

*Психо[терапевт]ическая  
библиотека*

**В.В. ЧУГУНОВ**

---

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ  
ДИАГНОЗ**

---

«Наука»  
Харьков  
2015

ББК 53.57 + 53.4  
Ч 83  
УДК 615.851:616-07

Рекомендовано к изданию Учёным советом  
Запорожского государственного медицинского университета  
от 25 сентября 2012 года

**Рецензенты:**

*Б.Д. Карвасарский*, руководитель Федерального научно-методического центра по психотерапии и медицинской психологии РФ и отделения неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, д-р мед. наук, проф., Главный психотерапевт МЗ РФ

*В.П. Самохвалов*, Президент Крымской республиканской ассоциации психиатров, психотерапевтов и психологов, Deutsch-Russischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit (Czech Republik), д-р мед. наук, проф.

*И.А. Бабюк*, заведующий кафедрой психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии ФИПО Донецкого государственного медицинского университета им. М. Горького МЗ Украины, д-р мед. наук, проф.

Ч 83 *Чугунов В.В.*  
**Психотерапевтический диагноз. — 3-е изд., расширенное. — Харьков: Наука, 2014 / 2015. — 536 с. — Библиогр.: с. 469 — 505. — (Психо[терапевт]ическая библиотека).**  
ISBN 978-966-526-140-7.

Книга представляет собой расширенное учебное пособие, утверждённое Министерством образования и науки Украины и Центральным методическим кабинетом по высшему медицинскому образованию Министерства здравоохранения Украины, и посвящена диагностике в психотерапии (как общей [психо]диагностике, так и специальным диагностическим приёмам) и психотерапевтическому диагнозу (особенностям его логики и семиотики, параметрам алгоритмизации и структурирования, правилам формулирования и дизайну), а также методу психотерапии — клинико-психофеноменологическому методу.

Издание 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.

ISBN 978-966-526-140-7

© В.В. Чугунов, 2014

*Повязается моей Белке.  
Помнишь, я написал тебе в Снах:  
tout comprendre, c'est tout pardonner...*

## ПРЕДИСЛОВИЕ

### 1

В настоящую книгу вошли материалы по диагностике в психотерапии и психотерапевтическому диагнозу, изданные в 2010 году в виде учебного пособия **«Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз»** на украинском и русском языках<sup>1</sup>.

К изложению *диагностики* — диагностики в широком смысле понятия — и собственно *психотерапевтического диагноза* — его логики и семиотики, алгоритма и структуры, формулирования и оформления — добавлены главы, посвящённые описанию *метода психотерапии* — клинико-психофеноменологического метода, и фундаментального понятия диагностики — которое ранее лишь подразумевалось — *психофеноменологического профиля*; также расширены разделы, посвящённые психоическому дискурсу, клинико-психопатологической феноменологии / синдромологии и критериям выбора методов и методик психотерапии (с описанием их клинического наполнения).

Ранее психотерапевтический диагноз — как важнейший аутоидентифицирующий атрибут дисциплины-психотерапии — был рассмотрен в двух изданиях моей монографии **«Клиника и дисциплинарная история психотерапии»**<sup>2</sup>, первом отече-

<sup>1</sup> Чугунов В.В. Диагностика в психотерапии та психотерапевтичний діагноз: [Навчальний посібник]. — Харків: Наука, 2010. — 304 с. — (Психо[терапевт]-[и][і]чна б-ка).

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

<sup>2</sup> 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).

ственном учебнике *«Психотерапия»*<sup>3</sup>, главе *«Логика и семиотика диагноза в психотерапии»*<sup>4</sup> монографии профессора Владимира Андреевича Абрамова, множестве статей (как моих собственных, так уже и других авторов), а также в моей докторской диссертации *«Теоретическое, клинико-диагностическое, медико-психологическое, психотехническое и психопатологическое обоснование и оценка психотерапии психогенно-обусловленных расстройств»*<sup>5</sup>.

Этот текст, против обыкновения, — по сравнению с текстами серии *«психоических клиник»*, — несколько упрощён содержательно, да и структурно редуцирован, — прежде всего в силу адаптации к учебным целям.

Отдельное издание, посвящённое лишь одному из атрибутов дисциплины, — правда, наиважнейшему, — говорит о важности предмета обсуждения.

## 2

Вероятно, я традиционно буду ссылаться на свои труды в области психотерапии — не столько на публикации [в периодике], сколько на приведённые выше; в таком случае я прибегну к сокращённым названиям последних: в порядке приведённого выше перечисления это будут *«Клиника психотерапии»*, *«Учебник психотерапии»*, *«Логика и семиотика диагноза»* и *«Обоснование психотерапии»*; теперь к ним прибавится также *«Диагностика в психотерапии»*.

## 3

Скажу несколько слов об особенностях справочно-библиографического аппарата этого издания.

Я по-прежнему провожу разведение *использованной литературы* и [основных] *источников*, ссылки на которые снабже-

<sup>3</sup> 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).

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

<sup>5</sup> 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.

ны знаком \*; как и раньше, оно означает разницу между в целом *достоверными* («истинными») суждениями и *анализируемыми текстами* (содержащими *дискурсивные мнения*, или *интерпретации-толкования*).

Однако, учитывая тот факт, что обучающая направленность текста сохранена, в конце каждой главы (за исключением последней, исследовательски-результативной части) я указываю *рекомендуемую литературу*: этим я целенаправленно дополняю те библиографические ссылки, что встречаются по ходу изложения (на последние я уже не ссылаюсь, полагая эту литературу обязательной для изучения / ознакомления); она носит вспомогательный характер, позволяя понять дискурсивный контекст излагаемого материала и иллюстрируя актуальные тренды. И ещё: я не разделяю эту литературу на *основную* и *дополнительную*, поскольку первая всегда укладывается в облигатные позиции, коих уже три: *«Клиника психотерапии»*, *«Учебник психотерапии»* и *«Диагностика в психотерапии»* (ссылки на них я потому также опускаю): всё остальное, таким образом, относится ко второй.

Что же касается собственно справочного аппарата, то в столь узкопрофилированном тексте он представляется излишним (поскольку предмет — монотонен, эпонимы в основном ассоциированы с методами / методиками / техниками, глоссы — не вполне уместны, география — незначима), и я загодя адресую читателя к таковому в любом из изданий *«Клиники психотерапии»*.

Кроме того, я — как обычно — привожу аннотации на разных языках.

## 4

Несколько изменилась структура текста: после изложения дискурсивно-методологических, клинико-диагностических и дисциплинарно-идентификационных *особенностей психотерапии* (где понятие *психоического дискурса* дано в более широком психосоциальном контексте и, если позволите, более аналитически) следуют главы, где впервые рассматриваются собственный метод психотерапии — *клинико-психосоциально-методологический метод*, в соотнесении с иными психоическими методами, клинико-психопатологическим и экспериментально-психологическим, и фундаментальное, повторюсь, понятие *психосоциально-методологического профиля*. Очевидно, что описание собственного метода для аутоидентификации дисциплины-психотерапии играет определяющую роль.

Далее излагаются *составляющие*, или *части*, *психотерапевтического диагноза*, и собственно *логика-семиотика-алгоритм* самого процесса *диагностики*; отдельная часть посвящена сравнительному анализу *диагностических приёмов* и систем (*respective* диагностическому аппарату) различных — основных — методов и методик психотерапии, согласно разработанной (и приводимой здесь же) их классификации. Фактически речь идёт о скомпилированных одноимённых рубриках описания методов из *«Клиники психотерапии»*, которые были в практически неизменном виде использованы затем и в *«Учебнике психотерапии»*; этот материал предваряют семиологически близкие диагностике позиции: *феноменология*, *понятия и концепты*, *структура личности* (в последнем случае речь идёт обо всей совокупности персонологических воззрений).

Также я не изменяю своей склонности к [реконструкции] истории, с её неизбежным *сциентистски-социетальным fleur'ом*: хотя диагностика в [отдельных методах] психотерапии — и в том состоит специфический парадокс этой психодисциплины — полагается возможной вне контекста терапии, она совершенно невообразима вне контекста генеалогии [метода / методики]; именно поэтому к каждому методу / методике я прилагаю разной степени глубины историко-персонологическую справку (тем не менее, чтобы не превращать текст в науковедческий, я — с немалым сожалением — опустил указания на *методолого-философские заимствования*; желающие могут почерпнуть эти сведения вновь-таки в *«Клинике психотерапии»*).

## 5

И ещё одно замечание. Говоря — в *«Клинике психотерапии»* — о методологии исследования, — в её повседневном, бытовом, обыденном ракурсе, — я описал ряд вопросов, которые задавал сам себе, и которые послужили своего рода пунктами проекции клинко-дисциплинарно-эволюционного анализа на плоскость психотерапевтической практики. Я хочу повторить один из них, касающийся диагностики:

— почему психотерапевты, проводя *de facto* сложнейшие психодиагностические расчёты, многослойную дифференциальную диагностику (ведь часто речь идёт о пресловутых «трудных больных», о психосоматике как таковой!), действуя в жёстком соответствии с синкретической персонологией, выстраивая пути терапии, ориентируясь на тончайшие личностные сдвиги, *de jure* лишены права постановки диагноза

и колеблются на распутье между диагнозом *психиатрическим* (выставленным психиатрами), [*психо*]сomaticким (что определён интернистами) и *патопсихологическим* («заключением по данным экспериментально-психологического исследования», в лучшем случае так называемыми «регистр-синдромами»)?

Собственно, эта книга и лишает актуальности этот давний вопрос, подытоживая всё ранее написанное мной о психотерапевтической диагностике и психотерапевтическом диагнозе, равно как и последние разработки касательно *метода психотерапии*.

Целесообразность нового, отдельного текста — не в одном лишь удобстве пользования: подчинённые единой задаче, данные и материалы приходят в движение, порождая особое качество; возникает иная, центрированная вокруг *διὰ νοσίου* система, проявляются иные ракурсы и смыслы общетеоретических суждений и конкретно-практических констатаций, иная структура-иерархия, — и даже иная констелляция базовых, примордиальных дисциплинарных атрибутов, — возведённая в новый ранг появлением учения о клинко-психофеноменологическом методе.

## 6

Я хотел бы поблагодарить профессоров Бориса Владимировича Михайлова и Александра Орестовича Фильца за предоставленные материалы по синтетическим методам психотерапии.

Считаю своей обязанностью подчеркнуть, что при написании главы 13 мне приходилось обращаться к изданиям *«Психотерапевтической энциклопедии»* под редакцией Бориса Дмитриевича Карвасарского, — ибо *nemo omnia potest scire*.

В книге в качестве соавторов, помимо профессора Б.В. Михайлова, участвуют мои диссертанты: кандидаты медицинских наук Ю.И. Заседа, Л.А. Васякина, В.Л. Поддубный, В.В. Ишук, Н.А. Максименко, О.В. Ткаченко, кандидат социологических наук О.Ф. Пиронкова, врачи-психиатры И.Ф. Пирогов, Е.И. Гётманчук, Е.Н. Киреева, О.Н. Шарко, А.Г. Лисконог, А.Н. Столяренко, Д.Н. Сафонов, Н.В. Данилевская, А.В. Мосейко, Е.А. Синча, А.З. Григорян, А.Д. Гуродокин, Н.В. Криванкова, а также доктора медицинских наук, доценты П.Г. Андрух и В.А. Курило; их исследования — результаты приложения клинко-психофеноменологического метода, позволили расширить отдельные главы и сформировать новую, шестую часть издания.

## ЧТО ТАКОЕ ПСИХОТЕРАПИЯ?

Современная психотерапия предстаёт как медико-ориентированная совокупность практик, принадлежащих ряду доктрин и концепций, наиболее известными из которых являются *психодинамическая* и *нейродинамическая* парадигмы (старомодная *рациональная* парадигма несколько им уступает — правда, скорее в привлекательности и антураже; парадигмы *поведенческая* и развивающаяся *мнестологическая*, напротив, набирают вес).

Эти практики обнаруживают отчётливую склонность к различного рода взаимопроникновению, взаимодействии и взаимопотенцированию, что обуславливает трудности построения сколь-нибудь определённой типологии.

Выраженной и, в общем-то, негативной тенденцией в психотерапии следует признать формирование её *психологической*, а точнее — рафинированной *психотехнической* модели; последняя востребована в рамках [проблемно-]консультативной, педагогической, управленческой, поведенчески-тренинговой и прочих подобных практик.

В границах же клинической медицины психотерапия воспринимается как некая вспомогательная, параклиническая («терапевтическая») *специальность*<sup>6</sup>; в такой ситуации естественно, что эта дисциплина вроде бы лишена [собственной] клиники.

Серьёзные проблемы существуют и с дисциплинарной идентичностью психотерапии<sup>7</sup>: с одной стороны, неверно отождествляемая с отечественной физиологически-ориентированной гипнологией первой половины XX века, она будто

бы находится под патронатом клинической — *нейродинамической* — *психиатрии*, являясь её прикладной практикой, с другой — якобы ассимилируется то со стремительно развивающейся [медицинской] *психологией*, то с возвратившимся в отечественное медицинское пространство *психоанализом*.

Одновременно понятие психотерапии трактуется излишне широко: в число её «методов» включаются весьма далёкие от клинического и медико-социального, в том числе психопрофилактического и психогигиенического применения, психотехники религиозной, эзотерической, культурно-философской ориентаций. Наметившаяся тенденция — расширение понятия психотерапии и включение ряда маргинальных психотехник — также должна быть признана негативной<sup>8</sup>.

\* \* \*

В психотерапии существует выраженная дефинитивная неопределённость, заметная уже при денотации самого термина «психотерапия».

Согласно S. Leder'у [1]\*, разночтения в представлениях о психотерапии связаны с фактом существования её *медицинской*, *психологической*, *социологической* и *философской* моделей<sup>9</sup>:

- первая модель рассматривает психотерапию как метод лечения, влияющий на состояние и функционирование организма в сферах психической и соматической деятельности;
- вторая понимает психотерапию как метод оказания влияния или воздействия, приводящий в движение процесс научения;
- третья модель полагает психотерапию методом инструментальной манипуляции, служащим целям социального контроля;
- четвёртая модель расценивает психотерапию как комплекс явлений, происходящих в ходе взаимодействия и общения людей.

В русскоязычной литературе распространены вариативные, хотя довольно одноплановые, определения; взглянем на формулировки основных отечественных школ.

<sup>8</sup> Это вопрос об ограничениях содержания понятия «психотерапия»: что не является психотерапией, хотя и выглядит или преподносится как таковая?

<sup>9</sup> Разумеется, всерьёз говорить о неких *философских* и *социологических* моделях психотерапии нельзя — [социальная] философия представляет собой совершенно отличный тип дискурсивной практики, а что касается социально-управленческих подходов, то каждая политическая технология, например, просто-таки пропитана элементами психотехник, как, собственно, и вообще любые формы социо-психической практики.

<sup>6</sup> Таким образом, психотерапия признана медицинской *специальностью* — подобно физиотерапии, функциональной диагностике и прочим, — но не является клинической *дисциплиной*.

<sup>7</sup> Подробно этот вопрос рассмотрен в главе «*Дисциплинарно-идентификационные особенности психотерапии*».

Так, в рамках старейшей, Харьковской психотерапевтической школы психотерапия до сих пор была денотирована как система лечебного воздействия на больного, опосредованная через психическую сферу (А.Т. Филатов и соавторы, 1997 [2, с. 3]\*; Б.В. Михайлов и соавторы, 2000 [3, с. 3]\*).

В рамках Московской школы психотерапия — комплексное лечебное воздействие с помощью психических средств на психику больного, а через неё на весь его организм с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде (В.Е. Рожнов и соавторы, 1985 [4, с. 12]\*).

Согласно позиции Санкт-Петербургской школы психотерапии последняя является системой лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного (Б.Д. Карвасарский, 1985 [5, с. 7]\*; Б.Д. Карвасарский и соавторы, 2000 [6, с. 657]\*).

Эти определения, при их очевидной корректности *ad rem*, отражают несостоятельные в плане дисциплинарного статуса, но традиционные, закрепившиеся в течение десятилетий воззрения на психотерапию как на совокупность [опосредованных] методов, систему [направленных] практик, рафинированно терапевтическую специальность.

Что касается иностранной литературы, то дефиниции психотерапии, помимо тех же — связанных с игнорированием идентификационно-дисциплинарных положений — недостатков, имеют массу других, ещё более серьёзных; это, как правило, избегающие определения, — указывающие на внешние признаки психотерапевтического процесса, или даже просто денотирующие характер воздействия.

Во франкоязычной литературе под психотерапией понимается лечение с помощью психологических методов [7]\*.

В англоязычной литературе понятие психотерапия употребляется для обозначения методов лечения, не использующих приёмы психоанализа и отличающихся от психоаналитических способов терапии откликом от исследования глубинных слоёв психики больного (психотерапия же, проводимая с применением техник и приёмов работы с глубинными слоями психики, обозначается как «психоанализ») [8, с. 656]\*.

В американской литературе даётся следующее определение: «В самом широком смысле мероприятие, называемое психотерапией, включает в себя: человека, который осознаёт, что ему необходима некая помощь; специалиста, который готов оказать эту помощь; и серию межличностных взаимодействий, довольно *intricate*, тонких и продолжительных, которые направлены на осуществление желательных изменений в чувствах и поведении пациента» [9, с. 3]\*.

В немецкоязычной литературе часто используется определение Н. Strotzka (1917 — 1994) [10]\*, согласно которому психотерапия — это взаимодействие между одним или несколькими пациентами и одним или несколькими психотерапевтами, прошедшими соответствующее обуче-

ние и подготовку, с целью лечения нарушений поведения или болезненных состояний преимущественно психосоциальной природы психологическими средствами на основе теории нормального и аномального поведения.

Таким образом, эта ситуация является не более чем частным проявлением нарушений дисциплинарной идентификации психотерапии, в том числе процессов её [клинической] институционализации.

\* \* \*

Необходимо, думается, рассмотреть особенности взаимоотношений психотерапии со смежными областями, — прежде всего с психиатрией и медицинской психологией, а также с такой специфической областью — точнее, ракурсом — приложения психотехник, как психокоррекция, ибо эти вопросы тоже влияют на понимание и определение психотерапии.

Как наглядно показывают предисциплинарная и начальные этапы дисциплинарной истории психотерапии, психотерапия, или «психическое лечение», тех форм психопатологии, которые впоследствии были квалифицированы как нозоформы-психозы, занимало подавляющую часть мероприятий, имевших отношение к терапии и лечебному душепопечению психики [и поведения] вообще. Это естественно, поскольку прошедшие сквозь века [лекарственные] снадобья — такие, например, как чемерица, мак, багульник, майоран, шафран, мандрагора, зверобой — были не только малочисленны, но и весьма неспецифичны.

Психиатрия же, таким образом, до развёрнутого введения [новых] методов так называемой «активной» терапии: маяротерапии (J. von Wagner-Jauregg (1857 — 1940), 1917 [1]), наркосна (J. Kläsi (1883 — 1980), 1922 [2]), медикаментозной судорожной терапии (L. J. von Meduna (1896 — 1964), 1934 [3]), инсулинокоматозной терапии (M. J. Sakel (1900 — 1957), 1935 [4]), электросудорожной терапии (U. Cerletti (1877 — 1963), L. Bini (1908 — 1964), 1938 [5]) и некоторых других, а может быть, и вплоть до наступления «психофармакологической эры» (1952), являлась ничем иным, как той же психотерапией, «психическим лечением» — дидактическая речь да дисциплинарная педагогика, с обособленными, но в то же время подчинёнными диагностическими задачами. Заметьте, что эти тенденции отстоят довольно далеко — по сравнению, разумеется, с различной историей современной психиатрии, как мы её знаем, — от процессов и даже рефлексий патологической идентификации дисциплины-психиатрии.

Получается, что «психотерапия» и «психиатрия» — разные имена одной и той же социетально-медицинской практики, если вести их происхождение в контексте связки «клиника [нарушенного поведения] — изоляция — лечение». Однако психотерапия, как было наглядно показано в *«Клинике психотерапии»*, имела [и] другие истоки, причём изоляционистски-пеналогический компонент здесь находится на втором плане; как бы то ни было, она всё-таки старше, объёмней, разветвлённой психиатрии, с каких бы позиций — разумеется, не грешаших *contra jus et fas* — ни рассматривали мы её генеалогию.

Всё же, уходя от тонкостей [реконструкции], констатируем: очень быстро разрыв между психотерапией и психиатрией стал необратимым (хотя ретроспектива эта весьма подвижна); *ψύχω-θεράπεια* и *ψύχω-ιατρεια* теперь — принципиально различные мировоззренческие системы; из богатейшего риторического, душевного, поведенческого, морально-дидактического, аппаратного, лицейского, эстетического, средового, психоортопедического, эрготерапевтического — разномастным эпитетам несть числа — психо-терапевтического арсенала психиатрия сохраняет теперь только несколько последних аспектов. Дата этого раскола — а её, пожалуй, следует искать в периоде нозологических деклараций [везаний] — лежит где-то ближе к закату XIX столетия.

Основные вехи этой дивергенции очевидно связаны с упомянутыми «активными» методами — новыми, повторю, активными методами, — и психотропной фармакологией (о лежащей же меж ними психохирургии [психозов] говорить, думаю, не стоит — она получила широкий, и кстати, негативный, общественный резонанс, затмивший даже анти-электрошоковый аболиционизм).

Я делаю акцент на том факте, что речь идёт о новой генерации «активных» методов — перманентном для психиатрии процессе: разве не являются таковыми хорошо известные процедуры, в том числе медикаментозно сочетанные, вмешательства подчас весьма радикальные — кроме механо-аппаратных, это также кровопускания, диеты и, разумеется, всевозможные стеснения-депривации, водяные и болетворные, тошнотные и слабительные, устрашающие и удушающие «терапевтические» мероприятия (в зависимости от этиологических, а часто и дидактических воззрений)? Однако все они, эти куративные изыски, были жёстко сопряжены с психотерапией или, скорее, понимались как психотерапия, в крайнем случае психотера-

пия *sui generis* (сейчас бы мы сказали — *опосредованная*), даже в формальном смысле лечения-воздействия *психологическими средствами*.

Так, в период увлечённости различными «активными» манипуляциями — в рамках и чисто медикаментозных, и [психо]физиологически-нагруженных, и смешанных, каково большинство из них, технологий — расхождение меж психотерапевтической и психиатрической практиками потенцируется ещё и специфической институционализацией, в том числе юридическим почти что закреплением контингентов.

Ещё большие ожидания связывают с синтезом хлорпромазина [гидрохлорида] («ларгактила» — в силу широкого [спектра] действия; для нас привычнее название «аминазин»), применённого впервые — речь, естественно, идёт о первом официальном, санкционированном клиническом применении — во Франции, в 1952 году (J. Delay (1907 — 1987) и P. Deniker (1917 — 1988) [6]). За производными фенотиазина открываются всё новые и новые препараты и целые их классы (алкалоиды раувольфии, тиоксантены, бутирофеноны и прочие); транквилизаторы и антидепрессанты, психостимуляторы и ноотропы входят на правах *heres ab intestato* в психиатрическую клинику<sup>10</sup>. Конечно же, этот психофармакологический бум исключительно сильно повлиял на шаткое равновесие между клинико-социальными статусами психиатрии и психотерапии; последняя фактически была удалена в пограничную психиатрию-психоневрологию и общесоматическую практику (а также в спортивную медицину и, отчасти, наркологический приём), — куда вслед за ней очень скоро устремилась и психофармакологическая рецептура.

Однако по прошествии нескольких десятилетий, когда спадает первоначальный восторг перед нейролептиками, когда всё заметнее становится [нивелирующий] патоморфоз психических болезней, когда всё чаще требуются новые редакции нозографий и клиника как таковая перемещается в инструкции к препаратам, когда всё отчётливей проявляется терапевтическая стагнация — тогда подобное положение вещей осознаётся, наконец, как очевидная несуразность, и в психиатрию — уже во вспомогательном контексте — приходит

<sup>10</sup> Разумеется, опыт применения всевозможных [натуральных] психотропных средств, особенно наркотических и психотомиметических, имеет почтенную, даже древнюю, историю — но встроен он (кстати, культурально почти монотонный), как правило, в совсем иные типы социетальных практик.



(а не абилитируется, как следовало бы ожидать) психотерапия — новая специальность в terra incognita aliena.

Медицинская психология по отношению к психотерапии играет несколько иную, нежели психиатрия, хотя также негативную, роль: тогда как благодаря последней психотерапия почти утратила [госпитальную] клинику, психология узурпировала право на [построение] теорий личности (nudum jus, в общем-то) — а ведь для любой клинически-ориентированной психотерапии персонология является не то что базовой компонентой, но тем грунтом, на котором только и возможно обоснованное, оправданное, легальное развёртывание разноплановых психотехник (более того, персонологические воззрения зачастую санкционируют применение [строго] определённых техник, приёмов и формул). И ещё — претендующая на клиническую институционализацию психология попыталась, путём конъюнктурно искажённого обоснования понятия и практики *психокоррекции*, отобрать у психотерапии ещё и jus utendi et abutendi в отношении целого ряда известных психотехник (за исключением разве что элементарных, физиологически-ориентированных суггестивных воздействий), — главным образом через придание особого статуса так называемому «психологическому консультированию».

Однако нет и быть не может некоей автономной психологии — в клиничко-медицинской ли, нейро-лингвистической или, например, экзистенциальной ипостаси. Этот навязанный принципат «нормативной» дисциплины — ведь аморфная, всеохватная синтагма у sw-1 ɔʃj действительно допускает любые толкования — тем более неправомочен, что любая, соприкасающаяся с клиникой и на клинические же констатации претендующая отрасль психологии черпает прежде всего из пространства [повседневной] интроспективной психопатологии и / или патологии поведения. Очевидно, это как раз тот частый случай, когда давнишняя и, в целом, произвольная денотация — а словопрепятия в отношении названий и, заодно, сфер компетенции «психохических» дисциплин относятся к числу излюбленных приёмов — несёт столь мощный дифференцирующе-семантический потенциал, что способна инспирировать противоестественную дисциплинарно-идентификационную дихотомию («психотерапия — [клиническая] психология»), теперь уже в плоскости нормо(сано)логии.

Что касается взаимоотношений психотерапии и непосредственно *психокоррекции*, то последняя, конечно же, является практикой подчинённой и зависимой — хотя, в целом, она в самом деле имеет более широкое [не-медицинское] распространение — в педагогике, управленческой деятельности, пенитенциарной и прочих сферах.

\* \* \*

Так что же следует понимать под *психотерапией*?

Синтагма психотерапия (дорическое ψύχω — дыхание, дух, душа и греческое θεράπεια — служение, уход, забота, попечение) в дословном переводе может означать как *лечение души*, так и *лечение душой*.

Согласно указаниям Б.Д. Карвасарского [и соавторов] [6, с. 656]\* термин *психотерапия* был введён в конце XIX века Daniel'ом Hack'ом Tuke'ом (1827 — 1895); в его книге «*Illustrations of the Influence of the Mind Upon the Body in Health and Disease, Designed to Elucidate the Action of the Imagination*» (1872) [11]\* так называлась одна из глав.

Однако слово *психотерапия*, и даже в качестве титульного, употреблялось и ранее, — именно так была озаглавлена вышедшая в 1853 году работа Walter'a Cooper'a Dendy (1794 — 1871) — «*Psychotherapeia, or the Remedial Influence of Mind*» [12]\*.

Тем не менее при обращении к истории медицины, в том числе — а может быть, и в первую очередь — к истории психиатрии, становится ясно, что *психотерапией* именовались, как уже говорилось выше, все методы, направленные на *лечение души, терапию психики*; число их, предложенных в рамках медицинской, социально-философской, пенитенциарной, конфессиональной, морально-дидактической и других практик, практически необозримо. Вопрос о том, кто же [впервые] ввёл в употребление собственно синтагму ψύχω-θεράπεια, — вопрос не медицинского, а синтаксического первенства, обнаруживающий прямую зависимость от распространённости неоклассицизмов, в частности эллинизмов, в [медицинском] языке конкретной эпохи, правил [приемлемого] терминологического образования, религиозно-этических установок в отношении духовного пастырства и прочих подобных вещей.

В древней истории, Средних веках и Новом времени мы видим по крайней мере три самостоятельные эпохи психотерапии — *греко-римскую эпоху, эпоху схоластики и эпоху госпитальной психотерапии*.

Предмет психотерапии в её первую, греко-римскую эпоху — психическое лечение, и большинство позиций созвучно современным подходам *психотерапии в клинике* — от охранительных режимов и [дифференцированного] опосредования до индивидуально-личностного подхода.

Психотерапия эпохи схоластики — это попечительство души; в русле такой идентификации практики покаяния, исповеди, например, подчас напрямую увязывают (M. Foucault, 1976 — 1984) [13 — 15]\* с позднейшим психоанализом S. Freud'a.

В эпоху госпитальной психотерапии XVI — первой половины XVIII веков возникает пенитенциарно-дисциплинарная психотерапия, в которой, как и в позднейшей механо[психо]терапии (германских, в основном, психиатрических заведений) первой половины XIX века, легко угадать поведенческую [психо]терапевтическую парадигму.

В обозримое — и, в общем-то, уже понятное для нас — Новое (и новейшее) время (а точнее — XVIII, XIX, XX века) обращает на себя внимание ряд относительно проявленных периодов, каждый со своими предметно-дефинитивными особенностями.

Для *протодисциплинарной психотерапии* второй половины XVIII — первой половины XIX века характерно появление первых, ещё аморфных, форм психотерапии как таковой, но уже с почти что зрелой тенденцией — метод, приложимый ко всему, уместный всегда, рекомендованная панацея, когда эффективность сокрыта в сущности самого метода (эта тенденция хорошо видна и сегодня); это прежде всего магнетизация, в том числе групповая.

*Психотерапия — пока как hobby, — это театрализованное, демонстративное психическое лечение; её предмет — немногочисленные условно отграниченные и искусственно гомогенизируемые варианты патологии, признаваемые единой нозологической формой.*

Для психотерапии периода *методистского пуризма* (вторая половина XIX века) характерно возникновение различных, на сегодня уже «классических», методов психотерапии — гипнотизации, суггестии, психоанализа и некоторых других — практикуемых в довольно «чистом» виде.

*Психотерапия — уже занятие; она всё ещё остаётся психическим лечением, и её предмет — всё те же «болезни»; но каждый метод получает своё дефинитивное истолкование (тем не менее психоанализ, согласно раннему S. Freud'у, — это область невропатологии), хотя все они — пока ещё малочисленные — фиксированы на одних и тех же [конверсионных] контингент-симптомах.*

В период *институционализации практик* (первая треть XX века) — происходит социетальное оформление и даже некоторая дисциплинарная аранжировка различных методов и методик психотерапии, которые уже становятся *практиками*.

*Психотерапия теперь — деятельность; она определяется как таковая и её применение подлежит упорядочению — согласно дифференцированным показаниям: в одних случаях показано императивное внушение, в других — рациональная психотерапия, иногда же требуется психоанализ, и тому подобное; возникают комбинации методов, хотя каждый из них уже имеет свой предмет, сферу компетенции и, пусть пока слабые, дефиниции. Предмет психотерапии получает своеобразное вторичное опосредование через концепты метода (психоанализ, например, проводит терапию «комплексов»).*

Следующий период — *доктринальный* (вторая треть XX века), когда происходит оформление идеологически нагруженных — и, следовательно, конфронтующих — психотерапевтических доктрин.

*Это период психотерапии ex cathedra: психотерапия — предмет преподавания и даже профессия, и, таким образом, она уже облигатно наделена принципиальной дефиницией. Предмет психотерапии широк — все саногенные воздействия, которые [целенаправленно] опосредуются через психику, — и психотерапия, несколько эмансипировавшись [от клиники психоневрологии], отыскивает грани своего предмета в клиниках акушерства и терапии, и многих других.*

Пятый период — *диссолютивный*; в последнюю треть XX века появляются различные, довольно многочисленные, методы психотерапии, собирательно обозначенные как психотерапия «new wave». Одновременно отмечаются тенденции к интегративной психотерапии, периодически перемежающиеся идеями психотерапии *эклетической* (сегодня этот — strafwürdig — агностицизм гордо называют мультимодальностью [16]\*).

*Психотерапия — далеко не единое целое, но уже — [врачебная] специальность; её предмет — omnia et nihil, — лечение / коррекция, опосредованные через психическую сферу; одновременно с этим вновь оформляются, а точнее, жёстко вменяются (психотерапии) некие специфические, при этом весьма редуцированные, области клинического — причём сугубо терапевтического — приложения, прежде всего всё те же пресловутые «пограничные нервно-психические расстройства», некоторые из них.*

Наконец, настоящий период может быть обозначен как *аутодисциплинарно-идентификационный*. Для него характерны тенденции к построению *интрадисциплинарной* модели (концепции) психотерапии. В свою очередь, в её рамках по-

являются методы, которые не могут быть определены иначе, как *неоклассические* — по своей фундаментальной, [клинико-] психо(нейро)физиологической, ориентации, а также и скрупулёзной проработке технических приёмов.

*Психотерапия становится дисциплиной, и её предмет — пато-нозологические формы, подлежащие почти исключительно психотерапевтическому лечению (они-то и составляют клинику психотерапии), с сохранением и даже укреплением позиций психотерапии в клинике (во всяком случае, в большинстве клиник) и оформлении ряда специальных и социальных приложений.*

\* \* \*

В настоящей работе психотерапия впервые представлена как самостоятельная, структурированная клиническая дисциплина, со своей специфической клиникой, дисциплинарной историей, клинической феноменологией, диагностическим аппаратом, эксклюзивным терапевтическим арсеналом, теоретико-методологической базой, аутодисциплинарно-идентификационной теорией и прочим.

Таким образом, можно дать следующую дефиницию психотерапии.

*Психотерапия — медико-ориентированная дисциплина, в сфере компетенции которой входят разработка и отправление теории и практики нативной клиники, психотехнического арсенала, теории [денотата] [здоровой (resp. нормальной) / патологической] психики, теории личности и аутодисциплинарно-идентификационной (интрадисциплинарной) теории, а также собственного метода.*

Предмет психотерапии имеет сложнокомпонентную структуру — «нормальная» психотерапевтическая феноменология (прежде всего ассоциированные с методами-методиками психотерапии саногенные феномены), клинические психотерапевтические эффект-синдромы с коррелят-механизмами и психотехнические пути их достижения (*общая психотерапия*), пато-нозологические формы и вообще патология психической сферы (и поведения), подлежащие преимущественно психотерапевтическому лечению и квалифицируемые в категориях специфического психотерапевтического диагноза (*клиническая психотерапия*), вторичные нозо-синдромальные психопатологические формы при не-

психических заболеваниях (*психотерапия в клинике*) и ряд специальных и социальных приложений (*специальная и социальная психотерапии*).

Уточним некоторые важные дефинитивные и денотационно-сущностные характеристики-требования [к] психотерапии:

1. Психотерапия — клиническая дисциплина, со своей, древней, генеалогией, дисциплинарной историей, сферой пато-нозологической компетенции, диагностическим аппаратом и солиднейшим терапевтическим арсеналом, равного которому нет ни в одной из психо[нейро]наук.

2. Психотерапия неразрывно связана с [пато]персоналогией, [социальной и клинической] психиатрией, психоневрологией и [медицинской] психологией, а также с психофизиологией и психофармакологией (что не исключает, но, напротив, определённо подразумевает ревизию компетенционно-статусных позиций).

3. Психотерапии надлежит использовать собственный, вероятно полидименсиональный, [психо]диагностический аппарат, позволяющий построить (сформулировать) специфически психотерапевтический диагноз, — с его особыми логикой-методологией, семиотикой и феноменологией, структурой, сопряжённостью и прогностикой.

4. Психотерапия — идеологически независима и внеконфессиональна. Интегрирующиеся в психотерапию элементы духовных традиций и практик должны быть клинически обоснованы и лишены каких бы то ни было религиозных или эзотерических черт; семантическая окраска и антураж при этом должны быть транскрипированы в социо-культуральный план и соответствующим образом узнаваемы.

5. Психотерапии надлежит стать единой дискурсивной областью; использование обоснованного, стилистически выдержанного, прозрачного [профессионального] дискурса относится к основным требованиям аутодисциплинарной идентификации, во всём многообразии её воплощений, и является залогом полноценного функционирования протокольного языка и клинико-терапевтической успешности дисциплины-специальности в целом.

6. Психотерапия защищает права на клиничко-медицинское использование разработанных методик и, особенно, психотехник, и ограничивает их распространение, а также информацию о них<sup>11</sup>.

<sup>11</sup> Речь идёт о необходимости установления контроля над перманентным несанкционированным процессом заимствования (сепарации) психотехник — прежде всего в политике и образовании — в виде, а точнее, под маской *социальных технологий*.

### Рекомендуемая литература

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. *Осипов В.П.* Очерк истории психиатрии // *Осипов 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., Инстититорис 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.

*Ключевые моменты*

- (1) Основные модели психотерапии; её дефиниции.
- (2) Психотерапия, психиатрия, медицинская психология: генеалогия, топография, иерархия.
- (3) Эволюция представлений о предмете психотерапии.
- (4) Определение психотерапии и её предмета.
- (5) Содержание общей психотерапии, клинической психотерапии, психотерапии в клинике, специальной психотерапии, социальной психотерапии.
- (6) Основные характеристики психотерапии.

*Часть I*

**ДИСКУРСИВНО-  
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ,  
КЛИНИКО-  
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ  
И ДИСЦИПЛИНАРНО-  
ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ  
ОСОБЕННОСТИ  
ПСИХОТЕРАПИИ**

Дискурс, который я назвал «психо[терапевт]ическим», в общем-то вполне можно охарактеризовать — с учётом купюры — как «психоический»<sup>12</sup>, так как он, этот дискурс, един для психиатрии, психотерапии и [клинической] психологии, с незначительными вариациями тематики / проблематики, архитектоники и топографии, а также институций-инстанций.

*Психоический дискурс* — это дискурс о проявлениях (функциях и феноменах) и развитии психики, дискурс о *психическом*.

Он действительно представляется состоящим из трёх частей (или, напротив, распадающимся на них) — дискурс о «нормальной психике» (*психо[лог]ический*), дискурс о «патологии психики» и её лечении (*псих[о][иатр]ический*) и дискурс о терапии и коррекции психики «психологическими средствами» (*психо[терапевт]ический*).

В целом этот дискурс вращается вокруг любых социо-психических структур, — а таковы суть все проявления, имеющие отношение к поведению. Порой этот дискурс намеренно или невольно редуцируется до уровня *этологического* — дескрипция, экспертиза и интерпретация, а иногда удаляется в сторону дискурса *философского* — высшего, рафинированного своего воплощения: свободного, ограниченного лишь зыбкой межой формальной логики, размышления о психическом-сущем и психическом-должном.

Возможно, в мой адрес последует упрёк в некоей «психоической экспансии», стремлении объявить все социально-социетальные феномены социо-психическими, применить своеобразный вариант редукционизма — «редукционизм психо[лог]ический», наложить стигму *психологизма* (по аналогии с хорошо известными, «вульгарными» *биологизмом* и *социологизмом*), и тому подобном. Однако мои констатации — *mesquinerie* по сравнению с тем, что психобиографический метод R.J. Möbius'a (1853 — 1907) вызрел, в частности, в идею «психоистории» — некоей *науки об исторической мотивации*<sup>13</sup>. Кроме того, я давно и последовательно выступаю *contra* психологии, а вернее, *психологизма*.

<sup>12</sup> В настоящем случае редуцированное окончание «-ειδης» («-ides») (греческое *εἶδος* — вид, наружность; способ действия; качество) означает принадлежность, отношение к предмету.

<sup>13</sup> (Mause L. de) *Моз Л. де. Психоистория* / Пер. с англ. А. Шкуратова. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. — 512 с.

Сложившийся в период XX века «традиционный» психоический дискурс претерпевает трансформацию — от модерна (в психиатрии ему соответствует номотетический (устанавливающий общие закономерности) подход, в психотерапии — рациональная психотерапия и каузальность психоанализа, в психологии — «профессионализация» (введение множества отраслевых психологий) и внедрение в народное хозяйство, психология труда, прикладной характер психологии в целом etc.) к постмодерну.

Основными чертами «постмодернизации» психоического дискурса являются следующие:

- полифокальность (множественность фокусов — точек, очагов — возникновения);

- мультимодальность (множественность модусов — способов, образов — существования);

- «социализация» не только службы оказания психиатрической помощи, но и воззрений на причины душевных болезней; возвращение в общество (реституция права на достойное существование в социуме), абилитация (социально-статусное восстановление в полноценных правах) пациентов в смысле здравости их речей — «сентенционный эгалитаризм» (равноправие в высказываниях, в сравнении со здоровыми) и «компетиционная абилитация» (восстановление права на компетентные суждения в отношении какого-либо вопроса или предмета, а также некую базовую «состоятельность» способов повседневных социальных действий);

- приближение модуса (способа реализации) психофармакотерапии (лечение с помощью психотропных препаратов) к фармакопсихотерапии (лечение психологическими средствами, психотерапией на фоне применения психотропных средств) и даже фармакосоциотерапии (социально-реабилитационные, «по-новому социализирующие» мероприятия, проводимые на поддерживающей терапии психотропными средствами), к способам и протоколам не только обычных общетерапевтических, но и маркетинговых социально-фармакологических воздействий (с введением в рекламные стратегии референтных групп, которые по своим визуальным характеристикам не отличаются от таковых в иных сферах);

- иные принципы конституирования (утверждения в сферах компетенции и вообще распространения дискурса) нормы и патологии, выведение этих процессов из сферы компетенции медицины в пространство социальной рефлексии (дискурсивного осмысления в категориях социальной реальности и социально-философских парадигм) с приданием права голоса самому адресату психоического дискурса (то есть мнение психически больных если и не является определяющим, то однозначно учитывается при разработке критериев отграничения нормы и патологии, — особенно в том, что касается «инаковости», следования / противопоставления [себя] социо-культуральным нормам);

- изменение инстанций (практической организации психоических видов помощи) и институций (кафедр и факультетов, научно-исследовательских учреждений, министерств и ведомств, и прочего);

- расширение и трансформация тематики (наиболее общих вопросов, являющихся предметом дискурса, его «пластов», страт) и проблематики (того, что «проблематизируется», то есть возводится в ранг предмета исследования и анализа);

- расширение и смена компетиционной принадлежности (выраженное смещение дискурса в психологическую, психоаналитическую, социально-философскую плоскости);

- дискурсивная гетерогенность и дискурсивные диссонансы (и даже разноголосица), возведённые в ранг актуальной стилистики: сциентистски-позитивистские, в духе XIX века, требования объективности сменяются признанием ценности своеобразных культурально-гностических стратегий шизоаналитического (например, социально-философская концепция «шизоанализа») толка;

- возрастание степени конвенциональности диагностики (достигающей в настоящее время уровня «общественного договора») в сочетании с неопозитивистскими требованиями «доказательности» (с выведением аргументаций за рамки собственно психоического дискурса);

- мультипликация вторичных дискурсов психоического и псевдопсихоического толка (спекулятивных дискурсов, источниками которых являются фрагменты первичного психоического дискурса).

Интересный пример являет собой протокольный язык психотерапии — он обнаруживает поразительное смешение дискурсивных стилей из иных областей психоического дискурса (это при том, что протокольный язык психиатрии клинически монотонен, — хотя сегодня и он уже несколько засорён вульгарно-психоаналитическим глоссарием, — да и медико-психологический дискурс, хотя и неоднороден, но черпает всё же больше из различных прикладных психологий — экспериментальной, когнитивной, нейропсихологии и других).

Тесно связаны с предыдущими и проблемы *заимствований психотерапии* — социально-философских, методологических и прочих, равно как и её *концептуального базиса*, — а также её *этно-культуральной дифференциации*.

Кроме того, здесь я привожу и кратко комментирую различные *дисциплинарные вариации психотерапии*, — главным образом те её специфические формы практической (а впрочем, и текстуальной, и теоретической) институционализации, которые на сегодня можно выявить в практике здравоохранения (включая такие её маргинальные области, как спортивная медицина и курортология). К ним примыкает некая *немедицинская психотерапия* — стремящаяся к клинической идентификации психология-психокоррекция, для которой пребенда психотерапии обладает особой социально-экономической привлекательностью. (Денотационные дефекты в последнем случае очевидны — какая бы то ни было *терапия* а priori просто не может не быть медицинской; различные, — жаждущие отправления на клинических контингентах, — психологические *chambres syndicales, trades unions, Gewerkschaften* попросту настойчиво и агрессивно профанируют психотерапевтическую деятельность как таковую; к сожалению, после присвоения психологами прав на психодиагностику это выглядит почти что закономерным.)

Наконец, в силу оформления ряда *дисциплинарно-идентификационных концептов* в новейшей истории психотерапии открывается аутодисциплинарно-идентификационный период; важнейшими из них (разумеется, мы не берём в расчёт *objectum quaestionis* — саму разработку методологии, понятийного поля, правил и алгоритма постановки / формулировки психотерапевтического диагноза) являются, в частности, рассматриваемые в этой части *формирование представлений о собственной клинике психотерапии* как самостоятельной [медико-ориентированной] дисциплины, *декларация мнестологической парадигмы психотерапии* — конгруэнтной имманентной сущности последней и доминантной по отношению к иным её парадигмам, и собственно, разработка *интрадисциплинарной концепции психотерапии* — её первой аутодисциплинарно-идентификационной модели.

## Глава 1

### ДИСКУРСИВНЫЕ И КОНТЕКСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ

Чтобы понять психотерапевтический дискурс, следует подвергнуть его определённому аналитическому членению, — и в этой главе я хотел бы провести такой разбор по отношению к его содержательным сторонам.

#### 1.1. Особенности психо[терапевт]ического дискурса: аргументы и апелляции, тематика и проблематика, нарушения и разрывы

Система *апелляций* и *аргументов* является важнейшим условием появления, существования и нормального отправления любой социетальной практики, и медицина отнюдь не является исключением. Эта система продуцирует ту ауру достоверности / «истинности», которая перерастает в императивность, всеобщую обязательность, и в конечном счёте придаёт поведению индивида стилистику определённого *modus'a vivendi*; она диктует также *тематику* и *проблематику*, которые суть мимолётные, дискретные (хотя и повторяющиеся!) содержания бесконечной истории психоического дискурса, и, кроме того, определяет организационные формы последнего — архитектонику и топологию практик, институции и инстанции, и прочее.

#### *Аргументы и апелляции*

Аргументы и апелляции психотерапевтического дискурса распадаются на несколько взаимоперетекающих слоёв (или уровней, а лучше — стратов), которые, если *attentivement* присмотреться, являются довольно очевидными.



Первый страт — это система *физиологических* аргументов-апелляций, которые ориентированы на патогенетические механизмы возникающих расстройств, хотя об обратных им — и, собственно, составляющих предмет психотерапии — саногенетических воздействиях они говорят как-то очень застенчиво, даже робко.

Второй страт — хотя он весьма нечётко по своей генеалогии и своему ареалу — аргументы и апелляции *бихевиорально-го* плана.

Третий страт — это аргументы и апелляции к неким *психологическим* построениям, причём даже не к экспериментальным, как можно было бы предположить, а, скорее, к умозрительным. Однако если бы вся беда состояла в их интроспективности, «субъективности» представлений, то об этом не стоило бы и говорить (ведь никем ещё не доказано, что интроспективная психология уступает в достоверности экспериментальной — доля допущений и условности в последней столь велика, что нивелирует скромные возможности квантификации). Проблема же состоит в том, что эти аргументы и апелляции обращены к неким прагматическим, позитивистским наборам доказательств-аргументов, чужеродным и неприемлемым для психотерапии.

Четвёртый страт — аргументы и апелляции, лежащие в плоскости *персонологии* — той персонологии, которая на поверку оказывается социальной философией; примером могут служить экзистенциальные тенденции в психотерапии, апеллирующие к популярным персонологическим — инспирированным чисто философски — концепциям.

Несомненно, что в рамках психотерапии адекватными могут быть признаны только тот страт (уровень), та сфера аргументов и апелляций, что являются *клиническими*, — это прежде всего психотерапевтическая феноменология, о которой уже не раз говорилось в этом тексте (мне постоянно хочется называть её — сказывается медицинская привычка — «нормальной» психотерапевтической феноменологией). Затем, это клиническая феноменология психотерапии (а именно — представления о клинических психотерапевтических эффект-синдромах). Представления о «нормальной» и клинической феноменологиях психотерапии подводят нас к идее саногенеза, за которой теснятся все доктрины патогенеза, да и патологии как таковой (а именно к последним обращены обычно клинические апелляции, и из них черпаются клинические же аргументы).

Следует также констатировать, что эти крупные сферы (страты, уровни) аргументов и апелляций обнаруживают более или менее явные признаки сближения с основными психотерапевтическими парадигмами: «физиологическая» тяготеет к нейродинамической; «бихевиоральная» — очевидно к поведенческой; «психологическая», причём в её интроспективной части, — к психодинамической; «персонологическая», с известной долей условности, — к рациональной<sup>14</sup>; наконец, «клиническая» — к мнестологической (но в данном случае эта связь носит преимущественно методологический характер).

\* \* \*

Тематика и проблематика психотерапевтического дискурса очень обширны, разноплановы и подвижны; попробую прибегнуть к простому обозначению дискутируемых тем и проблем, с минимальными комментариями, поскольку большинство из них постоянно обсуждается в тексте настоящей работы (и многие уже были обговорены выше).

Нужно также заметить, что я сохраняю свои прежние позиции в отношении разведения *тематики* и *проблематики*, почитая первую за *совокупность общих тем и рассуждений о предмете*, порой довольно вульгарных, а вторую — за некую относительно *логичную систему, ориентированную, в той или иной степени, на научно-медицинское знание*. Иными словами, я по-прежнему, рассматривая вопросы [возникновения? появления? происхождения?] тематики / проблематики, отождествляю первую, предваряющую, с представлениями о некоей, достаточно древней, *генеалогии*, а вторую, наследующую, — с довольно формализованным понятием *эволюции*.

И ещё один момент: темы, обладающие определённым кросскультурным постоянством и / или временной протяжённостью, впоследствии превращаются — или же вырождаются — в различные типы проблематики, то есть *проблематизация* (причём не только медицинская, но и этическая, юридическая, пенитенциарная) *затрагивает прежде всего темы*.

<sup>14</sup> Та же экзистенциальная психотерапия как вербально-мировоззренческая политика обнаруживает весомый рациональный компонент (скорее, правда, не в информационно-аргументационном, а в смиренческом ракурсе).

**Тематика**

Разумеется, основная тема — она уже представляется просто-таки неизбежной — *что такое психотерапия* (и, надеюсь, мне удалось внести определённую хотя бы на уровне дефиниций).

В основном же тематика психотерапевтического дискурса — это прежде всего тематика *психологического влияния*, которую составляют следующие основные группы: причинность, осуществление (возможности и техники), адресность, протокол, регламент, стилистика поведения и отношений, этичность, последствия.

*Причинность*: зачем нужна (почему назначается) психотерапия?

*Осуществление* (возможности и техники): на что способна психотерапия (или, в ином ракурсе: зачем нужна психотерапия)? не опасна ли психотерапия? какими приёмами пользуются психотерапевты?

*Адресность*: кто подлежит, — точнее, кто нуждается в психотерапии?

*Протокол*: как отправляется психотерапия?

*Регламент*: сколько длится психотерапия (читай: сколько времени она отнимает)? во что она обходится?

*Стилистика поведения и отношений* психотерапевта и пациента: кем является психотерапевт для пациента — исповедником? консультантом? «родителем»? другом?

Тесно связана с предыдущей тема *этичности*: каковы морально-этические нормы поведения психотерапевта? исключены ли профессиональные злоупотребления? если нет, то как избежать последних?

Этичность поведения психотерапевта соприкасается с целым рядом проблем; таковы, например, следующие:

- зависимость пациента от психотерапевта<sup>15</sup>;
- зависимость психотерапевта от пациента;
- телесная (прежде всего сексуальная) неприкосновенность пациента в изменённом состоянии сознания (поскольку различные формы изменения сознания практикуются во многих видах психотерапии);
- особая значимость сохранения врачебной тайны, и даже качественно иная её оценка.

<sup>15</sup> Справедливости ради следует отметить, что отечественная психотерапевтическая традиция всегда отличалась выраженным академизмом и чёткими механизмами профессионального отбора в области психотерапии, в силу чего затруднений с чистотой профессиональных рядов никогда ранее не возникало.

*Последствия*: нельзя ли впоследствии управлять индивидом, подвергавшимся [воздействию] психотерапии?

Есть и иные темы психотерапевтического дискурса.

*Каллиграфия*: как заниматься психотерапией?

*Профессиональный ценз*: кто может заниматься психотерапией?

Сегодня многие — всё с тех же конъюнктурных (властных, управленческих, образовательных и прочих) позиций — возражают против цеховой врачебной принадлежности занимающихся психотерапией; некоторыми международными организациями даже декларируется, что, например, психологи, философы, социологи, да и вообще любые лица, имеющие гуманитарное образование и получившие определённую подготовку по психотерапии, вполне способны вести приём (это подводит нас к теме различных *моделей* психотерапии, о которых уже говорилось выше, и к номинации «немедицинской» психотерапии, о которой будет сказано ниже).

Так, согласно «Декларации по психотерапии» [1], принятой Европейской ассоциацией психотерапии (The European Association for Psychotherapy) 21 октября 1990 года в Страсбурге [1] (заранее приношу извинения за то, что пожертвовал стилистикой перевода в пользу его идентичности):

- психотерапия является независимой научной дисциплиной из области гуманитарных наук, занятие которой представляет собой независимую и свободную профессию;
  - обучение психотерапии требует современного, компетентного и научного уровня;
  - разнообразие психотерапевтических методов является обеспеченным и гарантированным;
  - полное психотерапевтическое обучение включает теорию, личный опыт и практику под супервизией; адекватные знания о разнообразных психотерапевтических процессах являются благоприобретёнными;
  - доступ к образованию возможен через различные предварительные квалификации, в частности гуманитарные и общественные науки.
- И, — quod erat demonstrandum, — ни слова о клинике.

Образуется своеобразный *circulus vitiosus*: шаткость дисциплинарного положения и некоторая аморфность психотерапии — естественные следствия её привлекательности в области конъюнктурного, особенно не-клинического, применения психотехник — являются, в определённой мере, фактором, облегчающим и даже потенцирующим мультипликацию этих не-клинических [психотехнических] практик, которые

отстаивают свои права на существование, размывая само понятие психотерапии.

*Социетальные аналоги:* не родственна ли психотерапия религии? не подменяет ли она её? не стремится ли она попросту заполнять некий «духовный» вакуум, образующийся в результате секуляризационных процессов?

Наконец, важное значение имеет тематика *тайного знания*: не является ли психотерапия особым умением, связанным с эзотерическим знанием, а также с личностью психотерапевта?

### **Проблематика**

Основная проблематика психотерапии — *это пути и возможности психологических влияний* (с терапевтической и коррекционно-дидактической целями), иными словами — это проблема *психотехник*<sup>16</sup>, которые допускают комбинирование в организованные системы *социальных технологий* (исходя из их сути, они также могут быть названы *психотехнологиями*; эта номинация имела бы дополнительное значение разграничения, поскольку в клинической сфере именно подобные конгломераты именуется методиками / методами).

А какие, действительно, существуют психотехники?

— Они составляют по крайней мере несколько классов.

*Клинические:* диагностические, интрузивные, коррективные, альтернирующие, викарные, реституционные и многие другие,— вполне понятные на первый взгляд (хотя эти вопросы вплоть до последнего времени почему-то затронуты не были). Очевидно, что все эти психотехники: техники гипнотические, суггестивные, конвинктивные и прочие — призваны обеспечить достижение различных психотерапевтических феноменов, а вслед затем и клинических эффект-синдромов (заметно, что они даже поименованы аналогично соответствующим феноменам).

*Социализационные,* — то есть призванные упорядочить поведение, выработать его приемлемую стилистику и тому по-

<sup>16</sup> В этом обнаруживается характерное свойство психотерапевтического дискурса: проблематика и тематика неразрывно связаны, и часто проблематизация настолько поверхностна, что несколько не мешает (отсутствуют даже терминологические препоны!) свободной циркуляции дискурсивных потоков в сферах бытования различных практик, равно как между различными институтами и инстанциями.

добное: дидактические, регламентирующие, организационные, конфликт-технологии, реабилитационно-реадаптационные, статусно-ролевые и другие.

*Политические* — определяющие перераспределение властных полномочий и процессов.

Иная проблема, вновь-таки имеющая свой тематический аналог, — *сферы компетенции психотерапии*, прежде всего клинические ареалы. Она вплотную касается проблем отношений психотерапии с психиатрией, [медицинской] психологией (и, в более широком ключе, с психологическим консультированием), общесоматической медициной и некоторыми другими отраслями знаний.

Ещё одна, постоянно дискутируемая, даже несколько искусственно, проблема — *директивность / недирективность* [стилистики] поведения психотерапевта, — фрагмент более общей темы.

Наконец, проблема *нативности / травматичности действия психотехник* почему-то поднимается редко, хотя механизмы психологической защиты — тоже психотехники, только аутопсихотехники, и очень часто их действие является повреждающим.

### **Нарушения и разрывы**

В психоическом дискурсе нередко случаются структурные *нарушения* и динамические *разрывы*.

Те, что касаются предисциплинарной истории [психотерапии], не столь опасны: здесь вполне допустимо использование неких традиционалистских моментов; возможно и применение приёмов условности, приближения, огрубления, поскольку то прошлое отстоит столь далеко, что уже не может служить источником возмущающих влияний.

Так, утверждение F.G. Alexander'a и Sh.Th. Selesnick'a: «Святой Августин ... был провозвестником не только феноменологии Гуссерля и экзистенциализма, но также и предшественником психоанализа» [1, с. 85]\*, при всей его фривольности и ошибочности, не влечёт за собой транслитерации картины современного психоического мира, переложения его принятой истории. Как ни парадоксально, но современная «экзистенциальная» психотерапия — будь то «логотерапия» V.E. Frankl'a, «Daseinanalyse» L. Binswanger'a или другие, более юные — кажется, не знает S. Kierkegaard'a и M. Heidegger'a, тем более безразличен ей гиппонский епископ.

Или возьмём средневековые духовные практики [пастырства] — прототипы психоанализа-психотерапии, как думает, например, M. Foucault (1926 — 1984) [2]\*. Одно ли стремление к тотальной осведомлённости в поступках, мыслях, оттенках побуждений (невзирая на то, на какую сетку координат — религиозную ли, физикальную ли, властную ли — они будут нанесены) позволяет опознать в психоанализе те самые, средневековые, способы контроля? Да и это ли главное? Разумеется, нет — средневековые насквозь экзегетично, интерпретативно, оно также пронизано символикой — и какой символикой! Или это — не черты психоанализа? (Ютика вообще весьма психологична, даже в современном понимании, если угодно — психо-аналитична.)

А как быть с аттической трагедией? Ведь ψύχω-анализ и аналитическая δράσις обнаруживают — как, надеюсь, мне удалось показать в небольшом культурологическом тексте<sup>17</sup> (фрагмент я привожу в подглаве «Этно-культуральная дифференциация психотерапии»), — ярко выраженные отношения наследования.

Так важно ли — для современной, напомним, клинической практики, чьё мнение будет принято за истину — мэтра Foucault или моё? Нет, конечно, важно иное, а именно констатация того факта, что практика психоанализа — отнюдь не откровение; выстроенный скорее по архаичным социетальным (даже не касаясь личностно-психологическим), нежели клинко-психопатологическим, ориентирам, он не может быть развёрнут — в качестве полноценной теории — в пространстве психотерапевтической клиники.

Остановимся на этом, поскольку можно найти бесконечное множество подобных — или даже более наглядных — иллюстраций.

По-иному обстоят дела с дисциплинарной историей [психотерапии]: она требует точности, единой системы координат и оценок; она реконструируется путём разнокалиберной ретроспекции, [исходя] из реалий сегодняшней клиники, причём далеко не одних только организационных форм, — но и клинической феноменологии, свежих следов патоморфоза, недавней классики нозографии, саногенных эффектов и прочего.

Например, отрицающее суждение «магнетизация не есть ранняя форма гипнозизации»<sup>18</sup> и суждение утвердительное «гипнотизм был открыт Braid'ом» делают непонятным происхождение того же психоанализа, поскольку отказ Freud'a от гипнотической техники во многом был обусловлен негативным отношением к этой считавшейся шарлатанской (и набившей [ему] оскомину) практике.

<sup>17</sup> Я назвал его «*Странник Эдип: Драматургия Инцеста*»; опубликован он под популистским названием «*Царь Эдип: Прошлое Одной Иллюзии*» [2] (и, кстати, под псевдонимом Erich Weber).

<sup>18</sup> Я привожу как книжные примеры — и при этом обязательно ссылаюсь на источник, — так и казусы, известные мне из повседневной психотерапевтической практики; гипотетических же ситуаций я пытался, по возможности, избежать (хотя начинаю, кстати, именно с такой).

Собственно же гипнотерапия таким образом утрачивает своё эпатазирующее прошлое, она становится выдающимся научным открытием, и история её клинической институционализации выглядит совсем по-другому. Очевидно, и групповая психотерапия должна будет выводиться не из новаций Mesmer'a — я имею в виду групповые сеансы, посредством «магнетического бака (чана)».

Или вот такая сентенция: «психиатрия в последние несколько столетий не являлась изоляционистской практикой», — сентенция, которая делает необъяснимым появление многообразных модификаций поведенческой, а затем и когнитивно-поведенческой терапии, которые развились прежде всего из процветавших в стенах психиатрических заведений, «госпитальных» дисциплинарно-дидактической психотерапии и [механо]психотерапии. Акцент смещается на вторую, новейшую составляющую, а именно *условно-рефлекторную теорию*, и павловский эксперимент вкупе с бехтеревскими опытами вроде бы органично ложатся в основу всех тренингов поведения — так сегодня и пишут [3, с. 113]\*. Пусть J. Wolpe и является эпигоном И.П. Павлова, но как быть с «ré éducation intensive» Cl. Vincent'a, «Übergrümpelungsmethode» F. Kaufmann'a, «Gewalt- oder Zwangsexerzieren» F. Kehler'a и другими (современными, кстати, «сочетательно-рефлекторной терапии» В.М. Бехтерева и весьма близкими ей по духу)? Таким путём, видимо, поведенческие методы и были выведены за пределы психиатрической клиники.

Если постулируется, что рациональная психотерапия по P.-Ch. Dubois возникла «как альтернатива терапии внушением» [4, с. 769]\*, то это имеет по меньшей мере одно негативное последствие: она предстаёт как новейший метод, разработанный якобы специально для лечения психоневрозов — что, разумеется, не так, ведь это всего лишь один из десятков приёмов госпитального психического лечения, и линия её развития, с момента пересечения рубежей дисциплинарной истории [психотерапии], прочно увязана по крайней мере с «моральной терапией» Ph. Pinel'я (1745 — 1826).

Невинное на первый взгляд высказывание: «Аутогенная тренировка по J.H. Schultz'у представляет собой упражнения по системе йоги» — вместо указания на то, что это всего лишь уподобленная [йоге] психофизиологическая компонента, — ведёт к появлению парадоксальных формулировок типа «йоговская аутогенная тренировка»<sup>19</sup>.

То же касается иного культурального заимствования, где проводятся аналогии с конкурирующей — но уж никак не альтернативной и тем более не синтонной — душепопечительной практикой: в основе некоей *православной психотерапии* — а именно о ней идёт речь — «лежат опытно-теоретические знания православной антропологии, гомилетики, аскетического и святоотеческого учение о духовной жизни, о страстях как источнике болезни, о подвижничестве как духовной брани, а также многовековой положительный опыт Церкви в деле душепопечения и понимание нравственного христианского долга в духе Святого Евангелия» [4, с. 518]\*. Epistolae obscurorum virorum — иные комментарии, думается, излишни.

<sup>19</sup> Мне приходилось видеть подобное — прописанное, к тому же, в качестве *функциональных обязанностей* профессионального психотерапевта!

Хотя два последних примера касаются скорее дискурсивных нарушений, но и они напрямую связаны с ленью, а может быть, и нежеланием обратиться к [дисциплинарной] истории психотерапии — то есть провести ретроспективную реконструкцию, исходя из реалий клиники.

В целом, в дисциплинарной истории значительно больше истинного (но не истинных суждений!) — истинного с позиций адаптивного, закрепившегося, живого, что позволяет не отказывать ей в достоверности и, главное, клинической весомости.

\* \* \*

Итак, обращение к аргументам и апелляциям, тематике и проблематике психо[терапевт]ического дискурса позволило провести его предварительную — дискурсивную же — структурализацию.

## 1.2. Протокольный язык психотерапии

Протокольный язык психотерапии, — или же термины, зачастую эпонимические, и понятия, которые составляют её понятийно-терминологическую платформу, используются для диагностики, конвенциональной коммуникации и клинических записей, — не может считаться устоявшимся.

Причины существования этой проблемы очевидны — каждый из сотен психотерапевтических методов и методик, учений и доктрин, концепций и подходов изобретает собственные, подчас лишённые реального наполнения и обоснования, обозначения, с нарушением денотационной и предикативной функций.

Особенностью психотерапии является, как уже отмечалось выше, *эпонимичность*: большинство психотерапевтических формул и приёмов, понятий и терминов идентифицировано с конкретными именами.

Расширение культурно-медицинского пространства, отсутствие разумной профессиональной цензуры и упрощение доступа к полиграфическим технологиям привели к имплантации, насаждению в отечественное психотерапевтическое, психотехническое и психологическое пространство тысяч терминологически неопределённых и этимологически неясных понятий и концептов, Bastard'ов психоической практики, устремлённой к пациенту.

Неконтролируемое расширение этого уродливого глоссария настоятельно диктует необходимость его систематизированного изложения (*на каком же всё-таки языке говорят в психотерапии?*) и, одновременно, делает стройное изложение затруднённым и даже почти невозможным (упорядочению и сведению к единому знаменателю не поддаются даже названия методов, методик и психотехник).

Классические методы психотерапии — суггестивные, рациональные, поведенческие — в этом неповинны; в рамках же психоанализа S. Freud'a каждый [предложенный им] термин был наделён строгим указанием на этимологию, тщательно денотирован и выписан в мельчайших деталях; с теми же, что вызывали возражения, примирило время.

Таким образом, большинство понятийно-терминологических проблем привнесено психотерапией «new wave», а может быть, самой практикой психологического консультирования, в виде которого более чем часто отправляется последняя.

\* \* \*

Причины основного понятийно-терминологического конфликта между медицинской и психологической моделями психотерапии состоят в том, что психология не знает дилеммы «ваго- / симпатикотонии» — стержня психосоматической медицины, ленной вотчины психотерапии.

В свою очередь, клинической психотерапии, особенно отечественной, имеющей за плечами почти вековой опыт культивации физиологически-ориентированной психотерапии-гипнологии, достаточно сложно в одночасье перейти к категориальному аппарату нейролингвистики, тем более идентифицировать выдержанные в академических традициях понятия и термины условно-рефлекторной теории и, например, денотаты структур «внутренней» речи.

Поэтому становится вполне очевидно, что содержательно-смысловое наполнение терминов и понятий в рамках названных моделей психотерапии апеллирует к совершенно различным дискурсивным стилям, что влечёт за собой, помимо лингвистических, массу теоретико-методологических, клинко-практических, научно-исследовательских и прочих проблем.

Итак, между традиционной, близкой к классической, академической отечественной психотерапией и привнесённой

психотерапией «новой волны» обнаруживаются большие различия — даже не принимая в расчёт философско-методологические и этнокультурные влияния<sup>20</sup>, что и обусловило формирование в последние десятилетия «диссолютивных» тенденций в психотерапии.

\* \* \*

Ряд понятий, терминов, концептов формирующегося протокольного языка психотерапии был денотирован в процессе предшествующего изложения — от дефиниции [предмета] психотерапии до определения (косвенно) психотерапевтической клиники, и будет объяснён далее — как, например, *психотерапевтический феномен* и *клинический эффект-синдром*, о которых уже говорилось выше; здесь предстоит дать определение ещё одному, иерархически организованному, классу важнейших понятий теории и практики психотерапии: это граф «метод — методика — [психо]техника — приём — формула».

Так, психотерапевтический **метод** представляет собой относительно стабильную совокупность [методологических] постулатов, феноменологии и / или понятий и концептов, представлений о структуре личности, физиолого-теоретических обоснований механизмов пато(сано)генеза, диагностических приёмов, равно как и разработанных процедур и техник, сопряжённых с определёнными формами проведения психотерапии, — направленную на достижение прогнозируемого результата; метод должен характеризоваться также наработанными представлениями о профессиональной подготовке (включая стилистику поведения) специалиста-психотерапевта и чётким определением сферы [клинического] применения (компетенции).

Для характеристики психотерапевтического метода важным, хотя и факультативным, условием является наличие историко-персонологических данных.

**Методика** — образование более низкого уровня, включающее разработанное в рамках метода целесообразное сочетание составляющих психотехнику приёмов и / или формул, организованное применение которых с высокой вероятностью ведёт к достижению искомого [коррекционно-терапевтического] результата.

<sup>20</sup> О них говорится соответственно в подглавах «Социально-философские, методологические и иные заимствования психотерапии» и «Этно-культуральная дифференциация психотерапии».

Психотерапевтическая **техника** (психотехника) — это хронологически и технологически организованная последовательность использования психотерапевтических приёмов и формул, направленных на дифференцированную эксплуатацию различных психотерапевтических феноменов.

Психотерапевтический **приём** составляет эмпирически подтверждённая совокупность психотехнически детерминированных невербальных или сочетающихся с формулами намеренных влияний.

Психотерапевтическая **формула** — это эффективная совокупность вербальных конструкций, оказывающих предопределённые суггестивное и / или трансовое, а также, возможно, последующее саногенное, воздействия.

\* \* \*

Задачи преодоления понятийно-терминологических проблем психотерапии и формирования универсального протокольного языка, обладающего дискурсивно-стилистическим единством, находятся в неразрывной связи с методологическими, обще-методическими, психотехническими, клиническими, систематизационно-классификационными, организационными, дисциплинарно-идентификационными и прочими проблемами психотерапии.

В «*Клинике психотерапии*» [3] я в значительной степени упорядочил, структурировал (а во многом — и сформировал) понятийно-терминологическую платформу, тезаурус психотерапии, и дал первый вариант её универсального протокольного языка (фактически его сводом явился размещённый в этой монографии «Предметно-эпонимический указатель»).

### 1.3. Социально-философские, методологические и иные заимствования психотерапии

Современная психотерапия не имеет сколь-нибудь очерченных социально-философской и методологической баз (разумеется, извечная дилемма «идеализм — материализм» не может всерьёз приниматься как таковая); те же частные методики, которые базируются непосредственно на социально- или культурфилософских доктринах, или же методологических концептах, являются банальными дериватами этих доктрин — и в их поле деятельности они чаще всего и остаются, охватывая незначительный круг [подлежащих лечению / коррекции]

нарушений и практически не интегрируясь с иными методами и методиками психотерапии.

Однако определённые влияния всё же прослеживаются, — речь, разумеется, идёт только о тех из них, которые либо были продекларированы, либо могут быть обнаружены без особых натяжек и допущений (потому что иначе в долгой и постоянно повторяющейся истории идей можно отыскать любые аналогии и примеры, особенно при грубых и поверхностных обобщениях). С другой стороны, выявление неких конгениальных черт приближает к решению весьма актуальных для психотерапии вопросов систематики, основанной на генуинном родстве, а не на психотехнической близости или организационно-декоративном сходстве.

Характерной — по отношению к психотерапии — чертой как социально-философских, так и общеметодологических влияний является опосредование через психологию; согласно этой распространённой, но ранее нигде не вербализованной схеме, заимствование проходит по следующему пути:

**социально-философская доктрина (учение) или методологическая система (концепция) → психологические теории и концепции [личности] → психотерапевтически-психологическая вариация.**

Основные — классические — методы психотерапии — такие, как суггестия в её разновидностях, рациональная и поведенческая психотерапии, да и, на первых порах, психоанализ, — не имеют выраженных черт методологической зависимости, социально- или этико-философской доктринальности, — хотя, конечно же, некоторые средовые заимствования, точнее общий их план, вполне очевидны. (В этом смысле классика психотерапии расположена — и довольно гармонично — между иногда встречающимися методологически стерильными психотехниками и прямыми дериватами каких-либо [этико-]философских доктрин.)

Итак, общий абрис этих влияний вполне уловим:

- отечественная «физиологическая» психотерапия, как наследница гипнологии и суггестологии, — картезианство;
- психоанализ — философия А. Schopenhauer'a (1788 — 1860), G.Th. Fechner'a (1801 — 1887) и F.W. Nietzsche (1844 — 1900) (так называемая «философия волюнтаризма»);
- поведенческая психотерапия — прагматизм, инкрустированный позитивизмом.

Выраженные же философские и методологические влияния испытали (а точнее, ими они и были инспирированы) в основном «синтетические» методы — психотерапия «новой волны» — а также методы неоклассические (правда, в последнем случае речь идёт лишь о методологическом патронате при наличии реальной клинико-психофеноменологической базы, да и вообще сохранении всех академических традиций).

Итак, основные генеалогические позиции-отношения, имеющие вполне определённое значение для понимания современной ситуации в [клинической] психотерапии, предстают в следующем виде:

- различные вариации экзистенциальной («гуманистической») психотерапии — экзистенциализм, апплицированный феноменологией; так, даэин-анализ (L. Binswanger, M. Boss (1903(4) — 1990), R. May, R. Kuhn (1912 — 2005) и другие) и логотерапия (V.E. Frankl) — философия М. Heidegger'a и E. Husserl'я (1859 — 1938);
- гештальт-терапия — феноменология;
- поздние не-фрейдистские модификации психоанализа (J.-M.-É. Lacan (1901 — 1981)) — структурализм;
- нейро-лингвистическое программирование — [нео]позитивизм В.А.В. Russell'a (1872 — 1970) («логический анализ»);
- психоаналитически-ориентированная психотерапия — глубинная психология — «понимающая» психология, «философия жизни» W. Dilthey'я (1833 — 1911);
- психобиологическая терапия А. Meyer'a — философия прагматизма (Ch.S. Peirce (1839 — 1914), W. James (1842 — 1910), J. Dewey (1859 — 1952), G.St. Hall (1844 — 1924));
- этнотерапия (М. Hausner, Z. Kočová) — этнология<sup>21</sup>;
- симультанно-мнестическая психотерапия — клинико-дисциплинарно-эволюционный анализ — компетенционно-сентенционный архив-анализ практик.

Следует отметить, что тенденции экстенсивного развития психотерапии всегда обнаруживают обратные корреляции с тенденцией возрастания степени её методологической и социально-философской детерминации.

<sup>21</sup> Подразумевается совокупность — весьма разнородная — этнологических концепций и идей.

#### 1.4. Этно-культуральная дифференциация психотерапии<sup>22</sup>

Зависимость психотерапии от этно-культуральных факторов наглядно иллюстрируется тем фактом, что существуют этно-культурные среды, где психотерапия как таковая отсутствует, — при том, что различного рода психотехники — инициальные, коррекционно-поведенческие, психологические, сакральные и многие другие — встроены в отправления разнообразных социетальных практик.

Так, в обществах с выраженной религиозной рефлексией, плотным обрядовым насыщением, монотонным этническим [само]сознанием, повседневным социетальным патронажем само появление психотерапии как таковой серьёзно запаздывает.

Чем плотнее каждый из индивидов какой-либо социо-культуральной общности встроены в систему отправления социетальных практик (конфессиональных, половозрастных, образовательных, властных и прочих), чем жёстче фиксировано его место (границы его статусно-ролевой мобильности) в пространстве реальных и дискурсивных (как повседневных, так и интерпретирующих) практик, — тем меньше шансов на возникновение полноценной, развитой, отграниченной дисциплины-психотерапии — и, следовательно, сети оказания профильной помощи.

Напротив, чем выраженнее процессы и явления «отчуждения», чем большая степень индивидуальной свободы предоставляется человеку, тем ближе само появление психотерапии — и тем тотальнее характер и формы её распространения.

На появление / отсутствие психотерапии заметно влияет и урбанизация: психотерапия — практика преимущественно городской медицины.

Психотерапия, как мы её знаем, — в общем и целом — европейское изобретение.

Иллюстрацией сказанного выше служит появление таких психотерапевтических вариаций, как даэрин-анализ, — и других видов «гуманистической», экзистенциальной психотерапии, имеющих, по существу, локальный, евроцентристский, урбанистский характер.

<sup>22</sup> Вопросы дискурсивного ряда «психотерапия — вероисповедание» не обсуждаются ввиду их очевидного спекулятивно-конъюнктурного характера, так как психотерапевтические и религиозные практики несомненно относятся к совершенно разным [социетальным] типам, при действительном сходстве используемых психотехник. Внеконфессиональность психотерапии была продекларирована выше (см. «Что такое психотерапия?»).

И ещё один пример: там, где повседневная возможность (ожидание) внезапной [вынужденной] смерти входит в интеллектуально-поведенческие матрицы и / или конституировано аксиологически, где допускается вероятность существования жизни после смерти, — вряд ли может появиться терминальная психотерапия.

Особое значение учёт этно-культуральных влияний приобретает при использовании психотерапии в общей системе [психического] лечения этнопсихопатологических синдромов.

\* \* \*

Психотерапия же как таковая в узком смысле — то есть как медико-ориентированная практика, сводящаяся к направленным, выдержанным в рамках официально-медицинских воззрений, научно-детерминированным и облачённым в приемлемые социальные реквизиты и легитимные организационные формы психотехническим воздействиям, — появляется благодаря ослаблению этнокультурных традиций и активизации секуляризационных процессов.

Ещё одно условие её возникновения — понимание психотерапии прежде всего как совокупности методов (или даже методик и психотехник), — неких рафинированных психологических воздействий, опирающихся прежде всего на эксплуатацию универсальных механизмов психической деятельности, — причём не суть важно, каких именно: интрапсихических (например, классический психоанализ), индивидуально-коллективных (подобных патогенетической психотерапии В.Н. Мясищева), аксиологически-общечеловеческих (вроде клиент-центрированной психотерапии С.Р. Rogers'a) — и так далее.

\* \* \*

Ещё одна характерная этно-культуральная тенденция в психотерапии — хотя это скорее тенденция с приставкой «анти» — быстрая очистка психотехник от [этно-]культуральных элементов, что связано с идиосинкразией (хотя и сопряжённой с немалым интересом) европейской культуры XIX — XX веков ко всему не-европейскому.

С возрастанием выраженности универсализации культуры, потерей этно-культуральной специфичности, проникновением «массовой» культуры во все регионы и этнические общности, монотонности повседневной культурной жизни, — а также в силу сложившихся традиций международного общения



и сотрудничества лиц, практикующих психологию-психотерапию, — последняя утрачивает даже те немногие черты этно-культуральной специфичности, которые ещё сохранялись.

\* \* \*

Одновременно наблюдается и противоположный — на первый взгляд несколько парадоксальный — процесс.

Известно, что в определённых ситуациях — как это имело место, например, в случае с такой даже, казалось бы, методологически интактной и довольно-таки быстро онаученной техникой, как гипнотизация, — этнокультуральные факторы в какой-то отдельный промежуток времени могут способствовать возбуждению и поддержанию интереса к психотерапии, — по крайней мере с её психотехнической стороны.

Сегодня привлечение в психотерапию этнокультуральных и этноконфессиональных элементов — простой и весьма заманчивый процесс, обладающий привлекательностью в силу своей очевидности, — поскольку указания на необходимость учёта культуральных социо-средовых особенностей не должны будто бы вызывать возражений.

Как отмечают Б.Д. Карвасарский и соавторы (2000) [4], в 90-х годах XX века в США получает распространение взгляд, согласно которому помимо трёх основных направлений — психоанализа, бихевиоризма и «гуманистической» психологии — как «четвёртая сила» в психологии[психотерапии] должно рассматриваться *мультикультурное консультирование* («multicultural counseling») (P.V. Pedersen (род. в 1936) [5 — 9]\*). За последние десятилетия учебные планы университетов США претерпели определённые изменения в связи с принятием *мультикультурного тренинга* как отдельной дисциплины; довольно объёмна и литература тематики «культура и терапия».

Говорится об оформлении отдельного направления в психотерапии — *транскультурной психотерапии*. Подчёркивается, что транскультурная психотерапия охватывает следующие вопросы:

- лечение пациента — представителя другой культуры (здесь довольно большое значение имеет проблематика миграции и эмиграции);
- лечение пациента, чьё страдание имеет «культуральные» причины (интернациональные браки и семьи, проблемы адаптации после эмиграции, общение с ближними — представителями другой культуры, транскультурное непонимание);
- особенности психотерапевтических отношений и самого процесса лечения, если пациент и психотерапевт относятся к разным культурам;

- принятие психотерапевтических приёмов и методик [из] других культур, — а также трудности, связанные с их применением (если не проведена культуральная модификация);
- транскультурные аспекты заболеваний (и относительность понятий, служащих для обозначения болезней);
- ответственность психотерапевта в растущем мультикультурном обществе (культуральные вопросы [само]идентификации отдельных людей, последствия миграции);
- развитие методик и подходов, эффективных в транскультурном обществе.

Однако если лёгкую этнокультурную аранжировку можно признать допустимой — хотя это, конечно же, целиком и полностью конъюнктурная, даже в плане научно-исследовательской программы, а также выгодная идеологически практика, — то введение вероисповедных, равно как и мистико-эзотерических, элементов в психотерапию должно быть, как указывалось выше, категорически пресечено.

