікуючи неврози, Freud виділяв «психоневрози», «актуальні неврози» та «неврози характеру». До стрижневої психопатологічної симптоматики він відносив три-вожні й астенічні розлади.

Психоаналіз — у його класичному вигляді — ґрунтувався на трьох китах, якими були:

- структура особистості з детермінованим внутрішнім конфліктом;
- метод вільних асоціацій;
- символіка тлумачення сновидінь.

Важливим поняттям психоаналізу є *опір*, який означає протидію в ході аналізу перетворення несвідомих процесів у свідомі. У стані опору пацієнт відхиляє інтерпретації психоаналітика. Термін «опір» належить до всіх сил усередині пацієнта, які перебувають в опозиції до процедур і процесів психоаналітичної роботи. Опір є повторенням тих захисних операцій, до яких вдавався пацієнт у минулому в своєму повсякденному житті. Усі варіанти

психічних явищ можуть бути використані для цілей опору, — проте, поза залежністю від того, що є його джерелом, опір діє через «Его» пацієнта. Хоч деякі аспекти опору можуть бути усвідомлені, значна їхня частина залишається несвідомою. Freud писав: «Опір супроводжує лікування крок за кроком. Кожна асоціація, кожна дія особи під час лікування включають опір і є компромісом між силами, які прагнуть одужання, і силами, які протидіють цьому».

Відкриття «феномена» опору належить до періоду написання праці про історію («*Bruchstück einer Hysterie-Analyse*»). Freud уперше вжив термін «опір», описуючи «випадок із Fräulein Elizabeth von R.» (її справжнє ім'я — Пона Weiß). Він дійшов висновку, що сила, яка чинить опір лікуванню, — це та сама сила, яка охороняє патогенні думки пацієнтки. Мета єдина — захист: «“незнання” істеричного пацієнта є фактично небажання знати».

У «*Die Traumdeutung*» Freud часто посилається на концепт опору. На його погляд, концепти опору й цензури тісно пов'язані: «Цензура для снобачення — те ж саме, що й опір для вільної асоціації... Те, що перериває прогрес аналітичної роботи, є опір».

За психоаналітичної ситуації механізм захисту проявляється як опір. Freud вживає ці терміни як синоніми в більшості своїх праць. Протягом курсу психоаналізу сили опору використовують усі механізми, форми, способи, методи захисту, які «Его» застосовує в зовнішньому житті пацієнта.

Тісно пов'язане з опором поняття «захист» — «загальна назва для всіх спеціальних прийомів, які Его використовує в конфліктах, що можуть призвести до неврозу». Призначення захисту полягає в тім, аби не допустити усвідомлення імпульсів, спогадів, і тим самим оберегти «Его». Механізми захисту можуть спонукатися тривогою, зумовленою підвищенням інстинктивного напруження, загрозами «Super-Ego» або реальною небезпекою. Оскільки психічний чинник, який задіює захист, має сприйняти загрозовий перцепт до того, як він стає доступним свідомості, Freud змінив поняття «свідомість» на «Его», оскільки «Его» є частково несвідомим і здатне до автоматичних, неусвідомлених реакцій на зміни внутрішньої напруги. На його думку, неврози зумовлені саме порушенням у роботі механізмів захисту.

Одним із найважливіших концепт-феноменів класичного психоаналізу є *перенос* (*трансфер*), — під яким розуміється «перенесення» на психоаналітика відчуттів пацієнта до інших людей (особливо в ранньому дитинстві), тобто проекція ранніх дитячих взаємин і бажань на іншу особу. Первісні джерела реакцій переносу — значущі люди ранніх років життя дитини. Звичайно це батьки, вихователі, — з якими пов'язані як почуття любові й комфорту, так і ситуації покарання, — а також брати, сестри й суперники. Реакції переносу можуть зумовлюватися дещо пізнішими — навіть сучасними — стосунками з людьми, проте в останньому випадку аналіз *letzten Endes, zu guter Letzt* показує, що ці пізніші джерела вторинні і походять від значущих осіб раннього дитинства.

Реакції переносу у пізнішому житті більш імовірні стосовно людей, які виконують спеціальні функції, — схожі з тими, що первісно належали батькам. Згідно з Freud'ом, взагалі всі людські стосунки містять суміш реальних реакцій переносу. У повсякденному житті перенос виникає мимовільно, втім числі стосовно хворого до лікаря. Це явище головним чином несвідоме. Перенос може передаватися як емоції, спонукання, фантазії, ставлення, ідеї — або ж захист проти них, — але які завжди недоречні, непідходячі в сучасному, хоча в минулому вони були цілком адекватними.

Хворий переносить на лікаря гаму ніжних — проте часто змішаних із ворожістю — почуттів. Залежно від їхнього характеру (ніжно-дружні чи озлоблено-ревниві) перенос може бути *позитивним* або *негативним*. Поява цих тенденцій не викликається якимись реальними стосунками і пов'язана з даними, які стали несвідомими, фантазіями-бажаннями. Той давній період свого життя, яке хворий не може згадати, він знову переживає у своїх стосунках до аналітика. Так, перенос на аналітика інтенсивних ніжних почуттів не може бути пояснене ні поведінкою лікаря, ні взаєминами, що виникли під час лікування. Перенос іноді проявляється в потребі любові, інколи в більш прийнятних і стриманих формах; замість бажання бути коханою у юнки може виникнути бажання стати улюбленою донькою поважного чоловіка. У пацієнтів-чоловіків справи складаються дещо інакше: така ж сама приязнь до аналітика, така ж переоцінка його якостей, таке саме занурення в його інтереси, такі самі ревності стосовно всіх, близьких йому, — але частіше, ніж у жінок, спостерігається ворожий, чи негативний, перенос. Ворожість, так само як і ніжність, означає почуттєву приязнь, подібно до того, як упертість — ту саму залежність, що й слухняність, хоча і з протилежним знаком.

Freud використав термін «невроз переносу», аби описати сукупність реакцій переносу, коли аналіз та психоаналітик стають центром емоційного життя пацієнта і невротичний конфлікт хворого знову оживає за психоаналітичної ситуації. Згідно з Freud'ом, таке виняткове, центральне значення перенос має при істерії, неврозі жаху й неврозі нав'язливих станів, об'єднаних через це назвою «невроз переносу».

Психоаналітична техніка спрямована на те, щоб забезпечити максимальний розвиток «неврозу переносу», який може бути розв'язаний через психоаналіз, а аналітик при цьому відіграє роль «каталізатора» переносу. Останній слід розглядати як новий варіант давньої хвороби, — новий невроз, що замінив первісний. За цієї нової ситуації, проте, можна бачити виникнення і розвиток неврозу, добре розібратися в ньому, оскільки лікар перебуває в центрі — як об'єкт. Усі симптоми хворого позбавляються свого первісного значення і набувають нового змісту. Подолання цього нового, штучного неврозу і означає звільнення від хвороби. Людина, яка відреагувала своє невротичне ставлення до аналітика і позбулася дії витіснених потягів, стає здоровою.

Визначення переносу містить чотири основні твердження: перенос є різновид об'єктних відносин; явища переносу повторюють минуле ставлення до об'єкта; механізм переміщення відіграє важливу роль у реакціях переносу; перенос є регресивним феноменом.

Існує чимало підстав класифікації різноманітних «клінічних» форм переносу. У відповідності до об'єкта переносу та повторюваності стадії розвитку сексуальності перенос може бути «батьківським» або «материнським», «едіповим» або «доедіповим». Перенос може бути й «об'єктивним» або «нарцисичним» відповідно до того, чи уявляє пацієнт свого аналітика як зовнішню особу, — від якої він залежить, яку він любить чи ненавидить, — чи як частину самого себе. Перенос може бути позитивним або негативним — залежно від того, чи розцінює пацієнт аналітика як доброзичливу фігуру, чи навпаки.

S. Freud вбачав у переносі істотну частину терапевтичного процесу: «Зрештою, кожен конфлікт має бути переведений до сфери переносу».

Поняття *контрпереносу* (*контртрансфера*) позначає реакцію переносу, яка виникає в психоаналітика щодо пацієнта, — коли психоаналітик реагує на свого пацієнта так само, як на значущу особистість у ранній історії свого життя. У праці *«Рекомендації лікарям, практикуючим психоаналіз»* Freud підкреслює необхідність для аналітиків «психоаналітичного очищення». Для того, аби «розв'язати» перенос, психоаналітику необхідно дотримуватися [емоційної] анонімності: «Лікар має бути непроникним для своїх пацієнтів, і, як дзеркало, йому не слід показувати їм нічого окрім того, що показують йому». Проте подібна анонімність не тотожна мовчанню і пасивності психоаналітика, що може бути сприйнято пацієнтом як відсутність піклування про нього — і стане перепорою на шляху до терапевтичного результату⁵⁰.

Кларифікація — психоаналітичне поняття, яке означає просвітлення, виникнення чуття внутрішньої впевненості в то-

⁵⁰ За сучасного психоаналізу прояв лікарем власних реакцій і чуттів припустимий і навіть бажаний, проте йдеться про реалістичні чуття, а не про чуття контрпереносу. Більш того, пасивність психоаналітика може навіть розглядатися як наслідок останнього.

(Останнім часом поняття контрпереносу змінило своє первісне значення і вживається для опису майже всіх емоційних реакцій психотерапевта стосовно пацієнта. Такі реакції можуть бути як перешкодою, так і джерелом кращого розуміння пацієнта. Відмічаючи власні емоційні реакції та оцінки, психотерапевт розглядає їх як відбиття сигналів, що надходять від хворого, який перебуває в стані «внутрішнього конфлікту». Припускається, що використання в такому розумінні контрпереносу для формулювання і проведення інтерпретацій — проте не імпульсивного відреагування — може стати одним із найдійовіших терапевтичних інструментів.)

му, що з усією багатозначністю чи суперечливістю покінчено й людина твердо знає, що саме вона має робити надалі.

Кларифікаційне зауваження — особливе висловлювання психотерапевта, де повторюється те, що сказав пацієнт, у більш ясних термінах. Іноді психотерапевт точно переказує зауваження хворого; проте він ніколи не намагається зв'язати між собою факти чи висловлювання, отримані ним від хворого в різний час. Важливо, що в кларифікаційному зауваженні психотерапевт ніколи не прагне давати оцінку. У своїх висловлюваннях він навмисно уникає проявів власної експресії, що відображає його ставлення до хворого, його слів чи якихось обставин його життя. Зберігаються лише емоційні акценти, допущені самим пацієнтом.

Кларифікаційне зауваження належить до розряду так званих «недирективних процедур» і є спробою психотерапевта «повернути» пацієнту те, що він сказав, відчув, виразив.

Carl Gustav Jung по-новому денотував давнє поняття *архетипу*; під останнім він розумів певні психічні структури, що складали зміст *колективного несвідомого*. Архетипи, згідно з Jung'ом, визначають характер символіки сновидінь, казок, міфів; вони також можуть виражати релігійні чуття і мають значення колективних символів.

Центральне поняття [метапсихології] психоаналізу — «психічний апарат»: «Ми припускаємо, що психічне життя є функція апарату, якому ми приписуємо характеристики просторової протяжності і складеності із кількох частин, а саме Id, Ego і Super-Ego», — говорить Freud⁵¹.

Структура особистості

Формулювання, в яких психічна діяльність «вміщується» до тієї чи іншої частини «психічного апарату», позначалися як *топографічні*, визначення психічної активності в термінах взаємодії частин «психічного апарату» чи змін у його профілі були названі *структурними*; дефініції, в яких постулюються «рух енергії» всередині «психічного апарату», були названі *економічними* (вони оперують поняттями «інстинкт», «енергія», «лібідо»).

Відповідно до психоаналітичної теорії психічна активність буває двох видів: *свідомою* та *несвідомою*. Перший вид активності є «безпосередньо дане», яке «неможливо повніше пояснити жодним описом». Далі, *предсвідоме* означає думки, які є несвідомими за певного моменту часу, проте не пригнічені і тому здатні стати свідомими. Несвідоме — це частина душі, в якій психічні проце-

⁵¹ Персоналогічні уявлення описані Freud'ом ще в одній класичній праці — «*Das Ich und das Es*» [69]* («*Я і Воно*» [70]*).

си є несвідомими за функціонуванням, тобто спогади, фантазії, бажання etc., існування яких можна лише припускати чи які стають свідомими тільки після подолання опору. В 1920-х роках Freud несвідоме назвав «Id», а свідоме — «Ego». Несвідоме — це структура зі специфічними властивостями: «Вивільнення від взаємної суперечності, первинний процес, позачасовість і заміщення зовнішньої дійсності психічною — усе це характерні риси, які ми сподіваємося виявити у процесів, що належать системі несвідомого».

«Історично» [поняття] «Id» виникає з [поняття] несвідомого. У ході розвитку «Id» передує «Ego», тобто «психічний апарат» розпочинає своє існування як недиференційоване «Id», частина якого потім розвивається в структуроване «Ego». «Id» містить у собі все, наявне з народження, — головним чином те, що закладене в конституції, — отже, й інстинкти, породжувані соматичною організацією і які знаходять своє перше психічне вираження тут, в «Id». За визначенням Freud'a, — «Id — темна, недоступна частина нашої особистості. Ми наближаємося до розуміння Id за допомогою порівняння, називаючи його хаосом, казаном, переповненим бурхливими спонуканнями. Ми уявляємо, що край своєї межі Id відкрите соматичному, вбираючи звідти інстинктивні потреби, які знаходять у ньому своє психічне вираження. Завдяки захопленням Id наповнюється енергією, проте не має організації...»

«Ego» — це структурне й топографічне поняття, що належить до організованих частин «психічного апарату» і протиставлене неорганізованому «Id». «Ego — це частина Id, яке було видозмінене під безпосереднім впливом довкілля. Ego репрезентує те, що можна назвати розумом чи здоровим глуздом, на протигагу Id, сповненого пристрасті. У своєму відношенні до Id Ego — ніби вершник, що стримує переважаючу силу коня, з тією різницею, що вершник прагне зробити це за допомогою своєї власної сили, тим часом як Ego використовує для цього запозичені сили». Розвиток «Ego» розуміє зростання й набування функцій, — які створюють можливість індивіду все в більшій мірі підпорядковувати собі свої імпульси, діяти незалежно від «батьківських фігур» і контролювати довкілля.

«Super-Ego» — це та частина «Ego», в якій розвиваються само-спостереження, самокритика та інші рефлексивні діяльності, і де локалізуються батьківські інтереси. «Super-Ego» містить невідомі елементи, а виходячи від нього приписи і пригальмування беруть початок у минулому суб'єкта й можуть перебувати в конфлікті з його актуальними цінностями. «Super-Ego дитини будується власне не за прикладом батьків, а за батьківським Super-Ego; воно наповнюється тим самим змістом, стає носієм традиції, усіх тих збережених у часі цінностей, які існують і далі на цьому шляху через покоління».

Freud доходить висновку про те, що «значна частина Ego й Super-Ego можуть залишатися несвідомими, [і] як правило, є несвідомими. Це означає, що особистість нічого не знає про їх зміст і їй необхідні зусилля, аби зробити їх для себе свідомими».

Freud виділяв два типи «психологічного функціонування». Первинний процес мислення є характеристикою несвідомої психічної активності. Він проявляється в *конденсації* та *зміщенні*, — тобто образи мають тенденцію сплавлятися один із одним і можуть замінювати або символізувати один одного, використовуючи вільну енергію, ігноруючи категорії простору й часу, і спрямовуються принципом задоволення. Вторинний процес мислення підлягає законам граматики та формальної логіки — тобто зменшує незадоволення від інстинктивного напруження через адаптивне поведіння. Freud, вважаючи первинні процеси мислення онтогенетично й філогенетично більш ранніми, розглядав їх як уроджено-неадаптивні, а увесь розвиток «Ego» — як вторинний, що сприяє їхньому пригніченню. Прикладами первинних процесів є сновидіння, вторинних — власне мислення. Інакше кажучи, в первинному процесі мислення, наприклад у сновидінні, ідеї та образи відносно взаємозамінні, тому одна ідея чи образ легко символізує іншу ідею чи образ, тим часом як у вторинному — свідомо, раціональна думка, образ, уявлення і слова мають відносно постійну цінність і значення.

Freud намагався визначити мислення в термінах «переміщення енергії». У праці *«Entwurf einer wissenschaftlichen Psychologie»* («*Ескіз наукової психології*») [71]* він увів поняття «катексисів» — квантів «енергії», вкладених в окремі ментальні образи. Зв'язана «енергія» відносно нерухома і характерна для структурованих частин «психічного апарату», — тобто для «Ego» та вторинних процесів, — тим часом як внески вільної, чи рухливої, «енергії» є відмінною ознакою неструктурованих частин «психічного апарату», — тобто «Id» та первинних процесів.

У праці *«Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie»* Freud дав визначення поняттю «лібідо» як «змінюваній кількісно силі, якою можна вимірювати всі процеси та перетворення у сфері сексуального збудження». Лібідо має джерело — тіло, або «Id», існує в різноманітних формах, пов'язаних зі специфічними — ерогенними — зонами, і поділяється на «оральне», «анальне», «генітальне» лібідо; воно розподіляється між різними структурами (або процесами), які живлять лібідо.

У рамках класичного психоаналізу стверджується, що доросле поведіння можна інтерпретувати як удосконалення, чи еволюцію, дитячого поведіння. Процес розвитку в цілому є результатом двох чинників: еволюції вроджених процесів та впливу на них досвіду. У психоаналітичній теорії виділяються дві паралельні форми розвитку: розвиток «Ego», — який полягає в набутті

«Его-функцій», що збільшують автономію, — і сексуальний розвиток, — що перетворює прегенітальні та агресивні спонуки в дорослу сексуальну і сублимовану діяльність.

Психоаналіз висуває тезу про існування низки стадій розвитку дитячої сексуальності, через які індивід нібито облігатно проходить від дитинства до досягнення «латентного» періоду і які синхронні з низкою стадій розвитку «Его». Це: «оральна», «анальна», «фалічна» й «едіпова» стадії; перші три сукупно складають «доедіпову» стадію. Вони названі так тому, що рот, анус і пеніс відповідно нібито є протягом цих стадій головними джерелами сексуальної насолоди. В «оральній» стадії рот є головним джерелом задоволення і, таким чином, центром пізнання; воно починається від моменту народження. «Фіксовані» на «оральному» рівні схильні зберігати рот як головну ерогенну зону й «фіксуватися» на матері (грудях); для них характерні глибокі коливання настрою. В «анальній» стадії головними джерелами чуттєвої насолоди є анус і процес дефекації. Оволодіння своїм тілом, особливо його сфінктерами, і соціалізація імпульсів — головні заняття дитини. Коли хлопчики проходять через «фалічну» стадію, вони поглинуті не лише своїм пенісом, а й ідеєю потентності, статевої зрілості, мужності та сили. «Едіпова» стадія розвитку сексуальності й «Его» міститься між 3-м та 5-м роками життя. Так званий «комплекс Едіпа» — група в значній мірі несвідомих уявлень і чуттів, концентрованих навколо бажання володіти батьками протилежної статі. Згідно з Freud'ом, «комплекс Едіпа» — це універсальний феномен, закладений у філогенезі і відповідальний за несвідоме відчуття вини. «Розв'язання» «комплексу Едіпа» досягається завзятою ідентифікацією з батьками тієї ж статі і тимчасовим зреченням батьків протилежної статі, які «заново відкриваються у дорослому сексуальному об'єкті». «Едіпове суперництво» з батьком є причиною так званого «страху кастрації».

Про «комплекс Едіпа» Freud уперше згадає в листі до свого друга W. Fließ'a (1858 — 1928) у 1897 році; це уявлення виникло із самоаналізу, який Freud провів після смерті батька. Перша публікація, де описується «комплекс Едіпа», — це *«Die Traumdeutung»*. (Генеалогію — і безпідставність — цих уявлень я наочно, гадаю, показав у вже згадуваній моїй книзі *«Цар Едіп: Минуле Однієї Ілюзії»*) [3]; див. також підрозділ *«Етно-культуральна диференціація психотерапії»*.)

Слід особливо відзначити, що «Едіпів комплекс» і «комплекс кастрації» — єдині комплекси класичного психоаналізу.

Freud інтерпретував певні риси характеру як деривати стадій розвитку сексуальності та «Его» або як аналогії симптомів, тобто захисні процедури. Він використав для класифікації два визначення — *генетичний* і *клінічний*. «Генетичні» типи характеру співвідносяться з тією чи іншою стадією розвитку сексуальності, — від якої певні характерологічні риси й отримують свою назву; це

«оральний», «анальний», «фалічний», «генітальний» характери. «Клінічні» типи характеру співвідносяться з тим чи іншим психопатологічним станом, з яким вони аналогічні чи мають видиму схожість; звідси «истеричний», «обсесивний», «фобічний», «шизоїдний», «депресивний», «маніакальний» характери.

«Оральний» характер проявляється в осіб із «фіксацією» на «оральній» стадії. Типовими його рисами є оптимізм / песимізм, щедрість, легка зміна настрою, балакучість, жадібність і схильність займатися бажаними розмірковуваннями. Для «анального» характеру властиві реактивні утворення, «анальний» еротизм, компульсивна упертість, скупість, охайність — але й протилежні риси. Індивід із «фалічним» характером розумів сексуальне поводження як прояв сили. «Генітальний» характер виявляється у того, хто пройшов повний аналіз, — в особистості, яка «розв'язала» свій «комплекс Едіпа», «проторила дорогу» крізь «прегенітальну амбівалентність» і досягла «генітального» рівня психосексуального розвитку; людина з «генітальним» характером цілковито вільна від інфантильної залежності.

Важливими є також залучені до теорії розвитку сексуальності механізми *регресії* та *сублімації*.

Регресія — це захисний процес, за допомогою якого суб'єкт уникає тривоги через повернення до більш ранньої стадії розвитку сексуальності й «Его»; стадія, в якій відбувається регресія, детермінована існуванням «точок фіксації». Концепція регресії припускає, що дещо ранішні моделі поведження залишаються в розпорядженні суб'єкта як альтернативні способи дії. Не будучи ефективним захисним механізмом, регресія звичайно супроводжується додатковими процесами, призначеними для оберігання «Его» від її наслідків. Freud стверджує: «Сновидіння в цілому є приклад регресії до найраніших форм існування сплячого; це повернення в дитинство, до тих інстинктів і тих способів їхнього вираження, що доступні в цей ранній період». До регресивних форм психічного життя він відносить також невротичні стани.

Сублімація — це пов'язаний з розвитком процес, за допомогою якого інстинктивна «енергія» розряджається в неінстинктивних формах поведження. Він включає «переміщення енергії» з об'єктів біологічної значущості на об'єкти менш важливі, звільнення діяльності від величчя інстинктивного напруження. Концепція сублімації пояснює еволюцію «вищих функцій» із «нижчих». Усі сублімації залежать від символізації, а увесь розвиток «Его» — від сублімації.

Поведінкова терапія

В основі *поведінкової*, чи *біхевіоральної* (англійське *behaviour* — поведінка), *терапії* перебувають тренінговий принцип і терапевтичний ефект, що базується на феномені згасання реакції.

Для класичного, властивого поведінковій терапії редукціоністського розуміння характерна єдність теоретичних положень і впливаючих із них — методично детермінованих — втручань.

Історико-персонологічна довідка

Як безпосередньо передуюче поведінковій терапії може розглядатися досить широке, орієнтоване на підтримку дисципліни й корекцію поведінки коло методів: це — не враховуючи низки форм шпитально-пеналогічної психотерапії XVI — XVIII сторіч, — і механо[психо]терапія, і прийоми, пізніше названі в рамках «психоортопедичними», і спостереження, отримані в рамках «психофізіотерапії» кінця XIX сторіччя, та багато інших; із найсучасніших її джерел слід назвати методи психотерапії, що базуються на принципах навчання, які з'явилися у другому десятилітті XX сторіччя і ввійшли до медичних анналів під назвою *умовно-рефлекторної терапії* (зокрема, В.М. Бехтерев (1915) [72]* прямо говорив про «психо-рефлекторну терапію»).

Сам термін «поведінкова [психо]терапія» починає вживатися з другої половини XX сторіччя. У 50 — 60-ті роки поведінкова психотерапія оформлюється як самостійний напрям. Існуючі на той час центри [дослідження й розвитку] містяться в ПАР (J. Wolpe (1915 — 1995) [73 — 75]*, A.A. Lazarus (нар. у 1932) [79 — 79]*, S.H. Rachman [80; 81]*), Англії (D. Shapiro (нар. у 1926) [82 — 85]*, A.J. Yates (нар. в 1925) [86 — 88]*, H.J. Eysenck (1916 — 1997) [89 — 93]*), США (N.H. Azrin [94; 95]*, J. Ayllon [96; 97]*).

1960-ті роки — період бурхливого розвитку поведінкової психотерапії: до початку 1970-х років у поведінковій терапії виділили 15 різних напрямків (L. Krasner) [98]*, які з часом злилися в єдиний.

Останнім часом вона застосовується не стільки в чистому вигляді, скільки в поєднанні з когнітивною формою раціонально-емоційної (інакше — раціонально-емотивної) терапії.

Щодо феноменології, то в рамках поведінкової [психо]терапії фактично панує єдиний феномен — *навчання*.

Феноменологія

Саме на *навчання* як основний феномен зорієнтовані всі методики поведінкової терапії. Проте навчання в понятійному полі поведінкової терапії з часом еволюціонує і все більше набуває рис *концепт-феномена*.

У принципі, тієї самої трансформації зазнає і складно-структурований, високоорганізований феномен, — а скоріш концепт, — *поведінки*.

Поняття й концепти

Основний концепт поведінкової [психо]терапії — *поведінка*. У той час як на перших порах під терміном «поведінка» розуміла-

є сукупність усіх зовнішніх реакцій, надалі до цього поняття почали включати й емоційно-суб'єктивні, мотиваційно-афектні та вербально-когнітивні прояви.

Першою сучасною теорією, покладеною в основу поведінкових методів, стало *класичне зумовлювання*, пов'язане з працями І.П. Павлова (1849 — 1936) [99]*. Павлов, як і основоположник біхевіоризму J.B. Watson (1878 — 1958) [100; 101]*, виключав значення проміжних змінних і обмежував дослідження подразниками зовнішнього світу та елементами зовнішньої ж поведінки (що виражалось формулою «стимул — реакція (поведінка)»).

У теорії *оперантного*, або *інструментального*, зумовлювання E.L. Thorndike (1874 — 1949) [102; 103]* і B.F. Skinner'a (1904 — 1990) [104]*, навпаки, підкреслюється значення стимулів, що мали [в минулому] позитивний чи негативний характер [закон ефекту], у виникненні й зміцненні різних форм поведінки. У цій теорії стимул набуває функціональних якостей *підкріплення*, яке підвищує силу реакції.

Для класичної поведінкової психотерапії проблема *[структури] особистості* — це, перш за все, проблема поведінки.

Синтетичні методи психотерапії, або *психотерапія «new wave»*, — це фактично комбіновані методики, більшість яких виявляє відношення наслідування з класичними методами⁵² і явні тенденції до інтегративно-асиміляційних процесів.

«Еріксонівський» гіпноз

«Еріксонівський» гіпноз — персоніфікована модифікація гіпнотерапії, сфокусована на експлуатації феномена [гіпнотичного] трансу.

Історико-персонологічна довідка

Автор і пропагандист методики — американський психотерапевт М.Н. Erickson (1901 — 1980), який унаслідок власних психофізичних дефектів акцентував емпатико-інтонаційні особливості та етолого-пантомімічне аранжування терапевтичного контакту.

Основні праці — «*Hypnotic Realities*», «*Hypnotherapy: An Exploratory Casebook*» [105]*, «*Experiencing Hypnosis*», «*Time Distortion in Hypnosis*» etc. [106]* — написані в співавторстві; дослід М.Н. Erickson'a узагальнений в чотиритомнику «*Collected Papers on Hypnosis*»: «*Nature*

⁵² «Еріксонівський» гіпноз — гіпноз; нейро-лінгвістичне програмування — сугестія; гештальт-терапія — психоаналіз (і психодрама); груповий аналіз — психоаналіз; трансактний аналіз — біхевіоризм і психоаналіз; когнітивно-біхевіоральна терапія — поведінкові методи; психоаналітично-орієнтована психотерапія — психоаналіз.

of Hypnosis and Suggestion» (I), «*Sensory, Perceptual and Psychophysiological Processes»* (II), «*Hypnotic Investigation of Psychodynamic Processes»* (III), «*Innovative Hypnotherapy»* (IV).

Феноменологія в рамках «ериксонівського» гіпнозу зводиться до різних станів зміненої свідомості, що називаються «трансовими».

Феноменологія

Таким чином, у межах «ериксонівського» гіпнозу відбувається цілком традиціоналістська орієнтація на бінарний феномен гіпнабельності / гіпнозу.

Деяко більшого, ніж у класичному гіпнозі, значення надається феномену [паралельних] «трансових станів» [з боку] психотерапевта, — проте принципово відмінні тільки позитивна оцінка і психотехнічна експлуатація подібних проявів.

Окрім того, редукований — а точніше, завуальований, прихований, — сугестивний компонент; відмова ж від феномена навіювання є декларативною.

Оскільки в рамках «ериксонівського» гіпнозу спеціальних теоретизацій не проводилося, — а, навпаки, постулювалася опора на практику, — то характерною рисою є існування лише нечисленних понять-концептів (точніше, певних аморфних концептуальних понять).

Поняття й концепти

Одним із центральних в «ериксонівському» гіпнозі є поняття / концепт *саногенних ресурсів*.

Концептуальні риси також мають поняття «*гіпнотичної індукції*».

Оскільки «ериксонівський» гіпноз є модифікацією методу-техніки, то уявлення про *структуру особистості* як такої в його рамках не продуціювалися.

Нейро-лінгвістичне програмування

*Нейро-лінгвістичне програмування*⁵³ (стійка аббревіатура — НЛП) є спроба експансії окремих концептів [нейро]лінгвістики в психокорекційну та управлінську практики.

⁵³ Термін «нейро-лінгвістичне програмування» слід писати саме через дефіс — унаслідок того, що йдеться про вербальне, лінгвістичне, «програмування» (за всієї аклінічності, антипсихіатричності, ятрогенності останнього терміна) нейросфери.

В основу методу покладено поєднання вербальної сугестії (прихованих команд), сугестивного потенціювання ідео-моторних стереотипів і ритмічних словесних структур; формули терапевтичного навіювання при цьому формуються побічно через уведення ключових слів до структури індиферентних за змістом речень.

Історико-персонологічна довідка

«Духовним батьком» нейро-лінгвістичного програмування називають М.Н. Erickson'a; власне метод розроблюється математиком R.W. Bandler'ом (нар. в 1950) і лінгвістом J. Grinder'ом (нар. в 1940) із 1975 року.

Основні праці — «*Reframing: Neuro-Linguistic Programming and the Transformation of Meaning*», [107]*, «*Trance-Formations: Neuro-Linguistic Programming and the Structure of Hypnosis*» [108]*, «*Structure of Magic*» [109]* etc.; численні тексти, присвячені НЛП, — це оброблені стенограми семінарів.

Стосовно *феноменології* нейро-лінгвістичного програмування слід зауважити, що запропоновані прийоми експлуатують окремі нейропсихологічні механізми.

Тезаурус НЛП в основному складається з досить довільних неологізмів; інші ж його основні поняття і концепти є редуційовані і вільно денотовані — для практичного використання — загальні нейропсихологічні поняття.

Поняття й концепти

Під концептом «*метамоделі*» в НЛП розуміється комплекс лінгвістичних засобів для збирання інформації, спрямованої на відновлення зв'язку мовлення й того досвіду, яким є це мовлення.

Моделюючі процеси — *узагальнення* (генералізація), *виключення* (стирання) та *викривлення*; вони виражені в певних лінгвістичних патернах; якщо вони обмежують, а не розширюють можливості вибору, то підлягають корекції за допомогою «метамоделі». Головне в «метамоделі» — форма комунікації.

Вибудова «метамоделі» дає змогу працювати у межах «зовнішнього» сенсорного досвіду, без опори на внутрішній досвід, — без розуміння, оскільки основою є *інтуїція*.