Тем не менее, несмотря на сегодняшнюю атмосферу тотального и почти обязательного декларирования приверженности к транскультурности, следует констатировать, что почти каждая такая «транскультурная психотерапия» является на самом деле этнически коннотированной — это касается и дискутируемой в последние годы в качестве «базовой транскультуральной модели» психотерапии так называемой «позитивной» психотерапии N. и H. Peseschkian'ов [10 — 12]\*, сформированной на эксплуатации специфических этно-культуральных, даже этно-национальных, элементов.

\* \* \*

Отмеченное выше относится и к такому, казалось бы, универсальному, культурально-интактному методу психотерапии, как психоанализ, — а о «транскультурном психоанализе», кстати, говорится уже довольно долгое время (в частности — G. Devereux [13]\*).

Проведённые мной исследования — я имею в виду уже упоминавшуюся *«Драматургию инцеста»* [2] — показали жёсткую евро-культуральную детерминированность психоанализа, в частности — влияние античной классики.

Обнаружилось, что между психоанализом и так называемой «аналитической» драмой [Σοφοκλῆς'a] существуют выраженные отношения наследования. При сравнении общего контекста последней и представлений психоанализа, его психотехнической манеры и повседневного воплощения улавливается их несомненная близость, чтобы не сказать — содержательная, техническая и антуражная идентичность.

Об истоках психоанализа — преимущественно его философских и психологических заимствованиях — написано немало; генеалогически-этимологическому анализу подвергнут практически каждый его постулат, концепт и даже психотехнический приём: *бессознательное* и *сознание*, *подавление* и *вытеснение*, *сопротивление* и *перенос*, «*психическая энергия*» и *либидо*, *сексуальность* и *цензура*, *толкование сновидений* и *свободные ассоциации*, а также многие другие (даже сам термин «психоанализ», как полагают, не принадлежит Freud'у).

Очевидно, что психоанализ ориентирован на *катарсис*; это *катартический метод*. Уже одно это сближает психоанализ и древнегреческое драматическое искусство.

По сути, он вырос, по утверждению самого Freud'a, из психокатартического метода J. Breuer'a.

Breuer использовал гипноз для лечения моносимптомов при истерии — расстройств движения, речи, зрения, памяти и прочих. Находящемуся в состоянии гипнотического сна пациенту предлагалось вспомнить о событиях, которые предположительно вызвали тот или иной симптом. Breuer исходил из того, что аффективно окрашенные впечатления, в силу каких-либо причин вытесненные из сознания, продолжают оказывать влияние на человека и могут патологически изменять его поведение. Какие-то мысли или импульсы оказываются неприемлемыми для индивида, и их «заместителями» становятся симптомы истерии.

Полагалось: чтобы добиться лечебного эффекта, требуется состояние гипнотического сна, в котором возможно освобождение от травмирующих эмоций путём «катарсиса», — если неприемлемым мыслям (либо импульсам) предоставляется возможность вновь проявиться в сознании, наступает облегчение и «заменившие» их симптомы либо исчезают, либо становятся менее выраженными.

Этот феномен избавления от симптома при воспоминаниях о психотравмирующей ситуации в состоянии гипнотического сна Breuer и назвал древнегреческим словом-термином «*κάταρσις*».

Понятие «*κάταρσις*» означает «очищение» (от преступления или греха). Теория катарсиса введена Аристотелем Стагиритом в «*Поэтику*» [14]\* (подобно большей части систематических трактатов 'Αριστοτέλης'a дошедшей в конспективной форме, не предназначенной для публикации); толкование некоторых мест этого трактата затруднено — это относится и к учению о «катарсисе», «очищении». (Кстати, всевозможные практики «очищения» широко практиковались в греческой религиозной обрядности; хорошо знакомое грекам представление о «катарсисе» было перенесено из религиозно-медицинской сферы в эстетическую.)

В 6-й главе «*Поэтики*» 'Αριστοτέλης даёт определение трагедии — и, наряду с прочими её признаками, указывает на катарсис: «Трагедия есть воспроизведение действия серьёзного и законченного, имеющего определённую величину, [воспроизведение] услаждающей речью, различными её видами отдельно в различных частях, — воспроизведение действием, а не рассказом, производящее посредством сострадания и страха катарсис подобных аффектов». (О катарси-

се в применении к воздействию музыки говорится и в трактате «*Политика*» [15]\*, но там 'Αριστοτέλης отсылает к «*Поэтике*», в которой обещает дать подробное разъяснение понятия. Однако этого разъяснения в «*Поэтике*», — по крайней мере в сохранившейся первой книге, — найти не удалось.)

Учение о катарсисе вызвало множество толкований, которые сводятся к двум основным планам: *нравственному* и *терапевтическому*.

Первое истолковывает понятие «катарсис» в нравственном смысле. Трагедия «очищает», то есть облагораживает, чувства. Так понимали 'Αριστοτέλης'a теоретики классицизма XVII — XVIII веков, а затем G.E. Lessing (1729 — 1781), G.W.F. Hegel (1770 — 1831) и другие. Спор между ними шёл лишь о том, в чём именно 'Αριστοτέλης должен был усматривать благотворное нравственное влияние страха и сострадания, вызываемых трагедией, — в чувстве ли примирения с судьбой, в создании ли должного равновесия между эгоистическим чувством страха и альтруистическим чувством сострадания или, быть может, в чём-нибудь ином. Комментаторы исходили при этом из собственных представлений об общем характере нравственного учения 'Αριστοτέλης'a: опоры для истолкования моральной функции катарсиса в том или ином смысле авторский текст не даёт. В «*Поэтике*» неоднократно говорится об удовольствии, которое создаётся благодаря возбуждению чувства страха и сострадания, — но нигде речь не идёт об их непосредственном нравственном влиянии.

Другое толкование, намеченное ещё в XVI веке и подробно развитое к 1857 году Яковом Бернайсом (Jacob Bernays) (1824 — 1881) в труде «*Grundzüge der verlorenen Abhandlung des Aristoteles über Wirkung der Tragödie*» [16]\*, ищет происхождение учения о катарсисе в медико-терапевтической сфере, — в частности в области религиозного врачевания. На эту мысль наталкивают рассуждения самого 'Αριστοτέλης'a в «*Политике*» — о катартическом значении музыки. Он указывает на приёмы, применявшиеся при лечении «энтузиастических» (кликушеских) состояний. Таких больных лечили и «очищали», исполняя перед ними «энтузиастические» мелодии, — которые вызывали повышение аффекта и последующее его «разрешение». «То же самое, — говорит 'Αριστοτέλης, — испытывают, конечно, люди жалостливые, боязливые и вообще подверженные аффектам, а также и все прочие, в той мере, в какой каждому эти аффекты свойственны». И следующее: «Аффекты, сильно проявляющиеся в психике некоторых лиц, свойственны всем людям, и разница только в степени интенсивности». К числу этих аффектов 'Αριστοτέλης относит сострадание и страх. Всем поэтому доступны «своего рода катарсис и облегчение, связанное с наслаждением»; кроме того, — «катартические мелодии доставляют людям безвредную радость».

С точки зрения медико-терапевтического толкования сущность катарсиса состоит в возбуждении аффектов с целью их разрядки. Облегчение, которое зритель при этом испытывает, вызывает чувство удовольствия, — и в этом специфика наслаждения, доставляемого трагедией (исследование применения термина «катарсис» у 'Αριστοτέλης'a и других античных теоретиков подтверждает правильность именно терапевтического истолкования).

Однако при всех толкованиях катарсиса несомненным остаётся одно: Ἀριστοτέλης считает действие трагедии на психику благотворным, и теория катарсиса является попыткой объяснить, в чём эта полезность состоит, — равно как в чём состоит сущность удовольствия, которое зритель испытывает от пьесы, возбуждающей в нём чувства сострадания и страха.

(Непосредственно на феномен катарсиса ориентирована также психодрама, предложенная J.L. Moreno [17]\*. Последняя ещё больше, нежели психоанализ, фиксирована на достижении катартического эффекта. Наиболее же интересным является то, что в психодраме полной мерой разворачивается натуральное драматическое действо; здесь пациент даже носит имя *протагониста*.)

Обратимся теперь к отличительным драматургическим особенностям и нововведениям Σοφοκλῆς'а, которые позволяют говорить о существовании отношений родства между психоанализом и аналитической драмой: с известным огрублением все они могут быть приложены к психоаналитическому методу Freud'а.

Σοφοκλῆς представил «трагический анализ» как особую драматургическую технику.

Также и психоаналитическая техника была относительно новой по отношению к повседневным психотерапевтическим практикам.

*Ретроспективное [по]знание в драматургии Σοφοκλῆς'а помещено в центр сюжета — по крайней мере, в «Царе Эдипе» [18]\*.*

Подобно этому, лечебный метод психоанализа состоит во всё более углубляющемся в прошлое дознании; выявление-осознание же трагически-инцестуозной сексуальной подоплёки [невроза] является основным терапевтическим фактором (катарсис, или отреагирование, абреакция).

*Специфическая аранжировка этого процесса познания-осознания у Σοφοκλῆς'а характерна и для психоанализа; она воплощена в его логике и феноменологии: необыкновенно ярко выражены как символизм, так и спротивление открывающимся фактам.*

Так же, как Эдип первоначально ищет причину моровой язвы, затем — убийцу прежнего царя, Лаия, — а после переходит к расследованию своего происхождения, в процессе анализа возникает масса символических фигур, событий и действий, — которые, на первый взгляд, не имеют между собой связей; процесс то и дело отклоняется в сторону — аналогично тому, как это было с подозрениями Эдипа в отношении причастности к обвинениям Тиресия своего шурина-дяди Креонта, который действительно мог претендовать на трон. Анализирование встречает выраженное сопротивление — такое же, как встретил Эдип со стороны лиц, понимавших — в силу своего участия в минувших событиях, — к чему приведёт начатое им дознание.

Итак, в процессе психоаналитической терапии пациент мучительно следует к истокам своего заболевания, и открывающиеся ему истины бывают, как правило, весьма нелицеприятны.

*Третий актёр Σοφοκλῆς'а — это завершающее новшество, и оно не было оставлено без внимания Freud'ом.*

Именно Freud вводит в перипетии душевной жизни незримо присутствующего третьего; это почти всегда — родитель, на котором сфокусированы инфантильные — инцестные — влечения. (По сей день нет другой такой психотерапии — где в центре терапевтической сцены высились бы грандиозные фигуры прошлого.)

*Предпринятое Σοφοκλῆς'ом уменьшение роли хора также имеет психоаналитические аналогии.*

Freud практически исключает влияние окружения (коллектива, группы), лишая его участия в судьбе индивида.

*И такие сценические новшества, как декорации, введение которых приписывается Σοφοκλῆς'у, занимают важное место в обстановке психоаналитического приёма.*

[Классический] психоанализ создаёт облигатную атрибутику терапевтического действия — кушетка, размещение аналитика позади пациента, детально прописанная стилистика поведения и прочее.

*То же касается и ряда специальных приспособлений, в частности котурнов, — психоанализ весьма искусен в гиперболизации, а также в придании своим наблюдениям и работкам исключительного, универсального статуса.*

Именно в рамках раннего психоанализа были предложены (С.Г. Jung'ом) своеобразные «психические котурны» — комплексы, увеличивающие частные интрапсихические конфликты — главным образом сексуальные, а среди них преимущественно инцестные, — до неадекватных, гигантских размеров. Большинству из них очень быстро приписали свойства универсальности и обязательности.

Эти комплексы очень напоминают сценические образы античного театра: они представляют собой как бы окончательные, единожды данные фигуры, — каждая из которых выржана в свой цвет, играет определённую роль и даже обладает безошибочно узнаваемой речью, — занимающие строго отведённые им места.

*Тенденции к строжайшей драматической архитектонике, прописанные Σοφοκλῆς'ом, нашли достойного продолжателя в лице Freud'а.*

Психоанализ — наиболее строгий (чтобы не сказать «косный») по форме (и длительный) вид психотерапии. Именно в психоанализе разработаны и неукоснительно поддерживались — по крайней мере, продолжительный период времени — строжайшая архитектоника, жёсткий протокол — как отдельных сеансов, так и всего аналитического процесса.

Напрашивается парадоксальный, но неизбежный вывод: *психоанализ есть не что иное, как пропущенная через сознание невротической личности Freud'а, приложенная к психопатологической почве, вписанная в полном соответствии с нормативами позитивизма техника «аналитической» драмы.*

\* \* \*

Из дискутируемых в последние десятилетия — с разной степенью интенсивности — образчиков культурально-детерминированных методик психотерапии можно назвать *этно-, морита-, найкан-терапию* и некоторые другие.

*Этнотерапия* (Z. Kočová, M. Hausner [19]\*) — метод групповой психо(социо)терапии, эксплуатирующий терапевтические эффекты явления групповой динамики в сопровождении этнологического декора и обнаруживающий явную связь с этнологическими идеями в целом.

*Морита-терапия* (Sh. Morita (1874 — 1938) [20 — 23]\*) представляет собой комплекс приёмов, во многом идентичных дзэн-буддизму, в современной поверхностной терапевтически-акцентированной обработке, направленных на купирование этнокультурально-детерминированных высокоспецифических расстройств в условиях японского общества.

*Найкан-терапия* (японское «найкан» — саморефлексия, самонаблюдение) — модифицированная медитативная практика, представленная как форма психотерапии (разработана I. Yoshimoto (1916 — 1988)); её цель — вызвать сознание вины и одновременно ощущение того, что человек может получать любовь и заботу, несмотря на своё несовершенство [24]\*.

Подобного рода практике этнокультурной аранжировки психотерапии можно противопоставить обратный процесс пурификации: например, аутогенная тренировка (медитация) J.H. Schultz'a, несмотря на то что её психотехника была фактически калькирована с древнеиндийских культур-философских систем (йога), является культурально-интактной.

\* \* \*

Такое понимание этно-культуральной дифференциации — а вернее, детерминации — психотерапии позволяет сформулировать представления о необходимости осознания специалистом целостного культурального контекста [терапии], — польза чего для выбора и проведения [психотерапевтического] лечения, в общем-то, очевидна, — однако в большей степени это касается внедрения или разработки новых методов психотерапии. При этом, разумеется, речь идёт не о создании каких-либо особых культур-диагностических или интерпретационных процедур — что лежит вне компетенции медицинской практики, — а только о навыках повседневного культурологического мышления и здравом смысле.

### Рекомендуемая литература

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.А. 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-Петербург: 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.).

*Ключевые моменты*

- (1) Важнейшие особенности психо[терапевт]ического курса: аргументы и апелляции, тематика и проблематика, нарушения и разрывы.
- (2) Основные проблемы протокольного языка психотерапии и способы их преодоления.
- (3) Причины понятийно-терминологического конфликта между медицинской и психологической моделями психотерапии.
- (4) Проявления терминологического диссонанса в рамках психотерапии «новой волны».
- (5) Содержание, различия и иерархия понятий «метод», «методика», «[психо]техника», «приём», «формула».
- (6) Пути и механизмы влияния социально-философских доктрин и методологических систем на методы и методики психотерапии.
- (7) Методологические и социально-философские истоки и заимствования классических, синтетических и неоклассических методов / методик психотерапии.
- (8) Этно-культуральные факторы в возникновении, детерминации и клинической реализации психотерапии.
- (9) Декларация внеконфессиональности психотерапии.

## Глава 2

**КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ  
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ**

Первое, чего надлежит коснуться в настоящей главе, — это обоснование [сферы] пато-нозологической компетенции (respective клиники) психотерапии: что есть психотерапевтическая клиника? как её можно охарактеризовать? Хотя ответ на этот вопрос является вроде бы очевидным — психотерапевтическая клиника есть клиника психогений, — он далеко не так прост, поскольку подводит к *petra scandali* (и, надо сказать, *lapis offensionis* также) психоических клиник вообще, каковы бы они ни были: к вопросу о роли психогений, вечной Буридановой дилемме «психогенное / органическое», куда не так уж давно введена была третья составляющая: *эндогенность* (это, впрочем, почти ничего не изменило, разве что теперь мы мыслим в континууме «психогенное / эндогенное-либо-органическое»).

**2.1. Характеристика [сферы] пато-нозологической компетенции (клиники) психотерапии**

Психотерапия, как каждая [клиническая] медицинская дисциплина (практика), имеет свою клинику, под которой понимается *сфера её пато-нозологической компетенции*.

Исторически клиника психотерапии формировалась в тех многообразных плоскостях, которые были сопряжены с необходимостью применения «психического лечения», во всём многообразии его понятийно-смысловых и практических оттенков. Однако с позиций современного, сегодняшнего, членения [сфер компетенции] клинической практики клиника психотерапии выглядит всего лишь пересечением клиник ряда иных медицинских дисциплин — психиатрии, неврологии, соматической медицины и прочих.

С другой стороны — и это уже не более чем вторичный процесс, производное, — происхождение психотерапии можно видеть в экспансии психиатрических, а также [экспериментальных] психологических, методов в [иные] сферы практической медицины, даже в медицину популяционную (распространение на здоровое население, якобы страдающее от «стресса», различных методов его «снятия»).

По сути же, клиника психотерапии включает пато-нозологические формы, в отношении которых психотерапия является основным (или даже единственным) методом лечения, — то есть заболевания, которые, в силу тех или иных причин — этиопатогенетических, клинико-прогностических, организационных и прочих — курирует практически исключительно психотерапевт.

В их число попадают *кризисные состояния, невротические и соматоформные расстройства, психосоматические заболевания, ряд поведенческих синдромов* (которые в ICD-10 рассматриваются как связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами), *расстройства [зрелой] личности и поведения*, а также разные формы *химической зависимости*. (Клиника детской психотерапии отличается выраженной спецификой и включает более широкий и более диффузный спектр пато-нозо-синдромальных форм.)

Результаты проведённых ранее исследований [1 — 4] позволили провести обоснование [сферы] пато-нозологической компетенции (клиники) психотерапии — как на основании её складывающейся столетиями практики — практики медицинской, клинической, так и на основе собственных наблюдений (психотерапевтическая практика, опыт работы в психиатрических клиниках-учреждениях, дефектологические — медико-педагогические — студии, сексологический приём, исследования в области медицинской социологии и многое другое).

В число пато-нозологических форм, подлежащих, за небольшим исключением, курации преимущественно (а порой и исключительно) психотерапевтическими методами, вошли следующие:

- реакции дезадаптации;
- соматоформные и невротические расстройства;
- психосоматические заболевания;
- аффективная патология;
- поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями (прежде всего, это сексуальные рас-

ройства и расстройства сна, а также нарушения дигестивного поведения);

- специфические расстройства личности (психопатии);
- различные формы химической зависимости;
- наконец, [реактивные] психозы.

В качестве основного этиологического (этиопатогенетического) фактора в возникновении названных групп патологических форм (за исключением, пожалуй, психопатий — в этом случае речь идёт о психогенной декомпенсации) рассматривается *психогения*.

**Под психогенией понимается комплекс факторов, патогенное воздействие которых опосредовано через психическую сферу.**

Однако, прежде чем перейти к рассмотрению эффектов психогений, попробуем на мгновение остановиться на проблеме эволюции самого понятия «психогения», вернее его денотата (содержания). Этот вопрос особенно важен потому, что социо-психические реакции — те, которые мы расцениваем, толкуем, квалифицируем как *клинико-психопатологические проявления*, — напрямую зависят от сути этого в общем-то аморфного концепта / феномена.

Что есть психотравма и, следовательно, в какой ответ она вылетит в каждом из веков европейской истории после Сотера? Психотравматична ли *παεδικατία* для древнегреческого эфеба? Что есть психотравма для средневекового виллана? Что есть отклоняющееся — и влекущее за собой психогенно-значимые санкции — поведение в X веке? Какая психогения летальна для катара XI столетия? Как ощущает себя обвинённая в колдовстве в веке XVI?

Наша нормология — и особенно её социо-психическая составляющая — страдает весьма существенным недостатком: она не имеет под собой сколь-нибудь постоянных оснований.

Целесообразно — и логически закономерно — обратиться к систематике психогений. Основываясь на данных [узко]специальной литературы и результатах проведённых исследований, устанавливаем, что по степени выраженности и характеру ответа эффекты психогений могут быть распределены следующим образом.

**1-й уровень — эффекторно-адаптивный** — внеболезненный или же доболезненный, — когда либо степень выраженности, либо содержание переживаний инконгруэнтны какой-либо болезненной форме — клинически-значимым (и критеризируемым) расстройствам<sup>23</sup>.

<sup>23</sup> Это «реакции дезадаптации», по Ю.А. Александровскому (1976) [5] и С.Б. Семичову (1982) [6].

**2-й уровень** — *невротический*, или *соматоформный* — это системно-органные неврозы. Здесь психогения по характеристикам и по степени субъективной значимости находится в рамках социального уровня отношений [данной] личности. В такой ситуации ответ реализуется в границах невротического и соматоформного регистров симптоматики. В последнем случае — это классические формы органических неврозов, или «функциональных синдромов» (по Th. Uexküll [1, 2]<sup>\*</sup>).

В рамках органических неврозов представлены псевдосоматические — психопатологические — расстройства, формирующиеся без участия реальной соматической патологии; в их пределах, как правило, реализуется коморбидность соматоформных и тревожно-фобических расстройств. Выделяют кардио- и ангионеврозы, синдром гипервентиляции (психогенная одышка), ахалазию (кардиоспазм), синдром «раздражённого» желудка, «раздражённой» (или «возбудимой») толстой кишки, «раздражённого» мочевого пузыря и прочие.

К наиболее благоприятным вариантам относятся *органические неврозы с кардиореспираторными функциональными нарушениями* (кардионевроз, синдром d'Аcost'ы, гипервентиляционный синдром и некоторые другие). Проявления кардионевроза, по данным различных авторов, регистрируются у каждого десятого пациента, обращающегося за консультацией к кардиологу (кардионевротические расстройства служат основной причиной гипердиагностики заболеваний сердца в общесоматической практике). Клиническая картина кардионевроза определяется транзитными функциональными кардиореспираторными нарушениями, проявляющимися кардиалгиями, изменениями ритма сердечных сокращений (синусовая тахикардия, экстрасистолы, ощущение усиленного сердцебиения) и дыхательных движений (учащённое, аритмичное и / или углублённое дыхание, нередко сопровождающееся ощущением удушья или неполноты вдоха).

*Органические неврозы с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта* — синдром «раздражённого» желудка, «раздражённой» толстой кишки, — наблюдаются, по данным эпидемиологических исследований, у 13 — 52 % (!) больных, приходящих на гастроэнтерологический приём. К функциональным нарушениям со стороны желудка относятся изжога, алгии и ощущение распирания и / или перенаполнения, тошнота, рвота, отрыжка.

*Органические неврозы с функциональными нарушениями мочеполовой системы* выявляются примерно в 15 % всех случаев постановки диагноза «цистит». Клиническая картина невроза мочевого пузыря (синдром «раздражённого» мочевого пузыря) определяется цисталгиями и функциональными нарушениями опорожнения мочевого пузыря — частыми позывами на мочеиспускание с небольшим объёмом выделяемой мочи.

**3-й уровень** — *психосоматический*; тут уже психогения захватывает биологический уровень функционирования индивида (то есть выходит за рамки психологической значимости).

На данном уровне психогения может быть реализована по двум направлениям — реактивные психозы<sup>24</sup> и психосоматозы (классические формы последних: гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, нейродермиты).

**4-й уровень** — *эндоформный*, — когда вследствие воздействия психогении («разрешающий» фактор) происходит развитие («разрешение») эндогенных психозов.

**5-й уровень** — *летальный* — внезапные смерти без установленной причины (согласно патологоанатомическим данным, в весомом проценте случаев скоропостижных смертей при аутопсии не обнаруживаются патоморфологических изменений, несовместимых с жизнью [7]).

Таким образом, клиника психотерапии, имеющая древнюю [социетальную] историю, постепенно теряла свою идентичность, или, скорее, дивергировала, и из обширного круга расстройств психики и поведения, требующих «психического лечения», отсепарировались [«большая»] психиатрия и, в гораздо меньшей степени, частично, неврология. Те же расстройства, которые со времён W. Cullen'a (1710 — 1790) [3]<sup>\*</sup>, а позднее и U. Trélat (1795 — 1879) [4]<sup>\*</sup> понимались как «неврозы», сохранились в компетенции психотерапии (однако, что важно, в условиях диссоциации организационных форм оказания помощи). Ещё одна когорта расстройств — психосоматозы и, разумеется, соматоформные расстройства — перманентно курсирует между соматической медициной и психотерапией-неврологией.

Необходимо констатировать, что клиника психотерапии требует детальных лонгитудинальных, методологически — в рамках интрадисциплинарной концепции психотерапии — выдержанных пато-нозологических исследований, в том числе с целью разработки превенций для тех психогенных, по сути, состояний, которые не подлежат (в настоящее время) психотерапевтической курации, — как в связи с недостаточным осознанием роли психогений, так и в силу низкой валентности существующих методов психотерапии.

<sup>24</sup> Реактивные психозы, так же как эндогенные, давно курируются в рамках «большой» психиатрии.

## 2.2. Понятие пато-нозологической конгруэнтности и критерии выбора методов и методик психотерапии

При выборе тех или иных методов, методик и техник психотерапевтического воздействия традиционным является подход декларирования показаний / противопоказаний<sup>25</sup> к применению различных методов и методик психотерапии.

В настоящей работе вопросы *показаний* к применению, по сути, излагаются как проблема [критериев] *пато-нозологической конгруэнтности*: фактически традиционный для психотерапии шаблон «возможности метода — покрываемая патология» заменён клинически адекватной последовательностью «сущность пато-нозологической формы — психотерапевтический диагноз — подбор конгруэнтного метода». В силу этого я отказался от своеобразных — принятых — конъюнктурно-профессиональных «рецептов наоборот»: «*показаниями для гештальт-терапии являются...*», «*нейро-лингвистическое программирование может использоваться в лечении...*», и так далее. (Подобные сентенции допустимы только при формальных описаниях / изложении метода — и лишь сугубо с ознакомительной целью.)

Итак, правомерность существования такого — шаблонного — подхода сомнительна, и я настаиваю на понимании подобных деклараций исключительно как характеристик возможностей (компетенции) метода.

Проанализируем — на примере самой распространённой и обыденной *гипнотерапии* — ситуацию существования показаний / противопоказаний [по основным методам].

Так, показанием к использованию гипнотерапии в комплексе лечения признаётся наличие у больных пограничных нервно-психических расстройств, прежде всего психогенного происхождения. Менее эффективна гипнотерапия при неврозоподобных нарушениях, обусловленных соматогенными причинами.

При этом её следует применять, как правило, на начальном этапе психотерапии. В то же время в ряде случаев с помощью гипнопси-

<sup>25</sup> *Противопоказания* к применению методов (методик) психотерапии в «*Клинике психотерапии*» [1; 2] рассмотрены при описании каждого из них — в силу тесного ассоциирования (большого сцепления собственно с методом / методикой / психотехникой): имеется в виду, что противопоказания / осложнения чаще являются следствием психотехнически-феноменных особенностей метода. Вследствие этого же *противопоказания* вполне подлежат обобщениям, систематизации и, следовательно, унификации (в смысле организации их в некий, относительно константный, реестр).

Подобно противопоказаниям, *осложнения* ассоциированы, как правило, непосредственно с психотехническими особенностями (воротными феноменами, интеркуррентными клиническими эффект-синдромами / их коррелят-механизмами, последствием и прочим) методов и методик психотерапии.

хотерапии удаётся добиться не только коррекции неврозоподобных нарушений, но и достаточно выраженного регресса соматоневрологической симптоматики.

Очевидно, что такого уровня соответствия пато-нозологических проявлений и возможностей психотерапии явно недостаточно.

Несколько более близким и адекватным клинической практике является понятие «патогенетически обоснованный метод». Однако последнее касается лишь одной из сторон — а именно представлений о патогенезе заболевания, и саногенное действие психотерапии рассматривается в ключе «устранения причины» болезни либо прерывания какого-либо из патогенетических звеньев.

В связи с этим мной и было введено понятие *пато-нозологической конгруэнтности*, тесно связанное с представлениями об ассоциированном с методом психотерапии [саногенном] феномене, а также клиническом эффект-синдроме, который по своим коррелят-механизмам отвечает существующим представлениям, доказанным как клинико-теоретическим, так и экспериментально-опытным путями, о патогенезе заболевания.

**Итак, под пато-нозологической конгруэнтностью (латинское *congruentis* — соразмерный, соответствующий, совпадающий) понимается соответствие этиологических и патогенетических особенностей заболевания и саногенетических возможностей психотерапевтического метода при условии близости этиопатогенетических механизмов заболевания и коррелят-механизмов (коррелят-паттернов) клинического эффект-синдрома, достигаемого в процессе психотерапии.**

Дополнительные критерии пато-нозологической конгруэнтности таковы:

- 1) единство (совпадение) дискурсивных стилей диагностики (а также клинических — протокольных и субъективных — описаний) и терапии;
- 2) соответствие (совпадение) хронологии (протяжённости) заболевания и длительности применяемого метода психотерапии;
- 3) сочетаемость терапевтического фармакологического фона и применяемого психотерапевтического метода (необходим учёт ряда особенностей их взаимодействия, —



ибо они могут приводить к потенцированию, ослаблению, парадоксальной реакции; кроме того, могут вообще отсутствовать каких-либо взаимовлияния).

\* \* \*

В современной профессиональной литературе указывается, что выбор форм и методов психотерапии определяется рядом факторов.

Во-первых, нозологической принадлежностью патологии — для выбора этиопатогенетически-тропного психотерапевтического воздействия.

Во-вторых, личностно-характерологическими особенностями пациента.

В-третьих, [относительным] преобладанием какого-либо из уровней симптоматики.

В-четвёртых, профессиональной и личностной [ауто]идентификацией психотерапевта.

В-пятых, концептуально-методологической основой [психотерапевтического направления], которая определяет характер корригирующего воздействия.

Кроме того, при выборе методов и методик психотерапии необходим учёт *психотерапевтических целей* [5, с. 628]\*.

Строгое определение целей психотерапевтического воздействия способствует отбору содержания и построению процесса психотерапии, организации психотерапевтической помощи и, наконец, выбору конкретного метода.

На основании проведённых исследований были сформулированы следующие критерии выбора методов и методик психотерапии [и психокоррекции]:

- 1) конгруэнтность этиологических и патогенетических особенностей заболевания и саногенного психотерапевтического феномена;
- 2) соответствие клинических проявлений заболевания и клинических особенностей психотерапевтического эффект-синдрома;
- 3) близость механизмов патогенеза нозо-синдромальной формы и нейро(био)химических, нейропсихологических, нейро(электро)физиологических коррелят-механизмов достигаемых эффект-синдромов;

- 4) непротиворечие (оптимально же — [взаимо]потенцирование) традиционного для данного заболевания фармакотерапевтического фона и используемого метода психотерапии;
- 5) комплиментарность и конгруэнтность применяемой психокоррекционной методики по отношению к основному методу психотерапии.

\* \* \*

Для применения в клинической практике были разработаны также критерии, которые приводятся ниже с расшифровкой их клинического смысла:

- аятрогенность: исключение любых ятрогенных влияний;
- аманипулятивность: особое внимание к созданию условий, при которых невозможно возникновение патологической подчиняемости etc.;
- клиничность: использование исключительно рафинированных клинических методик с допущением лишь повседневно-экзистенциальной их аранжировки;
- определение психофеноменологического профиля (см. одноимённую подглаву) пациента: наличие чёткой определённости с тем или иным используемым феноменом (группой феноменов);
- индивидуальность / групповые формы проведения: преобладание индивидуальных форм проведения психотерапии;
- атрибутивная интеллектуализация: сопровождение любых методов, методик и психотехник облигатным разъяснением с усвоением пациентом их клинического и экзистенциального смысла;
- интроспективность: обязательная интериоризация пациентом сути предложенных методов, методик и психотехник;
- аутогенный модус: предоставление преимущества использованию аутотренинговых компонентов (подразумевается скорее декларативная актуализация аутогенного модуса применяемых методик / включаемых компонентов как конечной цели воздействий, поскольку «аутогенизация» в значении «интронизации» является

- облигатным фактором эффективности психотерапии и всегда присутствует на практике, различаясь обычно лишь степенью выраженности);
- лонгитудинальность: «протяжённое» применение с сопровождением психотерапевтом, достаточное для стойкого формирования комплайенса;
  - суппортивность: постоянная поддержка и сопроводжение психотерапевтом с применением, при необходимости, корректирующих влияний.

### Рекомендуемая литература

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. Вермея / 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., Сарвир И.Н., Чугунов В.В., Мирошниченко Н.В. Генетология, 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. Свядоц 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 разноуровневых 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.

*Ключевые моменты*

- (1) Клиника психотерапии как сфера её пато-нозологической компетенции.
- (2) Психогении: дефиниция и иерархия.
- (3) Актуальные направления исследований в области клиники психотерапии.
- (4) Понятия показаний и противопоказаний к применению психотерапевтических методов.
- (5) Традиционный порядок выбора форм и методов психотерапии.
- (6) Сопряжение противопоказаний / осложнений с методом (методикой, психотехникой) психотерапии.
- (7) Пато-нозологическая конгруэнтность как основной критерий выбора психотерапевтического метода (методики).
- (8) Дополнительные критерии выбора методов и методик психотерапии.

## Глава 3

### ДИСЦИПЛИНАРНО-ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ

*Психотерапия* — наряду с *психиатрией*, *неврологией*, *нейро[психо]хирургией*, *сексологией*, *наркологией*, *медицинской психологией* — дисциплинами, очевидно имеющими непосредственное отношение к *мозгу* и *психике* — входит в составляемый ими [полный] круг<sup>26</sup> так называемых «нейро[психо]наук», — разумеется, *нейро[психо]наук клинических*, так как есть ещё и *нейро[психо]-физиология*, *нейроморфология*, *нейрохимия*, а также *психо[нейро]-фармакология*. Существует ряд нейропсихически-ориентированных междисциплинарных (*психоника*, *нейрокибернетика* и другие) и «смежных» (например, *психогигиена*) областей, а также разделов, выделившихся в самостоятельные дисциплины в силу социального заказа (помимо той же *психиатрии-наркологии* или, точнее, *психотерапии-наркологии*, это *психогериатрия*) или требований клинической практики (*нейроофтальмология*, *нейроэндокринология*, подчинённая *нейровеgetология*).

#### 3.1. Дисциплинарные вариации психотерапии

Помимо наиболее общих форм организации психотерапевтической деятельности, включающих [профессиональную]

---

<sup>26</sup> По странному совпадению, их число оказывается равным *семи*, в силу чего напрашиваются ассоциации с *семью свободными искусстваами* (*septem artes liberales*) — учебными предметами («науками») Средневековья: это *грамматика*, нужная для понимания [церковных] книг; *риторика* — необходимая для составления [церковных] проповедей; *астрономия* — полезная для вычисления пасхалий; *диалектика* — требующаяся для споров с еретиками; *арифметика* — в большинстве своём пригодная для [мистического] толкования чисел, а также несколько менее идеологически коннотированные *геометрия* и *музыка*. Однако это всего лишь *licentia poetica*.

ориентацию, теоретический базис, профиль подготовки / специализации и прочее — то есть *моделей* психотерапии, среди которых называют, напомним, *медицинскую, психологическую, социологическую, философскую*, — существуют ещё и формы *дисциплинарной идентификации* психотерапии — уже в пределах медицинской, в большинстве своём, практики.

Эти дисциплинарные вариации довольно аморфны, однако они весьма живучи — и не только в силу особенностей самой психотерапии как практики (деятельности, дисциплины), — но и вследствие укоренения в повседневности здравоохранения — главным образом сращения с различными врачебными специальностями.

Вспомним, что в качестве прародительницы психотерапии традиционно — и весьма упорно — называют психиатрию и, следовательно, указывают, что психотерапия — это часть, раздел, прикладная практика *психиатрии*, — что совершенно неправомерно, поскольку согласно свидетельствам истории (как было наглядно показано в «*Клинике психотерапии*» [1]) психотерапия является древнейшей областью медицинских и социально-технологических знаний — и, безусловно, значительно старше психиатрии *per se*.

В такой же мере, например, к патронам психотерапии может быть отнесена и *клиническая неврология* — даже психоаналитический метод долгое время разбирался как ленная область невро[пато]логии, и в рамках патоневрологических же текстов (благодаря, в частности, самому S. Freud'у).

Можно утверждать, что психотерапия гораздо шире такой протодисциплинарной — по отношению к психиатрии, неврологии, сексологии, [медицинской] психологии и прочим — группы XIX века, как «душевные болезни» [2; 3].

В целом же клинко-дисциплинарными вариациями современной [отечественной] психотерапии являются:

- 1) физиологически-ориентированная *гипнология* (а точнее, *гипносуггестология*), в которой гипноз выступает как «метод-техника» и направлен на терапию всевозможных дистрессовых реакций, патологических состояний и нозологических форм;
- 2) *психотерапия-неврология*, чаще называемая «малой», или «пограничной», психиатрией;
- 3) *психотерапия-деонтология*, в основном выступающая в качестве второстепенного предмета преподавания в [высших] медицинских учебных заведениях;
- 4) *психотерапия-курортология*, персистирующая в сети санаторно-курортных учреждений;

5) *психотерапия-наркология*, которая в последние десятилетия выделилась в самостоятельную медицинскую специальность;

6) *психотерапия-сексология*, имеющая весьма размытую границу с той системной сексологией, которая одинаково близка также и урологии-андрологии, и клинической эндокринологии, и гинекологии-репродуктологии и другим [«смежным»] специальностям;

7) *психотерапия-психофизиология*;

8) *спортивная психотерапия*;

9) *психотерапия-психопрофилактика*, обслуживающая производство (промышленность) с экстремальными условиями труда.

10) *психотерапия-рефлексология*, фактически представляющая собой телесно-ориентированную психотерапию, которая сопровождает транскрибированные в европейский социетальный план и медицински аранжированные системы воздействия на биологически-активные точки (акупунктура, игнипунктура etc.).

Отдельно следует обозначить — *cum grano salis* — такой якобы вариант психотерапии, как *немедицинская психотерапия* (нечто сродни психокоррекции и психологическому консультированию).

Претензии психотерапевтов от психологии возрастают, и более чем странное — хотя, несомненно, осторожное — выражение «немедицинская психотерапия» [1]\* довольно быстро кануло в Лету: психологов теперь преспокойно обучают психотерапии [2]\*, а также «психотехнике» [3]\* — именно так, в единственном числе (и это совсем уже не та авангардистски-конъюнктурная *reincarnatio* прикладной психологии в понимании Hugo Münsterberg'a (1863 — 1916), William'a Stern'a (1871 — 1938) и других), — и ряду совсем уж невообразимых вещей; этим наукообразным *curiosités littéraires* несть числа.

### 3.2. Концептуальный базис психотерапии

Сфера концептуальных заимствований психотерапии *rebus dictantibus* весьма широка: это [пато]персонология, нейропсихология, нейрохимия, нейрофизиология, психиатрия, этология, психологии личности и отношений, клинко-дисциплинарно-эволюционный анализ, [медицинская] социология, этнография и прочее.

Каждый метод психотерапии — в процессе исторического становления и теоретического развития — формировал своё, *pro domo sua*, поле заимствований; отдельные методы выглядят, по сути, дериватами психологических теорий, методологических течений или социально-философских концепций, а иные — чистая эклектика, с возможностью точных указаний на истоки (все эти *методолого-философские заимствования* — каждого из методов (методик) психотерапии — прослежены, отдельной рубрикой, в *«Клинике психотерапии»* [1]).

В настоящей главе рассматривается тот — признаваемый в определённой мере «истинным» — концептуальный базис, который служит основой для построения аутодисциплинарно-идентификационной (интрадисциплинарной) модели психотерапии; многие понятия и концепты сформированы уже в рамках собственно психотерапевтических исследований — для целей и задач психотерапии.

### **[Пато]персонология**

Представления о структуре личности — в норме и патологии — играют определяющую роль в большинстве методологических направлений психотерапии; в рамках многих методических вариантов предложены собственные — более или менее оригинальные — представления о структуре личности.

Как ни печально, но наиболее известна наивная *психоаналитическая теория личности* (практически общая для классического психоанализа и динамической психотерапии); серьёзное место представления о личности занимают в гештальт-терапии, экзистенциальной психотерапии и прочих (даже такой метод второго плана, как трансактный анализ, заявляет о существовании неких персонологических позиций) — см. рубрики «персонологические представления» главы *«Феноменологический арсенал, понятийно-концептуальная платформа и персонология в представлениях методов и методик психотерапии»*.

Пиковую декларацию ориентация психотерапевтических процессов на личность получила в так называемой «личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии» (Б.Д. Карвасарский [и соавторы], 1985 — 2000 [4 — 7]\*).

Тем не менее очевидно, что подавляющее большинство методов психотерапии являются «личностно-реконструктивными» — за исключением, быть может, только узко-тренинговых, классических поведенческих методик.

Перспективной является разработанная в рамках мнестологической парадигмы психотерапии *психометодологическая «функционалистская» теория личности*.

\* \* \*

Важнейшая, с точки зрения психотерапевтического процесса, характеристика личности — само[о]сознание, самость, отграничение «я» от «не-я», — и это разграничение имеет свои специфические механизмы.

Существующая система психологической защиты обеспечивает целостность личности, препятствует некритическому восприятию внешней информации. Для снижения ригидности этой системы и облегчения внедрения [внешней] информации в психическую сферу используются различные психотехнические приёмы.

Личность отграничивается от информационных воздействий рядом барьеров.

Г.К. Лозанов (род. в 1926) [8]\* говорит о существовании *критически-логического, интуитивно-аффективного и этического* антисуггестивных барьеров. Первый из них создаёт сознательное — критическое — мышление, — отвергая всё то, что не производит впечатления добронамеренности и логической выдержанности. Второй — неосознаваемый, базирующийся на чувствах и интуиции, — барьер препятствует интериоризации всего того, что не порождает доверия и чувства уверенности. Третий барьер, порождаемый морально-этическими императивами, делает невозможной реализацию внушений, которые в чём-либо противоречат этическим принципам индивида.

Психотерапия, в силу своей функциональной направленности, во многом ориентируется — как психотехники, так и диагностика и даже саногенез — на различного рода защитные, барьерные механизмы, — точнее, на их преодоление, — в связи с чем основное внимание уделяется [дефензивной] «оболочке» личности и способам её преодоления.

### **Нейропсихология**

Заимствования из области нейропсихологии носят экспериментально-психологический (однако подчеркнуто не-тестовый) характер.

Прежде всего это результаты исследований А.Р. Лурия и его школы в области клинической нейропсихологии [9 — 11]\*.

### Нейрохимические исследования

Результаты нейрохимических исследований — как лабораторных, так и клинических — служат пониманию нейро(био)-химических механизмов реализации психотерапии (или, в ином ракурсе, нейрохимических коррелят-механизмов клинических психотерапевтических эффект-синдромов).

(Кроме того, с помощью современных методов нейровизуализации возможно получить карту функционально-метаболической активности мозга — а также направлений и характера её изменений под различными [вербальными] влияниями.)

### Нейрофизиология

ЭЭГ-картирование и другие экспериментальные и клинические нейро(электро)физиологические методы позволяют провести исследование нейрофизиологических коррелят-механизмов клинических психотерапевтических эффект-синдромов.

### Психиатрия

Психотерапия заимствует массу практических психиатрических представлений; стоит отметить, что в рамках психиатрии были апробированы, модифицированы до неузнаваемости и лишены [однозначного] авторства множества обще-патологических, эволюционно-антропологических, генетических, персонологических, психологических и прочих данных.

В частности, определённое влияние на представления о патонозологических формах, входящих в компетенцию психотерапии, оказала *концепция [психической] предболезни* (С.Б. Семичов, 1982 [12]\*).

### Этология

Этология предоставляет важнейший клинико-диагностический аппарат [13; 14]\*, — служащий, в частности, для объективизации интрапсихических процессов, описания клинических психотерапевтических эффект-синдромов, исследований групповой динамики и прочего.

### Психологии — личности, отношений

На становление и развитие отечественной психотерапии последних десятилетий существенное влияние оказала *концепция патогенетической психотерапии*.

Основные положения этой концепции как системы личностно-ориентированной психотерапии были сформулированы на основе «психологии отношений» В.Н. Мясищева (1893 — 1973) ещё в 30 — 40-х годах XX века. Одним из фундаментальных положений последней явилось понимание личности как системы отношений индивида с окружающей социальной средой [15]\*.

Начало исследования личности как системы её отношений связано с именами В.М. Бехтерева и А.Ф. Лазурского (1874 — 1917). В дальнейшем эти исследования были продолжены и развиты их учеником В.Н. Мясищевым, которому и принадлежит более детальная разработка указанной концепции личности как в общепсихологическом плане, так и применительно к теории и практике медицины — и, в особенности, — к учению о неврозах и [их] психотерапии.

Главная характеристика личности, по В.Н. Мясищеву (1960), — система её отношений, формирующихся в онтогенезе в определённых социально-исторических, экономических и бытовых условиях на базе физиологической деятельности мозга [16]\*. Эти отношения представляют преимущественно сознательную, основанную на опыте избирательную психологическую связь человека с различными сторонами жизни, которая выражается в его действиях, реакциях и переживаниях. Отношения характеризуют степень интереса, интенсивность эмоций, желания и потребности, — поэтому они и являются движущей силой личности.

Выступающим в качестве важнейшего структурообразующего компонента во взаимосвязи с другими психическими явлениями — психическими процессами, свойствами и состояниями — отношениям личности присущи следующие особенности:

- уровень активности;
- соотношение рационального и иррационального, адекватного и неадекватного, сознательного и бессознательного;
- устойчивость или неустойчивость;
- широта или узость;
- рациональная или эмоциональная обусловленность и прочее.

Личность проявляется в разных областях, — и прежде всего в социальных отношениях и взаимоотношениях, отношениях в семье, на производстве и так далее.

В структуре отношений особенно важным является отношение человека к самому себе. Значимость последнего обстоятельства определяется тем, что отношение к себе — один из компонентов самосознания (этих компонентов три: *самопонимание, самооценка, саморегуляция*). Именно отношение к себе, будучи наиболее поздним и зависимым от всех остальных, завершает становление системы отношений личности и обеспечивает её целостность.

В условиях, когда отношения личности приобретают особую устойчивость, они становятся типичными для личности — и в этом смысле превращаются в черты характера.

Тем не менее, признавая известную клиническую ценность концепции патогенетической психотерапии, нельзя не кон-

статировать, что она является идеологически-ангажированной; кроме того, её вульгарная социально-психологическая детерминированность приводит к выраженному концептуальному диссонансу с большинством методов и методик психотерапии.

### *Клинико-дисциплинарно-эволюционный анализ*

Понятия психотерапевтического и психологического, а также психиатрического дискурсов (составляющих «психический дискурс»), клиники психотерапии, пре- и дисциплинарной истории психотерапии, социо-культуральных и философски-методологических влияний, «истинных» суждений и ряд иных дисциплинарно-идентификационных концептов, а также общая методология анализа и построения дисциплины сформированы именно благодаря применению клинико-дисциплинарно-эволюционного анализа [1; 3; 4].

Клинико-дисциплинарно-эволюционный анализ является частным примером применения, на модели медицины, *компетиционно-сентенционного архив-анализа практик*.

Известные трудности с денотацией последнего привели к использованию в разное время таких его наименований, как «компетиционно-рецептурный анализ», «профессиональная денотационно-дискурсивная текстология», «компетиционно-категориальный анализ».

Наименование «компетиционно-сентенционный архив-анализ (история) практик» содержит указания на составляющие метода, или его структурно-логические блоки.

Предикат *компетиционный* означает, что изучается сфера компетенции (применения) практик, — ограниченное поле, признаваемое *профессиональным*; это также определённые экспертные или властные полномочия и / или претензии.

Предикат *сентенционный* указывает на анализ *пропозиций*, — прежде всего *истинных суждений*, и *стилистики текста* вообще; в целом речь идёт о *дискурс-анализе*.

Об *истории* говорится прежде всего в первоначальном значении (греческое *istoria* — исследование, расспрос; рассказ; знание, наука); это также *эволюция* (дисциплины, идей, практик, конструктов и прочего). Употребление синонимичного термина *архив-анализ* призвано восполнить или, скорее, акцентировать аналитичность, исследовательскую активность, деятельность метода.

Наконец, под *практиками* понимаются сформировавшиеся в истории и п[р]оявляющиеся в повседневности способы и механизмы производства, существования и воспроизведения стилей реального поведения, повседневных механизмов [феноменов] и их интерпретаций.

Метод обладает тропностью к большинству дисциплинарных образований (наук) в силу специфики *внутренней мотивации* (имманентности) методологии.

Аналитические процедуры «встраиваются» в тезаурус, концепты, понятия метода, отделяя их от феноменологии (клинической и психофизиологической, логической и математической, социетальной и физической etc.).

### *[Медицинская] социология*

Ряд понятий — медико-социальной стигматизации, терапевтических сообществ, конфликтности, социальных технологий, социальной реабилитации и многих других, а также совокупность идентификационно-диагностических процедур в целом заимствованы из наработок медицинской социологии [5; 6].

### *Этнография*

Общий план этнографических исследований позволил сформулировать представления об этно-культуральной дифференциации психотерапии (см. одноимённую подглаву).

### **3.3. Основные психотерапевтические парадигмы**

В психотерапии оформлены всего лишь несколько базовых парадигм:

- нейродинамическая;
- психодинамическая;
- рациональная;
- поведенческая;
- мнестологическая.

Характерно, что всё многообразие разновидностей — методов и методик, вариантов и подходов психотерапии — может быть сведено к перечисленным выше базовым парадигмам:

- [гипно]суггестия (все пейтические методы) — к *нейродинамической*;
- рациональная (включая рационально-эмотивную) психотерапия — к *рациональной*;
- психоанализ и вообще психоаналитически-ориентированная (называемая также «психодинамической») психотерапия — к *психодинамической*;



— классические поведенческие и когнитивно-бихевиоральные методы — к *поведенческой*;

— симультанно-мнестическая психотерапия (психометодология) — к *мнестологической*.

В последнее время иногда говорится о формировании специфической *групповой* психотерапевтической парадигмы (покрывающей все разновидности групповой [психо]терапии).

### 3.4. Кардинальные позиции аутодисциплинарно-идентификационной (интрадисциплинарной) концепции психотерапии

*Аутодисциплинарно-идентификационная (интрадисциплинарная) концепция психотерапии* сформулирована в соответствии с методологией клинко-дисциплинарно-эволюционного анализа.

Интрадисциплинарная концепция медицинской науки дисциплины — образование отнюдь не искусственное, поскольку именно в рамках такой концепции декларируется принцип, согласно которому теория-концепция дисциплины должна быть выстроена, исходя из особенностей — во всём их разнообразии — данной науки-специальности: сферы её клинической компетенции, вспомогательных социетальных практик, истории-генеалогии, дискурсивных полей, протокольного языка и концептуального базиса, особенностей сопряжения диагностических и коррекционно-терапевтических процедур, подверженности этно-культуральным и прочим влияниям, форм реализации и тому подобного.

Изложение основных положений интрадисциплинарной концепции психотерапии фактически представляет собой систематизацию её дефинитивных и денотационно-сущностных постулатов; к ним относятся следующие.

**I. Психотерапия является самостоятельной медико-ориентированной (клинической) дисциплиной, со своей нативной генеалогией, дисциплинарной историей, сферой патонозологической компетенции, диагностическим аппаратом и колоссальным терапевтическим арсеналом.**

#### Комментарий:

*Декларируется независимость психотерапии и указываются её основные атрибутивные признаки как отдельной — и самостоятельной! — медицинской дисциплины.*

**II. В сферу дисциплинарной компетенции психотерапии входят: разработка и отправление теории и практики нативной клиники, психотехнического арсенала, теории [денотата] [здоровой / патологической] психики, теории личности и аутодисциплинарно-идентификационной теории, а также собственного метода.**

#### Комментарий:

*Как каждая самодостаточная дисциплина, психотерапия способна формировать основные концептуальные уровни, то есть клинику, изначально ей положенную, методы, методик и психотехники, денотировать понятие психической болезни / здоровья, создавать собственную теорию личности, исходя из собственных же наблюдений, а также следить за разработкой (появлением) и воспроизведением аутодисциплинарно-идентификационных конструктов (последнее означает возможность метаэпистемологической рефлексии).*

**III. Методом психотерапии — собственным её методом — является клинко-психофеноменологический метод.**

#### Комментарий:

*Метод дисциплины является, как правило, завершающим — не в хронологическом, а в теоретико-методологическом ключе — элементом её аутоидентификации.*

**IV. Предмет психотерапии имеет сложнокомпонентную структуру: «нормальная» психотерапевтическая феноменология (прежде всего ассоциированные с методами-методиками психотерапии саногенные феномены), клинические психотерапевтические эффект-синдромы с коррелят-механизмами (коррелят-паттернами) и психотехнические пути их достижения (*общая психотерапия*), пато-нозологические формы и вообще патология психической сферы (и поведения), подлежащие преимущественно психотерапевтическому лечению и квалифицируемые в категориях специфического психотерапевтического диагноза (*клиническая психотерапия*), вторичные нозосиндромальные психопатологические формы при не-психических заболеваниях, требующие психотерапевтической курации (*психотерапия в клинике*), и ряд специальных и социальных приложений (*специальная и социальная психотерапии*).**

#### Комментарий:

*Утверждается структурная организация дисциплины-психотерапии; она включает традиционные «общую» и «клиническую» ча-*

сти, а также характерную и для некоторых других психо(нейро)наук часть «социальную», однако содержит и некие специфические разделы: «психотерапия в клинике» и «специальная психотерапия».

**V. Психотерапия неразрывно связана с [пато]персонологией, психиатрией, психоневрологией и [медицинской] психологией, а также с психофизиологией и психофармакологией.**

**Комментарий:**

*При существующей диссоциации организационных форм оказания психотерапевтической помощи (на фоне относительного единообразия порядка и институций помощи психиатрической) и, главное, неопределённости в организационно-дисциплинарной курации непсихотических психопатологических расстройств, теснейшая связь психотерапии с патоперсонологией, психиатрией, [психо]неврологией, клинической психологией, психофизиологией, а также психофармакологией не только очевидна, но и [вынужденно] необходима.*

**VI. Теория личности рассматривается с позиций мнестологической парадигмы психотерапии — и, таким образом, носит хроно-мнестический характер.**

**Комментарий:**

1) *пребывающая во времени, личность представляет собой вариативную динамику мнестических процессов и определяемых ими модусов реагирования (внешних паттернов и внутреннего переживания);*

2) *личность не является и не может являться структурой (иерархически ли, топологически ли организованной), поскольку представляет собой функцию;*

3) *персональное время оказывает неуклонно возрастающее идентифицирующее влияние;*

4) *для личности характерно многообразие видов соматической памяти и [опыта] памяти об осознании.*

**VII. Диагностика в психотерапии, базирующаяся, в частности, на представлениях о «нормальной» психотерапевтической феноменологии и клинических психотерапевтических эффект-синдромах, отличается выраженной спецификой и требует формулировки специального психотерапевтического диагноза.**

**Комментарий:**

*Специфический полидимENSIONАЛЬНЫЙ [психо]диагностический аппарат, позволяющий построить (сформулировать) специфиче-*

*ски психотерапевтический диагноз, с его логикой-методологией, семиотикой и феноменологией, структурой, сопряжённостью и прогностикой, — не только важнейший атрибутивный признак дисциплины, но и неперемное условие адекватной и успешной реализации терапевтических технологий.*

**VIII. Клинико-дисциплинарно-эволюционный анализ психотерапии позволяет разработать — в рамках её интрадисциплинарной концепции — специфический, базирующийся на клинической [психо]феноменологии, сано(пато)генетических механизмах и принципах пато-нозологической конгруэнтности метод психотерапии — симультанно-мнестическую психотерапию (психометодологию).**

**Комментарий:**

*Показано, что психотерапия — как дисциплина — достигла того уровня развития, при котором она способна к формированию своего терапевтического арсенала, причём не только и не столько [в направлении] интегративных, эклектических и комбинаторных тенденций, и практики адаптации-модификации, но и путём разработки принципиально новых методов в неразрывной связи с собственными клинической теорией и диагностической практикой.*

**IX. Психотерапия должна стать дискурсивно-гомогенной; использование аргументированного, стилистически корректного, общепринятого профессионального дискурса является базисным требованием аутодисциплинарной идентификации, условием нормального функционирования и развития протокольного языка, клинической результативности и терапевтической эффективности дисциплины-специальности в целом.**

**Комментарий:**

*Одна из базовых проблем современной психотерапии — дискурсивная разногласица; она столь выражена, что представители различных психотерапевтических парадигм попросту не понимают друг друга. И дело не только в том, что *verschiedenen Zeitaltern wird eine verschiedene Begeisterung zu Theil*. Нем и не может быть каких-либо новых, созданных вновь психотехник, — во всяком случае, из тех, что могут получить *naturwiß enschaftliche Behandlung*. Всё уже давно проявлено в картине психоического мира. Следует акцентировать, что преодоление этой всевозрастающей тенден-*

ции к стилистической полифонии — один из первоочерёдных и важнейших шагов на пути к аутодисциплинарной идентификации психотерапии.

**Х. Научные исследования в области психотерапии, равно как и отправление её клинической, а также социетальной, практик, должны проводиться с учётом особенностей психического дискурса, в пространстве которого расположена психотерапия.**

**Комментарий:**

Обозначена необходимость учёта дискурсивно-генеалогических элементов для выявления не [вполне] соответствующих специфике психотерапии дискурсивных стилей — с целью последующей их элиминации, что будет способствовать очистке и повышению однородности, даже своеобразной эргономичности, тезауруса и протокольного языка психотерапии.

**XI. Психотерапия облигатно независима идеологически, равно как и внеконфессиональна. В случае интеграции в психотерапию фрагментов каких-либо духовных традиций и практик их следует сано(пато)генетически обосновывать и клинически люстрировать от любых религиозных или эзотерических черт, с соответствующей семантической, антуражной и перцептивной транскрипцией.**

**Комментарий:**

Имеется в виду императивный запрет на любого рода конфессиональные потуги, поскольку они представляют собой один из важнейших путей появления психических эпидемий и тоталитарных сект; психотерапия — *ad vitam aeternam* — идеологически и вероисповедно интактна.

**XII. Психотерапия защищает права на клиничко-медицинское использование разработанных методик, и особенно психотехник, ограничивая их распространение и информацию о них.**

**Комментарий:**

Подразумевается необходимость пресечения пагубного процесса бесконтрольного отщепления психотехник, прежде всего обладающих пороговым уровнем суггестирующей способности, но также — имеющих высокий индекс гедонизма.

**Рекомендуемая литература**

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.) Хёлл Л., Зиглер Д. Теории личности: Пер. с англ. — Санкт-Петербург: Питер Пресс, 1997. — 620 с.
6. Чугунов В.В. Постановка проблемы клиничко-дисциплинарно-эволюционных исследований в медицине (на модели дисциплины-сексологии) // Историко-медицинский журнал «Асклепий» (Евпатория). — 2001. — №1. — С. 59 — 63.

*Ключевые моменты*

- (1) Основные [клинико-]дисциплинарные вариации психотерапии; причины их появления и существования.
- (2) Психотерапия и [пато]персонология: концепции (теории) личности в психотерапии.
- (3) Психотерапия и фундаментальный нейро(психо)науки.
- (4) Методология клинико-дисциплинарно-эволюционного анализа и психотерапия.
- (5) Психотерапия и медицинская социология.
- (6) Нейродинамическая, психодинамическая, поведенческая, рациональная и мнестологическая парадигмы психотерапии.
- (7) Кардинальные позиции аутодисциплинарно-идентификационной (интрадисциплинарной) концепции психотерапии.

*Часть II*

**КЛИНИКО-  
ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ  
МЕТОД**

Приступая к изложению *метода психотерапии*, я вынужден совершить короткий экскурс в историю «Психической библиотеки»; хочу сразу оговорить, что репризы, — которыми он, возможно, будет грешить, — совершенно необходимы.

В *«Клинике психотерапии»* я начал с целой части, посвящённой разграничению психодисциплин — а речь идёт прежде всего о психотерапии и психиатрии — в области истории. Подобное разграничение, хотя и имеет лишь ретроспективно-констатирующий характер, наделено атрибутивным смыслом. Иные демаркационные маркёры, как-то: диспозиционная иерархия, в её социетальном измерении, патологический ареал, организационный протокол, юридический ценз в отношении контингентов и, главное, терапевтический арсенал, — более значимы, однако истинная дивергенция начинается лишь после выхода в пространство методологии.

Определённое время я полагал, что идея собственной, аутентичной диагностики как таковая фактически завершает разведение этих двух психодисциплин, психотерапии и психиатрии. Невзирая на это, сохранялся определённый когнитивно-методологический диссонанс: он состоял в том, что в основе этой особой, отвечающей специфике дисциплины-психотерапии, диагностики лежал метод иной психодисциплины, дисциплины-психиатрии, — а именно клинко-психопатологический метод.

Так, в первых публикациях, посвящённых диагностике в психотерапии, в качестве первого логико-тактического положения психотерапевтической диагностики я указывал, что «психотерапевтический диагноз базируется на клинко-феноменологическом (клинко-психопатологическом) подходе». Позже, с целью деидентификации сфер клинической феноменологии как целого и феноменологии психопатологической как его части, рассматриваемых в качестве объектов диагностики, было добавлено причастие, и это положение приобрело следующий вид: «в частности, клинко-психопатологическом». Теперь же упоминание о клинко-психопатологическом подходе сохранилось только в комментариях к данному положению.

Этот небольшой — упоминание о нём даже может показаться излишним — штрих хорошо иллюстрирует те отношения зависимости, своеобразного методологического патернализма, которые сложились между психиатрией и психотерапией. Замечу: изначально я считал, что этот, пропитавший даже собственную диагностику психотерапии, патернализм имеет преимущественно тактико-диагностический характер, — вполне, впрочем, очевидный.

На определённом этапе этого атрибутивного разведения — а оно происходило не столько на бумаге, сколько в клинике, — ко мне исподволь стало приходить осознание, что я пользуюсь каким-то специфическим, особым по отношению к дисциплине-психотерапии, а особенно — к её клинической, точнее клинико-психотехнической, базе, и повседневной клинической же реальности, методом: вот только ещё я с помощью клинико-психопатологического метода выявлял и интерпретировал семиотико-патоперсоналогические особенности невротика, — и вот уже я исследую феноменную базу будущей психотерапевтической интервенции.

Так, постепенно, появилось понимание того факта, что то, что я делаю, составляет некую гностическую стратегию, которую возможно определить как *метод*, — метод, который обладает выраженной, неповторимой спецификой, радикально отличаясь от метода клинико-психопатологического, а также методов иных психодисциплин. Образно говоря, мне открылся простой факт: *диагностика подразумевает наличие специфического метода* — следовательно, в отсутствие одного полноценная диагностика невозможна.

Осмыслив особость метода, — а прежде всего его сфокусированность на клинической феноменологии, лежащей в сфере компетенции психотерапии, — я задумался о его существенных характеристиках.

Последнее можно изложить в такой последовательности. Во-первых, этот метод — собственный, особый метод психотерапии. Во-вторых, — этот метод покрывает ту психоическую феноменологию, эксплуатация которой и составляет специфику психотерапии — клиническую психофеноменологию. В-третьих, — он отличается от методов всех других психодисциплин не только содержательно, но и методически, что требует тщательного размежевания.

Следующим этапом стала денотация этого метода. Во-первых, этот метод однозначно является *клиническим* — ин-

спирирован клиникой, рассчитан на применение в клинике, и сугубо в клинике используется. Во-вторых, он рассчитан на выявление феноменологии «в сфере компетенции психотерапии», — то есть *психофеноменологии*, как нормальной, так и клинической.

В настоящее время последние два понятия используются как тождественные. Однако первоначально термин «клиническая психофеноменология» я использовал для обозначения только «нормальной» психотерапевтической феноменологии под влиянием традиционной иерархии «симптом → синдром → нозоформа», при этом психотерапевтический феномен по уровню приравнивался к [психопатологическому] симптому (уровень [клинической] семиотики). В процессе кристаллизации клинико-психофеноменологического метода этот термин был распространён также и на эффект-синдромологию (синдромальный уровень), поскольку имманентная сущность последней проступила столь отчётливо, что методологические императивы *ex analogia* (вроде компаративного сопоставления диагностических иерархий психодисциплин) утратили актуальность.

Итак, настоящим описанием клинико-психофеноменологического метода я преследую цель *una mersedu duas res assequit*: восполнить аутодисциплинарную идентичность психотерапии — тем самым завершив её разведение с психиатрией.

Таким образом, говоря в контексте этого вступления, мне остаётся провести разграничение психотерапии и психиатрии *в области метода* — разграничение, которое ещё только предстоит осмыслить.

## Глава 4

КЛИНИКО-ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ  
МЕТОД

В последние годы психотерапия в силу разработки облигатной дисциплинарной атрибутики — а это парадигма и дефиниции, тезаурус и протокольный язык, клиника и диагностика (включая собственно *психотерапевтический диагноз*), реконструкция истории и тексты, etc. — обрела достаточный уровень аутентичности. Дело теперь — за *методом*, методом *motu proprio*; в настоящей книге я впервые ввёл его в дефиницию психотерапии.

Традиционно применяемый в клинической практике и исследовательских программах психоических дисциплин методический инструментарий включает два основных метода: *клинико-психопатологический* и *экспериментально-психологический*. Последний в настоящее время претерпел этически коннотированную и квантификационно-стандартизационные трансформации и стал называться *психодиагностическим* (что представляется чрезвычайно неудачным, поскольку любые психоические исследования и методы являются *психодиагностическими de facto*). Различные по параметрам отраслевой принадлежности, теоретической номинации, компетенционно-сентенционному ареалу и способам реализации, но централизованные как на едином объекте (индивидуальная психика), так и на общем предмете (патологические состояния, реакции и процессы), на практике, в полевых условиях эти методы во многом пересекаются — как в области техник, так и в сфере диагностически значимых выводов, — не говоря уже о том, что отправляются они почти всегда на одних и тех же контингентах.

Любое исследование психики и поведения в клинике сводится в основном к использованию двух этих методов — констеллирующих их приёмов и техник, шкал и опросников, тестов и проб.

Дефиниции и сопряжённые тезаурусы клинико-психопатологического метода (и его составляющих) и смежных (как конгруэнтных, так и конфронтирующих) диагностических систем достаточно хорошо разработаны — хотя и весьма далеки от совершенства, прежде всего в силу отсутствия дискурсивной гомогенности. Кроме того, его перманентно девальвирует антипсихиатрическое лобби — через тот *locus minoris resistentiae*, который являет собой методология, путём идентификации её с *нормологией*<sup>27</sup>, и более того — определяя нормологию как отправной пункт самой этой методологии.

Что касается метода экспериментально-психологического, то, оставаясь вспомогательным по отношению к методу клинико-психопатологическому, он обнаруживает пагубные претензии на самостоятельность; сегодня он не только далёк от методологической завершенности, но и лишён какой-либо упорядоченности, при агрессивном стремлении к викаризации либо протезированию ряда клинических функций, с акцентом на «объективизации», «верификации» etc., прежде всего — в сфере «депрессологии» и вообще неврологии. Экспериментально-психологический метод продуцирует своеобразный антураж «калькулятивной» истинности, хотя результаты его применения не отражают ни сущности, ни даже качественных параметров исследуемого психопатологического / патоперсоналогического феномена либо явления: клиническое — единственно возможное — измерение достоверности подменяется её количественным выражением.

Однако возникают вполне закономерные — даже если не принимать в расчёт сциентистские мотивации — вопросы: *покрывают ли данные подходы к диагностике всё пространство психоической феноменологии? или хотя бы её клинически значимую часть? исчерпывают ли они методологическую ёмкость, удовлетворяют ли клиническую потребность в оценке этой феноменологии?*

Прежде всего следует заметить, что **метод в медико-ориентированных дисциплинах представляет собой целесообразную познавательную (собственно, *диагностическую*) стратегию, состоящую из иерархически организованной и горизонтально сочленённой совокупности приёмов и техник, кодекса экзегезы и сопряжённых систем аргументов и апелляций, а также довлеющей дискурсивной стилистики (включая протокольный язык и тезаурус).**

<sup>27</sup> Часто здесь имеет место приём, который можно обозначить как «ложное тождество»; обычно он предстаёт в виде риторического вопроса: как можно определять патологию, не опираясь на конституированную норму?



Очевидным и общепризнанным является факт тропности каждого из названных выше методов к определённому полю / профилю психоической феноменологии. Более того, столь же очевидным, хотя и не вполне проговорённым в профессиональном пространстве, является тот факт, что метод по сути ничто иное, как гностическое производное этой конкретной феноменологии (точнее, феноменологий), — и зачастую это не столько *идентификация*, и даже *квалификация*, сколько *интерпретация*. То есть метод *вторичен* по отношению к феноменологии, соразмерен (*конгруэнтен*) ей и, собственно, существует постольку и настолько, поскольку и насколько существует она сама. Более того, сам факт подобной соразмерности подразумевает *suī generis* идентичность формы воплощения метода по отношению к феноменологии, а любые отклонения от этой пропорции вносят весомый дискурсивный диссонанс уже на уровне диагностики<sup>28</sup> (ведь морально-коннотированные понятия, относящиеся к сфере нарушенного поведения и ассоциированные с ними *ab hoc et ab hac* — лежащие в их основе либо их сопровождающие биохимические синдромы — весьма далеки друг от друга), не говоря о последующей терапии. Этим — а отнюдь не только дивергирующими психологическими влияниями — отчасти и объясняется то, что роль нейробиологических исследований обычно не выходит за рамки элиминирующей<sup>29</sup> верификации.

К основным характеристикам метода следует отнести:

- *специфичность* (проистекает из указанных выше свойств вторичности и конгруэнтности);
- *вариативность* (происходит из тех же свойств);
- *интерпретативность* (базовое свойство любой гностической деятельности);
- *достоверность* (императивное требование сциентистской теории познания);
- *дискурсивную гомогенность* (эта характеристика на сегодня факультативна в силу утраты академической строгости, размывания профессиональных границ, коммерциализации психоической практики, губительной антропософски-психоаналитической импрегнации).

<sup>28</sup> Не следует забывать, что оба эти метода являются принадлежностью социально дисквалифицирующей практики.

<sup>29</sup> Диагностика в психиатрии всегда следует путём исключения: «Не органическое ли? Если нет, то не психогенное ли? Если нет, тогда эндогенное».

Тесную взаимосвязь *феноменологии* и *метода* легко проиллюстрировать: исчезновение какого-либо из фрагментов или страт любой из феноменологий — например, вследствие изменения конкурентно-профессиональной идентификации — влечёт за собой выпадение или перепрофилирование целых структурно-логических блоков и снижение функциональности (и, как следствие, результативности) метода.

Таким образом, *метод является гностическим дериватом феноменологии*.

Очевидно, что в конкурентно-сентенционный ареал клинико-психопатологического метода входит разнорегистровая психопатологическая семиотика (вернее — специфика психопатологической феноменологии / синдромологии привела к необходимости разработки столь высокоспецифического метода, коим является клинико-психопатологический). Соответственно в сферу компетенции экспериментально-психологического метода (оговорю: в рамках клиники) входит своеобразная «патопсихологическая феноменология» (то есть факт существования этой «патопсихологической феноменологии» — и регистр-синдромологии — послужил причиной создания экспериментально-психологического метода). Тем не менее речь идёт лишь об ином уровне, а подчас только ракурсе рассмотрения, одной и той же феноменологии, как бы не позиционировалась приставка «пато».

Взаимоотношения названных методов отражают, словно в кривом зеркале, конкурентно-сентенционную дилемму *психопатологии* и *патопсихологии*.

И если содержание первой в пояснениях не нуждается, то вокруг наполнения второй наблюдается перманентный конъюнктурный ажиотаж.

Полагается, что задачей патопсихологии является обнаружение причинно-следственных связей в формировании патологических психических феноменов (и процессов).

Так, Б. В. Зейгарник выделяла в качестве одной из задач патопсихологии выявление патопсихологических механизмов возникновения психопатологических феноменов<sup>30</sup>. В качестве профессионального инструментария она называла «*беседу патопсихолога с больным и*

<sup>30</sup> «Патопсихология <...> изучает закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме, она изучает закономерности искажений отражательной деятельности мозга» [1, с. 5]\*.

наблюдение за его поведением во время исследования» и — главенствующий — «патопсихологический эксперимент», причём под последним понимается предъявление испытуемому отнюдь не только (и не столько) стимульного материала, а прежде всего моделирование ситуаций<sup>31</sup>.

В дальнейшем в медицинской психологии (и тут можно спорить о содержательной и атрибутивной целесообразности) получила развитие концепция специфической «патопсихологической феноменологии», в частности регистр-синдромологии (понятие, разработанное И. А. Кудрявцевым [3; 4]\*, В. М. Блейхером и И. В. Крук [5]\*).

Однако, как я неоднократно доказывал ранее [1 — 5], многообразие психоической феноменологии не исчерпывается *психопатологической* и *патопсихологической*, поскольку существует ещё один, не менее значимый (и, быть может, даже превышающий по объёму и многообразию, поскольку тяготеет к полюсу «нормального»), класс — **клиническая психофеноменология**.

Если первая из названных феноменологий, психопатологическая, ассоциирована с *клинической психиатрией*, а вторая, патопсихологическая, с *клинической психологией*, то третья, клиническая психофеноменология — с *клинической психотерапией*.

Следует отметить, что клиническая психофеноменология занимает своеобразное положение относительно образующих своего рода континуум психопатологической и патопсихологической феноменологий:

— подобно первой, она располагается в сугубо клинической (причём не столько в семиотической, сколько в терапевтической) плоскости, кардинально отличаясь от неё преимущественно саногенным характером, а также по содержательным и протокольным особенностям (как по свойствам реактивности-интрузивности, так и по параметрам модификации / катартичности / суггестивности etc.);

— подобно второй, она является [ре]активной (в силу чего на ней центрирован богатейший арсенал своеобразных экспериментально-стимульных приёмов и [психо]техник), отличаясь от неё холицизмом ответа (как на психофизиологическом, так и на персонологическом уровнях).

В отличие же от обеих клиническая психофеноменология смещена к сфере нормативной психоической феноменологии

<sup>31</sup> В частности, автор говорит, что «психологическое исследование в клинике может быть приравнено к “функциональной пробе” — методу, широко используемому в медицинской практике», а ещё — «патопсихологический эксперимент должен представлять собой известную модель жизненной ситуации» [2, с. 31]\*.

(правда, в контексте *выявления*, а не *сравнения*), то есть тяготеет скорее к нормологии, нежели к патологии. Отсюда проистекает и своеобразие этимологии её названия: она лишена приставки «пато-», поскольку вызываемые каким бы то ни было нормативно-физикальным психотерапевтическим воздействием реактивно-личностные ответы / образования по определению не являются патологическими (что, разумеется, не исключает существования парадоксальных и интеркуррентных форм реакций).

Наконец, ещё одно важнейшее отличие клинической психофеноменологии от названных выше — облигатно преходящий характер выявляемых и исследуемых, и, тем более, вызываемых реактивно-личностных образований / состояний / явлений.

Именно клиническую психофеноменологию и изучает клинико-психофеноменологический метод.

Итак, **компетиционно-сентенционным ареалом клинико-психофеноменологического метода является клиническая психофеноменология**.

Говоря образно, если клинико-психопатологический метод является *методом психиатрии*, а экспериментально-психологический — *методом медицинской психологии*, то клинико-психофеноменологический — *методом психотерапии*, и различаются они в известном смысле так же, как и сами эти психодисциплины.

Их протоколы также различны. Так, для клинико-психопатологического метода это *обсервация — дескрипция — экспертиза — квалификация*, для метода экспериментально-психологического — это *эксперимент — фиксация — компарация — интерпретация*, для метода же клинико-психофеноменологического — это *интеракция — идентификация — анализ — экспликация*.

Таким образом, при сохранении всей нормативной атрибутики *психоического метода* клинико-психофеноменологический метод не является, подобно методу клинико-психопатологическому, экспертизой-квалификацией, и не представляет собой, как метод экспериментально-психологический, эксперимент-интерпретацию; его отличает, помимо вышеуказанных черт саногенности и холицизма [ответа], и тенденции к нормологии, активность.

**Таким образом, клинико-психофеноменологический метод является специфическим методом исследования психики [и**

поведения], ориентированным на выявление, анализ и оценку — как с утилитарной, так и прогностической целями — клинической психофеноменологии, или психотерапевтической феноменологии (как «нормальной» — психических феноменов, позволяющих осуществлять и сопровождающих психотерапию, так и клинической — сложных реактивно-личностных образований, выявляющихся в её результате (процессе)), что лежит в основе психотерапевтической диагностики.

### Рекомендуемая литература

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.

*Ключевые моменты*

- (1) Клинико-психопатологический метод.
- (2) Экспериментально-психологический метод.
- (3) Компетиционно-сентенционные ареалы психопатологии и патопсихологии.
- (4) Клинико-психофеноменологический метод.

*Часть III*

**СОСТАВЛЯЮЩИЕ  
[ЧАСТИ]  
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО  
ДИАГНОЗА**

Фактически в этой части излагаются составные [части] — иными словами, составляющие — психотерапевтического диагноза: *клинико-диагностическая, психотехническая, фармакотерапевтическая, прогностическая*, а также *sui generis* результирующее по отношению к ним (особенно это касается психотехнической части) понятие «психофеноменологический профиль» — своеобразие [клинико-]психофеноменологических особенностей пациента с позиций психотерапии.

Глава, посвящённая первой, клинико-диагностической части (или составляющей) психотерапевтического диагноза, раскрывает клинико-психопатологическую феноменологию / синдромологию как в эссенциальном плане (читай: *как она есть*), так и с позиций (читай: *с точки зрения*) психотерапии; с этой целью я было предпринял — поначалу — попытку систематизации клинико-психопатологической феноменологии / симптоматологии / синдромологии, однако весьма скоро вышел за рамки поставленной задачи, — преимущественно в смысле уклонения, смещения акцентов. Тому есть несколько причин.

Во-первых, возобладали традиционалистские представления о существовании различных — то есть отличных качественно — «регистров» психопатологии, и все синдромы — синдромы реально существующие и встречающиеся в повседневной клинической практике, синдромы достаточно «чистые», без конъюнктурной огранки и аранжировки исследовательскими задачами, синдромы дискурсивно сепаратные, хотя иногда и пересекающиеся феноменологически, — оказались помещёнными в прокрустово ложе этих представлений.

Во-вторых, важный для целей настоящего исследования ракурс рассмотрения не позволил, до конца, сформировать / сформулировать основания классификации (которые, собственно говоря, и дали возможность её провести), — точнее, обнажить специфичность отношений «психопатология — психотерапия», иными словами — выявить полностью способ-

ность психопатологии поддаваться психотерапии — и быть классифицированной на этом основании.

В-третьих, помешали дискурсивно-терминологическая разноплановость психопатологических синдромов, флёр архаизмов, довление эпонимичности и поливалентность профессионально-конъюнктурных коннотаций — они не дают приблизиться не только к рафинированной классификации, но и сколь-нибудь строгой типологии.

В следующей главе, — рассматривающей вторую, психотехническую составляющую [часть] психотерапевтического диагноза, — излагаются такие вопросы.

Прежде всего это клинико-экспериментальный базис психотерапевтического диагноза (рассказано о методике, практическом воплощении и результатах клинического психотерапевтического эксперимента) — фактически речь идёт о формировании содержательной части учения о клинических психотерапевтических эффект-синдромах.

Следующей позицией помещена наиважнейшая для психотерапии проблема *психотерапевтической феноменологии*, — как «нормальной», так и клинической (*клинические психотерапевтические эффект-синдромы и их коррелят-механизмы, а также коррелят-паттерны*). (Несомненно, она должна рассматриваться в неразрывной связи с клинико-психопатологической феноменологией — и, *memento servitudinem*, с феноменологией психо[физио]логической как таковой — они суть явления одного, психоического, поля, даже скорее континуума.)

Завершает эту главу разработанное в последнее время понятие «психифеноменологический профиль», под которым понимается совокупность психофизиологических феноменов и личностных особенностей конкретного индивидуума, — говоря протокольным языком психотерапии, это определённая пропорция присущих пациенту «нормальных» и клинических психифеноменов, с учётом пато-нозологической, [пато]персонологической и индивидуальной психофизиологических особенностей.

Ещё одна глава посвящена обсуждению фармакотерапевтической, третьей составляющей [части] психотерапевтического диагноза; центральным здесь выступает понятие «*фармакологического фона*» [для проведения психотерапии]. Показано, что названный фон может быть как *терапевтическим*

(то есть получаемым в результате применения традиционных психофармакотерапевтических схем или иных медикаментозных средств, имеющих побочные психо- / нейротропные эффекты), так и *специальным*, или экспериментальным (а именно — целенаправленно созданным для целей психотерапии). На практике же, как обычно, речь идёт о разумном компромиссе: психотропные препараты (вне зависимости от ранга) должны назначаться с учётом запланированных психотерапевтических воздействий. (Отдельный вопрос — каковы юридические рамки применения фармакологических препаратов: где допустимые границы эксперимента? применение каких препаратов дозволено (сегодня и вообще)? как быть с вполне легальными в целом ряде современных этнокультуральных сред психоделиками и психостимуляторами?)

Наконец, последняя глава этой части освещает прогностическую составляющую — четвёртую, выставляемую в процессе психотерапии, а иногда и *post factum*, часть — психотерапевтического диагноза: обосновано понятие «метасиндромы», разработана их типология и описаны их клинические характеристики; фактически же в ней рассмотрены синдромогенез, синдромокинез и синдромотаксис в сфере компетенции психотерапии.

## Глава 5

## КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ (I ЧАСТЬ) ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

Клинико-диагностическая составляющая психотерапевтического диагноза — его первая часть — представляет собой указание на те ведущие психопатологические синдромы (реже — симптомокомплексы либо нозоформы), которые наблюдаются у пациента — и, собственно, являются мишенями психотерапевтического воздействия / вмешательства.