Ще один концепт — *репрезентативна система* [перероблення інформації]; переважачою системою — та, в [рамках] якої індивід найчастіше сприймає інформацію довшілля.

Базисні — концептуальні — постулати нейро-лінгвістичного програмування такі:

- формування «програм» і стереотипів поведінки відбувається через закріплення навіювань значущих осіб, са-

- мопрограмування та стресових переживань, супроводжуваних трансними станами свідомості;
- більша частина «програми» несвідома і невербалізована, проте відбита в глибоких мовленнєвих структурах; ця інформація може бути «зчитана» під час відповіді пацієнта на цілеспрямовано сформульовані запитання завдяки аналізу низки специфічних «формальних» мовних структур та невербальних проявів;
 - поведінкові патерни виконували і, вочевидь, продовжують виконувати адаптивні функції; можливе «програмування» нових, більш якісних стереотипів на підставі зміни особливостей переробки інформації і трансних станів пацієнта;
 - увага акцентується на «підстроюванні» до пацієнта і ефективних технологіях взаємодії; така орієнтація сполучається з визнанням самоцінності людини та принципом *pop posere*.

Структура особистості не проговорена, оскільки метод у плані персонології фіксований на виявленнях і корекції викривлень «метамоделі».

Гештальт-терапія

Гештальт-терапія (німецьке *Gestalt* — вид, [цілісна] форма; фігура) є синтетичним методом, який знаходиться на перетині психоаналізу, психодрами, тілесно-орієнтованої [психо]терапії, а також феноменологічного й екзистенціального підходів.

Історико-персонологічна довідка

Гештальт-терапія як метод психотерапії та психокорекції була запропонована F.S. Perls'ом (1893 — 1970) під впливом ідей гештальт-психології⁵⁴.

Уявлення про психологічну значущість «цілісної структури» з'явилися у Фредеріка Пьорлса в 1926 році під час роботи с Куртом Гольдштейном в Інституті воєнних мозкових травм. Одночасно він зацікавився психоаналізом і проходив його у Вільгельма Райха.

⁵⁴ Її представники — Max Wertheimer (1880 — 1943) [110]*, Kurt Koffka (1886 — 1941) [111; 112]*, Wolfgang Köhler (1897 — 1967) [113; 114]* — проводили експерименти з вивчення [структур] психології сприймання (1910-ті роки); пізніше Kurt Goldstein (1878 — 1968) [115; 116]* застосував гештальт-терапію у сфері [досліджень] мотивації поведінки.

У 1952 році Perls заснував у Нью-Йорку Інститут гештальт-терапії. Широкої відомості гештальт-підхід набув у каліфорнійський період життя Perls'a в зв'язку зі студентським «контркультурним рухом» у США кінця 1960-х років, спрямованим на пошук нових загальнолюдських і творчих цінностей.

Основні тексти гештальт-терапії — «*Ego, Hunger and Agression: The Beginning*» («*Его, голод і агресія: початок гештальт-терапії*») (1944) [117]* і «*Gestalt Therapy Verbatim*» («*Гештальт-терапія дослівно*») (1969) [118]*.

Гештальт-терапія орієнтується на концепт-феномен *інсайта* — психологічний феномен раптового, нового і нібито невиводжуваного з минулого досвіду розуміння / осягнення істотних відносин і структури ситуації в цілому, за допомогою якого здійснюється осмислене розв'язання проблеми.

Феноменологія

Концепт-феномен «інсайт» було введено в рамках гештальт-психології (W. Köhler) як антитезу до біхевіористського поняття «спроби й помилки»; у першому випадку розв'язання проблеми здійснюється миттєво, у другому ж — поступово, за допомогою довгих пошуків. Окрім того, для гештальтистів інсайт (і тут чітко видно риси концептуалізації) означає перехід до нової пізнавальної, образної структури, відповідно до якої відразу ж змінюється і характер пристосувальних реакцій.

Природним наслідком бідної феноменологічної бази є вікаруючий розвиток понятійно-концептного апарату.

Поняття й концепти

Основним для гештальт-терапії є, ясна річ, концепт *гештальта*.

Ще один важливий гештальт-психологічний концепт звучить як «*відношення фігури і фону*».

Теорія гештальт-психології стверджує, що перцептивне поле спонтанно організується як сукупність структурованих і значущих систем. Сприймання певного цілого не може бути зведене до суми сприйнятих стимулів, оскільки ціле — щось інше, аніж проста сума його частин. Тому для розуміння всього поведження чи ситуації важливий не тільки їхній аналіз, а й їхнє синтетичне бачення у зв'язку із загальним контекстом, або *фоном*, на якому відбувається подія, чи *фігура*. З огляду на це припускається, що *контекст* часто дає більше для розуміння ситуації, аніж текст. Поведження ж можна розглядати як зміну

в спрямованості фокуса уваги, його перенесення з «фігури» на «фон», і навпаки.

Згідно з ідеєю К. Goldstein'a людина й середовище в кожен конкретний момент складають єдине ціле (Gestalten), а отже, «співвідношення фігури і фону» можна використовувати з терапевтичними цілями для усвідомлення й мотивації людської поведінки. У момент максимального переживання чуття, що є «фігурою», — тобто домінує над рештою, — відбувається завершення гештальта. Якщо ж цього не відбувається, тобто гештальт залишається «незакритим», виникає «ефект незавершеної дії», або «ефект Зейгарник», домінуючий і визначаючий переживання й поведінку людини доти, поки гештальт не буде відреагований (тут, вочевидь, теорія гештальт-психології наближається до аргументів і апеляцій катартичного плану).

Поняття *прегнантність* означає тенденцію кожного психічного феномена набувати чіткої, завершені форми.

Інші концепти («закони») гештальта — *тяжіння частин до утворення симетричного цілого; групування частин у напрямку максимальної простоти, близькості, рівноваги* тощо.

Із екзистенціальної філософії (і психології) в гештальт-терапію прийшло поняття «тут і тепер»; для того щоб гештальт міг сформуватися, необхідне зосередження на нинішньому.

Будучи похідною від вибудованої на експериментально-психологічному матеріалі концепції, проте швидко придбавши риси доктринальності, гештальт-терапія не могла не торкнутися проблем персонології.

Структура особистості

Уявлення про [структуру] особистості в рамках гештальт-психології, а слідом і гештальт-терапії пов'язані з самим поняттям гештальта. У цілому, з певною огрубленістю можна вважати, що особистість в персонологічних поглядах гештальт-терапії зведена до сукупності гештальтів (гештальт-процесів) та їх функціонально-динамічних особливостей.

Груповий аналіз

Груповий аналіз (або *груповий психоаналіз*) як метод психотерапії є *психоаналіз груп*, котрі розглядаються як цілісні утворення — зі своїм власним колективним несвідомим; займаючи окрему терапевтичну нішу, груповий аналіз має свої традиції, і відповідно, специфічну теорію, техніку й показання до застосування.

Історико-персонологічна довідка

Термін «груповий аналіз» запропонований американським психоаналітиком Т. Burrow (1875 — 1950) [119; 120]*, який у 20-ті роки ХХ сторіччя розпочав проводити перехресний аналіз із колегами по роботі (до цієї групи зараховувалися й студенти університету). Експериментуючи з колективною моделлю, учасники досліджували вплив групи на процеси ідентифікації, — не враховуючи, що подібна процедура може мати якийсь терапевтичний ефект.

На початку 1930-х років подібні експерименти проводили: L. Wender [121]* (психоаналітичні й психопатологічні інтерпретації у шкільних класах) P. Schilder (1886 — 1940) [112; 123]* (групи пацієнтів, які проходили в нього індивідуальний аналіз), A. Wolf (нар. в 1907) [124; 125]* (перший теоретично оброблений дослід групового психоаналізу), S.R. Slavson (1890(1) — 1981) [126 — 129]* (групи з дітьми й підлітками).

Зрештою, ці перші спроби до групового аналізу, в сучасному його розумінні, можна віднести лише з часткою умовності, оскільки робилися вони або у вигляді теоретичного індивідуального аналізу в групах (Т. Burrow, L. Wender, A. Wolf), або навіть без достатнього психоаналітичного чи психокорекційного досвіду (S.R. Slavson).

Терапевтичний підхід, спрямований на групове подолання хворобливих проявів, виник у США в рамках руху груп самопомогі — «Анонімних Алкоголіків», або «АА-груп» (травень 1935 року).

Цікавий такий маловідомий факт: один із засновників «АА-групи» (R.H. Smith (1879 — 1950), хірург за спеціальністю)⁵⁵ консультувався напередодні з С.G. Jung'ом, в якого раніше — недосить, проте, успішно — проходив індивідуальний аналіз із приводу алкоголізму. Разом із рекомендаціями С.G. Jung'a «АА-групи» запозичили його теоретичні погляди. З цими поглядами в практику проникли ідеї *групової динаміки* як базового процесу.

Досвід роботи «АА-груп» знайшов в Англії інше вираження⁵⁶.

У Європі перші групи мали соціально-адаптуючий характер. J. Vieger [133]* організував психотерапевтичні клуби для стаціонарних і амбулаторних пацієнтів. Він відштовхувався від концепції групової роботи, запропонованої А. Adler'ом (1933): готовність до соціальної інтеграції і кооперації, основою якої є «відчуття спільності», дає змогу кожному індивіду-учаснику долати «комплекс малоцінності». Подібну ідеологію розвив і М. Jones (1907 — 1990) [134 — 135]*. Пізніше, у співавторстві з W.R. Bion'ом

⁵⁵ Інший засновник «АА-груп» — W.G. Willson (1895 — 1971) ініціалізував концепцію «Дванадцять кроків».

⁵⁶ Вказівки на те, що американський досвід роботи з групами був відомий у Європі, відсутні, — отже, процеси розвитку групового аналізу на обох континентах можна розглядати як паралельні. Провідними для групового аналізу в США є концепції Н. Kohut'a (1913 — 1981) [130; 131]* і О.F. Kernberg'a (нар. в 1928) [132]*.

(1897 — 1979), ним була запропонована модель «Норфільд» («Northfield»).

Поворотним пунктом в історії групового аналізу став повоєнний досвід «Тавісток»-школи (W.R. Bion [136]*, J. Rickman (1891 — 1951) [137]*, H. Ezriel [138]*, J.D. Sutherland (1905 — 1991) [139]* та інші).

Bion розпочав психотерапевтичну роботу з солдатами «без ведучого», у вигляді специфічної форми самопомоги. Разом із Rickman'ом «терапевти» відкрито співставляли власні невротичні проблеми з подібними у солдат.

Тільки після Другої світової війни, під впливом теоретичних розробок М. Klein, школа «Тавісток» уперше впровадила в терапевтичний процес концепцію аналізу «групи як цілого».

Із цього часу груповий аналіз отримує своє власне методичне, а потім і теоретичне забезпечення.

Починаючи з 1942 року, в Лондоні ініційовано ще чотири групи. Їх складають індивідуальні пацієнти S.H. Foulkes'a (1898 — 1976) — емігранта з Німеччини (1933). Ці групи відразу ж почали працювати в психоаналітичній конвенції, з чітким визначенням ролі ведучого. Наочно ознайомлений з досвідом американських колег (зокрема, L. Wender'a), Foulkes називає свій метод «груповим аналізом» і пропонує власний підхід. Завдяки теорії, що виростала безпосередньо із терапевтичної практики, цей підхід до кінця 1950-х років став, із інтеграцією досвіду інших шкіл, базовим [140; 141]*.

Пізніше в повоєнні роки груповий аналіз набув прибічників у Голландії і Франції, а потім і в Німеччині, Австрії та Швейцарії. На початку 1970-х років у Лондоні було засновано «Groupanalytic Society»; в Європі і США груповий аналіз поступово набуває статусу окремого психотерапевтичного (і освітнього) методу. Завдяки цьому створюються спеціалізовані інституції, де кандидати мають можливість отримати післядипломну кваліфікацію «груповий аналітик».

Важливе значення має концепт-*феноменологія* загальноаналітичної теорії і практики, а саме — *опір, захист, перенос, контрперенос*; проробка матеріалу переживань тощо. Оскільки ці аспекти значною мірою перегукуються з аналогічними в рамках індивідуального психоаналізу, предмет особливого розгляду становлять нюанси їх функціонування в групах.

Поняття й концепти групового аналізу — якщо обличити класичні уявлення психоаналізу і окремі «групові» уявлення Freud'a — виявляють явну залежність від теоретика-дослідника; в решті вони оформлені в цілісні понятійно-концептуальні платформи (які у рамках методу названі «концепціями»).

Поняття й концепти

Найвідомішими є концепції W. Bion'a і Foulkes'a, а також *геттінгенська модель*.

Теоретичні положення Bion'a важливі не тільки в історичному плані. З тими чи іншими трансформаціями вони застосовуються в груповому аналізі й нині, особливо в групах із масивними регресивними проявами. Подібно до всіх послідовників M. Klein, Bion концентрує свою увагу на найраніших порушеннях комунікацій та поведження і, відповідно до цього, на найглибших основах ураження [чуття] власної цілісності. У термінології M. Klein виражені форми регресії проявляють себе через тривогу і / або страх «психотичного рівня», тобто станів, в яких людина переживає загрозу втрати власної індивідуальності чи незалежності. Цей рівень — шизоїдно-параноїдної позиції — відповідає *превербальному* періоду розвитку дитини (перший рік життя) і характеризується появою здатності до символізації⁵⁷. У концепції групового аналізу Bion розглядає будь-яку групу в двох планах. Психічні прояви регресивного (глибокого несвідомого) рівня відповідають *фрейдівським первинним процесам*, які регулюються *потягами* (Тrieb'ами), *принципом задоволення* безпосередніх потреб. На цьому рівні будь-яка спільність функціонує як *базово-позиційна група* (basic assumption group). У переживаннях поверхневого (усвідомленого) рівня відображаються *вторинні процеси* (мислення, доцільне поведження); вони формуються під впливом вимог *реального зовнішнього світу*. Такий рівень Bion визначає як *робочу групу* (work group). Названі рівні перебувають у постійному динамічному протистоянні; їхні взаємодії проявляють себе у вигляді емоційно-афективної регуляції. З одного боку, початкові неструктурованість і неясність стосунків у групі викликають в учасників неусвідомлену стурбованість і тривогу, стимулюючи їх до пошуку «інтуїтивних», неусвідомлених форм самоорганізації перед обличчям небезпеки, безнадії чи безвиходу. Одночасно свідоме поведження і «робота» в групі блокуються емоційним напруженням, яке й виникає з огляду на названі причини: труднощі у виробленні групою компромісних форм захисту.

Bion виділяє три *базові позиції*, які формуються при взаємодії двох рівнів функціонування групи: *залежність* (dependency), *боротьба і втеча* (fight-flight), *утворення пар* (pairing). Перелічені позиції в більшості залишаються неусвідомлюваними, вказують на рівень регресії групи і є предметом пророблення.

Особливістю динаміки груп Bion'a є високий «тиск» бажання учасників досягти комфортного поведження за вираженої глибинної схильності до регресії в бік деіндивідуалізації та дезінтеграції.

⁵⁷ «Символ» у широкому розумінні цього слова означає «знак», що виражає сукупність різних, частіше асоційованих між собою значень. Проте значення грецького *символу* може мати відношення до комунікації. Тим самим здатність символізувати відображає подвійний процес, а саме — спілкування на рівні знаків, не обов'язково словесних, проте, навпаки, широкого спектра дії.

Очевидно, що за умов, коли членам групи доводиться думати про самозбереження і займатися «життєво важливими» переживаннями, їм нібито й ні до чого опікатися такими банальностями, як оповідь про власні життєві колізії чи обмін інформацією про симптоми, — на це бракує і місця, і часу. Звідси й впливає головний принцип концепції Віон'а, згідно з яким об'єктні стосунки в групі формуються не стільки між окремими учасниками, скільки між групою в цілому й аналітиком. Інакше кажучи, «драматургія» групового аналізу, згідно з Віон'ом, розгортається в надіндивідуальному полі, де переважна більшість інтервенцій та інтерпретацій спрямовується аналітиком на групу як цілісність; лише через аналіз групової ситуації учасники мають шанс відпрацювати свою власну, делеговану в загальний процес, актуальну на цей час частину переживань. Тому для аналітика в групі Віон'а важливими є не тільки вербальні «явні» і свідомі комунікації, а й невербальні способи поведінки, або так звана «сценічна панорама».

Груповий аналіз у розумінні й баченні S.H. Foulkes'a, завдяки своїй універсальності та власним теоретичним розробкам, є базовою моделлю, — у меншій мірі для європейської психоаналітичної спільноти.

В основу свого бачення Foulkes покладає поняття «трансперсональної групової матриці». Насправді Foulkes у своїй теорії спирається на два джерела:

а) гештальт-психологію (Wertheimer, Goldstein etc.), паралельно просуваючись із розвитком теорії поля К. Левіна [142; 143]*;

б) етнопсихологію McDougall'a (1871 — 1938), — з якої запозичує поняття «дух групи»⁵⁸.

Названі джерела поняття «матриця» дають змогу нині краще розуміти ширину кордонів застосування групового аналізу. Сама собою матриця, будучи «конденсатором» індивідуальних переживань в єдине, тісно переплетене колективне несвідоме, водночас відображає всі важливі прошарки функціонування групи: *персональний* (кожного окремого учасника), *трансперсональний* (взаємодії та взаємозв'язки учасників), *цілісно-груповий* («базових позицій» Віон'а), *соціальний* (сім'я, інституція, соціум, етнос). Тому впровадження в концепцію групового аналізу поняття «матриця» має ще ширше теоретичне й методологічне значення, а са-

⁵⁸ Зрештою, якщо безпосередній зв'язок концепції Foulkes'a з гештальт-психологією є загально визнаним, то посилань на вплив монографії McDougall'a «*The Group Mind*» [144]* сучасна література уникає. McDougall ще до Фрейд'а наводить детальні характеристики колективних несвідомих і напівсвідомих феноменів типу «групової самосвідомості», «групової ідеї» та «лояльності», «групового чуття й моралі». І хоча Foulkes, розглядаючи поняття «групової матриці», не згадує працю McDougall'a, його трактування особливостей «духу групи» явно вказує на близькість поглядів цих авторів.

ме — визнання за індивідуумом фундаментальної потреби в *спілкуванні та соціальній «пов'язаності»*. Інтерпсихічна динаміка окремих учасників відбувається в групі, згідно з Foulkes'ом, лише на рівні інтерперсональних [концепт-]феноменів і виявляє себе як *численні переноси*. Відповідно, групова дія («актуальні групові взаємини», за Foulkes'ом) відображає мультиперсональну мережу (multipersonal network) психічних конфліктів. Таким чином, учасники групи є своєрідними «опорними пунктами» цієї загальної мережі; вони водночас і продукують матрицю, і виражають своїми переживаннями — кожен окремо — колективне несвідоме групи. Тому, як вважає Foulkes (і більшість сучасних аналітиків), висловлювання в групі *не мають і не можуть мати форми вільних асоціацій*. Їх слід розглядати як *вільно плаваючі дискусії* (Foulkes, 1948), які щоразу все більш центруються довкола безпосередніх стосунків у групі («тепер»). Завдяки цьому матриця створює безпечне поле для *прямого* вираження конфліктів — носіїв усієї гами класичних психоаналітичних концепт-проявів: опору, захисних механізмів, численних переносів і відповідних форм регресії.

Зрозуміло також, що аналіз групи в моделі Foulkes'a відбувається по черзі у двох напрямках: або в бік цілісної матриці, коли інтервенції та інтерпретації зорієнтовані на запитання: «Як і що відбувається в групі?», або ж у напрямку окремих учасників, — тобто реконструкції персональних переживань. У першому випадку ведучий працює із загальногруповим полем, у другому — з фігурою.

Важливим внеском до практичної частини групового аналізу є проробка Foulkes'ом таких питань, як: «рамочні умови» (сетинг), показання до терапії, склад і розміри групи; тривалість, частість зустрічей та завершення роботи; можливості об'єднання індивідуальної і групової терапії, а також ролі й функції ведучого.

Серед визнаних моделей психоаналітичної групової психотерапії необхідно назвати згадану вже *геттінгенську модель*, пророблену німецькими авторами (A. Heigl-Evers, F.S. Heigl, 1973 [145]*; K. König, 1991 [146]*, та деякі інші). Головною відмінністю цієї моделі є принцип підлеглості групової тактики різним типам хворобливих проявів чи проблем учасників. Технічні й позиційні варіанти стосуються всіх можливих аспектів групового аналізу.

K. König називає такі варіативні відмінності.

«Прозорість» (транспарентність) терапевта — може простягатися від максимальної нейтральності до оголення своїх актуальних переживань і епізодів власної біографії.

Спосіб комунікації ведучого — або з переважанням метафоричних, або безпосередньо описових, чи навіть «природних» розмовних компонентів інтервенції.

Структуризуючі аспекти терапевтичного поводження такі. Вплив ведучого на членів групи може бути досить директивним: зокрема, коли він, наприклад, чітко декларує свої очікування щодо

учасників. Проте терапевт може домогтися такого самого ефекту завдяки своїм можливостям невербальної комунікації чи гнучкості у використанні власної «прозорості».

Розподіл терапевтичної роботи між терапевтом і пацієнтом може коливатися від полюса, на якому ведучий групи бере на себе більшу частину навантаження, до полюса, де значна роль відводиться самим учасникам (концепція Foulkes'a).

«*Поле*» *сприйняття терапевта*, будучи «багатоплоскісним», може розподілятися в різних напрямках. У певні моменти ведучий звертає увагу на ті феномени, що заперечують або підтверджують його теоретичні погляди і безпосереднє бачення групового процесу. Терапевт може змінювати «кут зору», сприймаючи на передньому плані загальногрупову сцену,— або концентруватися на окремих, найгостріших інтеракціях, або ж зосередитися на певний час на окремих проблемах.

Вибір теоретичних обґрунтувань варто розглядати не як еkleктичне «розмивання» вибраної аналітиком концепції, а як можливість краще розуміти і пояснювати різноманітні феномени з різних points de vue.

Чинники «рамкових умов» (setting'у) — перш за все такі, як частість занять групи, тривалість однієї «години», амбулаторний чи стаціонарний варіанти роботи, тощо,— можуть зазнавати певних видозмін залежно від конкретних і чітко обґрунтованих потреб групи.

Наведені модифікації можна поширити на будь-які інші параметри групової терапії. Важливим, проте, є дотримання терапевтом відповідного концептуального «стилю» роботи.

Геттінгенська модель передбачає два варіанти *глибини проробки* курируваних розладів. *Психоаналітично-орієнтований* стиль не допускає глибокої регресії в групі, фокусується на пресвідомих (pre-conscious) переживаннях, допускає й прямі директивні, і недирективні інтервенції і спрямований на подолання особистісних, характерологічних та невротичних проявів. *Аналіз у групах* (інтеракційний підхід) припускає масивні регресивні зрушення, є недирективним, концентрується довкола несвідомих (unconscious) процесів і вживається для проробки розладів широкого спектра.

Структура особистості в рамках групового аналізу розглядається винятково крізь призму групових феноменів і процесів.

Трансактний аналіз

Трансактний аналіз — це психотерапевтичний метод, який ґрунтується на дослідженні та розігруванні типових ситуа-

цій, в якому основними прийомами є *відпрацьовування ритуалів, процедур і розваг*, а також — *життєвих сценаріїв*.

Історико-персонологічна довідка

Метод запропонував Е. Берне (1910 — 1970). Основні тексти — «*Transactional Analysis in Psychotherapy*» («*Трансакційний аналіз в психотерапії*») (1961) [147]*, «*Games People Play: The Psychology of Human Relationships*» (1964) [148]* і «*What Do You Say After You Say Hello? The Psychology of Human Destiny*» (1972, посмертно) [149]*, (у перекладі об'єднані у виданні «*Ігри, в які грають люди. Психологія людських взаємин*» та «*Люди, що грають в ігри. Психологія людської долі*» [150]*), «*Beyond games and scripts*» («*За межами ігор та сценаріїв*») (1976, посмертне видання) [151]* та деякі інші.

Для трансактного аналізу характерна орієнтація — навіть своєрідна редукція — в бік інсайт-феноменології.

Феноменологія

Трансактний аналіз орієнтований на концепт-феномен *усвідомлення-інсайту*, який, з урахуванням [понятійно-дискурсивної і технічної] специфіки методу, правильніше називати *скрипт-інсайтом*.

У рамках методу запропоновано низку понять і концептів, де, незважаючи на претензії на специфічність, чітко простежуються класичні психоаналітичні ідеї та низка положень біхевіоризму; численні традиційні терміни всього лише інакше денотовані.

Поняття й концепти

Одним із основних у трансактному аналізі є концепт «ранніх розв'язань» (із приводу життєвої позиції). Припускається, що сформований під їхнім впливом «сценарій»⁵⁹ зберігається впродовж усього життя; отже, певні стереотипи, які колись були не-

⁵⁹ «Сценарій», або «життєвий план», порівнюється зі спектаклем, який індивід мусить постійно грати. Він залежить від позицій, прийнятих у дитинстві, й фіксується в дитячому «Его-стані» через трансакції, що відбуваються між батьками і дитиною. «Ігри», в які «грають» люди, є частинами «сценаріїв». Аналіз персонального «сценарію» є основним змістом трансактного аналізу; усвідомивши свої «позиції» та «ігри», індивід може зрозуміти, а отже, і змінити свій життєвий «сценарій».

Первісно, у раннім дитинстві, «сценарій» пишеться невербально, потім діти отримують від батьків вербальні сценарні повідомлення, які можуть стосуватися як загального життєвого плану, так і різних сторін життя: дитині прописується професійний «сценарій», «сценарії» маскулітності / фемінності та матримонального поведіння, «сценарії» освіти, захопленя та інші.

обхідні для «психологічного виживання» дитини, впливають на теперішнє поведіння, хоча зараз уже в більшості марні.

Під *трансакцією* в трансактному аналізі розуміється будь-яка взаємодія (комунікація) поміж людьми. Початок трансакції називається *стимулом*, відповідь — *реакцією*.

Важливим є також поняття «*психологічної позиції*», яким визначається ставлення індивіда до себе й інших у рамках дилеми «благополуччя / неблагополуччя»; ця позиція може бути *гармонійною*, або *симбіотичною*, *деструктивною*, *депресивною*, *захисною* та *реалістичною*.

Ще одне поняття трансактного аналізу — «*структурування часу*»; Е. Верне говорив про існування шести різних способів проведення часу в групах (парах); «догляд», «ритуали», «розваги», «діяльність», «ігри», «інтимність».

У трансактному аналізі прийнята традиційна для психоаналізу і деяких інших методів культурально-детермінована трикомпонентна структура особистості — модель «Его-станів», або модель «батько — дорослий — дитина»; підкреслюється, проте, що «Его-стани» — це не *ролі*, а *поведінкові стереотипи* — «феноменологічні реальності», поява, активація яких провокується конкретною ситуацією.

Структура особистості

Згідно з моделлю «батько — дорослий — дитя», «Его-стани» особистості такі: *батько* (екстеропсихе), *дорослий* (неопсихе), *дитя* (археопсихе).

«Его-стан» *батько* інспірований інформацією, одержаною в дитинстві від батьків та інших значущих осіб з оточення дитини; це настанови, повчання, соціальні нормативи, заборони — в цілому, правила поведіння за різних ситуацій. Для цього стану характерні певні висловлювання з кола заборон і санкцій, повинностей та моралізацій, оцінювальних суджень та опіки.

«Его-стан» *дитя* асоційований з уявленнями про дитячу емоційність і, водночас, конформність (природність та адаптація). Маркерами цього стану визначаються висловлювання, що виражають чуття, бажання, побоювання тощо.

Під «Его-станом» *дорослий* розуміється здатність індивіда об'єктивно оцінювати дійсність за інформацією, отриманою в результаті власного досвіду, і на ці підставі приймати незалежні (й адекватні ситуації) рішення.

Таким чином, *батько* — «подана концепція життя», *дитя* — «концепція життя через чуття», а *дорослий* — «концепція життя через мислення».

Когнітивно-біхевіоральна терапія

Когнітивно-біхевіоральна терапія, або *моделювання поведінки*, будучи синтезом поведінкових методів із теорією [переробки] інформаційних дій, є навчальною практикою, спрямованою на формулювання в пацієнтів нових патернів поведінкових реакцій.

Історико-персонологічна довідка

Когнітивно-біхевіоральна терапія є модифікацією поведінкової психотерапії, проте якісно від неї відмінною.

Наступний за теорією *оперантного*, чи *інструментального*, зумовлення Е.Л. Thorndike і В.Ф. Skinner'а етап розвитку поведінкової терапії пов'язаний зі спробою введення обліку проміжних змінних, розташованих між «стимулом» та «реакцією»; при цьому такі *внутрішні зміни* розглядаються як приховані реакції на зовнішні подразники (саме їх «приховування» і виключало зв'язок із зовнішніми подразниками).

Внутрішні зміни — це перш за все думки й уявлення, що керують іншими процесами, наприклад емоційними чи мотиваційними.

У плані такого розуміння наприкінці 60-х — на початку 70-х років ХХ сторіччя були запропоновані нові методики, що ввійшли до літератури під назвою «приховане кондиціонування» / «приховане зумовлення» (J.R. Cautela, 1967 [152]*), «прихований контроль» (L.E. Homme, 1965 [153]*), «саморегуляція» (F.H. Kanfer (1925 — 2002), 1970 [154]*).

Проте запропоновані ідеї намагалися поширити на пізнавальний (інформаційний) аспект теорії класичного й оперантного зумовлення механістично, щоб заздалегідь приректи ці спроби на невдачу).

У 1960-ті роки на розвиток поведінкової психотерапії вплинула теорія [соціального] *навчання через спостереження* (А. Bandura (1925—1988) [155; 156]*). Було показано, що лише спостереження за моделлю створює можливість сформулювати нові стереотипи поведінки, раніше відсутні у тварини чи людини. Надалі це призвело до теоретичних узагальнень, що здобули назву *концепції самоефективності*.

Наступний відступ від первісної парадигми поведінкової [психо]терапії («стимул — реакція»), в якому «когніції» розглядалися як проміжні зміни, як структуруючі й регуляційні компоненти емоційних, мотиваційних та моторних процесів, відбивають теорію А. Ellis'а (1913 — 2007) [157 — 159]* і А.Т. Beck'а (нар. в 1921) [160; 161]*.

У концепції *раціонально-емотивно-поведінкової [психо]терапії* (rational emotive behaviour counselling) Ellis'а (від 1955 року називалася «раціональною терапією»; з 1961 року — «раціонально-емотивною терапією»; сучасна назва введена в обіг у 1993 році) головною проміжною змінною, що робить зрозумілим зв'язок між

стимулом і поведінкою, є раціональні й ірраціональні «когніції». У концепції *когнітивної психотерапії* (когнітивне консультування) Бек'а визначальною змінною є реалістичні й нереалістичні (пов'язані з помилками в когнітивних висновках) «когніції».

Обидва автори визначають зв'язок когнітивних і поведінкових змінних за домінуючого значення перших. Із їхньої точки зору центром дії психотерапії мають бути проміжні когнітивні змінні.

Спроба інтеграції когнітивного й поведінкового підходів пов'язана з ім'ям D.H. Meichenbaum'a (нар. в 1940) [162 — 164]* і його колег, чий праці можна розглядати як подальший розвиток ідей А.Р. Лурія (1902 — 1977) [165 — 167]* і Л.С. Виготського (1896 — 1934) [168]* про «внутрішню мову». Розроблені Meichenbaum'ом «методика самоінструктування», «щеплення проти стресу» постають як способи оволодіння «внутрішньою мовою», у вигляді «самовербалізації». (Варто зауважити, що емоційно-вольове тренування за А.Т. Філатовим також передбачає внутрішнє проговорювання вербальних формул.)

Аналогічний напрямок праць M.J. Mahoney (1946 — 2006) [169; 170]*, який розглядав когнітивні змінні («експектації») та їхні модифікації як головний об'єкт і ціль когнітивно-поведінкової психотерапії («персональна наука» («personal science») Mahoney).

Феноменологія когнітивно-біхевіоральної терапії зберігає тенденцію до фіксації на концепт-феномені *навчання / привчання*.