### 5.1. Клинико-психопатологическая феноменология / синдромология *per se*

Прежде чем перейти к рассмотрению клинико психопатологической феноменологии / синдромологии с позиций психотерапии, необходимо рассмотреть её в дескриптивно-аналитическом плане.

Психопатологические синдромы, которые участвуют, — наряду с персонологической квалификацией, — в формировании первой части психотерапевтического диагноза, я разделил на несколько групп, дав последним наименования в зависимости от того, насколько часто входящие в них синдромы встречаются в психотерапевтической практике и насколько они вообще подлежат психотерапии.

Так, *ординарные* (латинское *ordinarius* — рядовой, обыкновенный) психопатологические синдромы являются рядовыми, обыденными для психотерапии. Это синдромы астенический (включая астено-вегетативный, астено-депрессивный, астено-невротический, астено-ипохондрический), депрессивный, ипохондрический, истероформный, обсессивно-компульсивный, обсессивно-фобический, панический, психастенический, психовегетативный, соматоформные etc.

Названные синдромы составляют основной пласт мишеней психотерапевтического воздействия; они, преимущественно, и выполняют клинику психотерапии. Собственно, они и подлежат преимущественно психотерапевтической курации.

*Окказиональные* (латинское *occasionalis* — случайный) — случайные синдромы, которые иногда, у конкретного пациента либо в отдельных своих проявлениях могут подлежать психотерапии. К окказиональным относятся синдромы гебоидный, маниакальный, параноидный, психоорганический, психосенсорный etc.

Повторю, что перечисленные синдромы могут подлежать психотерапии лишь в отдельных случаях, и это будет преимущественно когнитивно-бихевиоральная терапия со значительной долей дидактически-рациональной.

Наконец, это синдромы *эксклюзивные* (английское *exclusive*, от латинского *excludere* — исключать): аментивный, апат[ик]-абулический, галлюцинаторно-параноидный, гебефренический, делириозный, деменции, кататонический, онейроидный, параноидальный, парафренный, помрачения сознания, псевдопаралитический etc.

В психотерапевтической практике они встречаются крайне редко, поскольку требуют применения мер сугубо психофармакологического и изоляционистского порядка, а порой и стеснения.

Схема анализа синдромов включает в себя следующие позиции: дефиниция; этимология; эпонимика; синонимы; уровень поражения; регистр(ы); аффилированный патопсихологический регистр-синдром; патоперсонологическая и / или психофизиологическая predisposition; структура (облигатные и факультативные компоненты); сферная психопатология (облигатные и факультативные проявления); сомато-вегетативная аранжировка; клинические варианты; синдромогенез (патогенетическая реконструкция); синдромокинез (пути разрешения — эволюции, трансформации либо санации); синдромотаксис (синдромы, к коим рассматриваемый синдром тяготеет); нозологическая принадлежность; дифференциальная диагностика; отношение к терапии; мнемонические приёмы; поэтика.



Содержание некоторых позиций требует пояснений.

Так, что касается позиции «уровень поражения», то речь идёт о традиционной дилемме «невротический» / «психотический»; эти уровни условно различаемы по выраженности (грубости) психопатологических нарушений, степени осознания (сохранности критики) и адекватности поведения (в континууме «адаптация — дезадаптация»). Доцентом А.Н. Чулковым было предложено ввести также «парапсихотический» уровень, описывающий постпсихотическую и органическую патологию, а также некоторые специфические формы — как, например, гебоидофрения. Очевидно, что «парапсихотический» уровень подразумевает грубую и дезадаптирующую психопатологию, при которой *de facto* пациент в состоянии психоза не пребывает.

В позиции «регистр(ы)» отражается принадлежность синдрома к определённым патогенетическим, по сути, кластерам психопатологии, каковы суть:

- эндогенный;
- экзогенный;
- органический;
- психогенный;
- соматогенный;
- патоперсоналогический.

Очевидно, что данная классификация не имеет единого основания, — поскольку, по сути, «эндогенными», то есть «происходящими изнутри», являются и органический, и соматогенный регистры, а «психогенный» входит в «экзогенный», так как является «проистекающим извне». Однако на практике использование указанных регистров является необходимым, поскольку несёт не только [этио]патогенетический и клинико-динамический, но и прогностический смысл.

В клинике указанные регистры имеют более мелкие квалитативные градации — уточняющие и, одновременно, ещё больше нарушающие стройность классификации, а именно:

- эндогенно-процессуальный и эндогенно-органический регистры;
- экзогенно-органический и экзогенно-интоксикационный (иногда указывается также [экзогенно-]инфекционный) регистры.

Например, к эндогенно-процессуальным заболеваниям относятся шизофрения, к эндогенно-органическим — эпилепсия, к экзогенно-органическим — последствия черепно-мозговых травм, к экзогенно-интоксикационным — токсические психозы, к [экзогенно-]инфекционным — инфекционные психозы, к соматогенным (которые, по сути, являются эндогенно-интоксикационными) — нефрогенные психозы, etc.

В позиции «аффилированный патопсихологический регистр-синдром» показывается тот психопатологический базис, который является подоплёкой развития психопатологических нарушений; соответствующие регистр-синдромы обозначаются в рамках систематики В.И. Кудрявцева, В.М. Блейхера, И.В. Крук [1 — 3]: шизофреничес-

кий, аффективно-эндогенный, олигофренический, экзогенно-органический, эндогенно-органический, личностно-аномальный, психогенно-психотический, психогенно-невротический.

Позиция «патоперсоналогическая и / или психофизиологическая предрасположенность» описывает имеющиеся особенности темперамента, свойства характера, аномальные черты личности (включая акцентуации и признаки психопатизации).

В позиции «структура [синдрома]» приводится указание на скомпрометированную психическую сферу — как компонент конкретного психопатологического синдрома.

Соотнесение сфер и соответствующих им компонентов согласно разработанной мной схеме [4] приведено ниже:

- ощущения — *сенсорный (рецепторный)* (ан-, гипо-, гипер-, син- и парестезии, сенестопатии);
- восприятие — *перцептивный* (иллюзии, истинные и псевдогаллюцинации, психосенсорные расстройства (дереализация, деперсонализация, метаморфозии));
- внимание — *прозективный* (гипер-, гипо-, а- и диспрозекция, рассеянность, лабильность, ригидность, инертность, сужение, персеверация, истощаемость, патологическая фиксация);
- память — *мнестический* (гипер-, гипо-, а- и парамнезии, или фантазмы (конфабуляции, псевдореминисценции, крипто- и экмнезии, анекфория), палимпсесты);
- мышление (ассоциативный процесс, понятийно-категориальный аппарат и атрибутивная сторона) — *ассоциативный (идеаторный)* (ассоциативный процесс: тахи- и брадифрения, «скачка идей», ментизм, шперрунг; патологическая детализация, обстоятельность, вязкость, инертность, ригидность, «лабиринтное мышление», персеверации; инкогеренция, бессвязность, соскальзывания, разорванность, вербигерации; витиеватость, резонерство, формализм, разноплановость, аморфность, паралогичность, символичность, патологический полисемантизм, аутистичность, архаичность; понятийно-категориальный аппарат: псевдопонятия, уплотнение, агглютинация и контаминация, неологизмы; атрибутивная сторона: бредовые и бредоподобные, доминирующие и сверхценные, навязчивые идеи; «аффективная логика»);
- интеллект — *когнитивный* (олигофрения, деменция, когнитивное снижение);
- эмоции — *аффективный* (гипер- (мания, депрессия, дистимия), гипо- (огрубение, холодность, монотонность, оскудение, уплощение), а- (апатия) и паратимии (эй- и дисфория, мория, экстаз); лабильность, инконтиненция аффекта; амбивалентность, неадекватность, патологическая тревога, экзальтация; физиологический и патологический аффекты);
- воля — *конативный* (гипер-, гипо-, а- и парабулии; амбигенность);
- влечения — *инстинктивный* (снижение, повышение, извращение);

— сознание — *сунейдетический* (количественные: угнетение (оглушение — обнубиляция, сомнолентность, сопор; кома) и качественные: помрачение (спутанность, растерянность, делирий, онейроид, сумерки, аменция) нарушения сознания, а также относящиеся к последним «особые» (аффективное сужение; транс; эпилептическая аура) и «исключительные» (патологическое опьянение и патологический аффект) состояния).

Также были введены дополнительные — внесферные (базисные, аранжирующие либо композиционные) — компоненты:

— [психо]вегетативный (показывающий вовлечённость вегетатики: лабильность; симпатико- либо ваготония; пароксизмы / кризы);

— *алгический* (констатирующий наличие болевого компонента, в том числе так называемых «психалгий»);

— *астенический* (составляющий стержень некоторых либо клинически значимую аранжировку многих синдромов);

— *вербальный* (анализирующий динамические, артикуляционные, эмфатико-интонационные и содержательные особенности речи);

— *кинетический (моторный)* (описывающий двигательную сферу: ступор, возбуждение, расторможенность, бради- либо тахикинезия, акатизия, гипер- и паракинезы, компульсии, насильственные действия, стереотипии; парапраксии (негативизм, манерность, гримасничанье, пассивная подчиняемость, эхо-симптомы (эхолалия, эхопраксия, эхомимия), мимоговорение, парамимии); «потеря грации»);

— *практический* (отображающий нарушения праксиса, а именно способности к выполнению произвольных целенаправленных двигательных актов: апраксии (идеаторная, конструктивная, моторная, кинестетическая, пространственная, оральная, лобная));

— *гностический* (вскрывающий нарушения гнозиса, то есть процессов перцептивной категоризации (опознания) стимулов различной модальности: агнозия (оптическая — апперцептивная, ассоциативная, в том числе зрительная (прозопагнозия, односторонняя пространственная etc.); акустическая; сенситивная, в том числе астерогноз (аутопагнозия, метаморфопсия), макропсии, микропсии, полимелия, анозогнозия etc.; обонятельная и вкусовая); тотальная);

— *сомнический* (характеризующий расстройства сна, кои суть: дис-, пара-, а-, ин-, гиперсомния (сомнолентность), нарушение цикла сон-бодрствование etc.);

— *этологический* (указывающий на интимно связанные с психопатологией модификации поведения: избегающее, конфронтационное, агрессивно-агонистическое, аутистическое, суицидальное etc.).

В силу утилитарности — *in favorem* психотерапии — проведённого синдромологического анализа представляется целесообразным разместить в настоящем тексте описание только лишь ординарных психопатологических синдромов, — и по упрощённой схеме, где исключены этимология, эпонимика, синонимический ряд, а также мнемонические приёмы и поэтика.

*Астенический синдром* (греческое *ἀσθενεια* — бессилие) — патологическое состояние в виде сочетания явлений слабости, повышенных утомляемости и истощаемости психических функций, гиперестезии, эмоциональной лабильности, нередко — истериозиса, в разнообразной психовегетативной аранжировке.

*Уровень поражения:*

— невротический;

— парапсихотический.

*Регистр(ы):*

— психогенный;

— экзогенно-интоксикационный;

— экзогенно-органический.

*Аффилированный патопсихологический регистр-синдром:*

— психогенно-невротический;

— личностно-аномальный;

— экзогенно-органический.

*Патоперсоналогическая и / или психофизиологическая предрасположенность:* нервно-психическая слабость.

*Структурные компоненты:*

*а) облигатные:*

— астенический;

— сенсорный (рецепторный);

— аффективный;

— прозектический;

— кинетический (моторный);

— этологический;

*б) факультативные:*

— [психо]вегетативный;

— алгический;

— конативный;

— ассоциативный (идеаторный);

— инстинктивный;

— сомнический.

*Сферная психопатология:*

*а) облигатные проявления:*

— ощущения: гиперпатия, психическая и сенсорные гиперили гипестезии; наличие неприятных ощущений (болезненности, тяжести, слабости) в мышцах при незначительной нагрузке и / или в покое;

- эмоции: лабильность эмоционального фона, тревога, эмоциональное напряжение;
- внимание: гипопрозекия (рассеянность, неустойчивость, повышенная истощаемость);
- двигательная сфера: повышенная утомляемость; гиподинамия;
- поведение: избегание нагрузок, склонность к частому отдыху, постельному режиму;
- б) факультативные проявления:
  - воля: гипобулия; гипоергия;
  - эмоции: сниженный или неустойчивый эмоциональный фон, чувство тоски, печали, грусти;
  - мышление: брадипсихия; нередко сверхценные и навязчивые идеи ипохондрического содержания;
  - внимание: нередко — гиперпрозекия ипохондрического плана;
  - ощущения: парестезии, висцеральные сенестопатии;
  - влечения: ослабление, особенно либидо.

*Сомато-вегетативная аранжировка:*

- со стороны вегетативной нервной системы: утомляемость, раздражительность, нарушения сна (дневная сонливость в сочетании с ночной бессонницей); преобладание симпатикоили ваготонии, дистальный гипергидроз, колебания артериального давления, головокружения;
- соматическая сфера: головные боли (чаще по типу боли мышечного напряжения), функциональные расстройства различных органов и систем (нарушение аппетита, функциональные диспептические расстройства, кардиалгия, тахикардия, одышка etc.);
- сосудистые нарушения: нейроциркуляторные и нейротрофические нарушения;
- со стороны эндокринной системы: симпатоадреналовые кризы; недостаточность или повышение функции различных желёз внутренней секреции;
- диссомнические проявления.

*Клинические варианты:*

- классические варианты / стадии:
  - — гиперстенический (с преобладанием раздражительности, возбудимости, нецеленаправленной и изменчивой повышенной активности);

- — истериозис (сочетание повышенной возбудимости нервно-психических процессов и столь же быстрой их истощаемости);
  - — гипостенический (доминирование проявлений вялости, усталости, истощения);
  - по клинико-психопатологической аранжировке:
    - — астено-вегетативный — астения в сочетании с выраженными явлениями вегетативной дисрегуляции;
    - — астено-депрессивный — астения в сочетании с симптомами депрессивного спектра;
    - — астено-невротический — астения с включениями симптомов невротического спектра;
    - — астено-ипохондрический — астения в сочетании с болезненно преувеличенным вниманием к состоянию здоровья, убеждёностью в наличии хронического / тяжёлого / неизлечимого заболевания.

*Синдромогенез:*

- 1) «классическая» схема: гиперстения → истериозис → гипостения → астения;
- 2) патогенетическая схема: психическая утомляемость + мышечная слабость → ослабление когнитивного функционирования (снижение устойчивости и концентрации внимания, осмысления) + гиперпатия, психическая и сенсорная гипер- или гипестезия → изменения в эмоциональной и волевой сферах (варьируют от повышенной раздражительности, сенситивности, эмоциональной лабильности до гипопатически-гипобулических проявлений со снижением двигательноречевой экспрессии) → астенический синдром.

*Синдромокинез:*

- астенический синдром → психастенический синдром;
- астенический синдром → астено-депрессивный синдром;
- астенический синдром → астено-ипохондрический синдром;
- астенический синдром → витальная астения;
- астенический синдром → астеническое развитие личности;
- астенический синдром → эмоционально-волевое оскудение → дебют эндогенного процесса;
- астенический синдром → выздоровление.

*Синдром таксис:* психастенический синдром, неврастенический симптомокомплекс, органический психосиндром (церебрастения), [астено-]депрессивный, [астено-]ипохондрический, [а][гипо]патический-[а][гипо]булический синдромы.

*Нозологическая принадлежность:*

- невроты (прежде всего неврастения)
- депрессивные состояния различной этиологии.

*Дифференциальная диагностика:*

- синдром хронической усталости;
- апато-булический синдром в рамках эндогенных психозов (группы шизофрении), в том числе «эндогенная витальная астения», «юношеская астеническая несостоятельность»;
- псевдоневрастенический синдром (постпсихотического генеза);
- депрессивный синдром;
- ипохондрический синдром;
- акцентуации характера;
- одноимённое расстройство личности (астеническая психопатия);
- органические заболевания и поражения центральной нервной системы;
- церебральные сосудистые заболевания;
- злоупотребление психоактивными веществами;
- тяжёлая хроническая соматическая патология;
- некоторые физиологические состояния (например, беременность, чрезмерные физические нагрузки);
- различные виды миастений и миопатий ( в том числе как результат дегенеративно-дистрофических заболеваний нервной системы).

*Отношение к терапии:* поддаётся терапии, характерно рецидивирование под влиянием факторов психического, соматического и социального порядка.

**Депрессивный синдром** (латинское *deprimo* — давить, подавить) — патологическое состояние в виде сочетания стойкого болезненно пониженного настроения, брадипсихии (заторможенности психической деятельности) и брадикинезии (заторможенности двигательной активности) со снижением инстинктов и витальных функций.

*Уровень поражения:*

- невротический;
- психотический;
- парапсихотический.

*Регистр(ы):*

- психогенный;
- эндогенный;
- органический;
- соматогенный.

*Аффилированный патопсихологический регистр-синдром:*

- психогенно-невротический;
- аффективно-эндогенный;
- психогенно-психотический;
- эндогенно-органический.

*Патоперсоналогическая и / или психофизиологическая предрасположенность:* интровертированность, сенситивность, нерешительность, ипохондричность, склонность к интроспекции, развитое чувство вины, низкие стрессоустойчивость и фрустрационная толерантность.

*Структурные компоненты:*

*а) облигатные:*

- аффективный;
- ассоциативный (идеаторный);
- кинетический (моторный);
- вербальный;
- конативный;
- [психо]вегетативный;
- инстинктивный;
- сомнический;
- этологический.

*б) факультативные:*

- сенсорный (рецепторный);
- перцептивный;
- прозективный;
- мнестический;
- алгический;
- астенический.

*Сферная психопатология:*

*а) облигатные проявления:*

- эмоции: титульная гипотимия *id est* депрессия, часто с патологической тревогой;

- мышление: брадифрения (брадипсихия);
- двигательная сфера: брадикинезия;
- речь: брадилалия с синтонным аффекту эмфатико-интонационным оформлением;
- воля: гипобулия (снижение волевых побуждений);
- влечения: ослабление, подавление основных инстинктов;
- поведение: снижение социальной активности, ограничение круга общения;
- б) *факультативные проявления:*
  - эмоции: ангедония; апатия;
  - мышление: депрессивный моноидеизм; депрессивные идеи самоуничтожения и самообвинения; депрессивный бред; суицидальные идеи;
  - двигательная сфера: ажитация;
  - воля: парабулии (суицидальные тенденции);
  - влечения: извращение (суицидальные намерения и действия);
  - ощущения: сенестопатии, сенестоалгии; психалгии;
  - восприятие: элементы деперсонализации и дереализации;
  - внимание: диспрозексия (заострение, патологическая прикованность к неблагоприятным, травмирующим ситуациям, событиям, внутренним переживаниям со снижением концентрации);
  - память: сосредоточенность на неприятных, тягостных моментах прошлого;
- Сомато-вегетативная аранжировка:*
  - со стороны вегетативной нервной системы: триада В.П. Протопопова (тахикардия, мидриаз, запоры);
  - со стороны органов и систем: соматические «маски» депрессии различной органно-системной принадлежности, нередко с выраженным алгическим компонентом (алгически-сенестопатическая, цефалгическая, паналгическая; абдоминальная, кардиалгическая, агрипническая etc.);
  - диссомнии, в том числе гиперсомнии;
  - астения.

*Клинические варианты:*

- по критерию редукции, гиперплазии либо трансформации одного из компонентов «классической» депрессивной

- триады (аффективного, ассоциативно-идеаторного и кинетико-моторного):
- — апатическая (с выпадением аффективного компонента, «негативной аффективностью»), с преобладанием ощущения угнетённости волевых устремлений и чувства утраты жизненного тонуса;
  - — анестетическая (с редукцией эмоционального компонента до состояния *anaesthesia psychica dolorosa* с субъективно тягостным чувством утраты эмоционального резонанса);
  - — с разнообразными аранжировками аффективного компонента: тревожная, ипохондрическая, анксиозная, дисфорическая, ангедоническая, «ироническая», «слезливая» etc.;
  - — адинамическая, или ступорозная (с превалированием бради- / гипокинетических и гипобулических проявлений, достигающих степени депрессивного ступора);
  - — ажитированная (с выраженным речедвигательным возбуждением, доходящим до уровня неистовства);
  - по критерию наличия психопатологических проявлений за пределами «классической» депрессивной триады:
    - — ананкастическая (с добавлением обсессивной симптоматики);
    - — пан[т][о]фобическая, или панолептическая (с множественными многообразными фобическими переживаниями);
    - — параноидная (с присоединением бредовых переживаний);
    - — истерическая (с истерической импрегнацией);
    - — астеническая (с преобладанием стойкой астенизации и явлений гиперестезии);
    - — алиенационная, или деперсонализационная (с доминированием деперсонализационно-дереализационных проявлений);
  - «депрессии без депрессии»: маскированные (ларвированные) депрессии:
    - — описанные выше соматические «маски», или эквиваленты, имитирующие очерченную нозоформу конкретной системно-органной принадлежности;
    - — вегетативная (с отчуждением соматочувствительных влечений, проявляющаяся преимущественно соматиче-

скими эквивалентами (снижение потребности в сне с диссомническими явлениями, ухудшение аппетита вплоть до [депрессивной] анорексии, подавление полового влечения) при стёртой психопатологической картине);

- по патогенетическим механизмам:
  - — психогенная;
  - — эндогенная;
  - — эндореактивная;
  - — соматогенная.

#### *Синдромогенез:*

1) психогенной депрессии: стрессорные воздействия → психотравматизация → срыв адаптационных механизмов → истощение катехоламиновой нейротрансмиттерной системы → повышение секреции кортизола → функциональные нарушения в структурах мозга (лимбико-таламической, гипоталамо-гипофизарной системах) с изменением концентрации моноаминов → понижение фона настроения и нарастание идеомоторной заторможенности + вегетативный симптомокомплекс + нарушения циркадных (циркадианных) ритмов;

2) соматогенной депрессии: церебрально-органическая патология (посттравматического, воспалительного, интоксикационного, нефротоксического, дисциркуляторного etc. генеза) → [стрессорные] воздействия → повышение секреции кортизола → функциональное нарушение в структурах мозга (лимбико-таламической, гипоталамо-гипофизарной системах) с изменением концентрации моноаминов → понижение фона настроения и нарастание идеомоторной заторможенности + вегетативный симптомокомплекс + нарушения циркадных (циркадианных) ритмов;

3) эндогенной депрессии: врождённые дефекты медиаторных систем → аномалии подкорковых систем регуляции вегетативно-эндокринных процессов → низкая стрессоустойчивость → стрессорные воздействия → психотравматизация → повышение секреции кортизола → функциональное нарушение в структурах мозга (лимбико-таламической, гипоталамо-гипофизарной системах) с изменением концентрации моноаминов → понижение фона настроения и нарастание идеомоторной заторможенности + вегетативный симптомокомплекс + нарушения циркадных (циркадианных) ритмов.

#### *Синдромокинез:*

— в рамках биполярного аффективного расстройства: депрессивный синдром → [интермиссия] → маниакальный синдром;

— в рамках аффективных модификаций: депрессивный синдром + комплиментарная аффективная аранжировка (тревожная, ипохондрическая, анксиозная, фобическая) → анксиозно-депрессивный, депрессивно-ипохондрический, депрессивно-фобический синдромы;

— в рамках иных психопатологических модификаций: депрессивный синдром + ассоциативно-идеаторная (обсессии) либо атрибутивная (например, депрессивный моноидеизм → голотимные бредовые идеи) аранжировка → соответственно депрессивно-обсессивный либо депрессивно-параноидный синдромы;

— в рамках патоперсоналогических модификаций: депрессивный синдром + экзацербация истерических проявлений либо присоединение истероформных реакций → депрессивно-истерический синдром;

— в рамках общей астенизации: депрессивный синдром + астенический компонент → астено-депрессивный синдром → «депрессия истощения»;

— в рамках соматизации: депрессивный синдром + психо-вегетативная аранжировка → сомато-вегетативный симптомокомплекс, органно-системные невроты, алгический синдром;

— в рамках возрастной инволюции: депрессивный синдром + возрастные изменения органической почвы → инволюционная меланхолия либо депрессивный синдром + кататонические симптомы + психоорганический синдром → пресенильная злокачественная депрессия;

— в рамках суицидогенеза: депрессивный синдром + идеи самоуничтожения и самообвинения → суицидальные мысли, намерения и действия;

— в рамках санации: депрессивный синдром → дезактуализация психотравмы → выздоровление.

*Синдромотаксис:* ипохондрический, фобический, обсессивный, [депрессивно-]параноидный, [псих]астенический синдромы, анксиозные состояния.

*Нозологическая принадлежность:*

- депрессивный невроз;
- иные невротические расстройства;
- циклотимия;
- маниакально-депрессивный психоз (биполярное аффективное расстройство);
- нозогенные депрессии;
- эпилепсия;
- соматические, инфекционные, интоксикационные, травматические психозы (после выхода из психотического состояния);
- эндокринные заболевания (эндокринный психосиндром);
- депрессивная форма прогрессивного паралича;
- посттравматическое стрессовое расстройство;
- инфаркт миокарда;
- инсульт («постинсультная депрессия»);
- «сосудистая депрессия» (при церебральном атеросклерозе);
- псевдопаралитический синдром сосудистого генеза;
- болезнь J. Parkinson'a;
- побочное действие лекарственных препаратов.

*Дифференциальная диагностика:*

- постшизофреническая депрессия;
- апато-абулический синдром;
- кататонический синдром;
- астенический синдром (астении любого генеза);
- ипохондрическое развитие личности;
- генерализованное тревожное расстройство;
- деменции (с депрессивной псевдодеменцией);
- соматоформные расстройства;
- соматическая патология различной системно-органной принадлежности.

*Отношение к терапии:* поддается как медикаментозному лечению, так и психотерапии (пропорция ответа зависит от особенностей психогенеза); характерно рекуррентное течение и феномен «эндореактивности», трансформирующий как отношение к различным модусам терапии, так и собственно уровень курабельности.

**Ипохондрический синдром** (греческое *ἵποχόνδριον* — подреберье, как предполагаемый источник страдания) — патологическое состояние в виде убежденности в наличии тяжёлого / неизлечимого заболевания с болезненной фиксацией на извращённой интероцепции, нередко с модификацией поведения.

*Уровень поражения:*

- невротический;
- психотический.

*Регистр(ы):*

- психогенный;
  - патоперсоналогический (при ипохондрическом развитии личности);
  - эндогенный (при формировании бредовой ипохондрии).
- Аффилированный патопсихологический регистр-синдром:*
- личностно-аномальный;
  - психогенно-невротический;
  - шизофренический;
  - психогенно-психотический.

*Патоперсоналогическая и / или психофизиологическая предрасположенность:* тревожная мнительность, склонность к застреванию аффекта, склонность к чрезмерной интеллектуализации.

*Структурные компоненты:**а) обязательные:*

- сенсорный (рецепторный);
- алгический;
- ассоциативный (идеаторный);
- прозективный;
- аффективный;
- конативный;

*б) факультативные:*

- [психо]вегетативный;
- астенический;
- этологический;
- сомнический.

*Сферная психопатология:**а) обязательные проявления:*

- ощущения: гиперестезии и гиперпатии; сенестопатии (как правило, чёткой органной принадлежности), сенестоалгии;

— мышление: нарушение суждений и умозаключений в виде убеждённости в наличии тяжёлого / неизлечимого заболевания; тенденция к формированию сверхценных, иногда — бредовых идей (бредовая ипохондрия);

— внимание: гиперпрозексия с фиксацией на патологической интероцепции;

— эмоции: изменение эмоционального фона (подавленность, тревога, гипотимия, опасения, страх);

— воля: гипобулия;

*б) факультативные проявления:*

— ощущения: висцеральные галлюцинации;

— воля: гипербулия со специфическим повышением активности;

— поведение: частые обращения к врачам с целью подтверждения или установления диагноза предполагаемой болезни, неверие в результаты отрицательной диагностики и упорные посещения других специалистов и диагностических центров.

*Сомато-вегетативная аранжировка:*

— психовегетативные реакции на высоте переживаний; вегетативные кризы;

— повышенная раздражительность, быстрая утомляемость, астенические проявления;

— множественные висцеральные алгии;

— диссомнии.

*Клинические варианты:*

— по уровню поражения:

— — невротический;

— — сверхценный;

— — бредовый;

— по патогенетическим механизмам:

— — сенсогенный;

— — идеогенный;

— по клинико-психопатологической аранжировке:

— — сенестопатически-ипохондрический;

— — астено-ипохондрический;

— — тревожно-ипохондрический;

— — депрессивно-ипохондрический;

— — фобически-ипохондрический;

— — обсессивно-ипохондрический.

*Синдромогенез:*

1) гиперперцепция + тревожная мнительность → ипохондрическая фиксация внимания на гомономных телесных ощущениях → сенестопатии → интеллектуальная переработка → ипохондрический синдром;

2) тревожная мнительность + склонность к навязчивостям → актуализация проблемы здоровья / болезни (вследствии ятро- либо нозогении, нозофобических реакций, социально-фармакологического прессинга) → интеллектуальная переработка → ипохондрический синдром;

3) патологическое возбуждение в интероцептивной сфере (рутинного сомато(невро)генного характера) → интероцептивная гиперестезия → аффективное переживание → сверхценная (доминирующая) либо навязчивая идея ипохондрического содержания → ипохондрическая детализация (обстоятельность) мышления → ипохондрический синдром;

4) [псих]астения → ипохондрический модус реагирования → интеллектуальная переработка → ипохондрический синдром;

5) стрессорные воздействия → психотравматизация → соматизация переживаний → ипохондрический модус реагирования → ипохондрический синдром.

*Синдромокинез:*

— ипохондрический синдром → ипохондрический невроз;

— ипохондрический синдром → ипохондрическое развитие личности;

— ипохондрический синдром → сверхценная ипохондрия;

— ипохондрический синдром → паранойяльный синдром (катестетический бред, бредовая ипохондрия);

— ипохондрический синдром → парафренный синдром (синдром J. Cotard'a [— J.E. Seglas'a]);

— ипохондрический синдром → выздоровление.

*Синдромотаксис:* сенестопатически-, астено-, тревожно-, депрессивно-, фобически-, обсессивно-ипохондрический синдромы; соматоформные, психастенический, истерический синдромы.

*Нозологическая принадлежность:*

— неврозы (прежде всего одноимённый);

— ипохондрическое развитие личности;

— депрессивные расстройства различной этиологии;



- органические поражения головного мозга;
- заболевания нервной системы различной этиологии.

*Дифференциальная диагностика:*

- нозофобические реакции (в том числе ятрогении);
- нозофилия (в том числе синдром Мюнхгаузена);
- обсессивно-фобический синдром;
- синдром J. Cotard'a [— J.E. Seglas'a];
- соматоформные расстройства;
- дисморфобия и дисморфомания;
- шизофрения (ипохондрическая шизофрения);
- истерия;
- маскированные (ларвированные) депрессии с различными соматическими масками;
- хронические соматические заболевания.

*Отношение к терапии:* высокорезистентен.

**Истероформный синдром** (греческое *ἵστερα* — матка, «блуждание» коей полагалось причиной страдания + латинское *forma* — внешний вид) — патологическое состояние психотравматического генеза в виде совокупности полиморфных психопатологических, сенсорных, вегетативно-висцеральных и двигательных нарушений с аффективно-моторными и аффективно-вегетативными припадками гистриоидного характера.

*Уровень поражения:*

- невротический;
- психотический.

*Регистр(ы):*

- психогенный;
- патоперсоналогический.

*Аффилированный патопсихологический регистр-синдром:*

- психогенно-невротический;
- личностно-аномальный;
- психогенно-психотический.

*Патоперсоналогическая и / или психофизиологическая предрасположенность:* гистриоидные черты, демонстративность; эгоцентризм и аутодраматизация; психофизический инфантилизм; повышенная внушаемость; склонность к фантазированию; частые состояния фрустрации; гиперконформность; органическая несостоятельность нервной системы.

*Структурные компоненты:*

*а) обязательные:*

- аффективный;
- конативный;
- [психо]вегетативный;
- этологический;
- ассоциативный (идеаторный);
- вербальный;

*б) факультативные:*

- сенсорный (рецепторный);
- мнестический;
- сунейдетический;
- алгический;
- астенический;
- кинетический (моторный);
- когнитивный.

*Сферная психопатология:*

*а) обязательные проявления:*

- эмоции: лабильность аффекта, неустойчивый фон настроения, повышенная возбудимость;
- воля: повышенная внушаемость, подчиняемость, влияние окружающих или обстоятельств;
- поведение: театральность, демонстративность, стремление находиться в центре внимания, чрезмерная озабоченность физической привлекательностью; истерические паттерны; толерантность («*belle indifference*») к симптомам;
- мышление: пуэрилизм, психический инфантилизм; «аффективная логика», бредоподобные фантазии;
- речь: эмфатико-интонационное богатство, эмоциональность, образность, экспрессивность, излишняя патетичность; афония; запинание, заикание; скандированная речь;

*б) факультативные проявления:*

- ощущения: гип-, ан-, паре- и гиперестезии; сенестопатии и истерические боли; нарушения зрения и слуха (концентрическое сужение полей зрения (тубулярное зрение), истерические диплопия, амавроз, фотофобия, нарушения цветоощущения, истерическая глухота);
- память: амнезии (селективная, генерализованная, локализованная, непрерывная etc.);

— сознание: обмороки, сумерки, фуга, транс, псевдокома; сомнамбулизм; летаргия;

— двигательная сфера: истерические припадки; судороги, истерическая дуга; параличи (парезы), контрактуры, истерическая моноплегия [руки], гемиплегия, нижняя параплегия; истерическая кривошея; блефароспазм, птоз, «спазм конвергенции», двусторонний спастический мидриаз, нистагм; тризм; психогенная астазия-абазия (чаще дисбазия), истерический мутизм etc.;

— интеллект: псевдодеменция.

*Сомато-вегетативная афанжировка:*

— со стороны вегетативной нервной системы: повышение периостальных, сухожильных рефлексов; лабильность пульса; гиперемия или бледность кожи; анорексия, дисфагия, рвота; одышка, сердцебиение, обмороки; дисменорея; мнимая беременность; globus hystericus;

— множественные алгии разнообразной соматической локализации;

— астенические проявления, в том числе постиктальные астении.

*Клинические варианты:*

— истероневрастения;

— истерофобия;

— истероипохондрия;

— истерокаталепсия;

— истерошизофрения;

— истероэпилепсия.

*Синдромогенез:* индивидуально-характерологические и конституционально-персонологические особенности → стрессорные воздействия → психотравматизация → истерический тип реагирования → формирование истерических паттернов → истероформный синдром.

*Синдромокинез:*

— истероформный синдром → истерия;

— истероформный синдром → неврастения;

— истероформный синдром → соматоформные синдромы.

*Синдромотаксис:* варианты астенического синдрома, неврастенический симптомокомплекс, ипохондрический, соматоформные синдромы.

*Нозологическая принадлежность:*

— истерический невроз (истерия);

— конверсионные расстройства;

— истероидная акцентуация черт характера;

— истерическое расстройство личности (истероидная психопатия).

*Дифференциальная диагностика:*

— эписиндром;

— не-эпилептические пароксизмы (транзиторные ишемические атаки, гипогликемические эпизоды, синкопальные состояния, пароксизмальная дистония, атаксия, пароксизмальная миоплегия, катаплетические приступы etc.);

— параличи и парезы центрального либо периферического генеза;

— обморок, коллапс, комы различного генеза;

— хореоатетоз различного генеза;

— сумеречное расстройство сознания;

— начальные стадии демиелинизирующих заболеваний;

— этнопсихопатологические синдромы.

*Отношение к терапии:* резистентен, отчасти поддается психотерапии; характерен ответ на плацебо с суггестивным препотенцированием.

**Обсессивно-компульсивный синдром** (латинские *obsessio* — осада, охватывание + *compulsio* — принуждение) — патологическое состояние в виде сочетания периодически повторяющихся, стойких, спонтанных (непроизвольных, немотивированных), тематически скудных, чуждых содержанию сознания, эмоционально монотонных, субъективно тягостных мыслей, модифицирующих поведение, и требующих реализации побуждений к действиям.

*Уровень поражения:*

— невротический;

— парапсихотический.

*Регистр(ы):*

— психогенный;

— органический;

— патоперсонологический.

*Аффилированный патопсихологический регистр-синдром:*

— психогенно-невротический.

*Патоперсоналогическая и / или психофизиологическая предрасположенность:* ананкастные, психастенические черты; торпидность, инертность мышления; склонность к ретенции аффекта.

*Структурные компоненты:*

*а) облигатные:*

- ассоциативный (идеаторный);
- кинетический (моторный);
- аффективный;
- конативный;
- прозективный;
- этологический;

*б) факультативные:*

- мнестический;
- [псих]астенический;
- [психо]вегетативный;
- инстинктивный;
- сунэйдетический.

*Сферная психопатология:*

*а) облигатные проявления:*

— мышление: аффективно детерминированные нарушения ассоциативного процесса в виде наличия навязчивых мыслей (периодически повторяющихся, стойких, произвольных, немотивированных, тематически скудных, чуждых содержанию сознания, субъективно тягостных) с наличием критического к ним отношения; обнаруживается тенденция к расширению дальности ассоциирования;

— двигательная сфера: непреодолимые побуждения к действию и собственно навязчивые действия — компульсии (периодически повторяющиеся, стойкие, произвольные, немотивированные, чуждые содержанию сознания, субъективно тягостные), нередко сложноорганизованные;

— эмоции: фоновая (базальная) или ситуативная тревога либо страх с тенденцией к нарастанию при попытках противостоять навязчивым мыслям и действиям и кратковременное устранение тревоги и напряжения в случае их реализации;

- воля: снижение волевого контроля;
- внимание: специфическая тематическая гиперпрозекция;

— поведение: ритуалы катартического, абреактивного, дефензивного, превентивного характера (иногда с принуждением к участию в них лиц из ближайшего окружения).

*б) факультативные проявления:*

- память: навязчивые воспоминания;
- мышление: повышенная истоцаемость;
- эмоции: гипотимия; лабильность;
- влечения: навязчивые влечения (желания);
- сознание: аффективное сужение.

*Сомато-вегетативная аранжировка:* психовегетативные реакции на высоте переживаний.

*Клинические варианты:*

- по синдромальной структуре:
  - — обсессивный синдром;
  - — компульсивный синдром;
- по патогенетическим механизмам:
  - — психогенные (аффектогенные);
  - — криптогенные;
- по частностям клинико-психопатологической картины (поражённая сфера, тематичность, предметность etc.):
  - — навязчивые представления;
  - — контрастные навязчивости;
  - — навязчивые сомнения;
  - — навязчивые страхи;
  - — навязчивые воспоминания;
  - — навязчивые припоминания (ономатомания);
  - — навязчивый счёт (аритмомания);
  - — синдром дезавтоматизации вегетативных функций.

*Синдромогенез:*

1) актуальная психотравма → торпидный аффект → попытка интеллектуальной переработки → навязчивые мысли → попытки подавления / разрешения → навязчивые действия / ритуалы;

2) актуальная психотравма → вытеснение с амнезией → бессознательная переработка → повышение уровня аффективного напряжения → нарастание раздражительности → переадресованная агрессия → навязчивые действия.

*Синдромокинез:*

— обсессивно-компульсивный синдром → [обсессивно-]фобический синдром;

- обсессивно-компульсивный синдром → психастенический синдром;
- обсессивно-компульсивный синдром → [тревожно-]депрессивный синдром;
- обсессивно-компульсивный синдром → ананкастное развитие личности;
- обсессивно-компульсивный синдром → бредообразование с ритуализацией;
- обсессивно-компульсивный синдром → выздоровление.

*Синдром таксис:* обсессивно-фобический, психастенический, [тревожно-]депрессивный синдромы, ананкастное расстройство личности.

*Нозологическая принадлежность:*

- невротические расстройства (прежде всего, одноимённое, а также неврастения и психастения);
- органические поражения головного мозга;
- эпилепсия;
- депрессивные состояния различной этиологии.

*Дифференциальная диагностика:*

- псевдообсессивный синдром (как вариант или стадия формирования параноидного синдрома при шизофрении);
- обсессивно-фобический синдром;
- синдром насильственных мыслей и действий при психопатологии органического генеза;
- персеверации с субъективным переживанием насильственности и насильственные двигательные акты при постэнцефалитическом паркинсонизме;
- пароксизмальные состояния сходной психопатологической структуры при эпилепсии;
- постэнцефалитическая акайрия;
- борьба мотивов (как нормальный этап принятия волевого решения);
- ритуалы при шизофрении;
- навязчивые сомнения как проявления амбивалентности при шизофрении;
- психопатии психастенического круга;
- гиперкинезы различной этиологии;
- этнопсихопатологические синдромы.

*Отношение к терапии:* высокорезистентен; отчасти поддаётся когнитивно-бихевиоральной терапии; эффективна электро-конвульсивная терапия.

**[Обсессивно-]фобический синдром** (греческое *φόβος* — страх, ужас) — патологическое состояние в виде сочетания периодически повторяющихся, ситуативно детерминированных, овладевающих сознанием и чуждых его содержанию, чаще устойчивых и монообъектных, субъективно тягостных мыслей и воспоминаний, сопровождающихся аффектом предметного страха, с тенденцией к персеверирующей чувственно-образной реконструкции, зачастую модифицирующих поведение.

*Уровень поражения:*

- невротический;
- парапсихотический.

*Регистр(ы):*

- психогенный;
- органический;
- патоперсонологический.

*Аффилированный патопсихологический регистр-синдром:*

- психогенно-невротический.

*Патоперсонологическая и / или психофизиологическая предрасположенность:* ананкастные, психастенические черты; торпидность, инертность мышления; склонность к ретенции аффекта.

*Структурные компоненты:*

*а) облигатные:*

- ассоциативный (идеаторный);
- аффективный;
- мнестический;
- конативный;
- прозективный;

*б) факультативные:*

- [псих]астенический;
- [психо]вегетативный;
- кинетический (моторный);
- этологический;
- сунэйдетический.

*Сферная психопатология:*

*а) облигатные проявления:*

— мышление: нарушения ассоциативного процесса в виде наличия ситуативно детерминированных, овладевающих сознанием и чуждых его содержанию, субъективно тягостных мыслей с чёткой фабулой переживания и сохранностью критического к ним отношения; нарушение суждений в виде фобических идей;

- эмоции: патологическая изменённость аффекта (предметный страх либо тревожные опасения);
- память: навязчивые воспоминания с тенденцией к персеверирующей чувственно-образной реконструкции;
  - воля: снижение волевого контроля;
  - внимание: специфическая тематическая гиперпрозекция;
- б) *факультативные проявления*:
  - мышление: повышенная истощаемость психических процессов;
  - эмоции: тревога; гипотимия; аффективная лабильность;
  - двигательная сфера: элементарные движения (единичные компульсии) или сложноорганизованные действия дефензивного либо разрешающего характера;
    - поведение: ритуалы дефензивного, превентивного, реже — абреактивного либо катартического характера;
    - сознание: аффективное сужение.

*Сомато-вегетативная аранжировка*: психовегетативные реакции на высоте переживаний.

*Клинические варианты*: признак «предметности» страха при фобиях обуславливает существование большого количества их клинических вариантов, с тенденцией к их мультипликации за счёт использования различных идентичных по значению либо различающихся оттенками, взаимодублирующих греческих и латинских корней,— причём один и тот же термин несёт несколько, а порой и множество, смыслов; наиболее распространёнными являются:

- связанные с пространством и ощущением высоты (агора-, агиро-, клаустро-; гипсо- и аэроacro-; кремнофобия);
- провоцируемые ситуациями социального взаимодействия (социо-, демо-, антропо-, ксено-, нео-, оммато-, гапто-, эрейтофобия);
- порождаемые явлениями природы и гелиогеофизическими факторами (аэро-, гидро-, гелио-, гляцио-; астра-, бронто- и керауно-; радио-; пиро-; крио- и термо-; селено-; никтофобия etc.);
- отражающие боязнь загрязнения (мизо-, сепло-, трихо-), заражения инфекционными (вено-, дермато-, бацилло-, фтизио-) и паразитарными (гельминто-, педикуло-, акаро- и иные паразитофобии), а также отравления (токсикофобия);

- связанные с заболеваниями (нозо- или патофобии: кардио-, канцеро-, лиссо-, скотома-, денто-, прокто-, травмато-, вертиго-, алго-, дементо-), изменениями (дисформо-, геронто-, пеладо-, рити-, обезо-, терато-), средами и отправлениями (гемо-, копро-, аутодизомо-, уро-, парурез), физиологическими функциями (фаго-, дипсо-, лого-, гипно-, сомни-, онейро-, петто-, vomito-), органами чувств (акустико-, ольфакто- и осмо-, фото-) и медицинской сферой в целом (нозокоме-; фармако-; ятро-, томо-, вакцино-, энетофобия);
  - относящиеся к сексуально-репродуктивной сфере (гетеро- и гомо-; андро- и гинеко-; вирго-, партено-; эрото-, интимо-, които-; пенисо- и кольцо-; примейзодо- и дефлорацио-; гимно-; мено-, токо-, гравидо-; педо-; пара-; онанофобия);
  - ассоциированные со смертью и погребением (танато-, некро-, тафо-, койметрофобия);
  - вызываемые животными (роденто-, музо- и веспертилио-; герпето-; кино- и галео-; тауро-; селохо- и ихтио-; гиппо-; орни-то- и прочие зоофобии) и насекомыми (арахно-, мелиссо-, мирмеко- и другие инсектофобии).

Существуют фобии, где предметом страха выступают любые водные процедуры (аблюто-) и сухость в различных её проявлениях (ксеро-), символика (символо-) и цифры (аритмо-), цвета как таковые (хромато-) и конкретные цвета (чаще — мелано-), путешествия (дромо-, тропо-) и, отдельно, поездки по железной дороге (сидеродромо-), механизмы (механо-) и оружие (гопло-, энето-), ограбление (клепто-) и нищета (пениа-), лестницы (климако-) и предметы религиозных культов (агио-); описаны боязнь пристального разглядывания другими (скопто-) и зеркал (спектро-), морей (талассо-) и озёр (лимно-), кукол (глено-) и клоунов (коулро-), ответственности (гипенгио-) и публичных выступлений (глоссо-), а также страх осмеяния (катагело-) и опасения выказывать веселье в неподобающей ситуации (хайро-), etc.

*Синдромогенез*: актуальная психотравма → торпидный аффект → повышение уровня тревоги → кристаллизация объекта страха → навязчивый страх → оформление фобии.

*Синдромокинез*:

- обсессивно-фобический синдром → обсессивно-компульсивный синдром;
- обсессивно-фобический синдром → ананкастное развитие личности;

- обсессивно-фобический синдром → [тревожно-]депрессивный синдром;
- обсессивно-фобический синдром → психастенический синдром;
- обсессивно-фобический синдром → панический синдром;
- обсессивно-фобический синдром → выздоровление.

*Синдром таксис:* обсессивно-компульсивный, психастенический, [тревожно-]депрессивный синдромы, ананкастное расстройство личности, анксиозные состояния, панический синдром.

*Нозологическая принадлежность:*

- расстройства невротического круга (прежде всего, одноимённое, а также неврастения, психастения и «невроз ожидания»);
- посттравматическое стрессовое расстройство;
- расстройства органического круга (в том числе постэнцефалитические).

*Дифференциальная диагностика:*

- псевдообсессивный синдром (как вариант или стадия формирования параноидного синдрома при шизофрении);
- препсихотический страх на стадии кристаллизации бреда («трема»);
- синдром насильственных мыслей (в депрессивно-фобической аранжировке) при психопатологии органического генеза;
- обсессивно-компульсивный синдром;
- ипохондрия.

*Отношение к терапии:* высокорезистентен.

**Панический синдром (паническая атака)** (греческое *πανικός* — [внушаемый богом Паном] безотчётный ужас) — патологическое состояние в виде сочетания острого скоропреходящего (чаще спонтанного и немотивированного) приступа интенсивной тревоги и / или страха в богатой вегетативной аранжировке и аффектогенных нарушений мышления, иногда с деперсонализационными и дереализационными явлениями.

*Уровень поражения:*

- невротический.

*Регистр(ы):*

- психогенный;
- соматогенный;
- органический.

*Аффилированный патопсихологический регистр-синдром:*

- психогенно-невротический.

*Патоперсонологическая и / или психофизиологическая предрасположенность:* сенситивность, тревожная мнительность; истероидность.

*Структурные компоненты:*

*а) облигатные:*

- сенсорный (рецепторный);
- перцептивный;
- аффективный;
- вербальный;
- [психо]вегетативный;
- прозективный;
- ассоциативный (идеаторный);
- сунэйдетический;

*б) факультативные:*

- кинетический (моторный);
- этологический.

*Сферная психопатология:*

*а) облигатные проявления:*

- ощущения: парестезии; разнообразные и множественные телесные сенсации;
- восприятие: психосенсорные расстройства в виде деперсонализационных и дереализационных переживаний;
- эмоции: изменения аффекта в виде страха, тревоги, паники;
- речь: речевое возбуждение (массивные постуляции, часто с мольбой о помощи);
- внимание: специфическая гиперпрозекция;
- мышление: спутанность мыслей (снижение произвольности мышления);
- сознание: аффективное сужение; постиктальная сомнолентность;

*б) факультативные проявления:*

- эмоции: аффектогенный страх «телесной катастрофы» либо смерти (реже — потери самоконтроля, сумасшествия);

- мышление: аффективная логика;
- двигательная сфера: психомоторное возбуждение;
- поведение: сложноорганизованные формы дефензивного либо аутосотерианского характера; фугиформные реакции.

*Сомато-вегетативная франжировка:* симпато-адреналовый криз.

*Клинические варианты:*

- атрибутивные (психогенно спровоцированные);
- алекситимические («без переживания страха»);
- гипертипические (без переживания страха и после окончания атаки);
- экзистенциальные («со страхом телесной катастрофы», смерти, сумасшествия).

*Синдромогенез:* психотравма (соматогения, экзогения) → каскад реакций симпато-адреналовой дисрегуляции → фиксация аффекта тревоги / страха → тревожное ожидание приступа → триггерное воздействие → запуск цепи патологических нейрогуморальных механизмов → нарастание психовегетативного возбуждения → паническая атака.

*Синдромокинез:*

- панический синдром → анксиозно-фобический синдром;
- панический синдром → обсессивно-фобический синдром;
- панический синдром → [тревожно-]депрессивный синдром;
- панический синдром → паническое расстройство;
- панический синдром → генерализованное тревожное расстройство;
- панический синдром → психастенический синдром;
- панический синдром → выздоровление.

*Синдромотаксис:* истероформный, анксиозно- и обсессивно-фобический, [тревожно-]депрессивный, психастенический синдромы.

*Нозологическая принадлежность:*

- паническое расстройство;
- органическая патология головного мозга;
- фармакогенная патология;
- некоторые этнопсихопатологические синдромы.

*Дифференциальная диагностика:*

- агорафобия и другие разновидности социальных фобий;
- психомоторное возбуждение (истерическое, делириозное, эпилептическое, кататоническое etc.);
- генерализованное тревожное расстройство;
- соматоформные дисфункции (прежде всего соматоформная вегетативная дисфункция сердечно-сосудистой системы);
- эндогенные и реактивные депрессии (ажитированные, особенно состояние «*raptus melancholicus*»);
- острая интоксикация психоактивными веществами либо синдром отмены;
- реактивные психозы;
- гипертонический криз;
- состояние физиологического аффекта («сильного душевного волнения»);
- кардиологическая патология;
- бронхиальная астма;
- [галлюцинаторно-]бредовые синдромы;
- эндокринная патология (в том числе феохромоцитомы, тиреотоксикоз);
- патологический климакс;
- митохондриальные заболевания.

*Отношение к терапии:* высокорезистентен, поддается медикаментозной терапии и тренинговой (когнитивно-бихевиоральной и аутосуггестивной) психотерапии; характерно спонтанное рецидивирование.

*Психастенический синдром* (греческие *ψύχω* + *άσθενεια*) — патологическое состояние своеобразной «психической слабости» в виде болезненно повышенных впечатлительности, тревожности, мнительности, с неуверенностью в своих личностных качествах, способностях, поступках, тягостными сомнениями, затруднениями в принятии решений, непереносимостью ответственности.

*Уровень поражения:*

- невротический;
- парапсихотический.

*Регистр(ы):*

- патоперсонологический;
- психогенный;

- органический;
- соматогенный.

*Аффилированный патопсихологический регистр-синдром:*

- личностно-аномальный;
- психогенно-невротический.

*Патоперсоналогическая и / или психофизиологическая предрасположенность:* сенситивность, нерешительность, неуверенность, тревожная мнительность, склонность к тягостным колебаниям и сомнениям, слабодушие, боязливость, стеснительность; нервно-психическая слабость; ананкастные проявления; необходимость внешней инициации и постоянного одобрения.

*Структурные компоненты:*

*а) обязательные:*

- астенический;
- сенсорный (рецепторный);
- конативный;
- ассоциативный (идеаторный);
- прозективный;
- мнестический;
- аффективный;
- [психо]вегетативный;
- алгический;
- сомнический;
- кинетический (моторный);
- этологический;

*б) факультативные:*

- перцептивный;
- когнитивный;
- инстинктивный.

*Сферная психопатология:*

*а) обязательные проявления:*

- ощущения: гиперпатия, психическая гиперестезия;
- воля: неустойчивость мотивации;
- мышление: быстрая истощаемость психических процессов; лёгкость возникновения негативно-коннотированных ассоциаций; нарушения суждений (идеи собственной малоценности, социальной неуспешности, боязнь неодобрения; двойственность); инертность, гипертрофированная аналитичность мышления; мучительные колебания и сомнения; склонность

к навязчивостям и страхам; тревожное ожидание возможных опасностей и неприятных событий;

- внимание: гипопрозеция (рассеянность, неустойчивость, повышенная истощаемость);

- память: ослабление мнестических способностей, прежде всего за счёт гипопрозеции и неустойчивой (зачастую — низкой) мотивации;

- эмоции: гиперсенситивность; лабильность фона настроения; базальная тревога; постоянное беспокойство; аффективное напряжение;

- двигательная сфера: повышенная утомляемость;

- поведение: избегание перегрузок и любых жизненных трудностей и ситуаций, требующих принятия решений;

*б) факультативные проявления:*

- восприятие: элементы деперсонализации;

- интеллект: вторичная интеллектуальная несостоятельность;

- эмоции: гипотимия; ситуативная тревога; чувство страха;

- воля: гипобулия;

- влечения: снижение либидо.

*Сомато-вегетативная аранжировка:*

- астения;

- со стороны вегетативной нервной системы: утомляемость, раздражительность;

- со стороны нервно-мышечного аппарата: дефекты моторики; тики;

- соматическая сфера: патологические вазомоторные явления, вегето-висцеральные реакции;

- цефалгии;

- диссомнии.

*Клинические варианты:* клинико-психопатологически синдром фактически гомогенен; некоторые различия обнаруживаются в силу разной этиологии: к классической психастении конституционально-типологического характера примешиваются либо психоорганические черты, либо звучание актуальной психотравмы в случае психогенного происхождения патологии.

*Синдромогенез:* конституционально-типологическая почва → множественные ситуативные стрессорные воздействия → психотравматизация с нарастающими явлениями астенизации и невротизации → психастенический синдром.



*Синдромокинез:*

- психастенический синдром → обсессивно-компульсивный синдром;
- психастенический синдром → обсессивно-фобический синдром;
- психастенический синдром → тревожно-депрессивный синдром;
- психастенический синдром → астеническая психопатия.

*Синдромотаксис:* обсессивно-компульсивный, обсессивно-фобический, астенический (в различных вариациях), тревожно-депрессивный синдром, психовегетативный, ипохондрический синдромы.

*Нозологическая принадлежность:*

- невротические расстройства (прежде всего так называемая «психастения» и неврастения, а также невроз навязчивых состояний);
- расстройства личности (психопатии) астенического и ананкастного кругов;
- органическая патология головного мозга;
- длительно протекающие хронические соматические заболевания.

*Дифференциальная диагностика:*

- варианты астенического синдрома различного генеза;
- «синдром хронической усталости»;
- иные расстройства личности (психопатии);
- шизотипическое расстройство (неврозоподобная шизофрения);
- простая шизофрения;
- психоорганический синдром (в том числе постэнцефалитический).

*Отношение к терапии:* высокорезистентен; отчасти поддаётся психотерапии (аутосуггестивные методики в психотоническом варианте и, в меньшей степени, когнитивно-бихевиоральная терапия) при условии формирования конгруэнтного психофармакологического фона.

*Психовегетативный синдром* (греческое *ψύχω* + латинское *vegeto* — расти, произрастать) — транзиторное патологическое состояние в виде полисистемного вегетативного ответа на субъективно значимый психогенный фактор.

*Уровень поражения:*

- невротический.

*Регистр(ы):*

- психогенный;
- органический;
- экзогенный;
- соматогенный.

*Афффилированный патопсихологический регистр-синдром:*

- психогенно-невротический;
- экзогенно-органический;
- эндогенно-органический.

*Патоперсонологическая и / или психофизиологическая предрасположенность:* нервно-психическая слабость; сенситивность, тревожная мнительность, слабодушие, боязливость; истероидность.

*Структурные компоненты:**а) облигатные:*

- [психо]вегетативный;
- сенсорный (рецепторный);
- перцептивный;
- прозективный;
- аффективный
- кинетический (моторный);

*б) факультативные:*

- сунэйдетический;
- астенический;
- алгический;
- этологический.

*Сферная психопатология:**а) облигатные проявления:*

- ощущения: гипер- и парестезии;
- восприятие: элементы дереализации и деперсонализации;
- внимание: рассеянность, лабильность, сужение;
- эмоции: изменение фона настроения (гипотимия, тревога, страх); аффективная лабильность;
- двигательная сфера: мышечно-дистонические проявления, наличие функционально обусловленных контрактур, общей слабости;

*б) факультативные проявления:*

— сознание: сужение; обнубияция; постиктальная сомнолентность;

— ощущения: сенестоалгии в отдельных группах мышц;

— поведение: избегающие, охранительные, дефензивные, превентивные модификации.

*Сомато-вегетативная аранжировка:*

— со стороны вегетативной нервной системы: симпатико- или ваготонические расстройства (выраженные колебания артериального давления, изменение частоты сердечных сокращений, одышка, гипергидроз, головокружение, тошнота, дрожь в теле etc.);

— алгические проявления, в том числе постиктальные цефалгии;

— астения;

— со стороны эндокринной системы: вегетативно-опосредованные системные реакции с нарушением катехоламиновой, тиреоидной и других видов гуморальной секреции.

*Клинические варианты:* определяются довлеющей аффективной аранжировкой (депрессивной, тревожной, ипохондрической etc.) и, соответственно, аффектогенными психопатологическими нарушениями в иных сферах.

*Синдромогенез:* истощённая либо конституционально нестабильная нервная система → ситуативные стрессорные воздействия → психотравматизация → выраженная неспецифическая вегетативная реакция → фиксация паттерна реагирования в психогенно-значимой ситуации → психовегетативный синдром.

*Синдромокинез:*

— психовегетативный синдром → варианты астенического синдрома;

— психовегетативный синдром → психастенический синдром;

— психовегетативный синдром → [тревно-]депрессивный синдром;

— психовегетативный синдром → соматоформные синдромы;

— психовегетативный синдром → ипохондрический синдром;

— психовегетативный синдром → выздоровление.

*Синдромотаксис:* варианты астенического синдрома, психастенический, ипохондрический, соматоформные синдромы, тревожные расстройства.

*Нозологическая принадлежность:*

— невротические расстройства;

— маскированная (ларвированная) депрессия;

— вегето-сосудистая / нейроциркуляторная дистония;

— органическое поражение центральной нервной системы.

*Дифференциальная диагностика:*

— широкий спектр соматической и психосоматической патологии;

— соматоформные расстройства;

— паническое расстройство;

— генерализованное тревожное расстройство;

— состояние физиологического аффекта;

— диэнцефальные кризы.

*Отношение к терапии:* хорошо поддаётся фармакотерапии, несколько хуже — психотерапии (преимущественно когнитивно-бихевиоральной терапии и аутогипнотическому тренингу); характерно рецидивирование в индивидуально-значимых психотравмирующих ситуациях.

*Соматоформные синдромы* (греческое *σῶμα* — тело + латинское *forma*) — патологические состояния в виде множественных несистематизированных сенесто-ипохондрических переживаний различной системно-органной идентификации, имитирующих проявления соответствующей соматической патологии, без наличия конгруэнтного патоморфологического субстрата либо с гиперболизацией соматоформных факторов.

*Уровень поражения:*

— невротический.

*Регистр(ы):*

— психогенный;

— соматоформный.

*Аффилированный патопсихологический регистр-синдром:*

— психогенно-невротический;

— личностно-аномальный.

*Патоперсоналогическая и / или психофизиологическая предрасположенность:* сенситивность, тревожная мнительность, склонность к

патологической интроспекции, ипохондричности, соматизации переживаний.

*Структурные компоненты:*

*а) обязательные:*

- [сомато]сенсорный (рецепторный);
- прозективный;
- ассоциативный (идеаторный);
- аффективный;
- конативный;
- [психо]вегетативный;
- этологический;

*б) факультативные:*

- алгический;
- астенический;
- сомнический;
- перцептивный.

*Сферная психопатология:*

*а) обязательные проявления:*

- ощущения: гипер- и парестезии, нередко сенестопатии;
- внимание: гиперпрозекция — заострение, патологическая фиксация на телесных ощущениях;

— мышление: склонность к ипохондрическим идеям, доходящим до уровня доминирующих и сверхценных; постоянная диагностическая озабоченность; гиперболизация переживаний относительно якобы имеющегося заболевания и состояния здоровья в целом;

— эмоции: гипо- и паратимии, патологическая тревога (нередки анксиозно-фобические и анксиозно-депрессивные аранжировки); нередко — аффективная лабильность;

— воля: гипербулия — патологическая активность в установлении факта наличия соматического заболевания; парабулия — настойчивый поиск хирургических вмешательств с неоднократной реализацией побуждений;

— поведение: постоянные посещения профильных медицинских специалистов с целью выявления заболевания, постановки диагноза и назначения терапии;

*б) факультативные проявления:*

— восприятие: гиперпатическая интроспекция; элементы деперсонализации на высоте переживаний.

*Сомато-вегетативная аранжировка:*

— со стороны вегетативной нервной системы: неспецифический комплекс вегетативных симпатико- или ваготоничес-

ких реакций в ответ на субъективно значимые переживания (богатые [психо]вегетативные аранжировки патосоматических ощущений и нозофобических переживаний);

— нередко алгии соответствующей органно-системной локализации;

— астения;

— диссомнии.

*Клинические варианты:*

— соматизированное расстройство;

— соматоформная вегетативная дисфункция различных систем и органов;

— соматоформное болевое расстройство.

*Синдромогенез:* патоперсоналогическая и конституционально-психофизиологическая основа → ситуативные стрессорные воздействия (в том числе ятрогенного характера) → психотравматизация → соматизация актуальных эмоциональных переживаний («конверсия на орган») → выраженная неспецифическая вегетативная или алгическая реакция либо соматические сенсации какой-либо органно-системной принадлежности → закрепление патологического модуса реагирования («бегство в болезнь») → соматоформный синдром.

*Синдромокинез:*

— соматоформный синдром → варианты астенического синдрома;

— соматоформный синдром → психастенический синдром;

— соматоформный синдром → [анксиозно-]депрессивный синдром;

— соматоформный синдром → психовегетативный синдром;

— соматоформный синдром → ипохондрический синдром;

— соматоформный синдром → обсессивно-фобический синдром;

— соматоформный синдром → обсессивно-компульсивный;

— соматоформный синдром → панический синдром;

— соматоформный синдром → выздоровление.

*Синдромотаксис:* ипохондрический, обсессивно-фобический, обсессивно-компульсивный, психовегетативный синдромы, различные варианты астенического синдрома.

*Нозологическая принадлежность:*

— соматоформные расстройства.

*Дифференциальная диагностика:*

— соматические заболевания соответствующей органно-системной принадлежности;

— ипохондрия (включая ипохондрическое развитие личности);

— соматические маски депрессии;

— вегето-сосудистая / нейроциркуляторная дистония;

— истерия;

— сенесто-ипохондрический бред различной нозологической принадлежности (в том числе бред J. Cotard'a);

— психопатии астенического круга;

— психастения;

— фантомные боли (например, после холецист- или гистерэктомии etc.);

— установочное поведение.

*Отношение к терапии:* поддается психотерапии (преимущественно гипносуггестивной и рациональной, а также инструментально-опосредованной), характерно протрагированное прогрессивное течение с экзацербациями (в том числе соматогенными).

## 5.2. Клинико-психопатологическая феноменология / синдромология *sub specie* психотерапии

Я вполне отдаю себе отчет в том, что рассматриваю феноменологию психопатологическую для целей и нужд феноменологии психотерапевтической; однако — первая ничуть не объективнее второй (и даже более того: понятие «бред», например, неизмеримо более конвенционально, нежели понятие «внушение», и так почти во всём).

Однако ситуация тотальной конвенциональности в психиатрии имеет и обратный — как ни парадоксально, позитивный — эффект: психиатры всё-таки говорят на одном языке, легко нанизывая уточняющие, чаще эпонимические, ряды квалифицирующих терминов: *сеюнкция* по С. Wernicke (1848 — 1905), *дизнойя* по С.С. Корсакову (1854 — 1900), *интрапсихическая атаксия* по Е. Stransky (1878 — 1962), *дезагрегация* по С.А. Суханову (1867 — 1915), *расщепление* по [P.]E. Bleuler'y, *дискордантность* по Ph. Chaslin'y (1857 — 1923), *гипотония сознания* по J. Berze (1866 — 1957(8)) и так далее; в психотерапии же, при наличии реальной физиологической — и зачастую дис-

курсивно корректной — базы, простые констатирующие понятия, за исключением совсем уж очевидных, подчас вызывают долгие дискуссии. (Кстати, иноязычные экстраклинические изыски, — например «метамодель» или «трансакция», не вызывают клинической идиосинкразии — слишком уж они, окружённые неким конъюнктурно-модернистским ореолом, чужды и непонятны.) Однако не следует усложнять: психиатрический тезаурус — как бы он ни был несовершенен — попросту старше, а современная, столетняя, психиатрическая клиника уже привычна<sup>32</sup>.

Кроме того, это позволяет мне отказаться от обсуждения здесь феноменологии психологической как таковой (то есть принадлежащей психологической составляющей психоического дискурса) — той пресловутой «нормальной» (или даже скорее «нормативной») психологической феноменологии, которая суть «не-патология», простая антитеза, средне-статистическая норма, набор цифири, декларация [психо]констант — единственное, о чём, с постоянной оглядкой на психофизиологию, может сколь-нибудь легитимно рассуждать наука-психология (хотя, как я уже говорил ранее, это всего лишь классическое *nudum jus*).

\* \* \*

Клинико-психопатологическая феноменология-синдромология предстаёт, по сути, разделённой на несколько классов, — по крайней мере на два основных.

Первый класс — это та феноменология-синдромология, которая возникает якобы *per se* («эндогении»), — например, ряд «дефицитарных» (апатико-абулический и прочие), но также и «продуктивных» (бред и другие) проявлений: феноменов / симптомов / синдромов. Её можно назвать феноменологией (синдромологией) *покоя*, или *квиетической* (латинское *quies* — покой); разыскания «причин» здесь редуцируются до поисков «почвы», отличной от криптогенной.

Второй класс — феноменология-синдромология, проявляющаяся как реагирование на внешние воздействия, провокации: это следствие явных морфологических (точнее — морфофункциональных) изменений («органика») или же психо- / «экзогении» (классика — истериозис, или раздражи-

<sup>32</sup> Хотя попробуйте-ка заикнуться о везаниях и векордиях или назвать эпилепсию «болезнью святого Валентина», а каталепсию — «болезнью Цельса»!

тельная слабость); её можно обозначить как *феноменологию* (синдромологию) *ответа*<sup>33</sup>, или *консекваторную* (латинское *consecutio* — следствие).

Это разделение важно, во-первых — и в основном — с конкурентно-методологической (*sublata causa, tollitur morbus*), во-вторых — с практической психотехнической — точек зрения: психопатологические синдромы различных классов будут совершенно по-разному реагировать на психотерапию.

Так, под воздействием психотерапии (любой психотерапии, всякого неагрессивного психотерапевтического вмешательства) эндогенный паранойд развернётся либо инкапсулируется, а паранойд экзогенный может временно разрушиться (и в том, и в другом случае — с относительной редукцией субъективной эмоциональной окраски). Эндогенные депрессивные синдромы, в отличие от реактивных, под действием психотерапии приобретают тревожный компонент, а синдром апатико-абулический (эндогенный же) будет претерпевать развитие (в плане активации), но только пока длится психотерапевтическое вмешательство; и так далее (см. таблицу 1).

Выявление, описание и исследование характера ответа каждого из психопатологических синдромов, с учётом их принадлежности к классу, — предварительно систематизированных, идентифицированных, верифицированных — на психотерапевтическое вмешательство способствует тому, что между психопатологической симптоматикой-синдромологией и клинической психотерапевтической феноменологией-синдромологией (и следовательно, между дисциплинами-специальностями психиатрией и психотерапией) будет перекинут — а точнее, восстановлен, — патогенетически-саногенетический мост. Важность этого трудно переоценить — мы получаем все возможные выгоды: от единого дискурсивного поля — в области теории, клинической методологии, диагноза — до адекватной, конгруэнтной, эффективной терапии. Созданный разрыв между клиническими психоическими дисциплинами — и прежде всего психотерапией и психиатрией — будет наконец-то преодолен.

Отношения между этими ракурсами единой, по сути, [клинико-]психоической феноменологии / синдромологии (а правильнее было бы говорить о *синдромотаксисе в сфере компе-*

<sup>33</sup> По понятным причинам я избегаю определения «реактивная».

Таблица 1  
Изменения психопатологических синдромов при активном психотерапевтическом вмешательстве

Психопатологический синдром	Психотерапевтическое вмешательство	Результат	Вероятность
Апатико-абулический		кратковременная активация	1
Астенический		кратковременная активация	3
Астено-вегетативный		активация с редукцией вегетативного компонента (и в силу последней)	3
«Выгорания»		стойкая редукция	3
Галлюцинаторно-параноидный		коррекция субъективно-эмотивной окраски	1
Гипотимный		редукция	2
Депрессивный		модификация с приобретением тревожного компонента	1
Ипохондрический		редукция (при психогенных или эндореактивных вариантах)	2
Кандинского — Клерамбо		мерцающая редукция	2
Кататоно-онейроидный		снижение уровня субъективно-эмотивной окраски	1
Компульсивный		без изменения	3
Обсессивный		повышение степени производного контроля и снижение степени аддиктивности	2
Параноидный		снижение компонента насильственной тяги	2
Парафренный		частичная редукция (снижение) субъективно-эмоциональной окраски	1
Психастенический		без изменения	3
Психоорганический		кратковременная компенсация	2
Сенестопатический		коррекция эмоционального компонента и переходящая компенсация когнитивных функций	2
Соматосенсорный		относительная редукция	1
Сумеречного расстройства сознания		модификация (возможно, с усугублением)	1
Тревожный	редукция достаточной выраженности	3	
Фобический	модификация	1	
«Экзистенциальной недостаточности»	без изменения	3	
	относительная редукция	2	
	модификация	2	
	активация	1	
	редукция	2	
	ухудшение с присоединением тревожного компонента	2	
	редукция или даже компенсация	3	

Примечание. Вероятность ожидаемого результата: 1 — низкая; 2 — средняя; 3 — высокая.

менции психотерапии) можно представить в виде простой схемы:

**психопатологическая синдромология ↔ клиническая психотерапевтическая синдромология.**

Говоря откровенно, этой схеме следовало бы придать несколько иной вид: впереди следует расположить **«нормальную» психо[терапевт]ическую феноменологию**, но, увы, она представляет собой только частный случай всей совокупности психоических феноменов — что может описать лишь *genus irritabile vatum*; взаимодействие же названных ракурсов тогда вообще становится процессом стохастическим. Ограничимся потому здесь уровнем клинической практики. И ещё: приведённая выше схема является сано[психо]генетической. Пато[психо]генетическая же схема включает и **пато[психологическую регистр-синдромологию**.

В силу этого первоочерёдной задачей становится разработка общей систематики [классической] психопатологической феноменологии / синдромологии — ведь и она, к сожалению, подвержена тем глубоким стилистическим диссонансам, которые разрывают дискурсивное психоическое пространство; это всё те же большие вопросы: эпонимика, сферы аргументаций, разноплановость концепций, а теперь уже и губительная психоаналитическая инспирация, а также диссольютивные социетальные влияния (несмотря на то, что мы стремимся к определению «чистых» психопатологических феноменов, — поскольку перед психиатрией, вследствие выраженности её экспертно-дисквалифицирующих и социально-дистанцирующих (изоляция) функций, стоят всегда более конкретные и более насущные задачи).

О том же, насколько это сложная и неблагоприятная задача, думаю, не стоит и говорить.

### 5.3. Систематизация клинико-психопатологической феноменологии / синдромологии

В приводимой ниже таблице (см. таблицу 2) я провожу разведение психопатологической феноменологии в континууме «феномен — концепт» (этому же принципу я следую и несколько ниже, при описании «нормальной» психотерапевтической феноменологии (см. таблицу 9)).

Невыгодные черты этой своеобразной пробы систематики — интерферентность, эпонимичность (вообще свойственная психиатрической феноменологии / симптоматологии / синдромологии), полифокальность, сино- / омонимичность; собственно, речь идёт об отсутствии сколь-нибудь чёткого основания классификации.

Однако это — *mea culpa non est*: я стремился лишь к целям иллюстративности, и потому следовал нескольким простым правилам:

— я не стремился к отражению *патогномоничности*, а лишь хотел указать на *принадлежность*: старался подобрать, насколько это возможно, наиболее показательные, «знаковые», узнаваемые, дискурсивно активные — без оценки их «истинности» — феномены / концепты (по одному или несколько равнозначных, пытаясь не повторяться), и оттого здесь нет претензий на полноту дескрипции или клинические констатации (кроме того, это всего лишь результаты дискурс-анализа);

— я стремился к тому, чтобы все приводимые мной феномены / концепты были выражены одним словом или же синтагмой, с претензией на специфичность и даже некий сциентизм, и избегал описательных предложений (а также бесчисленных — и всё продолжающихся множиться — «фобий»);

— я решил не указывать имён: эпонимичность в этой сфере столь высока, что они достаточно хорошо узнаваемы (кроме того, к одному термину нередко приписано несколько имён, — и с произнесением какого-либо из них смысловое наполнение оногo меняется, и подчас весьма и весьма существенно).

И ещё: это настоящий парад глосс, — хотя они, казалось, несколько и выходят за контекст настоящей темы, но таковы реалии.

Сопряжённой — и не менее важной — задачей будущих исследований является создание систематики пато-нозо-синдромальных форм, что была бы адаптирована для целей постановки психотерапевтического диагноза (см. главу «Логика, семиотика и алгоритм диагноза в психотерапии. Основные положения»).

Таблица 2

Клинико-психопатологическая феноменология / синдромология

Классы	Регистры	Психопатологические синдромы	Психопатологическая семиотика (симптоматология)			
			Феномены	Феномен-концепты	Концепт-феномены	Концепты
			повышение степени концептуализации в континууме «феномен — концепт»			
1	2	3	4	5	6	7
Квиетическая психопатология	«Эндogenous» [психотический]	[Галлюцинаторно-параноидный]	псевдогаллюцинации	кататимия, («чувство») «сделанности»	апофения; бред, иллюзия созвучности, инкапсуляция бреда, напряженность	бредовое настроение, паранойд, трема
		Маньякальный	вербомания, гиперергация / -мнезия / -тимия, отвлеченность, тахидамия / -фемия / -фразия, «скачка идей», экзальтация	агрозектичная атаксия, гамомания, дискурсия, маниакальный рагус, расторможенность, тахисихия	грандомания, гомотимное мышление, полярность	мания
		Кандинского — Клерамбо	псевдогаллюцинации	транзитивизм	автоматизм(ы), идеорея, ментизм (мантизм), «отчужденция»	«насилъственное мышление»
		Парафренный	псевдогаллюцинации	агломинация	бред парафренный, монополюсность аффекта, трансформация бреда, [речевая] разорванность	парафрения, фантазифрения
		Паранойяльный	первичные бредовые идеи	бред персекуторный, контрапунктирность	бред паранойяльный, коффабуляторные переживания, кататимное мышление, кристаллизация / систематизация бреда	паранойя
		Депрессивный	агевзия, адинамия, энергия, брадифразия, бредовосмие, гипнагнозия, гипотимия, депрессия, фонестения	агн[гедония, брадипсия, витальная тоска, гипонатия, гомотимия, депрессивные / тимпатические эквиваленты, психалгия, ретроспективные чувства, скорбная психическая анестезия	анахоретство, анидем, бред гомотимный (депрессивный), клаустрофобия, гомотимное мышление, мизоканнизм, полярность, циклопатия	депрессия, меланхолия
		Кататонический	амимия, катаlepsия, проксинезия, ступор, «хоботка», акцинтация	акцинтация, вербигерация, негативизм, персевераторная логорея, «эхо»-феномены	потеря границ, стереотипия	кататония
		Гебфренический	гримасничанье, дурашливость	«детскость», парадоксальная эмоциональность	«бездействие мысли», манерность	гебфрения
		Онейроидный	рецепторный ступор	онейроидные [псевдо]-галлюцинации	«внешнего воздействия», онейроидские коффабуляции	онейроид
		Гебонидный	агрессия	«расторможенность влечений»	инфантизм, негативизм, «нравственное огрубение»	гебонд, гебондофрения, маттоид, «метафизическая гипоксия»
		Апатико-абулический	абулия, адинамия, апатия	абаменация, асигнация, неопределенный аффект	«динамическое отчуждение»	абулия, апатия, атимория
		Психосенсорный (деперсона- / де-реализационный)	«привоения» / «отчуждения», психосенсорные галлюцинации	десоматизация, дисморфамия	ценестезия	деперсонализация, дерезализация
		Шизофренический	аказия, аутоагрессия, контаминация, неологизм(ы)	анозогнозия, амбивалентность, амбигуэнтность, аутомета-морфоза, критогнезия, символическое мышление, шизофазия, шперрунг, паралофия, психопатическая полусемантичность, персеверация	абстрактная фонторемия, аллгоризация ощущений, амотивационность, аутизм, «аффективная ту-пость», везания, вычурность, гипноидность, дерезизм, дефект, манерность, парабулия, паратимия, «первичный надлом», психопатическая полусемантичность, позитивность (продуктивность, аддуктивность) / негативность (контрактивность), постэмотивность, прогрессивность, процессуальность, резонёрство, «соскальзывания»	«гипотония сознания», дезагрегация, дискордантность, интрапсихическая атаксия, психическая диссоциация, «раннее (преждевременное) слабоумие», расщепление, редукция энергетического потенциала, «руинация», сиюация, шизоидия, шизоидность, шизоноия, шизофрения

Окончание таблицы 2

1	2	3	4	5	6	7	
Консекваторная психопатология	Психогенный [неврогический]	Реактивная депрессия	депрессия	аффект тоски, брадифрения, психомоторная заторможенность	психическая травма	депрессия	
		Ипохондрический	сенестопатия	ипохондрическая фиксация	аутообсервация, мнительность	ипохондриа	
		Обсессивно-фобический	гиперпрозекция, страх, тревога	навязчивые воспоминания, психическая руминация	биданзим, идеи сверхценные	амб[ди]о[о]-тимия, комплекс, обсессия, фобия	
		[Невр]-астенический	а- / гипер- / гипостения, адинамия, диссонии, эмподистоконмез	истерия, психическая утомляемость, рассеянность	аффектабиляпет, психическая гиперестезия	неврастения	
		Истерический	акростезия, анестезия, аносия, апситирия, астазия-абазия, афония, аэрофагия, базоспазм, гафалгезия, истерические: атаксия, гиперклизе, триада, стигмы, судороги; функциональные параличи	амавроз, амблония, истерический рагус, истерическое вертиго, истерическое сужение сознания, мутизм, топаглия	атравмация, альтернирующее сознание, афразия, «бесплановость воли», гипноид, пистрионизм, нейромимезия, фантастическая псевдология	истерия, истероидность, конверсия, пугитизм, скиртондия	
		Астено-вегетативный	астения	ваготония	эмоциональная лабильность	вегетоастения	
		Психо-вегетативный	алгии, гиперестезия, гипотимия, диссонии, парестезия, страх, эрейтиопатия	органические дисфункции	метеозависимость, модификация поведения, феносоматичность / фенопсихичность	травмо-цептивность	
		Обсессивно-компульсивный	компульсия	ананказм	ананкастический церемонал	ананкастия, комплекс, обсессия, фобия	
		Психастенический	тревожность	психическая истомаемость	патологические сомнения, слабодушие	амблонной, психастения, психические: аллергия, анафилаксия	
		«Органический»	Психо-органический	амнезия, апраксия, «пустая» растерянность	персевераторное мышление, пресомноденция, редуцирующая парамнезия, церебрастения	аффективная инконтиненция, интеллектуально-мистическое снижение	деградация
			Эпилептический	абсанс, икстателеские эмоции, конвульсия, метаморфопсия, сомнамбулизм, сомнилокия, эпилептические: припадок, судороги, fuga	аура, дистимия, дисфория, олигофазия, пориомания, эсплозивность, эпилептические: аутокотия, припадок, вертиго, транс	амбулаторные автоматизмы, аффективная вискозность, «вязкость» [мышления], «застревание аффекта», психическая ригидность, эпилептические «эхо»	глиширондия, психолепсия, эпилептоидия, эпилепсия
			Деменция	аффективный резонанс, гипомнезия	агнозия, эмнезия	маразм, распад, снижение уровня личности	деменция
			Олигофренический	абулия	эретизм	гипофрения	олигофрения
			Псевдо-паралитический	дисмнезия, эйфория	анозогнозия	мегаомания, фантазмы	псевдопаралич
			Лобный	аспонтанность, расторможенность	акинезия, амимия, диспросодия	«обеднение побуждений»	мория
«Экзотический»	Делириозный	иллюзии, наглядные воспоминания, парейдолии, психомоторное возбуждение	дезорientировка, «истинные» галлюцинации	образный бред, фаллазии	делирий		
	Помрачения сознания	ана[п]ерцепция, никогерентность, fuga	глоссолалия, двигательная буря, дезориентировка	брадипсихизм, зрительный галлюциноз	помрачение сознания		
	Амнитивный	«обирания», лктация	дезорientировка, иллюзорно-галлюцинаторные переживания, хронотараксия	дисауто-идентификация	амнезия		

### Рекомендуемая литература

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. Розенталя; 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. 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.
4. (Kronfeld A.) Кронфельд 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.