Феноменологія

У рамках когнітивно-поведінкової психотерапії зберігається орієнтація на концепт-феномен *навчання*, або *привчання* (останній термін вважається навіть більш коректним).

У раціонально-емоційно-поведінковій та когнітивній психотерапії визнається концепт-феномен *інсайту*, що розглядається як процес встановлення залежності між життєвими подіями й психологічними реакціями; він пов'язаний із виявленням значень, які пацієнт надає зовнішньому оточенню та внутрішнім чуттям.

Як і в усіх синтетичних методах, у когнітивно-біхевіоральній психотерапії понятійно-концептуальна платформа переважає над феноменною базою. Новацією порівняно з поведінковою терапією є орієнтація на так звану «соціально-когнітивну теорію».

Поняття й концепти

«Соціально-когнітивна теорія» описує вплив соціуму на думки й дії людей та роль когнітивних процесів у формулюванні мотивацій, емоцій і в діянні, вона постулює низку [основних] когнітивних властивостей, що утворюють базис [соціального] функціонування людини. До них належать:

- *символізація* — вміння перетворювати свій досвід у символи і обробляти їх;
- *передбачення* — здатність прогнозувати наслідки своїх дій и вибудови мети;
- *опосереднення* — вміння, які фактично є основою людського навчання, використовувати не прямий досвід, а спостереження за поведінкою інших людей та її наслідками; опосереднене навчання скорочує час, необхідний на здобуття потрібних навичок;
- *саморегуляція* — здатність до розвитку внутрішніх стандартів, за допомогою яких оцінюється власна поведінка;
- *самоаналіз* — можливість рефлексивної самосвідомості, аналізу свого досвіду й оцінювання адекватності своїх розумових процесів.

Поняття *агентності* означає [інтегративну] здатність здійснювати самоуправління через контроль над власними розумовими процесами, мотиваціями та діями; воно концептуалізоване в поняттях: *автономної агентності* (люди є цілковито незалежними агентами своїх дій); *механічної агентності* (базується на детермінатах довкілля); *взаємодіючої агентності* (виникає на основі попередніх типів і є моделлю «соціально-когнітивної теорії»).

Основні концептуальні положення когнітивно-біхевіоральної терапії полягають у такому:

- 1) чимало поведінкових проблем є наслідками прогалин у навчанні й вихованні;
- 2) існують реципрокні взаємовідносини між поведінкою та середовищем;
- 3) з точки зору теорії навчання (A. Bandura), випадковий досвід залишає значно глибший особистісний слід, ніж це припускалося в традиційній поведінковій моделі «стимул — реакція»;
- 4) моделювання поведінки — це водночас навчаючий і психотерапевтичний процес; когнітивний аспект є вирішальним у ході навчання; дезадаптивна поведінка може бути змінено за допомогою прийомів самоосвіти, що активізують когнітивні структури.

Структура особистості

Персонологічні уявлення когнітивно-поведінкової психотерапії помітно розрізняються залежно від модифікацій останньої, проте всіх їх відрізняє явна гіперболізація когнітивних (когнітивно-емоційних) процесів, крізь призму яких розглядаються традиційні для поведінкових методів феномени, поняття, концепти — поведінка, навчання, підкріплення, досвід etc.

Екзистенціальна («гуманістична») психотерапія

Збірною назвою *екзистенціальна психотерапія* (від латинського *ex[s]istentia* — існування — в А. Augustinus'a та інших) позначені психотерапевтичні підходи, в яких робиться наголос на «свободі волі», розкутості й розвитку особистості, усвідомленні відповідальності за обрання життєвого шляху і формулювання внутрішнього світу.

Історико-персонологічна довідка

Усі «гуманістичні» психотерапевтичні підходи генеалогічно сягають філософії, а точніше, світогляду екзистенціалізму, засновником якого вважається S.A. Kierkegaard (1813 — 1855) [171]*. У другій половині XX сторіччя актуальними стають написані значно раніше праці М. Heidegger'a (1889 — 1976) [172]*, К. Th. Jaspers'a (1883 — 1969) [173]*, G. Marcel'я (1889 — 1973) [174]* та інших. Пізніше М. Heidegger, а слідом за ним J.-P. Sartre (1905 — 1980) [175 — 177]*, М. Merleau-Ponty (1908 — 1961) [178; 179]* та інші завдяки феноменологічному методу [аналізу] перетворили екзистенціалізм в систематичну онтологію, тобто в «учення про буття».

Кордони екзистенціальної психотерапії не визначені, і в літературі можна натрапити на кілька варіантів її розуміння.

У вузькому розумінні термін «екзистенціальна психотерапія» звичайно згадується, коли йдеться про так званий «екзистенціальний аналіз» V.E. Frank'a (1905 — 1997) [180 — 183]*.

Іноді виділяють навіть *екзистенційно-«гуманістичний» напрямок*, — представником якого називають R.R. May (1909 — 1994) [184 — 187]*.

До екзистенціальної психотерапії відносять також *дазайн-аналіз* («аналіз буття», «аналіз існування») L. Binswanger'a (1881 — 1966) [188; 189]*.

Незважаючи на використання синонімічних визначень у назвах згаданих напрямків, образ мислення і склад понять у них дещо розрізняються.

У значно ширшому змісті під екзистенціальною психотерапією розуміється «гуманістичний» напрямок у психотерапії в цілому, а зокрема — «клієнт-центрована» («центрована на клієнті») психотерапія С.Р. Rogers'a (1902 — 1987) [190; 191]* (власне, саме вона і є психотерапевтичним методом).

Екзистенціальна психотерапія не спирається на специфічну психотерапевтичну *феноменологію*, і всі введені терміни мають понятійно-концептне метапсихологічне наповнення (навіть такий поширений у психотерапії різних парадигм концепт-феномен, як *усвідомлення*).

На відміну від класичних методів, в екзистенціальній психотерапії винятково більше позитивне значення — порівнюване, можливо, тільки з аналогічним у рамках «еріксонівського» гіпнозу — надається феноменам [«з боку»] психотерапевта».

Поняття й концепти

Аутентичність (грецьке *ἀυτηνδικος* — справжній) — поняття, актуалізоване в «гуманістичній» психології та психотерапії, — це здатність до рольової деіндентифікації, що дає змогу проявлятися справжнім, властивим тільки цій особистості думкам, емоціям і поведженню. (Як синоніми поняття виступають такі визначення як «повноцінно функціонуюча особистість» (C.R. Rogers), «свобода» (G.W. Allport (1897 — 1967) [192 — 195]*), «самоактуалізація» (A.H. Maslow (1908 — 1970) [196]*), «самість», «цілісна особистість» (F.S. Perls), «конгруентність» (J. Grinder, R. Bandler).)

За Rogers'ом, аутентичність — це здатність людини в інтерактивному спілкуванні відмовлятися від різноманітних соціальних ролей (психотерапевта, професіонала, педагога, керівника etc.); поряд зі здатністю до *безумовного прийняття* та *емпатії* аутентичність є обов'язковою складовою ефективного людського спілкування.

З точки зору психологічного наповнення, концепт-поняття «аутентичність» можна визначити як узгоджений, цілісний, взаємопов'язаний прояв основних психологічних процесів і механізмів, зумовлюючих особистісне функціонування. Прояв чи непрояв аутентичності з цієї позиції спостерігається при стиканні особистісних мотивів та інтересів із соціальними нормами і домінуючими тенденціями суспільної свідомості. За такої ситуації аутентичне поведження припускає цільне переживання безпосереднього досвіду, не викривленого [психологічними] захисними механізмами. Людина захоплено сприймає те, що відбувається, а потім безпосередньо виявляє своє емоційне ставлення. Її думки й дії узгоджені з емоціями.

У напрямках психології, розроблюючих формальні структури комунікації, поведінка такої людини оцінюється як «конгруентна» (тобто, з точки зору стороннього спостерігача, інформація, що надходить від неї вербальним і невербальним каналами, є узгодженою).

Найважливішим для «клієнт-центрованої» психотерапії Rogers'a є поняття *емпатії* (від німецького *Einführung* — проникнення [в сутність]), що означає розуміння емоціонального стану пацієнта за допомогою співпереживання, проникнення в його суб'єктивний світ.

Ясна річ, в екзистенціальній психотерапії загально-персоналістичним поглядам, — як це впливає із самого визначення «гуманістична», — відводиться досить солідне місце.

Структура особистості

У концепції особистості, запропонованій Rogers'ом, деякі аспекти досвіду індивіда у процесі його розвитку набувають характеру, символізованого в усвідомленні буття. Це те, що Rogers називає «Я-досвід». У міру взаємодії з довкіллям, зокрема зі значущим оточенням, «Я-досвід» поступово розвивається в «Я-концепцію» («реальне Я», тобто уявлення про себе). Іншою важливою ланкою є «ідеальне Я» — уявлення про те, якою людина хотіла б бути. «Ідеальне Я» значною мірою формується під зовнішнім впливом, під дією норм та цінностей, нав'язуваних людині оточенням і не завжди узгоджуваних з її власними потребами й прагненнями, з її «реальним Я».

У міру усвідомлення «Я» в індивіда розвивається потреба в позитивній оцінці. Ця потреба, на думку автора, має центральний характер і є всеоб'ємною й постійною. Заради збереження позитивної оцінки з боку оточуючих індивід розпочинає фальсифікувати деякі з оцінок, що їх переживає, і сприймати їх тільки за критерієм цінності для оточуючих. Виникає суттєва перепона на шляху розвитку психологічної зрілості індивіда як самоактуалізуючої особистості, і формується невротичне поведіння. (А протилежністю «невротичної особистості» є певна ідеальна «аутентична особистість»).

Фрустрація потреби в позитивній оцінці (самооцінці) породжує тривожність. Рівень тривожності залежить від ступеня загроз «Я-структурі». У разі, коли процес захисту неефективний, переживання цілковито символізується в усвідомленні, а цілісність «Я-структури» руйнується цим переживанням інконгруентності. У результаті настає стан дезорганізації. Такому розумінню особистості і порушень її функціонування відповідають (і навіть підлягають) і розроблені Rogers'ом основні принципи клієнт-центрованої психотерапії.

Психоаналітично-орієнтована психотерапія

Психоаналітично-орієнтована психотерапія, по суті, є редукований, перш за все стосовно тривалості процесу, і модифікований — у напрямку емпатичності й синтетичності [технік] — психоаналіз, який завершується з досягненням інсайту (своєрідний абортивний емпатичний інсайт-психоаналіз).

Як синоніми психоаналітично-орієнтованої психотерапії в літературі використовуються такі, досить численні, синтагми: «психоаналітична психотерапія», «[психо]динамічна психотерапія», «інсайт-орієнтована психотерапія», «експлоративна психотерапія» etc.

Історико-персонологічна довідка

Підходи й концепції, методики й техніки психоаналітично-орієнтованої психотерапії персоніфіковані навіть дещо більшою мірою, ніж у рамках інших психотерапевтичних парадигм.

Найвідомішими в психоаналітично-орієнтованій літературі є:

- «вольова терапія» О. Rank'a (1884 — 1939) [197; 198]*;
- активна аналітична терапія W. Stekel'я (1888 — 1940) [199]*;
- інтерперсональна психотерапія H.S. Sullivan'a (1892 — 1949) [200]*;
- «інтенсивна психотерапія» E. Fromm-Reichmann (1889 — 1957) [201];
- характерологічний аналіз K. Horney (1885 — 1952) [202]*;
- «гуманістичний психоаналіз» E.P. Fromm'a (1900 — 1980) [203; 204]*;
- «Его-аналіз» M. Klein (1882 — 1960) [205]*;
- Чиказька школа психоаналізу F.G. Alexander'a (1891 — 1964) і Th.M. French'a (1892 — 1974) [206]*;
- «секторна терапія» F. Deutsch'a (1884 — 1964) [207]*;
- «об'єктивна» психотерапія за В. Karpman'ом (1886 — 1962) [208]*;
- короткострокова (short-term, brief) психотерапія P.E. Sifneos'a (1920 — 2008) [209; 210]*; D.H. Malan'a (нар. в 1922) [211]*; L. Bellak'a (1916 — 2000), L. Small'a (1913 — 1982) [212]*;
- психобіологічна терапія A. Meyer'a (1866 — 1950) [213]*;
- біодинамічна концепція J.H. Masserman'a (1905 — 1994) [214 — 216]*;
- «адаптаційна психодинаміка» S. Rado (1890 — 1972) [217]*;
- гіпноаналіз L.R. Wolberg'a (1905 — 1988) [218]*;
- характерологічний аналіз W. Reich'a (1897 — 1957) [219; 220]*.

Унаслідок поступової втрати ізоляціоністськи-пуристських рис і різкого — середовищного — зростання інтенсивності тенденцій до формування і застосування синтетичних форм, психоаналітичні способи й навіть [психо]техніки — через їхню безумовно діагностичну цінність і методичну привабливість — усе частіше почали інтегруватися в різноманітні психотерапевтичні та психокорекційні системи.

Цей процес, сполучений із сепарацією психотехнічних прийомів та елімінуючих метапсихологічних і персонологічних поглядів психоаналізу, нині уявляється вже незворотним.

Феноменологія

Як уже згадувалося, стосовно психоаналітично-орієнтованої психотерапії вживається, серед інших, епітет «інсайт-орієнтована», — що, вочевидь зумовлено центральною психотехнічною та саногенною роллю концепт-феномена *інсайту*.

У психодинамічній психотерапії інсайт-орієнтовані бесіди розпочинаються з аналізу симптомів, потім акцент переноситься на емоційні стани, здійснюється перехід до інсайту з урахуванням зв'язку емоційних станів та життєвої ситуації, далі — до особистісних стереотипів та уявлень, що створили цю життєву ситуацію, і, зрештою, до досвіду раннього дитинства.

Для досягнення інсайту, а також дослідження функціонування особистості хворого потрібне різнобічне вивчення походження невротичних стереотипів та уявлень як пояснювальних реакцій і способів адаптації до психотравмуючого досвіду раннього періоду розвитку. Інсайт взаємопов'язаний з інтерпретаціями, за допомогою яких пацієнт поступово підводиться до усвідомлення впливу «едіпового комплексу» на походження своїх проблем. У результаті в пацієнта настає раптове прозріння, «інсайт», — і в свідомості виникають зв'язки між існуючими проблемами, жахами, «едіповськими» пориваннями, переносом у взаєминах із психоаналітиком тощо. Наступне перероблення інсайту призводить до відповідних особистісних змін пацієнта.

Інші психоаналітичні концепт-феномени і процедури центровані довкола [досягнення] концепт-феномена інсайту. Взагалі, концептна база досить широка, — адже численні «комплекси» психоаналізу — це також концепти.

Поняття й концепти

Концепти *конфлікту* й *компромісу* — це відтворення психічних процесів, що становлять зусилля, спрямовані на досягнення рівноваги, яке задовольняє «бажання» й «запити» усіх аспектів психіки. Симптоми, риси характеру, сновидіння, перенос — все це «компроміси» різного ступеня складності, які виражають елементи *бажання*, *захисту* і *покарання*.

За будь-якої форми психотерапії, — як і за усілякого міжособистісного спілкування, — існує потенціал для зміни форми компромісу (залежно від трансформації різноманітних компонентів). Як за спонтанних, неумисних соціальних взаємин, так і за науково обгрунтованої, планової психотерапії індивід може використовувати взаємодії, аби відчувати себе більш задоволеним, менш тривожним, забезпеченим, позбавленим чуття вини або, навпаки, засудженим, покараним, знедоленим тощо.

У будь-якому випадку існуючі раніше симптоми, риси, перепони можуть стати більш-менш інтенсивними, зникнути або ж бути замінені.

Якщо психотерапевт сприймається як «добрий батько» — котрий підтримує, утішає, знебезпечує, багато прощає й дозволяє, — то баланс між компонентами компромісу може змінюватися, часто в бік полегшення симптомів. Якщо ж лікар у змозі мобілізувати пацієнта і допомогти йому використати наявні психічні резерви, досягається нова — і більш адаптивна — рівновага.

За інтенсивних, експресивних форм аналітичної психотерапії, частих і тривалих, особисті взаємини пацієнта й психотерапевта створюють унікальну можливість нового дослідження людських стосунків. Більш ефективні форми поведження можуть бути за-своєні методом проби і помилок у безпечній та «дозвільній» атмосфері лікування, — а коли вони інтегруються завдяки ідентифікації з психотерапевтом, це може спричинити стійкі особистісні зміни.

У рамках психоаналітично-орієнтованої психотерапії зберігаються в цілому ті ж самі, що й у класичному психоаналізі, уявлення про *структуру особистості*.

Групова психотерапія, — як це цілком явно впливає із її назви, — ґрунтується на групових феноменах.

Групова [психо]терапія

Під *груповою [психо]терапією* розуміється психотерапевтичний метод (а точніше, ціла сукупність методів, що сягає рівня парадигми), який полягає в цілеспрямованому використанні комплексу взаємин і взаємодій, що виникають між учасниками групи, не виключаючи психотерапевта, — *групової динаміки*, — з лікувальною метою стосовно кожного з пацієнтів-учасників групи.

Поряд з іншими психотерапевтичними методами групова психотерапія вживається в рамках різноманітних теоретичних орієнтацій (точніше, психотерапевтичних парадигм), які визначають її своєрідність і специфіку: конкретні цілі й завдання, змістовний бік та інтенсивність процесу, тактику психотерапевта, психотерапевтичні мішені, вибір методичних прийомів тощо.

Як самостійний метод групова психотерапія виступає в тому розумінні, що розглядає пацієнта у *соціально-психологічному плані*, в контексті його взаємостосунків та взаємодій з оточуючими, — розсуваючи тим самим межі психотерапевтичного процесу і фокусуючись не тільки на індивіді та його внутріособистісній проблематиці, а й на індивіді в сукупності його реальних контактів і зв'язків із довкіллям.

Взаємини і взаємодії, в які вступає пацієнт у групі, значною мірою відображають як такі у його повсякденні, оскільки група постає як модель реального мікросоціального оточення, — де пацієнт проявляє ті самі взаємини, настанови, цінності, ті самі

способи емоційного реагування і ті самі поведінкові реакції. Використання групової динаміки спрямоване на те, щоб кожен учасник мав змогу проявити себе, а також на створення в групі ефективної системи зворотного зв'язку, що створює можливість пацієнту адекватніше й глибше зрозуміти самого себе, побачити власні неадекватні стосунки й настанови, емоціональні та поведінкові стереотипи, які проявляються в міжособистісній взаємодії, — та замінити їх в атмосфері доброзичливості і взаєморозуміння.

Слід також детальніше зупинитися на відмінностях *індивідуальної* і *групової* психотерапії, що дає змогу останній займати особливе становище серед інших методів психотерапії.

Спірання на групову динаміку і міжособистісну взаємодію часто формує уявлення, згідно з яким групова психотерапія спрямована на переробку конфліктів у сфері міжособистісної взаємодії, тим часом як індивідуальна — на розкриття і перероблення глибинного, внутрішньоособистісного конфлікту.

Проте групова психотерапія в рамках конкретного психотерапевтичного напрямку вирішує ті самі завдання, що й індивідуальна, але за допомогою специфічних засобів. Якщо психотерапія має на меті розкриття і перероблення внутрішнього психологічного конфлікту й корекцію неадекватних, порушених взаємин особистості, що зумовили його виникнення і суб'єктивну нерозв'язність, то ця мета є спільною і для індивідуальної, і для групової психотерапії.

Складності у сфері міжособистісної взаємодії, міжособистісні конфлікти значною мірою є наслідком глибинних колізій і порушених стосунків особистості. У міжособистісних конфліктах проявляються приховані й неусвідомлювані психологічні проблеми.

У груповій психотерапії внутрішній психологічний конфлікт і порушення взаємин особистості розкриваються через їхнє безпосереднє відображення в реальному поведінці пацієнта в групі. У той же час групова психотерапія, незважаючи на домінуючу інтеракційну спрямованість, не обмежується актуальною ситуацією («тут і тепер»). Адекватна корекція порушених взаємин особистості може бути здійснена пацієнтом лише в тому випадку, якщо увесь комплекс психологічних особливостей, що проявляється в процесі групової взаємодії, співвідноситься з його реальною ситуацією та проблемами поза групою, дає змогу реконструювати особливості взаємостосунків за ситуації минулого («там і тоді»). Закономірна повторюваність, стереотипність конфліктних ситуацій, особливостей поведінки й емоційного реагування у групі і поза неї, в теперішньому й минулому, роблять більш наочним і переконливим зміст зворотного зв'язку,

одержуваного в групі. Це сприяє створенню стійкої мотивації до самодослідження й корекції своїх стосунків, дає змогу виокремити те, що криється за поведженням у різних ситуаціях.

Слід особливо підкреслити, що групову психотерапію належить відрізнити і від групової терапії, і від колективної психотерапії; перша постає як «психотерапія в групі», — припускаючи, по суті, використання будь-якого психотерапевтичного методу у групі пацієнтів, розцінюваній як проста сукупність останніх.

Історико-персонологічна довідка

Історія розвитку групової психотерапії — це рух від *групової терапії* до *групової психотерапії*, тобто до усвідомлення та визнання групових ефектів і цілеспрямованого використання їх у психотерапевтичних цілях.

Очікування й емоції, чуття й надії, віра в компетентність [психо]терапевта і ефективність застосовуваних у групах процедур посилюють стан ефективної напруги, що зростає в міру «*емоційного зарядження*» учасників, і сприяють піддатливості пацієнтів діям і впливам.

Дія традиційно полягає перш за все в *навіюванні*, зверненому до емоційної сфери хворого — і, обминувши його раціональне, критичне мислення, впливає на його самопочуття та психофізіологічний стан (і, як наслідок, на соціальне функціонування).

Історичним прикладом надання групою [психо]терапевтичного впливу на особистість можуть бути сеанси Ф.-А. Mesmer'a (1734 — 1815).

Одним із перших сучасних авторів, який звернув увагу на [психо]терапевтичні можливості застосування групової взаємодії, був J.H. Pratt, який у 1905 році організував терапевтичні групи («classroom method», інакше «thought control») для хворих на туберкульоз [221; 222]*. Спочатку Pratt розглядав групу з позиції економічної доцільності: як зручний спосіб інформування пацієнтів про причини хвороби і чинники, що сприяють одужанню, про спосіб життя і стосунки; він не виокремлював її власне [психо]терапевтичних можливостей. Надалі він переконався, що в психотерапії головна роль належить групі, дії якої полягають в ефективному впливі однієї людини на іншу, у виникненні в групі взаємного розуміння й солідарності, сприяючих подоланню песимізму та відчуття ізольованості.

Практично всі психотерапевтичні методи ХХ — початку ХХІ сторіч так чи інакше використовували групові форми і зробили певний внесок у розвиток групової психотерапії.

Особливе місце в цьому ряді належить психоаналітичній терапії — і, частково, психотерапії «гуманістичній».

Так, А. Adler вважав, що група — це контекст для виявлення емоціональних порушень та їхньої корекції. Припускаючи, що

джерело конфліктів і труднощів пацієнтів полягає в неправильній системі їхніх цінностей і мети життя, він стверджував, що група не тільки формує погляди та судження, а й допомагає їх модифікувати. Працюючи з групою пацієнтів, Adler прагнув домогтися розуміння пацієнтами генезу їх порушень, а також трансформувати їхні позиції.

Розвитку психоаналітично-орієнтованої групової психотерапії сприяли також уже згадані праці S.R. Slavson'a, P. Schilder'a, A. Wolf'a та багато інших.

Істотний внесок до розвитку групової психотерапії зробив засновник психодрами J.L. Moreno (1889 — 1974) [223 — 225]*: деякі автори приписують йому введення самого терміну «групова психотерапія».

Серед психотерапевтів «гуманістичного» напрямку особливе місце в розвитку групової психотерапії посідає С.Р. Rogers, який надавав великого значення груповим формам, — вважаючи, що психотерапевт у цьому разі є моделлю для учасників, сприяючи тим самим усунуванню тривоги й розвитку саморозкриття; що взаємини між учасниками групи можуть створювати оптимальні умови для терапевтичних змін.

Значний вплив на розвиток групової психотерапії мали праці в сфері *групової динаміки* К. Lewin'a (1830 — 1947) [226]*; він припускав, що більшість ефективних змін відбувається в груповому, а не в індивідуальному контексті. Lewin і його наступники розглядали особистісні розлади як результат і прояв порушених взаємин із іншими людьми, соціальним оточенням.

За винятком згадуваної *групової динаміки* — феномена, фактично вже набувшого вигляду концепту, — практично єдиним — об'єктивним — феноменом, специфічним для групової психотерапії, є феномен [*групової*] *індукції*.

Феноменологія

Визнання всіх інших психотерапевтичних феноменів (а також феноменів-концептів і концепт-феноменів), так само як і характер їхньої експлуатації, залежать від методичної орієнтації групового психотерапевта.

Подібне справедливе й стосовно понять і концептів групової психотерапії; важливо усвідомлювати, що саме поняття «група» — не щось інше, як специфічний концепт групової [психо]терапії.

Поняття й концепти

Під *психотерапевтичною групою* розуміється специфічно організована спільність пацієнтів, які перебувають між собою в без-

посередньому особистому спілкуванні і взаємодії для досягнення певних психотерапевтичних цілей.

Ще один базовий концепт групової психотерапії — багаторазово згадувана *групова динаміка*; вона розуміється як сукупність групових дій та інтеракцій, виникаюча в результаті взаємовідносин і взаємодії членів групи, їхньої діяльності та впливу довкілля, і є розвитком, чи рухом, групи в часі.

У загальному вигляді групову динаміку визначають: цілі, завдання й норми групи; її структура (включаючи лідерство); *групові ролі*; *згуртованість групи*; *групова напруга*; актуалізація попереднього емоційного досвіду, актуалізація підгрупи; види вербальної комунікації в групі тощо.

Уявлення про *структуру особистості* в рамках групової психотерапії зумовлені перевагою, наданою тій чи іншій парадигмі; проте всі методичні орієнтації групової психотерапії як головний аспект особистості визнають систему її соціальних ролей і зв'язків (поза залежністю від рівня й контексту розглядування цієї системи).

Подібно до класичних, *неокласичні методи психотерапії* базуються на реально існуючих психофізіологічних феноменах.

Симультанно-мнестична психотерапія (психометодологія)

У рамках *симультанно-мнестичної психотерапії*, чи *психометодології*, припускається, що головним — в усякому разі, важливим патогенетично й саногенетично значущим — психічним [онтогенетичним] феноменом є *пам'ять*⁶⁰.

Тим часом як друга частина назви методу вказує, що вочевидь, на орієнтацію на мнестичну феноменологію, перша розуміє етимологічну спорідненість із терміном «симультанна декорація»⁶¹.

Подібне ототожнення підкреслює своєрідність техніко-методичного втілення методу.

⁶⁰ Пам'ять як біологічна функція виходить, ясна річ, далеко за межі психічної сфери і поширюється на геномний рівень (філогенетична, чи спадкова, пам'ять).

⁶¹ *Симультанна декорація* — тип декораційного оформлення спектаклю у середньовічному театрі, коли на сцені встановлювалися одночасно — фронтально, по прямій лінії — усі декорації, необхідні по ходу дії.

Поняття «психометодологія», уведенe як друга назва методу, *по-перше*, підтримує психотерапевтичну традицію денотації методів — досить вказати на терміни «психоаналіз» і «психосинтез» (а також «психодрама», «психогімнастика», «психоліз», «психокібернетика», «психопантоміма» та інші); *по-друге* — акцентує логічно й санопатогенетично витриманий, культурально- й семантично-детермінований характер методу, відмову як від орієнтації на самі лише саногенні феномени, — що властиво переважній більшості методів класичних, — так і від дисонантних різнорідних соціокультурних, умоглядно-психологічних, філософсько-світоглядних, лінгвістичних та інших запозичень, із наданням останнім певної виняткової концептуально-теоретичної та саногенної ролі, — що характерне для методів психотерапії «нової хвилі»; *по-третє*, вказує на певні організуючі стосовно пам'яті в цілому і сприйняття [себе] впливу і на прагнення до вироблення у пацієнта певної стилістики мислення, *suī generis* саногенної.

Історико-персонологічна довідка

Метод симультанно-мнестичної психотерапії (психометодологія) розроблено на кафедрі психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти автором під загальним керівництвом Б.В. Михайлова (нар. в 1950).

Феноменологія симультанно-мнестичної психотерапії містить коло різнорідних феноменів. Як феномени [«з боку» пацієнта] виступає низка об'єктивних [мнестичних] феноменів: інструментальні, саногенні, дефензивні, змішані, інтеркурентні, допоміжні (ворітні, орієнтаційні, діагностичні), артефакти тощо, — окремі з яких, з огляду на існування в «мнестологічній» сфері дискурсивних різночитань, змушено набувають характеру феномен[ів]-концептів.

У принципі, в рамках психометодології можливе використання всього феноменного — проте не концептного (*sic!*) — психо[терапевт]ичного ряду, і це аж ніяк не є інтеграцією або еклектикою.

Феноменологія

Перейдемо тепер до вже власне мнемічної феноменології: *brîèvement* її актуальний перелік ось який.

Феномен *запам'ятовування* — здатність до запам'ятовування, утримання (зберігання) та відтворення різноманітних класів інформації.

Феномен *активної пам'яті*, формулюючий різні стратегії запам'ятовування.

Феномен *ремінісценції* — підвищене відтворення слідів.

Феномен *забування* — наслідок впливу побічних, інтерферуючих дій, що гальмують нормальне відтворення раніш зафіксованих слідів (про- й ретроактивне гальмування).

Феномен *опосередненого запам'ятовування* — можливість запам'ятовування зі спиранням на низку допоміжних засобів.

Феномен *модальності пам'яті* — пам'ять може бути як модально-неспецифічною, так і модально-специфічною.

Феномен *контaminaції* — тобто змішення.

Іконічна пам'ять — коли подразники, що сприймаються, перетворюються на короткочасні образи (images); для формування цієї пам'яті в терапевтичній ситуації винятково важливе дотримання принципу семантичної конгруентності.

Короткочасна пам'ять — припускає вибір відповідного образу з багатьох можливих; може бути інтерпретована як своєрідна переробка або ж кодування отриманих сигналів.

Категоріальна пам'ять — складне кодування слідів або включення їх у певну систему категорій.

Слід підкреслити, що феноменологія пам'яті невіддільна від проблем уваги (точніше, асоційована з ними), внаслідок чого експлуатуються також феноменологія *уваги*.

Більшість понять і концептів симультанно-мнестичної психотерапії має нейропсихологічно й нейрофізіологічно опосередкований — і гностично-акцентований — характер, проте вони містять і низку персоніфікованих аспектів [*особистої історії*].

Поняття й концепти

Психометодологія орієнтується на розроблені в рамках інтрадисциплінарної концепції психотерапії базисні поняття / принципи пато-нозологічної конгруентності й конкордантності семантичних полів, клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів і психотерапевтичного діагнозу, фармакологічного (фармакотерапевтичного) фону та інші (див. відповідні розділи).

Основними ж концептами симультанно-мнестичної психотерапії є: *епістема*, *міфологема*, *метамова*, *денотат*, а також концепт *психологічного* (персонального) *часу*.

Епістема (грецьке *ἐπιστήμη*) — один із найважливіших концептів, який означає формування однозначних, емоційно-нейтральних, завершених конгломератів уявлень про події, пригоди, випадки; техніки, спрямовані на формування епістем, фактично моделюють категоріальний апарат пам'яті, з одночасним позбавленням емоційно-особистісного [негативного] забарвлення.

Основні характеристики — завершеність абстрактність, сцієнтичність.

Міфологема (грецьке *μυθολόγημα*) — важливий концепт, який означає етнокультурну та історико-повсякденну детермінацію пам'яті, співвіднесення з певним розмитим нормативно-понятійним полем, що відрізняється архаїчністю, ритуальністю, стереотипністю, монотонністю (оформлення, наприклад, побутових уявлень про неминучість у міфологеми «доля»).

Основні характеристики — інтуїтивність, аморфність, культуральність.

Епістеми й міфологеми, що мають самі по собі важливе значення, особливих властивостей набувають у випадку — як це майже завжди буває — організації в певний континуум, — і тоді необхідне їхнє розведення.