### Ключевые моменты

- (1) Основные психопатологические синдромы: ординарные, окказиональные и эксклюзивные.
- (2) Классификация клинико-психопатологической феноменологии с позиций психотерапии: феноменологии квинтетическая и консекваторная.
- (3) Изменения психопатологических синдромов при активном психотерапевтическом вмешательстве.
- (4) Основание систематизации клинико-психопатологической феноменологии-симптоматологии / синдромологии.
- (5) Психопатологическая квалификация как первая (клинико-диагностическая) часть психотерапевтического диагноза.



## Глава 6

ПСИХОТЕХНИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ  
(II ЧАСТЬ) ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО  
ДИАГНОЗА

Критический анализ современного положения психотерапии показывает, что лечебное, саногенное, реабилитирующее, реконструктивное и прочие её воздействия даже в рамках клинической медицины представляются не-материальными, неосвязаемыми; это хорошо заметно и при обращении к дисциплинарной, а особенно предисциплинарной, истории психотерапии.

С этим связаны как исключительное — отстранённое, и в то же время диффузное, — положение психотерапии в системе клинических медицинских дисциплин («специальность, но не дисциплина»), так и неправомерные представления о некоей «эфemerности» психотерапии, якобы лишённой серьёзной анатомо-физиологической базы.

Эта практика стигматизации психотерапии насильственно приближает её к [медицинской] психологии; подобная профилирующая идентификация потенцируема последней, стремящейся к экспансии в медицинские сферы.

Однако именно в этом пункте и происходит истинное разведение психотерапии и клинической психологии как основной дисциплины и вспомогательной практики: психотерапия постепенно нарабатывает поле представлений о механизмах реализации, апеллируя к лежащим в сфере профессионально-медицинской компетенции представлениям о нейробиологических, нейрофизиологических и нейрохимических композициях психики в норме и патологии, психосоматических взаимоотношениях и обменных процессах.

Клиническая практика психотерапии — в части применения психотерапевтических методов — базируется на фундаментальных физиолого-клинических феноменах (благодаря обнаружению которых в своё время и появились первые психотерапевтические техники).

Их существование и позволяет, собственно, одному человеку (психотерапевту) осуществлять воздействие на другого (пациента), преодолевая защитный личностный барьер и реализуя информационные, корректирующие, активирующие и прочие влияния.

Большинство явлений, спорадически описываемых в рамках [«нормальной» и клинической] феноменологии психотерапии, — а её, на мой взгляд, правильнее всё же называть *психотерапевтической феноменологией*, — имеют умозрительный характер; ассоциированные с различными, подчас взаимоисключающими, дискурсивными стилями психотерапии (что, собственно, является следствием их возникновения в категориальных аппаратах разных методов и методик), они нагружены психоаналитическими, экспериментально-психологическими, антропо-культурными, этологическими, глубинно-психологическими, эколого-экономическими и прочими оттенками; иногда это вовсе аллегории, культуральные заимствования или даже, как я уже не раз отмечал, жёсткие эпонимы (вновь-таки, как и техники, в рамках которых эти феномены были «открыты», а точнее, обоснованы).

В этом — и особенно в *эпонимичности* — отчётливо заметно влияние, и даже своеобразный патронат, психиатрии, с её уточняющей, оттеночно-смысловой эпонимикой — ведь в иных дисциплинах эпонимы всего лишь констатируют [установленное] авторство [описания] (однако, если в психиатрии эпонимы отражают диагностически-систематизационные процессы, то в психотерапии — лишь конъюнктурно-декларационные).

Психотерапевтической феноменологии (как и терапевтическим техникам) свойственна также *синонимичность* — и в этом вновь видны черты родства с психиатрией; практически тождественные понятия, несущие почти что неуловимые различия в смысловой нагрузке, дополняют и уточняют друг друга.

Ещё одна характерная черта психотерапевтической феноменологии — разное *денотационное наполнение* одного и того же понятия / термина в различных психотерапевтических школах, течениях, направлениях (это можно проследить на

примере понятий *инсайт*, *осознание*, *сопротивление* — в рубриках «феноменология» и «понятия и концепты» главы «Феноменологический арсенал, понятийно-концептуальная платформа и персонология в представлениях методов и методик психотерапии»; иногда же психотерапевтические понятия становятся омонимами.

Наконец, большинство психотерапевтических феноменов имеет важное *диагностическое* значение, облегчая постановку *психотерапевтического диагноза*.

Последнее положение является частным случаем более общей закономерности, согласно которой психотерапевтические феномены, как правило, несут разную функциональную нагрузку (хотя чаще они полифункциональны), — и она может существенно различаться в зависимости от ряда факторов (профессионально-методической ориентации психотерапевта, определяющей характер эксплуатации того или иного феномена, этапа психотерапевтического процесса и прочего).

### 6.1. Клинико-экспериментальный базис психотерапевтического диагноза

Клинико-экспериментальный базис психотерапевтического диагноза составил проведённый мною *клинический психотерапевтический эксперимент* — точнее, то была целая серия взаимосвязанных экспериментов (см. таблицу 3).

Применявшиеся в эксперименте методы — клинические (клинико-психофеноменологические), биохимический анализ, нейропсихологический эксперимент, ЭЭГ-картирование (и другие электро(нейро)физиологические методы), этологический (диагностика поведения). Эти исследования проводились с учётом существующего психофармакотерапевтического фона или на специально созданном (экспериментальном) фармакологическом фоне.

В этом эксперименте предполагалось установить достоверные взаимосвязи в следующем ряду:

**метод / методика / психотехника → ассоциированный саногенный феномен → клинический эффект-синдром с соответствующими коррелят-механизмами ← терапевтический / экспериментальный (специальный) фармакологический фон.**

На подготовительной ступени эксперимента были определены саногенные феномены, ассоциированные с тем или иным

методом психотерапии, — а каждый из основных методов и методик психотерапии<sup>34</sup> *volens-nolens* такой феномен называется (см. таблицу 4).

Следующим шагом стал подбор (из числа существующих) и разработка / модификация методик / психотехник, которые позволяют достичь этого саногенного феномена. Основным критерием выбора — за исключением, разумеется, факта принадлежности этой методики / психотехники представляемому методу психотерапии и, в известных пределах, условия её «валидности» в плане достижения искомого саногенного феномена — стала необходимая для проведения эксперимента *одномоментность* (см. таблицу 5).

Тем не менее регистрации подлежали не только *эксплицитные* (то есть объективно регистрируемые во временных рамках эксперимента) признаки, но также *латентные* (отсроченные объективно регистрируемые) и *интерпретируемые* (косвенные или опосредованные) признаки.

Здесь я хотел бы остановиться также на основных трудностях и проблемных моментах этого эксперимента, — для предупреждения возможных возражений со стороны аудитории. Впрочем, на мой взгляд, эти *loci minoris resistentiae* очевидны:

- 1) условность процедуры ассоциирования саногенных феноменов и методов психотерапии;
- 2) использование только краткосрочных, скорее даже одномоментных, [вариантов] методик / психотехник;
- 3) проблемы репрезентативности выборки;
- 4) трудность регистрации коррелятов клинических психотерапевтических эффект-синдромов.

Я попытался разрешить эти проблемы следующим образом:

1) разумеется, я отдавал себе отчёт в условности подобной аналитико-систематизационной процедуры, однако это то — вполне допустимое — огрубление, которое позволяет выявить наличие реальных психофизиологических сдвигов под воздействием того или иного метода психотерапии — либо же констатировать их отсутствие;

2) несмотря на то что многие методы психотерапии в своём классическом (или первоначальном) варианте не подразумевали проведения краткосрочных форм, тенденции к последним сегодня преобладают; более того, в рамках большинства методов декларируется саногенетическая равноценность традиционалистских (длительных) и краткосрочных форм;

<sup>34</sup> Имеются в виду те — основные — методы и методики психотерапии, которые включены в классификацию, приведённую в соответствующей главе.

Исследуемый [саногенный] феномен, ассоциированный с методом психотерапии	Методика / Психотехника	Клинический психотерапевтический эффект-синдром [КС]
Метод исследования	→ ↓	клинический
<b>Суггестия</b> (суггестивная психотерапия) [sg]	Одномоментный гипноз	
<b>Убеждение</b> (рациональная психотерапия) [rt]	Персуазия	
<b>Катарсис</b> (психоанализ) [kt]	Реверсивные переживания*	
<b>Подкрепление</b> (бихевиоральная терапия) [bh]	Вызванный гнев Наводнение	
<b>Гипнотический транс</b> (эриксоновский гипноз) [tr]	Вербально-невербальная подстройка и ведение	
<b>Эйдетизм</b> (нейро-лингвистическое программирование) [ed]	Визуально-кинестетическая диссоциация	
<b>Гештальт-инсайт</b> (гештальт-терапия) [gs]	Проективная игра*	
<b>Скрипт-инсайт</b> (трансактный анализ) [sc]	Деконтаминация — Интеграция	
<b>Научение</b> (моделирование поведения) [cg]	Фрагментация — дефрагментация опыта*	
<b>Аутентичность</b> (экзистенциальная психотерапия) [at]	Снятие дефензивности*	
<b>Осознание</b> (психодинамическая психотерапия) [dn]	Интерпретация	
<b>Забывание</b> (психометодология) [sm]	Летотехника*	

<sup>29</sup> Здесь и далее: методики, психотехники и эксперименты, помеченные

Таблица 3

Схема клинического психотерапевтического эксперимента<sup>29</sup>

Нейро(био)-химический коррелят-механизм [НХ]	Нейро-психологический коррелят-механизм [НХ]	Нейро-(электро)-физиологический коррелят-механизм [НФ]	Этологический коррелят [ЭТ]	Фармакологический фон [ФФ]	
				терапевтический	экспериментальный
биохимический анализ	эксперимент*	ЭЭГ-картирование	диагностика поведения		

знаком \*, предложены или модифицированы мной.

Таблица 4  
[Ассоциированные] саногенные феномены

Метод / методика психотерапии	Ассоциированный саногенный феномен
[Гипно]суггестивная психотерапия	Суггестия
Рациональная психотерапия	Убеждение
[Классический] психоанализ	Катарсис
Поведенческая терапия	Подкрепление
«Эриксоновский» гипноз	Гипнотический транс
Нейро-лингвистическое программирование	Эйдетизм
Гештальт-терапия	Гештальт-инсайт
Трансактный анализ	Скрипт-инсайт
Когнитивно-бихевиоральная терапия	Научение
Экзистенциальная психотерапия	Аутентичность
Психодинамическая психотерапия	Осознание
Психометодология	Забывание

3) были отобраны: группа здоровых добровольцев и минимальные — подлежащие оценке с помощью статистических методов — группы, представляющие большинство клинических контингентов сферы компетенции психотерапии;

4) для каждого из коррелятов проблемы регистрации решались по-своему: нейро(электро)физиологическое исследование осуществлялось непосредственно в процессе проведения психотерапии; забор материала (биологические среды) для биохимического анализа производился сразу же по окончании сеанса; нейропсихологический эксперимент (проба) проводился в допустимом временном промежутке последствия [эффекта]; этологические элементы фиксировались в клиническом описании непосредственно после приёма.

Следует отметить, что клинические эффект-синдромы были выделены на основании фиксированных и относительно

Таблица 5  
Blitz-методики / психотехники

Исследуемый саногенный феномен, ассоциированный с методом психотерапии	Методика / психотехника достижения искомого саногенного феномена
Суггестия (суггестивная психотерапия)	Одномоментный гипноз
Убеждение (рациональная психотерапия)	Персуазия
Катарсис (психоанализ)	Реверсивные переживания*
Подкрепление (бихевиоральная терапия)	Вызванный гнев Наводнение
Гипнотический транс («эриксоновский» гипноз)	Вербально-невербальная подстройка и ведение
Эйдетизм (нейро-лингвистическое программирование)	Визуально-кинестетическая диссоциация
Гештальт-инсайт (гештальт-терапия)	Проективная игра*
Скрипт-инсайт (трансактный анализ)	Деконтаминация — Интеграция
Научение (моделирование поведения)	Фрагментация — дефрагментация опыта*
Аутентичность (экзистенциальная психотерапия)	Снятие дефензивности*
Осознание (психодинамическая психотерапия)	Интерпретация
Забывание (психометодология)	Летотехника*

стабильных комплексов клинических проявлений, сопровождающихся более или менее константными сочетаниями коррелят[-механизм]ов (см. таблицу 6).

**Таблица 6**  
**Агломерация клинических психотерапевтических**  
**эффект-синдромов**

Клинические проявления	Корреляты			Клинический психотерапевтический эффект-синдром	Вероятность
	Н(ЭФ) (шкал)	НП	ЭТ		
1	2	3	4	5	6
<b>Синдромы типовые (нормальные)</b>					
сужение сознания, гипокинезия, гипомимия, отсутствие реакции на сенсорные стимулы вне вербального контакта с терапевтом (сформированный раппорт)	1-й	снижение	гипокинезия гипомимия	<b>гипноидный</b>	3
резкое сужение сознания, гипокинезия, гипомимия, отсутствие реакции на сенсорные стимулы, двигательные феномены в системе произвольно регулируемой поперечно-полосатой мускулатуры акинетико-ригидного типа («восковидная гибкость») и сложные внешне целенаправленные поведенческие акты согласно фабуле внушения	3-й	снижение	катаlepsия	<b>катаlepsический</b>	3
изменённое сенсорное восприятие окружающего с отсутствием возможности целенаправленной двигательной реакции и субъективно-критической дифференцировки истинности воспринимаемого	3-й	снижение	мимика растерянности	<b>просоночный</b>	2
вариант полнообъёмного субъективно-чувственного спектра ощущений соответственно терапевтической фабуле с соответствующей эмоциональной аранжировкой	4-й	повышение	умеренное психо-эмоциональное возбуждение	<b>психо-вегетативный</b>	3
переживание состояния пассивного бодрствования и нейтрально-позитивного эмоционального фона с сохранённой, но невостребованной возможностью активно-экспрессивной реакции	4-й	повышение	атоническая поза	<b>релаксационный</b>	3

Продолжение таблицы 6

1	2	3	4	5	6
снижение репродукции негативно-окрашенных переживаний с уменьшением их яркости и чувственной живости и изменённая репродукция с нейтрализацией (инверсией) знака эмоционального сопровождения	3-й	повышение	мимика задумчивости	<b>гипомнестический</b>	2
гиперконформные реакции и поведение, конгруэнтные терапевтической фабуле с гиперпозитивным эмотивным реагированием	1-й	без изменений	поза и мимика внимания постоянный глазной контакт улыбка	<b>полиморфно-конформный</b>	2
<b>Синдромы атипичные (парадоксальные)</b>					
выраженная демонстративность с повышением экспрессивности эмоциональной, двигательной, мимической, вегетативной, эмфатико-интонационной активности в представлении (презентации) болезненных переживаний с возможным изменением содержательной фабулы	3-й	снижение	мимика страдания мимика плача истерический смех аутогруминг	<b>истериформный</b>	1
появление выраженной, как правило негативной, поведенческой вербальной, эмоциональной, эмфатико-интонационной реакции в процессе терапевтического контакта с элементами агрессивности	2-й	снижение	элементы агонистического поведения вербальная и перенадресованная агрессия	<b>эксплозивный</b>	1
тотальная вербальная редукция (клинически близкая к психогенному мутизму), как спонтанная, так и вызванная, сопровождаемая богатыми гипермимическими и пантомимическими проявлениями	2-й	снижение	полиморфные мимические комплексы мимика плача повышенная моторика рук	<b>«аффективного мутизма»</b>	1
выраженная вербальная, поведенческая с вегетативным сопровождением реакция неприятия в процессе терапевтического контакта	3-й	снижение	мимика отвращения мимика презрения	<b>аверсивный</b>	1
демонстрация вербальных и поведенческих инфантильно-регрессивных феноменов с сохранением психотерапевтического контакта и удержанием ситуационного контроля	1-й	снижение	аутогруминг смех мимика хитрости улыбка	<b>псевдо-пуэрильный</b>	1

## Окончание таблицы 6

1	2	3	4	5	6
<b>Синдромы интеркуррентные (патологические)</b>					
переживание пациентом ярких сценически образных эмоционально окрашенных зрительных феноменов после прекращения психотерапевтического вмешательства, сопровождаемое субъективным эмоциональным отношением, с утратой возможности произвольного контроля, но с сохранением критики	3-й	повышение	фиксация взгляда мимика удовольствия	<b>эйдетический</b>	1
формирование нестойких, фрагментарных, неоформленных, легко редуцируемых идей особого отношения с психотерапевтом и / или особого значения терапевтического процесса с частичной редукцией критического отношения пациента и слабостью рационально-смысловой коррекции	3-й	снижение	мимика настороженности поза высокой статичности	<b>«терапевтической паранойи»</b>	1
неадекватная фиксированность на самом терапевтическом процессе, который занимает преобладающее место, приобретает важную роль в субъективных переживаниях пациента с преформированием патологической фабулы на возникший синдром	1-й	без изменений	поза сосредоточенного внимания иногда с избеганием глазного контакта	<b>фиксационный</b>	2
стойкость, ригидность симптоматики по отношению к любому психотерапевтическому воздействию (при соблюдении нормативной технологичности психотерапевтического вмешательства) при эмоционально-индифферентном типе отношения пациента к психотерапии и поведенчески неконфронтационном типе отношений с психотерапевтом	2-й	без изменений	поза ожидания мимика безразличия	<b>резистентный</b>	1

Примечание 1. Нейро(био)химический коррелят-механизм во всех случаях был статистически недостоверен.

Примечание 2. Вероятность возникновения (графа 6): 1 — минимальная; 2 — средняя; 3 — высокая.

По результатам эксперимента были выявлены определённые взаимосвязи (сопряжения) между саногенным феноменом (а следовательно, [ассоциированными] методом / методикой психотерапии) и достигаемым клиническим эффект-синдромом (они представлены в таблице 7).

Таблица 7

## Ассоциации саногенных феноменов и клинических психотерапевтических эффект-синдромов

<b>Саногенный феномен, ассоциированный с методом психотерапии</b>	<b>Клинический психотерапевтический эффект-синдром</b>
Суггестия (суггестивная психотерапия)	гипноидный, просоночный полиморфно-конформный
Убеждение (рациональная психотерапия)	«аффективного мутизма»
Катарсис (психоанализ)	истериформный «аффективного мутизма»
Подкрепление (бихевиоральная терапия)	фиксационный
Гипнотический транс («эриксоновский» гипноз)	гипноидный, просоночный эксплозивный, релаксационный
Эйдетизм (нейро-лингвистическое программирование)	эйдетический, фиксационный резистентный
Гештальт-инсайт (гештальт-терапия)	резистентный
Скрипт-инсайт (трансактный анализ)	резистентный
Научение (моделирование поведения)	фиксационный
Аутентичность (экзистенциальная психотерапия)	псевдопуэрильный
Осознание (психодинамическая психотерапия)	истериформный
Забывание (психометодология)	гипомнестический

Наконец, в расположенной ниже таблице 8 говорится о взаимоотношениях клинических психотерапевтических эффект-синдромов и фармакологического фона.

Под *терапевтическим* понимался фон, который создаётся в силу традиционно применяемых при данной патологии (курация в рамках существующих организационных форм оказания психоневрологической помощи) медикаментозных средств (прежде всего, разумеется, психотропных).

В свою очередь, фон *экспериментальный (специальный)* получали путём назначения препаратов, потенцирующих достижение того или иного клинического эффект-синдрома / саногенного феномена.

**Таблица 8**  
**Взаимосвязь клинических психотерапевтических эффект-синдромов и фармакологического фона**

Клинические психотерапевтические эффект-синдромы		Нейролептики низинные	Нейролептики седативные	Нейролептики дезингибирующие	Нейролептики атипичные	Антидепрессанты	Транквилизаторы	Нормотимики (тимоизолептики)	Ноотропы	Психостимуляторы	Психоделики
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Типовые (нормальные)	гипноидный	ptn	ptn	trf	trf	abr	ptn	abr	abr	inf	prc !
	каталептический	ptn	ptn	trf	trf	abr	ptn	abr	abr	inf	prc !
	просоночный	abr	ptn	abr	abr	abr	ptn	ind	trf	inf	abr
	психовегетативный	inf / trf	inf	ptn	inf	inf / trf	inf	ind	ind	ptn	prc !
	релаксационный	ptn	ptn	inf	inf	ind	ptn	ind	inf	inf	ptn
	гипомнестический	ptn	ptn	ptn	ptn	inf	ind / inf	ind	inf	inf	prc !
	полиморфно-конформный	ind	ind	ind	ind	ind	ind	ind	ind	ptn	prc !

## Окончание таблицы 8

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Атипичные (парадоксальные)	истериформный		* plc	inf	* plc	* plc	* plc	inf	* plc	* plc	ptn	prc !
	эксплозивный		inf	inf	trf	ptn	ptn	inf	inf	ind	ptn	prc !
	«аффективного мутизма»		ptn	ptn	ptn	ptn	abr / ptn	ptn	inf	ind	inf / abr	prc !
	аверсивный		abr	abr / inf	abr	abr	inf	inf	inf	ind	ptn / abr	prc !
	псевдопуэрильный		inf / abr	inf	inf / abr	inf / abr	abr	inf	inf	ind	ptn	prc !
Интеркуррентные (патологические)	эйдетический		inf	inf	inf / abr	ptn	ptn	inf	ind	ptn	ptn	ptn
	«терапевтической паранойи»		inf / abr	inf / abr	inf / abr	inf / abr	abr	inf	ind	ind	abr / trf	prc !
	фиксационный		ptn / abr	ptn / abr	ptn / abr	ptn / abr	inf	inf	ind	ind	abr	prc !
	резистентный		ptn / abr	ptn / abr	ptn / abr	inf	inf / abr	inf / trf	ind	ind	inf	trf / prc !

Примечание. Приведённые в таблице условные обозначения являются производными от латинских слов и расшифровываются следующим образом:

Условные обозначения:

- ptn** (латинское potestās) — потенцирующее действие;  
**inf** (латинское infirmātio) — ослабляющее действие;  
**abr** (латинское aberrātio) — искажающее действие;  
**trf** (латинское trānsfōrmātio) — трансформация синдрома;  
**ind** (латинское indiffērentia) — отсутствие эффекта;  
**\* plc** (латинское placeo) — возможный плацебо-эффект;  
**prc!** (латинское perīculōsē) — вероятность осложнений.

(И ещё: необходимо сделать оговорку, что сведения о психоделиках как фармакологическом фоне психотерапии приведены по данным литературы, поскольку эта группа средств запрещена к употреблению. Однако подобные феномены могут периодически встречаться и в клинической практике — они обнаруживаются у пациентов с признаками химической зависимости от веществ группы каннабиноидов.)

## 6.2. «Нормальная» психотерапевтическая феноменология

Прежде всего следует отметить, что *психотерапевтические феномены* надлежит дифференцировать с *психотерапевтическими концептами*; тогда как первые представляют собой реально существующие, объективные физиолого-клинические явления, вторые — это всего лишь выработанные в рамках различных методов понятия, подчас весьма условные. Между **феноменом** («чистые» феномены, например, это *внушаемость*, *гипнабельность*) и **концептом** (рафинированные концепты — *аутентичность*, *прегнантность*) может лежать ряд промежуточных форм, в частности, **феномен-концепт** или **концепт-феномен** (от феномена *научения* к концепту *научения*; от концепта *переноса* к феномену *переноса*). Для разведения феноменов и концептов при анализе методов и методик психотерапии они, по возможности, описывались раздельно под рубриками «феноменология» и «понятия и концепты».

В целом психотерапевтические феномены могут быть условно разделены на следующие классы.

### I. Феномены [«со стороны» пациента].

1. Инструментальные.
2. Саногенные.
3. Дефензивные.
4. Смешанные.
5. Интеркуррентные.
6. Вспомогательные (воротные, ориентационные, диагностические).
7. Артефакты.

### II. Феномены [«со стороны» психотерапевта].

### III. Трансперсональные феномены.

### IV. Групповые феномены.

### V. Конформные (индукционные) феномены.

Далее эти классы рассмотрены подробно; результаты же систематизации «нормальной» психотерапевтической феноменологии приведены в таблице 9.

**I. Феномены [«со стороны» пациента].** Феномены первого класса имеют, как правило, парный характер: гипнабельность / гипноз, внушаемость / внушение, убеждаемость / убеждение и так далее.

Таблица 9  
[«Нормальная»] психотерапевтическая феноменология

Психотерапевтические феномены		Феномены	Феномен-концепты	Концепт-феномены	Концепты	
		повышение степени концептуализации в континууме «феномен — концепт»				
Феномены [«со стороны» пациента] первый класс	Инструментальные	гипнабельность внушаемость убеждаемость	подкрепление	оперантное подкрепление		
	Саногенные	вспоминание гипнотический транс забывание катарсис научение подкрепление суггестия самовнушение убеждение эйдетизм гипноз акцепция	научение инсайт гештальт-инсайт осознание катарсис гипнотическая абреакция аутогенная вербализация эксплорация	научение скрипт-инсайт групповая динамика аутогенное отреагирование	научение аутентичность инсайт аутогенная нейтрализация самоочищение интроспекция кларификация	
	Дефензивные	забывание блокирование инверсия	механизмы психологической защиты		сопротивление	
	Смешанные			опыт	прегнантность	
	Интеркуррентные		перенос			
	Вспомогательные	воротные	гипнабельность внушаемость эмоциональный стресс трансовые феномены	аутогенное погружение		
		ориентационные			сопротивление	
		диагностические	гипнабельность внушаемость убеждаемость рефлексивность			
	Артефакты					
	Феномены [«со стороны» психотерапевта] второй класс		интуиция	синхронизация	контрперенос	эмпатия
Трансперсональные феномены третий класс		[передача] раппорт(а)		перенос / контрперенос		
Групповые феномены четвёртый класс		групповая динамика		архетип(ы)	коллективное бессознательное	
Конформные (индукционные) феномены пятый класс		эмоциональное заражение индукция	подражание	референтность		



Основным *инструментальным феноменом* является *гипнабельность*.

Под *гипнабельностью* (*гипноз*) понимают индивидуальную способность подвергаться гипнотическому воздействию и достигать состояния *гипноза*. Последний представляет собой временное состояние сознания, характеризующееся сужением объёма, что связано с изменением функций индивидуального контроля и самосознания (Б.Д. Карвасарский [1]). Состояние гипноза может наступать как в результате специальных воздействий [гипнотизёра], так и вследствие целенаправленного *самовнушения*.

Степень гипнабельности пациента имеет значение для определения показаний к различным видам внушения.

Гипнабельность зависит от психофизиологических параметров (в частности, [феномена] *внушаемости*) и особенностей личности пациента, а также выраженности его «магического настроя». Реализация гипнабельности определяется, кроме того, обстановкой, в которой протекает сеанс гипнотерапии, опытом психотерапевта, его авторитетом и уровнем владения техникой гипнотизации.

Ещё один психотерапевтический феномен[-концепт], который можно отнести к инструментальным, — *подкрепление*. Термином «подкрепление» в контексте учения о высшей нервной деятельности обозначается сочетание безусловного раздражителя, вызывающего биологически значимую реакцию, с предваряющим её индифферентным стимулом, что приводит к формированию классического условного рефлекса; в качестве подкрепляющего расценивают любой стимул, повышающий вероятность [возникновения] определённой реакции или формы поведения. (В скиннеровской схеме стимулы носят не индифферентный, но положительный или отрицательный характер («закон эффекта»); стимул приобретает функциональные свойства подкрепления, увеличивающего силу реакции. Здесь речь идёт уже об *оперантном подкреплении*; это — концепт-феномен.)

Основными *саногенными феноменами* данного класса, имеющими как вековое эмпирическое подтверждение, так и реальное нейробиологическое основание, являются *внушаемость* и *убеждаемость*.

*Внушаемость* (*внушение*) представляет собой свойство (а иногда и склонность) поддаваться *внушению*, то есть воспри-

нимать информацию — в частности, оказывающую влияние на течение нервно-психических и соматических процессов, — без её критически-рассудочной оценки ([предварительной] обработки).

*Убеждаемость* (*убеждение*) — это способность изменять суждения и представления и строить умозаключения под влиянием *убеждения*, представляющего собой апелляцию к объективной информации и формально-логическому порядку.

К саногенным феномен-концептам прежде всего следует отнести *осознание* и *катарсис*, несколько по-разному трактуемые (а особенно — объясняемые) в рамках понятийно-терминологических аппаратов различных методов психотерапии. (Так, понятие «катарсис», прочно ассоциированное с психоаналитическим методом, в рамках последнего выступает исключительно как концепт.)

Под *осознанием* понимается достижение пациентом — в процессе психотерапии — отчётливого, явного, артикулированного понимания ранее неосознаваемых аспектов и взаимосвязей собственной психической жизни, внутренних (интрапсихических) проблем и конфликтов, особенностей своего поведения и эмоционального реагирования, взаимоотношений с окружением, а также причин формирования и развития аутопсихологических актов.

*Катарсис* (греческое *κάθαρσις* — очищение, особенно от преступления или греха) и идентичное ему понятие *отреагирования*, или *абреакции* (латинское *ab-* — от в сочетании с *re-* — против и *actio* — действие), рассматриваемые в ракурсе учения [И.П. Павлова] о высшей нервной деятельности как своеобразные феномены, — это физиологически-патологические процессы снижения и нормализации возбуждения в патодинамической структуре инертного сверхвозбуждения, возникающего под действием психотравмы; за отреагированием (катарсисом) следует снижение аффективного напряжения и чувство субъективного облегчения.

К *дефензивным феноменам* следует отнести прежде всего феномены, описываемые как разнообразные и разнородные *механизмы психологической защиты* (агрессия, аннулирование, вытеснение, [гипер]компенсация, забывание, замещение, идентификация, изоляция, интеллектуализация, интроекция, конверсия, отрицание, подавление, проекция, рационализация, регрессия, смещение, сублимация, элюзия etc.).

К *смешанным феноменам*, собственно говоря, можно отнести большинство психотерапевтических феноменов, поскольку они зачастую выступают (точнее, могут использоваться), в зависимости от ситуации (или даже одновременно), и в качестве саногенных, и в роли инструментальных.

Понятие *инсайта* (английское *insight* — постижение, озарение) выражает феномен-концепт внезапного, нового и не вполне [осознанно] выводимого из прошлого опыта целостного понимания, постижения сущностных отношений и структуры ситуации, осмысления решения какой-либо проблемы; понятие инсайта по-разному трактуется в гештальт-терапии и трансактном анализе, рационально-эмоциональной и когнитивной, психодинамической и личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

*Интеркуррентные феномены* — это привходящие, присоединяющиеся феномены, которые появляются в процессе психотерапевтического лечения и осложняют его (в качестве такого феномена, например, часто выступает *перенос*, формирующийся в процессе аналитической терапии).

*Вспомогательные феномены* можно условно подразделить на ворóтные, ориентационные и диагностические.

В качестве ворóтных чаще выступают феномен *эмоционального стресса* и различные *трансовые* феномены.

В качестве ориентационно-диагностического феномена нередко предстаёт такой относительно «чистый» — дискурсивный — [концепт-]феномен, как *сопротивление*.

Наконец, *артфакты* — это явления, ошибочно идентифицированные как психотерапевтические феномены.

**II. Феномены «со стороны» психотерапевта.** Второму классу феноменов придаётся большое, а подчас решающее значение в классическом психоанализе, а также в методах психотерапии «new wave» — особенно в так называемом «эриксоновском» гипнозе (в частности, важным полагается феномен-концепт *синхронизации* ряда невербальных проявлений).

*Эмпатия* (от немецкого *Einfühlung* — проникновение [в сущность]) — понятие, означающее понимание эмоционального состояния пациента посредством сопереживания, проникновения в его субъективный мир; данное понятие

ассоциировано с клиент-центрированной психотерапией С.Р. Rogers'a<sup>35</sup>.

Общим для всех психотерапевтических направлений является признание (впрочем, формально непроговоренное) важности феномена *интуиции*.

**III. Трансперсональные феномены.** К третьему классу относятся феномены, возникающие в процессе коммуникации между психотерапевтом и пациентом, — это, прежде всего, *перенос* (*контрперенос*).

*Перенос* — психоаналитический концепт-феномен, означающий свойство [личности] проецировать ранние детские отношения и желания на другое лицо (психоаналитика).

**IV. Групповые феномены.** Феномены четвёртого класса связаны с влиянием [терапевтической] группы и внутригрупповыми процессами; в первую очередь это *групповая динамика*. Феномены данного класса играют в психотерапии настолько большую роль, что сближают различные её виды (разумеется, речь идёт о методах): в частности, показателен пример с гештальт-терапией, когда важнейшие — с точки зрения гештальт-психологии — феномены под гнётом групповой динамики попросту нивелируются.

**V. Конформные, или индукционные, феномены.** Пятый класс феноменов включает в себя, в частности, так называемое «эмоциональное заражение», лежащее в основе психических эпидемий.

\* \* \*

Повторю ещё раз, что большинство психотерапевтических феноменов — полифункционально. Так, феномен гипнабельности / гипноза может использоваться в качестве и саногенного (гипноз-отдых), и инструментального (гипносуггестия), и ворóтного («эриксоновский» гипноз) и, конечно же, диагностического (определение степени гипнабельности-внушаемости).

<sup>35</sup> Основное для этой модели понятие «эмпатия», характерное для психотерапии «гуманистической» ориентации в целом, получило уже признание и в психоаналитически-ориентированной психотерапии, где длительное время сохранялись представления о необходимости соблюдения позиции эмоционального нейтралитета, личной анонимности аналитика («зеркало»), и в психотерапии поведенческой, принявшей факт важности эмоциональной взаимосвязи психотерапевта и пациента.

(Напомню также, что подробно психотерапевтические феномены, признанные в рамках различных методов и методик, равно как и выработанные в последних концепты, описаны в рубриках «феноменология» и «понятия и концепты» главы «Феноменологический арсенал, понятийно-концептуальная платформа и персонология в представлениях методов и методик психотерапии».)

### 6.3. Клинические психотерапевтические эффект-синдромы и их коррелят-механизмы (коррелят-паттерны)

Изложенные выше психотерапевтические феномены — и здесь речь пойдёт о феноменах «со стороны пациента» — установлены и описаны, в большинстве своём, преимущественно эмпирическим путём. Многие из них имеют сугубо психологические трактовки, не поддающиеся даже элементарной клинической транскрипции, — что следует негативно оценивать само по себе; но, главное, этот факт отчётливо показывает неопределённость (или даже отсутствие) [подведённой] [физиологической] сано(пато)генетической базы.

Как известно, в истории психотерапии неоднократно предпринимались попытки, — как конъюнктурные, так и вполне искренние, — объективизации понятийно-концептуального аппарата: вспомним хотя бы ту же пресловутую «психорефлексологию» («объективную психологию») В.М. Бехтерева [1]\*. Однако эта объективизация носила всё же скорее экспериментально-регистрационный характер и проводилась к тому же под одним лишь визуальным контролем.

К попыткам объективизации процесса и механизмов лечебного действия психотерапии — более поздним — принадлежат в основном разного рода электрофизиологические исследования — от регистрации [изменений] психогальванического рефлекса до ЭЭГ-картирования.

Для понимания как самого процесса психотерапевтического лечения, так и механизмов эффективности психотерапии я ввёл понятия *клинических психотерапевтических эффект-синдромов* и их *коррелят-механизмов* [2]<sup>36</sup>.

<sup>36</sup> Хрестоматийным примером эффективности психотерапии ([ауто]суггестии) являются так называемые «стигматы Христа» — кровоточащие язвы, появляющиеся в местах прикосновения [суггестора] при внушении нахождения на кресте («крестная мука»).

Совокупность же коррелят-механизмов клинических психотерапевтических эффект-синдромов в их специфических — взаимосвязанных — проявлениях может быть охарактеризована, я полагаю, как *коррелят-паттерн*. Различные типы коррелят-паттернов характеризуются, таким образом, определёнными соотношениями коррелят-механизмов<sup>37</sup>.

В результате проведённых исследований были выявлены следующие типы коррелят-паттернов:

- 1-й — синхронно-синтонный;
- 2-й — синхронно-асинтонный;
- 3-й — асинхронно-синтонный;
- 4-й — асинхронно-асинтонный (дезорганизованный);
- 5-й — апокрифический.

Кроме того, было, напомню, проведено исследование по выявлению ассоциаций между методами (методиками) психотерапии и [саногенными] психотерапевтическими феноменами.

Каждый метод психотерапии — при часто встречающейся убеждённости адептов в его исключительности, нередуцируемости — волей-неволей ассоциирован с каким-либо саногенным феноменом.

Эти ассоциативные пары («метод[ика] психотерапии — ассоциированный [саногенный] феномен») таковы: суггестивная психотерапия — *суггестия*; рациональная психотерапия — *убеждение*; психоанализ — *катарсис*; бихевиоральная терапия — *подкрепление*; «эриксонский» гипноз — *гипнотический транс*; нейро-лингвистическое программирование — *эйдетизм*; гештальт-терапия — *гештальт-инсайт*; групповой анализ — *групповая динамика*; транзактный анализ — *скрипт-инсайт*; моделирование поведения — *научение*; экзистенциальная психотерапия — *аутентичность*; психодинамическая психотерапия — *осознание*; психометодология — [вспоминание / забывание].

Названные феномены являются, что совершенно очевидно, внешними индикаторами сложнейших внутренних [мега]процессов.

<sup>37</sup> Этологический коррелят при дескрипции / обработке коррелят-паттернов выводился за рамки, поскольку формы и способы его регистрации тяготеют к клиническому описанию.

Вопросы реализации психотерапии тесно связаны с представлениями об этих феноменах и в рамках медицинской модели психотерапии апеллируют, главным образом, к нейропсихологической, а также к нейробиологической, нейрофизиологической и нейрохимической — дискурсивно различным — сферам.

В результате проведённых исследований и экспериментов были выделены удовлетворяющие критериям достоверности фиксированные клинические психотерапевтические эффект-синдромы.

**Под эффект-синдромом следует понимать комплекс клинических, психологических, поведенческих [проявлений], возникающих в процессе (результате) реализации того или иного метода (методики, техники) психотерапии.**

В процессе проведения психотерапии наблюдались и были описаны  *типовые*  (нормальные),  *атипичные*  (парадоксальные) и  *интеркуррентные*  (патологические) эффект-синдромы, в частности, это — вне систематики, —  *гипноидный, истериформный, релаксационный, каталептический, просоночный, психовегетативный, эйдетический, гипомнестический, полиморфно-конформный, эксплозивный, «аффективного мутизма», аверсивный, псевдопуэрильный, «терапевтической паранойи», фиксационный, резистентный,*  и некоторые другие.

Обратимся — теперь уже — к систематике клинических психотерапевтических эффект-синдромов, принимая сейчас в расчёт и коррелят-паттерны (см. таблицу 10).

Итак, с позиций клинико-психофеноменологической характеристики основных пато-нозологических форм следует отметить, что у контингентов сферы компетенции психотерапии регистрируются клинические психотерапевтические эффект-синдромы всех уровней: типовые (нормальные), атипичные (парадоксальные) и интеркуррентные (патологические).

Среди типовых (нормальных) регистрировались эффект-синдромы гипноидный, каталептический, просоночный, психовегетативный, релаксационный, гипомнестический, полиморфно-конформный.

Из эффект-синдромов атипичных (парадоксальных) наблюдались истериформный, эксплозивный, синдром «аффективного мутизма», аверсивный, псевдопуэрильный.

Таблица 10

## Клинические эффект-синдромы и коррелят-паттерны

Клинический эффект-синдром	Коррелят-паттерны, типы				
	1-й	2-й	3-й	4-й	5-й
<b>Синдромы типовые (нормальные)</b>					
гипноидный	+	-	-	-	-
каталептический	-	+	-	-	-
просоночный	-	-	+	-	-
психовегетативный	+	-	-	-	-
релаксационный	+	-	-	-	-
гипомнестический	+	-	-	-	-
полиморфно-конформный	-	+	-	-	-
<b>Синдромы атипичные (парадоксальные)</b>					
истериформный	-	-	-	+	-
эксплозивный	-	-	-	+	-
«аффективного мутизма»	-	-	+	-	-
аверсивный	-	-	+	-	-
псевдопуэрильный	-	-	-	-	+
<b>Синдромы интеркуррентные (патологические)</b>					
эйдетический	-	-	-	+	-
«терапевтической паранойи»	-	-	-	-	+
фиксационный	-	-	+	-	-
резистентный	-	+	-	-	-

Эффект-синдромы интеркуррентные (патологические) были представлены эйдетическим, синдромом «терапевтической паранойи», фиксационным, резистентным.

В настоящее время С.Г. Гринвальдом предварительно — с помощью клинико-теоретического моделирования и с позиций формальной полноты систематики — описаны ещё 7 клинических психотерапевтических эффект-синдромов:  *абероадверсивный, ортоагитивный, агитивный викарно-компенсаторный*  ( типовые );  *гипермнестический*  ( парадоксальный );  *амитоконгрегантный, гипобулический, псевдоагитивный*  ( интеркуррентные ).

Разумеется, все они — и даже принципы их номинации — требуют дальнейших клинических исследований и верификации.

И ещё одно важное замечание, в некотором смысле предваряющее следующий подраздел: проведённые исследования показали преимущественно методистскую и, следовательно, саногенетическую детерминированность клинико-психофеноменологических проявлений, в то время как психопатологические характеристики, которые, казалось бы, в силу наличия соответствующей психофизиологической и психопатологической базы, характерной для данного больного / пато-нозологического состояния, должны были оказывать выраженное влияние на формирующийся клинический психотерапевтический синдром (прежде всего в случае развития парадоксальных и патологических психотерапевтических эффект-синдромов — как, например, психотерапевтический истериформный эффект-синдром и родственный ему клинико-феноменологически психопатологический истерический синдром), сводились в основном к патоперсонологическому (в том числе, разумеется, к постморбидному) фону.

#### 6.4. Психофеноменологический профиль

Любая сциентистская методология — а таковой (по крайней мере, *cum bona mente*) полагается методология медицины — подразумевает целостность, неразрывность, конгруэнтность (*respective* соразмерность) диагностико-терапевтического процесса. В отношении нашей дисциплины это означает, что понимание психотерапии не только как метода [выбора] либо совокупности методов — но, в более широком контексте, — как личностно-ориентированной гностической стратегии — диктует облигатность идиографического подхода к пациенту (подхода, который лишь вынужденно является ранжированным в области дискретизации и стандартизации).

Несмотря на то, что диагностический процесс в психотерапии не только прописан, но уже и приобретает характер канона, проведённые и опубликованные ранее разработки дали картины неких усреднённых образований, — это касается как совокупности «нормальных» психотерапевтических феноменов, объединённых под именем «нормальной психотерапевтической феноменологии», так так и усреднённого, средне-нормативного реагирования пациента на применённую психотерапию — что, собственно, и нашло отражение в понятии «клинической психотерапевтической эффект-синдромологии».

Таким образом, вышеизложенные понятия — сокращённо «нормальная психофеноменология» и «клиническая психофеноменология» — имеют в большей мере клиничко-теоретический характер. Теперь же их надлежит дополнить проекциями на уровень конкретного индивидуума — или, иными словами, они должны быть рассмотрены в контексте персонологии.

Решение поставленных вопросов, собственно, и было реализовано в понятии «психофеноменологический профиль» [3] — под ним подразумевается своеобразная совокупность, система, пропорция свойственных индивидууму (пациенту) «нормальных» и клинических (в данном контексте — «эффекторных») психофеноменов, с учётом влияния пато-нозологии и [пато]персонологии.

В клиническом смысле психофеноменологический профиль отражает персонифицированный (аранжированный личностными особенностями) и индивидуализированный в контексте клиники (патопластически изменённый болезнью) ответ на психотерапию.

Проведённые в последнее время исследования закономерно привели к эволюции этого понятия и дивергенции его на следующие три класса, являющиеся одновременно его «уровнями»:

— «нормальный» психофеноменологический профиль (свойственная конкретному индивидууму совокупность / пропорция выявляемых с помощью специальных диагностических (феноменных) приёмов «нормальных» психофеноменов, а также определяемых с помощью ракурсного психоанамнестического исследования повседневных способов реагирования на внешние воздействия, родственных или сходных с психотерапевтическими, однако находящихся вне контекста психотерапии);

— патологически изменённый психофеноменологический профиль (совокупность / пропорция выявляемых с помощью специальных диагностических (феноменных) приёмов «нормальных» психофеноменов, видоизменённая вследствие патопластического влияния болезни; сюда также причисляются привносимые болезненным состоянием пациента феномены, возникновение которых характерно для определённой нозологии);

— клинический психофеноменологический профиль (совокупность реактивно-личностных образований в контексте психотерапии — фактически, речь идёт об индивидуализированных, свойственных конкретному пациенту клинических психотерапевтических эффект-синдромах).

Структурно же психофеноменологический профиль состоит из двух компонентов:

— психофизиологического<sup>38</sup> (набор психофизиологически обусловленных реакций, детерминированных состоянием нервной системы индивида);

— персонологического, индивидуально-личностного (комплекс индивидуально-личностных модусов реагирования индивидуума, выработавшихся на протяжении его жизни).

\* \* \*

Очевидно, что это понятие касается преимущественно феноменов первого класса (феномены [«со стороны»] пациента).

Целью выявления / построения психофеноменологического профиля является определение индивидуальных акцепторных особенностей пациента, которые выступают в качестве «психофеноменологического плацдарма» для адекватного психотехнического воплощения психотерапии. Сообразно психофеноменологическому профилю производится подбор методов / методик / психотехник / формул / приёмов психотерапии, а также выстраивается психотерапевтическая стратегия как таковая.

Построение психофеноменологического профиля подразумевает проведение следующих процедур.

- выявление ведущих инструментальных феноменов;
- определение конфигурации и уровня (степени) выраженности дефензивных феноменов;
- анализ особенностей вспомогательных феноменов;
- идентификация саногенных феноменов.

Последовательность процедур может меняться в зависимости от конкретной клинической ситуации.

<sup>38</sup> Этот компонент скорее следует назвать акцепторно-психофизиологическим, поскольку надлежит учитывать наличие дефектов анализаторов, — ограничивающих, затрудняющих или исключающих эксплуатацию психофеноменологической базы либо собственно психотехническое воздействие.

### Рекомендуемая литература

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., Берлінводи, 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., Курило В. А., Заседа Ю. И. Общая семиология и клиническая семиотика психотерапии // «Сучасні методи діагностики і лікування психічних і соматичних розладів психогенного походження» (XIV Платонівські читання) // Матеріали наук.-практ. конф., Харків — Берлінводи, 21 - 22 квітня 2011 р.— С. 122 — 123.

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.

8. Михайлов Б.В. Чугунов В.В., Соломко С.Б. Клініко-психопатологічна та клініко-психофеноменологічна характеристика, принципи диференційної діагностики й амбулаторної психотерапії сучасних форм соматоформних розладів // «Нові підходи до діагностики, лікування та реабілітації психічних захворювань»: Матеріали наук.-практ. конф. з міжн. участю, 28 — 29 січня 2010 р.— Харків, 2010.— С. 107 — 111.

*Ключевые моменты*

- (1) Понятие и общая характеристика психотерапевтической феноменологии.
- (2) Ассоциирование методов / методик психотерапии и саногенных феноменов.
- (3) «Нормальная» и клиническая психотерапевтические феноменологии.
- (4) Классификация «нормальной» психотерапевтической феноменологии.
- (5) Общая характеристика отдельных классов «нормальной» психотерапевтической феноменологии.
- (6) Клинические психотерапевтические эффект-синдромы и их коррелят-механизмы (коррелят-паттерны).
- (7) Типология клинических психотерапевтических эффект-синдромов.
- (8) Диагностика клинического психотерапевтического эффект-синдрома как второй (психотехнической) части психотерапевтического диагноза.
- (9) Понятие психофеноменологического профиля.

*Глава 7***ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ  
СОСТАВЛЯЮЩАЯ (III ЧАСТЬ)  
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**

Намеренное и целенаправленное сопряжение психотерапевтических воздействий и фармакотерапевтических влияний обозначается как *фармакопсихотерапия*.

В настоящее время достаточно чётко обозначены следующие направления исследований / проблемные области фармакопсихотерапии:

- отыскание вариантов комбинаторных соответствий фармакопрепаратов и методов психотерапии (и различных её форм);
- разработка схем использования фармакопрепаратов в отношении краткосрочных или одномоментных форм психотерапии, что отвечает современным тенденциям к ориентации на недлительные формы психотерапии;
- психотерапевтическое потенцирование и опосредование назначения и отмены психофармакотерапевтических средств;
- дальнейшее развитие медико-ориентированной психотерапевтической парадигмы путём разработки эффективных фармакопсихотерапевтических подходов;
- оценка и, возможно, парциальное применение психотехник и методик так называемой «психоделической психотерапии» на основе использования не-наркотических препаратов.

Здесь же мы обратимся к представлениям о *фармакологическом фоне (терапевтическом и специальном, или экспериментальном)*, — указание на который является необходимым условием постановки / формулирования психотерапевтического диагноза и образует неотъемлемую часть последнего.

### 7.1. Понятие «фармакологического фона»

Собственно говоря, психотерапия в клинике — как принадлежащей к сфере её компетенции, так и в многочисленных иных клиниках (и прежде всего в клинике психиатрии) — проводится на определённом фармакологическом фоне — и этот фон, разумеется, создаётся *без учёта* [проводимой] психотерапии (психотехнических особенностей метода, целей, формы проведения и тому подобного).

### 7.2. Терапевтический и специальный фармакологический фон

Фармакологические влияния для [реализации] целей психотерапии, разумеется, имеют свои устоявшиеся и даже очевидные пути. В первую очередь это достижение — путём применения различных медикаментозных средств — состояний изменённого сознания, а также сниженного [само]контроля: все психофармакологические воздействия, осуществляемые для целей психотерапии, так или иначе воздействуют на сознание, certum.

Для [удобства] компаративного описания я создал определённую схему:

**искомое состояние — препарат — условия проведения — метод (методика / психотехника / приём) — brand (и автор).**

В соответствии с этой схемой приведу известные (а также разработанную мной) методики:

1) наркотический сон — снотворные — [гипно]суггестия — situs [cubitus (supinus)] — *наркогипноз* (М.Э. Телешевская [1]\*);

2) ослабление самоконтроля — наркотические средства (например, амитал-натрий) — психоанализ — классическое «положение на кушетке» — *наркоанализ* (J.S. Horsley [2]\*) / *наркосинтез* (R.R. Grinker, J.P. Spiegel [3]\*);

3) медикаментозный сон — гексенал — суггестия — situs [cubitus (supinus)] — *сомнопсихотерапия* (М.М. Перельмутер [4]\*);

4) медикаментозный сон — снотворные — симультанно-мнестическая психотерапия — situs [cubitus (supinus)] — *сомнопсихотерапия* (В.В. Чугунов);

5) «трансцендентные» чувства — психоделики — групповая психотерапия — группа — *психоделическая психотерапия* (Ch. Savage [5]\*);

6) [медитативная] релаксация — психоделики — катартическая вербализация — изоляция, музыкальное сопровождение, наличие индивидуального помощника (sitter) — *транс-персональная психоделическая психотерапия* (S. Grof [6 — 8]\*);

7) активизация неосознаваемых переживаний — галлюциногены-психодислептики — неполная психосенсорная депривация — абреактивно-катартический — *психолиз* (H. Leuner [9]\*);

8) эйфория — барбитураты — суггестия — situs [cubitus (supinus)] — *наркопсихотерапия* (М.Э. Телешевская [1]\*);

9) физиологический [вегетативный] дискомфорт — рвотные — [императивная] суггестия — sine conditio — *эмоционально-стрессовая психотерапия* (В.Е. Рожнов [10]\*).

Итак, фактически мы определили те варианты фармакологического фона, которые создаются специально для целей психотерапевтического влияния:

- наркотический / сомниферный;
- [психо]релаксационный;
- интоксикационно-галлюциногенный;
- эйфоризирующий;
- «физиогенно» дисфоризирующий.

Этот фон следует понимать как *специальный*, или *экспериментальный*.

К особым вариантам специального фармакологического фона можно отнести применение индифферентных, но дающих субъективно-чувственный спектр ощущений фармакологических препаратов-стимулов (задействующих вегетативные компоненты: парентеральное введение хлористого кальция; орошение зева хлорэтилом и прочее). От плацебо-терапии эти приёмы отличаются тем, что используется не сам факт назначения / приёма средства (чаще всего органолептически интактного и не вызывающего вегетативных реакций и вообще каких-либо субъективных ощущений), а условно-рефлекторное сопряжение.

Необходимо также учитывать тот фармакологический фон, который создаётся назначаемыми согласно традиционным терапевтическим схемам антидепрессантами, транквилизаторами, нейролептиками, нормотимиками, психостимуляторами и другими классами психотропных средств для целей собственно психофармакотерапии (без специального учёта психотерапевтических задач) и, следовательно, ipso facto является *терапевтическим* (см. таблицы 11 — 15)<sup>39</sup>.

<sup>39</sup> Я пользовался соответствующими клиническими руководствами, в частности [1].



Таблица 11  
Нейролептики и спектры их клинического действия

Препарат	Действие		
	седативное	антипсихотическое (инцизивное)	антибредовое
<i>Преимущественно с седативным действием (седативные нейролептики)</i>			
Хлорпромазин (аминазин)	++++	++	++
Левомепромазин (тизерцин)	++++	+	+
Тиоридазин (меллерил, сонапакс)	+++	+	+
Хлорпротиксен	+++	++	+
Зуклопентиксол (клопиксол)	+++	+++	+++
Перициазин (неулептил)	+++	+	+
Алимемазин (терален)	++	+	+
Тиаприд (тиапридал)	++	+	+
<i>Преимущественно с антипсихотическим действием (инцизивные нейролептики)</i>			
Перфаназин (этаперазин)	++	++	++
Трифлуоперазин (трифтазин)	++	+++	++++
Галоперидол	++	+++	++++
Сультоприд (топрал)	++	+++	+++
Флуфеназин (модитен)	+	+++	+++
Флупентиксол (флюанксол)	+	+++	++
Пипотиазин (пипортил)	+	+++	+++
Тиопроперазин (мажептил)	+	++++	++
<i>Преимущественно со стимулирующим действием (дезингибирующие нейролептики)</i>			
Сультпирид (эглонил)	-	++	+
Карбидин	-	+	+
<i>Атипичные нейролептики</i>			
Клозапин (лепонекс, азалеπτин)	++++	+++	+++
Кветиапин (сероквель)	+	++	+++
Рisperидон (рисполепт)	+	++	+++
Оланзапин (зипрекса)	++	+++	+++

Примечание:

- ++++ сильное (максимально выраженное) действие;
- +++ выраженное действие;
- ++ умеренное действие;
- + слабое действие;
- не проявляется (эффект отсутствует).

Таблица 12  
Антидепрессивные средства и спектры их клинического действия

Спектр действия	Генерическое название препарата	Торговые названия препарата
Преимущественно седативное	Тримипрамин Доксефин Амитриптилин Тразодон Миансерин Флувоксамин Пипофезин	Герфонал Синекван Эликвел (Амизол) Триттико Леривон (Миансан) Феварин Азафен
Сбалансированное	Мапротилин Тианептин Пирлиндол Сертралин Пароксетин Кломипрамин	Людиомил Коаксил Пиразидол Золофт Паксил Анафранил
Преимущественно стимулирующее	Флуоксетин  Моклобемид Имипрамин  Ниаламид	Прозак (Продеп, Портал, Флуоксетин-акри, Флуоксетин-никомед) Аурорикс Мелипрамин (Прилойган, Имипрамин) Ниаламид

Примечание. Расположение препаратов отражает континуальную клинико-терапевтическую классификацию, в которой сверху вниз убывает седативный эффект и нарастает эффект стимулирующий. Указанная классификация не учитывает сравнительную силу тимоаналептического действия препаратов и не дифференцирует седативный и анксиолитический эффекты. В данную таблицу не включены антидепрессанты с недостаточно определённым положением в этом ряду, в частности циталопрам (имеющиеся данные позволяют условно отнести его к антидепрессантам сбалансированного действия).

**Таблица 13**  
**Антидепрессивные средства и их дозировки**

Генерическое название	Дозы, мг		
	минимальные	средние	максимальные
<i>Трициклические антидепрессанты</i>			
Пипофезин	25 – 100	125 – 200	225 – 400
Амитриптилин	25 – 100 в/м + в/в 25 – 50	125 – 200 в/м + в/в 75 – 100	225 – 400 в/м + в/в 125 – 150
Доксепин	25 – 50 в/м + в/в 25 – 50	50 – 75 в/м + в/в 50 – 75	75 – 100 в/м + в/в 75 – 100
Имипрамин	25 – 75 в/м + в/в 25 – 50	100 – 250 в/м + в/в 75 – 100	250 – 400 в/м + в/в 125 – 150
Кломипрамин	25 – 75 в/м + в/в 25 – 50	100 – 225 в/м + в/в 75 – 100	250 – 300 в/м + в/в 100 – 150
Тианептин	12,5 – 25	37,5	50
Тримипрамин	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>Тетрациклические антидепрессанты</i>			
Мапротилин	25 – 75 в/м + в/в 25	100 – 175 в/м + в/в 50 – 75	200 – 250 в/м + в/в 100
Миансерин	15 – 30	30 – 90	120
<i>Антидепрессанты иной химической структуры</i>			
Тразодон	75 – 150	225 – 450	525 – 600
<i>Селективные ингибиторы реаптейка серотонина</i>			
Пароксетин	10	20	40 – 80
Сертралин	50	50 – 100	150 – 200
Флувоксамин	50	100 – 200	250 – 400
Флуоксетин	20	20	40 – 80
Циталопрам	20	40	40 – 60
<i>Необратимые ингибиторы МАО</i>			
Ниаламид	50 – 75 в/м + в/в	100 – 400 в/м + в/в	450 – 800 в/м + в/в
<i>Обратимые ингибиторы МАО</i>			
Моклобемид	150	150 – 300	300 – 600
Пирлиндол	25 – 75 в/м + в/в 25 – 50	100 – 225 в/м + в/в 75 – 100	250 – 500 в/м + в/в 125 – 200

**Таблица 14**  
**Транквилизаторы и снотворные (дозировки)**

Препарат	Дозы, мг		
	малые	средние	высокие
Алпразолам (ксанакс, кассадан)	0,5 – 4	4 – 6	6 – 10
Бромазепан (лексилум, лексотан)	3 – 12	12 – 18	18 – 36
Гидазепам	20 – 50	50 – 100	100 – 150
Гидроксизин (атаракс)	20 – 50	50 – 100	100 – 300
Диазепам (седуксен, реланиум, сибазон)	5 – 20	20 – 40	40 – 60
Золпидем (ивадал, санвал)	5 – 10	10 – 15	15 – 20
Зопиклон (имован)	3,75	7,5	15
Клоназепам (антелепсин, ривотрил)	0,5 – 2	4 – 8	8 – 16
Клоразепат (транксен)	15 – 30	30 – 40	40 – 60
Лоразепам (мерлит)	1 – 4	4 – 6	6 – 10
Медазепам (мезепам, рудотель)	10 – 20	20 – 40	40 – 60
Мидазолам (дормикум)	7,5	15	30
Нитразепам (радедорм, эуноктин)	2,5 – 5	5 – 10	10 – 15
Оксазепам (нозепам, тазепам)	10 – 20	30 – 60	60 – 90
Темазепам (сигнопам)	7,5	15	30
Тофизопам (грандаксин)	50 – 150	150 – 200	200 – 300
Триазолам (хальцион)	0,125 – 0,25	0,25 – 0,5	0,5 – 1
Феназепам	0,5 – 1,0	1,0 – 3,0	3,0 – 6,0
Флуниротазепам (рогипнол)	0,5	1,0	1,5 – 2,0
Хлордиазепоксид (элениум)	20 – 40	40 – 60	60 – 100

Таблица 15  
Нормотимики (тимоизолептики),  
их дозировки и схемы приёма

Название препарата	Лекарственная форма	Оптимальный интервал суточных доз	Частота приёма однократной дозы	Особые условия
Лития карбонат	таблетки по 0,3 г	0,6 – 1,2	3 раза в день	контроль концентрации лития в плазме крови
Лития карбонат (контемнол)	таблетки по 0,5 г	0,5 – 0,15	1 раз в день	— «» —
Лития оксibuтират	20%-й раствор для инъекций в ампулах по 2 мл	1,6 – 3,2	3 раза в день	— «» —
Карбамазепин (финлепсин, тегретол и другие)	таблетки по 0,2 г	0,4 – 1,0	2 – 3 раза в день	—
Карбамазепин-ретард (финлепсин-ретард, тегретол ЦР)	таблетки по 0,2 г и 0,4 г	0,4 – 0,8	1 раз в день	—
Вальпроат натрия (ацедипрол, конвулекс, депакин, энкорат, апилепсин и другие)	таблетки по 0,15 г и 0,3 г	0,6 – 1,4	2 – 3 раза в день	—
Вальпроевая кислота (депакин-хроно)	таблетки по 0,3 г и 0,5 г	0,5 – 1,5	1 раз в день	—

\* \* \*

Разумеется, применение психотерапии — любой, интактной по отношению к [бредовой] индукции<sup>40</sup>, её разновидности (рационально-суггестивной, поведенческой, симультанно-мнестической, экзистенциальной, катартической и прочих) — в «большой» психиатрии должно быть согласовано со ставшими традиционными, в течение второй половины XX века, фармакотерапевтическими схемами (кроме того, необходимо учитывать «эффект(ы) [психофармакологического] стеснения»).

Однако необходимо соблюдение и ряда базисных рецептурных условий:

— эти схемы, в свою очередь, должны быть сопряжены с планируемыми / применяемыми психотерапевтическими методиками<sup>41</sup>, то есть выступать в качестве [психо]фармакологической подкладки, *фармакологического фона* для проводимой психотерапии;

— в госпитальную психиатрию должны быть обилгитно привнесены принципы *хронотерапии*, — те из них, которые едины для психофармакотерапии и [вербальной] психотерапии.

<sup>40</sup> Это в основном относится к методам и методикам психотерапии «новой волны», поскольку гипноз, обычно позиционируемый как *persona ingrata* психиатрической клиники, долгие годы активно применялся при лечении психозов, в том числе шизофрении (и, что интересно, в комбинации с той же инсулино-коматозной терапией [11]<sup>8</sup>).

<sup>41</sup> Терапевтические схемы в условиях современной психиатрической клиники заданы довольно жёстко, однако определённые возможности лавирования всегда имеются, особенно в условиях *полифармакотерапии*.

### Рекомендуемая литература

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., Напфеевко 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.

### *Ключевые моменты*

- (1) Понятие «фармакологического фона».
- (2) Терапевтический и специальный фармакологический фон.
- (3) Взаимосвязь клинических психотерапевтических эффект-синдромов и фармакологического фона.
- (4) Учёт фармакологического фона как третьей (фармакотерапевтической) части психотерапевтического диагноза.

## Глава 8

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ  
(IV ЧАСТЬ) ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО  
ДИАГНОЗА

Мы подошли к весьма проблемному вопросу, который, в общем-то, касается психоической феноменологии в целом — высокопарных дискуссий об актах сознания и воли, мелких компетенционно-дисциплинарных дрызг по поводу контекстов психопатологии-патопсихологии, проблемы нормальной (здоровой) / патологической (больной) психики, большинства явлений социо-психического порядка и многого другого.

Это вопрос о том, в каких взаимоотношениях — дискурсивных, [пато]физиологических, клинических — находятся феноменные базисы, «феноменологии» психотерапии и психиатрии: психотерапевтическая феноменология и феноменология клиничко-психопатологическая, — и, главное, что получается в процессе / результате взаимодействия / соприкосновения этих феноменологий.

Попробуем подойти к этой проблеме непредвзято — без суетного производства «истинных» суждений, без апеллаций к некоем смутным очевидностям, тем более высоким именам; *probatio liquidissima* для психотерапии — да и для всех психодисциплин — по-прежнему остаётся недостижимой роскошью.

## 8.1. Синдромогенез, синдромокинез и синдромотаксис в сфере компетенции психотерапии: метасиндромы

В целях ясности, а также постепенности и последовательности изложения до сего момента речь шла о некоем идеальных, устойчивых, интактных клинических психотерапевти-

ческих эффект-синдромах, — которые в теоретической, вернее даже абстрактной, модели конгруэнтны синдромальной структуре патологии-нозологии.

Практика же показывает — и это очевидно, — что клинический эффект-синдром, приходя в соприкосновение с психопатологическим синдромом (либо симптомокомплексом), претерпевает выраженные трансформации, вплоть до разрушения; подобные изменения — и здесь мы уже можем назвать их патоморфозом (или же патокинезом) происходят и с последним. Фактически речь идёт о синдромотаксисе, — но привнесённом, внешнем, возникающем под воздействием направленного психотерапевтического вмешательства.

Более того, психопатологический синдром — непосредственно данный лишь в речи и поведении, поскольку мы всё ещё остаёмся в тенётах «психофункционализма»<sup>42</sup>, — и [конгруэнтный ему] эффект-синдром психотерапевтический всегда сливаются, тем самым видоизменяя, модифицируя друг друга, и это смешение неизменно даёт новое качество, — порождая иное [психоическое] образование, которое можно определить как *метасиндром*.

Вышесказанное можно наглядно представить с помощью следующей схемы.



Разумеется, это вновь-таки абстрактная конструкция, поскольку нельзя дать определённого ответа на вопрос типа: *сколько раз, в ка-*

<sup>42</sup> Ведь до сих пор в квалификацию психопатологического синдрома не входят иные — нейробиохимические, нейро(электро)физиологические и прочие — корреляты (разве что иногда привлекаются, с дифференциально-диагностической целью, патопсихологические регистр-синдромы).

Я попытался преодолеть эту стигму, по крайней мере в рамках психотерапии: клинические эффект-синдромы отделены и даже денотированы с учётом их коррелят-механизмов.

ких условиях и как именно следует применить гипомнестический эффект-синдром для коррекции синдрома [последствий] эмоционального стресса (посттравматического стрессового расстройства)?

## 8.2. Типология метасиндромов

Результаты проведённых исследований показали, что клиническая характеристика метасиндромов должна включать два вектора: динамический и структурный.

В динамической плоскости наблюдались следующие изменения: улучшение (ослабление) и ухудшение (усиление, повышение интенсивности), а также сохранение выраженности психопатологических проявлений. В плане структурной перестройки оказались возможными варианты упрощения или усложнения, а также сохранения структуры симптоматики. Ещё одним вариантом являлось сохранение синдромальной архитектоники и выраженности психопатологических проявлений. Наконец, специфическим вариантом выступала выраженная структурная перестройка с неопределённым вектором качества.

На основании этих комбинаций были выделены и обозначены восемь типов метасиндромов (они представлены в таблице 16).

Таблица 16  
Типы метасиндромов

Тип	Клинические проявления	Название
1-й	улучшение с упрощением	«позитивная редукция»
2-й	улучшение с сохранением структуры	«клише-редукция»
3-й	улучшение с усложнением	«позитивная орнаментация»
4-й	ухудшение с упрощением	«негативная редукция»
5-й	ухудшение с сохранением структуры	«клише-амплификация»
6-й	ухудшение с усложнением	«негативная орнаментация»
7-й	статика	«клинический монорим»
8-й	структурная перестройка с неопределённым вектором качества	«нейтральный метаморфизм»

Таким образом, 1-й тип представляет собой улучшение с упрощением, поэтому его условное название — «позитивная редукция»; степень клинической выраженности психопатологических нарушений уменьшается, а структура их упрощается.

2-й тип метасиндромов выражается в улучшении с сохранением прежней структуры, и потому обозначен как «клише-редукция»; характерны сохранение структуры психопатологических проявлений, но ослабление их выраженности с сохранением клинической значимости.

3-й тип — это улучшение с усложнением, или «позитивная орнаментация»; наряду с уменьшением выраженности клинической симптоматики наблюдается её усложнение, «орнаментация», появление дополнительных, отсутствовавших или ларвированных ранее психопатологических феноменов.

4-й тип заключается в ухудшении с упрощением, — и определён как «негативная редукция»; данному типу свойственно утяжеление, усиление выраженности, интенсивности клинических проявлений — с одновременным обеднением, упрощением, своеобразной редукцией их структуры.

5-й тип — ухудшение с сохранением прежней структуры («клише-амплификация»); при сохранённой клинической структуре психопатологических проявлений происходит усиление, нарастание степени их выраженности.

6-й тип — ухудшение с усложнением («негативная орнаментация»); это самый неблагоприятный тип, поскольку наряду с усилением выраженности психопатологических проявлений происходит усложнение их клинической структуры.

7-й тип — статика (в этом случае была использована несколько вольная номинация: «клинический монорим»); невзирая на осуществляемые психотерапевтические интервенции, клиника психопатологических проявлений остаётся неизменной, «одноразмерной» — в плане как структуры, так и выраженности.

Наконец, 8-й тип — структурная перестройка с неопределённым вектором качества («нейтральный метаморфизм»); происходит переформатирование структуры психопатологических проявлений — клинически неидентифицируемое, неизменное по выраженности.

Распределение метасиндромов в зависимости от психопатологического синдрома и достигаемого клинического психотерапевтического эффект-синдрома представлено в таблице 17.

**Таблица 17**  
**Распределение метасиндромов**

Психопатологический синдром	Метасиндромы, типы	Клинический психотерапевтический эффект-синдром
Апатико-абулический	7-й	гипноидный, каталептический, просоночный
Астенический	3-й, 2-й	гипноидный, каталептический, просоночный
Астено-вегетативный	1-й, 2-й	гипноидный, каталептический, просоночный
«Выгорания»	1-й, 2-й	релаксационный, гипомнестический
Галлюцинаторно-параноидный	8-й, 7-й, 5-й, 6-й	эйдетический, резистентный
Гипотимный	1-й, 2-й, 3-й, 7-й	резистентный
Депрессивный	6-й, 5-й, 8-й, 3-й	«аффективного мутизма»
Ипохондрический	7-й, 8-й, 6-й, 5-й, 3-й	психовегетативный, резистентный
Кандинского — Клерамбо	6-й, 5-й, 8-й	«аффективного мутизма»
Кататон-онейроидный	7-й	эйдетический, каталептический
Компульсивный	1-й, 2-й, 7-й, 8-й	эксплозивный
Обсессивный	1-й, 2-й, 3-й, 7-й, 8-й	фиксационный
Параноидный	8-й, 7-й, 6-й, 4-й	аверсивный, фиксационный, «терапевтической паранойи»
Парафренный	7-й, 4-й, 5-й	резистентный, аверсивный
Психастенический	1-й, 2-й, 3-й	«терапевтической паранойи», фиксационный, истериформный
Психоорганический	7-й, 6-й, 5-й	эксплозивный
Сенестопатический	1-й, 2-й, 3-й, 4-й, 5-й, 6-й, 7-й	психовегетативный, истериформный
Соматосенсорный	1-й, 2-й, 8-й	релаксационный
Сумеречного расстройства сознания	7-й	резистентный, аверсивный
Тревожный	6-й, 5-й, 3-й, 7-й	аверсивный, резистентный, эксплозивный
Фобический	1-й, 2-й, 3-й, 5-й, 6-й	релаксационный, психовегетативный
«Экзистенциальной недостаточности»	1-й, 2-й, 3-й	фиксационный, аверсивный

\* \* \*

При разработке моделей клинической реализации психотерапии необходимо придерживаться ряда правил; обязательны следующие из них:

- адекватное, дифференцированное использование психотерапевтической феноменологии;
- учёт сопряжения (ассоциации) метода (методики, психотехники) и саногенного феномена;
- ориентация на вызываемые клинические психотерапевтические эффект-синдромы с соответствующими коррелят-паттернами;
- детерминация [эксплуатируемых] механизмов реализации психотерапии сложноподчинённой клинической структурой курируемых [психопатологических] синдромов;
- учёт клинических особенностей метасиндромов, возникающих в процессе психотерапии.

## Рекомендуемая литература

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.) 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.).
5. (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 синдромологии 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, медицинская психология и граничная психиатрия в системе 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.



*Ключевые моменты*

- (1) Метасиндромы как результат процессов синдромогенеза, синдромокинеза и синдромотаксиса в сфере компетенции психотерапии.
- (2) Типология и клинические характеристики метасиндромов.
- (3) Распределение метасиндромов в зависимости от психопатологического синдрома и клинического психотерапевтического эффект-синдрома.
- (4) Диагностика метасиндрома как четвёртой (прогностической) части психотерапевтического диагноза.

*Часть IV*

**ЛОГИКА, СЕМИОТИКА  
И АЛГОРИТМ ДИАГНОЗА  
В ПСИХОТЕРАПИИ**

Только после обсуждения изложенных в предыдущих частях вопросов можно приступить к рассмотрению *логики, семиотики и алгоритма диагноза в психотерапии*, поскольку постановка психотерапевтического диагноза подразумевает и психопатологическую (в сопряжении с патоперсоналогической) квалификацию [пациента], и ориентацию на «нормальную» и клиническую психотерапевтические феноменологии, с выявлением и фиксацией процессов синдромотаксиса (а именно метасиндромов), и следование принципам пато-нозологической конгруэнтности, и учёт фармакологического фона etc.

Здесь излагаются также общая [*психо*]диагностика, — специфической областью приложения которой, как будет показано ниже, является психотерапия, — и характерные для психотерапии *диагностические приёмы* (причём речь идёт не только о тех диагностических — феноменных — приёмах, что приняты в рамках отдельных методов и методик психотерапии, а и о методологически выдержанных и методически корректных психоических способах диагноза — в отношении психотерапии — вообще, что делает их в значительной мере императивными для нормативного процесса диагностики).

Введено понятие *дизайна* диагноза — под ним понимается оформление (рецептура, прописывание) последнего; показаны его редуцированные — трёхчастные — формы, приведены наглядные иллюстрации [формулировок].

В качестве обобщения можно сказать, что **психотерапевтическая диагностика представляет собой процесс выявления симптома / синдрома / нозоформы / патологии как мишени и ракурса психотерапевтического воздействия, определение целесообразного характера и рода этого воздействия с его типологизацией (идентификацией клинически значимых характеристик), анализом фармакологического фона и указанием на наблюдаемые и прогнозируемые процессы синдромокинеза и синдромотаксиса в сфере компетенции психотерапии.**

## Глава 9

## ОБЩАЯ [ПСИХО]ДИАГНОСТИКА И СПЕЦИАЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЁМЫ

Психотерапия является специфической областью приложения *психодиагностики*, неверно отождествляемой — вследствие пестования конъюнктурно-дисциплинарной дихотомии «*патопсихология — психопатология*» — исключительно с экспериментально-психологическими исследованиями (в клинике или вне её).

Дефинитивное наполнение синтагмы *психодиагностика* — «псих[олог]ическая диагностика», то есть «диагностика психики» (куда включены, конечно же, и диагностика *психического развития*, состояния *психических сфер*, анализ *психопатологических феноменов*, *патопсихологических регистр-синдромов* и прочее подобное).

Каждый из методов психотерапии, особенно практикуемый в [своём] классическом варианте, предлагает собственный диагностический аппарат — различного уровня сложности, оригинальности, детерминированности, клинической нагруженности, семиотической информативности, патогномоничности и так далее.

Тем не менее можно предложить определённый универсальный набор методов, последовательно направленных на реализацию логико-тактических положений психотерапевтической диагностики:

*психотерапевтическое собеседование; этологическая диагностика; сбор психоанамнеза; клинко-психофеноменологическое исследование, включающее специальные диагностические (феноменные) приёмы, диагностику клинического психотерапевтического эффект-*

*синдрома и ракурсное клинко-психопатологическое исследование; патоперсоналогическое исследование; нейропсихологическое исследование; клинко-культуральное исследование.*

### *Психотерапевтическое собеседование*

Очевидно, что основным методом получения информации о пациенте, источником и одновременно способом познания и осознания психо[пато]логических явлений на основе вербальной и эмфатико-интонационной коммуникации служит *психотерапевтическое собеседование*.

Называемые функции психотерапевтического собеседования — *коммуникативная, информативная, диагностическая и куративная*.

Психотерапевтическое собеседование может быть как свободным, неструктурированным («исповедь», или «клиническое» интервью), так и формализованным, структурированным; предпочтение следует отдавать нарративному, «глубинному» интервью, когда имеется фиксированный круг вопросов, направленных на реконструкцию «истории жизни» пациента.

Общие структурно-стадиальные блоки психотерапевтического собеседования таковы<sup>43</sup> [1, с. 620]:

- установление психотерапевтического контакта;
- сбор психоанамнеза и, в случае наличия, катamnестических данных;
- психотерапевтическая диагностика;
- определение динамики проявлений заболевания в процессе лечения;
- психотерапевтические воздействия;
- оценка успешности хода психотерапии;
- подытоживание результатов решения задач, которые были поставлены в ходе собеседования.

Стилистика поведения психотерапевта может меняться в зависимости от его методистской ориентации и располагаться в понятийных континуумах «директивность — недирективность», «эмпатия — “зеркало”» и прочих. В целом, различные методы и методики психотерапии диктуют разного уровня специфичности общую стилистику поведения; к вариантам последней относятся: *эмпатия* клиент-центрированной

<sup>43</sup> Диагностические блоки выделены курсивом.

психотерапии, *конструктивизм* бихевиоризма, *отстранённость* классического психоанализа, *директивность* гипносуггестии и эмоционально-стрессовой психотерапии, *авторитаризм* рациональной психотерапии, «*экспертная*» позиция нейро-лингвистического программирования, *со-участие* «Эриксоновского» гипноза, *сопровождение* гештальт-терапии, *конгруэнтная вариативность* психометодологии, и так далее.

### Этологическая диагностика

Сопряжённая с клиническим обследованием *этологическая диагностика* основывается на фиксации признаков и проявлений невербального поведения.

В настоящее время накоплены обширные данные об особенностях развития человека, ритуалах, социальном взаимодействии в группах, половых различиях в поведении, реализации агрессии и конфликта, поведенческих проявлениях психопатологических состояний [1]\*.

Типология поведения человека включает *элементы* — простейшие фиксируемые признаки, *паттерны* — комплексы поведения и *сложные формы*, составляющие контекст поведения; в неё входят также ритм и пространство (геометрия) поведенческих проявлений.

Записанная в течение некоторого времени типология поведения называется *этограммой*; она отражает индивидуально-типологические особенности человека.

Элементы и паттерны поведения, патогномоничные конкретным переживаниям пациентов, могут быть учтены в психотерапевтическом процессе, например в групповой психотерапии; более того, эти признаки подлежат ранжированию (в частности, для определения степени скрытой агрессии / доминирования — субмиссии / подчинения).

Так, например:

- переживания тревоги проявляются в длительной фиксации рук[и] на горле (поведенческий аналог *globus hystericus*); нарастание тревоги характеризуется притрагиванием или захватом частей тела (носа, другой руки) у мужчин и стереотипиями (частые прикосновения к груди и лицу) у женщин;
- паттерны скрытой депрессии проявляются, в частности, в увеличении продолжительности взгляда в окно или на источник света;
- паттерны скрытого страха характеризуются продолжительной фиксацией руки на животе;
- паттерны скрываемых намерений и лжи выражены в асимметрии мимики и нарушениях гармоничности соотношения мимики, позы и жестов;
- агрессивные и аутоагрессивные тенденции заметны по ряду специфических признаков; в частности, количественным признаком агрессии является частота сжатия руки в кулак;
- существует связь и между направлениями взгляда, ориентации

ей тела и речью, что важно учитывать, например, при семейной терапии.

При рассмотрении типологии поведения в системе каналов коммуникации часто используются специальные глоссарии [1 — 3]\*. Так, в *визуальном* канале выделяют системы мимики, позы, жеста; в *аудиальном* — мелодику, тембр, тональность, ритм, паралингвистические элементы речи; в *тактильном* — частоту и области ауто- / гетерогруминга.

Психотерапевт — независимо от практикуемого им метода (методики) психотерапии — должен проводить первичную этологическую диагностику, заключающуюся в объективном описании основных паттернов поведения и базисного механизма последнего. В последующем в ходе работы он фиксирует изменение особенностей поведения пациента.

Особое значение это приобретает при длительной работе с аномалиями личности и при психотерапии невротического развития. При групповой [психо]терапии геометрия «портрета» группы может зависеть от «фокуса внимания» (то есть от участника группы, на котором фиксировано внимание окружающих). В той или иной мере психотерапевт всегда интуитивно чувствует изменение геометрии группы, но при просмотре видеозаписи возможна объективизация причин успехов / неудач, причём по простым жестам закрытия — открытия частей тела, учитывая биологический контекст этих паттернов.

Этологические методы позволяют также правильно построить телесно-ориентированную психотерапию, поскольку степень «сокрытия» различных частей тела имеет биологический подтекст.

Так, в этологическом контексте сутулость рассматривается как фиксированное «прятание» головы, что является инстинктивным паттерном страха; шаркающая походка — как фиксированная поза подчинения, являющаяся паттерном субмиссии, и так далее.

### Психоанамнез

Протокол сбора анамнестических сведений, в целом подобный традиционной процедуре *психоанамнеза*, содержит ряд специфических вопросов, направленных, во-первых, на диагностику личности и типов личностного реагирования [в различных ситуациях], а во-вторых, на исключительно важные для [психотехнической] реализации психотерапии случаи проявления внушаемости, гипнабельности, принятия решений под влиянием других [лиц] — то есть спонтанных феноменов, близких к психотерапевтическим (особенно к воротным, саногенным и индукционным).

### Специальные диагностические (феноменные) приёмы

В рамках каждого из методов (методик) психотерапии разработаны *специфические приёмы*, направленные на диагности-

ку всех классов психотерапевтических феноменов, равно как феномен-концептов и концепт-феноменов (см. рубрики «диагностические приёмы» главы «Феноменологический арсенал, понятийно-концептуальная платформа и персонология в представлениях методов и методик психотерапии»).

Так, для суггестивных методов — это прежде всего *исследование внушаемости*, для гипнотерапевтических техник — *определение степени гипнабельности*, для рациональной психотерапии — *оценка убеждаемости и выявление способности к логической переработке информации*, для психоанализа и психоаналитически-ориентированной психотерапии — *анализ свободных ассоциаций*, а затем — *сопротивления* и прочих концепт[-феномен]ов, для групповой [психо]терапии — *диагностика ряда индикаторных факторов*, для нейро-лингвистического программирования — *анализ искажений «метамодели», поведенческих комплексов-коррелятов глубинных [речевых] структур* и другого, для транзактного анализа — *диагностика и анализ типов транзакций*, для психометодологии — *диагностика памяти, ретроанализ ассоциаций, изучение особенностей интериоризации «внешней» речи*, и тому подобное.

### *Диагностика клинического психотерапевтического эффект-синдрома*

В настоящее время *диагностика клинического психотерапевтического эффект-синдрома* уже основывается на выявлении и интерпретации совокупности только лишь клинических признаков.

Формирование — а вслед за тем и редукция до клинического уровня — процедуры этой диагностики стали возможными благодаря проведению описанного выше комплекса экспериментов, в процессе которых осуществлялись выявление и исследование **сопряжений** [саногенных] **феноменов**, ассоциированных со всеми основными методами (методиками) психотерапии, и **клинических эффект-синдромов**, с сопутствующими нейро(био)химическими, нейропсихологическими, нейро(электро)физиологическими коррелят-механизмами (составляющими коррелят-паттерны) и этологическими коррелятами.

### *Клинико-психопатологическое исследование*

Наряду с традиционной процедурой психиатрической диагностики (с психопатологически-диагностической, дифференциально-диагностической, организационной и некоторыми

другими целями) используется расширенный вариант *клинико-психопатологического исследования*, адаптированный для распознавания и диагностики метасиндромов.

### *Патоперсонологическое исследование*

Комплементарное *патоперсонологическое исследование*, включающее элементы экспериментально-психологического, направлено на выявление личностных особенностей пациента, а также их изменений вследствие имеющегося [псих[о]сомат]ического заболевания.

### *Нейропсихологическое и клинико-культуральное исследования*

Диагностика должна включать — как минимум — определение семантических полей для обеспечения совпадения культурально-средовых особенностей речи психотерапевта и пациента. То же касается [выработки] этно-культурально детерминированной стилистики поведения и взаимоотношений.

### Рекомендуемая литература

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.

### *Ключевые моменты*

- (1) Контексты понятия «психодиагностика».
- (2) Методы психотерапевтической диагностики.
- (3) Психотерапевтическое собеседование.
- (4) Этологическая диагностика.
- (5) Сбор психоанамнеза.
- (6) Специальные диагностические (феноменные) приёмы в психотерапии.
- (7) Диагностика клинического психотерапевтического эффект-синдрома.
- (8) Ракурсное клинико-психопатологическое исследование.
- (9) Патоперсонологическое исследование.
- (10) Нейропсихологическое и клинико-культуральное исследование.

## Глава 10

### ЛОГИКА, СЕМИОТИКА И АЛГОРИТМ ДИАГНОЗА В ПСИХОТЕРАПИИ. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Для психотерапевтического диагноза характерны функциональная направленность и высшие степени идиографичности.

Семиотикой психотерапевтического диагноза являются «нормальная» психотерапевтическая феноменология (клиническая психофеноменология), клиническая психотерапевтическая синдромология, психопатологическая синдромология и патопсихологическая регистр-синдромология.

Основные логико-тактические положения психотерапевтической диагностики таковы.

#### I. Базирование психотерапевтического диагноза на клинико-феноменологическом подходе.

##### Методы:

*клинико-психопатологическое исследование / психиатрическая диагностика, психотерапевтическое собеседование в сочетании с этологической диагностикой, сбор психоанамнеза, патоперсоналогическое исследование; учёт данных общемедицинского обследования.*

##### Комментарий:

- 1) психотерапевтический диагноз реализуется в сфере пато-нозологической компетенции психотерапии, в частности, в поле психопатологических форм — как непсихотических, так и психотических (неврозология, реактивные состояния и прочее);
- 2) клинико-психопатологическое исследование позволяет сформировать первую — пато-нозо-синдромальную, точнее нозо-синдромально-персоналогическую, — часть психотерапевтического диагноза;

- 3) необходимо постоянное отграничение эндогенных психотических состояний, подлежащих курации в психиатрическом стационаре, прежде всего в силу наличия там необходимых организационных форм;
- 4) данные общемедицинского обследования могут выступать в качестве дополнения, «расширения» пато-нозо-синдромальной части.

#### II. Проведение идентификации личности пациента.

##### Методы:

*патоперсоналогическое исследование, психотерапевтическое собеседование, клинико-психофеноменологическое исследование.*

##### Комментарий:

- 1) психотерапевтический диагноз располагается в рамках патоперсоналогии;
- 2) с целью более полной формулировки диагноза (его нозо-синдромально-персоналогической части) проводится диагностика и квалификация личностных особенностей пациента (акцентуаций [характера] и прочего);
- 3) в процессе диагностики происходит выявление и анализ механизмов психологической защиты.

#### III. Следование принципам пато-нозологической конгруэнтности и критериям выбора психотерапевтических методов (методик).

##### Методы:

*клинико-психофеноменологическое исследование, в том числе специальные диагностические (феноменные) приёмы и диагностика клинического психотерапевтического эффект-синдрома.*

##### Комментарий:

- 1) диагностика неразрывно связана с терапией — собственно, она и проводится для определения саногенной компетентности последней по отношению к тем или иным патологическим состояниям и нозологическим формам;
- 2) надлежит помнить о нозоспецифичности психотерапии, то есть следить за соблюдением принципа пато-нозологической конгруэнтности.

#### IV. Идентификация психофеноменологического профиля.

##### Методы:

*клинико-психофеноменологическое исследование, в том числе специальные диагностические (феноменные) приёмы.*



**Комментарий:**

- 1) облигатно проводится идентификация психофеноменологического профиля пациента;
- 2) процесс идентификации касается как «нормального», так и патологически изменённого — и, в процессе последующей психотерапии, клинического психофеноменологического профиля.

**V. Постоянная ориентация на психотерапевтическую феноменологию.****Методы:**

*клинико-психофеноменологическое исследование, в том числе специальные диагностические (феноменные) приёмы.*

**Комментарий:**

- 1) необходимо выявление основных психотерапевтических феноменов (инструментальных, саногенных, дефензивных, смешанных, интеркуррентных, вспомогательных и прочих; групповых и индукционных феноменов);
- 2) требуется постоянная ориентация на выявленные феномены.

**VI. Диагностика клинических психотерапевтических эффект-синдромов.****Методы:**

*клинико-психофеноменологическое исследование, в том числе диагностика клинического психотерапевтического эффект-синдрома.*

**Комментарий:**

- 1) следует помнить, что клинический эффект-синдром представляет собой комплекс клинических, психологических, поведенческих и прочих [про]явлений, возникающих в результате реализации того или иного метода (методики, техники) психотерапии;
- 2) указание на конгруэнтные клинические психотерапевтические эффект-синдромы формирует вторую составную часть диагноза в психотерапии.

**VII. Перманентная диагностика метасиндромов.****Методы:**

*клинико-психопатологическое исследование / психиатрическая диагностика, клинико-психофеноменологическое исследование, в том числе диагностика клинического психотерапевтического эффект-синдрома.*

**Комментарий:**

1) напомним, что при взаимодействии клинического эффект-синдрома с психопатологическим синдромом (симптомокомплексом) происходят их слияние и модификация, что приводит к появлению третьей, качественно отличной [психодинамической] структуры — метасиндрома, являющегося тем самым магистериумом, философским камнем любой [клинической] психической терапии;

2) обозначение метасиндрома фактически выполняет функции четвёртой, факультативной (особенно для амбулаторных условий) — прогностической — части психотерапевтического диагноза (очевидно, что она может быть выставлена лишь в процессе психотерапии).

**VIII. Постоянный контроль *ex jvantibus*.****Методы:**

*психотерапевтическое собеседование, этиологическая диагностика, клинико-психофеноменологическое исследование, в том числе диагностика клинического психотерапевтического эффект-синдрома.*

**Комментарий:**

эффект-синдромы, достигаемые в процессе курсовой психотерапии, могут претерпевать клинический метаморфоз, сопровождающийся изменением выраженности саногенного эффекта, в силу чего возможные изменения следует тщательно отслеживать, и при их появлении (трансформация эффект-синдрома) — стремиться к реадaptации или, в иных случаях, к замене техники / методики психотерапии<sup>44</sup>.

<sup>44</sup> Влившись в метасиндром, став его частью, психотерапевтический эффект-синдром может изменить свои саногенные свойства, и его дальнейшая эксплуатация теряет целесообразность: его применение претерпевает неудачу, поскольку пути саногенеза оказываются блокированы. В силу этого подобные ситуации необходимо отслеживать и корректировать, добиваясь, в частности, достижения иных эффект-синдромов, и с помощью других психотехник.

Сама идея — а точнее, факт — [существования] различных саногенных феноменов и связанных с ними клинических эффект-синдромов (каждый из которых конгруэнтен патологическому состоянию / нозологической форме) однозначно указывает на необходимость, обязательность, правомерность существования различных путей (читай: техник) их достижения, что оправдывает существование различных методов / методик психотерапии.

**IX. Дискурсивная одноплановость диагностики и терапии.****Методы:**

*психотерапевтическое собеседование, сбор психоанамнеза, патоперсоналогическое исследование, нейропсихологическое исследование, клинко-психофеноменологическое исследование, в том числе специальные диагностические (феноменные) приёмы и диагностика клинического психотерапевтического эффект-синдрома.*

**Комментарий:**

психотерапевтическая диагностика методологически, методически и стилистически соответствует проводимой [вслед за тем] терапии, что выгодно отличает психотерапевтический диагноз от диагноза в психиатрии, сексологии и некоторых других [психо]дисциплинах, где существует диссонанс между направленностью диагностики и характером терапии, серьёзное расхождение их плоскостей: диагностика отвечает одному дискурсивному стилю, а терапия — совершенно иному, почти всегда более обоснованному<sup>45</sup>.

**X. Этиопатогенетическая целостность психотерапевтического диагноза.****Методы:**

*клинко-психофеноменологическое исследование, в том числе диагностика клинического психотерапевтического эффект-синдрома; клинко-психопатологическое исследование / психиатрическая диагностика.*

<sup>45</sup> В психиатрии — своеобразный иносказательный дискурс, диагностика, по сути, сугубо конвенциональная, её критерии, как и методы исследования, преимущественно вербальны; проводимое же лечение — биохимическое, направленное на симптом, — или же вообще [обще]биологического плана, и лишь потом — неспецифическая трудовая / активирующая [психо]-терапия.

В сексологии — комплексный диагноз с выраженной социально-психологической аранжировкой; в области же терапии — медикаментозное лечение имеет в основном восполняющий или стимулирующий характер; поведенческая терапия (тренинги) направлена на устранение конкретного расстройства [в паре]; психотерапия — рациональная с элементами суггестии — пассивно ориентирована на улучшение межличностных отношений; профилактика же — инертно информационна. На практике же наблюдается назначение стимулирующих, или активирующих (в том числе гормональных), средств при затруднениях психологического плана.

**Комментарий:**

психотерапия — уже даже в её психотехническом воплощении — воспроизводит, в целом, те патогенетические пути, по которым происходило развитие заболевания, для наложения [пато]физиологически идентичных — но отличных по эффекту — саногенетических воздействий.

**XI. Идентификация личности психотерапевта для формирования комплиментарно-конгруэнтных взаимоотношений<sup>46</sup>.****Методы:**

*клинко-культуральное исследование, нейропсихологическое исследование, клинко-психофеноменологическое исследование, в том числе специальные диагностические (феноменные) приёмы.*

**Комментарий:**

- 1) требуется постоянный учёт феноменов [«со стороны»] психотерапевта» и трансперсональных феноменов;
- 2) диктуется внесение необходимых изменений, в частности — стилистическая аранжировка поведения психотерапевта и манеры психотерапии;
- 3) последовательно проводится определение семантических полей для обуславливания совпадения культурально-средовых особенностей речи психотерапевта и пациента.

**XII. Формирование (подбор) адекватного фармакологического (фармакотерапевтического) фона.****Методы:**

*анализ терапевтического и подбор специального (экспериментального) фармакологического фона.*

<sup>46</sup> Так, для пациента с истероидными чертами традиционно приемлем директивный, властный, стеничный психотерапевт. Напротив, — мягкому, интровертированному пациенту больше соответствует стиль «гуманистического» психотерапевта — сопровождение, утешение, беседа.

Вопрос о персоналогической идентификации психотерапевта касается также проблемы корреляции личностных особенностей и практикуемого метода психотерапии (в «*Клинике психотерапии*» [1] были рассмотрены требования к профессиональной подготовке и личности / стилистике поведения психотерапевта, предъявляемые в рамках разных методов и методик психотерапии).

**Комментарий:**

1) соблюдается введённое положение о необходимости совпадения направленностей психотерапевтических и фармакологических воздействий (речь идёт не столько о вспомогательном, специальном фоне (созданном для целей фармакопсихотерапии: *наркосуггестия, наркоанализ / наркосинтез, психоделические техники* и прочее), сколько об эффектах, получаемых согласно традиционным схемам [приёма] психотропных препаратов);

2) анализ фармакологического фона является частью диагностики клинического психотерапевтического эффект-синдрома;

3) индикация существующего или желательного фармакологического фона — третья часть психотерапевтического диагноза.

**Рекомендуемая литература**

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.

*Ключевые моменты*

- (1) Понятие психотерапевтического диагноза.
- (2) Семиотика психотерапевтического диагноза.
- (3) Основные логико-тактические положения психотерапевтической диагностики.
- (4) Алгоритм психотерапевтического диагноза.

*Глава 11*

**ПРАВИЛА ФОРМУЛИРОВАНИЯ И ДИЗАЙН  
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**

Итак, психотерапевтический диагноз при первичном приеме является трёхчастным: нозо-синдромально-персоналогическим (I часть) с указанием конгруэнтного эффект-синдрома (II часть) и [желательного] фармакологического фона (III часть).

Психотерапевтический диагноз также выполняет прогностические функции — последние заключаются в обозначении метасиндрома (и тогда диагноз становится уже четырёхчастным), а кроме того, обеспечивает возможность комбинации с данными дополнительных — параклинических — методов исследования.

Для облегчения процедур постановки и формулирования диагноза удобно пользоваться размещёнными выше и приводимой ниже таблицами.

Так, I, [клинико-]диагностическая часть формируется / формулируется согласно таблице 18 (и с ориентацией на таблицу 2).

Фактически речь идёт о *психопатологической* и [*пато*]персоналогической квалификации.

Облигатным является указание на психопатологический синдром, являющийся мишенью психотерапевтического воздействия. Эту *психопатологическую квалификацию* желательно сопровождать своего рода «пато-нозологическим расширением»: показывать *фон* (как для невротического, так и для психотического и органического регистров) либо *генез* (чаще для невротического и [экзогенно-]органического регистров).

Рекомендуется приводить и своеобразное «патоперсоналогическое расширение» ([*пато*]персоналогическую квалификацию): заключение относительно личностных изменений психопатического или же характерологического уровней.

**Таблица 18**  
**[Клинико-]диагностическая часть**  
**психотерапевтического диагноза**

<b>Психопатологический синдром</b>	ординарные	астенический, астеновегетативный, астено-депрессивный, астеноневротический, депрессивный, ипохондрический, истерический, обсессивно-компульсивный, обсессивно-фобический, панический, психастенический, психовегетативный, соматосенсорный etc.				
	окказиональные	гебоидный, маниакальный, параноидный, психоорганический etc.				
	эксклюзивные	аментивный, апат[ик]о-абулический, галлюцинаторно-параноидный, гебефренический, делириозный, деменции, кататонический, онейроидный, паранойяльный, парафренный, помрачения сознания, псевдопаралитический etc.				
<b>Дополнительные указания</b>	расширение	этиопатогенетическое		патоперсоналогическое		
		<b>(φ) фон</b>	<b>(g) генез</b>	<b>(M) патоперсоналогия</b>		
	формулировка	... на [...] фоне		... у [...] личности ...		
				... у [...] личности <i>акцентуированной по [...] типу</i>		
	Варианты сосудистый психотравматический органический	алический (хроническая боль)	сосудистый	истероидной	демонстративному	
				ананкастической	педантическому	
			психотравматический	паранойяльной	застревающему	
			соматический (соматогенный)	эпилептоидной	возбудимому	
			аллогенный	мозаичной	смешанному	
			психогенный	тревожной	тревожному	циклотимному
						гипертимному
						эмоционально неустойчивой
эндогенный			эмоционально неустойчивой	тревожному	дистимичному	
экзогенный					экзальтированному	
травматический	шизоидной	шизоидному				
интоксикационный		зависимой	агравационно-рентному			
		диссоциальной	диссоциальному			

Часть II, психотехническая выставляется по таблицам 6, 7, 10, а также 1.

Для указания фармакотерапевтической, III части психотерапевтического диагноза целесообразно воспользоваться таблицей 8, а также таблицами 11 — 15.

Наконец, IV, прогностическая часть может быть добавлена в процессе терапии с помощью таблиц 16 и 17.

Приведу конкретные примеры формулировок психотерапевтического диагноза:

*Обсессивно-фобический синдром психотравматического генеза; [конгруэнтный] гипомнестический клинический психотерапевтический эффект-синдром; транквилизирующий фармакологический фон.*

*Соматосенсорный синдром на сосудистом фоне; [конгруэнтный] каталептический клинический психотерапевтический эффект-синдром; гипотензивный фармакологический фон.*

*Аллогенный астеноневротический синдром; [конгруэнтный] релаксационный клинический психотерапевтический эффект-синдром; терапевтический фармакологический фон.*

*Психовегетативный синдром у истероидной личности; [конгруэнтный] гипноидный клинический психотерапевтический эффект-синдром; седативный фармакологический фон.*

*Психогенный депрессивно-ипохондрический синдром у личности, акцентуированной по дистимичному типу; [конгруэнтный] просоночный клинический психотерапевтический эффект-синдром; антидепрессивный фармакологический фон.*

*Астенодепрессивный синдром на органическом фоне; [конгруэнтный] психовегетативный клинический психотерапевтический эффект-синдром; ноотропный и антидепрессивный фармакологический фон.*

А вот примеры уже четырёхчастного, с указанием на метасиндром, диагноза:

*Эндогенный параноидный синдром (в рамках [истеро]шизофрении) у истероидной личности, конгруэнтный истериформному эффект-синдрому; триседловый фармакологический фон; 2-й тип метасиндрома — улучшение с сохранением структуры («клише-редукция»).*

*Синдром идеаторного автоматизма шизофренического генеза у шизоидной личности эгоцентрического типа, конгруэнтный гипомнестическому эффект-синдрому; трифтазиновый (стеллазиновый) фармакологический фон; 1-й тип метасиндрома — улучшение с упрощением («позитивная редукция»).*

Четырёхчастный диагноз, — точнее, подобный его вариант [представления], — привносит и небольшие по форме, но весьма значительные по сути, изменения в собственный дизайн. Речь о том, что соединительное слово «конгруэнтный», предваряющее II, психотехническую часть диагноза, в этом случае указывает уже не на *рекомендуемый* клинический психотерапевтический эффект-синдром (когого психотерапевт, естественно, старается достичь и исходя из [природы] которого и производит, собственно, подбор метода / методики / психотехники), а на *реально имевший место* синдром (или же синдромы). Это объясняет, почему в психотехнической части могут встречаться и атипичные (парадоксальные), и даже интеркуррентные (патологические) эффект-синдромы: они попросту оказались соразмерны, конгруэнтны психопатологическому синдрому.

К тонкостям дизайна диагноза относятся и внешние графические — но несущие важную смысловую подоплёку — отличия, центрированные вокруг всё того же слова «конгруэнтный»: обычно имеющее прямой прогнозно- (при трёхчастном диагнозе) или ретроспективно-констатирующий (при диагнозе четырёхчастном) характер — чаще всего, разумеется, в случае возникновения типовых эффект-синдромов, — оно может братья в квадратные скобки — не с целью купюры, ускоряющей и облегчающей написание, но всё же подразумевающей его проговаривание, как в вышеприведённых примерах трёхчастных диагнозов, — а с намерением выразить предположение о наличии этой конгруэнтности, базирующееся на знании сано(пато)генетических механизмов (в случае трёхчастного диагноза); кроме того, оно может быть просто опущено (в диагнозе четырёхчастном), — при возникновении стойких инконгруэнтных клинических психотерапевтических эффект-синдромов (прежде всего это парадоксальные и интеркуррентные эффект-синдромы). Наконец, вариативность употребления адъектива «конгруэнтный» даёт возможность отражать гипотетическую пока ещё способность клинических психотерапевтических эффект-синдромов к вертикальной мобильности (то есть к изменению уровневой принадлежности).

### Рекомендуемая литература

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.

*Ключевые моменты*

- (1) Общие правила формулирования психотерапевтического диагноза.
- (2) Первая, [клинико-]диагностическая часть психотерапевтического диагноза: психопатологическая и [пато]персонологическая квалификация.
- (3) Вторая, психотехническая часть психотерапевтического диагноза: идентификация [конгруэнтного] клинического психотерапевтического эффект-синдрома.
- (4) Третья, фармакотерапевтическая часть психотерапевтического диагноза: подбор / учёт фармакологического фона.
- (5) Четвёртая, прогностическая часть психотерапевтического диагноза: выявление и регистрация метасиндромов.
- (6) Дизайн и шаблоны формулировок психотерапевтического диагноза.

*Часть V*

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АППАРАТ  
(ПРИЁМЫ И СИСТЕМЫ)  
МЕТОДОВ И МЕТОДИК  
ПСИХОТЕРАПИИ**



В «Клинике психотерапии» впервые было дано описание методов и методик психотерапии по унифицированной схеме, по единому алгоритму — что, прежде всего, позволило сравнить их: изучить, овладеть, оценить в постоянном соотношении, по каждому из выделенных параметров. Это дало возможность осуществлять осознанный выбор наиболее обоснованного метода (методики, психотехники) — как *in toto*, применительно к общей стратегии, теории и прочему, так и *in specie* — тактически, в отношении патологии-нозоформы, состояния-реакции.

При описании методов и методик психотерапии в каждом случае помещались: *историко-персоналогическая справка*, указания на *методолого-философские заимствования*, обсуждение *феноменологии*, характеристика *понятий и концептов*, представления о *структуре личности*, требования к *профессиональной подготовке и личности / стилистике поведения психотерапевта*, *психо-физиолого-теоретическое обоснование*, описание возможных *пато(сано)генетических механизмов*, применяемые *диагностические приёмы* и, наконец, аналитическое изложение *процедур и техник*, с учётом *форм проведения*. Также в отношении каждого из методов было дано общее заключение относительно ценности (а иногда и возможности) его *клинического применения*, приведены *противопоказания* к использованию и наиболее типичные *осложнения*.

Остановимся теперь подробнее на тех рубриках, которые имеют отношение к трактуемому предмету: диагностике и диагнозу в психотерапии. Это, помимо *историко-персоналогической справки*, — сохранённой в целях обзорности и информативности, равно как и в силу моего непреходящего уважения к истории, — также *феноменология*, *понятия и концепты*, *структура личности* и, наконец, собственно *диагностические приёмы*.

Введение *историко-персоналогической справки* обусловлено тем обстоятельством, что психотерапия — очень персоналифицированная дисциплина, как уже не раз отмечалось ранее. Прежде всего мы можем видеть, как появился метод, — а точнее, что он собой представляет: не вершки ли это древней психоической практики,

непрерывной или дискретной, монотонной или культурально-детерминированной? или это заказная клиническая разработка, современная, не более полувека от роду, но зато обоснованная, адаптированная, осмысленная, почти валидная? или же авторитарная рустикальная техника на базе двух-трёх повседневных психоических феноменов, доступная каждому? а может быть, это всего лишь дериват subtilis персонологии, выросшей из консультативной практики, рассчитанной на поддержание боевого духа армии? либо мудрствования новоявленного духоборца от психотерапии? сверщенная идея способного невротика? Этот крошечный абрис позволяет также увидеть основные вехи, штрихи эволюции метода, его колебания и мутации, вплоть до современной формы — которая, к сожалению, далеко не всегда выглядит определённой. Впрочем, довольно обширная историко-реконструктивная часть *«Клиники психотерапии»* (к ней я и адресую интересующихся) позволила чётко представить, как появились (во всяком случае, как развивались в отношении клинических нужд) основные методы психотерапии, и здесь мы говорим о них сугубо конкретно, применительно к личной истории каждого из методов.

Обсуждение феноменологии призвано осветить основные инструментальные, саногенные, вспомогательные и прочие феномены — и, что немаловажно, отделить их от концептов.

Характеристика понятий и концептов предпринята с целью аналитического описания теоретических конструктов, выполняющих некие атрибутивные функции по отношению к методу как к целому (теории, доктрине и тому подобному).

Излагаются и представления о структуре личности, бытующие в рамках каждого метода / методики психотерапии: персонологические взгляды исключительно важны уже даже для определения самого понятия «психотерапия».

Наконец, применяемые диагностические приёмы описаны (чаще они специально вычленены) для того, чтобы, с одной стороны, дополнить представления о пато(сано)генетических воззрениях метода (и здесь я вновь отсылаю читателя к *«Клинике психотерапии»*), а с другой — сформировать более полное представление о его практическом психотехническом применении. Что до актуальных целей, то эти диагностические приёмы (и даже целые системы) относятся к психотерапевтической диагностике как частное, порой самодовлеющее, к общему, — обнаруживая подчас выраженную дискурсивно-методологическую инконгруэнтность с последней (а иногда они и вовсе выпадают из её контекста, поскольку носят конъюнктивно-интерпретативный характер и имеют смысл лишь в специфически методистской диагностически-терапевтической связке, — которая, по сути, представляет собой la chose en soi).

\* \* \*

Нельзя не коснуться проблемы круга охваченных методов и методик психотерапии — то есть тех, что вошли в предлагаемую классификацию.

Итак: как, по каким критериям отбирались эти методы?

Во-первых — и это очевидно — были отобраны только основные методы, ведь счёт их на сотни и тысячи попросту нелеп.

Во-вторых, были отобраны методы, существенно отличающиеся [друг от друга], поскольку современные тенденции к их конъюнктурному производству-умножению послужили причиной существования десятков и даже сотен «методов»-двойников. Здесь уже вступила в действие игра слов: мало-мальски оригинальные подходы — например, такие известные, как «позитивная» психотерапия Peseschkian'ов, — деликатно именуются «вторичными» методами (что уж говорить о «символ-драме», «сказкотерапии», «алхимической» гипнотерапии Quigley, «имагогике» Meneghetti, «ребёфинге» Orr'a, «психопунктуре» Salehr'a, «палсинге» Browning и прочих подобных!).

В-третьих, выдвигались определённые требования к атрибутивной полноте метода — наличие каких-никаких теорий личности, патологии, саногенеза, моментов институционализации (включая тексты) и элементов инстанций (если не институтов, клиник и кафедр, то хотя бы обществ, ассоциаций и школ).

\* \* \*

Итак, эта часть имеет своеобразную систематизационно-обучающую направленность, — за счёт краткой, in Lapidarschrift, энциклопедичности, и ёмкой, сопровождаемой компаративной аналитикой, схематизации. Это своеобразное Handbuch, — где в пределах одной книги, in situ — традиционалистски, академически изложены, с неизбежными refrain'ами, существующие диагностические приёмы и системы основных методов и методик психотерапии, — для того чтобы можно было, во-первых, понять, что представляет собой диагностика — специфическая методистская диагностика — в современной психотерапии вообще, и каковы её содержание, атрибутика и протокол, её realioга; во-вторых, сравнить её с вышеизложенной нормативной атрибутивной психотерапевтической диагностикой, чьим закономерным результатом является постановка психотерапевтического диагноза.

## Глава 12

## КЛАССИФИКАЦИЯ МЕТОДОВ И МЕТОДИК ПСИХОТЕРАПИИ

Вплоть до последнего времени не создана общепризнанная классификация методов и методик психотерапии; более того, не предложена и традиционная для клинических дисциплин сколь-нибудь универсальная типология.

Между тем разработка такой систематики в психотерапии имеет особую актуальность.

*Во-первых*, необходимо хотя бы предварительно упорядочить сотни и даже тысячи предложенных разновидностей психотерапии, так как всё их многообразие может быть сведено к нескольким базовым парадигмам — *нейродинамической* ([гипно]-суггестия), *рациональной* (рациональная психотерапия), *психодинамической* (психоанализ), *поведенческой* ([когнитивно-] поведенческие методы), *мнестологической* (психометодология); многие идентичные по своим сано(пато)генетическим воззрениям, технике, продолжительности и, главное, эффективности методы и методики поданы под разными углами зрения или же вообще просто обозначены различными эпонимами (более того, они не только тесно переплетены в области психотехник — здесь характерен пример *гипноанализа*, — что вполне естественно, но стремятся к концептуальному слиянию, как-то: *динамическая психотерапия* и *поведенческие методы*, *гештальт-терапия* и *экзистенциальная психотерапия*, *транзактный анализ* и *модификация поведения* etc.). Первым шагом на пути такой систематизации является исследование генуинных особенностей многочисленных, на первый взгляд различающихся, психотерапевтических вариаций (в частности, анализ тезауруса — дефиниций, глоссария и протокольного языка) и, следова-

тельно, установление их принадлежности к основным направлениям и методам психотерапии<sup>47</sup>.

*Во-вторых*, следует свести разноплановость прогнозируемых эффектов психотерапии в обозримый ряд и, главное, ассоциировать с реальными сано(пато)генетическими механизмами воздействия психотерапии. Очевидно, что полученный ряд будет во многом конгруэнтен общей психотерапевтической систематике.

*В-третьих*, надлежит идентифицировать существующие психотерапевтические техники (приёмы, формулы и прочее) с возможными клинико-нейробиологическими механизмами реализации психотерапии. Полученные отношения также могут быть органично апплицированы на типологию методов психотерапии.

Наконец, *в-четвёртых*, подчинённой задачей такой типологизации нужно признать установление методолого-методической иерархии [уровней] и внесение определённости в толкование понятий методов, методик, техник, приёмов и формул (поскольку обычной практикой является придание отдельным терапевтическим приёмам статуса техник и даже методик; иногда же второстепенные синтетические, компилятивные методики возводятся в ранг патогенетически обоснованных методов).

\* \* \*

При попытках классификации психотерапии часто прибегают к простейшему оппозиционно-бинарному делению — весьма заманчивому, при всей его бесплодности: *дефективная* и *недефективная*, *симптоматическая* и *каузальная*, *основная* и *поддерживающая*, *интегративная* и *электичная*, *поверхностная* и *глубинная*, *когнитивная* и *эмоциональная*, «*механистическая*» и «*гуманистическая*», *динамическая* и *поведенческая*, *ауто-* и *гетеропсихотерапия*, *краткосрочная* и *долговременная*, и тому подобное.

По числу одновременно охваченных пациентов различают *индивидуальную* и *групповую* психотерапию, — и это, кстати, единственная правомерная оппозиция.

Существуют и несколько более сложные типологии, однако они также некорректны в выборе основания классификации.

<sup>47</sup> Как показывает исторический анализ, все методы и методики психотерапии — даже проявляя озабоченность и осторожность в обозначении своих предшественников (а иногда и прямо отрицая факты наследования) — имеют аналоги, применялись в эмпирическом виде, и лишь потом получили обоснование в рамках экспериментальной физиологии и клиники нейро(психо)наук (причём последнее выступает как важный фактор возникновения в психотерапии методической полифонии).

Так, различают психотерапевтические методы, *раскрывающие причины конфликтов* (психоанализ и психоаналитическая психотерапия), и методы, *направленные на решение конкретной проблемы*.

Некоторыми авторами, особенно зарубежными, проводится разграничение *большой* и *малой* психотерапии: к первой относят психоанализ и психоаналитически-ориентированные методы во всей их совокупности; ко второй — рациональную психотерапию, суггестивные методы и релаксационные техники.

В.Е. Рожнов [1] разделяет психотерапию на *общую* и *частную*, или *специальную*; при этом под первой понимается весь комплекс психических воздействий на больного, направленный на повышение его психоэмоциональной резистентности, а также на создание охранительно-восстановительного режима, исключающего психотравматизацию и ятрогении; вторая же представляет собой совокупность «психических методов лечения», применяемых в качестве ведущих и основных в клинике ряда заболеваний.

Специальную же психотерапию И.Ф. Мягков [2] разделяет *по этиопатогенетическому принципу* (патогенетическая и симптоматическая), *по направленности* (седативная, амнезирующая, тонизирующая и активирующая), *по форме проведения* (индивидуальная, коллективная, групповая и смешанная), *по характеру воздействия* (прямая и косвенная).

Б.Д. Карвасарский [3] подразделяет методы психотерапии на *личностно-ориентированные*, *суггестивные* и *поведенческие* (*условно-рефлекторные*).

Также можно условно выделить (А.Т. Филатов и соавторы [4]) методы психотерапии, *апеллирующие к нейрофизиологически-соматическим механизмам* (гипноз, аутогенная тренировка, косвенная, бихевиоральная психотерапия), и методы, *опосредованные на личностно-психологическом уровне* (групповая, аналитическая психотерапия, гештальт-терапия, психодрама и некоторые другие).

Ж.В. Aleksandrowicz [5] предлагает деление психотерапевтических методов на следующие группы:

- 1) методы психотерапии, *имеющие характер техник* (гипноз, релаксация, психогимнастика и прочие);
- 2) методы психотерапии, *определяющие условия*, которые способствуют оптимизации достижения целей психотерапии (семейная психотерапия и другие);
- 3) методы психотерапии *в значении инструмента*, используемого в ходе психотерапевтического процесса (таким инструментом может выступать психотерапевт в случае индивидуальной психотерапии или группа при групповой психотерапии);

- 4) методы психотерапии *в понимании терапевтических интервенций* (вмешательств), рассматриваемых в параметрах стиля (директивный / недирективный) или теоретического подхода (интерпретация, научение, межличностное взаимодействие — диалог).

Классификация согласно *целям* психотерапии (L.R. Wolberg [6]) включает следующие рубрики:

- 1) *поддерживающая* психотерапия, целью которой является закрепление и поддержание имеющихся у больного защитных сил и выработка новых, адекватных способов поведения, восстанавливающих душевное равновесие;
- 2) *переучивающая* психотерапия; её цель — изменение поведения больного путём поддержки и одобрения положительных форм поведения и осуждения отрицательных;
- 3) *реконструктивная* психотерапия, когда целью выступают осознание и разрешение интрапсихических конфликтов, послуживших источником личностных расстройств, и стремление достичь характерологических изменений и восстановления полноценного индивидуального и социального функционирования личности.

В клинической практике ряда школ принято деление методов психотерапии на *симптомо-центрированные*, или *симптоматические* (гипнотерапия, аутогенная тренировка, различные виды [само]внушения и другие), *личностно-центрированные*, или *личностно-ориентированные* (базирующиеся на основных течениях современной психологии — динамическом, поведенческом и так называемом «гуманистическом»<sup>48</sup>), и *социоцентрированные*.

<sup>48</sup> Считается, что связанные с ними психотерапевтические направления отличаются некоей завершённостью, так как включают и *концепцию личности*, и *теорию патологии* (личностных изменений), и логически выдержанную *технику*. *Динамическое* направление в качестве базовой детерминанты личностного развития и поведения рассматривает «первичные» влечения и потребности, а невроз — как следствие их вытеснения в «бессознательное» и конфликта с «сознанием»; следовательно, основная задача психотерапии — осознание этого конфликта.

В *бихевиоризме* личность отождествлена с поведением; невроз — это неадаптивное поведение, возникшее в результате ошибочного научения, а потому основная задача психотерапии состоит в обучении новым, адаптивным способам и формам поведения.

«Гуманистическая» психология, а вслед за ней и психотерапия рассматривают в качестве основной потребность личности в самоактуализации, а невроз — как результат «блокировки» этой потребности. Из такого понимания вытекает и задача психотерапии — приобретение пациентом нового эмоционального опыта, способствующего становлению адекватного, целостного «образа Я», и возможностей для «самоактуализации личности».

В завершение, ради полноты картины, следует упомянуть об одной любопытной типологии. Так, Ю.В. Каннабих (1872 — 1939), — переходя «от наиболее простых к более сложным», — различает следующие «направления и школы» психотерапии [1, стб. 822]\*:

- 1) суггестивная психотерапия, или лечение внушением, с его частным случаем — гипнозом (гипнотерапия);
- 2) рационалистическая (рассудочная) психотерапия, или лечение разъяснением и убеждением;
- 3) психоаналитическая психотерапия, или психоанализ в его различных модификациях;
- 4) индивидуально-психологическая психотерапия (метод А. Adler'a);
- 5) примыкающая к психотерапии трудовая терапия, разросшаяся в самостоятельный метод.

\* \* \*

Наиболее обоснованной, как показывают проведённые исследования, является классификация (систематика) [методов и методик] психотерапии, построенная исходя из основания / принципа пато-нозологической конгруэнтности.

Эта классификация подразумевает ориентацию на ассоциированные с методами психотерапии — через посредство саногенных феноменов — клинические психотерапевтические эффект-синдромы, которые являются проводниками механизмов реализации психотерапии с сопутствующими [нейро]биохимическими, нейропсихологическими и нейрофизиологическими коррелят-механизмами.

Такое понимание является основой для правильного применения психотерапии — то есть с ориентацией на саногенный феномен и пути саногенетического влияния в целом, невзирая на концептуальные метапсихологические, мировоззренчески-философские и прочие моменты<sup>49</sup>. Так, если расположить в два ряда методики / психотехники, характерные для различных методов психотерапии, и ассоциированные саногенные феномены, то станет ясно, что последних всего несколько, при разнообразном техническом их воплощении и богатстве аранжировок; это впечатление усилится, если третьим составляющим такой схемы будет клинический эффект-синдром (см. таблицы 5 и 7).

<sup>49</sup> Данная позиция не имеет ничего общего с «эклектической» или «психотехнической» психотерапией, где подразумевается использование [психо]технических приёмов из различных методов и методик (применяется «то, что эффективно») без каких-либо концептуально-методологических или клинко-физиологических рефлексий.

Однако такая классификация нацелена прежде всего на клиническое использование, равно как и на применение в ходе научно-исследовательской деятельности, и лишена важных с точки зрения наглядности обзорных, панорамных (а — в определённом смысле — даже дидактических) свойств, а также некоей [хронологической] последовательности.

В этой связи можно предложить другую классификацию, — которая, будучи ориентированной как на генеалогию, так и на специфическую сущность методов и методик психотерапии, а также — пусть относительно — на их хронологию, позволит наглядно представить всё многообразие психотерапевтического арсенала — и уловить его сущностные черты.

Итак, вот эта практическая классификация.

#### I. Классические методы.

##### 1. Суггестивные.

1.1. Суггестия.

1.2. Гипнотерапия.

1.3. Самовнушение и аутотренинг.

1.4. Эмоционально-стрессовая психотерапия.

1.5. Пласебо-терапия.

2. Рациональная психотерапия.

3. [Классический] психоанализ.

4. Поведенческая терапия.

#### II. Групповая [психо]терапия.

#### III. Синтетические методы (психотерапия «new wave»).

1. «Эриксоновский» гипноз.

2. Нейро-лингвистическое программирование.

3. Гештальт-терапия.

4. Групповой анализ.

5. Трансактный анализ.

6. Когнитивно-бихевиоральная терапия.

7. Экзистенциальная («гуманистическая») психотерапия.

8. Психоаналитически-ориентированная психотерапия.

#### IV. Неоклассические методы.

1. Симультанно-мнестическая психотерапия (психометодология).

#### V. Опосредованная психотерапия.

#### VI. Фармакопсихотерапия.

Следует заметить, что в этой классификации нет — и не может быть — иерархии, поскольку здесь возможна лишь некая — условная — хронология.

Таким образом, в разработанной классификации проведено принципиальное деление методов психотерапии на *классические, синтетические, неоклассические, групповые, опосредованные* и, наконец, *фармакопсихотерапевтические*.

«Классическими» названы методы, которые базируются на реальных саногенных феноменах и базовых, не-интерпретативных, психоических техниках; методы, обладающие относительно прямыми [психо]физиологическими механизмами реализации. De facto — это «методы-техники». И ещё один важный признак: они довольно рафинированны — *психотехнически*.

Напротив, аджектив «*синтетические*» указывает на выраженные синкретичность и искусственность группы методов, вернее методик, психотерапии, — являющихся, по сути, конъюнктурными или инволюционными дериватами классических методов. Для этих методов-методик характерны инконгруэнтность техник (с преобладанием манипулятивных формул), а также превалирование понятийно-концепт[уаль]ной платформы над феноменной базой. Что до [психо]физиологических механизмов — если их вообще удаётся проследить, — то они сложноопосредованы и, в большинстве своём, спекулятивны.

Под «*неоклассическими*» понимаются новосозданные методы фундаментальной, как указывалось выше, клинко-нейрофизиологической ориентации, для которых характерны тщательная психотехническая проработка и глубокая мнестологическая импрегнация, а также прямая декларация механизмов саногенеза.

Принципы денотации последних трёх групп методов — а именно *групповых, опосредованных и фармакопсихотерапевтических* — кажется, не требуют специальных разъяснений.

Deux mots и о том, почему именно названные методы попали в эту систематику. Le fait est que все они обладают определённым феноменным, [психо]техническим, протокольным, — но, главное, сентенционным, и даже, отчасти, компетенционным — своеобразием, как это станет понятным в процессе последующего изложения.

### Рекомендуемая литература

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.

*Ключевые моменты*

- (1) Проблемы [построения] типологий, систематик, классификаций в психотерапии.
- (2) Существующие классификационные деления.
- (3) Принципы психотерапевтической систематики / типологии / классификации.
- (4) Классификация методов и методик психотерапии.
- (5) Классические методы психотерапии: общая характеристика.
- (6) Методы психотерапии «новой волны»: специфические особенности.
- (7) Неоклассические методы психотерапии: основные черты.
- (8) Групповая психотерапия: довление формы.

## Глава 13

# ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ АРСЕНАЛ, ПОНЯТИЙНО-КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА И ПЕРСОНОЛОГИЯ В ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ МЕТОДОВ И МЕТОДИК ПСИХОТЕРАПИИ

*Классические психотерапевтические методы* апеллируют к реально существующей феноменной базе; соответственно уровень концептуализации (развития концептуально-понятийного аппарата в широком смысле) довольно незначителен.

### *Суггестивные (нейтические) методы*

*Суггестивная психотерапия* использует информационное воздействие на психическую сферу в виде *внушения*.

Внушение, или суггестия (*лат. suggestio*), — это восприятие субъектом поступающей извне информации [в полном объеме], некритически, без субъективно-личностной переработки.

К основным методикам суггестивной психотерапии правомерно отнести следующие: собственно *суггестия* [наяву], *гипносуггестивная психотерапия*, *аутосуггестия*, *эмоционально-стрессовая терапия* (*императивная суггестия*), *материально-опосредованная суггестия* (*косвенное внушение*, *плацебо-терапия*). (Суггестивные методы составляют также основу некоторых методик психотерапии «new wave» (например, это «*эриксоновский*» *гипноз* и *нейро-лингвистическое программирование*), фармакопсихотерапии (*наркопсихотерапия*, или *наркосуггестия*) etc.)

Гипноз представляет собой особое состояние сознания, возникающее под влиянием направленного психологического воздействия, отличающееся как от сна, так и от бодрствования, и сопровождающееся значительным повышением восприимчивости к специфически направленным психологи-



ческим факторам при резком понижении чувствительности к действию прочих факторов внешней среды.

Таким образом, введение больного в состояние гипноза — для реализации задач гипносуггестии — это, по существу, изменение психофизиологических характеристик центральной нервной системы на фоне избирательной сенсорной депривации с целью создания условий для восприятия терапевтической суггестии.

В этом свете становится ясно, почему психотерапевтическая практика диктует необходимость разведения понятий *внушаемости* и *гипнабельности*<sup>50</sup>; более того, степени внушаемости и гипнабельности не всегда совпадают<sup>51</sup>.

### Суггестия

Итак, под *внушением*, или *суггестией*, понимаются информационные влияния, вызывающие ощущения, представления, эмоциональные состояния и волевые побуждения, а также оказывающие воздействие на вегетативные функции без критико-логической переработки воспринимаемого, вне активного участия личности.

#### Историко-персонологическая справка

Слово «suggestio» в значении «внушение», «намёк» встречается у Flavius'a Vopiscus'a (III — IV века). Известная с давних пор, суггестивная психотерапия не идентифицирована с каким-либо определённым именем (именами).

Суггестивная психотерапия («чистая суггестия»), являясь фактически «методом-техникой», ориентирована на базовые психофизиологические феномены, которые подлежат сугубо физиологическому истолкованию.

<sup>50</sup> *Внушаемость* представляет собой своеобразное свойство психики [человека], позволяющее ему воспринимать информацию без критической её оценки, тогда как *гипнабельность* должна рассматриваться в качестве способности центральной нервной системы достигать изменённого состояния сознания в ответ на направленное психологическое воздействие.

<sup>51</sup> Лишь в отдельных случаях хорошая реакция на внушение сочетается с достаточно глубоким торможением центральной нервной системы. Чаще встречается сочетание хорошей реализации внушений с неглубоким состоянием торможения. В этих случаях пациенты отмечают достаточные изменения во время гипнотического сеанса; наблюдается довольно хорошая реакция на внешние сигналы. После выведения из гипнотического состояния они рассказывают, что улавливали окружающие звуки: шаги, шорохи, звонки, стуки и прочее.

### Феноменология

*Внушаемость* — это своеобразное свойство психики человека, позволяющее ему воспринимать информацию без критической её оценки.

В рамках физиологически-ориентированной суггестивной психотерапии основные *понятия* (*концепты* же как таковые отсутствуют) связаны с психофизиологической феноменологией. Ряд специальных понятий расположен в сфере аргументаций [клинической] нейрофизиологии.

Поскольку суггестивная психотерапия является «методом-техникой», в области персонологии преимущественное внимание уделяется различным антисуггестивным барьерам, точнее — приёмам и способам их преодоления.

#### Структура личности

Итак, личность отграничивается от информационных воздействий рядом барьеров.

Как уже упоминалось, Г.К. Лозанов [1] в качестве таковых называет следующие.

Первый антисуггестивный барьер — сознательное критическое мышление; этот *критически-логический барьер* отбрасывает всё, что не создаёт впечатления добронамеренной логической выдержанности.

Второй, не-сознательный *интуитивно-аффективный барьер*, предупреждает интериоризацию всего, что не создаёт доверия и чувства уверенности.

Третий, *этический барьер*, предупреждает реализацию внушений, противоречащих этическим принципам личности.

### Гипно[суггестивная] психотерапия

*Гипнотерапия*, а точнее, *гипносуггестивная психотерапия*, представляет собой метод психотерапии, использующий гипнотическое состояние в лечебных целях.

Широко распространено использование в лечебных целях внушения в состоянии гипнотического сна (хотя, например, в отличие от рассматриваемой в настоящей главе классической модели гипнотерапии, в «эриксонском» гипнозе саногенным считается уже одно только достижение состояния гипнотического транса).

#### Историко-персонологическая справка

Несмотря на то что практическое использование гипноза и родственных ему феноменов имеет весьма почтенную историю, *гипнология* в её официально-научном, позитивистски-исследовательском варианте берёт начало с середины XIX века, когда животный магнетизм постепенно трансформируется в гипнотизацию.

Считается, что термин «гипноз» (греческое *ύπνος* — сон), или «гипнотизм» (ранее называвшийся «месмерическим сном»), введён J. Braid'ом (1795 — 1860) (иногда даже употребляют термин «брей[и]дизм»), — книга которого «*Neurypnology; or, the Rationale of nervous sleep, considered in relation with animal magnetism...*» (коротко — «*Нейрофизиология*») вышла в свет в 1843 году [1]<sup>\*</sup> (хотя заслуга автора состоит лишь в титульной денотации: имеются данные, что префикс «гипн[о]-» впервые употребил — для описания феноменов животного магнетизма — в 1819 году Étienne Félix d'Hénilin de Cuvillers (1755 — 1841)); последующие труды Braid'a: [2 — 8]<sup>\*</sup>.

С конца 70-х годов XIX столетия терапевтическое действие гипноза изучалось J.-М. Charcot (1825 — 1893) [9 — 14]<sup>\*</sup> на больных, страдающих истерией.

Известна дискуссия о природе гипноза между Сальпетриерской (J.-М. Charcot) и Нансийской (H. Bernheim (1840 — 1919) [15 — 22]<sup>\*</sup>) школами. H. Bernheim возражал против понятия «стадий гипноза» J.-М. Charcot, считая, что наблюдаемые стадии [гипноза] обусловлены исходящим от гипнотизирующего внушением, а не «патологической» природой самого гипноза.

Существенный вклад в изучение феномена гипноза внесли W.T. Preyer (1841 — 1897) [23 — 25]<sup>\*</sup>, O.G. Wetterstrand (1845 — 1907) [26]<sup>\*</sup>, R.F. von Krafft-Ebing (1840 — 1902) [27]<sup>\*</sup>, A.-H. Forel (1848 — 1931) [28; 29]<sup>\*</sup> и множество других (возможно, будет даже проще назвать тех [психоневрологов], кто не имел к этому отношения). Теоретические и практические аспекты применения гипноза в лечебных целях изучались также отечественными учёными — В.Я. Данилевским (1852 — 1939) [30 — 32]<sup>\*</sup>, А.А. Токарским (1859 — 1901) [33]<sup>\*</sup>, В.М. Бехтеревым (1857 — 1927) [34]<sup>\*</sup>, К.И. Платоновым (1877 — 1969) [35 — 38]<sup>\*</sup>, И.М. Аптером (1899 — 1996) [39; 40]<sup>\*</sup>, В.Е. Рожновым (1918 — 1998) [41; 42]<sup>\*</sup>, Р.Д. Тукаевым [43]<sup>\*</sup> и многими другими.

Подобно «чистым» суггестивным методикам, гипно[суггестивная] психотерапия представляет собой «метод-технику», аргументы и апелляции которого целиком лежат в поле [психо-]физиолого-теоретических рассуждений.

#### Феноменология

Итак, под *гипнабельностью* — одним из основных инструментальных психотерапевтических феноменов — понимается свойство центральной нервной системы, позволяющее достигать изменённого состояния сознания в ответ на направленное психологическое воздействие.

*Гипноз* же, как отмечалось, представляет собой особое состояние сознания, возникающее под влиянием направленного психологического воздействия; он отличается как от сна, так и от бодрствования, и сопровождается повышением восприимчивости к специфически направленным психологическим факторам при понижении чувствительности к действию иных факторов внешней среды.

Ещё один из рано обнаруженных гипнических феноменов — *сомнамбулизм* (латинские *somnus* — сон и *ambulo* — ходить), — дословно «снохождение» («лунатизм»), представляющий собой совершение последовательных действий в состоянии глубокого гипноза (или сна).

Возникающий в глубокой степени гипнотического состояния сомнамбулизм напоминает патологическую форму сна, сопровождающуюся двигательными проявлениями. Сомнамбулическая стадия гипноза характеризуется, как правило, [последующими] амнезией и выполнением не только гипнотических, но и постгипнотических внушений (постгипнотическая суггестия); в этой стадии можно вызвать у гипнотизируемого иллюзии, заставить его выполнять различные действия в соответствии с внушённой ситуацией, отвечать на вопросы, добиться потери чувствительности к болевым раздражителям, [изолированного] выключения функции любого анализатора (внушить глухоту, слепоту, утрату обоняния, вкуса).

В психотерапевтической практике используется и феномен *гипнотической абреакции*: под ней понимается высвобождение, раскрепощение в состоянии гипноза материала, эмоционально значимого для пациента<sup>52</sup>.

В принципе, выработанные в рамках гипно-суггестологической практики понятия фактически близки к феноменам.

#### Понятия и концепты

Под *раппортом* (французское *rapport* — связь, сообщение) в психотерапии понимается словесный контакт<sup>53</sup> гипнотизирующего с находящимся в гипнотическом состоянии (гипнотизируемым).

Раппорт с гипнотизируемым может быть *изолированным* (реагирование только на слова гипнотизёра) или *обобщённым, генерализованным* (когда любой из присутствующих на сеансе может установить с гипнотизируемым речевой контакт). При изолированном раппорте у гипнотизируемого имеется тонкодифференцированная условная реакция не только на слова, но и на тембр голоса, эмфатико-интонационные особенности речи гипнотизирующего. Словесным внушением состояние изолированного раппорта может быть распространено на другое лицо (явление *передачи раппорта*).

В гипно[суггесто]терапии, как и в иных суггестивных методах, представления о *личностной структуре* не проговорены.

#### Самовнушение и аутотренинг

*Самовнушение*, или *аутосуггестия* (греческое *αὐτός* — сам и латинское *suggestio* — внушение, намёк, указание) — психотерапия посредством внушения каких-либо мыслей, желаний, образов, ощущений, эмоциональных и соматических реакций и состояний самому себе. В психотерапевтической прак-

<sup>52</sup> Эти трактовки, акцентирующие и даже абсолютизирующие саногенное значение феномена катарсиса, приближают гипнотерапию к катартическим методам.

<sup>53</sup> Однако раппорт может быть и невербальным — например, в случае гипнотерапии глухонемых; об этом свидетельствуют и эксперименты по гипнотической индукции иноязычных студентов (M.H. Erickson) [2].

тике применяются различные методики самовнушения, однако все они основаны на том, что вербальные формулы суггестии и невербальные приёмы, облегчающие её реализацию, проводят сами пациенты.

Самовнушение является основой (или одним из существенных механизмов лечебного действия) других методов психотерапии, в частности *аутогенной тренировки* (а также *биологической обратной связи, релаксации* и прочих).

**Аутогенная** (греческое *αὐτός* и *γενοσ* — род, происхождение) **тренировка** (устоявшаяся аббревиатура — АТ), или **ауто-тренинг** (греческое *αὐτός* и английское *training* — тренировка) представляет собой активный метод психотерапии, психопрофилактики и психогигиены, направленный на восстановление динамического равновесия системы гомеостатических саморегулирующих[ся] механизмов организма человека, нарушенных в результате стрессового воздействия<sup>54</sup>.

#### Историко-персонологическая справка

Традиционно ауто-суггестивные и ауто-тренинговые техники персонифицированы: самовнушение по Ё. Coué (1857 — 1926) [44]\* (ранее употреблялся даже термин «куеизм»), аутогенная тренировка по J.H. Schultz'y (1884 — 1970) [45]\*, H. Kleinsorge и G. Klumbies'y [46]\*, W. Luthe (1922 — 1985) [47]\*, прогрессирующая мышечная релаксация по E. Jacobson'y (1888 — 1983) [48]\*, эмоционально-волевая тренировка по А.Т. Филатову (1925 — 1997) [49]\* и так далее.

Предшественником Эмиля Куэ называют Джеронимо Кардано (1501 — 1576), поскольку его рассуждения касаются неких «формул ауто-суггестии».

В разработку метода лечебного самовнушения большой вклад внесли отечественные исследователи. В 1881 году И.Р. Тарханов (1846 — 1908) опубликовал результаты одного из первых научно выдержанных наблюдений о влиянии ауто-суггестии на произвольные функции организма, а в 1904 году в книге *«Дух и тело»* [50]\* описал способность произвольно вызывать «остановку» сердца. Я.А. Боткин в 1897 году [51]\* предложил обучать больных сознательноному использованию самовнушения для предупреждения и преодоления «невротической фиксации» симптомов соматических заболеваний. В.М. Бехтерев (1911) [52]\*, рекомендуя лечить самовнушением, указывал, что «наиболее подходящим временем для самовнушения является период перед засыпанием и период, следующий за пробуждением». Он полагал, что «для каждого отдельного случая должна быть выработана определённая формула самовнушения, которая

<sup>54</sup> Иногда — по-видимому, в силу наличия тренингового компонента — АТ рассматривается в рамках поведенческой психотерапевтической парадигмы.

должна произноситься от своего имени, в утвердительной форме и в настоящем, а не будущем времени». Произносить же формулы самовнушения следует вполголоса «по нескольку раз ... и притом с полным сосредоточением».

В истории, несомненно, встречаются различные ауто-суггестивные элементы и даже техники, причём известные библейские описания — далеко не первый их пример. Однако эти практики, естественно, располагались отнюдь не в плоскости [психо]терапии, какой мы её понимаем сегодня, а в совершенно иных типах дискурсивных практик, в связи с чем их реконструкция имела бы вульгарный характер.

**Феноменология** и **понятия** ауто-суггестии лежат, естественно, в поле общесуггестивных представлений, так как самовнушение — прежде всего вариант суггестии; несколько большей специфичностью отличаются представления о роли фактора *[структуры] личности*.

#### Эмоционально-стрессовая психотерапия

В *эмоционально-стрессовой психотерапии*, называемой также *императивной суггестией*, преодоление барьеров психологической защиты и терапевтическая реализация суггестии осуществляются за счёт одномоментного изменения психофизиологического состояния центральной нервной системы на фоне воздействия на анализаторы различных модальностей предельно-запредельных раздражителей.

#### Историко-персонологическая справка

[Эмоционально-]стрессорное воздействие как таковое с терапевтическими целями применялось на всём протяжении как предисциплинарной, так и дисциплинарной истории психотерапии.

В качестве предшественников эмоционально-стрессовой психотерапии называют *эмоциональную терапию* J.-J. Déjérine (1849 — 1917) (правильнее — эмоциональную составляющую рационально-эмоциональной психотерапии), а также *арететерапию* А.И. Яроцкого (1866 — 1944) (1908) [53]\*. Интересны положения J.H. Schultz'a о «терапии через разгневание» [54, с. 115]\*. Определённый вклад в развитие эмоционально-стрессовой психотерапии внесли М.И. Аствацатуров (1877 — 1936) и А.М. Свядощ (1914 — 1999) [55]\*. Непосредственно же современная методика эмоционально-стрессовой психотерапии ассоциирована с именем В.Е. Рожнова [56; 57]\*, который в 1971 году разработал методику *коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии больных хроническим алкоголизмом*, а в 1979 году — собственно методику *эмоционально-стрессовой психотерапии*.

Наиболее важным феноменом эмоционально-стрессовой психотерапии является, разумеется, суггестия, однако боль-

шое психотехническое значение придаётся различного рода ворóтным феноменам. Существенная роль отводится также феноменам конформным (индукционным).

#### **Феноменология**

Собственно, в качестве такого ворóтного феномена и используется возникающее в результате воздействия искусственной психогении особое состояние сознания (как проявление эмоционального стресса); именно вследствие и на фоне стресса суггестивное воздействие чрезвычайно облегчается.

Эксплуатация конформных (индукционных) феноменов, в своеобразной дискурсивной стилистике эмоционально-стрессовой психотерапии определяемых как «мобилизация сил высшего эмоционального накала», «увлечённость, достигшая степени схваченности» etc., заставляет отдавать предпочтение групповым, — а правильное сказать, коллективным, — формам проведения.

**Понятия** — и даже некие незавершённые *концепты* — эмоционально-стрессовой психотерапии не являются самостоятельными и специфическими и лежат в области представлений об [эмоциональном] стрессе и развивающихся вследствие него адаптационно-приспособительных реакциях.

Направленность представлений о *структуре личности* — прежде всего с психотехнических позиций преодоления антисуггестивных барьеров — отвечает принятым в суггестивной психотерапии вообще.

#### **Материально-опосредованная психотерапия (плацебо-терапия)**

В рамках *плацебо-терапии* (латинское *placeo* — нравиться, угодно; но также — кажется, представляется), расцениваемой как *косвенное внушение*, суггестия реализуется в силу приписывания терапевтических возможностей реальному — но не обладающему таковыми свойствами — предмету или явлению; собственно же *плацебо* понимается как фармакологически индифферентное вещество, имитирующее лекарственное средство.

#### **Историко-персонологическая справка**

Выделить какие-либо определённые персоналии и истоки применения плацебо не представляется возможным, так как идентичные приёмы в центрированных вокруг душепопечения практиках существуют с незапамятных времён. Также давно практикуется «обман больного для его же пользы», — в разнообразнейших формах.

В новейшей истории психотерапии конкретизирована *материально-опосредованная суггестия* — «вооружённое» (J.-M. Charcot), «чрезпредметное» (В.М. Бехтерев) внушение, — чьим частным вариантом и является плацебо-терапия.

В области *феноменологии*, весьма далёкой от *понятийно-концептуальной* обработки, мы встречаем всё тот же спектр суггестивных феноменов, — лишь несколько более опосредованных в силу применения неких материальных элементов.

#### **Структура личности**

При применении — с психотерапевтической целью — различных плацебо-препаратов принимаются в расчёт личностные особенности пациента (в частности, внушаемость).

В целом представления о структуре личности располагаются в общем для психических методов понятийном поле.

#### **Рациональная психотерапия**

*Рациональная* (латинское *rationalis* — умозрительный, теоретический; построенный на умозаключении, силлогистический; разумный), или *рассудочная, психотерапия* представляет собой метод, эксплуатирующий формально-логические параметры индивидуума (пациента), — его способность проводить сопоставления, делать выводы, принимать доказательства обоснованности утверждений иного лица (терапевта) и изменять свои представления под влиянием диалога.

Изменение неправильных представлений большого достигается определёнными, — и подчас довольно разными, — методическими приёмами, однако существенное качество рациональной психотерапии — построение её на [базе] логической аргументации — прослеживается во всех её модификациях и отличает от других методов психотерапии.

#### **Историко-персонологическая справка**

В настоящее время термин «рациональная психотерапия» используется большинством авторов для обозначения метода психотерапии, связанного с именем P.-Ch. Dubois (1848 — 1918). Однако, как я уже показал выше, это мнение ошибочно: реальная заслуга Dubois состоит только лишь в денотации и некоторой логико-силлогистической интерпретации тысячелетней [психоической] практики, различавшей в числе прочих своих приложений также и «психическую терапию».

В трактовке P.-Ch. Dubois рациональная психотерапия предстаёт как система логически-критических, рассудочных воздействий на больного.

Одной из наиболее известных — персонифицированных — модификаций рациональной психотерапии является рационально-эмоциональная психотерапия J.-J. Déjérine и E. Gauckler'a.

Основные тексты метода — «*Les psychonévroses et leur traitement moral*» («*Психоневрозы и их психическое лечение*») (P.-Ch. Dubois, 1904) [58]\*, «*Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses — leur traitement par la psychothérapie*» («*Функциональные проявления психоневрозов, их лечение психотерапией*») (J.-J. Déjérine, E. Gauckler, 1911) [59]\*.

Основным — саногенным, но выполняющим также инструментальные и вспомогательные функции — феноменом рациональной психотерапии является *убеждение*, основанное на свойстве *убеждаемости*, присущем — в разной степени — каждому.

#### Феноменология

Итак, *убеждаемость* представляет собой способность изменять суждения и представления и строить умозаключения под влиянием убеждения, которое является апелляцией к объективной информации и формально-логическому порядку рассуждений.

*Убеждение* основано на смыслово-логической переработке информации в ряду «понятие — суждение — умозаключение»; таким образом, воспринимаемая извне информация интериоризируется критично, посредством субъективной когнитивной и эмоциональной переработки.

Однако результатом, следствием убеждения — и это очевидно — признаётся понимание, или *осознание*, пациентом ошибочности своих представлений о патогенезе имеющегося у него заболевания.

В этом смысле рациональная психотерапия противоположна суггестии, — с помощью которой информация, новые установки, предписания и прочее внедряются, минуя критичность.

#### Понятия и концепты

Понятийно-концепт[уаль]ными для рациональной психотерапии являются представления о так называемой «внутренней картине болезни». В принципе, можно говорить о формировании своеобразного концепта / понятия «информатизация» (или «знание»).

Персонологические представления рациональной психотерапии не структурированы, однако обнаруживается некая совокупность психологических по сути трактовок *личностных* черт, с позиций возможностей их коррекции путём убеждения.

#### [Классический] психоанализ

*Психоанализ* представляет собой метод психотерапии, абсолютизирующий катартически-саногенетические механизмы, в основе которого лежит ориентированная на бессозна-

тельное интуитивная, интимно сопряжённая с личностью психотерапевта-аналитика диагностическая система.

#### Историко-персонологическая справка

Психоанализ как метод психотерапии — а затем и метапсихологическая система — разработан S.S. Freud'ом (1856 — 1939). Первоначально психоанализ возник из гипнокатартического метода J. Breuer'a (1842 — 1925) как «пуристская» психотерапевтическая техника, в антитезу к гипнотизации (представляемой на тот момент главным образом школой J.-M. Charcot). Впоследствии психоанализ приобрёл не только объёмную метапсихологическую часть, но и черты редукционистской социально-философской доктрины.

Следует особо подчеркнуть, что классический психоанализ является жёстко персонифицированным методом.

Его классические тексты — «*Die Traumdeutung*» [60]\* («*Толкование сновидений*» [61]\*), «*Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*» («*Три очерка по теории сексуальности*») [62]\*, «*Zur Psychopathologie des Alltagslebens*» («*Психопатология обиходной жизни*») [63]\* и многие другие.

Основоположниками психоанализа традиционно считаются — вопреки, кстати, мнению самого Freud'a — также C.G. Jung (1875 — 1961) [64]\*, создатель *аналитической психологии*, и A. Adler (1870 — 1937) [65]\*, основатель *индивидуальной психологии*.

Ещё раз следует подчеркнуть, что все имена, ассоциированные с послефрейдовским психоанализом, следует отнести скорее к психоаналитически-ориентированной психотерапии.

#### Феноменология

Большинство описываемых *саногенных, инструментальных, дефензивных, диагностических, ориентационных* и прочих интрапсихических (первый феноменный класс) или трансперсональных (третий феноменный класс) явлений носит характер *понятий* или, чаще, *концепт-феноменов*. Эти последние — весьма многочисленные — получили исключительно подробную, по большей части дискурсивную, проработку, — которая изменила, порой до неузнаваемости, их первоначальные значения.

Наряду с понятиями и концептами, со времён Jung'a в психоанализ вводятся и прочно закрепляются в научно-практическом обороте представления о так называемых «комплексах».

#### Понятия и концепты

Первоначально одним из центральных концептов психоанализа выступило понятие *катарсиса*<sup>55</sup>, что неудивительно, поскольку психоанализ развился из [гипно]катартического метода.

<sup>55</sup> Напомню, что понятие «катарсис» («очищение») ввёл в [книжное] обращение Аристотель Стагирит, который в труде «*Поэтика*» («*Поэтика*») утверждал: через сочувствие и страх трагедия добивается очищения (катарсиса) духа.

Обратимся к работе «*Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung*» («*Очерк истории психоанализа*» [66]<sup>\*</sup>) самого Freud'a.

«Я должен ... указать на значение “катартического метода” Breuer'a, — писал Freud. — Содержание Breuer'ова открытия ... состоит в том, что симптомы у истерических больных зависят от потрясающих, но забытых сцен из их жизни. Основанное на этом положении лечение старается заставить больных вспоминать эти переживания в гипнозе и воспроизводить их (Katharsis). Из этого вытекает и часть теории о том, что эти симптомы соответствуют ненормальной связи определенного количества неразрешённой энергии возбуждения (конверсия)» [66, с. 3 — 4]<sup>\*</sup>.

Понятие катарсиса в рамках классического психоанализа приобретает черты концепта. Более того, ему придаётся исключительное саногенетическое значение: его достижение полагается отправной точкой саногенеза, который запускается в процессе / результате анализа и далее протекает ipso facto. Таким образом, полагается, что устранение причины автоматически влечёт за собой устранение её последствий.

Собственно катарсис как «отреагирование» (а эти понятия в рамках психотерапевтических методов различаются лишь насыщенностью концептуализации) возникает в момент обнаружения *конфликта*, точнее, — [интра]психического конфликта, как, собственно, истинного «повода к заболеванию».

Ещё один концепт — *регрессия* (Regression), о которой Freud говорит как о «явлении» — и под которой понимает «обратное направление анализа»: «Выяснилось, что психоанализ не может объяснить ничего настоящего, не сведя его к чему-нибудь прошлому, более этого, что всякое патогенное переживание предполагает другое, более раннее, переживание, которое, не будучи само патогенным, придаёт позднейшему патогенные свойства» [66, с. 5]<sup>\*</sup>.

Следующий концепт — *вытеснение* (Verdrängung): «Учение о вытеснении — фундамент, на котором зиждется всё здание психоанализа», — говорит Freud. Вытеснение, по его словам, «представляет из себя не что иное, как теоретическое выражение наблюдения, которое можно сколько угодно повторять, если без помощи гипноза приступить к анализу невротика. Тогда чувствуется сопротивление, которое противодействует аналитической работе и под предлогом пробела в воспоминаниях старается сделать её невозможной» [66, с. 10]<sup>\*</sup>. И добавляет: «это сопротивление совпадает с амнезией». Так появляются два важнейших концепта классического психоанализа — *сопротивление* и *амнезия*.

Третим важнейшим концептом классического психоанализа является *перенос* (*перенесение*, «трансфер»), появляющийся в своём «классическом» виде в работе «*Фрагмент анализа истерии*» («*Bruchstück einer Hysterie-Analyse*») [67]<sup>\*</sup>: под этим понимается некий интеркуррентный феномен (разумеется, это ничто иное, как концепт [феномен]), состоящий в sui generis «замещении» личностью врача значимого лица из прошлого пациента, с соответствующей аппликацией его чувств, побуждений и фантазий на новый объект.

В «*Лекциях по введению в психоанализ*» [68]<sup>\*</sup> Freud говорит: «Новый факт, который мы ... нехотя признаём, мы называем перенесением (Übertragung). Мы имеем в виду перенесение чувств на личность врача, потому что не считаем, что ситуация лечения могла оправдать возникновение таких чувств» [68, сс. 282 — 283]<sup>\*</sup>.

Этот перенос, как и само психоаналитическое учение, инспирирован сексуальностью: «Факт грубо сексуально окрашенного, нежного или враждебного переноса, возникающего при всяком лечении невроза, хотя и нежелательного и не вызываемого ни одной из сторон, казался мне всегда неопровержимым доказательством происхождения творческих сил невроза из области сексуальной жизни. Это доказательство «...» сохраняет свое решающее значение одинаково и даже больше, чем соответствующие результаты аналитической работы» [66, с. 7]<sup>\*</sup>.

Концепты сопротивления и переноса Freud полагает настолько фундаментальными «шибболетами» метода, что заявляет: «Всякое исследование, которое признаёт оба эти факта, как исходное положение работы, может называться психоанализом» [66, с. 10]<sup>\*</sup>. И далее добавляет: «Психоанализ поставил своей ближайшей задачей объяснение неврозов и взял за исходные пункты оба факта — сопротивление и переноса и, принимая во внимание третий факт амнезии, дал им объяснение в теориях о вытеснении, сексуальных двигательных силах невроза и о бессознательном» [66, с. 37]<sup>\*</sup>.

Наконец, одним из наиболее известных психоаналитических концептов является так называемый «*комплекс*» (Komplex). Однако сам Freud весьма скептически относился к этому понятию: «... слово “комплекс”, как удобный, часто незаменимый, термин для описательной формулировки психологических фактов, приобрело право гражданства в психоанализе. Ни один из других, созданных потребностями психоанализа терминов и обозначений не приобрёл такой широкой популярности и не был так часто неправильно применяем во вред образованию точных понятий» [66, с. 20]<sup>\*</sup>.

Следует отметить, что в рамках классического психоанализа говорится лишь об «*Эдипове комплексе*»<sup>56</sup> и «*комплексе кастрации*».

О «*комплексе Эдипа*» Freud впервые упоминает в письме к W. Fließ'у (1858 — 1928) в 1897 году; эти представления явились следствием самоанализа, который Freud провёл после смерти отца. Первая публикация, где описывается «*комплекс Эдипа*», — это «*Die Traumdeutung*».

Исполнена концептуализации и вся сексуальная подоплёка классического психоанализа, однако рассмотрение этих множественных понятий и концептов будет явно избыточным в контексте настоящего изложения.

Весьма богата концептами также классическая психоаналитическая теория [толкования] сновидений: *сгущение*, *смещение*, *отбор*, *искажение*, *трансформация* etc. — вот далеко не полный их перечень.

<sup>56</sup> Генеалогию — и несостоятельность — представлений о «*комплексе Эдипа*» я наглядно, думаю, показал в уже упоминавшейся выше своей книге «*Царь Эдип: Прошлое одной иллюзии*» [3]; см. также подглаву «*Этно-культуральная дифференциация психотерапии*».

Carl Gustav Jung по-новому денотировал старое понятие *архетипа*; под последним он понимал некие психические структуры, составляющие содержание *коллективного бессознательного*. Архетипы, согласно Jung'у, определяют характер символики сновидений, сказок, мифов; они также могут выражать религиозные чувства и являются «коллективными символами».

Персонологические представления психоанализа весьма механистичны, и центральным концептом является понятие «психический аппарат»: «Мы предполагаем, что психическая жизнь есть функция аппарата, которому мы приписываем характеристики пространственной протяжённости и составленности из нескольких частей, а именно Id, Ego и Super-Ego», — говорит Freud<sup>57</sup>.

#### Структура личности

«Деление психики на сознательное и бессознательное является основной предпосылкой психоанализа» [70, с. 425]\*, — пишет Freud. Персонологические воззрения Freud'a апеллируют к категориям *структуры и системы, топик, динамики и экономики*.

«Согласно предлагаемой теории индивидуум представляется нам как непознанное и бессознательное *Оно*, на поверхности которого покоится *Я*, возникшее из системы *W[ahrnehmung]* (восприятия — В.Ч.) как ядра. При желании дать графическое изображение можно прибавить, что *Я* не целиком охватывает *Оно*, а покрывает его лишь постольку, поскольку система *W* образует его поверхность, т. е. расположено по отношению к нему примерно так, как зародышевый диск расположен в яйце. *Я* и *Оно* не разделены резкой границей, и с последним *Я* сливается внизу» [70, с. 431]\*. И ещё одно, более образное, сравнение: «По отношению к *Оно* *Я* подобно всаднику, который должен обуздать превосходящую силу лошади, с той только разницей, что всадник пытается совершить это собственными силами, *Я* же силами заимствованными. <...> Как всаднику, если он не хочет расстаться с лошастью, часто остаётся только вести её туда, куда ей хочется, так и *Я* превращает обыкновенно волю *Оно* в действие, как будто бы это было его собственной волей» [70, с. 432]\*.

«*Оно*» руководствуется исключительно принципом удовольствия («страсти»), «*Я*» — принципом реальности («разум и рассудительность»).

Наконец, существует «Сверх-*Я*» («Идеал-*Я*»), которое появляется в результате разрушения эдипова комплекса.

«Таким образом, можно сделать грубое допущение, что в результате сексуальной фазы, характеризующей господством Эдипова комплекса, в *Я* отлагается осадок, состоящий в образовании обеих на-

<sup>57</sup> Персонологические представления описаны Freud'ом в ещё одном классическом труде — «*Das Ich und das Es*» («*Я и Оно*») [69]\*.

званных, как-то согласованных друг с другом идентификаций (соответственно с отцом и с матерью — В.Ч.). Это изменение *Я* сохраняет особое положение: оно противостоит прочему содержанию *Я* в качестве *Я*-идеала или сверх-*Я*» [70, с. 437]\*.

#### Поведенческая терапия

В основе *поведенческой*, или *бихевиоральной* (английское *behaviour* — поведение), *терапии* лежат тренинговый принцип и терапевтический эффект, базирующийся на феномене угасания реакции.

Для классического, свойственного поведенческой терапии редукционистского понимания характерно единство теоретических положений и вытекающих из них — методически детерминированных — вмешательств.

#### Историко-персонологическая справка

В качестве непосредственно предшествующего поведенческой терапии может рассматриваться довольно широкий, ориентированный на поддержание дисциплины и коррекцию поведения круг методов: это — не считая ряда форм госпитально-педологической психотерапии XVI — XVIII веков, — и механо[психо]терапия, и приёмы, позднее названные «психоортопедическими», и наблюдения, полученные в рамках «психофизиотерапии» конца XIX века, и многие другие; из более современных её истоков следует назвать методы психотерапии, основанные на принципах научения, которые появились во втором десятилетии XX века и вошли в медицинские анналы под названием *условно-рефлекторной терапии* (в частности, В.М. Бехтерев (1915) [72]\* прямо говорил о «психо-рефлекторной терапии»).

Сам термин «поведенческая [психо]терапия» начинает использоваться со второй половины XX века. В 50 — 60-е годы поведенческая психотерапия оформляется как самостоятельное направление. Существующие на тот момент центры [исследования и развития] располагаются в ЮАР (J. Wolpe (1915 — 1995) [73 — 75]\*, A.A. Lazarus (род. в 1932) [76 — 79]\*, S.J. Rachman [80; 81]\*), Англии (D. Shapiro (род. в 1926) [82 — 85]\*, A.J. Yates (род. в 1925) [86 — 88]\*, H.J. Eysenck (1916 — 1997) [89 — 93]\*), США (N.H. Azrin [94; 95]\*, T. Ayllon [96; 97]\*).

1960-е годы — период бурного развития поведенческой психотерапии: к началу 1970-х годов в поведенческой терапии выделяли 15 различных направлений (L. Krasner) [98]\*, которые со временем слились в единое.

В последнее время она применяется не столько в чистом виде, сколько в сочетании с когнитивной формой рационально-эмоциональной (иначе — рационально-эмотивной) терапии.

Что касается феноменологии, то в рамках поведенческой [психо]терапии фактически главенствует единственный феномен — *научение*.

**Феноменология**

Именно на *научение* как основной феномен ориентируются все методики поведенческой терапии. Однако научение в понятийном поле поведенческой терапии со временем эволюционирует и всё больше приобретает черты *концепт-феномена*.

В принципе, ту же трансформацию претерпевает и сложноструктурированный, высокоорганизованный феномен, — а скорее концепт, — *поведения*.

**Понятия и концепты**

Основной концепт поведенческой [психо]терапии — *поведение*. В то время как на первых порах под термином «поведение» понималась сугубо совокупность всех внешних, наблюдаемых реакций, в последующем в это понятие стали включать и эмоционально-субъективные, мотивационно-аффективные и вербально-когнитивные проявления.

Первой современной теорией, положенной в основу поведенческих методов, явилось *классическое обусловливание*, связанное с работами И.П. Павлова (1849 — 1936) [99]\*. И.П. Павлов, так же как и основоположник бихевиоризма J.B. Watson (1878 — 1958) [100; 101]\*, исключал значение промежуточных переменных и ограничивал исследования раздражителями внешнего мира и элементами внешнего же поведения (что выражалось формулой «стимул — реакция (поведение)»).

В теории *оперантного*, или *инструментального, обусловливания* E.L. Thorndike (1874 — 1949) [102; 103]\* и B.F. Skinner'a (1904 — 1990) [104]\*, напротив, подчёркивается значение стимулов, имевших [в прошлом] позитивный или негативный характер («закон эффекта»), в возникновении и укреплении различных форм поведения. В этой теории стимул приобретает функциональные качества *подкрепления*, повышающего силу реакции.

Для классической поведенческой психотерапии проблема [*структуры*] *личности* — это прежде всего проблема поведения.

*Синтетические методы психотерапии*, или *психотерапия «new wave»*, фактически представляют собой комбинированные методики, большинство которых обнаруживает отношения наследования с классическими методами<sup>58</sup> и явные тенденции к интегративно-ассимиляционным процессам.

<sup>58</sup> «Эриксоновский» гипноз — гипноз; нейро-лингвистическое программирование — суггестия; гештальт-терапия — психоанализ (и психодрама); групповой анализ — психоанализ; трансактный анализ — бихевиоризм и психоанализ; когнитивно-бихевиоральная терапия — поведенческие методы; психоаналитически-ориентированная психотерапия — психоанализ.

**«Эриксоновский» гипноз**

«*Эриксоновский*» гипноз представляет собой персонифицированную модификацию гипнотерапии, сфокусированную на эксплуатации феномена [гипнотического] транса.

**Историко-персонологическая справка**

Автор и пропагандист методики — американский психотерапевт M.H. Erickson (1901 — 1980), который в силу собственных психофизических дефектов акцентировал эмфатико-интонационные особенности и этолого-пантомимическую аранжировку терапевтического контакта.

Основные работы — «*Hypnotic Realities*», «*Hypnotherapy: An Exploratory Casebook*» [105]\*, «*Experiencing Hypnosis*», «*Time Distortion in Hypnosis*» etc. [106]\* — написаны в соавторстве; опыт M.H. Erickson'a обобщён в четырёхтомнике «*Collected Papers on Hypnosis*»: «*Nature of Hypnosis and Suggestion*» (I), «*Sensory, Perceptual and Psychophysiological Processes*» (II), «*Hypnotic Investigation of Psychodynamic Processes*» (III), «*Innovative Hypnotherapy*» (IV).