Стратегема (грецьке *στράτηγημα*) — концепт, який означає сукупність вербальних та загальноповедінкових стратегій індивіда.

Основні характеристики — рецептурність, рутинність, ригідність, а також мотивованість.

Концепт *метамови* — розуміє усвідомлення тезауруса внутрішнього мовлення, його семантично-емоціональне прийняття.

Концепт *денотата* — вказує на необхідність формування чітких стосунків «предмет / об'єкт — ім'я (назва)».

Під концептом *психологічного* (персонального) *часу* розуміється відбиття у психіці системи часових стосунків між подіями життєвого шляху індивіда. Психологічний час містить оцінки одночасності, послідовності, тривалості; швидкості перебігу різних подій життя і їхній належності до нинішнього, віддалення в минуле й майбутнє; переживання стислості й розтягнутості, перервності й безперервності, обмеженості й безупинності часу; усвідомлення віку й вікових етапів (дитинства, юності, зрілості, старості); уявлення про [ймовірну] тривалість життя, смерть і безсмертя; про історичні зв'язки особистого життя з життями попередніх і наступних поколінь. Базисними характеристиками психологічного часу вважаються можливість його *багатомірності* та *зворотності, нелінійної послідовності* психологічного минулого, нинішнього й майбутнього, а також *вікова категоризація* [4].

У рамках симультанно-мнестичної психотерапії декларуються клінічно-значущі новації щодо структури особистості: по-перше, з огляду на апеляції до базисного, примарного, персонологічного [нейропсихоїчного] субстрату — пам'яті; по-друге, через вказівки на той простий факт, що особистість слід розглядати не як структуру, а як *функцію*.

Структура особистості

Таким чином — як видно з аналізу понятійно-концептуально-го апарату — персонологічні уявлення в рамках симультанно-мнестичної психотерапії мають яскраво виражене мнестологічне

аранжування. Особистість розуміється як хронологічно детермінована функція — варіативна динаміка мнестичних процесів і визначуваних ними модулів реагування.

Окрім того, сам термін «психометодологія» передбачає певну особистісну реорганізацію: очевидно, що моделювання пам'яті не може не позначитися на особистості в цілому.

В узагальненому вигляді основні уявлення про структуру особистості нині збігаються з персонологічними поглядами, прийнятими в рамках концептуального базису інтрадисциплінарної концепції психотерапії (див. відповідний підрозділ).

Рекомендована література

1. *Александров А.А.* Современная психотерапия: Курс лекций. — Санкт-Петербург: Академический проект, 1997. — 335 с.
2. *Буль П.И.* Основы психотерапии / Предисл. П.К. Булатова. — Ленинград: Медицина. Ленинградск. отд-ние, 1974. — 311 с.
3. *Вельвовский И.З., Липгарт Н.К., Багалея Е.М., Сухоруков В.И.* Психотерапия в клинической практике. — Киев: Здоров'я, 1984. — 160 с.
4. *Вольперт И.Е.* Психотерапия. — Ленинград: Медицина. Ленинградск. отд-ние, 1972. — 300 с.
5. *Карвасарский Б.Д.* Психотерапия. — Москва: Медицина, 1985. — 304 с.
6. *Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А.* Общая психотерапия: Руководство для врачей / Предисл. Т.Т. Сорокиной. — 4-е изд., перераб. и доп. — Минск: Вышэйшая школа, 1999. — 524 с.
7. *Консторум С.И.* Опыт практической психотерапии / Под ред. Н.В. Иванова, Д.Е. Мелехова; Предисл. В.М. Банщикова. — Москва: Тип. ХУСМ РСФСР, 1959. — 224 с. — (Тр. Гос. НИИ психиатрии МЗ РСФСР; Т. XXI).
8. *Лебединский М.С.* Очерки психотерапии. — Москва: Медгиз, 1959. — 350 с.
9. *Лебединский М.С.* Очерки психотерапии. — 2-е изд. — Москва: Медицина, 1971. — 412 с.
10. *Михайлов Б.В.* Психотерапия: аналитический очерк // «Международный медицинский журнал» (Харьков). — 1998. — № 3. — С. 48 — 51.
11. *Мягков И.Ф.* Психотерапия: Руководство для студентов мед. ин-тов и врачей / Под ред. В.М. Банщикова. — Москва: [Всесоюз. науч. мед. об-во невропатологов и психиатров], 1967. — 136 с.
12. (*Nelson-Jones R.*) *Нельсон-Джоунс Р.* Теория и практика консультирования: Пер. с англ. Е. Волкова, И. Волковой / Научн. ред. и предисл. Л. Куликова. — 3-е междунар. изд. — Санкт-Петербург: Питер, 2001. — 464 с.
13. Психотерапия: Учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. — Санкт-Петербург: Питер, 1998. — 544 с.
14. Руководство по психотерапии / А.В. Алексеев, А.Е. Алексейчик, Н.М. Асатиани и др.; Под ред. В.Е. Рожнова. — 3-е изд., перераб. и доп. — Ташкент: Медицина УзССР, 1985. — 719 с.
15. *Святощ А.М.* Психотерапия: Практическое руководство. — Санкт-Петербург: Питер, 2000. — 288 с.
16. *Слободяник А.П.* Психотерапия, внушение, гипноз. — 3-е изд., испр. и доп. — Киев: Здоров'я, 1977. — 480 с.
17. *Слободяник А.П.* Психотерапия, внушение, гипноз. — 4-е изд., испр. и доп. — Киев: Здоров'я, 1983. — 376 с.
18. *Слободяник А.П.* Психотерапия, внушение, гипноз. — 5-е изд., испр. и доп. — Киев: Здоров'я, 1990. — 345 с.

Контрольні питання

- (1) Феноменологічні арсенали методів і методик психотерапії.
- (2) Понятійно-концептуальні платформи методів і методик психотерапії.
- (3) Персонологічні уявлення в рамках методів і методик психотерапії.

Розділ 14

ДІАГНОСТИЧНИЙ АПАРАТ (ПРИЙОМИ Й СИСТЕМИ) МЕТОДІВ І МЕТОДИК ПСИХОТЕРАПІЇ

Діагностичний апарат *класичних методів* має інструментальний нейрофізіологічно-орієнтований характер із акцентом на психотехнічних аспектах.

Сугестивні (нейтичні) методи

Сугестія

У рамках сугестивної психотерапії велика увага надається діагностиці *навіюваності* як важливого інструментального феномена [«з боку»] пацієнта.

Діагностичні прийоми

З огляду на те, що ефективність як сугестії наяву, так і гіпноусугестії в більшій мірі залежить від ступеня навіюваності, аніж від інших параметрів (зокрема, глибини гіпнотичного стану тощо), для вибору оптимальної психотерапевтичної дії необхідно визначити ступінь навіюваності хворого, для чого застосовується низка специфічних прийомів.

Ось деякі з них.

Приєм Астахова — спричинення симптому зімкнутих повік під час пальцевої дії лікаря на верхні тригемінальні точки пацієнта.

Приєм Кує — Бодуена № 1 — навіювання падіння вперед.

Приєм Кує — Бодуена № 2 — навіювання падіння назад.

Приєм Кує — Бодуена № 3 — проба з маятником Шевреля.

Приєм Михайлова — коливальні рухи кистей рук у такт власним пульсовим ударам у позі Ромберга.

Приєм Рожнова № 1 — навіювання неможливості розтиску кистей рук, зімкнутих у «замок».

Приєм Рожнова № 2 — навіювання неіснуючих запахів під час подання хворому трьох чистих пробірок.

Приєм Філатова № 1 — приведення хворого в стояче, сидяче чи лежаче положення, із розміщенням у ліктьових суглобах рук долонями біля грудей, із заплученими очима, а потім навіювання такого: «Ваші руки самі собою починають відходити від грудей. Руки відходять самі по собі, без Вашої участі».

Приєм Філатова № 2 — пропозиція хворому заплучитися і навіювання розводження, відштовхування зімкнутих кінчиків пальців.

Цікавим прикладом є спосіб, описаний П.І. Булем, — дослід із притяганням імітованого магніту. Використовується невеликий металевий предмет на міцній нитці та дерев'яний підковоподібний «магніт», пофарбований під справжній. Піддослідному пропонують взяти пальцями витягнутої руки нитку із висячим на її кінці вантажем.

Лікар підносить «магніт» до вантажу і розпочинає то наближувати, то віддаляти в якійсь певній площині. При цьому хворому навіюють, щоб він звернув увагу на те, як вантаж поступово починає рухатися за «магнітом» і розгойдується. В осіб, достатньо навіюваних, вантаж справді розпочне гойдатися в заданому напрямку внаслідок виникнення мимовільних ідеомоторних реакцій.

Отже, використовується низка способів, за допомогою яких визначається ступінь навіюваності пацієнта: прийоми з падінням назад чи вперед, навіювання відчуття зімкнених пальців рук, визначення навіюваних запахів тощо.

Гіпно[сугестивна] психотерапія

Цілком природно, що у практиці гіпнотерапії діагностичні прийоми як такі зводяться до визначення *гіпнабельності*⁶², — і, ясна річ, сполученої з нею навіюваності.

Діагностичні прийоми

Під час проведення гіпнотерапії варто враховувати ступінь гіпнабельності пацієнта; за низького рівня гіпнабельності застосування гіпнотерапії сполучене з відомими складнощами⁶³. Також перед початком гіпнотерапевтичного сеансу необхідно провести бесіду для з'ясування ставлення хворого до цього методу лікування й усунення можливих побоювань із його боку (зокрема, переконати хворого в нешкідливості, неможливості маніпулятивного поводження з боку лікаря, а також третіх осіб, — як нині, так і в майбутньому).

⁶² Подібно до способів і прийомів гіпноізації, вони надзвичайно різноманітні, оскільки фактично є їх спрощеними варіантами.

⁶³ Існує думка про можливість розвитку гіпнабельності — у терапевтичних цілях.

Самонавіювання й аутотренінг

Діагностичні прийоми аутосугестії фактично асоційовані з психотехнічними особливостями методу: про здатність до самонавіювання і глибини / ступеня його вираження можна судити за клінічною ефективністю застосування методу, а також — побічно — за психовегетативним корелятом при візуальному контролі за пацієнтом.

Емоційно-стресова психотерапія

Діагностичні прийоми в рамках емоційно-стресової психотерапії неспецифічні і зводяться в основному до визначення ступеня навіюваності / гіпнабельності.

Матеріально-опосередкована психотерапія (плацебо-терапія)

Вживані діагностичні процедури не відрізняються від таких під час підготовки до проведення інших сугестивних методик. Проте є ще один, винятково важливий, *діагностичний* бік плацебо-ефекту — використання останнього для оцінювання й прогнозування ефективності лікування.

Діагностичні прийоми

Отже, плацебо-ефект може використовуватися не лише з терапевтичною, а й з діагностичною метою. У клініці плацебо може, наприклад, застосовуватися на першому етапі лікування такого поширеного розладу, як порушення сну. Якщо безсоння виникло або фіксувалося за механізмом тривожного очікування, вживання одного лише плацебо призводило до поліпшення. Так само й оцінювання ефективності медикаментозного лікування можливе лише за участі плацебо.

Раціональна психотерапія

Будь-які спеціальні *діагностичні прийоми* в рамках реальної психотерапії не вживаються, — хоча, безумовно, прогностично важливе значення має ступінь *переконуваності* пацієнта, що проявляється з перших співбесід.

[Класичний] психоаналіз

Можна сказати, що [класичний] психоаналіз — це процес безперервної, здійснюваної крок за кроком діагностики — діагностики-інтерпретації симптомів і «комплексів», їхнього прихованого значення й того, що за цим стоїть.

Діагностичні прийоми

Діагностичне значення як таке мають чимало концепт-феноменів, і перш за все такий дефензивний концепт-феномен, як *опір*, — поява якого вказує на правильне спрямування аналізу.

Поведінкова терапія

У рамках поведінкової парадигми діагностично-важливими є спостереження за *поведінкою*. Відсутність специфічних *діагностичних прийомів* пояснюється, вочевидь, редукціоністськими уявленнями про терапію — вона спрямована безпосередньо на корекцію (розв'язання) проблем.

Діагностичний апарат *синтетичних (психотерапія «new wave») методів* досить різномірний, — проте в ньому чітко простежуються риси кон'юнктурної концептуалізації та мимовільних інтерпретацій.

«Еріксонівський» гіпноз

Діагностичні прийоми в цілому відповідають як таким у класичному гіпнозі, проте актуальність традиційного гіпнологічно-діагностичного дослідження знижується через широке поширення постулату, згідно з яким «еріксонівському» гіпнозу підлягають усі пацієнти, — навіть ті, які традиційно вважаються негіпнабельними. Додано комплікативний комплекс процедур аналітико-асоціативного ряду.

Нейро-лінгвістичне програмування

У нейро-лінгвістичному програмуванні розроблена низка спеціальних діагностичних способів, оскільки спрямована концептуально-фіксована діагностика становить значну частину [приймів] методу.

Діагностичні прийоми

Так, у процесі діагностики виявляються мовленнєві викривлення «метамоделі», провідні репрезентативні системи перероблення інформації, відбувається калібрування індивідуальних невербальних відповідей «так — ні» і корелятив глибинних мовленнєвих структур.

Діагностика «провідної» репрезентативної системи, яка дає змогу вибрати оптимальну форму «підстроювання» до пацієнта, робиться за допомогою аналізу мовленнєвої продукції та поведінкових стереотипів, а також калібрування окорухових сигналів.

У роботі з пацієнтом рекомендується калібрування індивідуальних проєкцій репрезентивних систем і стратегій перероблення інформації за допомогою цілеспрямованих команд-запитань із наступним відстеженням окорухових реакцій.

Калібрування індивідуальних невербальних відповідей використовується в прийомі «розмова із підсвідомістю» і проводиться за допомогою тестових запитань з фіксацією мікромімічних, пантомімічних і вегетативних реакцій. Під час калібрування відповідей «так — ні» спочатку ставляться запитання, що припускають однозначні ствердні відповіді, потім — негативні. Пацієнт може говорити або мовчати, — увага дослідника спрямована на невербальні компоненти, які стереотипно повторяються при відповідях «так» і «ні». Кваліфікований спеціаліст-«комунікатор» вставляє тестові запитання в звичайне інтерв'ю і може «зчитувати» до десяти стандартних тілесних [корелятив] відповідей «так» і «ні» (розширення зіниць, прискорення дихання, посмикування щоки або стопи etc.).

Аналогічно можуть калібруватися численні семантичні структури, переважно дихотомічного характеру, що дає змогу цілеспрямовано втручатися в переживання пацієнта, орієнтуючись на виявлені вербальні сигнали.

Існує специфічний БіАС-тест для визначення [провідних] репрезентативних систем [1]*.

Гештальт-терапія

Діагностичні прийоми в рамках гештальт-терапії спрямовані винятково на виявлення / діагностику порушень гештальт-процесів, — головним чином психічних, поведінкових та фізіологічних корелятив незавершених гештальтів.

Груповий аналіз

Як і за класичного психоаналізу, в груповому аналізі діагностика цілковито пов'язана з терапією, а точніше — навіть її підмінює, — в силу особливостей самої аналітичної техніки.

Діагностичні прийоми

Виділяється дев'ять найзначніших індикаторних чинників:

1) *акцепція* — визнання пацієнтом комфортного самопочуття в групі;

2) *альтруїзм* — бажання допомагати іншим і приймати підтримку;

3) *універсальність* — визнання пацієнтом відносної унікальності власних проблем і вміння бачити їх в інших;

4) *розуміння (інтелектуалізація)* — достатність інтелектуального рівня;

5) *реальне бачення* — уміння розпізнавати в груповій ситуації справжній, істинний (а не лише теоретично сконструйований) власний зміст;

6) *перенос*;

7) *інтерація (взаємодія)* — здатність пацієнта до спонтанних комунікацій, тобто до виявлення власного «матеріалу»;

8) *перспективний досвід* — здатність учитися не тільки «на собі», а й на досвіді, запозиченому в інших;

9) *вільні асоціації (вентилювання)* — внутрішня готовність до дискусії на теми, які за звичайної ситуації витісняються.

Foulkes підкреслює ще одне: *пацієнт, який без ясного обґрунтування відмовляється від групової терапії, має, як правило, несприятливий прогноз щодо психотерапії в цілому, а особливо у психоаналітичній.*

Трансактний аналіз

У трансактному аналізі, як і в кожній «аналітичній» [психо]терапії, *діагностичні прийоми* посідають важливе місце. Основну їхню частину становить аналіз *змісту, характеру і спрямованості трансакцій*, а також інших концептів — «сценаріїв», *структурування часу, ігор* тощо.

Когнітивно-біхевіоральна терапія

Діагностика в когнітивно-поведінковій психотерапії ґрунтується на широкому, — супроводжуючому увесь терапевтичний процес, — використанні прийомів, що дають змогу оцінити неадекватні аспекти мислення та уявлень, а також виявити певні «правила», згідно з якими особистість реагує на зовнішні події, — «переводячи їх із зовнішнього до внутрішнього плану».

Діагностичні прийоми в рамках когнітивно-поведінкової психотерапії спрямовані на виявлення патогенетично-значу-

щик «структур» — перш за все різних класів «когніцій» тощо. Велика увага надається також самодіагностиці [пацієнтів].

Екзистенціальна («гуманістична») психотерапія

Діагностика і власне *діагностичні прийоми* в рамках «клієнт-центрованої» психотерапії зводяться перш за все до виявлення й констатації порушень [структур] «Я-концепції».

Психоаналітично-орієнтована психотерапія

До основних *діагностичних прийомів* і процедур психоаналітично-орієнтованої психотерапії належать ті ж, що і в класичному психоаналізі, — перш за все, це *вільні асоціації*; свою роль зберігає і низка діагностично значущих психоаналітичних [концепт-]феноменів.

Діагностичні прийоми *групової психотерапії* центровані навколо особливостей [феномена] групової динаміки.

Групова [психо]терапія

Якихось універсальних — для всіх видів групової психотерапії — *діагностичних прийомів* не запропоновано; вживані ж специфічні прийоми властиві методам, які є методологічною основою конкретного різновиду групової психотерапії. У цілому повсякденна центрованість на найдрібніших проявах *групової динаміки* створює можливість твердити про формування діагностичної спрямованості на останню.

Діагностичний апарат *неокласичних методів* має виражене мнестологічне аранжування — і, подібно до такого класичних методів, асоційований з психо(нейро)фізіологічною сферою.

Симультанно-мнестична психотерапія (психометодологія)

Сфера інтерпретаційно-діагностичних процедур складається із загальної психотерапевтичної діагностики (див.

відповідний розділ) та спеціальної психодіагностики пам'яті, а також низки допоміжних — стосовно психометодології — прийомів. Діагностичний етап завершується формулюванням *психотерапевтичного діагнозу*.

Як *діагностичні* постають *прийоми* й методики, спрямовані на *психодіагностику пам'яті*, — і традиційні, і спеціальні.

Традиційно виявляються різноманітні характеристики й види / модальності пам'яті — обсяг і міцність довгочасної й оперативної, зорової та слухової пам'яті тощо; проводиться визначення переважаючої модальності пам'яті.

Спеціалізоване тестове обстеження пам'яті може бути доповнене, у разі необхідності, різними пробами (визначення обсягу втриманого в пам'яті ряду, запам'ятовування асоціативних пар, піктограм, проби опосередкованого запам'ятовування тощо).

Використовуються психометричні тести пам'яті — Benton test de retention visuelle, Wechsler memory Scale, Meili Memory Test та інші.

Специфічні клініко-нейропсихологічні прийоми, розроблені в рамках психометодології, представлені методиками *ретроаналізу асоціацій*, *вивчення особливостей інтеріоризації [зовнішнього] мовлення*, *дослідження глибини спогадів* (що вказує на доступні структури дитинства, тобто на вік і ступінь формування категоріального апарату), *екфортій еграм* (фактично — *палімпсезії!*) та іншими.

Рекомендована література

1. *Александров А.А.* Современная психотерапия: Курс лекций. — Санкт-Петербург: Академический проект, 1997. — 335 с.
2. *Буль П.И.* Основы психотерапии / Предисл. П.К. Булатова. — Ленинград: Медицина. Ленинградск. отд-ние, 1974. — 311 с.
3. *Вельвовский И.З., Липгарт Н.К., Багалея Е.М., Сухоруков В.И.* Психотерапия в клинической практике. — Киев: Здоров'я, 1984. — 160 с.
4. *Вольперт И.Е.* Психотерапия. — Ленинград: Медицина. Ленинградск. отд-ние, 1972. — 300 с.
5. *Карвасарский Б.Д.* Психотерапия. — Москва: Медицина, 1985. — 304 с.
6. *Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А.* Общая психотерапия: Руководство для врачей / Предисл. Т.Т. Сорокиной. — 4-е изд., перераб. и доп. — Минск: Вышэйшая школа, 1999. — 524 с.
7. *Консторум С.И.* Опыт практической психотерапии / Под ред. Н.В. Иванова, Д.Е. Мелехова; Предисл. В.М. Банщикова. — М.: Тр. Гос. НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1959. — Т. XXI. — 224 с.
8. *Лебединский М.С.* Очерки психотерапии. — Москва: Медгиз, 1959. — 350 с.
9. *Лебединский М.С.* Очерки психотерапии. — 2-е изд. — Москва: Медицина, 1971. — 412 с.
10. *Михайлов Б.В.* Психотерапия: аналитический очерк // «Международный медицинский журнал» (Харьков). — 1998. — № 3. — С. 48 — 51.
11. *Мягков И.Ф.* Психотерапия: Руководство для врачей и студентов / Под ред. В.М. Банщикова. — Москва, 1967. — 135 с.
12. (*Nelson-Jones R.*) *Нельсон-Джоунс Р.* Теория и практика консультирования: Пер. с англ. Е. Волкова, И. Волковой / Научн. ред. и предисл. Л. Куликова. — 3-е междунар. изд. — Санкт-Петербург: Питер, 2001. — 464 с.
13. Психотерапия: Учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. — Санкт-Петербург: Питер, 1998. — 544 с.
14. Руководство по психотерапии / А.В. Алексеев, А.Е. Алексейчик, Н.М. Асатиани и др.; Под ред. В.Е. Рожнова. — 3-е изд., перераб. и доп. — Ташкент: Медицина УзССР, 1985. — 719 с.
15. *Святощ А.М.* Психотерапия: Практическое руководство. — Санкт-Петербург: Питер, 2000. — 288 с.
16. *Слободяник А.П.* Психотерапия, внушение, гипноз. — 3-е изд., испр. и доп. — Киев: Здоров'я, 1977. — 480 с.
17. *Слободяник А.П.* Психотерапия, внушение, гипноз. — 4-е изд., испр. и доп. — Киев: Здоров'я, 1983. — 376 с.
18. *Слободяник А.П.* Психотерапия, внушение, гипноз. — 5-е изд., испр. и доп. — Киев: Здоров'я, 1990. — 345 с.

Контрольні питання

- (1) Діагностичний апарат (прийоми й системи) класичних методів психотерапії: рафінована інструментальність, нейрофізіологічна орієнтація, психотехнічна фіксація.
- (2) Діагностичний апарат (прийоми й системи) синтетичних методів психотерапії: кон'юнктурна концептуалізація і довільна інтерпретативність.
- (3) Діагностичний апарат (прийоми й системи) групової психотерапії: динамічна монофеноменологічність.
- (4) Діагностичний апарат (прийоми й системи) неокласичних методів психотерапії: мнестологічне аранжування і психо(нейро)фізіологічна асоційованість.

ПСИХОТЕРАПІЯ МІЖ СПОВІДДЮ І РИТОРИКОЮ В КОНТЕКСТІ ДІАГНОСТИКИ⁶⁴

Психотерапія повсякденно стикається із цілим колом загальних — швидше навіть соцієтальних, аніж суто-клінічних, — питань, зовсім по-різному проблематизованих у різноманітних дискурсивних стилях, — як, наприклад, проблема *залежності пацієнта від психотерапевта* (і зворотна їй — а вона, до речі, досить гостро стоїть у практиці західних спеціалістів), проблема *вибору стилістики поведіння* (перш за все директивність / недирективність, нейтральність / емпатія), проблема *активності пацієнта* тощо, — проте головним залишається той непорушний факт, що психотерапія — психотерапія взагалі й кожна конкретна психотерапія — має визначитися стосовно своїх координат у континуумі: «говорящий пацієнт — говорящий психотерапевт».

Очевидно, що в крайньому положенні загального вербального ладу дисципліни-психотерапії перебувають [класичний] *психоаналіз* — майже афазичний, до комізму — і *групова раціональна психотерапія*, що наближається до психогігієнічних інформаційно-пояснювальних співбесід, де багато що, на жаль, підпадає під визначення *disco per dire*.

⁶⁴ Що таке *сповідь* — як тайна покаєння — я вважаю, добре відоме всім, тим часом як поняття *риторика*, гадаю, необхідно пояснити. Риторика (від грецького *ῥητορικη* [τέχνη] або *το ρητορικον* — ораторське мистецтво) — це не просто мистецтво мовлення, а цілі — іноді досить різнопланові — стратегії вербального (у супроводі емфатико-інтонаційного) поведіння, — стратегії активні, психотехнічно доцільні, що містять численні елементи (точніше, навіть прийоми) раціоналізації, імперативної сугестії, аналітики, — і, ясна річ, не без мнемоніки.

Цих проблем намагалися уникнути *сугестивні* і [когнітивно-]поведінкові методи — кожні по-своєму: перші шляхом культивування вивіреного, імперативного, лапідарно-впевненого мовлення; другі — за допомогою умисного глобального комунікаційного збіднення та ігнорування, по суті, саногенетичних аспектів неспецифічного вербального спілкування у процесі — й контексті — психотерапевтичних занять.

(Власне кажучи, саме в психотерапії, здається, сталася своєрідна возгонка, — *sublimatio* середньовічної алхімії, — усіх вербальних [фізикальних] стратегій: інструментально-орієнтовані лікарі, *servus*'и апаратної медицини, зовсім втратили звичку говорити — саме тому досить часто їхнє мовлення ятрогенне саме по собі.)

Проте я, здається, занадто персоніфікую, точніше навіть анімізую, основні психотерапевтичні парадигми, названі раніше. Вони насправді не такі. Вони не пишномовні, не недорікуваті, не самозакохані, не механістичні, не корисливі, не невправні, не ятрогенні, не заздрісні, безпретензійні, — такими роблять їх деякі практикуючі *психотерапевти*.

Самі ж по собі вони, ці самі парадигми, є ніщо: *nihil est in rebus, quod aute nonfuerit in verbis*.

Сторінки компільованих ось уже понад півтори сотні років текстів, що розпадаються.

Перебріхувані із десятиліття в десятиліття баєчки, де недідна героїка змішана з містечковим вихвалянням «своїми».

Колишня велика таїна психотехнік, поспішно стилізована — від безсилля і з метою легітимізації — під клінічну практику.

Колись табуйована, сакральна риторика, ураз перетворена на інструмент нестійких терапевтичних впливів.

Очищувальний *сгі du соеиг* зруйнованих у часи амфітеатрів, що став — фасованим сетингом — сором'язливим шепотінням.

Смішні грішки одинака, вирощені на пудреті специфічного етно-національного виховання, порочної конфесії, злої натури, шкідливих звичок і хімічної залежності — і нав'язані легіонам, сонму здорових — і, що характерне, майже винятково з примітивною комерційною метою.

Дріб'язкові апофтегми, помножені на просодіку належно — і тим самим перетворені в якийсь — майже облігатний — ментальний раціон.

* * *

Коли аналітики мовчали і ховалися позаду кушетки — цього великого інструмента-символу свого псевдокорпоративного Діяння — це було погано: для клінічної практики взагалі і пацієнта зокрема; добре це було лише для них самих: вони не так сильно втомлювалися. Проте по-справжньому стало погано, коли вони заговорили. І до них виявилось цілковито застосовне: *qui quae vult, dicit, quae non vult, audiet*.

Їхня Redefieber — аби не сказати логорея — лицемірна й заразлива. Вони на всі боки розсіюють,— плутаючи, перебріхуючи й домислюючи,— підслухане й підглянуте в пацієнтів,— точніше, у своєї *persona dramatis*, єдиного Пацієнта-Клієнта. Це лазучики, передавальна ланка між нібито несвідомим — як вони наївно вважають — якогось уніфікованого, колективного індивіда і розмитою суспільною думкою.

Варто не забувати і про сімку безсторонніх риторичних запитань: *quis? quid? ubi? quibus auxiliis? cur? quomodo? quando?*

* * *

Висновок досить простий: психотерапії — як дисципліні, безсумнівно, рефлектуючій — варто утримуватися між сповіддю [пацієнта] і риторикою [терапевта].

Те саме твердження цілковито стосується й діагностики: у психотерапії вона складає континуум «діагностика-обсервація — діагностика-інтерпретація»; істинна ж (адекватна, конгруентна, нормативна — атрибутивна, нарешті!) психотерапевтична діагностика має бути *sectio aurea*.

Рекомендована література

1. (*Yalom I.*) *Ялом И.* Лжец на кушетке: Пер. с англ. М. Будыниной. — Москва: Эксмо, 2003. — 416 с. — (Искусство консультирования).
2. Царь Эдип: Прошлое одной иллюзии / Авториз. пер. [рукоп. (Weber Erich. *Wanderer Ödip: Dramaturgie des Incestes*)] с нем. В. Соловьёва; Науч. ред., адапт. текста, коммент. и постскрипtum В. Чугунова. — Москва: Эксмо, 2002. — 400 с.

Контрольні питання

- (1) Дискурсивний континуум «сповідь» у психотерапії.
- (2) Дискурсивні стилі різних методів і методик психотерапії.
- (3) Континуум діагностики в психотерапії: «діагностика-обсервація — діагностика-інтерпретація».
- (4) Вимоги до нормативної психотерапевтичної діагностики.

ПІСЛЯМОВА

Тут я хотів би торкнутися — повторюючись — *punctum saliens* психотерапії — а саме необхідних завершальних кроків її інституціоналізації, а також деяких перспектив досліджень у сфері психоїчної терапії мовою.

* * *

Існуючі проблеми дисциплінарного становлення й аутодисциплінарної ідентифікації психотерапії, пов'язані як із її нативними характеристиками, так і, багато в чому, зі специфікою її історії-генеалогії, можуть і мають бути розв'язані за допомогою розробки і впровадження завершальних заходів інституціоналізації психотерапії як самостійної медичної клінічної дисципліни.

По-перше, необхідне введення психотерапії до програми обов'язкового навчання в медичних вищих навчальних закладах як окремого предмета викладання для студентів IV — VI курсів, які вже осягнули «суміжні» дисципліни (перш за все психіатрію і неврологію, а також медичну психологію, історію медицини, основи філософії, загальну терапію, інфекційні хвороби тощо).

Для реалізації цієї позиції необхідно, зокрема, сформувати у структурі медичних вищих навчальних закладів кафедри (або хоча б курси) психотерапії — або ж аналогічні міжвузівські кафедри, на які покладалися б функції як підготовки студентів, так і післядипломного навчання лікарів.

По-друге, необхідне введення інтернатури з психотерапії, що створить можливість проводити перемінну спеціалізацію лікарів відповідного профілю.

По-третє, важливим кроком на шляху подальшої інституціоналізації психотерапії і досягнення нею аутодисциплінар-

ної ідентичності має бути введення шифру наукової спеціальності «психотерапія», оскільки до цього часу виконували в цій царині дисертаційні дослідження — а їх не так і мало, незважаючи на те, що їх, із кон'юнктурних міркувань, намагаються не планувати первісно — вимушено ідентифікують із різними суміжними дисциплінами і захищають під відповідними шифрами.