Феноменология в рамках «эриксоновского» гипноза сводится к различным состояниям изменённого сознания, называемым «*трансовыми*».

**Феноменология**

Таким образом, в пределах «эриксоновского» гипноза происходит вполне традиционалистская ориентация на бинарный феномен гипнабельности / гипноза.

Несколько большее, чем в классическом гипнозе, значение придаётся феномену [параллельных] «*трансовых состояний*» [со стороны] психотерапевта, — но принципиально отличны лишь положительная оценка и психотехническая эксплуатация подобных проявлений.

Кроме того, редуцирован — а точнее, завуалирован, сокрыт, — суггестивный компонент; отказ же от феномена внушения является декларативным.

Поскольку в рамках «эриксоновского» гипноза специальных теоретизаций не проводилось, — а, напротив, постулировалась опора на практику, — то характерной чертой является существование лишь немногочисленных понятий-концептов (точнее, неких аморфных концептуальных понятий).

**Понятия и концепты**

Одним из центральных в «эриксоновском» гипнозе является понятие / концепт *саногенных ресурсов*.

Концептуальные черты также имеет понятие «*гипнотической индукции*».

Поскольку «эриксоновский» гипноз является модификацией метода-техники, то представления о *структуре личности* как таковой в его рамках не продуцировались.



### Нейро-лингвистическое программирование

**Нейро-лингвистическое программирование**<sup>59</sup> (устойчивая аббревиатура — НЛП) представляет собой пробу экспансии отдельных концептов [нейро]лингвистики в психокоррекционную и управленческую практики.

В основе метода лежит сочетание вербальной суггестии (скрытых «встроенных» команд), суггестивного потенцирования идеомоторных стереотипов и ритмических словесных структур; формулы терапевтического внушения при этом формируются косвенно, путём внедрения ключевых слов в структуру индифферентных по смыслу предложений.

#### Историко-персоналогическая справка

«Духовным отцом» нейро-лингвистического программирования называют М.Н. Erickson'a; собственно метод разрабатывается математиком R.W. Bandler'ом (род. в 1950) и лингвистом J. Grinder'ом (род. в 1940) с 1975 года.

Основные работы — «*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.; многие тексты, посвящённые нейро-лингвистическому программированию, представляют собой обработанные стенограммы семинаров.

В отношении *феноменологии* нейро-лингвистического программирования следует отметить, что предложенные приёмы эксплуатируют отдельные нейропсихологические механизмы.

Тезаурус нейро-лингвистического программирования в основном состоит из весьма произвольных неологизмов; иные же его основные понятия и концепты представляют собой редуцированные и вольно денотированные — для практического использования — общие нейропсихологические понятия.

#### Понятия и концепты

Под концептом «*метамоделей*» в нейро-лингвистическом программировании понимается комплекс лингвистических средств для сбора информации, направленных на восстановление связи речи и того опыта, который эта речь представляет.

<sup>59</sup> Термин «нейро-лингвистическое программирование» следует писать именно через дефис, — вследствие того, что речь идёт о вербальном, лингвистическом, «программировании» (при всей аклиничности, антипсихиатричности, ятрогенности последнего термина) нейросферы.

Моделирующие процессы — *обобщение* (генерализация), *исключение* (стирание) и *искажение*; они выражены в определённых лингвистических паттернах; если они ограничивают, а не расширяют возможности выбора, то подлежат коррекции с помощью «метамодели». Главное в «метамодели» — форма коммуникации.

Построение «метамодели» позволяет проводить психотерапевтическую работу в пределах «внешнего» сенсорного опыта, без опоры на внутренний опыт, — без понимания, поскольку основой является *интуиция*.

Ещё один концепт — *репрезентативная система* [переработки информации]; предпочитаемая система — та, в [рамках] которой индивид чаще всего воспринимает информацию об окружающем.

Базисные — концептуальные — постулаты нейро-лингвистического программирования таковы:

- формирование «программ» и стереотипов поведения происходит путём закрепления внушений значимых лиц, самопрограммирования и стрессовых переживаний, сопровождающихся трансовыми состояниями сознания;
- большая часть «программы» неосознаваема и невербализована, но отражена в глубинных речевых структурах; эта информация может быть «считана» при ответах пациента на целенаправленно сформулированные вопросы путём анализа ряда специфических «формальных» языковых структур и невербальных проявлений;
- поведенческие паттерны выполняли и, вероятно, продолжают выполнять адаптивные функции; возможно «программирование» новых, более качественных стереотипов на основе изменения особенностей переработки информации и трансовых состояний пациента;
- внимание акцентируется на «подстройке» к пациенту и эффективных технологиях взаимодействия; такая ориентация сочетается с признанием самоценности человека и принципом *non posere*.

*Структура личности* не проговорена, поскольку метод в плане персоналогии фиксирован на выявлении и коррекции искажений «метамодели».

### Гештальт-терапия

**Гештальт-терапия** (немецкое *Gestalt* — вид, [целостная] форма; фигура) является синтетическим методом, располагающимся на пересечении психоанализа, психодрамы, телесно-ориентированной [психо]терапии, а также феноменологического и экзистенциального подходов.

#### Историко-персонологическая справка

Гештальт-терапия как метод психотерапии и психокоррекции была предложена E.S. Perls'ом (1893 — 1970) под влиянием идей гештальт-психологии<sup>60</sup>. Представления о психологической значимости «целостной структуры» появились у Фредерика Пёрлса в 1926 году во времена работы с Куртом Гольдштейном в Институте военных мозговых травм. Одновременно он увлёкся психоанализом и проходил анализ у Вильгельма Райха.

В 1952 году Perls основал в Нью-Йорке Институт гештальт-терапии. Широкую известность гештальт-подход приобрёл в калифорнийский период жизни Perls'a в связи со студенческим «контркультурным движением» в США конца 1960-х годов, направленным на поиск новых общечеловеческих и творческих ценностей.

Основные тексты гештальт-терапии — «*Ego, Hunger and Agression: The Beginning of Gestalt Therapy*» («*Эго, голод и агрессия: начала гештальт-терапии*») (1944) [117]\* и «*Gestalt Therapy Verbatim*» («*Гештальт-терапия дословно*») (1969) [118]\*.

Гештальт-терапия ориентируется на концепт-феномен *инсайта* — психологический феномен внезапного, нового и якобы невы выводимого из прошлого опыта понимания / постижения существенных отношений и структуры ситуации в целом, посредством которого осуществляется осмысленное решение проблемы.

#### Феноменология

Концепт-феномен «инсайт» был введён в рамках гештальт-психологии (W. Köhler) в антитезу бихевиористскому понятию «пробы и ошибки»; в первом случае решение проблемы осуществляется мгновенно, во втором же — постепенно, путём длительных поисков. Кроме того, для гештальтистов инсайт (и здесь отчётливо видны черты концептуализации) означает переход к новой познавательной, образной структуре, соответственно которой сразу же меняется и характер приспособительных реакций.

<sup>60</sup> Её представители — Max Wertheimer (1880 — 1943) [110]\*, Kurt Koffka (1886 — 1941) [111; 112]\*, Wolfgang Köhler (1887 — 1967) [113; 114]\* — проводили эксперименты по изучению [структур] психологии восприятия (1910-е годы); позднее Kurt Goldstein (1878 — 1965) [115; 116]\* применил гештальт-теорию в области [исследований] мотивации поведения.

Естественным следствием скудной феноменологической базы является викарирующее развитие понятийно-концептного аппарата.

#### Понятия и концепты

Основным для гештальт-терапии является, разумеется, концепт *гештальта*.

Ещё один важнейший гештальт-психологический концепт звучит как «*отношение фигуры и фона*».

Теория гештальт-психологии утверждает, что перцептивное поле спонтанно организуется как совокупность структурированных и значимых систем. Восприятие некоего целого не может быть сведено к сумме воспринятых стимулов, ибо целое — нечто иное, чем простая сумма его частей. Поэтому для понимания всего поведения или ситуации важен не только их анализ, но и их синтетическое видение в связи с общим контекстом, или *фоном*, на котором происходит событие, или *фигура*. В силу этого полагается, что *контекст* зачастую даёт больше для понимания ситуации, чем текст. Поведение же можно рассматривать как изменение направленности фокуса внимания, его переключение с «фигуры» на «фон», и наоборот.

Согласно идее К. Goldstein'a человек и среда в каждый конкретный момент составляют единое целое (Gestalten), а следовательно, «соотношение фигуры и фона» можно использовать в терапевтических целях для осознания и мотивации человеческого поведения. В момент максимального переживания чувства, являющегося «фигурой», — то есть доминирующего над остальными, — происходит «завершение» гештальта. Если же этого не происходит, то есть гештальт остаётся «незакрытым», возникает «эффект незавершённого действия», или «эффект Зейгарник», доминирующий и определяющий переживания и поведение человека до тех пор, пока гештальт не будет отреагирован (здесь, очевидно, теория гештальт-психологии приближается к аргументам и апелляциям катартического плана).

Понятие *прегнантность* означает тенденцию каждого психического феномена принимать отчётливую, завершённую форму.

Иные концепты («законы») гештальта — *тяготение частей к образованию симметричного целого; группировка частей в направлении максимальной простоты, близости, равновесия* и прочее подобное.

Из экзистенциальной философии (и психологии) в гештальт-терапию пришло понятие «здесь и теперь»: для того чтобы гештальт мог сформироваться, необходима сосредоточенность на настоящем.

Будучи производным выстроенной на экспериментально-психологическом материале концепции, но быстро приобретая черты доктринальности, гештальт-терапия не могла не коснуться проблем персонологии.

#### Структура личности

Представления о [структуре] личности в рамках гештальт-психологии, а вслед затем и гештальт-терапии связаны с самим понятием

гештальта. В целом, с известным огрублением можно считать, что личность в персонологических воззрениях гештальт-терапии сведена к совокупности гештальтов (гештальт-процессов) и их функционально-динамическим особенностям.

### Групповой анализ

**Групповой анализ** (или *групповой психоанализ*) как метод психотерапии представляет собой *психоанализ групп*, которые рассматриваются в качестве целостных образований — со своим собственным коллективным бессознательным; занимающая отдельную терапевтическую нишу, групповой анализ имеет свои традиции и, соответственно, специфическую теорию, технику и показания к применению.

#### Историко-персонологическая справка

Термин «групповой анализ» предложен американским психоаналитиком Т. Бургов (1875 — 1950) [119; 120]\*, который в 20-е годы XX века начал проводить перекрёстный анализ с коллегами по работе (в эту группу зачислялись и студенты университета). Экспериментируя с коллективной моделью, участники исследовали влияние группы на процессы идентификации, — не считая, однако, что подобная процедура может иметь какой-либо терапевтический эффект.

В начале 1930-х годов подобные эксперименты проводили: L. Wender [121]\* (психоаналитические и психопатологические интерпретации в школьных классах), P. Schilder (1886 — 1940) [122; 123]\* (группы пациентов, которые проходили у него индивидуальный анализ), A. Wolf (род. в 1907) [124; 125]\* (первый теоретически обработанный опыт группового психоанализа), S.R. Slavson (1890(1) — 1981) [126 — 129]\* (группы с детьми и подростками).

Впрочем, эти первые попытки к групповому анализу, в современном его понимании, можно отнести лишь с долей условности, поскольку предпринимались они или в виде теоретического «индивидуального анализа в группах» (Т. Бургов, L. Wender, A. Wolf), или даже без достаточного психоаналитического или психокоррекционного опыта (S.R. Slavson).

Терапевтический подход, направленный на групповое преодоление болезненных проявлений, возник в США в рамках движения групп самопомощи — «Анонимных Алкоголиков», или «АА-групп» (май 1935 года).

Интересен следующий малоизвестный факт: один из основателей «АА-групп» (R.H. Smith (1879 — 1950), хирург по специальности)<sup>61</sup> консультировался накануне с С.Г. Jung'ом, у которого ранее — недостаточно, впрочем, успешно — проходил индивидуальный анализ по

поводу алкоголизма. Вместе с рекомендациями С.Г. Jung'a «АА-группы» позаимствовали его теоретические взгляды. С этими взглядами в практику проникли идеи *групповой динамики* как базового процесса.

Опыт работы «АА-групп» нашел в Англии иное выражение<sup>62</sup>. В Европе первые группы носили социально-адаптирующий характер. J. Bieger [133]\* организовал психотерапевтические клубы для стационарных и амбулаторных пациентов. Он отталкивался от концепции групповой работы, предложенной А. Adler'ом (1933): готовность к социальной интеграции и кооперации, основой которой является «чувство общности», позволяет каждому индивиду-участнику преодолевать «комплекс малочестности». Подобную идеологию развивал и M. Jones (1907 — 1990) [134; 135]\*. Позднее, в соавторстве с W.R. Bion'ом (1897 — 1979), им была предложена терапевтическая модель «Норфилд» («Northfield»).

Поворотным пунктом в истории группового анализа стал послевоенный опыт «Тависток»-школы (W.R. Bion [136]\*, J. Rickman (1891 — 1951) [137]\*, H. Eziel [138]\*, J.D. Sutherland (1905 — 1991) [139]\* и другие).

Bion начал психотерапевтическую работу с солдатами «без ведущего», в виде специфической формы самопомощи. Совместно с Rickman'ом «терапевты» открыто сопоставляли собственные невротические проблемы с подобными у солдат.

Лишь после Второй мировой войны, под влиянием теоретических разработок M. Klein, школа «Тависток» впервые внедрила в терапевтический процесс концепцию анализа «группы как целого».

С этих пор групповой анализ получает своё собственное методическое, а затем и теоретическое обеспечение.

Начиная с 1942 года, в Лондоне инициированы ещё четыре группы. Их составляют индивидуальные пациенты S.H. Foulkes'a (1898 — 1976) — эмигранта из Германии (1933). Эти группы сразу же начали работать в психоаналитической конвенции, с чётким определением роли ведущего. Наглядно ознакомленный с опытом американских коллег (в частности, L. Wender'a), Foulkes называет свой метод «групповым анализом» и предлагает собственный подход. Благодаря теории, которая выросла непосредственно из терапевтической практики, этот подход к концу 1950-х годов стал, с интеграцией опыта других школ, базовым [140; 141]\*.

В поздние послевоенные годы групповой анализ обрёл своих приверженцев в Голландии и Франции, а затем и в Германии, Австрии и Швейцарии. В начале 1970-х годов в Лондоне был основано «Group-analytic Society»; в Европе и США групповой анализ постепенно приобретает статус отдельного психотерапевтического (и образовательного) метода. Благодаря этому создаются специализированные институты, где кандидаты имеют возможность получить последипломную квалификацию «групповой аналитик».

<sup>62</sup> Указаний на то, что американский опыт работы с группами был известен в Европе, нет, — следовательно, процессы развития группового анализа на обоих континентах можно рассматривать как параллельные. Ведущими для группового анализа в США являются концепции H. Kohut'a (1913 — 1981) [130; 131]\* и O.F. Kernberg'a (род. в 1928) [132]\*.

<sup>61</sup> Другой основатель «АА-групп» — W.G. Willson (1895 — 1971) — инициировал концепцию «Двенадцать шагов».

Важное значение имеет концепт-*феноменология* общепсихологической теории и практики, а именно — *сопротивление, защита, перенос, контрперенос*; проработка материала переживаний и прочее. Поскольку эти аспекты в значительной мере перекликаются с аналогичными в рамках индивидуального психоанализа, предмет особого рассмотрения составляют нюансы их функционирования в группах.

Понятия и концепты группового анализа — если оставить классические представления психоанализа и отдельные «групповые» представления Freud'a — обнаруживают выраженную зависимость от теоретика-исследователя; в остальном они оформлены в целостные понятийно-концептуальные платформы (в рамках метода именуемые «концепциями»).

#### Понятия и концепты

Наиболее известными являются концепции W. Bion'a и Foulkes'a, а также *гёттингенская модель*.

Теоретические положения Bion'a важны не только в историческом плане. С теми или другими трансформациями они применяются в групповом анализе и сегодня, в особенности в группах с массивными регрессивными проявлениями. Подобно всем последователям M. Klein, Bion концентрирует своё внимание на наиболее ранних нарушениях коммуникаций и поведения и, соответственно этому, на самых глубоких основах поражения [чувства] собственной целостности. В терминологии M. Klein выраженные формы регрессии проявляют себя через тревогу и / или страх «психотического уровня», то есть состояний, в которых человек переживает угрозу потери собственной индивидуальности или независимости. Этот уровень — «шизоидно-параноидной» и следующей за нею «депрессивной» позиции — отвечает *превербальному* периоду развития ребёнка (первый год жизни) и характеризуется появлением способности к символизации<sup>63</sup>. В концепции группового анализа Bion рассматривает любую группу в двух планах. Психические проявления регрессивного (глубокого бессознательного) уровня отвечают фрейдовским *первичным процессам*, которые регулируются *влечениями* (Trieб'ами), *принципом удовлетворения* непосредственных потребностей. На этом уровне любая общность людей функционирует как *базово-позиционная группа* (basic assumption group). В переживаниях поверхностного (осознанного) уровня отображаются *вторичные процессы* (мышление, целесо-

<sup>63</sup> «Символ» в широком понимании слова означает «знак», выражающий совокупность разных, чаще ассоциированных между собой смыслов. Однако значение греческого *σύμβολη* имеет отношение к коммуникации. Тем самым способность символизировать отображает двойственный процесс, а именно — общение на уровне знаков, не обязательно словесных, но, напротив, широкого спектра действия.

образное поведение); они формируются под влиянием требований реального внешнего мира. Такой уровень Bion определяет как *рабочую группу* (work group). Названные уровни находятся в постоянном динамическом противостоянии; их взаимодействие проявляет себя в виде эмоционально-аффективной регуляции. С одной стороны, начальные неструктурированность и неясность отношений в группе вызывают у участников неосознанные беспокойство и тревогу, стимулируя их к поиску «интуитивных», несознаваемых форм самоорганизации перед лицом опасности, безнадёжности или безысходности. Одновременно сознательное поведение и «работа» в группе блокируются эмоциональным напряжением, которое и возникает в силу указанных причин: трудностей в выработке группой компромиссных форм защиты.

Bion выделяет три *базовые позиции*, которые формируются при взаимодействии двух уровней функционирования группы: *зависимость* (dependency), *борьба и бегство* (fight-flight), *образование пар* (pairing). Названные позиции большей частью остаются неосознаваемыми, указывают на уровень регрессии группы и являются предметом проработки.

Особенностью динамики групп Bion'a является высокое «давление» желаний участников достичь конформного поведения при выраженной глубинной склонности к регрессии в сторону деиндивидуализации и дезинтеграции.

Очевидно, что в условиях, когда членам группы приходится думать о самосохранении и заниматься «жизненно важными» переживаниями, им вроде бы нет резона проникаться такими банальностями, как рассказ о собственных жизненных коллизиях или обмен информацией о симптомах, — на это не остаётся ни места, ни времени. Отсюда и исходит главный принцип концепции Bion'a, согласно которому объектные отношения в группе формируются не столько между отдельными участниками, сколько между группой в целом и аналитиком. Иначе говоря, «драматургия» группового анализа, согласно Bion'u, разворачивается в надындивидуальном поле, где подавляющее большинство интервенций и интерпретаций направляется аналитиком на группу как целостность; лишь через анализ групповой ситуации участники имеют шанс отработать свою частную, делегированную в общий процесс, актуальную в данное время часть переживаний. Поэтому для аналитика в группе Bion'a важными являются не только вербальные «явные» и сознательные коммуникации, но и невербальные способы поведения, или так называемая «сценическая панорама».

Групповой анализ в понимании и видении S.H. Foulkes'a, благодаря своей универсальности и собственным теоретическим разработкам, является базовой моделью, — по меньшей мере для европейского психоаналитического сообщества.

В основу своего видения Foulkes кладёт понятие «трансперсональной групповой матрицы». В действительности Foulkes опирается в своей теории на два источника:

а) гештальт-психологию (Wertheimer, Goldstein etc.), — шествуя параллельно с развитием теории поля K. Lewin'a [142; 143]\*;

б) этнопсихологию McDougall'a (1871 — 1938), — из которой заимствует понятие «дух группы»<sup>64</sup>.

Названные источники понятия «матрица» позволяют сегодня лучше понимать широту границ применения группового анализа. Сама по себе матрица, будучи «конденсатором» индивидуальных переживаний в единое, тесно переплетённое коллективное бессознательное, одновременно отображает все важные пласты функционирования группы: *персональный* (каждого отдельного участника), *трансперсональный* (взаимодействия и взаимосвязи участников), *целостно-групповой* («базовых позиций» *Bion'a*), *социальный* (семья, институция, социум, этнос). Поэтому внедрение в концепцию группового анализа понятия «матрица» имеет ещё более широкое теоретическое и методологическое значение, а именно — признание за индивидуумом фундаментальной потребности в *общении* и *социальной «уязвимости»*. Интрапсихическая *динамика* отдельных участников происходит в группе, согласно Foulkes'у, лишь на уровне интерперсональных [концепт-]феноменов и проявляет себя в качестве *множественных переносов*. Соответственно, групповое действие («актуальные групповые отношения», по Foulkes'у) отражает мультиперсонную сеть (multipersonal network) психических конфликтов. Таким образом, участники группы являются своего рода «опорными пунктами» этой общей сети; они одновременно и продуцируют матрицу, и выражают своими переживаниями — каждый в отдельности — коллективное бессознательное группы. Потому, как считает Foulkes (и большинство современных аналитиков), высказывания в группе *не имеют и не могут иметь формы свободных ассоциаций*. Их надлежит рассматривать как *свободно плавающие дискуссии* (Foulkes, 1948), что каждый раз всё больше центрируются вокруг непосредственных отношений в группе («теперь»). Благодаря этому матрица создаёт безопасное поле для *прямого* выражения конфликтов — носителей всей гаммы классических психоаналитических концепт-проявлений: сопротивления, защитных механизмов, множественных переносов и соответствующих форм регрессии.

Понятно также, что анализ группы в модели Foulkes'a происходит поочерёдно в двух направлениях: или в сторону целостной матрицы, когда интервенции и интерпретации ориентированы на вопрос: «Как и что происходит в группе?», или же в направлении отдельных участников, — то есть реконструкции персональных переживаний. В первом случае ведущий работает с общегрупповым полем, во втором — с фигурами.

Важным вкладом в практическую часть группового анализа является проработка Foulkes'ом таких вопросов, как: «рамочные условия»

(сеттинг), показания к терапии, состав и размеры группы; продолжительность, частота встреч и завершение работы; возможности объединения индивидуальной и групповой терапии, а также роли и функций ведущего.

Среди признанных моделей психоаналитической групповой психотерапии необходимо также назвать упомянутую выше *гёттингенскую модель*, проработанную рядом немецких авторов (А. Heigl-Evers, F.S. Heigl, 1973 [145]\*; К. König, 1991 [146]\*, и некоторые другие). Главным отличием этой модели является принцип подчинения групповой тактики различным типам болезненных проявлений или проблем участников. Технические и позиционные варианты касаются всех возможных аспектов группового анализа.

К. König указывает следующие вариативные отличия.

«Прозрачность» (транспарентность) терапевта — может простирается от максимальной нейтральности до обнажения своих актуальных переживаний и эпизодов собственной биографии.

*Способ коммуникации ведущего* — либо с преобладанием метафорических, либо непосредственно описательных, или даже «естественных» разговорных компонентов интервенции.

*Структурирующие аспекты терапевтического поведения* таковы. Влияние ведущего на членов группы может быть достаточно директивным: в частности, когда он, например, чётко декларирует свои ожидания в отношении участников. Однако терапевт может добиться такого же эффекта благодаря своим возможностям невербальной коммуникации или гибкости в использовании собственной «прозрачности».

*Распределение терапевтической работы между терапевтом и пациентами* может колебаться от полюса, на котором ведущий группы принимает на себя большую часть нагрузки, до полюса, где значительная роль отводится самим участникам (концепция Foulkes'a).

«Поле» *восприятия терапевта*, будучи «многоплоскостным», может распределяться в различных направлениях. В определённые моменты ведущий обращает внимание на те феномены, которые опровергают или подтверждают его теоретические взгляды и непосредственное видение группового процесса. Терапевт может менять «угол зрения», воспринимая на переднем плане общегрупповую сцену, — либо концентрироваться на отдельных, острейших интеракциях, или же сосредоточиться на некоторое время на отдельных проблемах.

*Выбор теоретических обоснований* следует рассматривать не как эклектическое «размывание» избранной аналитиком концепции, а как возможность лучше понимать и объяснять различные феномены с разных *points de vue*.

Факторы «рамочных условий» (setting'a) — прежде всего такие, как частота занятий группы, продолжительность одного «часа», амбулаторный или стационарный варианты работы, и прочие, — могут испытывать определённые видоизменения в зависимости от конкретных и чётко обоснованных потребностей группы.

Приведённые модификации можно распространить на любые другие параметры групповой терапии. Важным, однако, является соблюдение терапевтом соответствующего концептуального «стиля» работы.

Гёттингенская модель предусматривает два варианта *глубины проработки* курируемых расстройств. *Психоаналитически-ориентирован-*

<sup>64</sup> Впрочем, если непосредственная связь концепции Foulkes'a с гештальт-психологией является общепризнанной, то ссылок на влияющие монографии McDougall'a «*The Group Mind*» [144]\* современная литература избегает. McDougall ещё до Freud'a приводит детальные характеристики коллективных бессознательных и полусознательных феноменов типа «группового самознания», «групповой идеи» и «лояльности», «группового чувства и морали». И хотя сам Foulkes, рассматривая понятие «групповой матрицы», не упоминает работу McDougall'a, его трактование особенностей «духа группы» явным образом указывает на родство взглядов этих авторов.

ный стиль не допускает глубокой регрессии в группе, фокусируется на пресознательных (pre-conscious) переживаниях, позволяет и прямые директивные, и недирективные интервенции и направлен на преодоление личностных, характерологических и невротических проявлений. *Анализ в группах* (интеракционный подход) допускает массивные регрессивные сдвиги, является недирективным, концентрируется вокруг бессознательных (unconscious) процессов и применяется для проработки расстройств широкого спектра.

**Структура личности** в рамках группового анализа рассматривается исключительно сквозь призму групповых феноменов и процессов.

### Трансактный анализ

**Трансактный анализ** представляет собой психотерапевтический метод, основанный на исследовании и разыгрывании типовых ситуаций, в котором основными психотерапевтическими приёмами выступают *отработка ритуалов, процедур и увлечений*, а также — *жизненных сценариев*.

#### Историко-персонологическая справка

Метод предложил Е. Верне (1910 — 1970). Основные тексты — «*Transactional Analysis in Psychotherapy*» («*Трансакционный анализ в психотерапии*») (1961) [147]\*, «*Games People Play: The Psychology of Human Relationships*» (1964) [148]\* и «*What Do You Say After You Say Hello? The Psychology of Human Destiny*» (1972, посмертно) [149]\* (в переводе объединены в издании: «*Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений*» и «*Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы*») [150]\*, «*Beyond games and scripts*» («*За пределами игр и сценариев*») (1976, посмертное издание) [151]\* и некоторые другие.

Для трансактного анализа характерна ориентация — даже своеобразная редукция — в сторону инсайт-феноменологии.

#### Феноменология

Трансактный анализ ориентирован на концепт-феномен *осознания-инсайта*, который, с учётом [понятийно-дискурсивной и технической] специфики метода, правильнее называть *скрипт-инсайтом*.

В рамках метода предложен ряд понятий и концептов, в которых, несмотря на претензии на специфичность, чётко прослеживаются классические психоаналитические идеи и ряд положений бихевиоризма; многие традиционные термины всего лишь по-иному денотированы.

#### Понятия и концепты

Одним из основных в трансактном анализе является концепт «*ранних решений*» (по поводу жизненной позиции). Предполагается,

что сформированный под их влиянием «*сценарий*»<sup>65</sup> сохраняется на протяжении всей жизни; таким путём некие стереотипы, которые когда-то были необходимы для «психологического выживания» ребёнка, влияют на поведение в настоящем, хотя теперь уже большей частью бесполезны.

Под *транзакцией* в трансактном анализе понимается любое взаимодействие (коммуникация) между людьми. Начало транзакции называется *стимулом*, ответ — *реакцией*.

Важным является также понятие «*психологической позиции*», которым определяется отношение индивида к себе и другим в рамках дилеммы «благополучие / неблагополучие»; эта позиция может быть *гармоничной*, или *симбиотической*, *деструктивной*, *депрессивной*, *защитной* и *реалистической*.

Ещё одно понятие трансактного анализа — «*структурирование времени*»; Е. Верне говорил о существовании шести различных способов проводить время в группах (парах): «уход», «ритуалы», «времяпрепровождение», «деятельность», «игры», «интимность».

В трансактном анализе принята традиционная для психоанализа и некоторых других методов культурально-детерминированная трёхкомпонентная структура личности — модель «Ego-состояний», или модель «родитель — взрослый — дитя»; подчёркивается, однако, что «Ego-состояния» — это не *роли*, а *поведенческие стереотипы* — «феноменологические реальности», — появление, активация которых провоцируется конкретной ситуацией.

#### Структура личности

Согласно модели «родитель — взрослый — дитя», «Ego-состояния» личности таковы: *родитель* (экстеропсихе), *взрослый* (неопсихе), *дитя* (археопсихе).

«Ego-состояние» *родитель* инспирировано информацией, полученной в детстве от родителей и других значимых лиц из окружения ре-

<sup>65</sup> «Сценарий», или «жизненный план», сравнивается со спектаклем, который индивид вынужден постоянно играть. Он зависит от позиций, принятых в детстве, и фиксируется в детском «Ego-состоянии» через транзакции, происходящие между родителями и ребёнком. «Игры», в которые «игрывают» люди, представляют собой части «сценариев». Анализ персонального «сценария» является основным содержанием трансактного анализа; осознав свои «позиции» и «игры», индивид может понять — а следовательно, и изменить — свой жизненный «сценарий».

Первоначально, в раннем детстве, «сценарий» пишется невербально, затем дети получают от родителей вербальные сценарные сообщения, которые могут относиться как к общему жизненному плану, так и к различным сторонам жизни: ребёнку предписываются профессиональный «сценарий», «сценарии» маскулинности / фемининности и матримониального поведения, «сценарии» образования, увлечений и прочие.

бёнка; это наставления, поучения, социальные нормативы, запреты — в целом, правила поведения в различных ситуациях. Для этого состояния характерны определённые высказывания из круга запретов и санкций, долженствования и морализаций, оценочных суждений и опеки.

«Его-состояние» *дителя* ассоциировано с представлениями о детской эмоциональности и, одновременно, конформности (естественность и адаптация). Маркёрами данного состояния признаются высказывания, выражающие чувства, желания, опасения и прочее.

Под «Его-состоянием» *взрослый* понимается способность индивида объективно оценивать действительность по информации, полученной в результате собственного опыта, и на основе этого принимать независимые (и адекватные ситуации) решения.

Таким образом, *родитель* — «преподанная концепция жизни», *дителя* — «концепция жизни через чувства», а *взрослый* — «концепция жизни через мышление».

### **Когнитивно-бихевиоральная терапия**

**Когнитивно-бихевиоральная терапия**, или **моделирование поведения**, представляя собой синтез поведенческих методов с теорией [переработки] информационных воздействий, является обучающей практикой, направленной на формирование у пациентов новых паттернов поведенческих реакций.

#### **Историко-персонологическая справка**

Когнитивно-бихевиоральная терапия является модификацией поведенческой психотерапии, но качественно от неё отличающейся.

Следующий за теорией *оперантного*, или *инструментального*, обусловливания Е.Л. Thorndike и В.Ф. Skinner'a этап развития поведенческой терапии связан с попыткой введения учёта промежуточных переменных, расположенных между «стимулом» и «реакцией»; при этом эти *внутренние переменные* рассматриваются как скрытые реакции на внешние раздражители (именно их «сокращение» и исключало понятную связь с внешними раздражителями).

*Внутренние переменные* — это прежде всего *мысли* и *представления*, управляющие иными процессами, например эмоциональными или мотивационными.

В плане такого понимания в конце 60-х — начале 70-х годов XX века были предложены новые методики, вошедшие в литературу под названиями «скрытое кондиционирование» / «скрытое обусловливание» (J.R. Cautela, 1967 [152]\*), «скрытый контроль» (L.E. Homme, 1965 [153]\*), «саморегуляция» (F.H. Kanfer (1925 — 2002), 1970 [154]\*).

Однако предложенные идеи пытались распространить на познавательный (информационный) аспект теории классического и оперантного обусловливания механистически, что заранее обрекало эти попытки на неудачу.

В 1960-е годы на развитие поведенческой психотерапии оказала влияние теория [социального] *научения через наблюдение* (A. Bandura (1925 — 1988) [155; 156]\*). Было показано, что одно лишь наблюдение за моделью позволяет сформировать новые стереотипы поведения, ранее отсутствовавшие у животного или человека. В дальнейшем это привело к теоретическим обобщениям, получившим название *концепции самоэффективности*.

Последующий отход от первоначальной парадигмы поведенческой [психо]терапии («стимул — реакция»), в котором «когниции» рассматривались как промежуточные переменные, как структурирующие и регуляционные компоненты эмоциональных, мотивационных и моторных процессов, отражают теории А. Ellis'a (1913 — 2007) [157 — 159]\* и А.Т. Beck'a (род. в 1921) [160; 161]\*.

В концепции *рационально-эмотивно-поведенческой [психо]терапии* (rational emotive behaviour counselling) Ellis'a (с 1955 года называлась «рациональной терапией»; с 1961 года — «рационально-эмотивной терапией»; настоящее же название введено в оборот в 1993 году) главной промежуточной переменной, делающей понятной связь между стимулом и поведением, являются рациональные и иррациональные «когниции». В концепции *когнитивной психотерапии (когнитивное консультирование)* Beck'a определяющей переменной являются реалистичные и нереалистичные (связанные с ошибками в когнитивных выводах) «когниции».

Оба автора признают связь когнитивных и поведенческих переменных при доминирующем значении первых. С их точки зрения центром воздействия психотерапии должны быть промежуточные когнитивные переменные.

Попытка интеграции когнитивного и поведенческого подходов связана и с именем Д.Н. Meichenbaum'a (род. в 1940) [162 — 164]\* и его коллег, чьи работы можно рассматривать как дальнейшее развитие идей А.Р. Лурия (1902 — 1977) [165 — 167]\* и Л.С. Выготского (1896 — 1934) [168]\* о «внутренней речи». Разработанные Meichenbaum'ом «методика самоинструктирования», «прививка против стресса» и другие представляют собой способы овладения «внутренней речью» в виде «самовербализации». (Следует заметить, что эмоционально-волевая тренировка по А.Т. Филатову также предусматривает внутреннее проговаривание вербальных формул.)

Аналогично направление работ М.Д. Mahoney (1946 — 2006) [169; 170]\*, рассматривающего когнитивные переменные («экспектации») и их модификации как главный объект и цель когнитивно-поведенческой психотерапии («персональная наука» («personal science») Mahoney).

Феноменология когнитивно-бихевиоральной терапии сохраняет тенденцию к фиксации на концепт-феномене *научения / приучения*.

#### **Феноменология**

В рамках когнитивно-поведенческой психотерапии сохраняется ориентация на концепт-феномен *научения*, или *приучения* (последний термин считается даже более корректным).

В рационально-эмоционально-поведенческой и когнитивной психотерапии признаётся концепт-феномен *инсайта*, который рассматривается как процесс установления зависимости между жизненными событиями и психологическими реакциями; он связан с обнаружением значений, которые пациент придаёт внешнему окружению и внутренним ощущениям.

Как и во всех синтетических методах, в когнитивно-бихевиоральной психотерапии понятийно-концептуальная платформа преобладает над феноменной базой. Новацией по сравнению с поведенческой терапией является ориентация на так называемую «социально-когнитивную теорию».

#### Понятия и концепты

«Социально-когнитивная теория» описывает влияние социума на мысли и действия людей и роль когнитивных процессов в формировании мотиваций, эмоций и в совершении действий; она постулирует ряд [основных] когнитивных способностей, которые образуют базис [социального] функционирования человека. К ним относятся:

- *символизация* — умение преобразовывать свой опыт в символы и обрабатывать их;
- *предвидение* — способность прогнозировать последствия своих действий и построения целей;
- *опосредование* — умение, фактически являющееся основой человеческого научения, использовать не прямой опыт, а наблюдение за поведением других людей и его последствиями; опосредованное научение сокращает время, которое требуется на приобретение необходимых навыков;
- *саморегуляция* — способность к развитию внутренних стандартов, с помощью которых оценивается своё поведение;
- *самоанализ* — возможность рефлексивного самоосознания, анализа своего опыта и оценки адекватности своих мыслительных процессов.

Понятие *агентности* подразумевает [интегративную] способность осуществлять самоуправление через контроль над собственными мыслительными процессами, мотивациями и действиями; оно концептуализировано в понятиях: *автономной агентности* (люди являются полностью независимыми агентами своих действий); *механической агентности* (базируется на детерминантах окружающей среды); *взаимодействующей агентности* (возникает на основе предыдущих типов и является моделью «социально-когнитивной теории»).

Основные концептуальные положения когнитивно-бихевиоральной терапии состоят в следующем:

- 1) многие поведенческие проблемы являются следствиями пробелов в обучении и воспитании;
- 2) имеются реципрокные взаимоотношения между поведением и средой;

- 3) с точки зрения теории научения (А. Bandura), случайный опыт оставляет более значимый личностный след, чем это допускалось в традиционной поведенческой модели «стимул — реакция»;
- 4) моделирование поведения представляет собой одновременно обучающий и психотерапевтический процесс; когнитивный аспект является решающим в ходе научения; дезадаптивное поведение может быть изменено посредством приёмов самообучения, активизирующих когнитивные структуры.

#### Структура личности

Персоналогические представления когнитивно-поведенческой психотерапии заметно различаются в зависимости от модификаций последней, однако все их отличает явная гиперболизация когнитивных (когнитивно-эмоциональных) процессов, сквозь призму которых рассматриваются традиционные для поведенческих методов феномены, понятия, концепты — поведение, научение, подкрепление, опыт etc.

#### Экзистенциальная («гуманистическая») психотерапия

Собирательным названием *экзистенциальная психотерапия* (от латинского *ex[s]istentia* — существование — у А. Augustinus'a и других) обозначены психотерапевтические подходы, в которых делается упор на «свободную волю», нестеснённое развитие личности, осознание ответственности за выбор жизненного пути и формирование внутреннего мира.

#### Историко-персоналогическая справка

Все «гуманистические» психотерапевтические подходы генеалогически восходят к философии, а точнее, к мировоззрению экзистенциализма, основоположником которого считается S.A. Kierkegaard (1813 — 1855) [171]\*. Во второй половине XX века актуальными становятся написанные много ранее работы М. Heidegger'a (1889 — 1976) [172]\*, К.Th. Jaspers'a (1883 — 1969) [173]\*, G. Marcel'я (1889 — 1973) [174]\* и других. Позже М. Heidegger, а вслед за ним J.-P. Sartre (1905 — 1980) [175 — 177]\*, М. Merleau-Ponty (1908 — 1961) [178; 179]\* и другие путём приложения феноменологического метода [анализа] превратили экзистенциализм в систематическую онтологию, то есть в «учение о бытии».

Границы экзистенциальной психотерапии не определены, и в литературе можно встретить несколько вариантов её понимания.

В узком смысле термин «экзистенциальная психотерапия» обычно упоминается, когда речь идёт о так называемом «экзистенциальном анализе» V.E. Frankl'a (1905 — 1997) [180 — 183]\*.



Иногда выделяют даже *экзистенциально-«гуманистическое» направление*, — в качестве крупнейшего представителя которого указывает R.R. May (1909 — 1994) [184 — 187]\*.

К экзистенциальной психотерапии причисляют также *дазайн-анализ* («анализ бытия», «анализ существования») L. Binswanger'a (1881 — 1966) [188; 189]\*.

Несмотря на использование синонимических определений в названиях указанных направлений, образ мышления и состав понятий в них несколько различаются.

В более широком смысле под экзистенциальной психотерапией понимается «гуманистическое» направление в психотерапии в целом, а в частности — «*клиент-центрированная*» («*центрированная на клиенте*») психотерапия С.Р. Rogers'a (1902 — 1987) [190; 191]\* (собственно, именно она и выступает как психотерапевтический метод).

Экзистенциальная психотерапия не имеет опоры на специфическую психотерапевтическую *феноменологию*, и все введённые термины имеют понятийно-концептное метапсихологическое наполнение (даже такой распространённый в психотерапии различных парадигм концепт-феномен, как *осознание*).

В отличие от классических методов, в экзистенциальной психотерапии исключительно большое позитивное значение — сравнимое, пожалуй, только с аналогичным в рамках «эриксоновского» гипноза — придаётся феноменам [«со стороны» психотерапевта].

#### Понятия и концепты

*Аутентичность* (греческое *ἀυτηνθίκος* — подлинный) — понятие, актуализированное в «гуманистической» психологии и психотерапии, — представляет собой способность к ролевой деидентификации, позволяющей проявляться подлинным, свойственным только данной личности мыслям, эмоциям и поведению. (В качестве синонимов понятия выступают такие определения, как «полноценно функционирующая личность» (С.Р. Rogers), «свобода» (G.W. Allport (1897 — 1967) [192 — 195]\*), «самоактуализация» (А.Н. Maslow (1908 — 1970) [196]\*), «самость», «целостная личность» (E.S. Perls), «конгруэнтность» (J. Grinder; R. Bandler).)

По Rogers'у, аутентичность — это способность человека в интерактивном общении отказываться от различных социальных ролей (психотерапевта, профессионала, педагога, руководителя и тому подобных); наряду со способностью к *безусловному принятию* и *эмпатии* аутентичность является обязательной составляющей эффективного человеческого общения.

С точки зрения психологического наполнения концепт-понятие «аутентичность» можно определить как согласованное, целостное, взаимосвязанное проявление основных психологических процессов и механизмов, обуславливающих личностное функционирование. Проявление или не проявление аутентичности с этой позиции наблюда-

ется при столкновении личностных мотивов и интересов с социальными нормами и доминирующими тенденциями общественного сознания. В такой ситуации аутентичное поведение предполагает цельное переживание непосредственного опыта, не искажённого [психологическими] защитными механизмами. Человек вовлечённо воспринимает происходящее и затем непосредственно проявляет своё эмоциональное отношение. Его мысли и действия согласованы с эмоциями.

В направлениях психологии, разрабатывающих формальные структуры коммуникации, поведение такого человека оценивается как «конгруэнтное» (то есть, с точки зрения стороннего наблюдателя, информация, поступающая от него по вербальному и невербальному каналам, является согласованной).

Важнейшим для «клиент-центрированной» психотерапии Rogers'a является понятие *эмпатии* (от немецкого *Einführung* — проникновение [в сущность]), означающее понимание эмоционального состояния пациента посредством сопереживания, проникновения в его субъективный мир.

Разумеется, в экзистенциальной психотерапии общеперсоналогическим воззрениям, — как это следует уже из самого определения «гуманистическая», — отводится весьма солидное место.

#### Структура личности

В концепции личности, предложенной Rogers'ом, некоторые аспекты опыта индивида в процессе его развития приобретают характер, символизированный в осознании бытия. Это то, что Rogers называет «Я-опыт». По мере взаимодействия со средой, в частности со значимым окружением, «Я-опыт» постепенно развивается в «Я-концепцию» («реальное Я», то есть представление о самом себе). Другим важным звеном является «идеальное Я» — представление о том, каким человек хотел бы быть. «Идеальное Я» в значительной степени формируется под влиянием извне, под воздействием норм и ценностей, навязываемых человеку окружением и не всегда согласующихся с его собственными потребностями и стремлениями, с его «реальным Я».

По мере осознания «Я» у индивида развивается потребность в положительной оценке. Эта потребность, по мнению автора, носит центральный характер, является всеобъемлющей и постоянной. Ради сохранения положительной оценки со стороны окружающих индивид начинает фальсифицировать некоторые из переживаемых им оценок и воспринимать их только по критерию ценности для окружающих. Возникает существенное препятствие на пути развития психологической зрелости индивида как самоактуализирующейся личности, и формируется невротическое поведение. (Противоположностью же «невротической личности» является некая идеальная «аутентичная личность».)

Фрустрация потребности в положительной оценке (самооценке) порождает тревожность. Уровень тревожности зависит от степени угрозы «Я-структуре». В случае, если процесс защиты неэффективен,

переживание полностью символизируется в осознании, а целостность «Я-структуры» разрушается этим переживанием инконгруэнтности. В результате наступает состояние дезорганизации. Указанному пониманию личности и нарушений её функционирования соответствуют (и даже подчинены) и разработанные Rogers'ом основные принципы клиент-центрированной психотерапии.

### *Психоаналитически-ориентированная психотерапия*

*Психоаналитически-ориентированная психотерапия*, по существу, представляет собой редуцированный, прежде всего в отношении продолжительности процесса, и модифицированный — в направлении эмпатичности и синтетичности [техник] — психоанализ, завершающийся по достижении инсайта (своего рода абортивный эмпатический инсайт-психоанализ).

В качестве синонимов психоаналитически-ориентированной психотерапии в литературе используются такие, весьма многочисленные, синтагмы, как «психоаналитическая психотерапия», «[психо]динамическая психотерапия», «инсайт-ориентированная психотерапия», «эксплоративная психотерапия» etc.

#### **Историко-персоналогическая справка**

Подходы и концепции, методики и техники психоаналитически-ориентированной психотерапии персоналифицированы даже в несколько большей степени, нежели в рамках прочих психотерапевтических парадигм.

Наиболее известными в психоаналитически-ориентированной литературе являются:

- «волевая терапия» O. Rank'a (1884 — 1939) [197; 198]\*;
- активная аналитическая терапия W. Stekel'я (1868 — 1940) [199]\*;
- интерперсональная психотерапия H.S. Sullivan'a (1892 — 1949) [200]\*;
- «интенсивная психотерапия» F. Fromm-Reichmann (1889 — 1957) [201]\*;
- характерологический анализ K. Horney (1885 — 1952) [202]\*;
- «гуманистический психоанализ» E.P. Fromm'a (1900 — 1980) [203; 204]\*;
- «Эго-анализ» M. Klein (1882 — 1960) [205]\*;
- Чикагская школа психоанализа F.G. Alexander'a (1891 — 1964) и Th.M. French'a (1892 — 1974) [206]\*;
- «секторная терапия» F. Deutsch'a (1884 — 1964) [207]\*;
- «объективная» психотерапия по B. Karpman'y (1886 — 1962) [208]\*;
- краткосрочная (short-term, brief) психотерапия P.E. Sifneos'a (1920 — 2008) [209; 210]\*; D.H. Malan'a (род. в 1922) [211]\*; L. Bellak'a (1916 — 2000), L. Small'a (1913 — 1982) [212]\*;
- психобиологическая терапия A. Meyer'a (1866 — 1950) [213]\*;

- биодинамическая концепция J.H. Masserman'a (1905 — 1994) [214 — 216]\*;
- «адаптационная психодинамика» S. Rado (1890 — 1972) [217]\*;
- гипноанализ L.R. Wolberg'a (1905 — 1988) [218]\*;
- характерологический анализ W. Reich'a (1897 — 1957) [219; 220]\*.

В силу постепенной утраты изоляционистски-пуристских черт и резкого — средового — возрастания интенсивности тенденций к формированию и применению синтетических форм, психоаналитические приёмы и даже [психо]техники — вследствие их безусловной диагностической ценности и методической привлекательности — всё чаще стали интегрироваться в разнообразные психотерапевтические и психокоррекционные системы.

Этот процесс, сопряжённый с сепарацией психотехнических приёмов и элиминируемых метапсихологических и персоналогических воззрений психоанализа, сегодня представляется уже необратимым.

#### **Феноменология**

Как указывалось выше, по отношению к психоаналитически-ориентированной психотерапии употребляется, среди прочих, эпитет «инсайт-ориентированная», — что, очевидно, обусловлено центральной психотехнической и саногенной ролью концепт-феномена *инсайта*.

В психодинамической психотерапии инсайт-ориентированные беседы начинаются с анализа симптомов, затем акцент переносится на эмоциональные состояния, осуществляется переход к инсайту с учётом связи эмоциональных состояний и жизненной ситуации, далее — к личностным стереотипам и представлениям, которые создали данную жизненную ситуацию, и, наконец, к опыту раннего детства.

Для достижения инсайта, а также исследования функционирования личности больного требуется разностороннее изучение происхождения невротических стереотипов и представлений как объяснимых реакций и способов адаптации к психотравмирующему опыту раннего периода развития. Инсайт взаимосвязан с интерпретациями, с помощью которых пациент постепенно подводится к *осознанию* влияния «эдипова комплекса» на происхождение своих проблем. В результате у пациента наступает внезапное прозрение, «инсайт», — и в сознании устанавливаются связи между настоящими проблемами, страхами, «эдиповскими» влечениями, переносом в отношениях с психоаналитиком и прочим. Последующая переработка инсайта приводит к соответствующим личностным изменениям пациента.

Прочие психоаналитические концепт-феномены и процедуры центрированы вокруг [достижения] концепт-феномена инсайта. Впрочем, концептная база довольно широка, — ведь бесчисленные «комплексы» психоанализа — это тоже концепты.

**Понятия и концепты**

Концепты *конфликта* и *компромисса* являются отражением психических процессов, представляющих собой усилия, направленные на достижение равновесия, удовлетворяющего «желания» и «запросы» всех аспектов психики. Симптомы, черты характера, сновидения, перенос — всё это «компромиссы» различной степени сложности, выражающие элементы *желания, защиты и наказания*.

При любой форме психотерапии, — как и в любом межличностном общении, — существует потенциал для изменения формы компромисса (в зависимости от трансформации различных компонентов). Как в спонтанных, непреднамеренных социальных взаимоотношениях, так и при научно обоснованной, планируемой психотерапии индивид может использовать взаимодействие, чтобы чувствовать себя более удовлетворённым, менее тревожным, в безопасности, освобождённым от чувства вины — или, наоборот, осуждаемым, наказанным, обездоленным и так далее.

В любом случае существовавшие ранее симптомы, черты, препятствия могут стать более или менее интенсивными, исчезнуть или же быть заменены.

Если психотерапевт воспринимается как «хороший родитель» — оказывающий поддержку, приносящий утешение, чувство безопасности, прощающий и многое позволяющий, — то баланс между компонентами компромисса может меняться, часто в сторону облегчения симптомов. Если же врач в состоянии мобилизовать пациента и помочь ему использовать имеющиеся психические резервы, достигается новое — и более адаптивное — равновесие.

При интенсивных, экспрессивных формах аналитической психотерапии, частых и продолжительных, личное взаимодействие пациента и психотерапевта создаёт уникальную возможность нового опыта человеческих отношений. Более эффективные формы поведения могут быть усвоены методом проб и ошибок в безопасной и «разрешающей» атмосфере лечения, — а когда они интегрируются благодаря идентификации с психотерапевтом, это может привести к стойким личностным изменениям.

В рамках психоаналитически-ориентированной психотерапии сохраняются в целом те же, что и в классическом психоанализе, представления о *структуре личности*.

*Групповая психотерапия*, — как это вполне явственно следует из её названия, — зиждется на групповых феноменах.

**Групповая [психо]терапия**

Под *групповой [психо]терапией* понимается психотерапевтический метод, — а точнее, целая совокупность методов, достигающая уровня парадигмы, — состоящий в целенаправ-

ленном использовании комплекса взаимоотношений и взаимодействий, которые возникают между всеми участниками группы, не исключая психотерапевта, — *групповой динамики*, — в лечебных целях относительно каждого из пациентов-участников группы.

Наряду с другими психотерапевтическими методами групповая психотерапия применяется в рамках различных теоретических ориентаций (точнее, психотерапевтических парадигм), которые и определяют её своеобразие и специфику: конкретные цели и задачи, содержательную сторону и интенсивность процесса, тактику психотерапевта, психотерапевтические мишени, выбор методических приёмов и прочее.

В качестве самостоятельного метода групповая психотерапия выступает в том смысле, что рассматривает пациента в *социально-психологическом плане*, в контексте его взаимоотношений и взаимодействий с окружающими, — раздвигая тем самым границы психотерапевтического процесса и фокусируясь не только на индивиде и его внутриличностной проблематике, но и на индивиде в совокупности его реальных контактов и связей с окружающим миром.

Взаимоотношения и взаимодействия, в которые вступает пациент в группе, в значительной степени отражают таковые в его обыденной жизни, поскольку группа выступает как модель реального микросоциального окружения, — где пациент проявляет те же отношения, установки, ценности, те же способы эмоционального реагирования и те же поведенческие реакции. Использование групповой динамики направлено на то, чтобы каждый участник имел возможность проявить себя, а также на создание в группе эффективной системы обратной связи, позволяющей пациенту адекватнее и глубже понять самого себя, увидеть собственные неадекватные отношения и установки, эмоциональные и поведенческие стереотипы, проявляющиеся в межличностном взаимодействии, — и изменить их в атмосфере доброжелательности и взаимного при[н]ятия.

Следует также подробнее остановиться на различиях *индивидуальной* и *групповой* психотерапии, позволяющих последней занимать особое положение среди иных методов психотерапии.

Опора на групповую динамику и межличностное взаимодействие нередко формирует представления, согласно которым групповая психотерапия направлена на переработку конфликтов в сфере межличностного взаимодействия, в то время как индивидуальная — на раскрытие и переработку глубинного, внутриличностного конфликта.

Однако групповая психотерапия в рамках конкретного психотерапевтического направления решает те же задачи, что и индивидуальная, но с помощью специфических средств. Если психотерапия имеет своей целью раскрытие и переработку внутреннего психологического конфликта и коррекцию неадекватных, нарушенных отношений личности, обусловивших его возникновение и субъективную неразрешимость, то эта цель является общей и для индивидуальной, и для групповой психотерапии.

Трудности в сфере межличностного взаимодействия, межличностные конфликты в значительной степени являются следствием глубинных коллизий и нарушенных отношений личности. В межличностных конфликтах проявляются скрытые и неосознаваемые психологические проблемы.

В групповой психотерапии внутренний психологический конфликт и нарушенные отношения личности раскрываются через их непосредственное отражение в реальном поведении пациента в группе.

В то же время групповая психотерапия, несмотря на доминирующую интеракционную направленность, не ограничивается актуальной ситуацией («здесь и теперь»). Адекватная коррекция нарушенных отношений личности может быть осуществлена пациентом лишь в том случае, если весь комплекс психологических особенностей, проявляющийся в процессе группового взаимодействия, соотносится с его реальной ситуацией и проблемами вне группы, позволяет реконструировать особенности взаимоотношений в ситуациях прошлого («там и тогда»). Закономерная повторяемость, стереотипность конфликтных ситуаций, особенностей поведения и эмоционального реагирования в группе и вне её, в настоящем и прошлом, делают более наглядным и убедительным содержание обратной связи, получаемой в группе. Это способствует созданию устойчивой мотивации к самоисследованию и коррекции своих отношений, позволяет вычлнить то, что стоит за поведением в различных ситуациях.

Следует особо подчеркнуть, что групповую психотерапию надлежит отличать и от *групповой терапии*, и от *коллективной психотерапии*; первая выступает в качестве «психотерапии группой», тогда как последняя является «психотерапией в группе», — предполагая, по сути, использование любого психотерапевтического метода в группе пациентов, расцениваемой в качестве простой совокупности последних.

#### Историко-персонологическая справка

История развития групповой психотерапии — это движение от *групповой терапии* к *групповой психотерапии*, то есть к осознанию и признанию групповых эффектов и целенаправленному использованию их в психотерапевтических целях.

Проявляющиеся в группах ожидания и эмоции, чувство надежды, вера в компетентность [психо]терапевта и эффективность применяемых процедур увеличивают состояние аффективного напряжения, возрастающего по мере «эмоционального заражения» участников, и способствуют податливости пациентов к воздействию и влиянию.

Воздействие традиционно заключается прежде всего во *внушении*, которое обращено к эмоциональной сфере больного — и, минуя его рациональное, критическое мышление, оказывает влияние на его самочувствие и психофизиологическое состояние (и, как следствие, на социальное функционирование).

Историческим примером оказания группой [психо]терапевтического влияния на личность могут служить сеансы Ф.-А. Mesmer'a (1734 — 1815).

Одним из первых современных авторов, обративших внимание на [психо]терапевтические возможности применения группового взаимодействия, был J.H. Pratt, который в 1905 году организовал терапевтические группы («classroom method», называемый иначе «thought control») для больных туберкулёзом [221, 222]\*. Первоначально Pratt рассматривал группу с позиций экономической целесообразности: как удобный способ информирования пациентов о причинах болезни и факторах, способствующих выздоровлению, об образе жизни и отношениях; он не вычлнял её собственно [психо]терапевтических возможностей. В дальнейшем он пришёл к убеждению, что в психотерапии главная роль принадлежит группе, воздействие которой заключается в эффективном влиянии одного человека на другого, в возникающих в группе взаимном понимании и солидарности, способствующих преодолению пессимизма и ощущения изоляции.

Практически все психотерапевтические методы XX — начала XXI веков так или иначе использовали групповые формы и внесли определённый вклад в развитие групповой психотерапии.

Особое место в этом ряду принадлежит психоаналитической терапии — и, отчасти, психотерапии «гуманистической».

Так, А. Adler считал, что группа представляет собой контекст для выявления эмоциональных нарушений и их коррекции. Полагая, что источник конфликтов и трудностей пациентов состоит в неправильной системе их ценностей и жизненных целей, он утверждал, что группа не только формирует взгляды и суждения, но и может помочь их модифицировать. Работая с группой пациентов, Adler стремился добиться понимания пациентами генеза их нарушений, а также трансформировать их позиции.

Развитию психоаналитически-ориентированной групповой психотерапии своими работами способствовали также упоминавшиеся выше S.R. Slavson, P. Schilder, A. Wolf и многие другие.

Существенный вклад в развитие групповой психотерапии внёс основатель психодрамы J.L. Moreno (1889 — 1974) [223 — 225]\*: некоторые авторы приписывают ему введение самого термина «групповая психотерапия».

Среди психотерапевтов «гуманистического» толка особое место в развитии групповой психотерапии занимает С.Р. Rogers, придававший большое значение групповым формам, — считая, что психотерапевт в этом случае является моделью для участников, способствуя тем самым устранению тревоги и развитию самораскрытия; что отношения, складывающиеся между участниками группы, могут создавать оптимальные условия для терапевтических изменений.

Большое влияние на развитие групповой психотерапии оказали работы в области *групповой динамики* К. Lewin'a (1890 — 1947) [226]\*; он полагал, что большинство эффективных изменений происходят в групповом, а не в индивидуальном контексте. Lewin и его последователи рассматривали личностные расстройствa как результат и проявление нарушенных отношений с другими людьми, социальным окружением.

За исключением упоминавшейся выше *групповой динамики* — феномена, фактически уже приобретшего вид концепта, — практически единственным — объективным — феноменом, специфическим для групповой психотерапии, является феномен [*групповой*] *индукции*.

#### **Феноменология**

Признание всех прочих психотерапевтических феноменов (а также феноменов-концептов и концепт-феноменов), равно как и характер их эксплуатации, зависят от методической ориентации группового психотерапевта.

Подобное справедливо и в отношении понятий и концептов групповой психотерапии; важно осознавать, что само понятие «группа» — не что иное, как специфический концепт групповой [психо]терапии.

#### **Понятия и концепты**

Под *психотерапевтической группой* понимается специфически организованная общность пациентов, находящихся между собой в непосредственном личном общении и взаимодействии для достижения определённых психотерапевтических целей.

Ещё один базовый концепт групповой психотерапии — многократно упоминавшаяся выше *групповая динамика*; она понимается как совокупность групповых действий и интеракций, возникающая в результате взаимоотношений и взаимодействия членов группы, их деятельности и влияния внешнего окружения, и представляет собой развитие, или движение, группы во времени.

В общем виде групповую динамику определяют: цели, задачи и нормы группы; её структура (включая лидерство); *групповые роли*; *сплочённость группы*; *групповое напряжение*; актуализация прежнего эмоционального опыта; формирование подгрупп; виды вербальной коммуникации в группе и прочее.

Представления о *структуре личности* в рамках групповой психотерапии обусловлены предпочтением, отдаваемым той или иной парадигме; однако все методические ориентации групповой психотерапии в качестве главного аспекта личности признают систему её социальных ролей и связей (вне зависимости от уровня и контекста рассмотрения этой системы).

Подобно классическим, *неоклассические методы психотерапии* базируются на реально существующих психофизиологических феноменах.

#### *Симультанно-мнестическая психотерапия (психометодология)*

В рамках *симультанно-мнестической психотерапии*, или *психометодологии*, полагается, что главным — во всяком случае, важнейшим патогенетически и саногенетически значимым — психическим [онтогенетическим] феноменом является *память*<sup>66</sup>.

Тогда как вторая часть названия метода указывает, что очевидно, на ориентацию на мнестическую феноменологию, первая подразумевает этимологическое родство с термином «симультанная декорация»<sup>67</sup>.

Подобное отождествление подчёркивает своеобразие технико-методического воплощения метода.

Понятие «психометодология», введённое в качестве второго названия метода, *во-первых*, поддерживает психотерапевтическую традицию денотации методов — достаточно указать на термины «психоанализ» и «психосинтез» (а также «психодрама», «психогимнастика», «психолиз», «психокибернетика», «психопантомима» etc.); *во-вторых* — акцентирует логически и санопатогенетически выдержанный, культурально- и семантически-детерминированный характер метода, отказ как от ориентации на одни лишь саногенные феномены, — что свойственно подавляющему большинству методов классических, — так и от диссонантных разнородных социо-культурных, умозрительно-психологических, философски-мировоззренческих, лингвистических и прочих заимствований, с приданием последним некоей исключительной концептуально-теоретической и саногенной роли, — что характерно для методов психотерапии «новой волны»; *в-третьих*, указывает на некие

<sup>66</sup> Память как биологическая функция выходит, разумеется, далеко за пределы психической сферы и распространяется на геномный уровень (филогенетическая, или наследственная, память).

<sup>67</sup> *Симультанная декорация* — тип декорационного оформления спектакля в средневековом театре, при котором на сцене устанавливались одновременно — фронтально, по прямой линии — все декорации, необходимые по ходу действия.

организующие по отношению к памяти в целом и восприятие [себя] влияния и на стремление к выработке у пациента определённой стилистики мышления, *sui generis* саногенной.

#### Историко-персоналогическая справка

Метод симультанно-мнестической психотерапии (психометодология) разработан на кафедре психотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования автором под общим руководством Б.В. Михайлова (род. в 1950).

Феноменология симультанно-мнестической психотерапии включает круг разнородных феноменов. В качестве феноменов [«со стороны»] пациента» выступает ряд объективных [мнестических] феноменов: инструментальные, саногенные, дефензивные, смешанные, интеркуррентные, вспомогательные (воротные, ориентационные, диагностические), артефакты и прочие, — отдельные из которых, в силу существования в «мнестологической» области дискурсивных разночтений, вынужденно приобретают характер феномен[ов]-концептов.

В принципе, в рамках психометодологии возможно использование всего феноменного — но не концептного (*sic!*) — психо[терапевт]ического ряда, и это отнюдь не является интеграцией или эклектикой.

#### Феноменология

Перейдём теперь к уже собственно мнемической феноменологии; *brève*мент её актуальный перечень таков.

Феномен *запоминания* — способность к запечатлению, удержанию (сохранению) и воспроизведению разных классов информации.

Феномен *активной памяти*, формирующей различные стратегии запоминания.

Феномен *реминисценции* — повышенное воспроизведение следов.

Феномен *забывания* — следствие влияния побочных, интерферирующих воздействий, тормозящих нормальное воспроизведение ранее запечатлённых следов (про- и ретроактивное торможение).

Феномен *опосредованного запоминания* — возможность запоминания с опорой на ряд вспомогательных средств.

Феномен *модальности* памяти — память может быть как модально-неспецифической, так и модально-специфической.

Феномен *контаминации* — то есть смешения.

*Иконическая память* — когда воспринимаемые раздражители превращаются в кратковременные образы (*images*); для формирования этой памяти в терапевтической ситуации исключительно важно соблюдение принципа семантической конгруэнтности.

*Кратковременная память* — предполагает выбор соответствующего образа из многих возможных; может быть интерпретирована как своеобразная переработка или же кодирование полученных сигналов.

*Категориальная память* — сложное кодирование следов или включение их в некую систему категорий.

Следует подчеркнуть, что феноменология памяти неотделима от проблем внимания (точнее, ассоциирована с ними), в силу чего эксплуатируется также феноменология *внимания*.

Большинство понятий и концептов симультанно-мнестической психотерапии имеет нейropsychологически и нейрофизиологически опосредованный — и гностически-акцентированный — характер, однако они включают и ряд персонафикационных аспектов [*личной истории*].

#### Понятия и концепты

Психометодология ориентируется на разработанные в рамках интрадисциплинарной концепции психотерапии базисные понятия / принципы пато-нозологической конгруэнтности и конкордантности семантических полей, клинических психотерапевтических эффект-синдромов и психотерапевтического диагноза, фармакологического (фармакотерапевтического) фона и другие (*см.* соответствующие главы).

Основными же концептами симультанно-мнестической психотерапии являются: *эпистема*, *мифологема*, *стратегема*, *метаязык*, *денотат*, а также концепт *психологического* (персонального) *времени*.

*Эпистема* (греческое *ἐπιστήμη*) — один из важнейших концептов, означающий формирование однозначных, эмоционально-нейтральных, завершённых конгломератов представлений о событиях, происшествиях, случаях; техники, направленные на формирование эпистем, фактически моделируют категориальный аппарат памяти, с одновременным лишением эмоционально-личностной [негативной] окраски.

Основные характеристики — завершённость, абстрактность, сциентичность.

*Мифологема* (греческое *μυθολογία*) — важный концепт, означающий этнокультурную и историко-повседневную детерминацию памяти, соотношение с неким размытым нормативно-понятийным полем, отличающимся архаичностью, ритуальностью, стереотипностью, монотонностью (оформление, например, бытовых представлений о предначертанности в мифологему «судьба»).

Основные характеристики — интуитивность, аморфность, культуральность.

Эпистемы и мифологемы, имеющие сами по себе важное значение, особые свойства приобретают в случае — как это почти всегда бывает — организации в некий континуум, — и тогда необходимо их разведение.

*Стратегема* (греческое *στράτηγημα*) — концепт, означающий совокупность вербальных и общеповеденческих стратегий индивида.

Основные характеристики — рецептурность, рутинность, ригидность, а также мотивированность.

Концепт *метаязыка* — подразумевает осознание тезауруса внутренней речи, её семантически-эмоциональное приятие.

Концепт *денотата* — указывает на необходимость формирования чётких отношений «предмет / объект — имя (название)».

Под концептом *психологического* (персонального) *времени* понимается отражение в психике системы временных отношений между событиями жизненного пути индивида. Психологическое время содержит оценки одновременности, последовательности, длительности; скорости протекания различных событий жизни и их принадлежности к настоящему, удалённости в прошлое и будущее; переживания сжатости и растянутости, прерывности и непрерывности, ограниченности и беспредельности времени; осознание возраста и возрастных этапов (детства, молодости, зрелости, старости); представления о [вероятной] продолжительности жизни, смерти и бессмертия, об исторической связи личной жизни с жизнями в предшествующих и последующих поколениях. Базисными характеристиками психологического времени считаются возможность его *многомерности* и *обратимости*, *нелинейной последовательности* психологического прошлого, настоящего и будущего, а также *возрастная категоризация* [4].

В рамках симультанно-мнестической психотерапии декларируются клинически-значимые новации в отношении структуры личности: в силу, во-первых, апелляции к базисному, примарному, преперсоналогическому [нейропсихологическому] субстрату — памяти; во-вторых — указания на тот простой факт, что личность следует рассматривать не как структуру, но как *функцию*.

#### **Структура личности**

Итак — как видно из анализа понятийно-концептуального аппарата — персонологические представления в рамках симультанно-мнестической психотерапии имеют ярко выраженную мнестологическую аранжировку. Личность понимается как хронологически детерминированная функция — вариативная динамика мнестических процессов и определяемых ими модусов реагирования.

Кроме того, сам термин «психометодология» подразумевает определённую личностную реорганизацию: очевидно, что моделирование памяти не может не сказаться на личности в целом.

В обобщённом виде на сегодня основные представления о структуре личности совпадают с персонологическими воззрениями, принятыми в рамках концептуального базиса интрадисциплинарной концепции психотерапии (*см.* соответствующую подглаву).

#### **Рекомендуемая литература**

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. Свядощ 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.

*Ключевые моменты*

- (1) Феноменологические арсеналы методов и методик психотерапии.
- (2) Понятийно-концептуальные платформы методов и методик психотерапии.
- (3) Персонологические представления в рамках методов и методик психотерапии.



## Глава 14

# ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АППАРАТ (ПРИЁМЫ И СИСТЕМЫ) МЕТОДОВ И МЕТОДИК ПСИХОТЕРАПИИ

Диагностический аппарат *классических методов* носит инструментальный нейрофизиологически-ориентированный характер с акцентом на психотехнических аспектах.

### *Суггестивные (нейтические) методы*

#### **Суггестия**

В рамках суггестивной психотерапии большое значение придаётся диагностике *внушаемости* как важнейшего инструментального феномена [«со стороны»] пациента».

#### **Диагностические приёмы**

В силу того что эффективность как суггестии наяву, так и гипно-суггестии в большей мере зависит от степени внушаемости, нежели от иных параметров (в частности, глубины гипнотического состояния и прочего), для выбора оптимального психотерапевтического воздействия необходимо определить степень внушаемости больного, для чего применяется ряд специфических приёмов.

Вот только некоторые из них.

Приём Астахова — вызывание симптома сомкнутых век при пальцевом воздействии врача на верхние тригеминальные точки пациента.

Приём Куэ — Бодуэна № 1 — внушение падения вперед.

Приём Куэ — Бодуэна № 2 — внушение падения назад.

Приём Куэ — Бодуэна № 3 — проба с маятником Шевреля.

Приём Михайлова — колебательные движения кистей рук в такт собственным пульсовым ударам в позе Ромберга.

Приём Рожнова № 1 — внушение невозможности разжатия кистей рук, сомкнутых в «замок».

Приём Рожнова № 2 — внушение несуществующих запахов при предъявлении больному трёх чистых пробирок.

Приём Филатова № 1 — приведение больного в положение стоя, сидя или лёжа, с расположением согнутых в локтевых суставах рук ладонями у груди, при закрытых глазах, а затем внушение следующего: «Ваши руки сами по себе начинают отходить от груди. Руки отходят сами по себе, без Вашего участия».

Приём Филатова № 2 — предложение больному закрыть глаза и внушение ощущения, будто веки смазаны [липким] клеем.

Приём Каткова — внушение разведения, отталкивания сомкнутых кончиков пальцев.

Интересным примером является приём, описанный П.И. Булем, — опыт с притяжением имитированного магнита. Используется небольшой металлический груз на прочной нитке и деревянный подковообразный «магнит», выкрашенный наподобие настоящего. Испытуемому предлагают взять пальцами вытянутой руки нитку с висющим на её конце грузом. Врач подносит «магнит» к грузу и начинает то приближать, то удалять его в какой-нибудь определённой плоскости. При этом больному внушают, чтобы он обратил внимание на то, как груз постепенно начинает следовать за «магнитом» и раскачиваться. У лиц, достаточно внушаемых, груз действительно начнёт качаться в заданном направлении вследствие возникновения невольных идеомоторных реакций.

Итак, используется ряд приёмов, с помощью которых определяется степень внушаемости пациента: приёмы с падением назад или вперёд, внушение ощущения сцепленных пальцев рук, определение внушённых запахов и другие.

## Гипно[суггестивная] психотерапия

Совершенно естественно, что в практике гипнотерапии диагностические приёмы как таковые сводятся к определению *гипнабельности*<sup>68</sup>, — и, разумеется, сопряжённой с ней внушаемости.

### Диагностические приёмы

При проведении гипнотерапии необходимо учитывать степень гипнабельности пациента; при низком уровне гипнабельности применение гипнотерапии сопряжено с известными трудностями<sup>69</sup>. Также перед началом гипнотерапевтического сеанса необходимо провести беседу для выяснения отношения больного к этому методу лечения и устранения возможных опасений с его стороны (в частности, убеждение в безвредности, невозможности манипулятивного поведения со стороны врача, а также третьих лиц, — как в данное время, так и в будущем).

<sup>68</sup> Подобно способам и приёмам гипнотизации, они чрезвычайно разнообразны, так как фактически являются их упрощёнными вариантами.

<sup>69</sup> Существует мнение о возможности развития гипнабельности — в терапевтических целях.

## Самовнушение и аутотренинг

*Диагностические приёмы* аутосуггестии фактически ассоциированы с психотехническими особенностями метода; о способности к *самовнушению* и глубине / степени его выраженности можно судить по клинической эффективности применения метода, а также — косвенно — по психовегетативным коррелятам при визуальном контроле за пациентом.

## Эмоционально-стрессовая психотерапия

*Диагностические приёмы* в рамках эмоционально-стрессовой психотерапии неспецифичны и сводятся в основном к определению степени внушаемости / гипнабельности.

## Материально-опосредованная психотерапия (placebo-терапия)

Применяемые диагностические процедуры не отличаются от таковых при подготовке к проведению иных суггестивных методик. Однако есть ещё одна, исключительно важная, *диагностическая* сторона плацебо-эффекта — использование последнего для оценки и прогнозирования эффективности лечения.

### Диагностические приёмы

Итак, плацебо-эффект может использоваться не только с терапевтической, но и с диагностической целью. В клинике плацебо может, например, применяться на первом этапе лечения такого распространённого расстройства, как нарушение сна. Если бессонница возникла или фиксировалась по механизму тревожного ожидания, применение одного лишь плацебо приводило к улучшению. Так же и оценка эффективности медикаментозного лечения возможна лишь с учётом плацебо.

## Рациональная психотерапия

Какие-либо специальные *диагностические приёмы* в рамках рациональной психотерапии не применяются, — хотя, бесспорно, прогностически важное значение имеет выявляющаяся с первых же бесед степень *убеждаемости* пациента.

**[Классический] психоанализ**

Можно сказать, что [классический] психоанализ — это процесс непрерывной, пошаговой диагностики — диагностики-интерпретации симптомов и «комплексов», их скрытого значения и того, что за этим стоит.

**Диагностические приёмы**

Диагностическое значение как таковое имеют многие концепт-феномены, и прежде всего такой дефензивный концепт-феномен, как *сопротивление*, — п[р]оявление которого показывает верную направленность анализа.

**Поведенческая терапия**

В рамках поведенческой парадигмы диагностически важным признаётся наблюдение за *поведением*. Отсутствие специфических *диагностических приёмов* объясняется, по-видимому, редуccionистскими представлениями о терапии — она направлена непосредственно на коррекцию (разрешение) проблем.

Диагностический аппарат *синтетических (психотерапия «new wave») методов* довольно разнороден, — однако в нём чётко прослеживаются черты конъюнктурной концептуализации и произвольных интерпретаций.

**«Эриксоновский» гипноз**

*Диагностические приёмы* в целом отвечают таковым в классическом гипнозе, однако актуальность традиционного гипнологически-диагностического исследования снижается в силу широко распространённого постулата, согласно которому «эриксоновскому» гипнозу подлежат все пациенты, — даже традиционно считающиеся негипнабельными. Добавлен компилятивный комплекс процедур аналитико-ассоциативного ряда.

**Нейро-лингвистическое программирование**

В нейро-лингвистическом программировании разработан ряд специальных диагностических приёмов, поскольку направленная концептуально-фиксированная диагностика составляет значительную часть [приёмов] метода.

**Диагностические приёмы**

Так, в процессе диагностики выявляются речевые искажения «метамодели», ведущие репрезентативные системы переработки информации, проводится калибровка индивидуальных невербальных ответов «да — нет» и корреляты глубинных речевых структур.

Диагностика «ведущей» репрезентативной системы, позволяющая выбрать оптимальную форму «подстройки» к пациенту, проводится посредством анализа речевой продукции и поведенческих стереотипов, а также калибровки глазодвигательных сигналов.

В работе с пациентом рекомендуется калибровка индивидуальных проекций репрезентативных систем и стратегий переработки информации посредством целенаправленных команд-вопросов с последующим отслеживанием глазодвигательных реакций.

Калибровка индивидуальных невербальных ответов используется в приёме «разговор с подсознанием» и проводится с помощью тестовых вопросов с фиксацией микроимических, пантомимических и вегетативных реакций. При калибровке ответов «да — нет» сначала задаются вопросы, предполагающие однозначные утвердительные ответы, затем — отрицательные. Пациент может говорить или молчать — внимание исследователя направлено на невербальные компоненты, стереотипно повторяющиеся при ответах «да» и «нет». Квалифицированный специалист-«коммуникатор» вставляет тестовые вопросы в обычное интервью и может «считывать» до десятка стандартных телесных [коррелятов] ответов «да» и «нет» (расширенные зрачков, учащение дыхания, подёргивание щеки или стопы etc.).

Аналогичным образом могут калиброваться многие семантические структуры, преимущественно дихотомического характера, что позволяет целенаправленно вмешиваться в переживания пациента, ориентируясь на выявленные невербальные сигналы.

Существует специфический БИАС-тест для определения [ведущих] репрезентативных систем [1]\*.

**Гештальт-терапия**

*Диагностические приёмы* в рамках гештальт-терапии направлены исключительно на выявление / диагностику нарушений гештальт-процессов, — главным образом психических, поведенческих и физиологических коррелятов незавершённых гештальтов.

**Групповой анализ**

Как и в классическом психоанализе, в групповом анализе диагностика всецело сопряжена с терапией, а вернее — даже её подменяет, — в силу особенностей самой аналитической техники.

**Диагностические приёмы**

Выделяется девять наиболее значимых индикаторных факторов:

- 1) *акцепция* — признание пациентом комфортного самочувствия в группе;
- 2) *альтруизм* — желание помогать другим и принимать поддержку;
- 3) *универсальность* — признание пациентом относительной уникальности собственных проблем и умение видеть её в других;
- 4) *понимание (интеллектуализация)* — достаточность интеллектуального уровня;
- 5) *реальное видение* — умение распознавать в групповой ситуации настоящее, истинное (а не лишь теоретически сконструированное) собственное содержание;
- 6) *перенос*;
- 7) *интеракция (взаимодействие)* — способность пациента к спонтанным коммуникациям, то есть к выявлению собственного «материала»;
- 8) *перспективный опыт* — способность учиться не только «на себе», но и на опыте, заимствованном у других;
- 9) *свободные ассоциации (вентилирование)* — внутренняя готовность к дискуссии на темы, которые в обычных ситуациях вытесняются.

**Трансактный анализ**

В трансактном анализе, как и в каждой [психо]терапии «аналитической» направленности, *диагностические приёмы* занимают важное место. Основную их часть составляет анализ *содержания, характера и направленности транзакций*, а также иных концептов — «*сценариев*», *структурирования времени, игр* и прочего.

**Когнитивно-бихевиоральная терапия**

Диагностика в когнитивно-поведенческой психотерапии основана на широком, — сопровождающем терапевтический процесс на всём его протяжении, — использовании приёмов, позволяющих оценить неадекватные аспекты мышления и представлений, а также выявить некие «правила», согласно которым личность реагирует на внешние события, — «переводя их из внешнего во внутренний план».

*Диагностические приёмы* в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии направлены на выявление патогенетически-значимых «структур» — прежде всего различных клас-

сов «когниций», и прочего. Большое значение отводится также самодиагностике [пациентов].

**Экзистенциальная («гуманистическая») психотерапия**

Диагностика и собственно *диагностические приёмы* в рамках «клиент-центрированной» психотерапии сводятся прежде всего к выявлению и констатации нарушений [структур] «Я-концепции».

**Психоаналитически-ориентированная психотерапия**

К основным *диагностическим приёмам* и процедурам психоаналитически-ориентированной психотерапии принадлежат те же, что и в классическом психоанализе, — прежде всего, это *свободные ассоциации*; свою роль сохраняет и ряд диагностически значимых психоаналитических [концепт-] феноменов.

Диагностические приёмы *групповой психотерапии* центрированы вокруг выявления особенностей проявлений [феномена] групповой динамики.

**Групповая [психо]терапия**

Каких-либо универсальных — для всех видов групповой психотерапии — *диагностических приёмов* не предложено; применяемые же специфические приёмы свойственны методам, явившимся методологической основой конкретной разновидности групповой психотерапии. В целом повседневная центрированность на мельчайших проявлениях *групповой динамики* позволяет говорить о формировании диагностической направленности на последнюю.

Диагностический аппарат *неоклассических методов* имеет выраженную мнестологическую аранжировку — и, подобно таковому классических методов, ассоциирован с психо(нейро)физиологической сферой.

*Симультанно-мнестическая психотерапия (психометодология)*

Область интерпретационно-диагностических процедур складывается из общей психотерапевтической диагностики (см. соответствующую главу) и специальной психодиагностики памяти, а также ряда вспомогательных — по отношению к психометодологии — приёмов. Диагностический этап завершается формулировкой *психотерапевтического диагноза*.

В качестве *диагностических* выступают *приёмы* и методики, направленные на *психодиагностику памяти*, — как традиционные, так и специальные.

Традиционно выявляются различные характеристики и виды / модальности памяти — объём и прочность долговременной и оперативной, зрительной и слуховой памяти и тому подобное; проводится определение преобладающей модальности памяти.

Специализированное тестовое обследование памяти может быть дополнено, в случае необходимости, различными пробами (определение объёма удержанного в памяти ряда, запоминание ассоциативных пар, пиктограммы, пробы опосредованного запоминания и многие другие).

Используются психометрические тесты памяти — Benton test de retention visuelle, Wechsler Memory Scale, Meili Memory Test и другие.

Специфические клиничко-нейропсихологические приёмы, разработанные в рамках психометодологии, представлены методиками *ретроанализа ассоциаций, изучения особенностей интериоризации [внешней] речи, исследования глубины воспоминаний* (что указывает на доступные структуры детства, то есть на возраст и степень формирования категориального аппарата), *экфори и энграмм* (фактически — *палимнезии!*) и другими.

## Рекомендуемая литература

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., Багалеи 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. Свядош 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.

*Ключевые моменты*

- (1) Диагностический аппарат (приёмы и системы) классических методов психотерапии: рафинированная инструментальность, нейрофизиологическая ориентация, психотехническая фиксация.
- (2) Диагностический аппарат (приёмы и системы) синтетических методов психотерапии: конъюнктурная концептуализация и произвольная интерпретативность.
- (3) Диагностический аппарат (приёмы и системы) групповой психотерапии: динамическая монофеноменологичность.
- (4) Диагностический аппарат (приёмы и системы) неоклассических методов психотерапии: мнестологическая аранжировка и психо(нейро)физиологическая ассоциированность.

*Часть VI*

**ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ  
ОСОБЕННОСТИ,  
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ  
ДИАГНОЗ  
И СИСТЕМЫ ПСИХОТЕРАПИИ  
ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ,  
СОМАТОПСИХИЧЕСКОЙ И  
АДДИКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ**

Настоящая глава посвящена изложению результатов исследований моих диссертантов — фактически, в ней собраны центрированные вокруг *клинико-психофеноменологического метода* — и, собственно, сгенерированные его практическим приложением — тексты: дериваты его аппликаций на диагностико-терапевтические процессы в отношении различных контингентов, — как традиционно находящихся в сфере компетенции психотерапии, так и считающихся не подлежащими последней (и даже таких, для которых психотерапия считается — чаще *sub rosa* — противопоказанной).

Для компактной номинации настоящей части сферы приложения метода условно объединены в три крупных раздела: психосоматическая, соматопсихическая и аддиктивная патология. Его компетенция распространяется и на патоперсоналогическую predisposition — чью роль в возникновении не только разнообразнейших психопатологических расстройств, в том числе «вторичных невротизаций», но и подавляющего большинства заболеваний, переоценить невозможно.

В происхождении практически любого заболевания можно обнаружить психогенные компоненты; «вторичной невротизацией» сопровождаются абсолютно все патологические состояния независимо от их генеза и системно-органной принадлежности. В подавляющем большинстве случаев экзацербаций — как психопатологической, так и непсихопатологической природы — в их механизмах обнаруживаются моменты, ассоциированные с психогениями (чаще психотравматического характера), — что делает применение психотерапии облигатным условием эффективности любого лечебного процесса.

Массив приводимых ниже исследований наглядно показывает, что психогенные компоненты играют ведущую роль в механизмах экзацербации не только состояний дезадаптации, неврозов, соматоформных расстройств, психосоматозов, а также аддикций, — но и в обострениях при эндогенной кататонии, простой шизофрении, интоксикационных шизофреноподобных расстройствах, посттравматической болезни головного мозга, псевдопаралитических синдромах различной этиологии, соматогенных психозах позднего возраста, хронических обструктивных заболеваниях лёгких etc.



## Глава 15

## ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ И СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ АДДИКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ

Психотерапия пациентов с зависимостью от психоактивных веществ базируется на их клинико-психофеноменологических характеристиках, с учётом особенностей процессов эмоциогенеза. Следовательно, у данного контингента пациентов при подборе методов психотерапевтических интервенций и построении психотерапевтических систем должны учитываться индивидуально-персонологически и психофизиологически обусловленные особенности психотерапевтического отклика.

Рассмотрим *особенности эмоциогенеза и клинико-психофеноменологического статуса* пациентов с зависимостью от различных видов психоактивных веществ.

У пациентов с зависимостью от *алкоголя* отмечается сохранность основных процессов и стадий эмоциогенеза, что выражается в условной гармоничности уровней тревожности, самочувствия, активности, настроения, самоуважения, а также показателей экстраверсии / интроверсии.

У пациентов с зависимостью от *опиоидов* выявляются нарушения основных процессов и относительная сохранность стадий эмоциогенеза, что выражается в появлении выраженной тревоги, неуверенности в своих поступках и действиях, частых эпизодах снижения настроения, уныния, а также в повреждении саморегуляции эмоциональных переживаний (которые при дальнейшем употреблении психоактивных веществ утрачивают насыщенность и становятся тусклыми).

У пациентов с зависимостью от *психостимуляторов* отмечаются нарушения как основных процессов, так и стадий эмоциогенеза. Учитывая выраженное физическое и психическое истощение, наступающее вследствие употребления психостимуляторов, а также появление ряда психоневрологических осложнений (эпилептические припадки, психотические переживания, депрессивные состояния, психопатизация etc.), можно говорить о тотальном поражении эмоциональной сферы (в модальности, знаке, интенсивности, длительности, реактивности, уровне осознанности и степени произвольного контроля).

Ниже приведены наиболее характерные особенности клинико-психофеноменологического статуса пациентов с зависимостью от различных видов психоактивных веществ.

*Алкоголь.* К особенностям клинико-психофеноменологического статуса при зависимости от алкоголя относятся: преобладание гипнабельности и суггестивности с повышением лёгкости возникновения названных феноменов, а также наличие ряда дефензивных феноменов с высокой степенью личностной вовлечённости.

Среди дефензивных феноменов доминируют механизмы психологической защиты, в частности, — агрессия, аннулирование, вытеснение, изоляция, отрицание, подавление, регрессия etc.

*Опиоиды.* К особенностям клинико-психофеноменологического статуса при зависимости от опиоидов относятся: уменьшение выраженности вёротных феноменов (гипнабельности, внушаемости, эмоционального стресса, трансовых феноменов); затруднённость формирования трансперсональных феноменов (переноса, контрпереноса и других концепт-феноменов психодинамического круга) при лёгкости возникновения феноменов конформных, или индукционных (индукции, или эмоционального заражения).

*Психостимуляторы.* К особенностям клинико-психофеноменологического статуса при зависимости от психостимуляторов относятся: снижение убеждаемости; абортивность саногенных феноменов; трудность достижения групповых феноменов (групповой динамики, феноменов ряда «архетипы — коллективное бессознательное»); высокий процент интеркуррентных феноменов (например, переноса) и артефактов.

Перейдём к изложению *принципов* и *системы психотерапии* пациентов с зависимостью от психоактивных веществ.

Система психотерапии пациентов с зависимостью от психоактивных веществ должна базироваться на следующих принципах:

- эмотивности (означает признание важности апелляций к эмоциональной сфере с использованием разработанной концепции «эмоционального гомеостаза» — то есть перманентного индивидуально-специфического эмоционального фона, определяющего психосоматическое состояние «нормы» в повседневном взаимодействии с окружением);

- стрессорности (показывает обязательность эксплуатации в качестве вóротного феномена эмоционального стресса с инициацией / активацией переживаний витального уровня);

- интрузивности (отражает активный характер психотерапевтического воздействия);

- конгруентности (указывает на необходимость соразмерности психотерапевтических влияний с клинико-психофеноменологическими особенностями пациента и его актуальным психопатологическим и патоперсонологическим статусом);

- нарастающей массивности (обязывает к увеличению числа, объёма и степени интрузивности применяемых психотерапевтических методик);

- полифокальности (подчёркивает обязательность использования множества точек приложения психотерапии);

- мультиобъектности (говорит о необходимости и обязательности осуществления воздействия на множество объектов, — кои суть: патохарактерологические особенности, внутренняя картина болезни, клинико-семиотические констелляции, нарушенные статусно-ролевые отношения, специфические повреждения эмоциогенеза, состояние процессов «эмоционального гомеостаза», коморбидная патология etc., — одновременно);

- социометричности (подразумевается учёт отношений интраматримониальной и мезосоциальной созависимости и референтности, — в том числе с использованием разработанного метода *геноэмоциограммы*, состоящего в выявлении эмоционального контекста отношений в семье в связи с факторами наркотизации).

Система психотерапии пациентов с зависимостью от психоактивных веществ включает следующие этапы:

- оценочно-диагностический;
- индивидуально-психотехнический;
- индивидуально-клинический;
- индивидуально-персонологический;
- аутогенный;
- семейный;
- апробационный;
- катанестический.

В систему психотерапии пациентов с зависимостью от психоактивных веществ входит ряд структурных компонентов. Следует отметить, что речь идёт не о солитарности отдельного компонента на определённом этапе: введение каждого из компонентов на каком-либо этапе, как правило, подразумевает его использование и на всех последующих этапах.

1. Базовый компонент — метод / методика / психотехника: условно-рефлекторная психотерапия как вариант классической поведенческой или модификация поведения как вариант когнитивно-бихевиоральной терапии в императивно-суггестивном или тренинговом модусе с экзистенциальной аранжировкой различного уровня сложности в зависимости от культурно-интеллектуального уровня пациента.

Апробация различных психотехник вышеприведённого круга с использованием клинико-психофеноменологического метода выявила, что целесообразным является использование в качестве базовой методики «первого выбора» стрессорно-аверсионной терапии по Г. П. Андруху, модифицированной за счёт включения дополнительных компонентов: эмотивного (в психотехнической проекции) и телесно-ориентированного.

2. Воздействие на выявленные и идентифицированные у больных психопатологические и патопсихологические особенности и нарушения, прежде всего эмоциональной сферы, за счёт эмотивного компонента (в клинической проекции).

3. Использование телесно-ориентированного компонента с акцентом на скомпрометированных системах и органах («профильная патология»), с учётом не только наличия специфической коморбидной патологии (с учётом индивидуальных особенностей), но и факта широкой представленности и выраженности соматических проявлений в абстинентном периоде:

— при зависимости от алкоголя: патология гепатобилиарной и сердечно-сосудистой систем, полинейропатические проявления etc.;

— при зависимости от опиоидов — костно-мышечные боли etc.;

— при зависимости от психостимуляторов — приобретённые косметические дефекты внешности (например, вследствие диффузных остеомиелитов челюстей) etc.

4. Введение и использование личностно-реконструктивно-мотивационного и эмотивного (в персонологической проекции) компонентов с учётом выявленных патоперсоналогических особенностей пациента и параметров нарушений его эмоциогенеза.

5. Привлечение аутогенного компонента, подразумевающего «аутогенизацию» массива психотехнического воздействия и перманентное повышение «аутогенной компетентности» больного.

6. Эксплуатация семейного компонента, подразумевающего воздействие на отношения созависимости в семьях больных дифференцированно с учётом следующих параметров: вектора, формы и уровня; применяются разнообразные формы семейной терапии, принадлежащие к различным психотерапевтическим парадигмам.

7. Апелляция к конативному компоненту (во внешней и внутренней проекциях), подразумевающему формирование и закрепление абстинентного модуса поведения (также во внешней и внутренней проекциях).

В обобщённом виде этапы и содержание компонентов системы психотерапии пациентов с зависимостью от психоактивных веществ приведены в таблице 19.

**Таблица 19**  
**Этапы и содержание психотерапии**  
**пациентов с зависимостью от психоактивных веществ**

СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПИИ		
Этапы	Компоненты	Содержание
оценочно-диагностический	—	идентификация нормальной и клинической психотерапевтической феноменологии и оценка психофеноменологического статуса пациента
индивидуально-психотехнический	эмотивный (в психотехнической проекции); телесно-ориентированный	подбор, апробация, модификация и использование психотехнического арсенала «первого выбора» императивно-суггестивно-аверсионной направленности
индивидуально-клинический	+ эмотивный (в клинической проекции)	воздействие на выявленные и идентифицированные психопатологические и патопсихологические особенности и нарушения, прежде всего эмоциональной сферы
индивидуально-персонологический	+ личностно-реконструктивный; + мотивационный; + эмотивный (в персонологической проекции)	воздействие на патоперсоналогические особенности и формирование мотивации к лечению; позитивное восприятие состояния физиологической абстиненции
аутогенный	аутогенный	потенцирование выраженности «аутогенизации» и «аутогенной компетентности» больного
семейный	+ семейный	воздействие на отношения созависимости в семье и ближайшем окружении
апробационный	+ конативный (во внешней и внутренней проекциях)	формирование и закрепление абстинентного модуса поведения (во внешней и внутренней проекциях)
катамнестический	— « » —	оценка результатов и эффективности проведённой терапии

Следует подчеркнуть, что у пациентов, зависимых от психоактивных веществ, часто наблюдается коморбидная соматическая патология; наличие этой соматической составляющей обязательно должно учитываться как при составлении схем психотерапии, так и подборе фармакологического фона последней.

*Ключевые моменты*

- (1) Особенности эмоциогенеза у пациентов с зависимостью от различных видов психоактивных веществ.
- (2) Клинико-психофеноменологический статус пациентов с зависимостью от различных видов психоактивных веществ.
- (3) Принципы психотерапии пациентов с зависимостью от различных видов психоактивных веществ.
- (4) Этапы психотерапии пациентов с зависимостью от различных видов психоактивных веществ.
- (5) Компоненты и содержание психотерапии пациентов с зависимостью от различных видов психоактивных веществ.

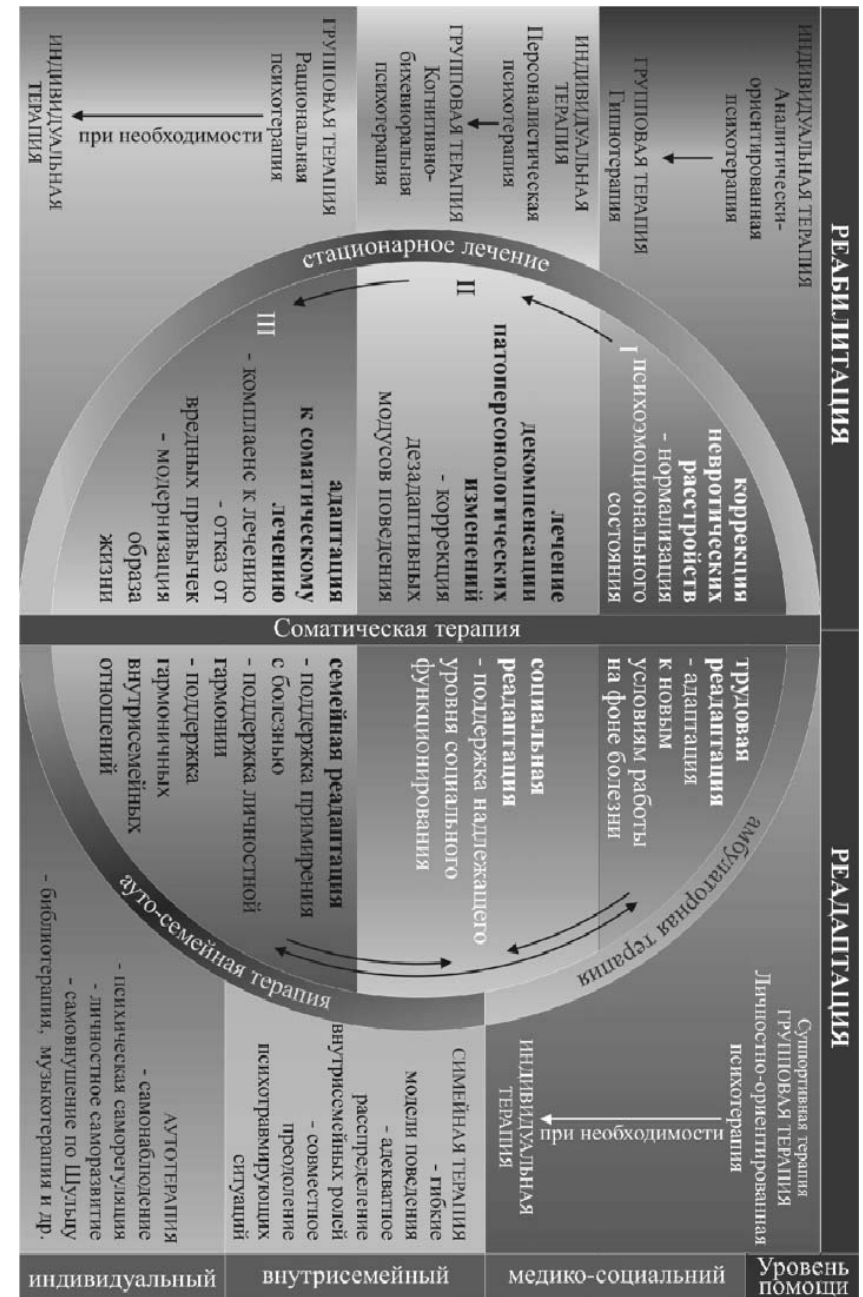
## Глава 16

## СИСТЕМА ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПНЕВМОКОНИОЗЕ

Программа психосоциальной реабилитации больных пневмокониозом направлена на коррекцию невротических расстройств и нарушенного эмоционального состояния, компенсацию патоперсоналогических черт, повышение мотивации к лечению, гармонизацию отношения к заболеванию, формирование конструктивных модусов поведения в условиях болезни, а также на восстановление нарушенных заболеваниями межличностных отношений.

Система психосоциальной реабилитации состоит из двух основных блоков: [психо]реабилитационного и реадaptационного — и реализуется на медико-социальном, внутрисемейном и индивидуальном уровнях, как показано на приведённом рисунке.

[Психо]реабилитационный блок представляет собой дифференцированную программу психокоррекции, состоящую из подготовительного психодиагностически-адаптационного и собственно коррекционного этапов, которые реализуются в условиях стационара. Психотерапевтическое воздействие направлено на коррекцию невротических расстройств, компенсацию патоперсоналогических изменений, достижение комплаенса к лечению основного заболевания — пневмокониоза и реализуется с помощью следующих методов: [психо]аналитически-ориентированной терапии, гипнотерапии, персоналистической, когнитивно-бихевиоральной, рациональной психотерапии, а также общего психообразования.



*Реадаптационный блок* включает трудовую, социальную и семейную реадaptацию и фактически представляет собой суппортивный этап системы психосоциальной реабилитации. Он состоит из двух подэтапов, которые внедряются в рамках амбулаторной и ауто-семейной терапии, после предварительного обучения больных и членов их семей надлежащим методам и методикам; все методы психотерапевтического воздействия на этом этапе используются в суппортивных вариантах.

На подготовительном этапе при планировании лечебно-диагностических мероприятий рекомендуется учитывать свойственные больным особенности психосоциального характера в их связи с нозогенией, что требует интеграции деятельности врача и медицинского психолога.

Для оптимизации и повышения эффективности терапевтических мероприятий психокоррекционные занятия рекомендуется проводить уже на начальном этапе лечебного процесса — при оценке психологического статуса больных пневмокониозом и изучении социальных условий; рекомендуется применять комплексный психодиагностический подход, что обеспечивает оптимальное проведение исследования и позволяет сформировать индивидуальные психокоррекционные программы. Важным является скорейшее купирование невротических расстройств — как факторов, затрудняющих дальнейшую реабилитацию.

На подготовительном, диагностико-адаптационном — этапе главной целью встают задачи верификации диагноза; клинико-психопатологическая, медико-психологическая, клинико-психофеноменологическая и медико-социальная квалификация состояния больного; адаптация последнего к условиям лечения; повышение уровня информированности относительно заболевания, а также выработка терапевтической тактики.

На следующем, коррекционном этапе значительное место, наряду с индивидуальной, отводится групповой психотерапии, целью которой является нивелирование неблагоприятных для реализации коммуникативных стратегий характерологических особенностей пациента. Метод основан на использовании в лечебных целях феномена групповой динамики, возникающего в результате взаимодействия чле-

нов группы между собой и с психотерапевтом и, соответственно, формирования определённой системы взаимоотношений. Групповая психотерапия направлена на ликвидацию неадекватных форм реагирования, инконгруэнтных коммуникативных и поведенческих стилей, обусловленных особенностями личности, и повышение толерантности к психотравмирующим факторам. Дальнейшее терапевтическое воздействие посвящено формированию у пациента новых установок, типов реагирования, перспектив адекватного разрешения межличностных противоречий путём перестройки его активности, направленности личности, модуса самоосознания, уровня притязаний в соответствии с реальными жизненными обстоятельствами. Целью данного этапа является достижение максимального уровня «персонализации» пациента.

Следует отметить, что показания к персоналистической психотерапии определяются не только имеющимися нарушениями, но и способностью пациента к персонализации, уровнем интеллекта и особенностями личности. Персоналистическая психотерапия проводится в форме индивидуальных бесед, — что, однако, не исключает возможности одновременного проведения симптоматической и групповой психотерапии иного теоретического базиса (парадигмальной принадлежности).

Следующий этап — суппортивная (поддерживающая) психотерапия — проводится для закрепления достигнутого уровня «персонализации» больного и дальнейшей поддержки социальной адаптации, повышения комплаенса к терапии пневмокониоза, компенсации психических нарушений и гармонизации личности пациентов.

Основной задачей первого, психодиагностико-адаптационного, подэтапа реадaptации является разработка навыков приспособления к жизни и трудовой деятельности в изменённых условиях; на этом этапе ведущее значение сохраняет психотерапевтическая работа с больными и их родственниками, которая выражается в разработке путей устранения изменений, возникающих в системе отношения пациентов к заболеванию, работе, социальному окружению, лечению.

На следующем, коррекционном, этапе осуществляется поддержка достигнутой адаптации, — при этом главной задачей выступает поддержание индивидуальной и социальной «компетентности» больного, достижения уровня отношений с окружением, существовавшего до болезни, существенное сокращение объёмов и продолжительности биологической терапии.

На стационарном этапе проводится индивидуальный подбор дозы ингаляционных кортикостероидов соответственно с тяжестью заболевания, назначаются физиотерапевтические процедуры и дыхательная гимнастика, проводятся сано- и психообразовательные программы, даются советы по рациональному трудоустройству. Перед выпиской для каждого больного составляется индивидуальная программа реабилитации, которая на амбулаторном этапе включает разработку индивидуального плана ведения больного, комплекс дыхательных упражнений, адекватный моцион, психообразовательную программу и психологическую поддержку, диетотерапию, а также заполнение дневника самонаблюдения.

#### *Ключевые моменты*

- (1) Цели программы психосоциальной реабилитации при пневмокониозе.
- (2) Основные структурные блоки и этапы системы психосоциальной реабилитации при пневмокониозе.
- (3) Методы и методики психотерапии в программе психосоциальной реабилитации при пневмокониозе.

## Глава 17

### СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХОГЕННОЙ ГИПЕРФАГИИ

Психогенная гиперфагия представляет собой расстройство пищевого поведения, состоящее в повышении пищевого инстинкта психогенного генеза с соответствующими формами дигестивной гиперактивности, приводящими к алиментарному ожирению.

Психотерапия психогенной гиперфагии включает в себя:

- устранение её психопатогенетических причин;
- закрепившихся патологических паттернов дигестивного поведения;
- психотерапевтическое потенцирование диетотерапии (с закреплением адекватного отношения к рациону и моциону);
- формирование мотивации на похудение;
- аксиологическая коррекция.

Система дифференцированной психотерапии психогенной гиперфагии включает 3 направления: биологическое, психологическое, социальное.

В рамках реализации *биологического направления* осуществляется коррекция функционирования как организма в целом, так и систем и органов в отдельности. Следует стремиться к достижению стабилизации психоэмоционального состояния и адекватного функционирования системы пищеварения.

В рамках биологического направления выделяются три уровня:

а) *психопатологический (патоаффективный)* — коррекция нарушенного психоэмоционального состояния, которое является пусковым механизмом в возникновении переживания

(особое внимание уделяется коррекции депрессивных и тревожных состояний);

б) *психосоматический* — коррекция психосоматической патологии, возникшей вследствие воздействия психогенно-обусловленного фактора, которая играет важную роль в поддержании паттерна переживания;

в) *соматопсихический* — коррекция работы органов и систем организма, сдвиг в работе которых приводит к появлению физиологически не обоснованного чувства голода, — с целью снижения влечения к потреблению пищи, а также повышению чувства дискомфорта от чрезмерных объёмов её потребления.

В рамках *психологического направления* психотерапевтических воздействий проводится коррекция личностных установок, систем ценностей и моделей поведения, оказывающих тормозящее влияние на достижение нормальных паттернов дигестивного поведения.

Для этого осуществляются 3 модуля психотерапевтических воздействий:

1) коррекция отношения к болезни и формирование установки на достижение комплаенса к терапии;

2) элиминация (либо, в случае невозможности достижения последней, лишение аффективной насыщенности) инконгруэнтных представлений и моделей поведения, прямо или косвенно способствовавших формированию и поддержанию патологических форм дигестивного поведения;

3) формирование и потенцирование адекватных моделей дигестивного поведения:

а) внедрение адекватных моделей дигестивного поведения и соответствующих жизненных ценностей;

б) формирование мотивации на нормализацию массы тела;

в) психопотенцирование диетотерапии.

В рамках *социального направления* психотерапевтических воздействий первоочерёдное внимание следует уделять коррекции микро- и мезосоциального функционирования пациентов, их отношений, жизненных позиций.

В процессе психотерапии следует комбинировать индивидуальные и групповые формы занятий.



Курс лечения составляет 1,5 месяца; его целесообразно разделять на 4 этапа, как показано на приведённой ниже схеме.



I этап — *психодиагностический* — направлен на выявление психогенеза переживания, доминирующего психопатологического симптомокомплекса и определение необходимой направленности психотерапии.

В рамках этого этапа реализуется психологическое направление коррекции — больным объясняется природа заболевания, тактика терапии; особое значение придаётся разъяснению необходимости достижения комплаенса к лечению, выполнения назначений врача, достигается психологический контакт с больным, проводится коррекция «внутренней картины болезни», даётся положительная установка на лечение и позитивные перспективы. Больные должны иметь возможность поделиться своими опасениями и надеждами.

На этом этапе используется индивидуальная аналитически-ориентированная психотерапия (в том числе её диагностический аппарат).

Продолжительность этапа составляет 3 сеанса по 45 минут каждый.

II этап — *психопатогенетический* — имеет 2 структурные составляющие, в рамках которых реализуется биологическое направление психотерапии: *патопсихологическую* и *психосоматическую*.

Для реализации этого этапа применяются — в групповой форме — когнитивно-бихевиоральная терапия в экзистенциальной аранжировке и гипносуггестивная психотерапия.

Этап осуществляется на протяжении 2 недель, ежедневно; длительность каждого сеанса — 45 минут.

III этап — *психологически-корректирующий* — отвечает психологическому направлению коррекционной работы.

На этом этапе надлежит стремиться к расширению системы саногенных ценностей и одновременной девальвации ценностей, обуславливающих патологические паттерны дигестивного поведения. Следует особо сконцентрироваться на коррекции стилистики мышления больных для достижения поставленной цели.

Этап реализуется с помощью индивидуальной и групповой симультанно-мнестической психотерапии (психометодологии).

Продолжительность этапа составляет 2 недели с ежедневными сеансами по 45 минут.

IV этап — *солидаризирующе-психопрофилактический* — включает в себя психологическое и социальное направления коррекции. Своей целью этап имеет фиксацию достигнутого терапевтического эффекта, инсталляцию скорректированных паттернов дигестивного поведения и интериоризацию мотивации к саморегуляции дигестивного поведения и достижению здорового образа жизни в целом. Также на этапе проводится гармонизация межличностных отношений с целью превенции экзакцербации расстройств тревожно-депрессивного круга как триггеров психогенной гиперфагии.

Применяемые на этапе методики лежат в плоскости поведенческой, рациональной и мнестической парадигм психотерапии.

Продолжительность этапа — 3 сеанса ежедневно по 45 минут каждый.

На протяжении всех этапов проводится косвенная психотерапия для потенцирования действия дието- и фармакотерапии, формирования позитивного к ним отношения и необходимых установок на их реализацию.

*Ключевые моменты*

- (1) Дефиниция психогенной гиперфагии.
- (2) Содержание системы психотерапии психогенной гиперфагии.
- (3) Направления и этапы психотерапии психогенной гиперфагии.
- (4) Методы и методики психотерапии психогенной гиперфагии.

*Глава 18*

**МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ  
ПРИ ПСЕВДОПАРАЛИТИЧЕСКИХ  
СИНДРОМАХ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

Комплекс психопатологических расстройств, описанный А.-Л.-J. Bayle'ем в 1822 году [1]\* в качестве классической — экспансивной — формы прогрессивного паралича, включает эйфорический или мориоформный аффективный фон и мегаломанический, чаще нелепый, бред величия на фоне прогрессирующей тотальной деменции.

На практике сходные клинико-психопатологические проявления нередко идентифицируются в рамках полинозологического кластера патологии, — при этом они имеют не только различный психогенез, но и разную регистровую принадлежность.

Таким образом, помимо собственно «паралитического синдрома» вследствие сифилитического поражения центральной нервной системы, существует псевдопаралитические синдромы различной этиологии, которые возникают при интоксикационных и инфекционных (с острым и хроническим течением) психозах, вследствие черепно-мозговых травм, при соматических заболеваниях, опухолях и сосудистых поражениях головного мозга, при церебральных атрофических процессах (в частности, болезни А. Pick'a [2]\*).

Кроме того, подобную — «паралитическую» — клиническую картину могут обнаруживать пациенты с поздними парафрениями («парафреническими заболеваниями», по терминологии Я.М. Когана [3]\*), — среди которых Е. Kraepelin различал *систематическую* (слуховые галлюцинации неправдоподобного содержания + стабильный мегаломанический бред, с относи-

тельной сохранностью интеллектуально-мнестической сферы), *фантастическую* (абсурдные бредовые идеи величия), *конфабуляторную* (масштабный конфабуляторный бред + галлюцинации) и, наконец, *экспансивную* (бредовые идеи величия + эйфория + галлюцинаторные эпизоды) формы [4 — 6]\*, а также с парафренным синдромом шизофренической аффинитивности.

В фокусе нашего внимания находились варианты псевдопаралитического синдрома [эндогенно-] и [экзогенно-]органического (экзогенно-интоксикационного) регистра, из которых наибольшее клиническое значение имеют следующие:

1) псевдопаралитический синдром при гипертонической болезни (псевдопаралитическая форма гипертонической болезни);

2) алкогольный псевдопаралич в рамках хронического алкоголизма;

3) псевдопаралитический синдром вследствие поражения сосудистого русла центральной нервной системы;

4) псевдопаралитический синдром в структуре посттравматических поражений центральной нервной системы;

5) псевдопаралитический синдром вследствие опухолевого поражения головного мозга.

Описанные нозосиндромальные формы при всём своём этиопатогенетическом разнообразии имеют сходное клиническое наполнение в силу единства патоморфологического субстрата — органического поражения головного мозга, преимущественно лобных долей.

Таким образом, псевдопаралитический синдром в своей сущности является особым типом психоорганического синдрома.

Клинико-психопатологическое сходство, а подчас даже идентичность структурно-феноменологических характеристик экспансивной формы прогрессивного паралича и псевдопаралитических синдромов различной этиологии вынуждают избрать в качестве наиболее существенного дифференциально-диагностического критерия специфические особенности динамики развития психопатологических расстройств.

Так, для *экспансивной формы прогрессивного паралича* характерна следующая динамика развития психопатологических нарушений:

— *инициальная стадия* (сифилитическая псевдоневрастения или психастения) → *стадия* разгара заболевания, или собственно *паралитическая* (прогредиентный переход к психотическому уровню психопатологических нарушений) → *мафантическая стадия* (исход в тотальную деменцию).

При ближайшем рассмотрении динамическую организацию психопатологических нарушений при иных патонозологических формах, имеющих в своей структуре псевдопаралитический синдром, возможно разделить на следующие дискретные стадии, разграниченные по их отношению к собственно «параличу» в ракурсе динамики развития заболевания:

1) *препаралитическая*;

2) *паралитическая*;

3) *постпаралитическая*.

Смена указанных стадий заболевания происходит на фоне прогрессирующего развития психоорганического синдрома.

Для псевдопаралитического синдрома при *гипертонической болезни* характерна следующая динамика развития психопатологических нарушений:

— *препаралитическая стадия* (нерезко выраженная психопатологическая симптоматика астено-невротического круга на фоне некоторого когнитивно-мнестического снижения) → *паралитическая стадия* (скоротечная экзацербация псевдопаралитического синдрома на фоне гипертонического криза или достижения пороговых цифр артериального давления при стабильно прогрессирующем течении) → *постпаралитическая стадия* (полная редукция психопатологической симптоматики при относительной нормализации артериального давления с исходом эпизода в постпсихотическую астению, нередко — депрессию).

Характерной особенностью динамики течения гипертонической болезни (как дающих психотические экзацербации, так и не приводящих к оным форм) является нестабильно нарастающий психоорганический синдром, увеличивающий свою психопатологическую «глубину» после гипертонических кризов и других обострений — за счёт ишемически-геморра-

гического поражения морфологического субстрата. Высока вероятность развития инсульта и исхода в лакунарную деменцию.

Для псевдопаралитического синдрома при *хроническом алкоголизме* характерна следующая динамика развития психопатологических нарушений:

— *препаралитическая стадия* (личностные изменения, характерные для хронического алкоголизма вкупе с соответствующими сомато-неврологическими осложнениями) → *паралитическая стадия* (внезапное, — в исходе тяжело протекающих металкольных психозов (повторных алкогольных делириев или энцефалопатии К. Wernicke [7]\*), — либо, реже, постепенное присоединение психотических нарушений в рамках псевдопаралитического синдрома) → *постпаралитическая стадия* (выраженная редукция проявлений [псевдо]деменции с формированием относительно неглубоких психоорганических нарушений и сохранением специфики патоперсоналии).

Поскольку псевдопаралитический синдром в рамках хронического алкоголизма имеет несколько иной патоморфологический эквивалент, нежели металюэтическая психопатология, он отличается от экспансивной формы прогрессивного паралича обратимостью динамики и подлежащим развитием специфического неврологического дефицита, определяемого неврологическим исследованием.

Для псевдопаралитического синдрома вследствие *поражения сосудистого русла центральной нервной системы* характерна следующая динамика развития психопатологических нарушений:

— *препаралитическая стадия* (фоновые психопатологические нарушения в виде сочетания специфического заострения личностных черт, расстройств мышления (торпидность, патологическая обстоятельность), когнитивно-мнестического снижения флюктуирующего характера) → *паралитическая стадия* (спонтанные экзацербации до синдромального уровня и редукции симптоматики различной степени выраженности в зависимости от соматического состояния) → *постпаралитическая стадия* (исход в выздоровление или же деменцию лакунарного либо тотального характера в зависимости от типа нарушения перфузии центральной нервной системы).

Характерной особенностью псевдопаралитического синдрома вследствие поражения сосудистого русла центральной нервной системы является флюктуация динамики психотических нарушений — спонтанные экзацербации и редукции семиотики.

Для *органических поражений центральной нервной системы посттравматического генеза*, имеющих в своей структуре псевдопаралитический синдром как один из «переходных синдромов» Н.Н. Wieck'a [8]\*, характерна следующая динамика развития психопатологических нарушений:

— *препаралитическая стадия* (неспецифические нарушения сознания количественного (оглушение) либо качественного (сумеречное помрачение, делирий) характера в рамках общемозговой реакции на травму) → *паралитическая стадия* (спонтанный переход в псевдопаралитический синдром с сохранностью «ядра личности», изменчивостью клинической картины («мерцание симптомов»), эпизодами изменённого сознания в ночное время) → *постпаралитическая стадия* (хронификация психопатологических нарушений с сохранением их структуры — либо, чаще, редукция симптоматики с выходом в психастенически-психоорганический симптомокомплекс).

Следует различать два основных варианта псевдопаралитического синдрома вследствие органических поражений центральной нервной системы посттравматического генеза: *экспансивный* и *дементный*, клинически соответствующие одноимённым формам прогрессивного паралича.

Подобные варианты псевдопаралитического синдрома относятся к так называемым «обратимым деменциям».

Для *опухолевого поражения головного мозга*, имеющего в своей структуре псевдопаралитический синдром, характерна следующая динамика развития психопатологических нарушений:

— *препаралитическая стадия* (полиморфные в силу разнообразия локализаций объёмного процесса психопатологические расстройства в рамках органического регистра поражения психики: психоорганический синдром, истинные галлюцинаторные феномены, явления дереализации / расстройства схемы тела etc.) → *паралитическая стадия* (симультанная или отсроченная экзацербация псевдопаралитического синдрома с распадом «ядра личности», монотонностью

клинической картины) → *постпаралитическая стадия* (формирование стойких, терапевтически резистентных психопатологических нарушений с последующим исходом в хронические бредовые (галлюцинаторно-бредовые) синдромы, деменцию, психический маразм).

Особенностями псевдопаралитического синдрома при опухолевом поражении головного мозга являются выраженная терапевтическая резистентность и богатая неврологическая аранжировка в рамках очаговой и дислокационной симптоматики.

Общность некоторых звеньев патогенеза псевдопаралитических синдромов различной этиологии и нозологической принадлежности детерминирует наличие сходных векторов и мишеней психотерапевтического воздействия; такими психопатологическими нарушениями-мишенями, в частности, являются:

- 1) психастенические и иные непсихотические психопатологические нарушения в инициальной фазе заболевания;
- 2) нозоспецифические «непаралитические» изменения личности;
- 3) психогенные аранжировки в силу различной степени выраженности неврологической симптоматики у представителей всех нозологических групп.

Исходя из вышеизложенного, представляется возможным систематизировать представления о некоторых мишенях и саногенных векторах психотерапии, ориентированной на предикторы дебюта, манифеста и экзацербаций псевдопаралитических синдромов различной этиологии; они приведены в таблице 20.

Использование конгруэнтных психотерапевтических воздействий в отношении потенциально корригируемых компонентов (преимущественно — предикторов) псевдопаралитических синдромов различного генеза позволяет обеспечить формирование максимально возможного (с учётом существующих когнитивно-мнестических расстройств) терапевтического альянса, что определяет эффективность комплиментарных психореабилитационных и психообразовательных мероприятий в терапии основного заболевания (в том числе — повышение комплаентности).

Таблица 20

**Мишени и саногенные векторы психотерапии псевдопаралитических синдромов различной этиологии**

Предиктор	Клиническое наполнение и мишени психотерапии	Психотерапевтическое воздействие	
		вектор	метод / методика
истощаемость	снижение личностной резистентности к психогениям, микросоциальная и трудовая дезадаптация	формирование корректного модуса поведения в социуме, модификация образа жизни, обеспечение адекватного внутрисемейного взаимодействия	аутогенная тренировка, суггестивные, директивные методы, групповая терапия, когнитивно-бихевиоральная терапия
аффективная лабильность	неустойчивость аффекта, повышенная интенсивность смены знаков эмоционального реагирования	формирование навыков расслабления, переключения, аутокоррекция аффективного напряжения	когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка
раздражительность	снижение порога реактивности	формирование конгруэнтного модуса реагирования на эмоциональную провокацию	аутогенная тренировка, групповая психотерапия
снижение волевых установок	интроспективно-ипохондрический модус личностного реагирования	рационализация болезненных переживаний, коррекция внутренней картины болезни	рациональная и суггестивная психотерапия, аутогенная тренировка
торпидность мышления	ретенция аффективных переживаний	формирования навыков расслабления, переключения	когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка
когнитивно-мнестические нарушения	нарушение социального взаимодействия, алиенация	социальная реабилитация, формирование корректного модуса социального взаимодействия	поддерживающие и директивные методики, групповая и семейная психотерапия
структурно-логические нарушения мышления	формирование сверхценных и бредовых идей	коррекция иррациональных переживаний	рациональная психотерапия, косвенная психотерапия

*Ключевые моменты*

- (1) «Прогрессивный паралич» и псевдопаралитические синдромы различной этиологии.
- (2) Псевдопаралитический синдром при гипертонической болезни.
- (3) Алкогольный псевдопаралич.
- (4) Псевдопаралитический синдром вследствие поражения сосудистого русла центральной нервной системы.
- (5) Псевдопаралитический синдром в структуре посттравматических поражений центральной нервной системы.
- (6) Псевдопаралитический синдром вследствие опухолевого поражения головного мозга.
- (7) Мишени и саногенные векторы психотерапии псевдопаралитических синдромов различной этиологии.

*Глава 19*

**ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА  
КАК ФАКТОР ДИСКОМПЛАЕНТНОСТИ  
ПРИ ПСИХОТЕРАПИИ ПОЛИНАРКОМАНИИ**

Эмоциональные расстройства представляют собой краеугольный камень наркотической зависимости, являясь провоцирующим фактором инициации и суппорта наркотизации, на который впоследствии наслаивается присущий зависимости гедонистический компонент. Собственно, свойство наркотиков вызывать чувство эйфории и лежит в основе любых видов химической зависимости, — во всяком случае, первоначальных этапов её формирования.

Массивные аффективные нарушения возникают по истечении определённого периода употребления психоактивных веществ, являясь следствием их влияния на нервную систему, и должны рассматриваться как осложнение приёма наркотиков:

— *прямые*: токсическое влияние психоактивных веществ на центральную нервную систему, в том числе спровоцированные им психозы;

— *опосредованные*: через изменение личности больного с формированием так называемого «наркоманического дефекта».

Значение аффективных расстройств в системе лечения наркологической патологии (и, особенно, полинаркоманий) обусловлено их важностью не только как мишеней психотерапии, но и как неотъемлемой составляющей достижения комплаенса к терапии.

К факторам генеза дисконформности вследствие эмоциональных нарушений при наркоманиях можно отнести следующие:

- нежелание отказа от эйфоризации;
- отвержение терапии вследствие рассмотрения приёма наркотиков как модуса аутокурации первичных эмоциональных нарушений, среди которых — неуверенность в себе, боязливость, социофобия в различных вариантах, депрессивные проявления etc.;
- опасение депрессивных и дисфорических последствий прекращения употребления наркотиков (как наиболее важных субъективно-значимых компонентов абстинентного синдрома);
- доминирование чувства подозрительности и недоверия к лечебному процессу, что обуславливает инконгруэнтные типы отношения к заболеванию со склонностью к поиску помощи вне медицинских учреждений;
- доминирование эмоционального фона тревоги и напряжённости, что провоцирует формирование таких патологических типов отношения к заболеванию, как тревожный и неврастенический;
- неадекватное эмоциональное восприятие окружающего на фоне скрытой потребности в эмпатии со стороны окружающих, что обуславливает формирование эгоцентрического типа отношения к заболеванию со сдвигом цели лечения на привлечение к себе внимания без истинного намерения излечиться;
- враждебное отношение к медицинскому персоналу и близким, привлечённым к лечебному процессу, что вызывает негативизм в отношении любых медицинских назначений и отказ от соблюдения режима;
- неспособность удержаться в рамках коррекционного процесса из-за эмоциональной нестабильности и неуравновешенности;
- эмоционально-волевое снижение с резким сужением круга интересов и потребностей, присущее длительному периоду наркотизации, — которое, с одной стороны, обуславливает пассивное отношение к терапии, с другой, — выступает

причиной аутокурационного модуса употребления наркотика для поддержания «эмоционального гомеостаза»;

— наличие специфической амбивалентности, спровоцированной приёмом наркотиков: диссоциация структуры эмоционального состояния (искусственно вызванная гипертимия / эйфория / гипомания в сочетании с раздражительностью, агрессией, дисфорией);

— потеря способности к адекватной идентификации вектора эмотивности (искажение самовосприятия адекватного эмоционального состояния).

Последние два фактора, во-первых, обуславливают акриичность восприятия собственного психического состояния, во-вторых, — провоцируют такие патологические типы отношения к болезни, как эргопатический и анозогностический.

У больных полинаркоманией отмечается также значительно повышенный уровень личностной тревожности на фоне умеренного уровня тревожности реактивной, что свидетельствует в пользу наличия хронического личностного конфликта и / или перестройки личности больных полинаркоманией — в направлении формирования тревожной личности.

Таким образом, можно говорить о формировании у лиц с полинаркоманией специфического «наркоманического дефекта» с ведущим признаком эмоциональных нарушений, — в структуру которого, кроме формирования тревожной личности, входит специфическая эмоциональная диссоциация и искажённое самовосприятие адекватного эмоционального состояния.

*Ключевые моменты*

- (1) Причины возникновения аффективных нарушений при полинаркоманиях.
- (2) Эмоциональные расстройства как фактор дисконформности при полинаркоманиях.
- (3) Типы отношения к заболеванию у больных полинаркоманией в зависимости от эмоциональных нарушений.
- (4) Специфика структуры «наркоманического дефекта» в контексте эмоциональных нарушений.

ГЛАВА 20

**ПСИХОТЕРАПИЯ  
ПРИ ПСЕВДООБСЕССИВНОМ СИНДРОМЕ**

Псевдообсессии — психопатологическое явление, феноменологически подобное обсессиям (навязчивые мысли / представления), но отличающееся от них патогенетически (принадлежит к эндогенному регистру) и качественно (является, по сути, псевдогаллюцинаторными переживаниями, параноидными включениями, элементами идеаторного автоматизма, чаще в структуре симплекс-комплекса).

Аmplифицирующую роль играет также обыденная — как свойственная дилетантам, так и физикальная — практика интерпретации любых повторяющихся мыслей / представлений / переживаний как «навязчивых».

Понимание генеза псевдообсессий, а также коморбидной семиотики в общности взаимообуславливающих связей, предопределяет методы психотерапевтического воздействия в комплексной терапии пациентов с псевдообсессивной симптоматикой.

Отсюда проистекает формальное разграничение психотерапии больных с псевдообсессиями на *облигатную* — психотерапию собственно псевдообсессий, и *факультативную*, — которая, в свою очередь, подразделяется на две части: *контртриггерную* — психотерапию триггеров псевдообсессий, и *контркомпликационную* — психотерапию осложнений последних.

Ввиду эндогенности псевдообсессий именно факультативное звено занимает в системе суппортивной психотерапии и психопрофилактики вышеозначенной психической патологии ведущую роль.



*Облигатное звено психотерапии.*

Психотерапия в контексте терапии псевдообсессий — de facto нарушений мышления эндогенного генеза как компонентов параноидного синдрома — сегодня не позиционируется ни как метод выбора, ни как дополнительный метод, а её применение носит стохастический характер (и, как ни парадоксально, чаще обусловлено неверной клинической идентификацией псевдообсессий как тривиальных психогенных обсессий). Патологически она направлена на нивелирование «застойного» очага патологически инертного возбуждения (согласно патофизиологической теории генеза обсессий) — либо за счёт его рассеивания, либо за счёт подавления оппозиционным очагом возбуждения.

В связи с этим [гипно]суггестивная терапия (включая ауто-суггестию), которая позиционируется как действенный метод терапии обсессий — и призвана, наряду с когнитивно-бихевиоральной терапией, решать подобные задачи, с осторожностью должна применяться у пациентов с шизофренией, ввиду предполагаемой общности психофизиологической основы своей реализации и патогенеза шизофрении, где одним из факторов называется развитие ультрапарадоксальной фазы торможения коры головного мозга («хроническое гипнотическое состояние», по И.П. Павлову [1]\*); в рамках подобных воззрений применение гипносуггестивной психотерапии не только не исключает, но даже предполагает риск эскалации психопатологических расстройств у пациентов с шизофренией, — а в конкретном случае, — амплификации либо модификации содержания псевдообсессивных переживаний.

Напротив, применение таких, — не обладающих гипногенным эффектом, — методов и методик, как: «десенсибилизация и переработка движением глаз» (изначально возникла в качестве метода терапии посттравматического стрессового расстройства и направлена на нивелирование патологического возбуждения за счёт «перезаписи» информации), «систематическая десенситизация» (вариант когнитивно-бихевиоральной терапии, использующий механизм «реципрокного торможения») и симультанно-мнестическая терапия, или психометодология (эксплуатирует мнестические феномены, прежде всего процессы «забывания»), — даёт возможность успешно справиться с поставленной задачей.

Психопатогенетическая направленность облигатного звена психотерапии псевдообсессий реализуется посредством вовлечения когнитивной сферы пациента через рациональную психотерапию и психообразование с целью формирования понимания / принятия генеза псевдообсессий; подобные воздействия призваны сдерживать формирование характерных для псевдообсессий ретроградного переосмысления анамнестических данных относительно их возникновения (равно как и модификацию содержания переживаний) и вторичное оформление компульсивных действий / ритуалов.

Также психопатогенетическую подоплёку имеет психотерапия явления «кообсессивной реактивности» — кратковременных нарушений, преимущественно в аффективной сфере, обрамляющих [псевдо]обсессивную симптоматику.

Данные проявления не являются частью псевдообсессий и фактически представляют собой отчасти компоненты классического обсессивного синдрома (о генезе формирования которого в рамках псевдообсессий будет сказано ниже), отчасти элементы психогенной реакции на содержание псевдообсессий. Ввиду подобия психопатогенетических механизмов для устранения коморбидной псевдообсессиям психопатологии применимы действенные по отношению к обсессиям методы: когнитивно-бихевиоральная терапия (либо близкая с ней рационально-эмоционально-поведенческая терапия), особенно методика «остановки мысли», и такой вариант поведенческой терапии, как экспозиционная («экспозиция и предотвращение реакций»), направленные не столько на редукцию обсессий, сколько на коррекцию эмоционального отношения и психовегетативной аранжировки.

*Факультативное звено психотерапии.*

*Контртриггерная часть* факультативного звена психотерапии направлена на нивелирование провоцирующего воздействия факторов эскалации псевдообсессий.

Триггеры псевдообсессий следует разделять на *неспецифические* и *специфические*.

К первым относятся, к примеру, «фоновая невротизация» порождаемая неудовлетворённостью повседневной жизнью, хроническим переутомлением, дистимией, астенизацией, повышенной тревожностью и тому подобным, — что приводит к развитию дистресса и выступает психогенетически-патологическим базисом эскалации псевдообсессий.

В рамках психопрофилактики и психотерапии неспецифических триггеров основное внимание следует уделять психогигиеническим мероприятиям с целью недопущения дестабилизации психического состояния как такового и коррекции наличествующих психоэмоциональных нарушений в зависимости от доминирующего психопатологического проявления; спектр психотерапевтических методик в этом ключе разнообразен и ограничен лишь ранее отмеченными противопоказаниями.

Специфические триггеры неразрывно связаны с индукцией, амплификацией либо экзацербацией псевдообсессий; они подразделяются на следующие четыре подгруппы.

1. *Психогенно-обусловленные триггеры* — как вариант ответа на изначально психопатогенетические не связанные, но совпавшие с псевдообсессиями во времени и приобретшие свойства «пусковых», ситуации; к психогенно-обусловленным триггерам можно отнести и ипохондрическую фиксацию на [псевдо]обсессиях, когда навязчивости вызываются настороженностью в отношении их возможного возникновения, ожиданием проявлений псевдообсессий, страхом их повторения, возвращением чувственного переживания содержания псевдообсессии за счёт концентрации внимания на воспоминаниях о ней; в случае формирования психогенно-обусловленных триггеров можно говорить о явлении «дубликации» — невротическом дублировании изначально эндогенных псевдообсессивных явлений (фактически речь идёт об обсессивном расстройстве вторично-невротического генеза, фабула переживаний которого воспроизводит фабулу эндогенной [псевдо]обсессии).

На рассмотренную подгруппу триггеров в полной мере распространяются как принципы и ограничения облигатного звена психотерапии псевдообсессий, так и методическое обеспечение: поведенческие методики в комплексе с психодинамической терапией для выявления и разрыва патологической связки «психогенный триггер — псевдообсессия».

2. *Эндогенные триггер-феномены*, связанные с псевдообсессивными переживаниями по паралогическому принципу, не имеющие объективной инклюзивно-анамнестической обусловленности и фактически представляющие собой нарушения ассоциативного процесса и суждений либо искажения восприятия.

Для коррекции эндогенных триггер-феноменов возможно применение таких методов, как рациональная психотерапия и психообразование.

3. *Декомпенсация ассоциированных с обсессиями («прообсессивных») черт личности* (в том числе психастенических, ананкастных, а также тревожной мнительности). Обычно нивелирующиеся у страдающих шизофренией, за счёт развития специфического дефекта (замещение семиотических проявлений клинически схожими, но иной регистровой принадлежности, и обладающими контрбессивными свойствами — как, например, апато-абулические проявления, амбивалентность etc.), они всё же могут отличаться устойчивостью, входить в качественную структуру дефекта, потенцироваться последним, провоцировать и амплифицировать экзацербации псевдообсессий вследствие агонизма с воздействием эндогенных и / или экзогенных (включая психогенные) факторов.

Методы психотерапии в этом случае в целом отвечают принципам коррекции расстройств личности; предпочтение отдаётся когнитивно-бихевиоральной терапии и психометодологии; возможно применение релаксационных методик.

4. *А-комплаентность*, — под чем понимается нарушение пациентами приверженности к проводимой терапии — и, как следствие, нивелирование саногенного эффекта превентивных мер.

Психотерапевтический арсенал включает преимущественно рациональную психотерапию, когнитивно-бихевиоральную терапию в ауто-суггестивной (тренинговой) аранжировке и психообразование.

*Контркомпликационная часть* факультативного звена психотерапии неразрывно связана с «постобсессивной невротизацией» как вариантом отдалённого психологического ответа индивида не только на сам факт наличия [псевдо]обсессивной симптоматики, но и на фабулу псевдообсессивных переживаний и её бредовую интерпретацию, а также на патогенетически сопутствующие психопатологические феномены анксиозного и астенического кругов и вынужденное нарушение социального функционирования.

Спектр применяемых в этом контексте методов психотерапии широк и неспецифичен. Приемлемы когнитивно-бихевиоральная, рациональная, симультанно-мнестическая, суггестивная психотерапия, релаксационные методики, ауто-тренинг (в том числе в психотоническом варианте) etc.

В систематизированном виде облигатное и факультативное звенья психотерапии псевдообсессий представлены в таблице 21.

**Таблица 21**  
**Облигатное и факультативное звенья психотерапии псевдообсессий**

ПСИХОТЕРАПИЯ	ФЕНОМЕН	БАЗИС	МЕТОД	ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ ФОН
1	2	3	4	5
<i>Облигатное звено</i>				
Патофизиологическая направленность	псевдообсессии	очаг патологически инертного возбуждения	«десенсибилизация и переработка движением глаз», «систематическая десенситизация», симультанно-мнестическая психотерапия	антипсихотическая терапия: противопоказаны антипсихотики второго поколения с антисеротонинергическим эффектом; предпочтительны антипсихотики с дофаминергическим и серотонинергическим эффектами; терапия антидепрессантами: СИОЗС, СИОЗСН; витаминотерапия (с акцентом на витамины группы В)
	Психопатогенетическая направленность	ретроградное переосмысление анамнестических данных относительно возникновения псевдообсессий, модификация содержания, вторичное оформление компульсивных действий / ритуалов	нарушения ассоциативного процесса и суждений, «психические галлюцинации»	рациональная психотерапия, психообразование
«кообсессивная реактивность»		нарушения аффекта (тревога, страх)	когнитивно-бихевиоральная терапия: «остановка мыслей», экспозиционная терапия	
		нарушение концентрации внимания и его аффективное сужение		
		нарушения волевого компонента		
психосенсорные расстройства				
психо-вегетативная аранжировка	анксиозные реакции	когнитивно-бихевиоральная терапия: экспозиционная терапия, аутотренинг, релаксационные методики	терапия психотропными препаратами с вегетостабилизирующим действием; транквилизаторы; седативные средства	

**Продолжение таблицы 21**

1	2	3	4	5	
<i>Факультативное звено</i>					
Контриггерная часть	«фоновая невротизация»	фрустрация, хроническое переутомление, дистимия, астенизация, повышенная тревожность etc.	психогигиена, релаксационные методы, аутосуггестия (включая психотоническую тренировку) etc.	адаптогены, витаминотерапия, симптоматическая психофармакотерапия	
	психогенные триггеры	«флэшбэк»	«десенсибилизация и переработка движением глаз», симультанно-мнестическая психотерапия, психодинамическая терапия	транквилизаторы	
		нарушение аффекта (тревога, страх)			
	эндогенные триггер-феномены	нарушения ассоциативного процесса и суждений, «психические галлюцинации»	расстройства восприятия	рациональная психотерапия, психообразование	антипсихотическая терапия
	декомпенсация про-обсессивных черт личности			поведенческая терапия, психодинамическая психотерапия, релаксационные методики	симптоматическая психофармакотерапия
а-комплаентность	патологический тип отношения к заболеванию, неверная информированность, рентные установки		рациональная психотерапия, поведенческая терапия в суггестивной аранжировке, психообразование	коррекция психофармакотерапии при необходимости	
Контркомпликационная часть	«пост-обсессивная невротизация»	нарушения эмоционального фона (снижение настроения, базальная тревога, напряжённость)	суггестивная психотерапия, релаксационные методики etc.	терапия антидепрессантами: СИОЗС, СИОЗСН; транквилизаторы; адаптогены; витаминотерапия	
		астенизация	релаксационные методики, аутогенная тренировка (включая психотонический вариант)		
	социальная дезадаптация	когнитивно-бихевиоральная терапия, рациональная психотерапия, психометодология			
	«личностная деформация»				

*Ключевые моменты*

- (1) Дефиниция псевдообсессивного синдрома.
- (2) Психопатогенетические особенности и триггеры псевдообсессий.
- (3) Клиническое наполнение и методическое обеспечение психотерапии и психопрофилактики псевдообсессивного синдрома.

*Глава 21*

**ПСИХОПАТОГЕНЕЗ СОМАТОФОРМНЫХ  
РАССТРОЙСТВ РАЗЛИЧНОЙ  
СИСТЕМНО-ОРГАННОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ  
И ПРЕДИКТОРЫ ИХ ПСИХОТЕРАПИИ**

Дисфункции вегетативной нервной системы, номинированные в современных классификациях как «соматоформные расстройства», находятся в сферах компетенции психиатрической, неврологической и различных терапевтических клиник. Эти пато-нозологические формации занимают *sui generis* промежуточное положение между соматическими и психопатологическими расстройствами, что определяет — в рамках теоретико-методологических платформ различных клинических дисциплин — значительную дискурсивную гетерогенность представлений об их этиопатогенетических механизмах, алгоритмах идентификации, сферах дифференциальной диагностики, методах терапии и профилактики.

Целесообразным является рассмотрение этиопатогенеза соматоформных расстройств (*sensum latum* неврозоподобных состояний, ранее именовавшихся «[системно-]органными неврозами») в рамках представлений о патологических реакциях на стрессорное воздействие. Наличие значительной временной экспозиции психоиндуктивного воздействия малой интенсивности в совокупности с наличием предрасположенных персонологических характеристик индивида детерминирует формирование нейрометаболических нарушений, клинически определяющих развитие психастенических состояний, в структуре которых облигатно присутствуют вегетативные нарушения. Дальнейшее прогрессирование ука-

занных состояний приводит к усугублению имеющихся расстройств, обуславливая прогрессирующее и потенцирование патогенного действия дистресса в силу двоякого эффекторного механизма влияния психастенических явлений на патогенез вегетативной дисфункции:

а) прогрессирующее нарушение нейрометаболических процессов, приводящих к истощению регуляторных механизмов системы «возбуждение — торможение» — и, как следствие, к формированию патологического модуля вегетативных реакций на стресс;

б) инспирация психопатологическими компонентами психастенического синдрома (раздражительность, истощаемость, аффективная лабильность) высокой психической реактивности в отношении психоиндуктивных факторов в целом, подкрепление и потенцирование вегетативных расстройств, имеющих характер универсальной реакции на стресс, и приобретение последней патологического вида.

Соматоформная вегетативная дисфункция классифицируется по системно-органному признаку (за исключением хронического соматоформного болевого расстройства).

*Соматоформная дисфункция пищеварительной системы* представляет собой клинический вариант, в семиотической структуре которого доминируют диспептические явления. Универсальный характер нарушения моторных актов в процессе пищеварения детерминирует стереотипность клинических проявлений при любом фактически характере поражения, что определяет наличие затруднений в дифференциальной диагностике указанного расстройства с обширным кластером полиморфных воспалительных, инфекционных, алиментарных и метаболических расстройств гастроинтестинальной системы.

Возрастающая диагностическая компетентность параклинических методов в сфере гастроэнтерологии, с одной стороны, в значительной мере разрешает проблему диагностики большинства нозологических форм в пато-нозологическом ареале терапевтической практики, с другой — формирует демаркацию между «морфологическими» и «функциональными» расстройствами: это, в конечном итоге, приводит к тому, что соматоформная дисфункция пищеварительной системы, являясь функциональным расстройством, идентифицируется как «спастический колит» (наряду с иными колопроктологи-

ческими заболеваниями), «дисбактериоз» (с опорой на результаты лабораторных исследований при отсутствии нормативных популяционных данных), синдромы мальабсорбции и мальдигестии (практически во всех случаях без лабораторного подтверждения в силу низкой распространённости и малой доступности соответствующих диагностических процедур).

Этот диссонанс процесса нозологической идентификации определяет существование актуального комплекса проблем в сфере компетенции гастроэнтерологии, формируя общие для всех функциональных расстройств пищеварения терапевтические затруднения. Рассмотрение же указанной нозологической формы в ракурсе представлений о соматоформных расстройствах как о некоем психопатологическом кластере позволяет объяснить многие этиопатогенетические механизмы её формирования в рамках концепции вегетативной дестабилизации как нарушения универсальных адаптивных реакций на стрессорное воздействие. Пребывая в условиях длительной временной экспозиции психоиндуктивных стрессорных факторов подпороговой интенсивности (не вызывающих острых реактивных расстройств), модуль адаптивных реакций в результате истощения регуляторных механизмов приобретает патологический характер вегетативной дисфункции, определяющей наличие клинических проявлений расстройств желудочно-кишечной локализации. Соматические проявления гастроинтестинальных неврозов, будучи интроспективно интерпретированы в рамках тревожно-ипохондрического модуля личностного реагирования, свойственного повышенной психической реактивности, характерной для психастенических состояний, формируют препатологический психоиндуктивный комплекс, потенцирующий процесс астенизации и психовегетативной дестабилизации.

Указанный психопатогенетический процесс целесообразно рассматривать в рамках континуума: «подпороговое стрессорное воздействие (длительной временной экспозиции) → психастенизация → повышение психической реактивности + психовегетативная дестабилизация → диспептические расстройства → аутогенная психическая индукция → усугубление психастенического состояния + формирование расстройств невротического спектра астено-ипохондрического характера (имеющих собственную complicationно-ам-

плифицирующую психовегетативную аранжировку) → дальнейшая психовегетативная дестабилизация → усугубление диспептических расстройств».

Динамическая организация элементов приведённого континуума иллюстрирует наличие «порочных кругов» психопатогенеза гастроинтестинальных неврозов. Следует отметить роль расстройств психастенического круга как подлежащих и связующих звеньев патогенетического процесса, при этом примечательной является фактически абсолютная эффективность методов психотерапии и психогигиенических мероприятий в отношении их коррекции.

*Соматоформная дисфункция дыхательной системы*, развиваясь на ранних патогенетических этапах по сходному с иными системно-органными неврозами стереотипу, принимая клинически определённый характер, приобретает специфические особенности, требующие как дифференциальной диагностики с респираторными нарушениями, так и конгруэнтного подхода к терапии. Помимо представленных в клинической структуре субъективных соматических проявлений респираторных нарушений, присутствует и аутопсихогенная индукция — которая выражена чрезвычайно ярко в силу витального характера поражённой функции, в результате чего интроспективное восприятие затруднений инспирации в рамках тревожно-ипохондрического модуса личностного реагирования приводит к формированию выраженных невротических расстройств — вплоть до тяжёлых обсессивно-фобических, являющихся высокоактивными компонентами психоиндуктивного комплекса, потенцирующего психовегетативную дестабилизацию.

Процесс формирования психопатологических расстройств в структуре неврозов респираторной системы целесообразно рассматривать в рамках континуума: «подпороговое стрессорное воздействие (длительной временной экспозиции) → психастенизация → повышение психической реактивности + психовегетативная дестабилизация → респираторные расстройства → аутогенная психическая индукция → усугубление психастенического состояния + наслоение расстройств невротического спектра тревожно-панического характера с фобическим компонентом (имеющих выраженную компликационно-амплифицирующую психовегетативную аранжировку)

→ дальнейшая психовегетативная дестабилизация → усугубление респираторных нарушений → формирование клинически оформленных обсессивно-фобических расстройств и панических атак (с выраженным динамическим стереотипом) → дальнейшая психовегетативная и респираторная дестабилизация с расширением круга и снижением специфичности триггеров».

*Соматоформная дисфункция сердечно-сосудистой системы*, являясь наиболее распространённой клинической формой психовегетативных расстройств, определяет формирование обширного и sui generis разнопрофильного контингента пациентов. Функциональный характер нарушений при универсальности модуса вазомоторных реакций в процессе вегетативной регуляции при недостаточности данных о соматических этиопатогенетических механизмах в рамках указанной нозологической формы определяет эмпирический характер соматотропной фармакотерапии, в современной клинике фактически сводящейся к использованию неспецифической терапии, имеющей переменную терапевтическую эффективность в зависимости от de facto стохастически достигаемой конгруэнтности в каждом конкретном клиническом случае, и неизменно низкую эффективность в отношении профилактики рецидивов.

Развиваясь в целом в рамках патогенетических механизмов, подобных таковым при иных системно-органных неврозах, соматоформная дисфункция сердечно-сосудистой системы имеет некоторые особенности, среди которых:

— наличие, помимо локализованной соматической симптоматики (семиотика кардиалгического спектра — «кардионевроз»), также и диффузного, субъективно тяжело переносимого нарушения общего состояния в силу наличия ангиодистонических расстройств;

— высокий потенциал в отношении формирования психастенического фона вследствие прямой взаимосвязи эффективности церебральной гематоциркуляции и восполнения пула нейрометаболитов.

Учитывая приведённые особенности, рассмотрение психопатогенеза указанного расстройства целесообразно проводить в рамках континуума: «подпороговое стрессорное воздействие (длительной временной экспозиции) → психастенизация → повышение психической реактивности + пси-

ховегетативная дестабилизация → вазомоторные (ангиодистонические) расстройства → снижение эффективности гемато-перфузии центральной нервной системы → снижение эффективности восполнения нейрометаболического дефицита → прогрессирование психастенических состояний (фона) + формирование расстройств кардиофобического круга, нередко с ипохондрической и / или панической импрегнацией → прогрессирование психовегетативной дестабилизации».

Учитывая общие механизмы психопатогенеза рассмотренных системно-органных неврозов, система их психотерапии должна соответствовать следующим принципам:

1) ориентация на модификацию восприятия и интериоризации социогенных факторов, имеющих характер инициального психоиндуктивного комплекса (для превенции подпорогового стрессорного воздействия длительной временной экспозиции);

2) результативность применения в отношении компонентов психастенического синдрома (фона);

3) эффективность в отношении невротических расстройств, равно как и их персонологических предикторов, приводящих к формированию патологического модуса личностного реагирования (respective эффективность в отношении превенции аутогенной психоиндукции).

Исходя из вышеизложенного, представляется возможным систематизировать представления о некоторых мишенях / психопатологических предикторах и саногенетических механизмах / векторах психотерапии соматоформных расстройств различной системно-органной принадлежности (приведены в таблице 22).

Применение предиктор-ориентированного подхода к формированию систем психотерапевтической коррекции и психопрофилактики соматоформных расстройств позволяет достичь клинической эффективности в отношении основных психопатогенетических механизмов их развития и потенцирования. Использование указанной терапевтической пропорции предикторов и методов их коррекции эффективно в отношении всего контингента пациентов, страдающих системно-органными неврозами; формирование же индивидуально-конгруэнтных систем психотерапии, обладающих клинической эффективностью, реализуется с помощью применения клинко-психофеноменологического метода.

Таблица 22

### Предикторы, мишени и векторы психотерапии соматоформных расстройств

Предиктор	Клиническое наполнение и мишени	Вектор психотерапии	Метод / методика психотерапии
истощаемость	снижение эффективности антисуггестивных и антистрессовых барьеров при континуальном характере психоиндуктивного воздействия	модификация модуса социально-средового функционирования с нивелированием психоиндуктивного комплекса	психогигиенические мероприятия, рациональная психотерапия, психотоническая тренировка
		модификация модуса интроспекции социально-средовых психогений	[ауто]суггестивные методики, групповая терапия, поведенческая терапия
аффективная лабильность	неустойчивость аффекта, повышенная интенсивность смены знаков эмоционального реагирования	формирование навыков релаксации, переключения, аутокоррекция аффективного напряжения и лабильности	когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка
раздражительность	снижение порога реактивности	формирование конгруэнтного модуса реагирования на эмоциональную провокацию	рациональная психотерапия, аутогенная тренировка, групповая терапия
сенситивность	высокая степень рецепции психоиндуктивных стимулов	формирования навыков релаксации, переключения	поведенческая терапия, аутогенная тренировка
ипохондрическая фиксация на соматических расстройствах	интроспективно-ипохондрический модус личностного реагирования	рационализация болезненных переживаний, формирование навыков релаксации и переключения	рациональная психотерапия, суггестивные методики, аутогенная тренировка, телесно-ориентированная психотерапия
	аутогенная амплификация психогенных стрессоров		
пароксизмальные состояния (панические атаки)	формирование модуса тревожного ожидания пароксизма	формирования навыков релаксации, переключения	поведенческая терапия, аутогенная тренировка
обсессии	аутогенная амплификация эмоциогенных идеаторных элементов	рационализация болезненных переживаний, формирование навыков релаксации и переключения, элиминация инконгруэнтных мыслей, дезаффектация переживаний	рациональная психотерапия, суггестивные методики, аутогенная тренировка, симультанно-мнестическая терапия

*Ключевые моменты*

- (1) Понятие соматоформных расстройств.
- (2) Этиопсихопатогенетические механизмы соматоформных расстройств.
- (3) Особенности клиники, диагностики и психопатогенеза соматоформных расстройств гастроинтестинальной системы.
- (4) Особенности клиники, диагностики и психопатогенеза соматоформных расстройств респираторной системы.
- (5) Особенности клиники, диагностики и психопатогенеза соматоформных расстройств кардиоваскулярной системы.
- (6) Предикторы, мишени и векторы психотерапии соматоформных расстройств.

*Глава 22*

**ПСИХОГЕННЫЕ ПРЕДИКТОРИ  
ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОЭНДОКРИННОГО  
СИНДРОМА КАК МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ**

Вне зависимости от нозологической формы эндокринной патологии комплекс психопатологических расстройств, представленный в клинической картине заболевания, традиционно рассматривается в рамках единого так называемого «эндокринного психосиндрома» (или психоэндокринного синдрома), впервые описанного М. Bleuler'ом в 1948 году [1]\*.

Психоэндокринный синдром может быть охарактеризован как психопатологический семиотический комплекс, клинически проявляющийся снижением психической (и физической) активности с изменениями влечений, инстинктов и аффективности.

Снижение психической активности находится в континууме от повышенной истощаемости и пассивности до аспонтанности со значительным сужением круга интересов и примитивизацией интересов.

Изменения влечений и инстинктов выражаются в ослаблении или усилении аппетита, жажды, полового влечения; возможны дромоманические тенденции — либо, напротив, топографическая ригидность; изменяются потребности в сне, температурном режиме. В целом эндокринным заболеваниям более свойственно количественное, нежели качественное, изменение влечений. Возможна диссоциация влечений с повышением одних и понижением других.



Для эмоциональной сферы характерны как повышения, так и понижения фона настроения, степень их выраженности различна. нередки сложные по семиотической структуре патоаффективные состояния: депрессивно-дисфорические, депрессивно-апатические, астено-депрессивные, анксиозно-фобические etc. Характерна также эмоциональная лабильность с быстрой сменой знака эмотивности. Аффективные изменения при психоэндокринном синдроме носят, как правило, длительный характер.

Таким образом, психоэндокринный синдром включает психопатологические нарушения в двух сферах психической деятельности: эмоциональной (аффективная лабильность, явления дис- или эйфории, гипо- или гипертимические состояния) и инстинктивно-волевой (парабулическая активность, выражающаяся прежде всего в нарушениях дигестивного и сексуального поведения), — на фоне общего снижения психической активности.

Помимо основных психопатологических феноменов, в структуре психоэндокринного синдрома присутствует целый спектр факультативной психопатологической семиотики, среди которой прежде всего следует отметить нарушения когнитивной и мнестической функций, вторичные невротические и неврозоподобные расстройства etc.

Невзирая на относительную структурно-семиотическую монотонность психоэндокринного синдрома, с течением времени он приобретает определённую специфику, детерминированную основным заболеванием, а также полиморфную психогенную и органическую аранжировки.

Анализ характера и выраженности влияния социально-психологических и реактивно-ситуационных факторов на структуру и динамику развития психопатологических нарушений при эндокринопатиях указывает на значительную роль психогенизации, что находит подтверждение в выявленной во множестве междисциплинарных исследований взаимосвязи психопатологических (и соматических) экзацербаций эндокринопатий с психотравмами различной природы.

Следует также отметить, что психогенные факторы находятся в интимной связи с патоперсонологическими, и их констелляции могут выступать в качестве этиологических — или, по крайней мере, предрасположенности — по отношению к собственно патологии эндокринной системы.

Таким образом, для осуществления эффективных терапевтических и профилактических мероприятий в отношении развивающихся при эндокринопатиях психопатологических расстройств, — особенно учитывая характерные для них сложные пропорции семиотики психогенного и патоперсонологического (аномально-личностного) регистров, — необходима идентификация соответствующих звеньев психопатогенеза и использование их в качестве точек приложения психотерапии.

Основными в формировании психогенного и предрасположенно-патоперсонологического семиотических комплексов в структуре психоэндокринного синдрома, подлежащими психотерапевтической коррекции, являются полиморфные факторы невротизации, которые возможно разделить следующим образом.

1. *Ранние* (действующие в дебюте и начальном периоде заболевания):

1) осознание факта наличия тяжёлого хронического заболевания, приводящего к инвалидизации и значительному сокращению продолжительности жизни;

2) перспектива прогрессирующего ухудшения качества жизни (формирование специфических осложнений — как соматических, так и психических);

3) необходимость модификации образа жизни (исключение определённых видов активности, жёсткий регламент рациона etc.);

4) практически витальная зависимость от медицинской помощи (необходимость пожизненного приёма фармакологических средств, регулярных физикальных обследований etc.);

5) формирование хронических нарушений репродуктивной функции — и, как следствие, негативные изменения матримонимального статуса (бесплодие, противопоказания к беременности и родам, вероятность наследственной передачи заболевания etc.).

2. *Поздние* (действующие в периоде разгара и исходе заболевания):

1) ипохондрическая трактовка соматических проявлений в структуре эндокринопатии, особенно в рамках состояний

декомпенсации, с амплификацией за счёт формирования модуля их тревожного ожидания;

2) морфологические и функциональные нарушения, детерминированные дисметаболическими явлениями (как, например: тремор, экзофтальм, импотенция, гинекомастия у мужчин, сухость кожи, одутловатость лица и отёчность конечностей, огрубение голоса, выпадение волос, увеличение массы тела etc.);

3) инвалидизирующие осложнения основного заболевания (прогрессирующие нарушения зрения, полинейропатия, нарушения церебрального кровообращения с формированием неврологических расстройств, кардиальная патология etc.);

4) социогении в рамках стигматизации пациентов (алиенация — и, как следствие, социальная аутоизоляция — вследствие повреждающих *habitus* соматических, а также в силу психопатологических нарушений).

Специфические психопатологические феномены в аффективной и [инстинктивно-]конативной сферах, а также в сферах мышления и интеллектуально-мнестической, выступающие в качестве предиспозиционных и потенцирующих факторов развития эндокринного психосиндрома, приведены в систематизированном виде в таблице 23.

Учитывая этиологическую гетерогенность и клиническую идентичность большинства психопатологических феноменов в рамках психоорганического и психоэндокринного синдромов, при выборе метода психотерапевтической коррекции следует прибегать к их патогенетической дифференциации, — в силу различного уровня обратимости.

Рассматривая семиотические комплексы, определяющие клиническую картину психопатологических нарушений, в ракурсе дифференциации их принадлежности к психоэндокринному либо психоорганическому синдрому, следует учитывать особенности процессов синдромотаксиса, детерминирующие смещение акцента регистрового «звучания» того или иного семиотического комплекса в динамике перехода от функциональных расстройств к органическим.

Таблица 23

**Мишени и саногенетические механизмы психотерапии психоэндокринных синдромов различной этиологии**

Предиктор	Клиническое наполнение и мишени	Вектор психотерапии	Метод / методика психотерапии
истощаемость (в рамках психоорганического синдрома)	снижение личностной резистентности к психогениям, микросоциальная и трудовая дезадаптация	формирование адаптивного модуля взаимодействия с социумом; модификация образа жизни	аутогенная тренировка, суггестивные методики
истощаемость (в рамках психоэндокринного синдрома)		активация психофизиологических резервов	групповая терапия, когнитивно-бихевиоральная терапия, психотоническая тренировка
аффективная лабильность	снижение порога реактивности	формирование навыков расслабления, релаксации	когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка
эксплозивность (в рамках психоорганического синдрома)	формирование психопатологических личностных нарушений, алиенация, утрата социальных контактов	формирование конгруэнтного модуля реагирования на эмоциональную провокацию	аутогенная тренировка, групповая терапия
эксплозивность (в рамках гипертиреозидных состояний)		формирование терапевтического альянса	групповая терапия, когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка
раздражительность	снижение порога реактивности	формирование навыков переключения, релаксации	когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка
вегетативная дестабилизация	интроспективно-ипохондрический модуль личностного реагирования	рационализация болезненных переживаний, формирование навыков релаксации и переключения	рациональная психотерапия, суггестивные методики, аутогенная тренировка
психосоматизация			
торпидность мышления	ретенция психогенной индукции	формирование навыков переключения	поведенческая терапия, рациональная психотерапия
когнитивно-мнестические нарушения (в рамках психоорганического синдрома)	нарушение социального взаимодействия, алиенация	социальная реабилитация, формирование адаптивного модуля социального взаимодействия	суппортивные методики, групповая и семейная психотерапия

Используемые для дифференциальной диагностики психоорганического и психоэндокринного синдромов критерии приведены в таблице 24.

**Таблица 24**  
**Критерии дифференциальной диагностики психоорганического и психоэндокринного синдромов**

Патогенетические характеристики	Психоэндокринный синдром	Психоорганический синдром
субстрат	функциональный	морфологический
степень обратимости расстройств	обратимы при нормализации метаболических нарушений	малообратимы
динамика течения	флюктуирующая	прогредиентная
доминирующий семиотический комплекс	аффективно-волевые расстройства	когнитивно-мнестические расстройства
преобладающая соматическая аранжировка	вегетативная	неврологическая
отношение к этапу развития заболевания	начало и разгар заболевания	разгар и исход заболевания
ответ на фармакотерапию	выраженный при использовании корректоров метаболизма / заместительной терапии, невыраженный при использовании психофармакологических средств, практически отсутствует при применении ноотропов	выражен в различной степени при использовании ноотропов, практически отсутствует при использовании психофармакологических средств

*Ключевые моменты*

- (1) Дефиниция и клинико-психопатологическая характеристика психоэндокринного синдрома.
- (2) Психо(социо)генные и патоперсоналогические факторы в генезе и структуре психоэндокринного синдрома.
- (3) Мишени и саногенетические механизмы психотерапии психоэндокринных синдромов различной этиологии.
- (4) Критерии дифференциальной диагностики психоорганического и психоэндокринного синдромов.

## Глава 23

### СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПИИ РЕКУРРЕНТНОЙ ДЕПРЕССИИ В ПРОДРОМАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Рекуррентное (возвращающееся) депрессивное расстройство обладает высокой медико-социальной значимостью: занимая одно из центральных мест в популяционном массиве аффективных нарушений, оно приводит к высокому риску реализации аутодеструктивных, в том числе суицидогенных, модусов поведения.

Необходимость эффективного предотвращения повторных депрессивных эпизодов и связанных с ними осложнений (в том числе процессов суицидогенеза) подразумевает обязательность соблюдения определённых принципов диагностики, терапии и профилактики — и проведение ряда соответствующих мероприятий:

а) своевременная клиническая идентификация как собственно первичного депрессивного эпизода, так и принадлежности депрессивного состояния именно к рекуррентному депрессивному расстройству;

б) эффективной терапии рекуррентной депрессии, в том числе противорецидивной;

в) организации своевременного распознавания повторных эпизодов в структуре рекуррентного депрессивного расстройства, включая обучение пациентов аутодиагностическим процедурам.

Выполнение первых двух позиций зависит прежде всего от обстоятельств профессионально-экспертного характера, в

силу чего не представляет особых затруднений в условиях наличия квалифицированной психиатрической помощи.

Последняя же позиция составляет отдельную проблему вследствие того обстоятельства, что в большинстве случаев пациенты с первичными депрессивными эпизодами проходят лечение амбулаторно, что не подразумевает дальнейшего диспансерного наблюдения либо консультативного учёта, — и, следовательно, делает мониторинг развития повторных эпизодов рекуррентного депрессивного расстройства чрезвычайно затруднительным.