* * *

Основні ж напрямки досліджень у сфері психотерапії, які сприятимуть їй найшвидшій і остаточній — аутодисциплінарній ідентифікації, такі:

- подальше розроблення теорії та практики психотерапевтичної клініки; її сепарація, перш за все організаційна;
- удосконалення діагностичного апарату (способів психопатологічної та патоперсоналогічної кваліфікації) для уніфікованого — з позицій психотерапевтичних діагнозу / втручання — аналізу пато-нозо-синдромальних форм, що містяться у сфері дисциплінарної компетенції психотерапії;
- повсюдне впровадження і повсякденне практичне використання психотерапевтичного діагнозу;
- подальше розроблення, обґрунтування й розповсюдження аутодисциплінарно-ідентифікаційної теорії психотерапії;
- подальша культивування й сепарація протокольної мови інтрадисциплінарної концепції психотерапії; денотація, інтерпретація (і, у разі необхідності, елімінація) понять і термінів; удосконалення тезауруса;
- подальші структуровані дослідження процесу психотерапії (з використанням формалізованих описів);
- постійне виявлення, дослідження й аналіз клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів та їхніх корелят-механізмів (і корелят-патернів), а також метасиндромів; вивчення [процесів] синдромогенезу й синдромотаксису у сфері компетенції психотерапії в цілому;

- всебічне розроблення методу симультанно-мнестичної психотерапії (психометодології); зокрема, створення його [уніфікованого] освітнього стандарту;
- апробація і впровадження нових психотерапевтичних технологій;
- подальше проведення різнобічних та різнорівневих експериментальних досліджень (окрім розглянутого у відповідному розділі клінічного психотерапевтичного експерименту, що триває й досі, відомі прецеденти проведення клініко-фізіологічних досліджень (наприклад, у сфері гіпно[сугесто]логії⁶⁵) і рідкі, але, як і раніше, актуальні декларації необхідності «лабораторно-модельних» студій⁶⁶);
- наслідування / вивчення [критеріїв] *ефективності* психотерапії і принципів її оцінювання (інтегральність, прогностичність, об'єктивність, аксіологічність etc.);
- подальше розроблення теорії [денотата] [нормальної / патологічної] психіки;
- продовження поглибленого історико-теоретичного дослідження предисциплінарної історії та дисциплінарної еволюції психотерапії;
- удосконалення існуючих та впровадження нових організаційних форм надання психотерапевтичної допомоги;
- обґрунтування клініко-психічної реституції психотерапії з одночасною імплементацією її нормативів, підходів і принципів у сфері компетенції психотерапії.

⁶⁵ Так, А.Т. Філатов із 1983 року говорив про гіпноз на четвертому (після організму, фізіологічної системи, органа), клітковому рівні, і в 1989 році провів відповідний експеримент із позитивним результатом (див. Філатов А.Т. Возможности проведения гипноза на клеточном уровне // Актуальные вопросы психотерапии и народной медицины: [Матер.] Первой регион. научно-практ. конф.— Одесса: Одесская областная ассоциация психотерапевтов; Типогр. гор. Белгорода-Днестровского, 1990.— с. 76 — 77).

⁶⁶ Методические проблемы психотерапевтических исследований / С.И. Табачников, Б.В. Михайлов, М.П. Боро и др. // Актуальные проблемы пограничной психиатрии, психотерапии, медицинской психологии: Матер. научно-практ. конф., посвящённой 100-летию со дня рождения проф. И.М. Апетера, Берминводы, 27 — 28 мая 1999 г.— Харьков: Национальная лига психотерапии, психосоматики и медицинской психологии Украины, 1999.— С. 144 — 145.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Що таке психотерапія?

1. *Wagner-Jauregg J. von.* The Treatment of General Paresis by Inoculation of Malaria // «Journal of Nervous and Mental Disease». — 1922. — № 55. — P. 369 — 375.
2. *Kläsi J.* Über die therapeutische Anwendung der «Dauernarkose». mittels Somnifens bei Schizophrenen // «Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie». — 1922. — № 74. — S. 557 — 592.
3. *Meduna L.[J.]* Konvulsionstherapie der Schizophrenie. — Halle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, 1937. — 121, [3] S.
4. *Sakel M.[J.]* Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie (Sonderabzug aus «Wiener Medizinischen Wochenschrift», 1934/35) / Vorw. von O. Potzl. — Wien; Leipzig: [Verlag von] Moritz Perles, 1935. — 114 S.
5. *Cerletti U., Bini L.* Un nuovo metodo di shockterapia: «L'elettroshock» (Riassunto) // «Bollettino ed Atti dell'Accademia Medica di Roma». — 1938. — № 64. — P. 136 — 138.
6. *Delay J., Deniker P.* Le traitement de psychoses par une méthode neurolytique dérivée de l'hibernothérapie // Comptes rendus du Congrès des Médecins Aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue Française. — 1952. — № 50. — P. 497 — 502.

Розділ 1

Дискурсивні й контекстові особливості психотерапії

1. Strasbourg Declaration on Psychotherapie of 1990: Adopted Oct. 21st / The Europ. Assoc. for Psychotherapy. — 5 points.
2. Царь Эдип: Прошлое одной иллюзии / Авториз. пер. [рукоп. (Weber Erich. Wanderer Ödip: Dramaturgie des Incestes)] с нем. В. Соловьёва; Науч. ред., адапт. текста, коммент. и постскрипtum В. Чугунова. — Москва: Эксмо, 2002. — 400 с.
3. *Чугунов В.В.* Клиника и дисциплинарная история психотерапии. — Киев: Здоров'я; Харьков: Око, 2002. — 768 с. — (Психо[терапевт]ическая б-ка).

4. Психотерапевтическая энциклопедия / В.А. Абабков, А.А. Александров, Б.А. Бараш и др.; Под ред. Б.Д. Карвасарского. — 2-е изд., перераб. и доп. — Санкт-Петербург: Питер, 2000. — 1019 с.

Розділ 2

Клініко-діагностичні особливості психотерапії

1. Чугунов В.В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии. — Киев: Здоров'я; Харьков: Око — Наука, 2002. — 768 с. — (Психо[терапевт]ическая б-ка).

2. Чугунов В.В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии. — 2-е изд., стереотип. — Киев: Здоров'я; Харьков: Око — Наука, 2008. — 768 с. — (Психо[терапевт]ическая б-ка).

3. Михайлов Б.В., Табачников С.И., Витенко И.С., Чугунов В.В. Психотерапия: Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III — IV уровней аккредитации. — Харьков: Око, 2002. — 768 с. — (Медицинский учебник).

4. Чугунов В.В. Теоретичне, клініко-діагностичне, медико-психологічне, психотехнічне та психопатологічне обґрунтування й оцінка психотерапії психогенно-обумовлених розладів: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 19.00.04. — Харків: Харк. медична академія післядипломної освіти, 2007. — 40 с.

5. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация (Пограничные нервно-психические расстройства). — Москва: Наука, 1976. — 272 с.

6. Семичов С.Б. Концепция предболезни в клинической психиатрии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Ленинград: Ленингр. науч.-исслед. психоневрологический ин-т им. В.М. Бехтерева, 1982. — 41 с.

7. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства: Руководство для врачей / Предисл. В.А. Богословского. — Москва: Медицина, 1986. — 384 с.

Розділ 3

Дисциплінарно-ідентифікаційні особливості психотерапії

1. Чугунов В.В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии. — Киев: Здоров'я; Харьков: Око — Наука, 2002. — 768 с. — (Психо[терапевт]ическая б-ка).

2. Чугунов В.В. Система сексологии: В 4 т. Т. 1. Отечественная сексология в XIX — XX веках: (Историко-теоретическое исследование). — Харьков: Основа, 1995. — 346 с. — (Сексо[Пато]логическая б-ка).

3. Чугунов В.В. Клиника и дисциплинарная эволюция сексологии. — Киев: Здоров'я; Харьков: Око, 2000. — 600 с. — (Сексо[Пато]логическая б-ка).

4. Чугунов В.В. Клинико-дисциплінарно-еволюційні дослідження медичинських дисциплін // «Медицинские исследования» (Харьков). — 2001. — Т. 1, вып. 1 (темат.). — С. 84 — 86.

5. Михайлов Б.В., Чугунов В.В. Актуальные проблемы медицинской социологии (дефиниции, основные направления развития, частные исследования) // Актуальні проблеми медичної науки: Ювіл. наук. зб., присвяч. 75-річчю заснування ХІУЛ.— Харків: Око, 1998.— С. 9 — 28.
6. Чугунов В.В., Чугунова Э.Ю. Сфера компетенции и проблемное поле медицинской социологии // Журнал «Медицинские исследования» (Харьков).— 2001.— Т. 1, вып. 1 (темат.).— С. 11 — 15.

Розділ 4

Клініко-психофеноменологічний метод

1. Чугунов В. В. Взаимодействие клинической психотерапевтической и психопатологической синдромологий при формировании метасиндромов (медико-психологический аспект) // «Медицинская психология» (Харьков).— 2007.— Т. 2, № 1.— С. 3 — 7.
2. Чугунов В. В. Диспозиционная характеристика патопсихологических регистр-синдромов, психопатологических синдромов и клинических психотерапевтических эффект-синдромов // «Международный медицинский журнал» (Харьков).— 2007.— Т. 13, № 2.— С. 14 — 18.
3. Чугунов В. В. Проблемы синдромогенеза и синдромотаксиса в сфере компетенции психотерапии // «Психотерапія, медична психологія і гранична психіатрія в системі надання медичної допомоги» (ХІ Платонівські читання): Матеріали наук.-практ. конф., Берлінводи, 17 — 18 квітня 2008 р. (Додат. до журналу «Медичні дослідження» (Харків)).— Харків: [Національна ліга психотерапії, психосоматики та медичної психології України]; Крокус, 2008.— С. 162 — 163.
4. Чугунов В. В. Психотерапевтическая феноменология, клинические эффект-синдромы в психотерапии и их коррелят-механизмы // «Архив психиатрии» (Киев).— 2002.— № 4(31).— С. 202 — 206.
5. Чугунов В. В. Эффект-синдромология в психотерапии // «Психічні і соматичні розлади психогенного походження» (ХІІ Платонівські читання): Матеріали наук.-практ. конф.— Харків — Берлінводи, 29 — 30 жовтня 2009 р.— С. 155 — 157.

Розділ 5

Клініко-діагностична складова (I частина) психотерапевтичного діагнозу

1. Чугунов В.В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии.— Киев: Здоров'я; Харьков: Око — Наука, 2002.— 768 с.— (Психотерапевтическая б-ка).
2. Чугунов В.В. Система сексологии: В 4 т. Т. 1. Отечественная сексология в XIX — XX веках: (Историко-теоретическое исследование).— Харьков: Основа, 1995.— 346 с.— (Сексо[Пато]логическая б-ка).
3. Чугунов В.В. Клиника и дисциплинарная эволюция сексологии.— Киев: Здоров'я; Харьков: Око, 2000.— 600 с.— (Сексо[Пато]логическая б-ка).

4. Чугунов В.В. Клинико-дисциплинарно-эволюционные исследования медицинских дисциплин // «Медицинские исследования» (Харьков). — 2001. — Т. 1, вып. 1 (темат.). — С. 84 — 86.

5. Михайлов Б.В., Чугунов В.В. Актуальные проблемы медицинской социологии (дефиниции, основные направления развития, частные исследования) // Актуальні проблеми медичної науки: Ювіл. наук. зб., присвяч. 75-річчю заснування ХІУЛ. — Харків: Око, 1998. — С. 9 — 28.

6. Чугунов В.В., Чугунова Э.Ю. Сфера компетенции и проблемное поле медицинской социологии // Журнал «Медицинские исследования» (Харьков). — 2001. — Т. 1, вып. 1 (темат.). — С. 11 — 15.

Розділ 6

Психотехнічна складова (II частина) психотерапевтичного діагнозу

1. Психотерапевтическая энциклопедия / В.А. Абабков, А.А. Александров, Б.А. Бараш и др.; Под ред. Б.Д. Карвасарского. — 2-е изд., перераб. и доп. — Санкт-Петербург: Питер, 2000. — 1019 с.

2. Чугунов В.В. Психотерапевтическая феноменология, клинические эффект-синдромы в психотерапии и их коррелят-механизмы // Журнал «Архив психиатрии» (Киев). — 2002. — № 4 (31). — С. 202 — 206.

Розділ 7

Фармакотерапевтична складова (III частина) психотерапевтичного діагнозу

1. Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств: Клиническое руководство / Под ред. В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича. — Москва: Медпрактика, 2000. — 223 с. — (Прилож. к журналу «Социальная и клиническая психиатрия» (Москва)).

Розділ 8

Прогностична складова (IV частина) психотерапевтичного діагнозу

— « » —

Розділ 9

Загальна [психо]діагностика і спеціальні діагностичні прийоми

1. Психотерапевтическая беседа // Психотерапевтическая энциклопедия / В.А. Абабков, А.А. Александров, Б.А. Бараш и др.; Под ред. Б.Д. Карвасарского. — 2-е изд., перераб. и доп. — Санкт-Петербург: Питер, 2000. — С. 620 — 621.

Розділ 10**Логіка, семіотика й алгоритм діагнозу
в психотерапії**

1. Чугунов В.В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии. — Киев: Здоров'я; Харьков: Око — Наука, 2002. — 768 с. — (Психо[терапевт]ическая б-ка).

Розділ 11**Правила формулювання й дизайн
психотерапевтичного діагнозу**

— « » —

Розділ 12**Класифікація методів і методик психотерапії**

1. Руководство по психотерапии / А.В. Алексеев, А.Е. Алексейчик, Н.М. Асатиани и др.; Под ред. В.Е. Рожнова. — 3-е изд., перераб. и доп. — Ташкент: Медицина УЗ ССР, 1985. — 719 с.

2. Мягков И.Ф. Психотерапия: Руководство для студентов мед. ин-тов и врачей / Под ред. В.М. Банщикова. — Москва: [Всесоюз. науч. мед. об-во невропатологов и психиатров], 1967. — 136 с.

3. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. — Москва: Медицина, 1985. — 304 с.

4. Суггестивная психотерапия: Метод, рекомендации / Сост. А.Т. Филатов, Б.В. Михайлов, А.А. Мартыненко и др. — Харьков: Харьк. ин-т усовершенствования врачей, 1997. — 32 с.

5. Aleksandrowicz J.W. Psychoterapia: Podręcznik dla studentów, lekarzy i psychologów. — Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2000. — 292 s.

6. Wolberg L.R. The Technique of Psychotherapy. — 3rd revised and enlarged Ed. — New York: Grune and Stratton, 1977. — Vol. 1. — [XVIII], [606] p.; Vol. 2. — [XII], [607] — [1344] p.

Розділ 13**Феноменологічний арсенал,
понятійно-концептуальна платформа та персонологія
в уявленнях методів і методик психотерапії**

1. (Лозанов Г.К.) Лозанов Г.К. Суггестология и суггестопедия: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. — [София]; Харьков: Харьк. медицинский ин-т, 1970. — 64 с.

2. (Erickson M.H.) Эриксон М.Г. Глубокий гипнотический транс: индукция и использование: Пер. с англ. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2002. — 384 с.

3. Царь Эдип: Прошлое одной иллюзии / Авториз. пер. [рукоп. (Weber Erich. Wanderer Ödip: Dramaturgie des Incestes)] с нем. В. Соловьёва; Науч. ред., адапт. текста, коммент. и постскрипtum В. Чугунова. — Москва: Эксмо, 2002. — 400 с.

4. Психологическое время // Психология: Словарь / В.В. Абраменкова, В.С. Аванесов, Н.С. Агамова и др.; Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Политиздат, 1990. — С. 310 — 311.

Розділ 14

Діагностичний апарат (прийоми й системи) методів і методик психотерапії

— « » —

Психотерапія між сповіддю і риторикою в контексті діагностики

— « » —

ПЕРЕЛІК ОСНОВНИХ ДЖЕРЕЛ

Що таке психотерапія?

1. *Leder S.* Psychotherapie und Gesellschaft // Psychotherapie in sozialistischen Ländern / Hrsg. M. Hausner, S. Kratochvíl, K. Höck. — Leipzig: [VEB] Georg Thieme [Verlag], 1975. — S. 13 — 17.
2. Суггестивная психотерапия: Метод. рекомендации / Сост. А.Т. Филатов, Б.В. Михайлов, А.А. Мартыненко и др. — Харьков: Харьк. ин-т усовершенствования врачей, 1997. — 32 с.
3. Суггестивная психотерапия: Метод. рекомендации / Сост. Б.В. Михайлов, А.А. Мартыненко, А.И. Сердюк и др. — Харьков: Харьк. медицинская академия последипломного образования, 2000. — 39 с.
4. Руководство по психотерапии / А.В. Алексеев, А.Е. Алексейчик, Н.М. Асатиани и др.; Под ред. В.Е. Рожнова. — 3-е изд., перераб. и доп. — Ташкент: Медицина УЗ ССР, 1985. — 719 с.
5. *Карвасарский Б.Д.* Психотерапия. — Москва: Медицина, 1985. — 304 с.
6. Психотерапевтическая энциклопедия / В.А. Абабков, А.А. Александров, Б.А. Бараш и др.; Под ред. Б.Д. Карвасарского. — 2-е изд., перераб. и доп. — Санкт-Петербург: Питер, 2000. — 1019 с.
7. *Sinelnikoff N.* Les Psychothérapies: dictionnaire critique: concepts, principaux théoriciens, techniques, pathologies, symptômes / Préf. de Félix Guattari. — 2e éd., revue et augmentée. — Paris: ESF, 1998. — 307 p. — (Sciences humaines appliquées: l'art de la psychothérapie).
8. Психотерапия // Психотерапевтическая энциклопедия / В.А. Абабков, А.А. Александров, Б.А. Бараш и др.; Под ред. Б.Д. Карвасарского. — 2-е изд., перераб. и доп. — Санкт-Петербург: Питер, 2000. — С. 655 — 662.
9. *Strupp H.* A reformulation of the Dynamic of the Therapist's Contribution // Effective psychotherapy: A Handbook of Research / Ed. by A.S. Gurman, A.M. Razin. — New York: Pergamon Press, 1977. — P. 3 — 22.
10. *Strotzka H.* Psychotherapie und Tiefenpsychologie: ein Kurzlehrbuch. — Heidelberg: Springer, 1982. — 299 S.
11. *Tuke D.H.* Illustrations of the Influence of the Mind upon the Body in Health and Disease, Designed to Elucidate the Action of the Imagination. — London: J.A. Churchill, 1872. — XVI, 444 p.

12. *Dendy W.C.* Psychotherapeia, or the Remedial Influence of Mind // «Journal of Psychological Medicine and Mental Pathology». — 1853. — № 6. — P. 268 — 274.

13. *Foucault M.* Histoire de la sexualité. Т. 1. La volonté de savoir. — Paris: [Éditions] Gallimard, 1976. — 213 p. — (Пер. на рус.: *Фуко М.* Воля к знанию // *Фуко М.* Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности: Работы разных лет / Пер. с фр., сост., коммент. и послесл. С. Табачниковой; Под общ. ред. А. Пузыряя. — Москва: Изд. дом «Касталь» Школы культурной политики, 1996. — С. 97 — 268.). — (Пер. на укр.: *Фуко М.* Історія сексуальності. Т. 1. Жага пізнання / Пер. з фр. І. Донченка; Наук. ред. Д. Руденка. — Харків: Око, 1997. — 240 с.).

14. *Foucault M.* Histoire de la sexualité. Т. 2. L'usage des plaisirs. — Paris: [Éditions] Gallimard, 1984. — 287 p. — (Частич. пер. на рус.: *Фуко М.* Использование удовольствий. Введение // *Фуко М.* Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности: Работы разных лет / Пер. с фр., сост., коммент. и послесл. С. Табачниковой; Под общ. ред. А. Пузыряя. — Москва: Изд. дом «Касталь» Школы культурной политики, 1996. — С. 269 — 306.). — (Пер. на укр.: *Фуко М.* Історія сексуальності. Т. 2. Інструмент насолоди / Пер. з фр. І. Донченка; Наук. ред. Д. Руденка. — Харків: Око, 1999. — 288 с.).

15. *Foucault M.* Histoire de la sexualité. Т. 3. Le souci de soi. — Paris: [Éditions] Gallimard, 1984. — 286 p. — (Пер. на рус.: *Фуко М.* История сексуальности-III: Забота о себе / Пер. с фр. Т.Н. Титовой, О.И. Хомы; Под общ. ред. А.Б. Мокроусова. — Киев: Дух и литера; Грунт; Москва: Рефлбук, 1998. — 228 с.). — (Пер. на укр.: *Фуко М.* Історія сексуальності. Т. 3. Плекання себе / Пер. з фр. І. Донченка; Наук. ред. Д. Руденка. — Харків: Око, 2000. — 264 с.).

16. *Макаров В.В.* Психотерапия нового века. — Москва: Академический Проект, 2001. — 496 с. — (Б-ка психологии, психоанализа и психотерапии).

Розділ I

Дискурсивні й контекстові особливості психотерапії

1. (*Alexander F.G., Selesnick Sh.Th.*) *Александр Ф., Селесник Ш.* Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней / Пер. с англ. И.С. Козыревой, И.Е. Киселёвой. — Москва: Прогресс — Культура; Изд-во агентства «Яхтсмен», 1995. — 608 с. — (Ориг.: *Alexander F.G., Selesnick Sh.Th.* The History of Psychiatry: An Evaluation of Psychiatric Thought and Practice from Prehistoric Times to the Present. — New York: Harper and Row, Publishers, 1966. — XVI, 471, [9] p.).

2. *Foucault M.* Histoire de la sexualité. Т. 1. La volonté de savoir. — Paris: [Éditions] Gallimard, 1976. — 213 p. — (Пер. на рус.: *Фуко М.* Воля к знанию // *Фуко М.* Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности: Работы разных лет / Пер. с фр., сост., коммент. и послесл. С. Табачниковой; Под общ. ред. А. Пузыряя. — Москва: Изд. дом «Касталь» Школы культурной политики, 1996. — С. 97 — 268.). — (Пер. на укр.: *Фуко М.* Історія сексуальності. Т. 1. Жага пізнання / Пер. з фр. І. Донченка; Наук. ред. Д. Руденка. — Харків: Око, 1997. — 240 с.).

3. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. — Москва: Медицина, 1985. — 304 с.
4. Психотерапевтическая энциклопедия / В.А. Абабков, А.А. Александров, Б.А. Бараш и др.; Под ред. Б.Д. Карвасарского. — 2-е изд., перераб. и доп. — Санкт-Петербург: Питер, 2000. — 1019 с.
5. Pedersen P.B. Multiculturalism as a Fourth Force / Forew. by H.C. Triandis. — [London; New York]: Routledge (Taylor and Francis [Group], Ltd), 1998. — 219 p.
6. Pedersen P.B. Culture-Centered Counseling Interventions: Striving for Accuracy. — Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc., 1997. — 344 p.
7. Pedersen P.B. Multiculturalism as a Generic Approach to Counselling // «Journal of Counseling and Development». — 1991. — № 70 (1). — P. 6 — 12.
8. Special Issue: Multiculturalism as a Fourth Force in Counseling / Ed. by P.B. Pedersen // «Journal of Counseling and Development». — 1991. — № 70 (1). — P. 1 — 250.
9. Pedersen P.B. The Multicultural Perspective as a Fourth Force in Counseling // «Journal of Mental Health Counseling». — 1990. — № 12 (1). — P. 93 — 95.
10. (Peseschkian N.) Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. Межкультурные и междисциплинарные аспекты на примере 40 историй болезни / Пер. с нем. Т.В. Куличенко; Введ. П. Кутгера; Предисл. к рус. изд. Д.М. Менделевича. — Москва: Медицина, 1996. — 464 с.
11. (Peseschkian N.) Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия: семья как терапевт / Пер. с англ. Л. Трубицыной, с нем. Т. Куличенко; Под ред. М.Н. Дымшица, Д.А. Леонтьева; Послесл. В.Е. Кагана. — Москва: Март, 1996. — 336 с.
12. (Peseschkian H.) Пезешкиан Х. Позитивная психотерапия как транскультуральный подход в российской психотерапии: Дисс. ... д-ра мед. наук. — Санкт-Петербург: Санкт-Петерб. науч.-исслед. психоневрологический ин-т им. В.М. Бехтерева, 1998. — 83 с.
13. Devereux G. Essais d'ethnopsychiatrie générale / [Trad. par T. Jolas, H. Gobard]; Préf. par R. Bastide. — Paris: Gallimard, 1970. — [II], [XXIV], 394, [4] p. — (Bibl. des Sciences Humaines).
14. (Ἀριστοτέλης) Аристотель. Поэтика / Пер. с древнегреч. М.Л. Гаспарова // Сочинения: В 4 т. — Москва: Мысль, 1983. — Т. 4 / Ред. и вступ. ст. А.И. Доватура, Ф.Х. Кессиди; Примеч. В.В. Бибикина, Н.В. Брагинской, М.Л. Гаспарова, А.И. Доватура. — С. 645 — 680. — (Философское наследие; Т. 90).
15. (Ἀριστοτέλης) Аристотель. Политика / Пер. с древнегреч. С.А. Желева // Сочинения: В 4 т. — Москва: Мысль, 1983. — Т. 4 / Ред. и вступ. ст. А.И. Доватура, Ф.Х. Кессиди; Примеч. В.В. Бибикина, Н.В. Брагинской, М.Л. Гаспарова, А.И. Доватура. — С. 375 — 644. — (Философское наследие; Т. 90).
16. Bernays J. Grundzüge der verlorenen Abhandlung des Aristoteles über Wirkung der Tragödie // Abhandlungen der Historisch-Philosophischen-Gesellschaft in Breslau. — 1857/1858. — Bd. 1. — S. 135 — 202.
17. Moreno J.L. Mental Catharsis and the Psychodrama // «Sociometry». — 1940. — № 3. — P. 209 — 244. — (Также: Moreno J.L. Mental Catharsis and the Psychodrama. — New York: Beacon House, 1944. — 35 p. — (Psychodrama Monographs; № 6).).

18. (Σοφοκλῆς) *Софокл.* Драми / Пер. с греч. Ф.Ф. Зелинского; Подг. изд. М.Л. Гаспарова, В.Н. Ярхо; Отв. ред. М.Л. Гаспаров. — Москва: Наука, 1990. — 605 с. — (Литературные памятники).

19. *Kočová Z., Hausner M.* Ethnotherapie // Forschung, Ausbildung, Betreuung und Konzepte der Psychotherapie in den sozialistischen Ländern / Red. M. Geyer. — Potsdam, 1982. — S. 174 — 180.

20. *Morita Sh.* Shinkeishitsu: [Psychopathologie et thérapie]; Trad. du japonais par Mamoru Onishi, Nariakira Moriyama, Gilbert Vila et Hiroaki Ota / Préf. de P. Pichot. — Paris: Les Empêcheurs de penser en rond, [1997].

21. *Morita Sh.* Morita Therapy and the True Nature of Anxiety Based Disorders (Shinkeishitsu). — Albany, NY: State University of New York Press, 1998. — XXVII, 148 p.

22. *Krusche M., Janssen P.L.* Aktuelle Entwicklungen der Morita-Psychotherapie: Ergebnisse eines Forschungsaufenthaltes // Psychotherapeut. — Berlin; Heidelberg: Springer, 1997. — Bd. 42, № 1. — S. 42 — 46.

23. *Reynolds D.K.* Morita Psychotherapy. — Berkeley: University of California Press, 1976. — 243 p.

24. *Reynolds D.K.* Naikan-Therapie // Handbuch der Psychotherapie / R.J. Corsini (Hrsg.). — München: Psychologie-Verlags Union, 1987. — Bd. 1/2. — S. 769 — 781.

Розділ 2

Клініко-діагностичні особливості психотерапії

1. *Uexküll Th. von.* Grundfragen der psychosomatischen Medizin. — Hamburg: Rowohlt, 1963. — 283 S.

2. Psychosomatische Medizin / R. Adler, J.M. Herrmann, K. Köhle, O.W. Schoencke, Th. von Uexküll, W. Wesiack; Hrsg. Th. von Uexküll. — Vierte Aufl. — München; Wien; Baltimore: Urban und Schwarzenberg, 1990. — 1504 S.

3. *Cullen W.* Synopsis Nosologiae Methodicae, exhibens Clariss. Virorum Sauvagesii, Linnæi, Vogelii, Sagari et Macbridii. Systemata Nosologica. Edidit suumque proprium systema nosologicum adjecit Gulielmus Cullen. — Editio tertio, etc. — Edinburgi: [Apud] Gulielmum Creech, MDCCLXXX (1780). — 2 vol. in one. — IV, 349; 3f., XXXIX, 42 — 417 p.

4. *Trélat U.* La folie lucide, étudiée et considérée au point de vue de la famille et de la société. — Paris: Adrien Delahaye, 1861. — XVI, 357, (1) p.

5. Психотерапевтическая энциклопедия / В.А. Абабков, А.А. Александров, Б.А. Бараш и др.; Под ред. Б.Д. Карвасарского. — 2-е изд., перераб. и доп. — Санкт-Петербург: Питер, 2000. — 1019 с.

Розділ 3

Дисциплінарно-ідентифікаційні особливості психотерапії

1. Общая психодиагностика (Основы психодиагностики, немедицинской психотерапии и психологического консультирования): Учеб. пособие для студентов по специальности «Психология» / А.А. Бодалев, В.В. Сто-

лин, В.С. Аванесов и др.; Под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. — Москва: Изд-во Моск. гос. ун-та, 1987. — 304 с.

2. Бурлачук Л.Ф., Гرابская И.А., Кочарян А.С. Основы психотерапии: Учеб. пособие для студентов по специальности «Психология». — Киев: Ника-Центр; Москва: Алетейа, 1999. — 320 с.

3. Олешкевич В.И. История психотехники: Учеб. пособие для студентов по специальности «Психология». — Москва: Изд. центр «Академия», 2002. — 304 с.

4. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. — Москва: Медицина, 1985. — 304 с.

5. Карвасарский Б.Д. Неврозы. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Медицина, 1990. — 576 с.

6. Психотерапевтическая энциклопедия / В.А. Абабков, А.А. Александров, Б.А. Бараш и др.; Под ред. Б.Д. Карвасарского. — Санкт-Петербург: Питер Ком, 1998. — 752 с.

7. Психотерапевтическая энциклопедия / В.А. Абабков, А.А. Александров, Б.А. Бараш и др.; Под ред. Б.Д. Карвасарского. — 2-е изд., перераб. и доп. — Санкт-Петербург: Питер, 2000. — 1019 с.

8. (Лозанов Г.К.) Лозанов Г.К. Суггестология и суггестопедия: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. — [София]; Харьков: Харьк. медицинский ин-т, 1970. — 64 с.

12. Семичов С.Б. Концепция предболезни в клинической психиатрии: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. — Ленинград: Ленингр. науч.-исслед. психоневрологический ин-т им. В.М. Бехтерева, 1982. — 41 с.

13. Самохвалов В.П., Коробов А.А. Диагностика невербального поведения больных эндогенными психозами: (Метод. рекомендации). — Симферополь: Тип. изд-ва «Таврида», 1988. — 20 с.

14. Самохвалов В.П. Эволюционная психиатрия (история души и эволюция безумия) / Предисл. А.Н. Корнетова. — Симферополь: ИМИС — НПФ «Движение» Лтд, 1993. — 286 с.

15. Мясищев В.Н. Психология отношений: Избранные психологические тр. / Под ред. и со вступ. ст. А.А. Бодалева. — Москва: Изд-во Ин-та практической психологии; Воронеж: МПО «МОДЭК», 1995. — 356 с.

16. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. — Ленинград: Изд-во Ленингр. ун-та, 1960. — 426 с.

Розділ 4

Клініко-психофеноменологічний метод

1. Зейгарник Б. В. Патопсихология. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Изд-во Московск. гос. ун-та, 1986. — 288 с.

2. Зейгарник Б. В. Введение в патопсихологию. — Москва: Изд-во Московск. ун-та, 1969. — 172 с.

3. Кудрявцев И.А. О диагностической информативности некоторых патопсихологических синдромов // «Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова» (Москва). — 1982. — № 12. — С. 1814 — 1818.

4. Кудрявцев И.А. О диагностическом и прогностическом значении некоторых патопсихологических симптомокомплексов // Восстанови-

тельная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. — Ленинград: Ленингр. науч.-исслед. психоневрологический ин-т им. В.М. Бехтерева, 1982. — С. 46 — 52.

5. *Блейхер В. М., Крук И. В.* Патопсихологическая диагностика. — Киев: Здоровья, 1986. — 280 с.

Розділ 5

Клініко-діагностична складова (I частина) психотерапевтичного діагнозу

— « » —

Розділ 6

Психотехнічна складова (II частина) психотерапевтичного діагнозу

1. *Бехтерев В.М.* Объективная психология / Подгот. изд. В.А. Кольцовой; Отв. ред. Е.А. Будилова, Е.И. Степанова; Ст. о В.М. Бехтерева Б.Ф. Ломова, В.А. Кольцовой, Е.И. Степановой; Коммент. и примеч. В.А. Кольцовой, Е.А. Спиркиной. — Москва: Наука, 1991. — 480 с. — (Памятники психологической мысли).

Розділ 7

Фармакотерапевтична складова (III частина) психотерапевтичного діагнозу

1. *Телешевская М.Э.* Наркопсихотерапия при неврозах. — Ленинград: Медицина. Ленингр. отд-ние, 1969. — 165 с.

2. *Horsley J.S.* Narco-Analysis: A New Technique in Short-Cut Psychotherapy: A Comparison with Other Methods: And Notes on the Barbiturates. — Oxford: Oxford University Press, 1943. — VII, [1], 134, [2] p.

3. *Grinker R.R., Spiegel J.P.* Men Under Stress. — Philadelphia: Blakiston, 1945. — XII, 484 p.

4. *Перельмутер М.М.* О сомнопсихотерапии // Тр. III Всесоюз. съезда невропатологов и психиатров; Невропатология и психиатрия. — 1949. — Т. 18, № 4. — С. 54 — 57.

5. *Savage Ch.* Lysergic Acid Diethylamide (LSD-25): A Clinical-Psychological Study // «American Journal of Psychiatry». — 1952. — № 108. — P. 896 — 900.

6. *Grof S.* LSD Psychotherapy: Exploring the Frontiers of the Hidden Mind. — Alameda, CA: Hunter House, 1980. — 352 p.

7. (*Grof S.*) *Гроф С.* За пределами мозга. Рождение, смерть и трансценденция в психотерапии / Пер. с англ. А. Андрианова, Л. Земской, Е. Смирновой; Общ. ред. А. Дегтярёва; Науч. ред. В. Майкова. — 2-е изд., испр. — Москва: Изд-во Трансперсонального ин-та, 1993. — 504 с. — (Ориг.: *Grof S. Beyond the Brain: Birth, Death, and Transcendence in Psychotherapy.* — Albany, NY: State University of New York Press, 1985. — 466 p.).

8. (*Grof S.*) *Гроф С.* Области человеческого бессознательного: опыт исследования с помощью ЛСД / Пер. с англ. А. Пушко. — Москва: МТМ, 1994. — 240 с. — (Ориг.: *Grof S. Realms of the Human Unconscious: Observations from LSD Research.* — New York: Viking Press, 1975. — 243 p.).

9. *Leuner H.* Halluzinogene — psychische Grenzzustände in Forschung und Psychotherapie. — Bern; Stuttgart; Wien: Huber, 1981. — 458 S.

10. *Рожнов В.Е.* Эмоционально-стрессовая психотерапия // Материалы VII Всесоюз. съезда невропатологов и психиатров. — Москва, 1981. — Т. III. — С. 285 — 288.

11. *Познанский А.С., Цейтлин М.И., Токарева И.Г.* Медикаментозно-психотерапевтический метод лечения в психиатрической клинике // Вопросы психотерапии: Материалы Всесоюз. конф. / Под ред. М.С. Лебединского; Предисл. Д.Д. Федотова. — Москва: Медгиз, 1958. — С. 205 — 209.

Розділ 8

Прогностична складова (IV частина) психотерапевтичного діагнозу

— « » —

Розділ 9

Загальна [психо]діагностика і спеціальні діагностичні прийоми

1. *Самохвалов В.П.* Эволюционная психиатрия (история души и эволюция безумия) / Предисл. А.Н. Корнетова. — Симферополь: ИМИС — НПФ «Движение» Лтд, 1993. — 286 с.

2. *Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробов А.А., Корнетов Н.А.* Этология в психиатрии / Науч. ред. И.Д. Шевчука. — Киев: Здоровья, 1990. — 216 с.

3. *Самохвалов В.П., Коробов А.А.* Диагностика невербального поведения больных эндогенными психозами: (Метод. рекомендации). — Симферополь: Тип. изд-ва «Таврида», 1988. — 20 с.

Розділ 10

Логіка, семіотика й алгоритм діагнозу в психотерапії

— « » —

*Розділ 11***Правила формулювання й дизайн
психотерапевтичного діагнозу**

— « » —

*Розділ 12***Класифікація методів і методик психотерапії**

1. *Каннабих Ю.[В.]* Психотерапия // Большая медицинская энциклопедия: В 35 т. Т. 27 / Гл. ред. Н.А. Семашко. — Москва: Советская энциклопедия, 1933. — Стб. [разд. паг.] 819 — 829.

*Розділ 13***Феноменологічний арсенал,
понятійно-концептуальна платформа та персонологія
в ув'язненні методів і методик психотерапії**

1. *Braid J.* Neurypnology; or, The rationale of nervous sleep considered in relation with animal magnetism. Illustrated by numerous cases of its successful application in the relief and cure of disease. — London: John Churchill, 1843. — (2), XXII, 265, (1) p.

2. *Braid J.* Satanic Agency and Mesmerism Reviewed. — Manchester: Sims and Dinham, Gait and Anderson, 1842. — 12 p.

3. *Braid J.* Braid on Hypnotism. Neurypnology; or, The Rationale of Nervous Sleep Considered in Relation to Animal Magnetism or Mesmerism and Illustrated by Numerous Cases of Its Successful Application in the Relief and Cure of Disease. A New Edition, Edited with an Introduction Biographical and Bibliographical Embodying the Author's Later Views and Further Evidence on the Subject. By Arthur Waite. — London: G. Redway, 1899. — XII, 380 p.

4. *Braid J.* The Power of the Mind over the Body, an Experimental Inquiry into the Nature and Cause of the Phenomena Attributed by Baron Reichenbach and Others to a «New Imponderable». — London: John Churchill; Edinburgh: Adam and Chas. Black; [Manchester: Grant and Co.], 1846. — 36 p.

5. *Braid J.* Observations on Trance: or, Human Hybernation. — London: Churchill, 1850. — 72 p.

6. *Braid J.* Magic, Witchcraft, Animal Magnetism, Hypnotism, and Electro-Biology; Being a Digest of the Latest Views of the Author on these Subjects. — Third Edition, Greatly Enlarged, Embracing Observations on J.C. Colquhoun's «History of Magic», and c. — London: John Churchill, 1852. — (3), 122 p.

7. *Braid J.* Hypnotic Therapeutics, Illustrated by Cases. With an Appendix on Table-Moving and Spirit-Rapping: (Reprinted from the Monthly Journal of Medical Science for July 1853.). — Edinburgh: Murray and Gibb, 1853. — 44 p.

8. *Braid J.* The Physiology of Fascination, and The Critics Criticised.— Manchester: Grant and Co., 1855.— 14, 18 p.
9. *Charcot J.-M.* Contribution à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques.— Paris: Progrès médicale, 1881.— (2), 122 p.
10. *Charcot J.-M.* Physiologie pathologique: Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques // Comptes-rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences (Section de Medecine et de Chirurgie).— 1882.— № 94.— P. 403 — 405.
11. *Charcot J.-M., Richer P.* Les démoniaques dans l'art.— Paris: A. Delahaye et E. Lecrosnier, [Éditeurs,] 1887.— 118 p.
12. *Charcot J.-M., Richer P.* Les difformes et les malades dans l'art.— Paris: Lecrosnier et Babé, [Libraires-Éditeurs,] 1889.— VI, 162 p.
13. *Charcot J.-M.* La foi qui guérit // «Revue Hebdomadaire».— 1892.— № 5.— P. 112 — 132.— (Перепеч.: *Charcot J.-M.* La foi qui guérit / Préf. du D.-M. Bourneville.— Paris: Bureaux du «Progrès médical»; Félix Alcan, [Éditeur,] 1897.— VII, 38, [2] p.— (Bibl. Diabolique).).
14. *Charcot J.-M.* De la métalloscopie et la métallothérapie.— Paris: G. Charmerot, 1878.— 20 p.
15. *Bernheim H.* De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille.— Paris: Octave Doin, 1884.— 110 p.
16. *Bernheim H.* De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique.— Paris: Octave Doin, 1886.— III, 428 p.
17. (*Bernheim [H.] Бернгейм [И.]* О гипнотическомъ внушеніи и примѣненіи его къ леченію болѣзней: Въ 2 ч. / Пер. со [2-го доп.] фр. [изд.] и введ. Е.Б. Перельцевейга.— Одесса: Рус. тип. Исаковича, 1887 — 1888.— Ч. 1.— 1887.— VIII, 228, [1] с.; Ч. 2.— 1888.— XL, 355, [1] с.
18. *Bernheim H.* Hypnotisme, suggestion, psychothérapie; études nouvelles.— Paris: Octave Doin, 1891.— II, 518 p.
19. *Bernheim H.* L'hypnotisme et la suggestion dans leurs rapports avec la médecine légale.— Nancy: A. Crépin-Leblond, 1897.— 102 p.
20. *Bernheim H.* Le Docteur Liébeault et la Doctrine de la suggestion: Conférence faite sous les auspices de la Société des amis de l'Université de Nancy, 12 déc. 1906 a. // «Revue médicale de l'Est».— 1907.— № 39.— P. 36 — 51, 70 — 82.
21. *Bernheim H.* De la suggestion.— Paris: Aubin Michel, [1911].— 267 p.
22. *Bernheim H.* Automatismes et suggestion.— Paris: Félix Alcan, 1917.— XV, (1), 168 p.
23. *Preyer W.T.* Die Kataplexie und der thierische Hypnotismus.— Jena: G. Fisher, 1878.— IV, 100 S.
24. *Preyer W.T.* Die Entdeckung des Hypnotismus.— Berlin: Paetel, 1881.— (8), 96 S.
25. *Preyer W.T.* Der Hypnotismus: Vorlesungen gehalten an der K. Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin.— Vienna: Urban und Schwartzberg, 1890.— VI, 217, (1) S.
26. *Wetterstrand O.G.* Om Hypnotismens anvandande i den praktiska medicinen.— Stockholm: J. Seligmann, [1888].— IV, 90 s.

27. *Krafft-Ebing R. von.* Eine experimentelle Studie auf dem Gebiete des Hypnotismus. — Stuttgart: Ferdinand Enke, 1888. — 80 S.

28. *Forel A.* Der Hypnotismus: seine Bedeutung und seine Handhabung. In kurzgefasster Darstellung. — Stuttgart: Ferdinand Enke, 1889. — 88 S.

29. (*Forel A.*) *Форель А.* Гипнотизм, или внушение, и психотерапия: Их психологическое, психофизиологическое и медицинское значение со включением психоанализа / Пер. с 12-го нем. изд. Г.А. Котляра; Предисл. В.В. Срезневского. — Ленинград: Образование; Тип. «Правда», 1928. — 304 с.

30. Протоколы засіданій Харьковского Медицинского Общества № 2 — 6 за 1878 годъ. — Харьковъ: Тип. К.П. Счасни, 1878. — Протоколъ № 2 отъ 28 янв. 1878 г. — С. 1 — 3.

31. *Данилевскій В.Я.* Единство гипнотизма у человекѣ и животныхъ: (Рѣчь 3 янв. 1991 г. [въ сокр.]) // Дневникъ IV-го Съѣзда Русскихъ Врачей въ память Н.И. Пирогова / Подъ ред. П.И. Дьяконова. — Москва: Изд-е Правленія Съѣзда; Т-во Скоропечатни А.А. Левенсонъ, 1891. — С. 139 — 157.

32. *Данилевскій В.Я.* Гипнотизм. — Харьков: Изд-во «Путь просвещения» при Наркомпросе УССР, 1924. — II, 255 с.

33. *Токарскій А.А.* Гипнотизмъ и внушеніе: (Сообщение, сделанное въ Московскомъ психологическомъ обществе). — Харьковъ, 1888. — 72 с.

34. *Бехтерев В.М.* Гипноз, внушение, телепатия / Сост., авт. вступ. статьи и примеч. Г.Х. Шингаров. — Москва: Мысль, 1994. — 364, [2] с.

35. *Платонов К.И.* Слово как физиологический и лечебный фактор (Материалы к физиологии психотерапии) // Психотерапия: Сб. ст. / Под ред. и с предисл. К.И. Платонова; Ввод. слово А.И. Геймановича. — Харьков: Госиздат Украины, 1930. — С. 11 — 122. — (Тр. Укр. психоневрологического ин-та; Т. XIV).

36. *Платонов К.И.* Слово как физиологический и лечебный фактор (К физиологии психотерапии): Для врачей, биологов и педагогов. — Харьков: Госиздат Украины, 1930. — 116 с.

37. *Платонов К.И.* Слово как физиологический и лечебный фактор (Вопросы теории и практики психотерапии на основе учения И.П. Павлова). — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Медгиз, 1957. — 432 с.

38. *Платонов К.И.* Слово как физиологический и лечебный фактор (Вопросы теории и практики психотерапии на основе учения И.П. Павлова). — 3-е изд., с некоторыми доп. и изм. — Москва: Медгиз, 1962. — 533 с.

39. *Антер И.М.* О природе гипноза и его значении в психотерапии // «Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова» (Москва). — 1976. — Т. LXXVI. — Вып. 9. — С. 1408 — 1412.

40. *Антер И.М.* О нейрофизиологических механизмах гипноза (Ответ на статью Э.Ю. Фельдмана и М.С. Лейзеровича) // «Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова» (Москва). — 1979. — Т. LXXIX. — Вып. 8. — С. 1117 — 1119.

41. *Рожнов В.Е.* Гипноз в медицине. — Москва: Медгиз, 1954. — 119 с. — (Б-ка практического врача).

42. Рожнов В.Е. Гипнотерапия // Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е. Рожнова. — 3-е изд., перераб. и доп. — Ташкент: Медицина УЗ ССР, 1985. — С. 156 — 188.

43. Тукаев Р.Д. Гипноз. Механизмы и методы клинической гипнотерапии. — Москва: ООО «Медицинское информационное агенство», 2006. — 448 с.

44. Coué E. La maîtrise de soi-même par l'autosuggestion consciente. — Nancy; Paris: S.n., 1921. — 118 p. — (Частич. пер. на рус.: Куэ Э. Сознательное самовнушение как путь к господству над собой / Авториз. пер. с фр. и предисл. М. Кадиша. — Москва: Изд-во «КСП», 1996. — С. 183 — 301, [1].).

45. Schultz J.H. Das autogene Training (konzentrierte Selbstent-Spannung): Versuch einer klinisch-praktischen Darstellung. — Leipzig: Georg Thieme [Verlag], 1932. — XVI, 305, [3] S.

46. (Kleinsorge H., Klumbies G.) Клейнзорге Х., Кломбиес Г. Техника релаксации / Пер. с нем. К.И. Мировского, И.М. Кельмана; Предисл. А.Н. Шогамы. — Москва: Медицина, 1965. — 72, [6], [2] с.

47. (Luthe W.) Лутэ В. Аутогенная тренировка с применением обратной связи // Психическая саморегуляция. — Алма-Ата, 1974. — Вып. 2. — С. 61 — 67.

48. Jacobson E. Progressive Relaxation: A Physiological and Clinical Investigation of Muscular States and Their Significance in Psychology and Medical Practice. — Chicago, IL: The University of Chicago Press, 1929. — XIII, 428 p. — (The University of Chicago monographs in medicine).

49. Эмоционально-волевая подготовка спортсменов / Н.К. Агишева, А.В. Алексеев, И.М. Виш и др.; Под ред. А.Т. Филатова. — Киев: Здоров'я, 1982. — 296 с.

50. Тархановъ И.Р. Духъ и тѣло. — Санктъ-Петербургъ: Брокгаузъ — Ефронъ, 1904. — 175, [1] с. — (8-е безпл. прил. къ журналу «Вѣстникъ и Библиотека Самообразования» на 1904 г.).

51. Боткинъ Я.А. Принципы психотерапіи (принципы лѣченія психическими вліяніями). — Москва: Типо-литограф. В. Рихтеръ, 1897.

52. Бехтерев В.М. О лечении навязчивых идей гипнотическими внушениями // Гипноз, внушение, телепатия / Сост., авт. вступ. статьи и примеч. Г.Х. Шингаров. — Москва: Мысль, 1994. — С. 75 — 79. — (Ориг.: Бехтеревъ В.М. О лѣченіи навязчивыхъ идей гипнотическим[и] внушеніям[и] // «Врачъ». — 1892. — № 1. — С. 1 — 2. — Также: Бехтерев В.М. О лечении навязчивых идей гипнотическим[и] внушениям[и] // Бехтерев В.М. Избранные произведения: (Статьи и доклады) / Вступ. ст. и примеч. В.Н. Мясищева. — Москва: Медгиз, 1954. — С. 323 — 326.).

53. Яроуцкій А.И. Идеализмъ какъ физиологическій факторъ. — Юрьевъ: Тип. К. Маттисень, 1908. — 303 с. — (Нем. изд.: Jarotzky A. [I.] Der Idealismus als lebenerhaltendes Prinzip. Betrachtungen eines Arztes. — Jurjew (Dorpat): Medizinischen Hospitalklinik a. d. Universität zu Jurjew (Dorpat), 1908. — [4], 147 S.).

54. (Schultz J.H.) Шульц Й.Г. Руководство по психотерапии: (Для специалистов и врачей-практиков) / Пер. с послед. испр. нем. изд. под ред. А.Б. Левина. — Берлин: [Медицинское изд-во] «Врач», [1924]. — [8], 249, [1] с.

55. Свядоц А.М. Неврозы. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва: Медицина, 1982. — 368 с.

56. Рожнов В.Е. Методика коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии больных хроническим алкоголизмом // Проблемы алкоголизма: Сб. науч. тр. — 1971. — Вып. 2 / Под ред. Г.В. Морозова. — Москва: ЦНИИ судебной психиатрии им. В.П. Сербского; Полиграфист], 1971. — С. 207 — 216.

57. Рожнов В.Е. К теории эмоционально-стрессовой психотерапии // Исследования механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях: Респ. сб. науч. тр. / Под ред. В.Е. Рожнова, Б.Д. Карвасарского. — Ленинград, 1982. — С. 10 — 15. — (Тр. Ленингр. науч.-исслед. психоневрологического ин-та им. В.М. Бехтерева; Т. 100).

58. (Dubois P.-Ch.) Дюбуа П.-Ш. Психоневрозы и их психическое лечение / Авториз. пер. с фр. М.М. Симзена, с доп. Р.И. Лепской; Предисл. П.-Ш. Дюбуа; Подъ ред. В. Осипова. — Санкт-Петербург: Изд-е К.Л. Риккера, 1912. — XVII, 397 с. — (Ориг.: *Dubois P.[Ch.] Les psychonévroses et leur traitement moral: leçons faites à l'université de Berne / Préface J.-J. Déjerine.* — Paris: Masson et Cie, Éditeurs, 1904. — [2], IX, [1], 557, [3] p.).

59. (Déjerine J., Gauckler E.) Дежеринъ Ж., Гоклеръ Е. Функциональные проявления психоневрозовъ, ихъ лечение психотерапією / Пер. с фр. Вл. Сербскаго; Предисл. Ж. Дежерина. — Москва: Книгоизд-во «Космосъ», 1912. — VIII, 517 с. — (Пер. на англ.: *Déjerine J.[J.], Gauckler E. Psychoneuroses and Their Treatment in Psychotherapy / Transl. by S.E. Jelliffe (of «Les Manifestations fonctionelles psychonevroses — leur traitement par psychothérapie» (1911)).* — Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1913. — [2], XII, [2], 395, [1] p.).

60. Freud S. Traumdeutung. — Dritte Aufl., verb. — Leipzig: Franz Deuticke, 1911. [Erste Aufl. 1900]. — IX, [1], 414, [4] S.

61. (Freud S.) Фрейдъ З. Толкованіе сновидѣній / Пер. с 3-го доп. нѣм. изд. М. К. — Москва: Книгоизд-во «Современныя проблемы», 1913. — 448, IV с.

62. (Freud S.) Фрейдъ З. Толкование сновидений / Пер. с нем. М. К.; Подгот. текста и вступ. ст. Б.Г. Херсонского. — Киев: Здоровья, 1991. — 360 с.

63. Freud S. Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. — Fünfte Aufl. — Leipzig: Wien: Franz Deuticke, 1922. [Erste Aufl. 1905]. — [VIII], 104 S.

64. (Freud S.) Фрейдъ З. Три очерка по теории сексуальности // Фрейдъ З. Психология бессознательного: Сб. произведений: Пер. с нем. и англ. / Сост., науч. ред., вступ. ст. М.Г. Ярошевского. — Москва: Просвещение, 1989. — С. 122 — 199.

65. Freud S. Zur Psychopathologie des Alltagslebens: über Vergessen, Versprechen, Vergreifen, Aberglauben und Irrtum / Vorw. von A. Mitscherlich. — Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch [Verlag], 1990. — 236 S. — (Ориг.: *Freud S. Zur Psychopathologie des Alltagslebens: über Vergessen,*

Versprechen, Vergreifen, Aberglauben und Irrtum.— (Durchgesehener Abdruck aus der Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie; Bd. X).— Berlin: [Verlag von] S. Karger, 1904.— 92 S.).

66. (Freud S.) Фрейд З. Психопатологія обыденной жизни: Разрешённый авт. пер. со 2-го нѣм изд. В. Медема.— Москва: Книгоизд-во «Современные проблемы», 1910.— 2, 166 с.).

67. (Jung C.G.) Юнг К.Г. Аналитическая психология[: теория и практика]: Тавистокские лекции / Пер. с англ. и ред. В.В. Зеленского.— Санкт-Петербург: МЦНКИТ «Кентавр», ИЧП «Палантир», 1994.— 136 с.

68. Adler A. Praxis und Theorie der Individual-Psychologie: Vorträge zur Einführung in die Psychotherapie für Ärzte, Psychologen und Lehrer.— München; Wiesbaden: [Verlag von] J.F. Bergmann, 1920.— [VI], 244 S.

69. Freud S. Das Ich und das Es.— Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1923.— 77, [3] S.

70. (Freud S.) Фрейд З. Я и Оно / Пер. с нем. В.Ф. Полянского; Вступ. ст. С. Джимбинова.— Москва: МПО «МЕТТЭМ», 1990.— 56 с.

71. Freud S. Entwurf einer Psychologie (Manuskript; gemeinsam mit Josef Breuer), 1895.— (Freud S. Entwurf einer wissenschaftlichen Psychologie // S. Freud. Aus den Anfängen der Psychoanalyse: Briefe an Wilhelm Fließ, Abhandlungen und Notizen aus den Jahren 1887 — 1902 / Hrsg. von M. Bonaparte, A. Freud, E. Kris.— London: Imago Publ. Co., 1950.— 477 S.).

72. Бехтєрев В.М. О психо-рефлекторной терапии // «Обозрѣніе психіатрії, неврології и экспериментальной психології: Ежемѣс. журналъ, посвящ. неврології, невропатології, психіатрії, электротерапії, хирургії нервной системы, гипнотизму, психології и уголовной антропології» (Петроградъ).— Петроградъ: Изд-е К.Л. Риккера, 1914 [— 1915].— № 10 — 12.— С. 555 — 557.— (Также: Бехтєрев В.М. О психо-рефлекторной терапии // Бехтєрев В.М. Избранные произведения: (Статьи и доклады) / Вступ. ст. и примеч. В.Н. Мясищева.— Москва: Медгиз, 1954.— С. 433 — 435.).

73. Wolpe J. Practice of Behavior Therapy.— 2nd printing.— New York: Pergamon Press, 1970.— X, 314 p.— (Pergamon General Psychology Series).

74. Wolpe J. Orientation to Behavior Therapy. Major Contributors to Modern Psychotherapy.— Nutley, NJ: Hoffman-La Roche, Inc., 1971.— 26, [2] p.

75. Wolpe J. Practice of Behavior Therapy.— 2nd Rev. Ed.— New York: Pergamon Press Inc., 1973.— XVI, 318, [2] p.— (Pergamon General Psychology Series; Vol. 1).

76. Clinical Behavior Therapy: A Guide to Effective Therapy in Clinical Practice / Ed. by A.A. Lazarus.— New York: Brunner / Mazel, 1972.— [X], 230 p.

77. Lazarus A.[A.] Multi-Modal Behavior Therapy.— New York: Springer Publishing Company, 1976.— 241 p.

78. Lazarus A.[A.] In the Mind's Eye: The Power of Imagery for Personal Enrichment.— 2nd printing.— New York: Guilford Press, 1984.— [VI], 202 p.

79. Casebook of Multimodal Therapy / Ed. by A.A. Lazarus.— New York: Guilford Press, 1985.— [XII], 212 p.

80. *Rachman S.* Phobias: Their Nature and Control.— Springfield, IL: Charles C. Thomas Publisher, 1968.— XV, [1], 123, [5] p.— (American Lecture Series in Living Chemistry).

81. *Rachman S., Teasdale J.* Aversion Therapy and Behaviour Disorders: An Analysis / Foreword by H.J. Eysenck.— Coral Gables, FL: University of Miami Press, 1969.— XIII, [1], 186 p.

82. *Shapiro D.* Neurotic Styles / Forew. by R.P. Knight.— New York: Basic Books, Inc. Publishers, 1965.— XII, [2], 207, [3] p.— (The Austen Riggs Center Monograph Series; № 5).

83. *Shapiro D.* Autonomy and Rigid Character.— New York: Basic Books, Inc. Publishers, 1981.— IX, 179 p.

84. *Shapiro D.* Psychotherapy of Neurotic Character.— New York: Basic Books, Inc. Publishers, 1989.— XIII, [1], 242 p.

85. *Shapiro D.* Dynamics of Character: Self-regulation in Psychopathology.— New York: Basic Books, 1999.— XII, 172 p.

86. *Yates A.J.* Frustration and Conflict.— London: Methuen, 1962.— X, 236, [2] p.— (Methuen's annuals of Modern Psychology / Ed. by C.A. Mace).

87. *Yates A.J.* Behavior Therapy.— New York: John Wiley and Sons, Inc., 1970.— [XIV], 445, [5] p.

88. *Yates A.J.* Theory and Practice in Behavior Therapy.— New York: Wiley-Interscience Publication, John Wiley and Sons, 1975.— XIX, [1], 243, [1] p.— (Wiley Series on Personality Processes / Series Ed. I.B. Weiner).

89. *Eysenck H.J.* Effects of Psychotherapy.— New York: International Science Press, 1966.— [100] p.

90. *Eysenck H.J., Rachman S.* Causes and Cures of Neurosis: An Introduction to Modern Behaviour Therapy Based on Learning Theory and the Principles of Conditioning.— 2nd printing.— San Diego: Robert R. Knapp, Publisher, 1967.— XII, [2], 318, [4] p.

91. Readings in Extraversion-Introversion. Vol. 1: Theoretical and Methodological Issues / Ed. by H.J. Eysenck.— New York: Wiley-Interscience, 1970.— [XVI], 416 p.

92. Readings in Extraversion-Introversion. Vol. 2: Fields of Application / Ed. by H.J. Eysenck.— New York: Wiley-Interscience, 1971.— [XII], 355, [1] p.

93. Readings in Extraversion-Introversion. Vol. 3: Bearings on Basic Psychological Processes / Ed. by H.J. Eysenck.— New York: Wiley-Interscience, A Division of John Wiley and Sons, Inc.— 640 p.

94. *Azrin N.H., Foxx R.M.* Toilet Training in Less Than a Day.— 3rd printing.— New York: Simon and Schuster, 1974.— 160 p.

95. *Azrin N.[H.], Besalel V.[A.]* Parent's Guide to Bedwetting Control: A Step-by-Step Method.— New York: Simon and Schuster, 1979.— 188, [4] p.

96. *Ayllon T.* Behavior Modification in a Seventh Grade Classroom, 1970 — 1971.— [Atlanta, GA]: Atlanta Public Schools, 1971.— 38 p.— (Research and Development Report; Vol. V, № 6).

97. *Ayllon T.* How to Use Token Economy and Point Systems.— 2nd Ed.— Austin, TX: Pro-Ed, 1999.— 32 p.— (How to Manage Behavior Series).

98. *Krasner L.* The Therapist as a Social Reinforcement Machine // Research in Psychotherapy / Ed. by H.H. Strupp, L. Luborsky.— Washington, DC: American Psychological Association, 1962.— Vol. 2.— P. 61 — 94.

99. *Павлов И.П.* Полное собрание сочинений: В 6 т., 8 кн.— 2-е изд., доп.— Москва; Ленинград: Изд-во АН СССР, 1951 — 1952.— 6 т., 8 кн.

100. *Watson J.B.* Psychology from the Standpoint of a Behaviorist.— Philadelphia: J.B. Lippincott and Co., 1919.— [II], [XIV], 429, [3] p.

101. (*Watson J.B.*) *Уотсон Дж.Б.* Психология как наука о поведении / Пер. с англ. И.Н. Мураховской, Д.С. Лопухина; Под ред. и со вступ. ст. В.П. Протопопова.— Киев; Харьков: Госиздат Украины, 1926.— XX, 398 с.

102. *Thorndike E.L.* Educational Psychology: Briefer Course.— Revised Ed.— New York: Teachers College, Columbia University, 1923.— [II], XII, 442 p.

103. Основные направления психологии в классических трудах. Бихевиоризм: (Пер. с англ.) / Э. Торндайк. Принципы обучения, основанные на психологии / Джон Б. Уотсон. Психология как наука о поведении / Предисл. и коммент. А.А. Карелина.— Москва: ООО «Издательство АСТ-ЛТД», 1998.— 704 с.— (Классики зарубежной психологии).

104. *Skinner B.F.* The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis.— New York: D. Appleton-Century Company, Inc., 1938.— IX, [1], 457, [1] p.— (The Century psychology series).

105. (*Erickson M.H., Rossi E.L., Rossi S.I.*) *Эриксон М.Х., Россу Э.Л., Россу Ш.И.* Гипнотические реальности: Наведение клинического гипноза и формы косвенного внушения / Пер. с англ. М.А. Якушиной; Предисл. М.Р. Гинзбурга.— Москва: Независимая фирма «Класс», 1999.— 352 с.— (Б-ка психологии и психотерапии).— (Ориг.: *Erickson M.H., Rossi E.L., Rossi S.I.* Hypnotic Realities: The Introduction of Clinical Hypnosis and Forms of Indirect Suggestion.— New York: Irvington Publishers; Har / Cas Edition, 1976.— 340 p.).

106. (*Erickson M.H.*) *Эриксон М.Х.* Гипноз: Пер. с англ.— Харьков: ИМП «Рубикон», 1994 — 1995.— Т. 1.— 270 с.; Т. 2.— 319 с.; Т. 3.— 383 с.

107. *Bandler R., Grinder J.* Reframing: Neuro-Linguistic Programming™ and the Transformation of Meaning.— Moab, UT: Real People Press, 1982.— 208 p.

108. (*Bandler R., Grinder J.*) *Бэндлер Р., Гриндер Дж.* Транс-Формация: Нейро-лингвистическое программирование и структура гипноза: Пер. с англ.— Санкт-Петербург: «Петербург — XXI век», ИЧП «Белый кролик», 1995.— 317 с.— (Ориг.: *Bandler R., Grinder J.* Trance-Formations: Neuro-Linguistic Programming and the Structure of Hypnosis.— Moab, UT: Real People Press, 1981.— 252 p.).

109. *Bandler R., Grinder J.* The Structure of Magic I: A Book About Language and Therapy.— Palo Alto, CA: Science and Behavior Books, 1975.— 225 p.— *Bandler R., Grinder J.* The Structure of Magic II: A Book About Communication and Change.— Palo Alto, CA: Science and Behavior Books, 1976.— 200 p.— (Пер. на рус.: *Бэндлер Р., Гриндер Дж.* Структура магии.— Санкт-Петербург: Изд-во «Белый кролик», 1996.— 496 с.).

110. *Wertheimer M.* Productive Thinking. — New York; London: Harper and Brothers Publishers, 1945. — XI, [3], 224, [2] p.: 156 text fig. — (Пер. на рус.: *Вертгеймер М.* Продуктивное мышление: Пер. с англ. / Общ. ред. С.Ф. Гурбова, В.П. Зинченко; Вступ. ст. В.П. Зинченко. — Москва: Прогресс, 1987. — 336 с.: 213 ил.).

111. *Koffka K.* Zur Analyse der Vorstellungen und ihrer Gesetze. — Leipzig: [Verlag von] Quelle und Meyer, 1912. — X, 392 S.

112. *Koffka K.* Principles of Gestalt Psychology: 2nd printing. — New York: Harcourt Brace and Company, 1936. — XI, [1], 720, [4] p.: 112 text fig. — (International Libr. of Psychology, Philosophy, and Scientific Method).

113. *Köhler W.* Gestalt Psychology: An Introduction to New Concepts in Modern Psychology: 7th printing. — New York: Horace Liveright, 1945. — [XII], 403, [1] p.

114. *Köhler W.* The Task of Gestalt Psychology / Introd. by C.C. Pratt. — Princeton, NJ: Princeton University Press, 1969. — [II], VII, [1], 164, [2] p.

115. *Goldstein K.* Der Aufbau der Organismus: Einführung in die Biologie unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen am kranken Menschen. — Haag: Martinus Nijhoff, 1934. — X, [2], 363, [1] S.

116. *Goldstein K.* The Organism: A Holistic Approach to Biology Derived from Pathological Data in Man / Forew. by K.S. Lashley. — New York: American Book Company, 1939. — [XVIII], 533, [1] p. — (American Psychology Series / Ed. by H.E. Garrett).

117. *Perls E.S.* Ego, Hunger and Aggression: The Beginning of Gestalt Therapy. — London: Allen and Unwin, 1947. — [II], 273, [5] p.

118. *Perls E.S.* Gestalt Therapy Verbatim. — Lafayette, CA: Real People Press, 1969. — 279 p.

119. *Burrow T.* The Biology of Human Conflict: An Anatomy of Behavior Individual and Social. — New York: Macmillan Company, 1937. — [II], [XL], 435, [3] p.

120. *Burrow T.* The Social Basis of Consciousness: A Study in Organic Psychology Based Upon a Synthetic and Societal Concept of the Neuroses. — New York: Harcourt, Brace and Company; London: Kegan Paul, Trench, Trubner and Co., Ltd., 1927. — [2], XVIII, 256 p. — (International Libr. of Psychology, Philosophy, and Scientific Method).

121. *Wender L.* Group psychotherapy: A study of its application // «Psychiatric Quarterly». — 1940. — № 14. — P. 708 — 719.

122. *Schilder P.* Entwurf einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage. — Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1925. — [IV], 208 p. — (Internationale psychoanalytische Bibl.; № 17).

123. *Schilder P.* Psychotherapy. — New York: W.W. Norton und Company Inc., Publishers, 1938. — 344 p.

124. *Wolf A., Schwartz E.K.* Psycho-Analysis in Groups. — New York; London: Grune and Stratton, 1962. — [X], 326 p.

125. *Wolf A., Schwartz E.K., McCarty G.J., Goldberg I.A.* Beyond the Couch: Dialogues in Teaching and Learning Psychoanalysis in Groups. — New York: Science House, 1970. — [XVI], 364, [4] p.

126. *Slavson S.R.* Analytic Group Psychotherapy with Children, Adolescents, and Adults. — New York: Columbia University Press, 1950. — [X], 275, [3] p.
127. *Slavson S.R.* Child-Centered Group Guidance of Parents. — New York: International Universities Press, Inc., 1958. — X, 333, [1] p.
128. *Slavson S.R.* An Introduction to Group Therapy. — New York: The Commonwealth Fund, 1943. — XVI, 352 p.
129. *Slavson S.R.* A Textbook in Analytic Group Psychotherapy. — New York: International Universities Press, Inc., 1964. — [X], 563, [3] p.
130. *Kohut H.* Search for the Self: Selected Writings of Heinz Kohut: 1950 — 1978. — 3rd printing / Ed. by P.H. Ornstein. — New York: International Universities Press, Inc., 1980. — Vol. 1. — VIII, [510], [2] p.; Vol. 2. — VIII, 511 — 969, [5] p.
131. *Kohut H.* Self Psychology and the Humanities: Reflections on a New Psychoanalytic Approach / Ed. with Introd. by Ch.B. Strozier. — New York: W.W. Norton and Company, 1985. — XXX, 290 p.
132. *Kernberg O.F.* Object-Relations Theory and Clinical Psychoanalysis. — New York: Jason Aronson, Inc., 1976. — 299, [3] p.
133. *Bierer J.* A survey of social club therapy // Therapeutic Social Clubs / Ed. J. Bierer. — London: H.K. Lewis and Co, Ltd., 1949. — P. 7 — 12.
134. *Jones M.* Beyond the Therapeutic Community: Social Learning and Social Psychiatry. — New Haven: Yale University Press, 1968. — [II], XXXII, 150, [2] p.
135. *Jones M.* The Process of Change. — Boston: Routledge and Kegan Paul, 1982. — [VIII], 167, [1] p. — (Therapeutic Communities).
136. *Bion W.R.* Experiences in Groups and Other Papers. — London: Tavistock Publications, 1961. — 198, [2] p.
137. *Rickman J.* Selected Contributions to Psycho-Analysis / Compiled by W. Clifford, M. Scott. — New York: Basic Books, Inc., Publishers, 1957. — 411, [5] p. — (Basic Classics in Psychiatry).
138. *Ezriel H.* Notes on psychoanalytic group therapy: II. Interpretation and research / «Psychiatry». — 1952. — № 15. — P. 119 — 126.
139. *Sutherland J.D.* Autonomous Self: The Work of John D. Sutherland / Ed. by J.S. Scharff. — Northvale: Jason Aronson Inc., 1994. — [XXVI], 454 p. — (The Libr. of Object Relations).
140. *Foulkes S.H.* Introduction to Group-Analytic Psychotherapy: Studies in the Social Integration of Individuals and Groups. — London: William Heinemann Medical Books Ltd., 1948. — XIV, 181, [1] p.
141. *Foulkes S.H.* Therapeutic Group Analysis. — New York: International Universities Press, Inc., 1965. — 320 p.
142. *Lewin K.* Field Theory in Social Science: Selected Theoretical Papers / Ed. by D. Cartwright. — New York: Harper and Row, 1951. — 346 p.
143. (*Lewin K.*) *Левин К.* Теория поля в социальных науках / Пер. с англ. Е. Сурпина. — Санкт-Петербург: Речь, 2000. — 365 с.
144. *McDougall W.* The Group Mind. A Sketch of the Principles of Collective Psychology with Some Attempt to Apply Them to the Interpretation

of National Life and Character.— New York; London: G.P. Putnam's Sons; [The Knickerbocker Press], 1920.— 452 p.

145. *Heigl-Evers A., Heigl E.S.* Gruppentherapie: interaktionell — tiefenpsychologisch Fundiert (analytisch orientiert) — psychoanalytisch // «Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik». — 1973. — Jg. 7. — S. 132 — 157.

146. *König K.* Praxis der psychoanalytischen Therapie. — Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1991. — 321 S.

147. *Berne E.* Transactional Analysis in Psychotherapy. — New York: Grove, 1961. — 270, [3] p. — (Пер. на рус.: *Бёрн Э.* Трансакционный анализ и психотерапия / Пер. с англ. Н.Ф. Цветковой. — Санкт-Петербург: Братство, 1992. — 224 с.).

148. *Berne E.* Games People Play: The Psychology of Human Relationships. — New York: Grove Press, 1964. — 192 p.

149. *Berne E.* What Do You Say After You Say Hello? The Psychology of Human Destiny. — New York: Grove Press, 1972. — XVII, 457 p.

150. (*Berne E.*) *Бёрн Э.* Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений. Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы / Пер. с англ. А.В. Ярхо (1-я кн.), Л.Г. Ионина (2-я кн.); Послесл. Л.Г. Ионина, М.С. Мацковского. — Москва: Прогресс, 1988. — 400 с.

151. *Berne E.* Beyond Games and Scripts (with selections from major writings by E. Berne and «Eric Berne: annotated bibliography, prepared by R.M. Cranmer»: p. [329] — 335) / Introd. by Cl.M. Steiner, C. Kerr. — New York: Grove Press: distrib. by Random House, 1976. — 352 p.

152. *Cautela J.R., Kearney A.J.* The Covert Conditioning Handbook. — New York: Springer Publishing Company, 1986. — XIV, 258 p. — (Springer Series on Behavior Therapy and Behavioral Medicine).

153. *Homme L.E.* Perspectives in psychology: XXIV. Control of coverants, the operants of the mind // «Psychological Record». — 1965. — № 15. — P. 501 — 511.

154. *Kanfer F.H.* Self-Regulation: Research, Issues and Speculation // Behavior modification in Clinical Psychology / Ed. by C. Neuringer, J.L. Michael. — New York: Appleton-Century-Crofts, 1970. — P. 178 — 200.

155. *Bandura A.* Principles of Behavior Modification. — New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1969. — 677 p.

156. *Bandura A.* Social Learning Theory. — Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1977. — 247 p.

157. *Ellis A.* Reason and Emotion in Psychotherapy. — Secaucus, NJ: Citadel Press, 1962. — 442 p.

158. *Ellis A.* Growth Through Reason: Verbatim Cases in Rational-Emotive Therapy. — No. Hollywood, CA: [Published by] Melvin Powers, Wilshire Book Company, 1975. — [III] — VIII, 294, [4] p.

159. *Ellis A.* Overcoming Resistance: Rational-Emotive Therapy With Difficult Clients. — New York: Springer Publishing Company, 1985. — 228 p.

160. *Beck A.T.* Cognitive Therapy and the Emotional Disorders.— New York: International Universities Press, 1976.— 356 p.
161. *Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G.* Cognitive Therapy of Depression.— New York: Guilford Press, 1979.— [14], 425, [9] p.— (Guilford Clinical Psychology and Psychotherapy [Series]).
162. *Meichenbaum D.[H.]* Self-instructional methods // Helping people change: A Textbook of Methods and Materials / Eds. by A. Goldstein, F. Kanfer.— New York: Pergamon Press, 1975.— P. 357 — 391.
163. *Meichenbaum D.[H.]* Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach.— New York: Springer [Publishing Company], 1977.— 308 p.— (The Plenum Behavior Therapy [Series]).
164. *Meichenbaum D.[H.]* Stress Inoculation Training.— New York: Pergamon [Press], 1985.— 128 p.— (Psychology Practitioner Guidebooks [Series]).
165. *Лурия А.Р.* Основные проблемы нейролингвистики.— Москва: Изд-во Моск. гос. ун-та, 1975.— 254 с.
166. *Лурия А.Р.* Основы нейропсихологии.— Москва: Изд-во Моск. гос. ун-та, 1973.— 374 с.
167. *Лурия А.Р.* Язык и сознание.— Москва: Изд-во Моск. гос. ун-та, 1979.— 320 с.
168. *Выготский Л.С.* Собрание сочинений: В 6 т. Т. 3. Проблемы развития психики / Под ред. А.М. Матюшкина.— Москва: Педагогика, 1983.— 368 с.
169. *Mahoney M.J.* Cognition and Behavior Modification.— Cambridge, MA: Ballinger Publishing Company, 1974.— 351 p.
170. *Mahoney M.J.* Self-Change: Strategies for Solving Personal Problems.— New York: W.W. Norton and Company, 1979.— 209 p.
171. (*Kierkegaard S.[A.]*) *Кьеркегор С.[А.]* Страх и трепет. Понятие страха. Болезнь к смерти / Пер. с дат. Н.В. Исаевой, С.А. Исаева; Общ. ред., сост. и предисл. С.А. Исаева.— Москва: Республика, 1993.— 383 с.— (Пер. на англ.: *Kierkegaard S.A.* *Sickness Unto Death: Transl. of «Sygdommen til døden»* (Copenhagen, 1849) / Introd. by W. Lowrie.— Princeton: Princeton University Press, 1941.— XIX, [1], 231, [5] p.).
172. *Heidegger M.* Sein und Zeit.— Tübingen: Niemeyer, 1963.— XI, 437 S.— (Пер. на рус.: *Хайдеггер М.* *Время и бытие: Статьи и выступления: Пер. с нем. / Сост., вступ. ст., коммент. и указ. В.В. Библихина.*— Москва: Республика, 1993.— 447 с.— (Мыслители XX века).)— (Пер. на англ.: *Heidegger M.* *Basic Writings: From Being and Time (1927) to the Task of Thinking (1964) / Ed., with General Introd. and Introd. to Each Selection, by D.F. Krell.*— New York: Harper and Row, Publishers, 1977.— XVI, 397, [3] p.).
173. *Jaspers K.Th.* Vom Ursprung und Ziel der Geschichte.— München: R. Piper und Co. [Verlag], 1949.— 349, [3] S.— (Пер. на рус.: *Ясперс К.* *Смысл и назначение истории / Пер. с нем. М.И. Левиной; Сост. М.И. Левиной, П.П. Гайденок; Вступ. ст. П.П. Гайденок; Коммент. В.Н. Катасонова.*— 2-е изд.— Москва: Республика, 1994.— 527 с.— (Мыслители XX века).).
174. *Marcel G.[-H.]* Être et Avoir.— Paris: Fernand Aubier / Montaigne, 1935.— 357 p.

175. *Sartre J.-P.* Being and Nothingness: An Essay on Phenomenological Ontology. — New York: Philosophical Library, 1956. — LXVII, [1], 636 p.

176. *Sartre J.-P.* Existential Psychoanalysis: Transl. of a major section of «L'etre et le néant». — New York: Philosophical Library, 1953. — [X], 275, [3] p.

177. *Sartre J.-P.* Existentialism and Human Emotions. — New York: Wisdom Library, A Division of Philosophical Library, 1965. — 96 p.

178. *Merleau-Ponty M.* Les sciences de l'homme et la phénoménologie // Merleau-Ponty à la Sorbonne: Résumé de cours 1949 — 1952. — Paris: [Éditions] Cynara, 1988. — P. 397 — 464.

179. (*Merleau-Ponty M.*) Мерло-Понти М. Феноменология восприятия / Пер. с фр. Д. Калугина, Л. Корягина, А. Маркова, А. Шестакова; Под ред. И.С. Вдовиной, С.Л. Фокина; Прил.: ст. И.С. Вдовиной. — Санкт-Петербург: Ювента — Наука, 1999. — 608 с. — (Ориг.: *Merleau-Ponty M.* Phénoménologie de la perception. — Paris: [Éditions] Gallimard, 1945. — 531 p.).

180. *Frankl V.E.* Will to Meaning: Foundations and Applications of Logotherapy. — New York: NAL Book, World Publishing Company, 1969. — XI, [1], 179, [1] p.

181. *Frankl V.E.* Unheard Cry for Meaning: Psychotherapy and Humanism. — New York: Simon and Schuster, 1978. — 191, [1] p.

182. *Frankl V.E.* Theorie und Therapie der Neurosen: Einführung in Logotherapie und Existenzanalyse. — Zweite, verbesserte Aufl. — Basel: Ernst Reinhardt [Verlag], 1968. — [VIII], 204 S.

183. *Frankl V.E.* Man's search for Meaning: an Introduction to Logotherapy / Part one transl. by I. Lasch; Pref. by G.W. Allport. — 3rd Ed. — New York: Simon and Schuster, 1984. — 189 p. — (A Touchstone book). — (Изд. на рус.: Франкл В.[Е.] Человек в поисках смысла: Сб.: Пер. с англ. и нем. / Общ. ред. Д.А. Леонтьева. — Москва: Прогресс, 1990. — 368 с.).

184. *May R.R.* Meaning of Anxiety. — New York: Ronald Press Company, 1950. — [2], XV, [1], 376, [6] p.

185. *May R.R.* Love and Will. — New York: W.W. Norton and Company Inc., Publishers, 1969. — 352 p.

186. *May R.R.* Power and Innocence: A Search for the Sources of Violence. — New York: W.W. Norton and Company, Inc., 1972. — [2], 283, [3] p.

187. *May R.R.* Freedom and Destiny. — New York: W.W. Norton and Company, 1981. — [XII], 275, [1] p.

188. *Binswanger L.* Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins. — Zweite Aufl. — Zürich: Max Niehans [Verlag], 1953. — 726 S.

189. *Binswanger L.* Wahn. Beiträge zu seiner phänomenologischen und daseinsanalytischen Erforschung. — Pfullingen: [Verlag] Günther Neske, 1965. — 211 S.

190. (*Rogers C.*) Роджерс К. Клиентоцентрированная терапия / Пер. с англ. В.В. Лях, А.П. Хомик. — Москва: Рефл-бук; Киев: Ваклер, 1997. — 320 с. — (Актуальная психология).

191. *Rogers C.R.* On Becoming a Person. — Boston: Houghton Mifflin and Company, 1961. — [XII], 420 p.

192. *Allport G.W.* Personality and Social Encounter: Selected Essays. — Boston: Beacon Press, 1960. — X, 386, [4] p.
193. *Allport G.W.* Person in Psychology: Selected Essays. — Boston: Beacon Press, 1968. — [VIII], 440 p.
194. *Allport G.W.* Becoming: Basic Considerations for a Psychology of Personality: Terry Lectures for 1954. — New Haven: Yale University Press, 1955. — [II], IX, [1], 106, [6] p.
195. *Allport G.W.* Pattern and Growth in Personality. — New York: Holt, 1961. — XIV, 593, [1] p.
196. *Maslow A.H.* Self-Actualizing People: A Study of Psychological Health // *Maslow A.H.* Motivation and Personality. — 2nd Ed. — New York: Harper and Row, 1970. — P. 149 — 180.
197. *Rank O.* Wahrheit und Wirklichkeit: Entwurf einer Psychologie des Seelischen. — Leipzig; Wien: Franz Deuticke, 1929. — [II], 112 S.
198. *Rank O.* Will Therapy and Truth and Reality / Transl. by J. Taft. — 2nd printing. [First published the same year]. — New York: Alfred A. Knopf, 1945. — [IV], [XXIV], 304, [4] p.
199. *Stekel W.* Die Technik der analytischen Psychotherapie. — Bern: [Medizinischer Verlag] Hans Huber, 1938. — 317, [3] S.
200. *Sullivan H.S.* The Interpersonal Theory of Psychiatry / Ed. by H.S. Perry, M.L. Gavel. — New York: W.W. Norton and Company Inc., Publishers, 1953. — XVIII, 393, [3] p.
201. *Fromm-Reichmann F.* Principles of Intensive Psychotherapy. — Chicago: The University of Chicago Press, 1950. — XVIII, 245, [1] p.
202. (*Horney K.*) *Хорни К.* Собрание сочинений: В 3 т.: Пер. с англ. — Москва: Смысл, 1997. — Т. 1. — 496 с.; Т. 2. — 544 с.; Т. 3. — 696 с.
203. *Fromm E.* [P.] Escape from Freedom. — New York; Toronto: Farrar and Rinehart, Inc., 1941. — [XII], 305, [3] p.
204. *Fromm E.* [P.] Man for Himself: An Inquiry into the Psychology of Ethics. — New York: Rinehart and Company, Inc., 1947. — XIV, 254, [4] p. — (Пер. на рус.: *Фромм Э.* [П.] Человек для самого себя // *Фромм Э.* Психоанализ и этика: Пер. с англ. — Москва: Республика, 1993. — С. 19 — 190.).
205. *Klein M.* Love, Guilt and Reparation and Other Works 1921 — 1945. The Writings of Melanie Klein. Vol. 3. — New York: Delacorte, 1975. — [XII], 468 p.
206. *Alexander F.G., French Th.M.* Studies in Psychosomatic Medicine: An Approach to the Cause and Treatment of Vegetative Disturbances. — New York: The Ronald Press Company, 1948. — [2], XIII, [1], 568 p.
207. *Deutsch F.* Applied Psychoanalysis: Selected Objectives of Psychotherapy. — New York: Grune and Stratton, 1949. — [VIII], 244 p.
208. *Karpman B.* Objective Psychotherapy: Principles, Methods, and Results // «Journal of Clinical Psychology». — 1949. — № 5 (3). — P. 193 — 342.
209. *Sifneos P.E.* Short-Term Dynamic Psychotherapy: Evaluation and Technique. — New York: Plenum Medical Book Company, 1980. — XVIII, 248, [6] p.
210. *Sifneos P.E.* Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis. — Cambridge, MA: Harvard University Press, 1972. — [XX], 299, [1] p.

211. *Malan D.H.* The Frontier of Brief Psychotherapy: An Example of the Convergence of Research and Clinical Practice // Topics in General Psychiatry. [Vol. 2]. — New York; London: Plenum Medical Book Company, 1976. — XIV, 373, [1] p.

212. *Bellak L., Small L.* Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy. — New York: Grune and Stratton, 1965. — IX, [1], 253, [1] p.

213. *Meyer A.* Psychobiology: A Science of Man. — Springfield, IL: Charles C. Thomas, 1957. — 257 p.

214. *Masserman J.H.* Principles and Practice of Biodynamic Psychotherapy. — New York: Thieme-Stratton, Inc., 1980. — V, [3], 216 p.

215. *Masserman J.H.* Behavior and Neurosis: An Experimental Psychoanalytic Approach to Psychobiologic Principles. — 2nd enlarged Ed. — New York: Hafner Publishing Company, 1964. — XV, [1], 301, [7] p.

216. *Masserman J.H.* Principles of Dynamic Psychiatry: Including an Integrative Approach to Abnormal and Clinical Psychology. — Philadelphia: Saunders, 1946. — XIX, 322 p.

217. *Rado S.* Adaptational Psychodynamics: Motivation and Control / Ed. by J. Jameson, H.R. Klein. — New York: Science House, 1969. — [XVIII], 285, [1] p.

218. *Wolberg L.R.* Hypnoanalysis. — New York: Grune and Stratton, 1945. — XVIII, 342 p.

219. *Reich W.* Charakteranalyse: Technik und Grundlagen für studierende und praktizierende Analytiker. — Wien: Im Selbstverlage des Verfassers, 1933. — 288 S.

220. *Reich W.* Character-Analysis: Principles and Technique for Psychoanalysts in Practice and in Training / Transl. by Th.P. Wolfe of «Charakteranalyse» and of «Psychischer Kontakt und vegetative Strömung», to which have been added two articles: «The Expressive Language of the Living in Orgone Therapy» and «The Schizophrenic Split». — New York: Orgone Institute Press, 1945. — XXII, 328 p.

221. *Pratt J.H.* The Class Method of Treating Consumption in the Homes of the Poor // «The Journal of the American Medical Association». — 1907. — № 49. — P. 755 — 759.

222. *Pratt J.H.* The Class Method in the Home Treatment of Tuberculosis and what it has Accomplished // «Transactions of the American Clinical and Climatological Association». — 1911. — № 27. — P. 87 — 118.

223. *Moreno J.L.* Mental Catharsis and the Psychodrama // «Sociometry». — 1940. — № 3. — P. 209 — 244. — (Також: *Moreno J.L.* Mental Catharsis and the Psychodrama. — New York: Beacon House, 1944. — 35 p. — (Psychodrama Monographs; № 6).).

224. *Moreno J.L.* Psychodrama. Vol. I. — New York: Beacon House, 1946. — 429 p.

225. (*Leutz G.*) *Лейтц Г.* Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама Я.Л. Морено / Пер. с нем. А.М. Боковикова; Общ. ред. и предисл. Е.В. Лопухиной, А.Б. Холмогоровой. — Москва: Прогресс, Универс, 1994. — 352 с.

226. *Lewin K.* Resolving Social Conflicts: Selected Papers on Group Dynamics. — New York: Harper and Row, Publishers, 1948. — XVIII, 230 p.

Розділ 14

**Діагностичний апарат (прийоми й системи)
методів і методик психотерапії**

1. *Lewis B.A., Pucelik F* Magic of NLP Demystified: A Pragmatic Guide to Communication and Change.— Portland, Oregon: Metamorphous Press, 1982.— 160 p.

**Психотерапія між сповіддю і риторикою
в контексті діагностики**

— « » —

RÉSUMÉ

Tchougounov Vadym V. Syndromologie psychopathologique: approches psychothérapeutiques.— 6e éd., complétée et augmentée.— Lviv: Editeur Marchenko TV, 2020.— 360 p.

Le manuel est une autre des recherches à de grandes échelles de la sphère des neuro[psycho]sciences cliniques (de la psychiatrie, de la psychothérapie, de la psychologie médicale, de la narcologie, de la sexologie, de la neurologie et de la neuro[psycho]chirurgie) dans les limites de la méthode de l'analyse clinique-disciplinaire-évolutive, développée par l'auteur. De telle façon il est le quatrième livre de la série (la monographie «La clinique et l'évolution disciplinaire de la sexologie» publiée par les maisons d'édition «Zdorovya» (Kyiv) et «Oko» (Kharkiv) en l'an 2000; les résultats de l'analyse de l'histoire prédisciplinaire de la sexologie sont représentés dans la monographie «La pathologie sexuelle dans l'histoire de la médecine jusqu'au XIX siècle», qui a été publié par les maisons d'édition «Zdorovya» (Kyiv) et «Oko» — «Naouka» (Kharkiv) en l'an 2002 (la deuxième édition — en l'an 2008)).

Plus tôt la diagnose psychothérapeutique — comme l'attribut autoidentifiant le plus important de la discipline de psychothérapie — fut examinée par l'auteur, hormis les deux éditions de la monographie «La clinique et l'histoire disciplinaire de la psychothérapie», mentionnées plus haut, dans le premier ukrainien manuel «Psychothérapie» (la maison d'édition «Oko» (Kharkiv), l'an 2002), dans le chapitre «La logic et la sémiotique de la diagnose dans la psychothérapie» de la monographie de V.A. Abramov «Les standards de la diagnostic multiaxiale dans la psychiatrie» (la maison d'édition «Donetchtchyna» (Donetsk), l'an 2004), et aussi dans la thèse de doctorat de l'auteur «L'argumentation théorique, clinique-diagnostique, médicale-psychologique, psychotechnique et psychopathologique et l'évaluation de la psychothérapie des troubles psychogénétiquement conditionnés» (Kharkiv, l'an 2007).

Structurellement le manuel se compose d'une préface, une introduction, 5 parties, 14 chapitres, une conclusion, une postface, une liste de la littérature utilisée, une énumération des sources principales et aussi des annotations en langues différentes.

Dans **la Préface** sont traditionnellement découvertes les singularités de lecture du texte — hormis, en prenant en considération son prédestination d'études.

Dans **l'Introduction** («**Qu'est-ce que c'est la psychothérapie?**») sont découvertes les singularités de l'évolution du sujet et le contenu des définitions différentes de la psychothérapie. Les différences principales entre la psychothérapie et la psychiatrie sont montrées, d'un côté, et la psychothérapie et la psychologie médicale (clinique) — de l'autre. Les caractéristiques actuelles du sujet sont données et la définition de la psychothérapie est formulée.

La partie I — «Les singularités discursives-méthodologiques, clinique-diagnostiques et disciplinaire-identifiantes de la psychothérapie» — insère les chapitres suivantes:

Le chapitre 1. «Les singularités discursives et contextuelles de la psychothérapie».

Subchapters: «Singularités de la discourse psycho[thérapeut]ique: les arguments et les appellations, la thématique et la problématique, les violations et les ruptures»; «La langue de protocole de la psychothérapie»; «Les emprunts sociale-philosophiques, méthodologiques et autres de la psychothérapie»; «La différenciation ethnique-culturelle de la psychothérapie».

Les idées de la discourse «psychoïque», uniforme pour la psychothérapie, la psychiatrie et la psychologie médicale, sont fondées, ses arguments et appellations, ses thématique et problématique, violations et ruptures sont montrées.

Les singularités et problèmes de la langue protocole de la psychothérapie sont analysées et formulations précises sont données (y compris de la série «un méthode — une méthodique — une psychotechnique — un procédé — une formule»).

Les emprunts sociale-philosophiques, méthodologiques et autres de la psychothérapie sont analysés en détails.

Le problème de la différenciation ethnique-culturelle est étudié, son caractère eurocentrique et le problème des arrangements ethnoculturels et des déformations confessionnelles de la psychothérapie discuté.

Le chapitre 2. «Les singularités clinique-diagnostiques de la psychothérapie».

Subchapitres: «Fondation [de la sphère] de la compétence (la clinique) patho-nozologique de la psychothérapie»; «La notion de la congruence patho-nozologique et des critères de sélection des méthodes et methodics de la psychothérapie».

Les problèmes de la compétence clinique de la psychothérapie sont touchés et développés: des idées développées de la clinique psychothérapeutique (la sphère de sa compétence patho-nozologique) sont présentées.

Des problèmes développés de la congruence patho-nozologique et des critères de sélection des méthodes et methodics de la psychothérapie sont cités.

Le chapitre 3. «Les singularités disciplinaire-identifiantes de la psychothérapie».

Subchapitres: «Variations disciplinaires de la psychothérapie»; «La base conceptuelle de la psychothérapie»; «Les paradigmes principales psychothérapeutiques»; «Les positions cardinales de la conception autodisciplinaire-identifiante (intradisciplinaire) de la psychothérapie».

Les variations principales clinique-disciplinaires de la psychothérapie sont présentées.

La base de volume conceptuelle de la psychothérapie est illustrée.

Les paradigmes de base de la psychothérapie: neurodynamique, psychodynamique, behavioriste, rationnelle et mnéstologique sont montrées.

Les thèses de base de la conception autodisciplinaire-identifiante-intradisciplinaire, développée par l'auteur, sont montrées.

La partie II — «Le méthode clinique-psychophénoménologique» — se compose le chapitre suivante:

Le chapitre 4. «Le méthode clinique-psychophénoménologique».

Le méthode spécifique de la psychothérapie — le méthode clinique-psychophénoménologique, développée par l'auteur, — sont montrées.

La partie III — «Composants [parties] d'une diagnose psychothérapeutique» — se compose les chapitres suivantes:

Le chapitre 5. «Composant clinique-diagnostique (la partie I) d'une diagnose psychothérapeutique».

Subchapitres: «Phénoménologie / syndromologie clinique-psychopathologique per se»; «Phénoménologie / syndromologie clinique-psychopathologique sub spécie de psychothérapie»; «Systématisation de la phénoménologie / syndromologie clinique-psychopathologique».

Des syndromes psychopathologiques, qui sont cibles de l'influence / intrusion psychothérapeutique sont examinés des position de la psychothérapie, et une tentative de leur systématisation est faite.

Le chapitre 6. «Composant psychotechniques (la partie II) d'une diagnose psychothérapeutique».

Subchapitres: «La base clinique-expérimentale d'une diagnose psychothérapeutique»; «La phénoménologie psychothérapeutique "normale" (la psychophénoménologie clinique)»; «Les effet-syndromes et leur corrélate-mécanismes (corrélate-patterns)».

Les résultats d'un expérimént clinique psychothérapeutique, développé et conduit par l'auteur, comme de la base clinique-expérimentale de la diagnose psychothérapeutique sont présentées.

La phénoménologie psychothérapeutique «normale» (la phénoménologie clinique): les phénomènes [«du côté» du patient] (instrumentals, sanogènes, défensifs, mêlés, intercurrents, auxiliaires (de la porte, d'orientation, diagnostiques) et d'autres), les phénomènes [«du côté» du psychothérapeutiste], les phénomènes transpersonnels, les phénomènes de groupe, les phénomènes conformes (d'induction).

La phénoménologie clinique de la psychothérapie est présentée aussi: les effet-syndromes cliniques psychothérapeutiques et leur corrélate-mécanismes (corrélate-patterns); la typologie développée est présentée.

Le chapitre 7. «Composants pharmacothérapeutiques (la partie III) de la diagnose psychothérapeutique».

Subchapitres: «Notions du "phone pharmacologique"»; «Le phone thérapeutique et spécial».

Les questions du phone pharmacologique pendant réalisation de la psychothérapie sont touchées.

Il est montré, qu'il peut être tant thérapeutique (créé selon les schémas pharmacothérapeutique traditionnels sans considération des besoins de la psychothérapie), que spécial (créé exactement pour la réalisation de l'influence psychothérapeutique) aussi.

Le chapitre 8. «Le composant pronostiques (la partie IV) de la diagnose psychothérapeutique».

Subchapitres: «Syndromogenèse, syndromokinèse et syndromotaxis dans la sphère de la compétence de la psychothérapie: les métasyndromes»; «La typologie des métasyndromes».

La question du syndromogenèse, du syndromokinèse et du syndromotaxis dans la sphère de la compétence de la psychothérapie est présentée: il est montré, que des métasyndromes sont créés au résultat de coopération des syndromes psychopathologiques et des effet-syndromes psychothérapeutiques cliniques.

La typologie des métasyndromes développée et leur caractéristiques cliniques sont présentées.

La partie IV — «La logique, la sémiotique et l'algorithme de la diagnose dans la psychothérapie» — se compose les chapitres suivantes:

Le chapitre 9. «La [psycho]diagnostic générale et des procédés diagnostiques spéciales».

La procédure du diagnostic est présentée et commentée (tant du psychodiagnostic général, que des procédés diagnostiques spéciaux dans la psychothérapie).

Le chapitre 10. «La logique, la sémiotique et l'algorithme de la diagnose dans la psychothérapie. Les thèses principales».

Les problèmes du diagnostic dans la psychothérapie les plus importants pour la pratique clinique sont touchés et des idées de la diagnose psychothérapeutique sont formées.

Le chapitre 11. «Les règles de formulation et design de la diagnose psychothérapeutique».

Le design de la diagnose psychothérapeutique est décrit, des exemples de sa formulations sont données.

La partie V — «L'appareil diagnostique (les procédés et systèmes) des méthodes et des méthodiques de la psychothérapie» — contient les chapitres suivants:

Le chapitre 12. «La classification des méthodes et méthodiques psychothérapeutiques».

La systématique des méthodes et méthodiques psychothérapeutiques offerte est spectaculaire et convenable du point de vue clinique-pédagogique — et, le plus important, théoriquement fondée: des classiques (les méthodes suggestifs, la psychothérapie

rationale, la psychanalyse et la thérapie de comportement), des synthétiques (la hypnose d'Erickson, la programmation neuro-linguistique, la Gestalt-thérapie, l'analyse transactée, la thérapie cognitive-béavioriste, la thérapie existentielle («humanistique»), la psychothérapie orientée psychoanalytiquement) et des néoclassiques (la psychothérapie simultanée-mnésique (la psychométhodologie)). D'autres bases de classification furent élaborées aussi — en particulier, le principe de congruence pathonozologique, lequel envisage orientation — par moyen des phénomènes sanogènes, associés avec les méthodes de la psychothérapie — vers les effet-syndromes psychothérapeutiques cliniques.

Dans les **chapitres 13 et 14** — notamment «**L'arsenal phénoménologique, la plateforme de notions et conceptions et la personologie dans les idées des méthodes et methodics de la psychothérapie**» et «**L'appareil diagnostique (les procédés et systèmes) des méthodes et methodics de la psychothérapie**» — la présentation analytique de tous les méthodes et methodics de la psychothérapie différentes selon la schéma uniforme (la phénoménologie, les notions et les concepts, les idées personologiques, et aussi — séparément — les procédés diagnostiques), qui permet conduire leur analyse structurelle et du contenu.

Dans la **Conclusion** («**La psychothérapie entre confession et rhétorique dans le contexte du diagnostic**») il est montré, qu l'activité dans la sphère de la psychothérapie est dans le continuum «la psychothérapie comme une confession d'un patient (les méthodes catartiques) — la psychothérapie comme la maîtrise oratoire d'un psychothérapeutiste (la psychothérapie mentale classique)»; il est recommandé de s'abstenir de variants extrêmes de la stylistique de la pratique psychothérapeutique. Il est prouvé, que le diagnostic psychothérapeutique doit être *sectio aurea* aussi: entre le diagnostic-observation et le diagnostic-interprétation.

Dans la **Postface** sont discutés certaines singularités de la préparation professionnelle de psychothérapeutistes, des perspectives de recherches dans la sphère de la psychothérapie (y compris celles-là, qui concernent le diagnostic) — et, la chose la plus importante, des pas finals, nécessaires pour institutionnalisation de la psychothérapie.

La liste de la littérature utilisée et l'Énumération des sources principales sont déparées, parce que dans le premier cas il s'agit d'appellations aux points de vue et jugements, qui sont reconnus à un certain degré certains («vrais»), et dans le deuxième — de textes, qui sont analysés seulement.

Le manuel est adressé à de médecins, avant tout aux psychothérapeutes, aux psychiatres et aux représentants des disciplines connexes, et aussi aux spécialistes dans la sphères de la psychologie [clinique et neuro-], de la psychophysiologie, de l'histoire [de la médecine], de la sociologie, de la philosophie, de la science de la science, de la culturologie et de la pédagogie.

SUMMARY

Chugunov Vadim V. Psychopathological syndromology: psychotherapeutic approaches.— 6th ed., supplemented and extended.— Lviv: Publisher Marchenko T.V., 2020.— 360 p.

This manual is another of the big-scale researches of the circle of clinical neuro[psycho]sciences (psychiatry, psychotherapy, medical psychology, narcology, sexology, neurology and neuro[psycho]surgery) within the limits of the method of clinical-disciplinary-evolutional analysis, worked out by the author. In this way, it is the fourth book of the series (monography «The clinic and disciplinary evolution of sexology», published by the publishing houses «Zdorovya» (Kyiv) and «Oko» (Kharkiv) in the year 2000; the results of the analysis of the predisciplinary history of sexology were reflected in the monography «Sexual pathology in the history of medical science till the XIX-th century», which was published by the publishing house «Osnova» (Kharkiv) in the year 2001; monography «The clinic and disciplinary history of psychotherapy» was published by the publishing houses «Zdorovya» (Kyiv) and «Oko» — «Nauka» (Kharkiv) in the year 2002 (the second edition — in the year 2008)).

Earlier the psychotherapeutic diagnosis — as the most important autoidentifying attribute of the discipline-psychotherapy — was examined by the author, except the above-mentioned two editions of the monography «The clinic and the disciplinary history of psychotherapy», in the first ukrainian manual «Psychotherapy» (publishing house «Oko» (Kharkiv), the year 2002), chapter «The logic and semiotics of the diagnosis in psychotherapy» of the monography of V.A. Abramov «The standards of multiaxial diagnostics in the psychiatry» (publishing house «Donechchyna» (Donetsk), the year 2004), and in the doctoral thesis of the author «Theoretic, clinical-diagnostic, medical-psychologic, psychotechnical and psychopathologic grounding and evaluation of the psychotherapy of the psychogenetically conditioned disorders» (Kharkiv, the year 2007).

Structurally the manual consists of a foreword and an introduction, 5 chapters, 14 divisions, an ending, an afterword, a list of used literature, an enumeration of basic sources and of annotations by various languages.

In the **Foreword** are traditionally disclosed the peculiarities of reading the text — in particular, taking into consideration its educational goal.

In the **Introduction** («**What is psychotherapy?**») are disclosed the peculiarities of evolution of the subject and the contents of various definitions of the psychotherapy. The principal differences between the psychotherapy and the psychiatry, on the one hand, and the psychotherapy and medical (clinical) psychology, on the other hand, are shown. Actual characteristics of the subject were given and the definition of the psychotherapy was formulated.

Part I — «Discursive-methodologic, clinical-diagnostic and disciplinary-identifying peculiarities of the psychotherapy» — includes the following chapters:

Chapter 1. «Discursive and contextual peculiarities of the psychotherapy».

Paragraphs: «Peculiarities of the psycho[therapeut]ic discourse: arguments and appellations, the topics and problems, violations and breaks»; «The protocol language of the psychotherapy»; «Social-philosophic, methodologic and other borrowings of the psychotherapy»; «Ethnical-cultural differentiation of the psychotherapy».

Ideas about common for psychotherapy, psychiatry and medical psychology «psychoic» discourse, its arguments and appellations, topics and problems, violations and breaks are grounded.

The peculiarities and problems of the protocol language of the psychotherapy were analysed and strict formulas were given (including the row «method — methodics — psychotechnic — trick — formula»).

Social-philosophic, methodologic and other borrowings of the psychotherapy were analysed in detail.

The problem of ethnical-cultural differentiation of the psychotherapy was examined, its eurocentric character was shown and the problem of ethnical-cultural arrangements and confessional deformations of the psychotherapy was discussed.

Chapter 2. «Clinical-diagnostic peculiarities of psychotherapy».

Paragraphs: «Grounding [of the sphere] of patho-nozologic competence (the clinic) of the psychotherapy»; «Notion of patho-nozologic congruence and criteria of selection of methods and methodics of psychotherapy».

Here are touched and worked out problems of clinical competence of psychotherapy: worked-out ideas about the psychotherapeutic clinics are set forth (the sphere of its patho-nozologic competence).

Worked out problems of patho-nozologic congruence are given and the criteria of selection of methods and methodics of psychotherapy.

Chapter 3. «Disciplinary-identification peculiarities of psychotherapy».

Paragraphs: «Disciplinary variations of psychotherapy»; «Conceptual basis of psychotherapy»; «Basic psychotherapeutic paradigms»; «Cardinal positions of autodisciplinary-identification (intradisciplinary) concept of psychotherapy».

The main clinical disciplinary variations of psychotherapy were examined.

The voluminous conceptual basis of psychotherapy was highlighted.

The basic paradigms of psychotherapy were shown: neurodynamic, psychodynamic, behavioural, rational and mnestic.

The main provisions of the autodisciplinary-identification-intradisciplinary concept of psychotherapy were set forth.

Part II — «Clinical-psychophenomenological method» — consists of the following chapter:

Chapter 4. «Clinical-psychophenomenological method».

The specific method of psychotherapy — clinical-psychophenomenological method, developed by the author,— was made.

Part III — «Constituents [parts] of the psychotherapeutic diagnosis» — consists of the following chapters:

Chapter 5. «Clinical-diagnostic constituent (part I) of psychotherapeutic diagnosis».

Paragraphs: «Clinical-psychopathologic phenomenology / syndromology per se»; «Clinical-psychopathologic phenomenology sub specie of psychotherapy»; «Systematization of clinical-psychopathologic phenomenology / syndromology».

From the positions of psychotherapy were examined psychopathologic syndroms, which are targets of psychotherapeutic influence / intrusion and an attempt of their systematization was made.

Chapter 6. «Psychotechnical constituent (part II) of the psychotherapeutic diagnosis».

Paragraphs: «Clinical-experimental basis of psychotherapeutic diagnosis»; «“Normal” psychotherapeutic phenomenology (clinical psychophenomenology)»; «Clinical psychotherapeutic effect-syndromes and their correlate-mechanisms (correlate-patterns)».

Results of the worked out and conducted by the author clinical psychotherapeutic experiment as clinical-experimental basis of psychotherapeutic diagnosis.

«Normal» psychotherapeutic phenomenology (clinical psychophenomenology) was examined and systematized: phenomena [«from the side»] of the patient» (instrumental, sanogenetic, defensive, mixed, intercurrent, auxiliary (orientation, diagnostic) and other), phenomena [«from the side»] of the psychotherapist», transpersonal phenomena, group phenomena, conformative (inductive) phenomena.

Clinical phenomenology of the psychotherapy: clinical psychotherapeutic effect-syndroms and their correlate-mechanisms (correlate-patterns); worked out typology was given.

Chapter 7. «Pharmacotherapeutic constituent (part III) of the psychotherapeutic diagnosis».

Paragraphs: «Notion of “pharmacologic background”»; «Therapeutic and special pharmacologic background».

Issues of pharmacologic background are touched, when psychotherapy is conducted.

It is shown, that it can be both therapeutic (created according to the traditional pharmacotherapeutic schemes without consideration of the needs of the psychotherapy), and special (created exactly for realization of the psychotherapeutic influence).

Chapter 8. «Prognostic constituent (part IV) of the psychotherapeutic diagnosis».

Paragraphs: «Syndromogenesis, syndromokinesis and syndromotaxis in the sphere of competence of psychotherapy: metasyndromes»; «Typology of metasyndromes».

Issues of syndromogenesis, syndromokinesis and syndromotaxis in the sphere of competence of psychotherapy: it was shown, that metasyndromes are created in the result of interaction of psychopathologic syndromes and clinical psychotherapeutic effect-syndromes.

Worked out typology of metasyndroms was given and their clinical characteristics.

Part IV — «Logic, semiotics and algorithm of diagnosis in the psychotherapy» — consists of the following chapters:

Chapter 9. «General [psycho]diagnostics and special diagnostic tricks».

Procedure of diagnostics was set forth and commented (both general psychodiagnostics and special diagnostic tricks in psychotherapy).

Chapter 10. «Logic, semiotics and algorithm of diagnosis in psychotherapy. Main provisions».

The most important for clinical practice problems of diagnostics in psychotherapy were touched and an idea about psychotherapeutic diagnosis was formed.

Chapter 11. «Rules of formulation and design of psychotherapeutic diagnosis».

Design of psychotherapeutic diagnosis was proscribed, examples of its formulation were given.

Part V — «Diagnostic apparatus (tricks and systems) of the methods and methodics of psychotherapy» — contains such chapters:

Chapter 12. «Classification of psychotherapeutic methods and methodics».

Obvious and convenient from the clinical-pedagogic point of view — and, the main thing, theoretically grounded is the proposed systematic of psychotherapeutic methods and methodics: classical (suggestive methods, rational psychotherapy, psychoanalysis and behavioural therapy), synthetic (Erickson's hypnosis, neuro-linguistic programming, gestalt therapy, transaction analysis, cognitive-behavioural therapy, existential («humanistic») psychotherapy, psychoanalytically oriented psychotherapy) and neoclassical (simultaneous-mnemonic psychotherapy (psychomethodology)). Other foundations of classification were worked out too — in particular, the principle of pathozologic congruence, which envisages orientation — by means of associated with the methods of psychotherapy sanogenetic phenomena — at clinical psychotherapeutic effect-syndromes.

In **chapters 13 and 14** — accordingly **«Phenomenologic arsenal, notion-conceptual platform and personology in the ideas of methods and methodics of psychotherapy»** and **«Diagnostic apparatus (tricks and systems) of methods and methodics of psychotherapy»** — all various methods and methodics of psychotherapy were analytically set forth according to the united scheme

(phenomenology, notions and concepts, personologic ideas, and —separately — diagnostic tricks), which allows to conduct their com-parative structural-content analysis.

In the **Ending** («**Psychotherapy between confession and rytorics in the context of diagnostics**») it was shown, that activity in the branch of psychotherapy is in the continuum «psychotherapy as a confession of a patient (catarctic methods) — psychotherapy as oratorial mastership of the psychotherapist (classical mental psychotherapy)»; it is recommended to withhold from ultimate variants of stylistics of the psychotherapeutic practice. It has been proved, that psychotherapeutic diagnostics also must be *sectio aurea*: between diagnostic-observation and diagnostic-interpretation.

In the **Afterword** are discussed some peculiarities of professional preparation of psychotherapists, perspectives of researches in the sphere of psychotherapy (including those, which concern diagnostics) — and, the main, final steps of institutionalization of psychotherapy are necessary.

The **List of used literature** and the **Enumeration of main sources** was divided, since in the first case the speech is about appellation to views and judgements, which are acknowledged to a certain degree trustworthy («true»), and in the second — about texts, which are only analyzed.

The manual is addressed to doctors, first of all to psychotherapists, psychiatrists and representatives of related disciplines and to specialists in the sphere of [clinical and neuro-] psychology, psychophysiology, history [of medical science], sociology, philosophy, science of science, culturology and pedagogics.

АННОТАЦИЯ

Чугунов Вадим Витальевич. Психопатологическая синдромология: психотерапевтические подходы.— 6-е изд., дополн. и расшир.— Львов: Издатель Марченко Т. В., 2020.— 360 с.

Учебное пособие представляет собой очередное из масштабных исследований круга клинических нейро[психо]наук (психиатрии, психотерапии, медицинской психологии, наркологии, сексологии, неврологии и нейро[психо]хирургии) в рамках разработанного автором метода клинико-дисциплинарно-эволюционного анализа. Таким образом, оно является четвертой книгой серии (монография «Клиника и дисциплинарная эволюция сексологии» опубликована издательствами «Здоров'я» (Киев) и «Око» (Харьков) в 2000 году; результаты анализа предисциплинарной истории сексологии отображены в монографии «Сексуальная патология в истории медицины до XIX века», которая опубликована издательством «Основа» (Харьков) в 2001 году; монография «Клиника и дисциплинарная история психотерапии» опубликована издательствами «Здоров'я» (Киев) и «Око» — «Наука» (Харьков) в 2002 году (второе издание — в 2008 году)).

Ранее психотерапевтический диагноз — как наиважнейший аутоидентифицирующий атрибут дисциплины-психотерапии — был рассмотрен автором, кроме вышеупомянутых двух изданий монографии «Клиника и дисциплинарная история психотерапии», в первом отечественном учебнике «Психотерапия» (издательство «Око» (Харьков), 2002 год), главе «Логика и семиотика диагноза в психотерапии» монографии В.А. Абрамова «Стандарты многоосевой диагностики в психиатрии» (издательство Донеччина (Донецк), 2004 год), а также в докторской диссертации автора «Теоретическое, клинико-диагностическое, медико-психологическое, психотехническое и психопатологическое обоснование и оценка психотерапии психогенно-обусловленных расстройств» (Харьков, 2007 год).

Структурно пособие состоит из предисловия, введения, 5 частей, 14 глав, заключения, послесловия, списка использованной литературы, перечня основных источников, а также аннотаций на разных языках.

В **Предисловии** традиционно раскрыты особенности прочтения текста, — в частности, учитывая его учебное назначение.

Во **Введении** («**Что такое психотерапия?**») раскрываются особенности эволюции предмета и содержание различных дефиниций психотерапии. Показано принципиальные отличия между психотерапией и психиатрией, с одной стороны, и психотерапией и медицинской (клинической) психологией — с другой. Приведены актуальные характеристики предмета и сформулирована дефиниция психотерапии.

Часть I — «Дискурсивно-методологические, клиничко-диагностические и дисциплинарно-идентификационные особенности психотерапии» — включает следующие главы:

Глава 1. «Дискурсивные и контекстные особенности психотерапии».

Подглавы: «Особенности психо[терапевт]ического дискурса: аргументы и апелляции, тематика и проблематика, нарушения и разрывы»; «Протокольный язык психотерапии»; «Социально-философские, методологические и иные заимствования психотерапии»; «Этно-культуральная дифференциация психотерапии».

Обосновываются представления о едином для психотерапии, психиатрии и медицинской психологии «психоическом» дискурсе, показаны его аргументы и апелляции, тематика и проблематика, нарушения и разрывы.

Проанализированы особенности и проблемы протокольного языка психотерапии и приведены чёткие формулировки (в том числе ряда «метод — методика — психотехника — приём — формула»).

Детально проанализированы социально-философские, методологические и иные заимствования психотерапии.

Исследована проблема этно-культуральной дифференциации психотерапии, показан её евроцентристский характер и обговорена проблема этнокультурных аранжировок и профессиональных деформаций психотерапии.

Глава 2. «Клинико-диагностические особенности психотерапии».

Подглавы: «Обоснование [сферы] пато-нозологической компетенции (клиники) психотерапии»; «Понятие пато-нозологической конгруэнтности и критерии выбора методов и методик психотерапии».

Поднимаются и разрабатываются проблемы клинической компетенции психотерапии: изложены разработанные представления о психотерапевтической клинике (сфере её пато-нозологической компетенции).

Приведены разработанные проблемы пато-нозологической конгруэнтности и критерии выбора методов и методик психотерапии.

Глава 3. «Дисциплинарно-идентификационные особенности психотерапии».

Подглавы: «Дисциплинарные вариации психотерапии»; «Концептуальный базис психотерапии»; «Основные психотерапевтические парадигмы»; «Кардинальные позиции аутодисциплинарно-идентификационной (интрадисциплинарной) концепции психотерапии».

Рассмотрены основные клинико-дисциплинарные вариации психотерапии.

Освещён объёмный концептуальный базис психотерапии.

Показаны базовые парадигмы психотерапии: нейродинамическая, психодинамическая, поведенческая, рациональная и мнестологическая.

Изложены основные позиции разработанной автором аутодисциплинарно-идентификационной — интрадисциплинарной — концепции психотерапии.

Часть II — «Клинико-психофеноменологический метод» — содержит следующую главу:

Глава 4. «Клинико-психофеноменологический метод».

Рассмотрен специфический метод психотерапии — клинико-психофеноменологический метод, который разрабатывает автор.

Часть III — «Составляющие [части] психотерапевтического диагноза» — состоит из следующих глав:

Глава 5. «Клинико-диагностическая составляющая (I часть) психотерапевтического диагноза».

Подглавы: «Клинико-психопатологическая феноменология / синдромология *per se*»; «Клинико-психопатологическая феноменология *sub specie* психотерапии»; «Систематизация клинико-психопатологической феноменологии / синдромологии».

С позиций психотерапии рассмотрены психопатологические синдромы, которые являются мишенями психотерапевтического влияния / вмешательства и сделана проба их систематизации.

Глава 6. «Психотехническая составляющая (II часть) психотерапевтического диагноза».

Подглавы: «Клинико-экспериментальный базис психотерапевтического диагноза»; «“Нормальная” психотерапевтическая феноменология (клиническая психофеноменология)»; «Клинические психотерапевтические эффект-синдромы и их коррелят-механизмы (коррелят-паттерны)».

Приведены результаты разработанного и проведённого автором клинического психотерапевтического эксперимента как клинико-экспериментального базиса психотерапевтического диагноза.

Рассмотрена и систематизирована «нормальная» психотерапевтическая феноменология (клиническая психофеноменология): феномены [«со стороны»] пациента (инструментальные, саногенные, дефензивные, смешанные, интеркуррентные, вспомогательные (воротные, ориентационные, диагностические) и другие), феномены [«со стороны»] психотерапевта, трансперсональные феномены, групповые феномены, конформные (индукционные) феномены.

Изложена также клиническая феноменология психотерапии: клинические психотерапевтические эффект-синдромы и их коррелят-механизмы (коррелят-паттерны); приведена разработанная типология.

Глава 7. «Фармакотерапевтическая составляющая (III часть) психотерапевтического диагноза».

Подглавы: «Понятие “фармакологического фона”»; «Терапевтический и специальный фармакологический фон».

Поднимаются вопросы фармакологического фона при проведении психотерапии.

Показано, что он может быть как терапевтическим (созданным по традиционным фармакотерапевтическим схемам без учёта потребностей психотерапии), так и специальным (созданным именно для реализации психотерапевтических влияний).

Глава 8. «Прогностическая составляющая (IV часть) психотерапевтического диагноза».

Подглавы: «Синдромогенез, синдромокинез и синдромотаксис в сфере компетенции психотерапии: метасиндромы»; «Типология метасиндромов».

Рассмотрены вопросы синдромогенеза, синдромокинеза и синдромотаксиса в сфере компетенции психотерапии: показано, что метасиндромы создаются в результате взаимодействия психопатологических синдромов и клинических психотерапевтических эффект-синдромов.

Приведены разработанная типология метасиндромов и их клинические характеристики.

Часть IV — «Логика, семиотика и алгоритм диагноза в психотерапии» — состоит из следующих глав:

Глава 9. «Общая [психо]диагностика и специальные диагностические приёмы».

Изложена и прокомментирована процедура диагностики (как общей психодиагностики, так и специальных диагностических приёмов в психотерапии).

Глава 10. «Логика, семиотика и алгоритм диагноза в психотерапии. Основные положения».

Подняты наиважнейшие для клинической практики проблемы диагностики в психотерапии и сформированы представления о психотерапевтическом диагнозе.

Глава 11. «Правила формулирования и дизайн психотерапевтического диагноза».

Прописан дизайн психотерапевтического диагноза, приведены примеры его формулирования.

Часть V — «Диагностический аппарат (приёмы и системы) методов и методик психотерапии» — содержит такие главы:

Глава 12. «Классификация психотерапевтических методов и методик».

Наглядной и удобной с клинико-педагогической точки зрения — и, главное, теоретически обоснованной — является предложенная систематика психотерапевтических методов и методик: классических (суггестивные методы, рациональная психотерапия, психоанализ и поведенческая терапия), синтетических («эриксонский» гипноз, нейро-лингвистическое программирование, гештальт-терапия, транзактный анализ, когнитивно-бихевиоральная терапия, экзистенциальная («гуманистическая») психотерапия, психоаналитически-ориентированная психотерапия) и неоклассических (симультанно-мнестическая психотерапия (психометодология)). Разработаны также иные основания классификации, — в частности, принцип пато-нозологической конгруэнтности, что предусматривает ориентацию — через посредство ассоциированных с методами психотерапии саногенных феноменов — на клинические психотерапевтические эффект-синдромы.

В главах 13 и 14 — соответственно «**Феноменологический арсенал, понятийно-концептуальная платформа и персоналогия в представлениях методов и методик психотерапии**» и «**Диагностический аппарат (приёмы и системы) методов и методик психотерапии**» — проведено аналитическое изложение всех разнообразных методов и методик психотерапии по единой схеме (феноменология, понятия и концепты, персоналогические представления, а также — отдельно — диагностические приёмы), что позволяет провести их сравнительный структурно-содержательный анализ.

В **Заключении («Психотерапия между исповедью и риторикой в контексте диагностики»)** показано, что деятельность в области психотерапии находится в континууме «психотерапия как исповедь пациента (катартические методы) — психотерапия как ораторское мастерство психотерапевта (классическая рассудочная психотерапия)»; рекомендовано удерживаться от крайних вариантов стилистики психотерапевтической практики. Доказано, что психотерапевтическая диагностика также должна представлять собой *sectio aurea*: между диагностикой-обсервацией и диагностикой-интерпретацией.

В **Послесловии** обсуждаются некоторые особенности профессиональной подготовки психотерапевтов, перспективы исследований в области психотерапии (в том числе те, что касаются диагностики) — и, главное, необходимые завершающие шаги институционализации психотерапии.

Список использованной литературы и Перечень основных источников разведены, поскольку в первом случае речь идёт об апелляциях к мнениям и суждениям, признаваемым в известной мере достоверными («истинными»), а во втором — об анализируемых текстах.

Учебное пособие адресовано врачам, прежде всего психотерапевтам, психиатрам и представителям смежных дисциплин, а также специалистам в области [клинической и нейро-] психологии, психофизиологии, истории [медицины], социологии, философии, науковедения, культурологии и педагогики.

ЗМІСТ

Передмова (5 – 9)

Вступ. Що таке психотерапія? (10 – 22)

Рекомендована література (23)

Контрольні питання (24)

Частина I. Дискурсивно-методологічні, клініко-діагностичні та дисциплінарно-ідентифікаційні особливості психотерапії (25 – 80)

Вступ (27)

Розділ 1. Дискурсивні й контекстові особливості психотерапії (29)

1.1. Особливості психо[терапевт]ичного дискурсу:
аргументи й апеляції, тематика й проблематика,
порушення й розриви (29)

1.2. Протокольна мова психотерапії (38)

1.3. Соціально-філософські, методологічні
та інші запозичення психотерапії (41)

1.4. Етно-культуральна диференціація психотерапії
(44)

Рекомендована література (53)

Контрольні питання (54)

Розділ 2. Клініко-діагностичні особливості психотерапії (55)

2.1. Характеристика [сфери] пато-нозологічної
компетенції (клініки) психотерапії (55)

2.2. Поняття пато-нозологічної конгруентності
та критерії вибору методів і методик
психотерапії (60)

Рекомендована література (63)

Контрольні питання (64)

- Розділ 3.** Дисциплінарно-ідентифікаційні особливості психотерапії (65)
- 3.1. Дисциплінарні варіації психотерапії (65)
 - 3.2. Концептуальний базис психотерапії (67)
 - 3.3. Основні психотерапевтичні парадигми (73)
 - 3.4. Кардинальні позиції аутодисциплінарно-ідентифікаційної (інтрадисциплінарної) концепції психотерапії (74)
- Рекомендована література (79)
Контрольні питання (80)

Частина II. Клініко-психофеноменологічний метод (81 — 94)

Вступ (83)

- Розділ 4.** Клініко-психофеноменологічний метод (86)

Рекомендована література (92)
Контрольні питання (93)

Частина III. Складові [частини] психотерапевтичного діагнозу (95 — 194)

Вступ (97)

- Розділ 5.** Клініко-діагностична складова (I частина) психотерапевтичного діагнозу (100)
- 5.1. Клініко-психопатологічна феноменологія синдромологія *per se* (100)
 - 5.1.1. Астенічний синдром (104)
 - 5.1.2. Депресивний синдром (108)
 - 5.1.3. Іпохондричний синдром (113)
 - 5.1.4. Істероформний синдром (117)
 - 5.1.5. Обсесивно-компульсивний синдром (120)
 - 5.1.6. [Обсесивно-]фобічний синдром (123)
 - 5.1.7. Панічний синдром (127)
 - 5.1.8. Психастенічний синдром (130)
 - 5.1.9. Психовегетативний синдром (133)
 - 5.1.10. Соматоформні синдроми (135)
 - 5.2. Клініко-психопатологічна феноменологія *sub specie* психотерапії (138)

5.3. Систематизація клініко-психопатологічної
феноменології /синдромології (142)

Рекомендована література (146)

Контрольні питання (147)

Розділ 6. Психотехнічна складова (II частина)

психотерапевтичного діагнозу (148)

6.1. Клініко-експериментальний базис
психотерапевтичного діагнозу (150)

6.2. «Нормальна» психотерапевтична феномено-
логія (класична психофеноменологія) (162)

6.3. Клінічні психотерапевтичні ефект-синдроми
та їхні корелят-механізми
(корелят-патерни) (168)

Рекомендована література (173)

Контрольні питання (174)

Розділ 7. Фармакотерапевтична складова (III частина)

психотерапевтичного діагнозу (175)

7.1. Поняття «фармакологічного фону» (176)

7.2. Терапевтичний і спеціальний
фармакологічний фон (176)

Рекомендована література (184)

Контрольні питання (185)

Розділ 8. Прогностична складова (IV частина)

психотерапевтичного діагнозу (186)

8.1. Синдромогенез, синдромокінез
і синдромотаксис у сфері компетенції
психотерапії: метасиндроми (186)

8.2. Типологія метасиндромів (188)

Рекомендована література (192)

Контрольні питання (194)

**Частина IV. Логіка, семіотика й алгоритм
діагнозу в психотерапії (195 — 220)**

Вступ (197)

Розділ 9. Загальна [психо]діагностика

і спеціальні діагностичні прийоми (198)

Рекомендована література (204)

Контрольні питання (205)

Розділ 10. Логіка, семіотика й алгоритм діагнозу
в психотерапії. Основні положення (206)

Рекомендована література (213)

Контрольні питання (214)

Розділ 11. Правила формулювання й дизайн
психотерапевтичного діагнозу (215)

Рекомендована література (219)

Контрольні питання (220)

**Частина V. Діагностичний апарат (прийоми й
системи) методів і методик психотерапії (221 — 298)**

Вступ (223)

Розділ 12. Класифікація методів і методик психотерапії (226)

Рекомендована література (233)

Контрольні питання (234)

Розділ 13. Феноменологічний арсенал,
понятійно-концептуальна платформа
та персонологія в уявленнях методів
і методик психотерапії (235)

Рекомендована література (287)

Контрольні питання (288)

Розділ 14. Діагностичний апарат (прийоми й системи)
методів і методик психотерапії (289)

Рекомендована література (297)

Контрольні питання (298)

**Закінчення. Психотерапія між сповіддю і риторикою
в контексті діагностики (299 — 303)**

Рекомендована література (302)

Контрольні питання (303)

Післямова (304 — 306)

Список використаної літератури (307 — 312)

Перелік основних джерел (313 — 335)

Résumé (336 — 342)

Summary (343 — 348)

Анотація (349 — 355)

Наукове видання

Чугунов Вадим Віталійович

**ПСИХОПАТОЛОГІЧНА СИНДРОМОЛОГІЯ:
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ**

Навчальний посібник

Підп. до друку 17.12.2020. Формат 60x84/16.
Папір офсет. № 2. Гарнітура Baskerville.
Ум. друк. арк. 20,93. Тираж 300 пр.

")' ž+- S)' ž ž "Ž', fS) SE' +S!% !)+
!a U\`d]WU% ', 4 i_f"bYh

Đ

ž

*+, (' S"S) "&S% ž

" "