Изучение структурно-динамических характеристик рекуррентного депрессивного расстройства выявляет значительный полиморфизм семиотических констелляций в рамках продромального периода, — которые, тем не менее, могут быть уложены в шесть стереотипных вариантов продрома:

1) *психовегетативный* — для которого характерны жалобы, ассоциированные с явлениями симпатикотонии, лабильности артериального давления с наличием эпизодов гипертензии, тахикардии; нарушениями моторики желудочно-кишечного тракта с явлениями обстипации; гипергидроз; преждевременное семяизвержение у мужчин;

2) *интероцептивный* — для которого характерны тенденции к патологической интроспекции и массив жалоб сенестопатического характера с их ипохондрической переработкой;

3) *деперсонализационно-дереализационный* — для которого характерны жалобы на периодически возникающие состояния деперсонализации и дереализации на фоне нарастания явлений брадипсихии, гипобулических и гипотимических состояний;

4) *психастеноподобный* — для которого характерны жалобы на психопатологические проявления психастенического спектра: быстрая утомляемость, снижение порога восприятия средовых раздражителей (гиперестезия, гиперacusия), раздражительная слабость (истериозис) и прочие;

5) *гипопатически-гипобулический* — для которого характерны жалобы на апатию, потерю концентрации внимания и мотивации при выполнении целенаправленной деятельности;

б) *аффектоцентрический* — для которого характерны жалобы на наличие нарушений в аффективной сфере: эмоциональную лабильность, слабодушие, нарастающее чувство тошкы или тревоги — и, собственно, «депрессию».

Указанные семиотические констелляции складываются в период от начала формирования базисного комплекса эпизода рекуррентного депрессивного расстройства до оформления развёрнутой клинической картины.

В рамках формирования клинически выраженного депрессивного синдрома происходит закономерная эволюция продромальных семиотических констелляций (а порой и конвергенция разных семиотических групп) в единый психопатологический конгломерат с классическим наполнением (который, согласно триаде Е. Краепелина [1 — 3]\* составляют: болезненно сниженное настроение *id est* депрессия, брадипсихия, брадикинезия) в различных аранжировках.

Описанные выше структурно-динамические особенности рекуррентного депрессивного расстройства детерминируют многовекторность подходов к психотерапевтической коррекции и психопрофилактике его экзацербаций, хронологически локализованных в континууме его продрома.

Целесообразным является разделение мишеней психотерапии в рамках психопатогенеза рекуррентного депрессивного расстройства на группы, соответствующие этапам развития повторных эпизодов:

- 1) *препсихотические* (продромального периода);
- 2) *интрапсихотические* (периода разгара заболевания);
- 3) *постпсихотические* (периода интермиссии).

К препсихотическим мишеням психотерапии следует отнести субклинические семиотические образования — психовегетативного, сенестопатического, психосенсорного, психастенического, диспрозективного, патоаффективного etc. характера, — проявляющиеся в продромальном периоде очередного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства, которые указаны в таблице 25; следует особенно подчеркнуть важность формирования у пациентов аутодиагностического и аутокоррекционного модусов (что требует привлечения — в качестве базовых — психообразовательных программ и тренингов в рамках когнитивно-бихевиоральной терапии с аутоггестивными компонентами).

**Таблица 25**  
**Препсихотические мишени**  
**и саногенетические механизмы психотерапии**  
**повторных эпизодов рекуррентной депрессии**

Предиктор	Клиническое наполнение / мишень	Вектор психотерапии	Метод / методика психотерапии	
вегетативная дестабилизация	формирование тревожно-ипохондрического модуса личностного реагирования	рационализация ипохондрических представлений	рациональная психотерапия, суггестивные методики	
сенестопатии				
субклинические варианты аффективной аранжировки гипотимических состояний	тревожность	нормализация аффективного фона, элиминация ведущего компонента аранжировки гипотимии	рациональная психотерапия, суггестивные методики	
	меланхолия			групповая психотерапия
	апатия			активирующие методики
субклинические варианты дереализации и деперсонализации	преходящие ощущения ирреальности, неестественности происходящего, изменённости себя и окружающего, негативная окраска происходящих событий, формирование доминирующих идей собственной несостоятельности	рационализация транзиторных состояний и последующих аффективно-значимых переживаний, дезактуализация доминирующих идей	рациональная психотерапия, суггестивные методики, групповая психотерапия	

Далее, к интрапсихотическим мишеням психотерапии повторных эпизодов рекуррентного депрессивного расстройства следует отнести психопатологические нарушения, обуславливающие возникновение классического депрессивного синдрома (в различных его аффективных, аффектогенных и психосенсорных аранжировках), которые указаны в таблице 26.

**Таблица 26**  
**Интрапсихотические мишени**  
**и саногенетические механизмы психотерапии**  
**повторных эпизодов рекуррентной депрессии**

Предиктор	Клиническое наполнение / мишень	Вектор психотерапии	Метод / методика психотерапии
гипотимия	болезненное снижение настроения	коррекция аффективного фона	когнитивно-бихевиоральная терапия, суггестивные методики, экзистенциальная психотерапия
аффективная аранжировка депрессивного эпизода	тревога	коррекция ведущего компонента аффективной аранжировки гипотимии	когнитивно-бихевиоральная терапия, рациональная психотерапия, суггестивные методики
	тоска		
	гипопатия		активирующие методики
брадипсихия	ретенция психогенной индукции	формирование навыков расслабления, переключения	когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка
аффектогенные когнитивно-мнестические нарушения	ощущение собственной несостоятельности	убеждение в сохранности интеллектуально-практической компетентности, активизация мнемической деятельности	рациональная психотерапия, суппортивная психотерапия, поведенческая терапия, симультанно-мнестическая психотерапия
дереализация, деперсонализация	преходящие ощущения неестественности происходящего, негативный тон окружающего, формирование тревожной фиксации на чувстве изменённости	рационализация транзиторных состояний и последующих аффективно-значимых переживаний, дезактуализация тревожной фиксации	рациональная психотерапия, суггестивные методики, групповая психотерапия

К постпсихотическим мишеням психотерапии рекуррентной депрессии следует отнести психопатологические феномены в структуре постпсихотической [псих]астении и психологических нарушений в рамках патологических форм личностного реагирования, указанные в таблице 27.

**Таблица 27**  
**Постпсихотические мишени**  
**и саногенетические механизмы психотерапии**  
**повторных эпизодов рекуррентной депрессии**

Предиктор	Клиническое наполнение / мишень	Вектор психотерапии	Метод / методика психотерапии
истощаемость (в рамках постпсихотической [псих]астении)	снижение резистентности к психогениям	формирование антистрессовых барьеров	аутогенная тренировка, суггестивные методики, поведенческая терапия
		психотерапевтическая поддержка	директивные методы психотерапии, групповая психотерапия
аффективная лабильность (в рамках постпсихотической [псих]астении)	неустойчивость аффекта, повышенная интенсивность смены знаков эмоционального реагирования	формирование навыков релаксации, переключения	когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка, групповая психотерапия
		аутокоррекция аффективного напряжения (эмоционально-фокусированные копинг-стратегии)	
раздражительность (в рамках постпсихотической [псих]астении)	снижение порога реактивности	формирование навыков релаксации, переключения	когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка
резидуальные личностные нарушения (патологические формы личностного реагирования)	тревожно-и депрессивно-ипохондрический, тревожно-фобический модулы личностного реагирования	рационализация тревожных, депрессивных, ипохондрических, фобических переживаний, формирование навыков релаксации, переключения	рациональная психотерапия, суггестивные методики, когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка, групповая психотерапия, симультанно-мнестическая психотерапия

Использование указанного модуса психотерапевтических воздействий при соблюдении базовых принципов применения методов и методик в отношении выявленных мишеней обеспечивает конгруэнтную коррекцию и профилактику эксцессивных рецидивов рекуррентного депрессивного расстройства и возникновения его повторных эпизодов.

*Ключевые моменты*

- (1) Принципы диагностики, терапии и профилактики рекуррентного депрессивного расстройства.
- (2) Варианты продромальных семиотических констелляций рекуррентного депрессивного расстройства.
- (3) Препсихотические мишени и саногенетические механизмы психотерапии повторных эпизодов рекуррентного депрессивного расстройства.
- (4) Интрапсихотические мишени и саногенетические механизмы психотерапии повторных эпизодов рекуррентного депрессивного расстройства.
- (5) Постпсихотические мишени и саногенетические механизмы психотерапии повторных эпизодов рекуррентного депрессивного расстройства.

## Глава 24

## КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ПСИХОТЕРАПИЯ И КОМПЛАЕНТНОСТЬ ПРИ ОРГАНИЧЕСКИХ ТРЕВОЖНО- ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Вынесенные в отдельную диагностическую рубрику по критерию наличия в клинической структуре аффективных психопатологических проявлений тревожного и депрессивного спектров, тревожно-депрессивные расстройства, *de facto*, представляют собой этиопатогенетически гетерогенную группу, в рамках которой встречаются расстройства как истинно-невротические (психогенные), так и невротоподобные (принадлежащие к органическому регистру). Последние составляют актуальную проблему диагностики — не только в силу свойственного данному кластеру патологии латентного характера, но и мультифакторности генеза и сложных кросс-регистровых семиотических констелляций, а также терапии, — вследствие фармакологической резистентности и большого числа побочных эффектов из-за компретации базисного нейрофизиологического субстрата.

Рассмотрение тревожно-депрессивных расстройств органического генеза целесообразно проводить в нескольких ракурсах.

Во-первых, это анализ соматогенной (*id est* цереброгенной) патопластической модификации личностных особенностей, проявляющейся в формировании патологического модуса реагирования на психогении.

С этой точки зрения в основе патогенеза указанной группы расстройств лежит повышение психической реактивности как следствие поражения нейротрансмиттерных и нейро-

метаболических систем, лимитирующих процессы возбуждения, — что ведёт к развитию комплекса психопатологической симптоматики в рамках психастенического синдрома, находящегося в сложных обоюдopotенцирующих взаимоотношениях с формирующимся по «эндогенным» (чаще дисциркуляторным, но также и инволюционным, травматическим, дисметаболическим *etc.*) механизмам психоорганическим фоном.

Во-вторых, с сугубо клинической точки зрения, следует учитывать наличие таких структурных психопатологических семиотических элементов, как: гиперестезия, аффективная лабильность, эксплозивность, истощаемость, торпидность и инертность мыслительного процесса — что также формирует предрасполагающий невротогенезу (прежде всего патоаффективного характера) патологический модус личностного реагирования, в рамках которого имеют место как вышеупомянутая высокая аффектогенная реактивность, так и склонность к патологической ретенции психогенных стрессоров (в силу органической патоластики мышления).

Детерминируя указанные выше высокую реактивность и патологическую ретенцию психогенных стрессоров, психопатологические расстройства в структуре психастенического и психоорганического синдромов (вкуче с патологическим модусом личностного реагирования) выступают факторами аггравации психопатологических нарушений невротического уровня, прежде всего патоаффективных, — амплифицируя как ситуационно-средовые, так и нозогенно-интроспективные психотравматические воздействия, а также патоперсональные индукции конативно-мотивационного плана — и формируя, таким образом, порочный круг патогенеза, — что, в свою очередь, детерминирует прогрессивную динамику течения тревожно-депрессивных расстройств, тенденцию к прогрессирующей генерализации либо развитие в их структуре пароксизмальных состояний (паническая импрегнация), а также формирует предпосылки для поздних психотических экзакцербаций ([галлюцинаторно-]параноидные, злокачественные пресенильные и иные психотические варианты депрессии, *gartus melancholicus*, депрессии анестетические, алиенационные, ступорозные *etc.*).



Психотические осложнения депрессий представляют известные сложности в плане дифференциальной диагностики в силу клинко-этиологического подобия ряда психопатологических состояний рассматриваемого пато-нозо-синдромального круга (например, панических пароксизмов, ажитированной депрессии, абортивных делириозных элементов или сумеречных включений в структуре экзацербаций психоорганического синдрома).

Немаловажную роль в процессах синдромакинеза и синдромотаксиса в плоскости психопатологии психастенического и психоорганического кругов также играет — с точки зрения синергизма / антагонизма — клинический вариант развивающегося психоорганического синдрома: астенический, эксплозивный, эйфорический либо апатический; он также оказывает аранжирующее влияние на собственно патологическую аффективность, формируя астенические, апатические и другие варианты депрессий.

Учитывая вышеизложенное, психотерапевтическая коррекция органических тревожно-депрессивных расстройств должна иметь полифокальный, мультимодальный и иерархически организованный характер, и быть сфокусированной как на разнообразных факторах невротизации (разноуровневых социально-средовых и мультиплановых интроспективных), так и на патологической почве (разумеется, в сфере компетенции психотерапии), а также на патоперсоналогических особенностях как дериватах формирующегося психастенически-органического фона (как на ведущем комплексе факторов патогенеза тревожно-депрессивных расстройств в общем).

В целом система психотерапии органических тревожно-депрессивных расстройств может быть представлена в виде векторов воздействия на ряд иерархически структурированных мишеней:

- ведущие клинические (собственно патоаффективные) расстройства в различных — аффективных, конативных, психо-сенсорных, идеаторных, психовегетативных etc. — аранжировках:
  - — депрессивного круга;
  - — тревожного круга;

- патологическая [органическая] почва:
  - — проявления психастенического круга;
  - — проявления психоорганического круга;
- предрасполагающий невротогенезу патологический модус личностного реагирования:
  - — высокая (аффектогенная) реактивность;
  - — склонность к патологической ретенции психогенных стрессоров;
  - — патоперсоногенные индукции конативно-мотивационного плана;
- факторы невротизации (психотравматизации):
  - — ситуационно-средовые;
  - — нозогенно-интроспективные.

Важнейшую позицию в терапии тревожно-депрессивных расстройств занимают вопросы комплаентности, поскольку ингибирующую роль в отношении достижения комплаенса, — помимо комплекса аффективных, аффектогенных и органических расстройств мышления, — играют когнитивно-мнестические нарушения в структуре психоорганического синдрома.

Это обстоятельство можно определить как *sui generis* «органический ценз» комплаентности.

Наличие специфического сочетания когнитивно-мнестических нарушений, патоаффективных изменений и расстройств идеаторной динамики диктует определённый терапевтический сеттинг, — поскольку использование апеллирующих к интеллектуальному потенциалу и требующих оптимального баланса конативно-мотивационных и мнестико-прозективных операций методов и методик психотерапии может оказаться неэффективным — и, что наиболее важно, сформировать оппозиционное отношение пациента к самому процессу психотерапии.

В связи с этим неременным условием достижения комплаенса у пациентов, страдающих тревожно-депрессивными расстройствами органического генеза, является использование методов и методик психотерапии, апеллирующих к интактным психическим сферам, с формированием конгруэнтного клинко-психопатологической структуре методического наполнения — и, соответственно, подбором адекватного психотехнического воплощения.

В этом отношении приоритетными являются изначально обладающие клиническим пуризмом и примордиальной интактностью к инспирации не-клиническими (психоаналитическими, экзистенциальными, гештальтистскими etc.) теоретизациями «классические» директивные (прежде всего гипно-суггестия) методы с тематическим суггестивным контентом телесно-ориентированного и инструментально-опосредованного характера и физиологической подстройкой, а также аутотренинговыми элементами, на фоне адекватной клинической картины и не противоречащей психотехническим особенностям фармакологической компенсации нейрометаболических и нейротрансмиттерных нарушений.

В случаях значительной глубины психоорганического синдрома с выраженным и стойким когнитивно-мнестическим дефицитом либо развитием психопатоподобных расстройств, оптимальным объёмом психотерапии — в целях формирования комплаенса — является использование вспомогательных методов, в частности: арт-, рет-, кинезио-, музыкотерапии etc., — с переходом к адаптированным протокольным методам и методикам (с соответствующей редукцией или модификацией психотехник) по мере формирования терапевтического альянса.

Важнейшим аспектом достижения комплаенса у пациентов, страдающих органическими тревожно-депрессивными расстройствами, при невозможности адекватной коррекции когнитивно-мнестических нарушений, является формирование адаптивного модуса социального взаимодействия посредством семейной и групповой психотерапии, в рамках которых происходит частичное делегирование роли психотерапевта лицам из ближайшего окружения пациента, что обеспечивает непрерывность психотерапевтического процесса и поддержание определённого качества жизни, а также препятствует развитию социальной дезадаптации и / или явлений госпитализма.

### *Ключевые моменты*

- (1) Понятие тревожно-депрессивных расстройств органического генеза.
- (2) Этиопсихопатогенез и клинко-психопатологическая структура органических тревожно-депрессивных расстройств.
- (3) Особенности психотерапии тревожно-депрессивных расстройств органического генеза и иерархия мишеней.
- (4) Комплаентность при тревожно-депрессивных расстройствах органического генеза.
- (5) Понятие «органического ценза» и его влияние на особенности проведения и методическое наполнение психотерапии.

Глава 25

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА И СИСТЕМЫ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ СЕМЕЙНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ**

Семейная дезадаптация представляет собой нарушения психологического и сексуального взаимодействия супругов; существующие как коморбидные психопатологические расстройства психогенного (невротические) и патоперсоналогического (аномалии личности) регистров облигатно требуют психотерапевтического вмешательства.

Особенностью психотерапевтического диагноза при семейной дезадаптации является учёт составляющих семейного диагноза, а именно уровней взаимодействия супругов — что, в свою очередь, подразумевает выявление причин и механизмов развития семейной дезадаптации.

Первый уровень — *личностный*; его исследование включает анализ индивидуально-психологических параметров, а именно личностных особенностей супругов (включая акцентуации характерологических черт).

Второй уровень — *межличностный*; его изучение подразумевает обращение к иерархии ценностных установок и особенностям общения супругов.

Третий уровень — *интегральный*; его исследование сфокусировано на субъективной оценке супругами успешности своего брака, удовлетворённости им, — индикаторами чего выступают параметры сплочённости и семейной адаптации.

На приведённом ниже рисунке показаны семейный диагноз и его составляющие на примере различных групп пациентов с семейной дезадаптацией:

— 1 группа — пары с семейной дезадаптацией, где один из супругов страдает расстройством личности;

- 2 группа — пары с семейной дезадаптацией, где один из супругов страдает невротическим расстройством;
- 3 группа — пары с семейной дезадаптацией без признаков персонологических либо невротических расстройств у супругов;
- контрольная группа — пары без признаков семейной дезадаптации.

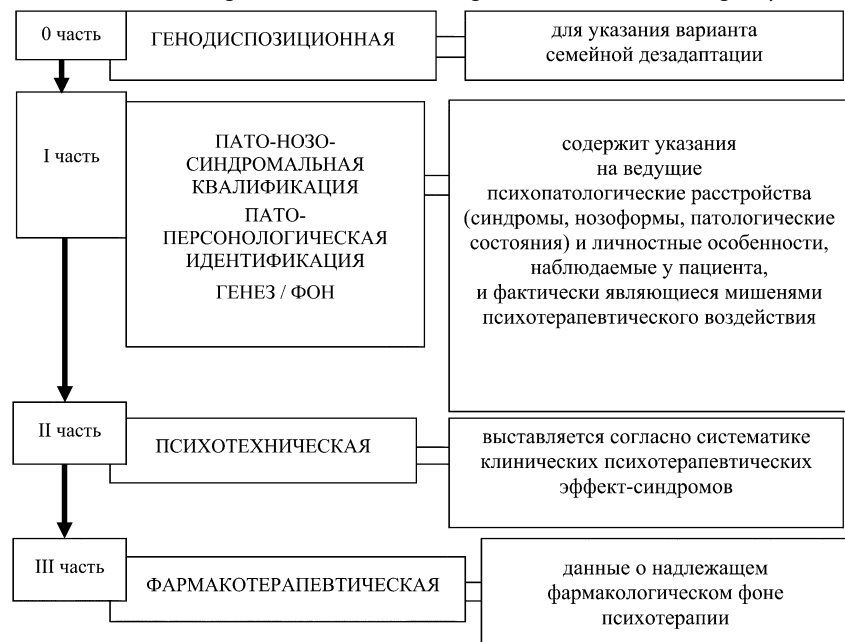
	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Контрольная группа
Акцентуация	⊖ - Г дистимическая, педантичная, возбудимая, демонстративная	⊖ - Г дистимическая, тревожная, эмотивная, застревающая, застревающая, возбудимая	⊖ - П - шизоимпulsive, возбудимая, застревающая	⊖ - Э - эмотивная, застревающая
Личностные особенности	⊖ - Г, L, Q4- у обоих супругов и Q3- хотя бы у одного из них	⊖ - А, F, R, O, Q1-		⊖ - Г, L, Q3, A+
Семейные установки	абсолютное несоответствие	относительное несоответствие	частичное негативное соответствие	абсолютное соответствие
Нарушение уровней общения	1-й - частичное коммуникативное 2-й - полное коммуникативное 3-й - полное коммуникативное	1-й - частичное коммуникативное 2-й - частичное коммуникативное 3-й - полное коммуникативное	1-й - частичное коммуникативное 2-й - частичное коммуникативное 3-й - полное коммуникативное	коммуникативная компетентность
Тип сплочённости	разобщенно-сцепленный	сцепленно-раздельный	конгруэнтно-раздельный	конгруэнтно-связанный
Тип адаптивности	ригидно-конгруэнтный	ригидно-хаотичный	ригидно-конгруэнтный	гибкий
Семейный диагноз	сплошной несбалансированный тип СД	мозаично-хаотичный несбалансированный тип СД	мозаично-ригидный несбалансированный тип СД	сбалансированный тип семейной адаптации

Примечание: СД — семейная дезадаптация.

В целях терапии семейной дезадаптации психотерапевтический диагноз приобретает специфическое расширение за счёт добавления диагностической части социально-психологического уровня, которую можно обозначить как *генодиспозиционную*, и которая содержит указание на форму и уровень семейной дезадаптации.

Особенностью психотерапевтического диагноза у лиц с невротическим расстройством либо расстройством личности является также ограничение пато-нозо-синдромальной квалификации мишеней психотерапевтического воздействия расстройствами психогенного или патоперсоналогического регистров.

Компоненты психотерапевтического диагноза при семейной дезадаптации представлены на приводимом ниже рисунке.



Примеры формулировок психотерапевтического диагноза:

«мозаично-хаотичный тип семейной дезадаптации, ригидно-хаотический дезадаптивный тип супружеских отношений; обсессивно-фобический синдром психотравматического генеза; конгруэнтный гипомнестический клинический психотерапевтический эффект-синдром; транквилизирующий фармакологический фон»;

«мозаично-ригидный тип семейной дезадаптации, ригидно-конгруэнтный дезадаптивный тип супружеских отношений; аллогенный астеноневротический синдром; конгруэнтный релаксационный клинический психотерапевтический эффект-синдром; терапевтический фармакологический фон»;

«сплошной тип семейной дезадаптации, ригидно-конгруэнтный дезадаптивный тип супружеских отношений; психовегетативный синдром у истероидной личности; конгруэнтный полиморфно-конформный клинический психотерапевтический эффект-синдром; седативный фармакологический фон»;

«мозаично-хаотичный тип семейной дезадаптации, ригидно-хаотический дезадаптивный тип супружеских отношений; психогенный депрессивно-ипохондрический синдром у личности, акцентуированной по дистимному типу; конгруэнтный гипноидный клинический психотерапевтический эффект-синдром; антидепрессивный фармакологический фон».

Система психотерапии семейной дезадаптации основывается на отражённых в психотерапевтическом диагнозе особенностях и включает три направления коррекции в зависимости от избранных мишеней воздействия:

- 1) коррекция семейной дезадаптации;
- 2) коррекция сексуальной дисфункции, висцеро-вегетативных и вегето-сосудистых нарушений;
- 3) коррекция predispositional или коморбидных психических нарушений у супругов — личностных либо невротических расстройств, в том числе «вторичной невротизации».

Система психотерапии семейной дезадаптации соответствует принципам комплексности, дифференцированности, последовательности и включает два блока и пять этапов. Завершение каждого из этапов переводит семью на новый уровень функционирования и дальнейшей терапии.

Повышению эффективности способствует сочетание индивидуальной и групповой форм психотерапии.

Взаимосвязь невротического расстройства с семейной дезадаптацией может быть реализована в трёх вариантах — в зависимости от первичности либо вторичности возникновения семейной дезадаптации по отношению к невротическому расстройству:

- возникновение семейной дезадаптации вследствие невротического расстройства у одного из членов семьи;
- возникновение невротического расстройства у одного из членов семьи вследствие семейной дезадаптации;
- возникновение невротического расстройства у одного из членов семьи и семейной дезадаптации независимо друг от друга с последующим взаимопотенцированием.

Особенностью психотерапии семейной дезадаптации при наличии у одного из членов семьи невротического расстройства в качестве первичного фактора является акцент на устранении его как дисрегуляторного механизма, препятствующего нормализации внутрисемейных отношений.

При втором варианте первоочередной задачей психотерапии является нормализация внутрисемейных отношений, без чего устранение невротического расстройства невозможно.

В третьем варианте осуществляются равновекторные, но синергичные психотерапевтические воздействия.

Основными задачами психотерапии являются:

- устранение невротического расстройства у члена семьи;
- нормализация функционирования семьи;
- постановка и реализация психотерапевтической и реабилитационной функций семьи;
- обучение членов семьи поддержанию функционирования и жизнедеятельности семьи как саморегулирующейся системы.

Психотерапевтическая работа проводится не только с членом семьи, имеющим невротическое расстройство, но и с условно здоровым супругом.

Продолжительность терапии составляет 1 месяц.

Система психотерапии семейной дезадаптации при невротических расстройствах у супругов приведена на нижерасположенных схемах; на одной из них показаны этапы и тематические планы, на другой — её алгоритм и методическое наполнение.

**Первый этап:** «*Определение потребностей и выявление препятствий*».

Целью этапа является осознание факта наличия и формирование представлений об имеющихся невротических расстройствах, семейной дезадаптации и достижение понимания необходимости коррекционной работы.

Проблемы анализируются в трёх основных модулях:

- 1) выявление существующей семейной дезадаптации;
- 2) выявление невротических расстройств у членов семьи, способствующих возникновению или поддержанию наличествующей семейной дезадаптации, препятствующих гармонизации семейного функционирования и нормализации внутрисемейных отношений;
- 3) выявление у супругов инконгруэнтных моделей поведения, способствующих возникновению или поддержанию возникшей семейной дезадаптации и невротического расстройства у одного из них.

Применяются семейная и индивидуальная психотерапия в аналитической аранжировке, групповой анализ, а также нарративное интервью, диалог, методика конструктивной ссоры (по S. Kratochvíľu [1]), — с помощью которых выявляются навыки конструктивного и неконструктивного поведения в конфликтной ситуации, а также глубинные причины конфликтов.

### **I этап: «Определение потребностей и выявление препятствий»**

Выявление семейной дезадаптации	
Выявление невротических расстройств и причин их возникновения у членов семьи	Выявление неверных моделей поведения у всех членов семьи

### **II этап: «Моделирование идеальной семьи»**

Выявление представлений о семье и резервов для их реализации у обоих супругов	
Осознаваемые представления о семье	Неосознаваемый стереотип внутрисемейного поведения
Выявление скрытых и явных раздражителей Определение путей достижения модели «Идеальная семья» и возможных уступок со стороны каждого из супругов	

### **III этап: «Устранение препятствий»**

Устранение невротического расстройства
Устранение деструктивных моделей внутрисемейного взаимодействия

### **IV этап: «Внутрисемейное взаимодействие»**

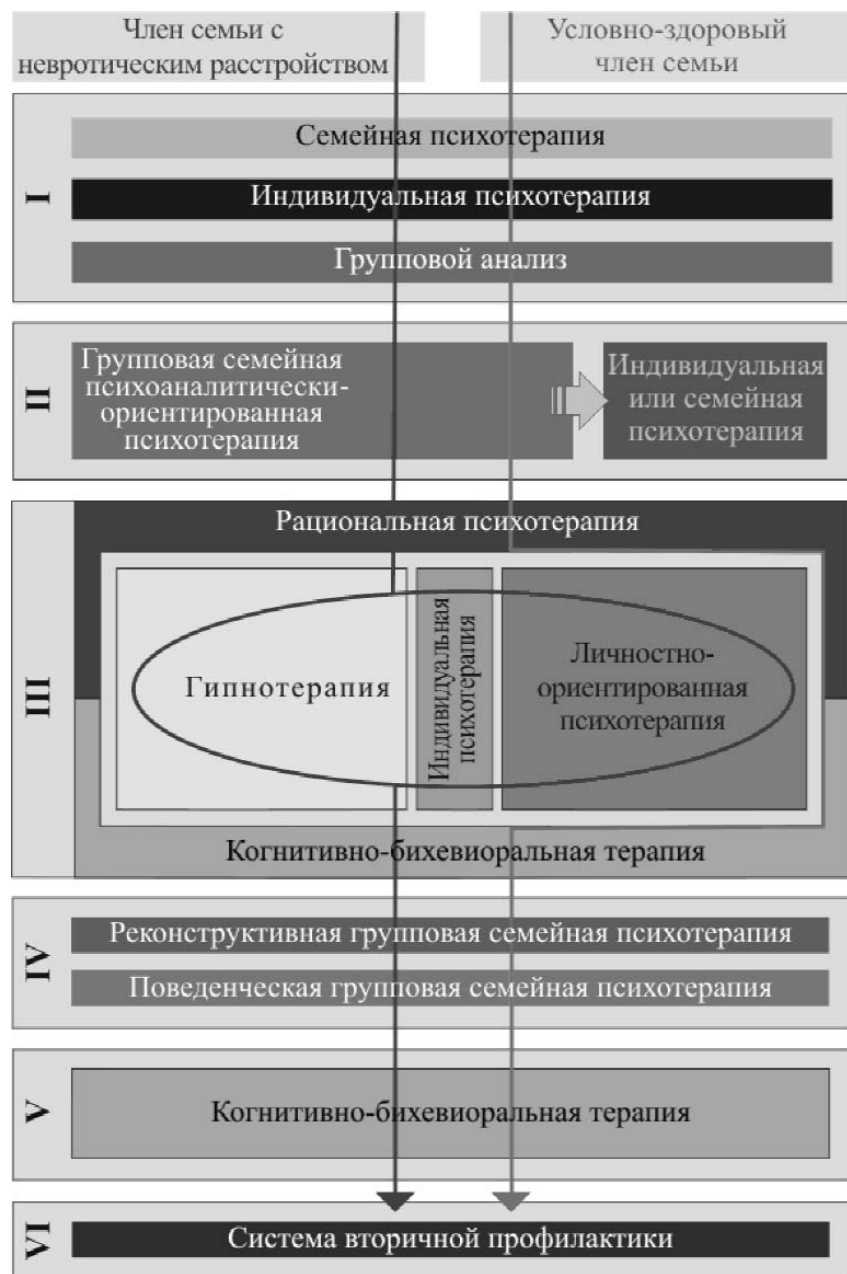
Реконструкция семейных отношений, вработывание в стереотипы модели «Идеальная семья»
---

### **V этап: «Укрепление и поддержание интраматриопиального гомеостаза»**

Обучение поддержанию внутрисемейного гомеостаза, недопущению возникновения семейной дисфункции и дезадаптации
---

### **VI этап: «Профилактика и стабилизация регулирующих механизмов»**

Предупреждение и недопущение развития невротического расстройства или декомпенсации расстройства личности у члена семьи и семейной дисфункции
---



В завершении этапа проводится обобщение выявленных недостатков, постановка долгосрочных задач коррекции, оговариваются пути и методы психотерапевтических воздействий.

Продолжительность этапа составляет 2 — 3 сеанса в зависимости от индивидуальных характеристик пациентов и особенностей семейного функционирования.

Второй этап: «*Моделирование (проектирование) идеальной семьи*».

В качестве целей данного этапа следует назвать:

- выявление осознаваемых и неосознаваемых представлений о семье у обоих супругов и резервов для реализации процесса моделирования гармоничных семейных отношений;
- выявление скрытых потребностей и раздражителей, препятствующих гармонизации отношений;
- постановка краткосрочных задач психотерапии и путей их реализации.

Этап является переходным между диагностикой, пассивным и активным модусами терапии.

Работа проводится в трёх основных направлениях:

1) выявление и формирование представлений о семье (поскольку представления об идеальной семье и реальное повседневное поведение супругов могут в значительной степени различаться):

а) осознаваемых представлений о семье (с использованием методики «Идеальная семья»);

б) неосознаваемого стереотипа внутрисемейного поведения (для его углублённого изучения, а также выявления возможных предпосылок развития невротических расстройств у супругов, применяются методики «Дом моего детства», «Мой нынешний дом»);

2) выявление скрытых и явных раздражителей (с целью раскрытия и анализа элементов личности и поведения супругов, являющихся триггерами дисгармонии, используются методики: «Я не хочу, чтобы мой ребёнок делал это как супруг (супруга)», «Психодрама»);

3) определение путей достижения модели «Идеальная семья» и возможных (приемлемых) уступок со стороны каждого из супругов.

В течение данного этапа супруги должны прийти к компромиссу в отношении того, какими своими предпочтениями они согласны пожертвовать ради благополучия семьи, и какие стремятся сохранить как неперемное условие личной свободы. Супруги должны стремиться к пониманию того обстоятельства, что для достижения должного уровня функционирования семьи каждый из них должен отказаться от части своих привычек и склонностей, сохраняя при этом определённые границы, отделяющие свободную от других членов семьи территорию для самореализации.

В качестве основного метода на данном этапе выступает групповая семейная психоаналитически-ориентированная психотерапия. В случае возникновения каких-либо затруднений в её реализации (организационных либо персоналогически-предиспозиционных — например, неискренности одного из супругов) применяется индивидуальная психотерапия.

Продолжительность этапа составляет 3 сеанса.

Третий этап: «*Устранение препятствий*».

Целью этапа, как следует из его названия, является устранение препятствий для восстановления гармонии внутрисемейных отношений.

Этап представляет собой активную психотерапию и разделяется на два подэтапа:

- устранение невротического расстройства в случае наличия его у одного из супругов;
- устранение деструктивных моделей внутрисемейного взаимодействия.

1. Устранение невротического расстройства.

Основными задачами подэтапа являются:

- устранение невротического расстройства;
- нормализация и стабилизация психоэмоционального состояния.

Для этого среди пациентов с невротическими расстройствами формируются сходные по клиническим проявлениям последние группы.

Применяются методики: реконструктивная (личностно-ориентированная) психотерапия и гипно[суггестивная] терапия в групповой форме, а также индивидуальная рациональная психотерапия для закрепления результатов.

2. Устранение деструктивных моделей внутрисемейного взаимодействия.

В процессе реализации подэтапа решаются следующие задачи:

- устранение деструктивных моделей внутрисемейного поведения;
- примирение членов семьи с некорректируемыми недостатками друг друга.

Подэтап реализуется параллельно первому; в группы входят как пациенты с невротическими расстройствами, так и члены их семей.

Применяются: рациональная психотерапия и когнитивно-бихевиоральная терапия.

Общая продолжительность этапа — 5 сеансов.

Четвёртый этап: «*Внутрисемейное взаимодействие*».

Целью данного этапа является реконструкция семейных отношений и формирование стереотипов модели «Идеальная семья».

Применяются реконструктивная и поведенческая психотерапия в групповой семейной форме, игровые методики.

Пациенты обучаются адекватным моделям поведения в семье, конструктивному стилю ведения переговоров, адаптивным способам выражения своих желаний и потребностей. Поднимаются проблемы воспитания детей и общения с родственниками.

Акцент делается на необходимости научиться доверять друг другу, слышать и воспринимать аргументы супруга, уважать членов семьи, их мнения, вкусы и выбор, личную свободу, оказывать взаимную поддержку, говорить о своих проблемах и не формировать запретов на их обсуждение, адекватно распределять семейные роли, разделять ответственность и обязанности между членами семьи, не препятствовать личностному росту и развитию каждого члена семьи.

Продолжительность этапа — 5 сеансов.

Пятый этап: «*Укрепление и поддержание интраматричного гомеостаза*».

Целью этапа является обучение поддержанию внутрисемейного гомеостаза, своевременному распознаванию и недопущению его нарушений посредством коррекции возникающих триггеров семейной дезадаптации.

Для реализации поставленных задач применяется когнитивно-бихевиоральная терапия.

Продолжительность этапа — 5 сеансов.

Шестой этап: «Профилактика и стабилизация регулирующих механизмов».

Данный этап начинается после окончания основного курса психотерапии.

Целью этапа является реализация системы психопрофилактики семейной дисгармонии и коморбидных психопатологических нарушений (как развития или эскалации невротических нарушений, так и декомпенсации расстройств личности).

Применяется рациональная психотерапия в эмотивной аранжировке.

Основным критерием эффективности реализуемой системы психопрофилактики является сохранение и укрепление адаптивного семейного функционирования.

Продолжительность — 6 сеансов на протяжении полугода.

Следует также остановиться на различиях в направленности психотерапевтических мероприятий в зависимости от наличия у супругов с семейной дисгармонией невротического расстройства либо расстройства личности.

Невротические расстройства, в отличие от расстройств личности, имеют потенциально излечимый характер. В силу этого после купирования невротических расстройств у супругов акцент в работе с семьей должен делаться не на модификации моделей поведения приспособительного характера (с учётом некорректируемых аномалий личности у одного из супругов), а на устранении деструктивных внутрисемейных моделей поведения, спровоцировавших или поддерживающих семейную дезадаптацию, с целью нормализации семейных отношений, достижения мотивированной стабильности и недопущения нарушения функций семьи в будущем.

#### *Ключевые моменты*

- (1) Дефиниция семейной дезадаптации.
- (2) Составляющие семейного диагноза.
- (3) Особенности формулирования психотерапевтического диагноза при семейной дезадаптации: генодиспозиционная часть.
- (4) Система психотерапии семейной дезадаптации: направления, принципы и этапы.
- (5) Методическое наполнение системы психотерапии семейной дезадаптации.



## Глава 26

## МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ КАРДИОГЕННОЙ ЭКЗАЦЕРБАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Психозы пожилого и старческого возраста традиционно рассматриваются в контексте психопатологии органического регистра, — однако в каждом клиническом наблюдении в их структуре облигатно обнаруживается, в той или иной мере, соматогенная и психогенная семиотика.

Многофакторный, поливалентный патогенез психопатологических расстройств позднего возраста обуславливает формирование гетерогенного и глубоко индивидуализированного комплекса разнорегистровой психопатологической семиотики.

При этом психодиагностика *de facto* ограничивается клинической идентификацией основного психопатологического синдрома, — что, в силу её конвенциональности, зачастую приводит к постановке формального диагноза из узкого класса инволюционных / сенильных психозов, — и, как следствие, применению обобщённых терапевтических схем там, где необходимо воздействие на каждый конкретный радикал в комплексе семиотики, формирующей целостную картину психопатологического расстройства.

Необходимость воздействия на клинически выраженную семиотику и предикторы её формирования в рамках каждого — проявленного — психопатологического регистра детерминирована также наличием системы взаимной модификации последних с формированием «порочных кругов». Наиболее очевидны эти взаимоотношения в рамках органического, соматогенного и психогенного регистров.

Так, например, гипертоническая болезнь в качестве хронического [психо]соматического заболевания приводит к формированию психопатологической семиотики органического регистра, клинически проявляющейся эмоциональной лабильностью в аффективной сфере и торпидностью в сфере мышления, что создаёт предпосылки для развития психогенных расстройств. Последние, в свою очередь, приводят к соматоформным и вегетативным реакциям, дестабилизирующим сосудистый тонус, — что, в конечном итоге, вызывает экзacerbацию собственно гипертонической болезни и развитие в её структуре острых состояний (гипертонические кризы, нарушения мозгового кровообращения *etc.*), усугубляющих психоорганические стигмы. Помимо неблагоприятных соматических последствий дестабилизации течения гипертонической болезни, существует вероятность развития соматогенных психопатологических расстройств (гипертонические психозы, острая гипертоническая энцефалопатия с психопатологическими эквивалентами, лакунарная деменция *etc.*), — что, в свою очередь, детерминирует высокопрогредиентное нарастание «глубины» психопатологических расстройств органического регистра.

Описанные на модели гипертонической болезни варианты взаимной модификации психопатологической семиотики наглядно иллюстрируют наличие «порочных кругов» в патогенезе психопатологических и соматических расстройств у пациентов пожилого и старческого возраста, и триггерную роль психогений в их образовании. Данный факт указывает на необходимость целенаправленного психотерапевтического, а также психопрофилактического воздействия на отдельные семиотические образования с целью нивелирования ключевых звеньев патогенеза психопатологических расстройств.

Включение в клиническую картину психопатологических расстройств семиотики невротического уровня (небредовая ипохондрия, тревожно-ипохондрические переживания кардиофобического свойства *etc.*) с течением времени приводит к развитию нарушений патоперсонологического регистра по типу характерологической трансформации или даже патологического развития личности (психопатологически отличных от органических изменений личности, равно как и от заострения преморбидных личностных черт).

Вторичным, но немаловажным фактом является существование — в силу особенностей нарушений мышления в рамках психоорганического синдрома (торпидность, снижение критики etc.) — предпосылок для патопластической модификации психопатологических расстройств, вплоть до психотического уровня (бредовая интерпретация соматической семиотики, параноидная аранжировка депрессивного синдрома, масштабирование депрессивно-ипохондрических идей до нигилистического бреда J. Cotard'a [1 — 3]\* etc.).

Описанные нарушения мышления также служат почвой для бредовой интерпретации побочных эффектов и перекрёстных реакций соматотропной терапии (зачастую неизбежных, учитывая современные терапевтические протоколы, предполагающие массивную полифармакотерапию кардиоваскулярной патологии), что приводит к кристаллизации фабулы, препятствующей достижению комплаенса к терапии — и, соответственно, нарушающей контроль за заболеванием, с закономерной клинической аггравацией.

Выступая в качестве триггерного, психогенный радикал в структуре психопатологических нарушений не только патопластически модифицирует семиотические комплексы в рамках наличествующих психопатологических синдромов, но и выступает в роли звена, объединяющего патогенетические механизмы развития нарушений различной регистровой принадлежности.

Триггерная и контаминационная функции психогений (психогенной индукции) конвергируют в характерном для пре- и сенильной психопатологии процессе *sui generis* «кардиогенной экзацербации» (которую, с точки зрения патогенеза, корректнее было бы определить как «кардиоваскулогенная» либо «кардиоангиогенная» — формировании сложного комплекса взаимодействия и взаимоопотенцирования сенестоалгических, ангиодистонических, анксиозно-ипохондрических, нозофобических, вегето-васкулярных, цереброишемических, астено-депрессивных, пневмопатических, апноэтических, шоковых, синкопальных и даже психотических проявлений).

Процесс кардиогенной экзацербации по сути представляет собой переход субклинически выраженных психопатологических нарушений в их клинически проявленные формы в результате психогенной (психотравматической) индукции че-

рез опосредование соматизации (в контексте кардиоваскулярной патологии). Указанный процесс возможно отобразить в рамках континуума: «первичная психогенная индукция → активация симпато-адреналовой системы → кардиоваскулярные расстройства → реактивные (кардиогенные) анксиозно-фобические и ипохондрические состояния → экзацербация психопатологических нарушений».

Рассматривая указанный процесс в ракурсе геронтопсихиатрической клиники, следует учитывать наличие полиморфного комплекса психопатологических стигм соматогенного, органического и инволюционного генеза, детерминирующих свойственные пациентам пожилого и старческого возраста специфические персонологические особенности (к коим следует, прежде всего, отнести компоненты психоорганического синдрома и заострение личностных черт, а также указанные выше патоперсонологические особенности вследствие «вторичной невротизации»), во многом определяющие субклинический психопатологический фон, и играющих двоякую роль в процессе кардиогенной экзацербации:

1) выступают базисом для формирования клинически оформленных психопатологических расстройств (детерминируя степень выраженности фоновых когнитивно-мнестических, аффективных и ассоциативно-идеаторно-атрибутивных нарушений, необходимых для развития и прогрессирования продуктивной психопатологической симптоматики);

2) выполняют роль предикторов кардиогенной экзацербации (формируя предпосылки для анксиозно-ипохондрической фиксации на соматических расстройствах, амплифицируя психогенную индукцию, в том числе за счёт аффектогенного снижения эффективности антисуггестивных барьеров, — как критичности мышления, так и интуитивно-аффективного барьера).

Исходя из этого, система психотерапии кардиогенной экзацербации психопатологических расстройств у гериатрического контингента должна быть направлена на базисные психопатологические и патоперсонологические предикторы, обуславливающие и потенцирующие психогенную индукцию, а также обладать превентивным (психопрофилактическим) воздействием на потенциально прогрессивные субклинические психопатологические расстройства.

Следует также принимать во внимание социально-средовые особенности повседневной жизни лиц пожилого и стар-

ческого возраста, — а именно массивное воздействие комплекса социогенных факторов психоиндукции, обычно выступающих в роли триггеров и приводящих к невысокому качеству и низкой продолжительности ремиссий и высокой частоте разнородных эксацербаций психопатологических расстройств.

Таким образом, предикторы развития разнорегистровых психопатологических нарушений у пациентов пожилого и старческого возраста являются приоритетными мишенями психотерапевтических воздействий; целесообразным представляется следующее их практическое разделение:

— социально-средовые (в рамках взаимодействия индивида с социумом);

— собственно психопатологические (вследствие непосредственного нарушения психических функций).

Социально-средовые предикторы и мишени психотерапевтических воздействий в геронтопсихиатрической практике приведены в таблице 27.

**Таблица 27**  
**Социально-средовые предикторы и мишени психотерапии психических расстройств в геронтопсихиатрической практике**

Предиктор	Клиническое наполнение и мишени	Вектор психотерапии	Метод / методика психотерапии
стигматизация	социальная, семейная и трудовая дезадаптация, алиенация, интроспективная ауто-стигматизация	восстановление навыков социальной адаптации, социальная реабилитация, формирование конгруэнтного модуса семейного взаимодействия	суппортивные и директивные методики, групповая и семейная психотерапия
феномен госпитализма			
чувство беспомощности			
необходимость постоянного постороннего ухода			

Некоторые собственно психопатологические предикторы и мишени психотерапии психических расстройств в геронтопсихиатрической практике — с позиций превенции их кардиогенных эксацербаций — приведены в таблице 28.

**Таблица 28**  
**Психопатологические предикторы и мишени психотерапии психических расстройств в геронтопсихиатрической практике**

Предиктор	Клиническое наполнение и мишени	Вектор психотерапии	Метод / методика психотерапии
вязкость и инертность мышления	ретенция психогенной индукции, снижение трудоспособности, микро-социальная дезадаптация	формирование терапевтического альянса, обучение коррекции терапии в зависимости от интроспективной оценки переживаний	когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка, комплаенс-ориентированные
		формирования навыков релаксации, переключения, формирование адаптивного модуса социального взаимодействия	когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка, суппортивные методики, групповая и семейная психотерапия
раздражительность (проявление органической эксплозивности)	снижение порога реактивности	формирование навыков переключения, релаксации, формирование адаптивного модуса социального взаимодействия	когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка, суггестивные методики, групповая терапия, методики копинга (эмоционально-фокусированные)
		рационализация субъективно-значимых переживаний	
истощаемость	снижение личностной резистентности к психогениям	формирование дефензивных антистрессовых барьеров	аутогенная (психотоническая) тренировка, суггестивные методики
		психотерапевтическая поддержка	суппортивные методики, групповая терапия
аффективная лабильность	неустойчивость аффекта, повышенная интенсивность смены знаков эмоционального реагирования	формирование навыков переключения, релаксации, аутокоррекция аффективного напряжения	катартические методы, когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка, суггестив методики, групповая терапия
когнитивно-мнестические нарушения	нарушение социального взаимодействия, алиенация	формирование адаптивного модуса социального взаимодействия	суппортивные методики, поведенческая терапия, групповая и семейная психотерапия
структурно-логические нарушения мышления	формирование сверхценных и бредовых идей, нарушение социального взаимодействия	персуазия, коррекция irrelevantных переживаний, социальная реадaptация	суппортивные методики, групповая терапия, поведенческая терапия, аутогенная тренировка рациональная психотерапия

Основной целью психотерапевтических воздействий на предикторы психических расстройств в геронтопсихиатрической практике — и, прежде всего, процесса кардиогенной экзацербации, — является формирование корректного модуля личностного реагирования на разноуровневые психогении — и, соответственно, повышение качества, глубины и продолжительности ремиссий.

*Ключевые моменты*

- (1) Психопатогенетические и структурно-семиотические особенности психических нарушений в геронтопсихиатрической практике.
- (2) Понятие кардиогенной экзацербации: триггерная и контаминационная функции психогений.
- (3) Психоорганическая и патоперсоналогическая почва кардиогенной экзацербации.
- (4) Социально-средовые предикторы и мишени психотерапии психических расстройств в геронтопсихиатрической практике.
- (5) Психопатологические предикторы и мишени психотерапии психических расстройств в геронтопсихиатрической практике.

## Глава 27

### СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПИИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ, ПЕРЕНЁСШИХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ

Подходы к психотерапии непсихотических психических расстройств у лиц, перенёсших черепно-мозговую травму, обусловлены посттравматическими (церебротравматическими) изменениями личности, свойственными органическим поражениям центральной нервной системы (с характерным смещением психопатологии органического и патоперсоналогического регистров) и особенностями комплаентности, базирующимися прежде всего на отношении к заболеванию, а также необходимостью присоединения к психотерапевтическим саногенным вмешательствам конгруэнтного фармакотерапевтического фона.

Терапия — начиная с первых моментов после травмы и до окончательной реабилитации — проводится в соответствии с принципами патогенетической обоснованности, комплексности и индивидуализированного характера, а также с учётом преморбидного соматического, неврологического и психического статусов пациента.

Система комплексной дифференцированной психотерапии непсихотических психических расстройств у лиц, перенёсших черепно-мозговую травму, включает рациональную психотерапию — как базовый метод — и когнитивно-бихевиоральную терапию — в качестве метода симптомо-центрированного; в качестве факультативного либо облигатно-

го (в зависимости от клинической структуры психопатологических нарушений) фармакологического фона используются психотропные препараты (с добавлением нейрометаболической / нейропротекторной поддержки).

Основной вектор индивидуализированной рациональной психотерапии направлен на коррекцию внутренней картины болезни и различных уровней её отражения: чувственного, эмоционального, интеллектуального, мотивационного. При этом активируются адекватные компенсаторные механизмы личности, предупреждаются снижение уровня социального функционирования и ипохондрия («уход в болезнь»).

Ещё один вектор рациональной психотерапии ориентирован на раскрытие позитивных перспектив санации основного страдания и полной реабилитации.

Система рациональной психотерапии строится с соблюдением следующих условий:

- соответствие психотерапевтических воздействий интеллектуальному уровню, социальному статусу и культурально-средовым характеристикам пациента;
- учёт констелляций семиотики психоорганического и патоперсоналогического регистров в клинической картине психопатологических проявлений у каждого конкретного пациента;
- учёт типа отношения к церебротравматической болезни и коморбидным непсихотическим психическим расстройствам.

Выделяются пять довлеющих типов реагирования на заболевание у лиц с непсихотическими психическими расстройствами, перенёсших черепно-мозговую травму — и, соответственно, столько же сопоставимых с ними векторов психотерапевтических воздействий.

При *неврастеническом типе* реагирования на заболевание доминирующий модус психотерапевтических влияний направлен на нивелирование эмоционально-волевой нестабильности, — с акцентом на снижении психогенной значимости сенесто-ипохондрических переживаний и астенических проявлений.

При *обсессивно-фобическом типе* отношения к заболеванию акцент психотерапевтических воздействий делается на интеллектуальном уровне формирования внутренней картины болезни, с выработкой модуса адекватной рационализации инконгруэнтных мыслей и тренингом их подавления либо остановки.

При *сенситивном типе* отношения к заболеванию психотерапевтическое воздействие должно быть направлено на коррекцию эмоционального состояния пациента, в особенности обусловленного нарушением его социального функционирования.

При *тревожном типе* отношения к заболеванию психотерапевтические воздействия направлены на стабилизацию эмоционального фона путём нивелирования психотравматического влияния триггерных факторов анксиозной реакции, прежде всего за счёт повышения порога реактивности.

При *эргопатическом типе* отношения к заболеванию приоритетом психотерапевтического вмешательства является формирование у пациента направленности на достижение рационального лечебно-восстановительного режима с коррекцией инконгруэнтного поведенческого паттерна («ухода в работу»).

Как указывалось выше, обязательным компонентом эффективного лечения является фармакотерапия; эффекты её применения должны быть согласованы с целями и протоколом психотерапии, а оптимально — служить синергичным фармакологическим фоном проводимой психотерапии.

Этиологически и патогенетически обоснованная фармакотерапия включает применение препаратов дегидратирующего, рассасывающего, антиоксидантного и метаболического действия.

Пациенты с травматическими поражениями центральной нервной системы составляют группу риска в отношении возникновения осложнений, а также побочных эффектов при использовании традиционных средств психофармакотерапии. У данной категории больных чаще, чем у пациентов без сопутствующей психоорганической патологии, наблюдается терапевтическая резистентность.

В силу вышеуказанных особенностей при выборе психофармакологических средств надлежит руководствоваться следующими требованиями:

- приоритет монотерапии;
- широкий спектр психотропной активности применяемого медикаментозного средства;
- минимальное неблагоприятное (побочное) действие на вегето-висцеральные функции;
- положительный соматотропный эффект (в целях применения косвенной, или опосредованной, психотерапии);
- высокая переносимость пациентами с коморбидными заболеваниями;
- минимальная потребность в титровании дозы препарата.

*Ключевые моменты*

- (1) Особенности построения и методического наполнения системы психотерапии непсихотических психических расстройств у лиц, перенёвших черепно-мозговую травму.
- (2) Типы отношения к заболеванию и векторы психотерапии у лиц, перенёвших черепно-мозговую травму.
- (3) Особенности фармакологического фона психотерапии непсихотических психических расстройств у лиц, перенёвших черепно-мозговую травму.

*Глава 28*

**ПСИХОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ ЭКЗАЦЕРБАЦИИ  
ПРОСТОЙ ШИЗОФРЕНИИ  
КАК МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ**

Простая форма шизофрении характеризуется преобладанием негативных симптомов (проявления апато-абулического спектра и нарастающая аутизация) и формальных расстройств мышления. Течение заболевания чаще непрерывно-прогредиентное, безремиссионное, и приводит к формированию специфического шизофренического дефекта, — что, собственно, и определило первоначальную номинацию заболевания как «раннего (преждевременного) слабоумия» (*dementia precoce* по В.-А. Morel'ю [1]\*, *dementia praecox* по Е. Краепелин'у [2]\*). В зависимости от преобладающей в клинической картине симптоматики А. Ке[m]пински [3; 4]\* выделяет такие варианты простой шизофрении:

1) с неуклонным нарастанием аутизации, негативной симптоматики с превалирующим снижением активности и эмоциональной реактивности либо пассивной подчиняемостью и неадекватной инверсией аффективности;

2) ананкастически-регламентированный с склонностью к ритуализации;

3) дефензивный с эксплозивно-конфликтным поведением;

4) дисморфофобически-ипохондрический («психосоматический», по М. Вогнсзтайн'у [5; 6]\*) с не соответствующими этно-культуральным нормам изменениями концепции строения тела, имеющий тенденции к бредообразованию;

5) «философический» (с выраженными нарушениями мышления: резонёрством, бесплодным мудрствованием, и стилистикой поведения по типу *verschroben*).

Наши наблюдения показывают, что целесообразным является выделение как минимум восьми следующих клинических вариантов:

- 1) «классический» с выраженной апато-абулической симптоматикой и безремиссионным течением;
- 2) «фершробен» с чудаковатостями, странностями в поведении, излишней манерностью;
- 3) психопатоподобный с делинквентными поступками и аддиктивными тенденциями;
- 4) деперсонализационно-ипохондрический;
- 5) с преобладанием «метафизической интоксикации»;
- 6) астено-неврозоподобный с болезненной чувствительностью («мимозоподобностью»);
- 7) аутистически-регламентированный со «стереотипным творчеством»;
- 8) «псевдообсессивный» с формированием ритуалов.

Следует отметить, что экзацербации при простой шизофрении обусловлены не только собственно эндогенным процессом (характеризующимся в целом нарастанием апато-абулических и аутистических проявлений, интеллектуальным оскудением, потерей продуктивности и снижением уровня социального функционирования), но и характером общей направленности преморбидной личности, социальных установок и микросоциальных отношений пациента.

Частота и характер рецидивирования любой формы шизофрении патогенетически зависят от пропорции предрасполагающих к экзацербации факторов клинико-генетического и психосоциального порядков, что позволяет выделить по крайней мере два вектора превенции:

- психофармакологическая протекция ремиссий;
- предупреждение психотравматизации с помощью дефензивно-охранительных мероприятий и повышение стрессоустойчивости и фрустрационной толерантности путём обучения пациентов копинг-стратегиям (преимущественно проблемно-фокусированным в силу «естественного» повышения устойчивости к эмоциогенным стрессам вследствие характерного для шизофрении снижения уровня и глубины эмоционального ответа).

Основными копинг-стратегиями у больных простой шизофренией являются:

- 1) «активное избегание» (категорический отказ от решения проблемы, связанный с усилением тенденции к амотивационности), в большей мере характерное для «классического» варианта;
- 2) «пассивное избегание» с переключением на отвлекающую деятельность, характерное для вариантов «фершробен» и «аутистически-регламентированного»;
- 3) «конфронтационный» копинг, характерный для «психопатоподобного» варианта;
- 4) копинг по типу «соматизации» — как вариант «пассивного избегания», — характерный для деперсонализационно-ипохондрического варианта;
- 5) «дистанцирование» (приложение определённой меры когнитивных усилий для уменьшения субъективной значимости ситуации), характерное для варианта с «метафизической интоксикацией»;
- 6) «самообвинение» и «растерянность», характерные для «неврозоподобного» варианта;
- 7) «ритуализация» в рамках защитного механизма «изоляции» с отделением когнитивного компонента от компонентов поведенческого и аффективного, характерная для «псевдообсессивного» варианта.

Клинико-патогенетически механизмы экзацербаций можно представить таким образом:

- в рамках безремиссионного «классического» варианта с преобладанием негативной симптоматики: психогения → психотравматизация → нарастание аутизации → усугубление негативной симптоматики (апатии, амотивационности, абулии);
- в рамках варианта «фершробен»: психогения → психотравматизация → нарастание аутизации → усиление неадекватности, вычурности, манерности, эксцентричности поведения;
- в рамках психопатоподобного варианта: психогения → психотравматизация → аутизация с эмоциональным оскудением → снижение общей продуктивности и уровня социаль-



ного функционирования → психопатоподобные реакции или сложные формы поведения с асоциальностью, эксплозивностью, агрессивностью, склонностью к дромоманиям;

— в рамках деперсонализационно-ипохондрического варианта: психогения → психотравматизация → нарастание аутизации с интериоризацией и соматизацией болезненных переживаний → появление соматосенсорных иллюзий с их неадекватной интерпретацией → формирование бредовых включений сенестопатически-ипохондрического либо дисморфоманического характера;

— в рамках варианта с преобладанием «метафизической интоксикации»: психогения → психотравматизация → аутизация с интериоризацией переживаний → нарастание структурно-логических нарушений мышления (резонёрства);

— в рамках астено-неврозоподобного варианта: психогения → психотравматизация → психастенизация с интериоризацией переживаний и нарастанием аутизации → усиление астенических / невротических проявлений и болезненной чувствительности;

— в рамках аутистически-регламентированного варианта: психогения → психотравматизация → аутизация с интериоризацией переживаний → активация дезадаптивных дефензивных механизмов → нарастание аутистически-регламентированных форм поведения;

— в рамках «псевдообсессивного» варианта: психогения → психотравматизация → аутизация с интериоризацией переживаний → формирование / усиление ритуализации катартически-абреактивного либо дефензивного характера.

Таким образом, можно выделить такие основные мишени психопрофилактического воздействия:

1. Уменьшение влияния или исключение воздействия триггерных психогений, что возможно путём решения социальных проблем пациентов, применения индивидуальной и семейной психотерапии в периоды ремиссий.

2. Предупреждение экацербаций путём формирования новых, адаптивных копинг-стратегий, что также может быть достигнуто путём применения психотерапии во время ремиссии.

Условно можно выделить три уровня мишеней психопрофилактического воздействия:

- личностный;
- семейный;
- социальный.

К предрасполагающим *нозоспецифическим* и *личностным факторам экацербации* следует отнести:

1) низкий уровень сохранности критики (особенно к патоперсонологической трансформации в целом);

2) дисконплаентность (связанная как с анозогнозией, так и со снижением способности к целенаправленной деятельности вследствие поражения мотивационного компонента мышления);

3) уровень и характер стигматизации (клеймо «психически больного»);

4) степень снижения уровня социального функционирования и его характер (например, ограничение в правах);

5) вторичная невротизация («нажитая реактивная лабильность»): повышенная чувствительность с легко возникающими психогенными реакциями (в обратной корреляции с уровнем эмоционального снижения);

6) субъективно тягостное, труднопереносимое переживание внутриличностного конфликта, разорванности внутреннего мира, попытки восстановления (обретения) целостности своего «Я».

К негативно воздействующим *семейным факторам*, провоцирующим *экацербации*, относятся:

— симбиотические отношения (формирование порочного круга, блокирующего социальное становление: чувство неуверенности у родителя → стремление к сохранению симбиотических отношений с формированием субмиссивной роли ребёнка → гиперопека над ребёнком → эксплуатация ребёнком ситуации гиперпротекции с целью избежания ответственности за самостоятельное принятие решений → конфликт между декларируемой родителем необходимостью самостоятельности пациента и обоюдодовыгодным зависимым положением);

— эмоциональная психотравматизация (предъявляемые родителями завышенные требования к ребёнку → частая открытая критика, порицания, выражения недовольства его поведением → фрустрация у ребёнка, с чувством отчаяния и бесперспективности ввиду очевидной неуспешности прилагаемых усилий).

К социальным факторам, способным провоцировать *экзацербации*, относятся: плохая материальная обеспеченность, отсутствие жилья, перенапряжение на рабочем месте и тому подобное. Множество ситуаций, которые в норме повседневно изживаются — путём отреагирования, подавления, разрешения etc., — являются триггерными для больных шизофренией в силу «нажитой реактивной лабильности».

Психопрофилактическое воздействие должно быть комплексным и охватывать все уровни патологических триггерных влияний.

Индивидуальная психотерапия во время ремиссий может эффективно воздействовать на предрасполагающие нозоцифические и личностные факторы *экзацербаций*.

Для профилактики возникновения негативно воздействующих семейных факторов более действенной является семейная психотерапия и психообразование (в частности, информирование родственников больного о сути и особенностях поведенческих проявлений заболевания).

На социальном уровне на первый план выступает решение материально-бытовых вопросов. Групповая психотерапия может помочь в формировании новых копинг-стратегий, изменив стиль реагирования на воздействие неблагоприятных социальных факторов.

Основными целями психотерапевтических вмешательств на этапе *экзацербации* являются:

- 1) формирование дефензивных антистрессовых барьеров;
- 2) редукция патологической интероцепции;
- 3) рационализация и коррекция болезненных переживаний, формирование побудительных мотивов к достижению комплаенса;
- 4) выработка новых копинг-стратегий, формирующих большую устойчивость к триггерным воздействиям и уменьшающих социальную изоляцию;
- 5) формирование осознания факта наличия заболевания.

Используемые методы психотерапевтической коррекции — рациональные, когнитивно-бихевиоральные, экзистенциальные.

Таким образом, основными задачами психотерапии простой шизофрении являются:

- предупреждение *экзацербаций* за счёт снижения уровня стрессорности (исключение триггерных воздействий, повышение толерантности и обучение копинг-стратегиям);
- частичная компенсация негативной симптоматики (за счёт побудительной активации);
- протекция от патоперсонологической трансформации и нарастания личностной дефицитарности;
- предотвращение социальной изоляции;
- повышение уровня адаптации (в семье и социуме).

*Ключевые моменты*

- (1) Общая характеристика простой шизофрении и её клинические варианты.
- (2) Основные копинг-стратегии при простой шизофрении.
- (3) Клинико-патогенетические механизмы и факторы экзacerbации простой шизофрении.
- (4) Мишени психопрофилактических воздействий при простой шизофрении.
- (5) Цели психотерапии экзacerbаций простой шизофрении.

*Глава 29*

**ФАКТОРЫ ПСИХОГЕННОЙ ЭКЗАЦЕРБАЦИИ  
ШИЗОФРЕНОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ  
РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА КАК КРИТЕРИИ  
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ  
И МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ**

Факторы психогенной экзacerbации шизофреноподобных расстройств вследствие употребления различных видов психоактивных веществ можно традиционно разделить — по хронологическому признаку — на две большие группы: острые и хронические.

К острым следует отнести чрезмерные по силе и кратковременные по длительности психогенные воздействия психотравматического характера, приводящие к выраженному снижению адаптационных возможностей пациентов; к хроническим — умеренные по силе, но продолжительные психогенные (психотравматические) воздействия, приводящие к развитию хронического дистресса.

В свою очередь, по происхождению все факторы психогенной экзacerbации целесообразно подразделять на группы согласно их генезису: психогенно-, аутогенно- (персоналогически-) и социогенно-детерминированные (психосоциальные).

1. Факторы психогенно-детерминированного круга:

а) *нозогенные* — связанные с осознанием возможности наступления индивидуального неблагополучия, в том числе вероятных социальных ограничений, вследствие наличествующего заболевания;

б) *ятрогенные* — связанные с деонтологическими ошибками медицинских работников.

2. Факторы аутогенно-детерминированного (персонологического) круга:

а) *метафизические*:

— *аутометафизические* — субъективно тягостная диссоциация в восприятии собственной личности и её места в социуме (мире, окружающей действительности);

— *аллометафизические* — субъективно тягостное восприятие индивидуально интактной социальной несправедливости, общественного / государственного / экологического и прочих факторов / ситуаций неблагополучия (к ним можно причислить также влияние политических, экономических, экологических катаклизмов, имеющих глобальный (общегосударственный, всепланетный) масштаб, хотя непосредственно и не вовлекающих в себя индивида либо лиц из его окружения);

б) *эгодиффамационные* — непосредственно затрагивающие чувство собственного достоинства, внутренней гармонии личности:

— *эгодистонические* — субъективно тягостное переживание наличия определённой индивидуальной осóбости, нарушающей самовосприятия больного, её неприятие;

— *депривационно-фрустрационные* — субъективно тяжело воспринимаемое, болезненное переживание утраты либо недостижимости той или иной индивидуально значимой потребности.

3. Факторы социогенно-детерминированного (психосоциального) круга:

а) *интраперсональные* — субъективно значимые события, затрагивающие непосредственно пациента: нарушение психологического комфорта и чувства благополучия;

б) *коперсональные* — эмоциональная вовлечённость в благополучие лиц ближайшего окружения (в том числе отношения созависимости), непосредственно не затрагивающее благополучие пациента;

в) *интерперсональные (межличностные)* — социально-психологически коннотированные:

— *интраматримониальные (внутрисемейные)* — дисгармоничные, конфликтные взаимоотношения с членами семьи;

— *интрасоциальные* — дисгармоничные взаимоотношения с микросоциальным (ближайшим внесемейным) окружением: друзьями, соседями;

— *мезосоциальные* — дисгармоничные взаимоотношения на уровне трудового коллектива;

— *макросоциальные* — затрагивающие государство либо социальную группу в целом и непосредственно вовлекающие больного, отражающиеся конкретно на его благополучии: острые политические конфликты, экономические кризисы и тому подобное.

Различная значимость разных видов потенциально психотравмирующих ситуаций в индукции и амплификации психопатологических нарушений, а также отличия в путях их эскалации положены в основу разработанного критерия дифференциальной диагностики шизофреноподобных расстройств различного генеза; с этих же позиций разработаны подходы к их психотерапии и психопрофилактике.

В приведённой ниже таблице 29 отмечены частота встречаемости и выявленная с помощью клинического опросника сила субъективной значимости факторов психогенной эскалации расстройств шизофренического спектра (включая шизофреноподобные расстройства и титульную нозологию) в зависимости от генеза на примере четырёх групп больных:

— основная группа (ОГ) — больные шизофреноподобным расстройством вследствие употребления психоактивных веществ;

— первая группа сравнения (ГС-1) — больные шизофренией в сочетании с употреблением психоактивных веществ;

— вторая группа сравнения (ГС-2) — больные шизофренией без опыта употребления психоактивных веществ;

— третья группа сравнения (ГС-3) — больные органическим шизофреноподобным расстройством.

Подобный дизайн исследования обусловлен существованием повседневных практических затруднений в дифференциальной диагностике шизофрении, патопластически изменённой употреблением психоактивных веществ, вызванных приёмом последних острых шизофреноподобных психозов, и тардивных органических шизофреноподобных психозов интоксикационного генеза (при наличии доказанных анамнестических данных), при подтверждённой длительной абстиненции.

Таблица 29

**Частота встречаемости и сила субъективной значимости факторов психогенной экзацербации шизофреноподобных расстройств в зависимости от генеза**

№	ФАКТОРЫ ЭКЗАЦЕРБАЦИИ	ГЕНЕЗ ШИЗОФРЕНОПОДОБНОГО РАССТРОЙСТВА							
		ПАВ		эндогенный генез + ПАВ		эндогенный генез		органическая патология	
		ч.в.* %	с.с.з**, баллы	ч.в. %	с.с.з, баллы	ч.в. %	с.с.з, баллы	ч.в. %	с.с.з, баллы
<i>Психогенно-детерминированные</i>									
1)	нозогенный	6	1,0±0,00	12	1,0±0,00	12	1,0±0,00	76	2,2±0,09
2)	ятрогенный	2	1,0±0,00	28	1,5±0,14	24	1,2±0,17	64	2,1±0,09
<i>Аутогенно-детерминированные</i>									
1)	<i>метафизические:</i>								
а)	аутометафизические	90	2,8±0,06	68	2,4±0,08	60	1,8±0,20	4	1,0±0,00
б)	аллометафизические	16	1,3±0,16	84	2,8±0,06	80	1,9±0,19	12	1,0±0,00
2)	<i>эгодиффамационные:</i>								
а)	эгодистонические	2	2,0±0,00	24	2,5±0,15	20	2,2±0,20	8	1,0±0,00
б)	депривационно-фрустрационные	96	2,5±0,09	80	1,7±0,10	52	2,1±0,14	60	1,4±0,13
<i>Социогенно-детерминированные</i>									
1)	<i>интраперсональные</i>	12	1,3±0,21	56	1,36±0,11	68	1,53±0,18	100	2,52±0,18
2)	<i>коперсональные</i>	8	1,0±0,00	4	1,0±0,00	16	1,25±0,25	96	2,75±0,11
3)	<i>интерперсональные:</i>								
а)	интраматримониальные	76	1,24±0,08	90	1,16±0,06	100	1,28±0,11	96	2,58±0,13
б)	микросоциальные	70	1,17±0,07	64	1,09±0,05	84	1,14±0,07	96	2,25±0,14
в)	макросоциальные	2,00	1,0±0,00	24	1,08±0,08	44	1,55±0,20	56	2,14±0,20

Примечания:

\* — частота встречаемости;

\*\* — сила субъективной значимости (от 1 до 3 баллов, где 1 балл соответствует незначительной, 2 балла — средней, 3 балла — выраженной силе субъективной значимости события).

При воздействии факторов психогенно-детерминированного круга в разных группах пациентов отмечался выраженный полиморфизм ответа. Так, их воздействие на пациентов ОГ вызывало крайне низкий субъективный ответ — как для

нозогенных, так и для ятрогенных факторов. Напротив, наиболее выраженный психопатогенный эффект эти факторы пробуждали у пациентов ГС-3. У пациентов ГС-1 и ГС-2 отмечались различия в индукции и амплификации психотравмы в зависимости от вида психогенно-детерминированных факторов. Так, наибольшее влияние на психическое состояние пациентов оказывали факторы ятрогенного характера, тогда как нозогенные находили эмоциональный отклик лишь у 12 % пациентов обеих групп ( $p < 0,01$ ).

В рамках воздействия факторов аутогенно-детерминированного (персонологического) круга у пациентов ОГ, ГС-1 и ГС-2 была отмечена повышенная реактивность на персонально-значимые ситуации, тогда как пациенты ГС-3 оставались в подобных ситуациях практически интактными ( $p < 0,01$ ).

Тем не менее, на фоне общей субъективной значимости ситуаций аутогенно-детерминированного характера для пациентов ОГ, ГС-1 и ГС-2, сила выраженности субъективной значимости для отдельных подгрупп факторов имела различия в зависимости от группы исследования.

Так, в рамках подгруппы метафизических факторов наибольшей патогенностью для 90 % пациентов ОГ обладали аутометафизические факторы, тогда как аллометафизические — лишь для 16 % (к тому же, низкой субъективной значимости). В это же время для пациентов ГС-1 и ГС-2 факторы ауто- и аллометафизической подгрупп имели приблизительно равные значения — как по частоте провокации психотравматического ответа, так и по силе отклика, с тенденцией к превалированию ситуаций аллометафизического плана в индукции и амплификации психопатологических нарушений ( $p < 0,01$ ).

Обращали на себя внимание особенности механизмов подобных психогений у пациентов ОГ, ГС-1 и ГС-2. Так, дестабилизация психического состояния во всех случаях происходила вследствие развития внутриличностного конфликта, основанного на ощущении субъективно тягостной диссоциации между представлениями о собственной личности и её месте в социуме (окружающей действительности). Однако у пациентов ОГ в основе этого ощущения лежал хронический конфликт личности с социумом вследствие патоперсонологических особенностей, тогда как у пациентов ГС-1 и ГС-2 —

ощущение собственной изменённости вследствие специфической для шизофрении дефицитарности, выражающейся в эмоциональном оскудении, субъективно тягостном чувстве утраты коммуникативной компетентности etc. В обоих случаях это вело к конфликту с обществом: в первом — через его вторичную эскалацию в силу поведенческих нарушений, во втором — через первичную нозоспецифическую алиенацию.

Для пациентов ГС-3 генез ответа на ситуации аутометафизического плана лежал в плоскости эгодиффамационных факторов и основывался на представлениях о собственной внешней непривлекательности либо социальной несостоятельности (как вследствие когнитивно-мнестического снижения, присущего этой группе больных, так и материально-бытовых проблем семьи либо неблагополучия микросоциального окружения в целом). Индуцирующими психопатогенную роль рассматриваемых факторов являлись ситуации межличностного конфликта, выступавшие пусковым механизмом поиска пациентами объяснений, чаще иррациональных, социальной неуспешности либо бытовых неудач.

Социальное окружение играло для пациентов ГС-3 ключевую роль и в психогенной значимости аллометафизических факторов. Фактически, пациенты перенимали модус поведения окружающих в ответ на ситуации метафизического характера.

Таким образом, факторы алло- и аутометафизических подгрупп являлись фактически вторично-психогенными для пациентов ГС-3 по отношению к социогенно-детерминированным либо эгодиффамационным факторам, выступавшим истинной (первичной) причиной психогений.

Для эгодиффамационных факторов отмечалась выраженная диспропорция в их психогенной значимости для пациентов ОГ, ГС-1 и ГС-2, тогда как для пациентов ГС-3 обе подгруппы (эгодистонические и депривационно-фрустрационные) не имели достоверных различий ни по частоте индукции психогений, ни по силе субъективной значимости (которая, тем не менее, была достоверно ниже, чем у пациентов остальных групп, для которых сила субъективной значимости психотравмирующих ситуаций эгодиффамационного круга находилась в рамках средних и высоких значений).

Эгодистонические факторы вызывали психогенные реакции лишь у 2 % пациентов ОГ (однако во всех этих случаях выраженность их субъективной значимости была средней), тогда как сила их субъективной значимости для пациентов групп сравнения находилась в пределах средней — для пациентов ГС-1 и ГС-2, и низкой — для пациентов ГС-3. При этом, в отличие от таковых у пациентов ОГ и ГС-3, эгодистонические психогении преимущественно были порождены не объективно наличествующими косметическими недостатками внешнего вида, а несуществующими дефектами иллюзорно-интерпретативного плана.

Факторы депривационно-фрустрационного характера как психогенные индукторы также имели достоверно отличающиеся значения в зависимости от группы пациентов. Так, максимальный по частоте и силе выраженности психогенный эффект они имели в ОГ, тогда как в ГС-3 подобный эффект был минимален.

Психогении аутогенно-детерминированного характера зачастую начинались исподволь и со временем приобретали хронический характер.

Что касается факторов социогенно-детерминированного (психосоциального) круга, то для пациентов ОГ они выступали в качестве психогений более редко, нежели для пациентов групп сравнения ( $p < 0,01$ ); субъективный ответ на психотравмирующие ситуации у пациентов ОГ также был менее выраженным.

Наиболее субъективно значимыми социогенно-детерминированные психотравмирующие события являлись для пациентов ГС-3; так, события этого круга воспринимались как психотравмирующие практически всеми пациентами этой группы. По шкале силы субъективной значимости события социогенно-детерминированного круга у пациентов ГС-3 вызвали выраженный либо средний отклик, тогда как у пациентов ОГ, ГС-1 и ГС-2 восприимчивость к подобного рода событиям была достоверно незначительной ( $p < 0,01$ ).

Отмечались различия в восприятии психотравмирующих событий психосоциального круга в зависимости от вида социогений. Так, пациенты ОГ в качестве психотравматических чаще всего рассматривали внутрисемейные и микросоциальные факторы (в 76 и 70 % соответственно, — что, тем не ме-

нее, не превышало показателей групп сравнения — 90 и 64 % для пациентов ГС-1, 100 и 84 % для пациентов ГС-2 и по 96 % для пациентов ГС-3), однако уровень их субъективного отклика на эти факторы оставался низким. Интраперсональные, коперсональные и макросоциальные факторы крайне редко рассматривались пациентами ОГ как психогенные (12, 8 и 2 % соответственно), в отличие от пациентов групп сравнения, где интраперсональные факторы приобретали свойства психогенных для пациентов ГС-1 в 56 %, для пациентов ГС-2 — в 68 %, а для пациентов ГС-3 — в 100 % случаев ( $p < 0,01$ ). Однако коперсональные факторы являлись субъективно малозначимыми и для пациентов ГС-1 и ГС-2, — что, во-первых, говорит о низком стремлении пациентов этих групп (равно как и пациентов ОГ) к заботе об окружающих, даже самых близких, — и, во-вторых, о превалировании в генезе психогений эгоистических тенденций (на фоне сохранения значимости ситуаций внутрисемейного и микро-социального рядов).

Изменение эмоционального фона сопровождало практически все варианты экзацербации психопатологической симптоматики при шизофреноподобном расстройстве, однако отмечались различия в интенсивности аффективной насыщенности переживаний и их валентности в зависимости от генеза патологии.

В некоторых случаях психосоциальные ситуации являлись индукторами процесса бредаобразования. Наиболее подверженными подобному механизму экзацербации являлись пациенты групп сравнения; при этом для пациентов ГС-1 (30 %) и ГС-2 (12 %) было характерно развитие сенесто-ипохондрических идей, а для пациентов ГС-3 (44 %) — идей отношения.

Для рассмотренных психотравмирующих ситуаций характерны следующие этапы развития ответа на психотравму.

Первый этап — *инициальный* — развивается непосредственно после психотравмы и проявляется инициацией дезадаптивных реакций и психопатологических нарушений (преимущественно в эмоциональной сфере и поведенческих паттернах). Продолжительность этапа различна в зависимости от силы и времени экспозиции психотравмирующего фактора.

Второй этап — *стагнации* — характеризуется кристаллизацией структуры переживаний на фоне активации защитно-приспособительных механизмов. Продолжительность этапа составляет от нескольких дней до нескольких недель и даже месяцев.

Третий этап — *резидуальный* — характеризуется достижением стойкого плато общего психического ответа на психотравму. Продолжительность этапа различна и может исчисляться месяцами или даже годами, с теми или иными видоизменениями поведения и образа жизни больного.

При этом психогенно- и социогенно-детерминированные факторы дают пик психопатологических проявлений на первом этапе ответа на психотравму с постепенным снижением к третьему. Ответ на психотравмирующий фактор аутогенно-детерминированного круга в целом характеризуется постепенным нарастанием от первого ко второму этапу и формированием плато с незначительной прогрессивностью — на третьем этапе, что объясняется хроническим характером психотравматизации, постепенным возникновением и медленным осознанием конфликта, в связи с чем первый этап ответа на психотравму в большинстве случаев не имеет чётко очерченных границ и психопатогенетически включён в рамки второго этапа, в течение которого отмечается прогрессивное нарастание психопатологической симптоматики и её закрепление — на третьем этапе.

*Ключевые моменты*

- (1) Классификация факторов психогенной экзацербации шизофреноподобных расстройств различного генеза.
- (2) Частота встречаемости и сила субъективной значимости факторов психогенной экзацербации шизофреноподобных расстройств в зависимости от генеза.
- (3) Факторы психогенной экзацербации как критерии дифференциальной диагностики шизофреноподобных расстройств различного генеза.
- (4) Этапы развития ответа на психотравму при шизофреноподобных расстройствах различного генеза.

*Глава 30*

**СИСТЕМА ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ  
НА ПРОМЫШЛЕННОМ ПРЕДПРИЯТИИ**

Целью психопрофилактической работы в условиях промышленного производства является разработка и осуществление мероприятий, направленных на предупреждение возникновения психической патологии, прежде всего профессионально детерминированной.

Вредные производственные факторы (трудовые процессы или условия производственной среды) могут вызывать как специфические, так и неспецифические психические расстройства.

Среди абсолютно специфических профессиональных заболеваний, при которых наблюдается выраженная психопатологическая симптоматика, следует отметить вибрационную болезнь и хроническую интоксикацию марганцем.

Относительно специфическими называют такие заболевания, которые обычно имеют производственное происхождение, но иногда диагностируются и вследствие влияния бытовых условий.

Неспецифическими заболеваниями являются, например, неврозы, гипертоническая болезнь с сопутствующими нервно-психическими нарушениями и другие заболевания, развивающиеся у работающих на конвейере, у водителей городского транспорта, машинистов пассажирских электропоездов, и у представителей других профессий, связанных с чрезмерным эмоциональным напряжением.

Для планирования психопрофилактических мероприятий, их организации и осуществления необходимы знания о собственно психической патологии, её причинах и проявлении.



ях, а также об условиях, способствующих её возникновению и поддержанию.

Психопрофилактические мероприятия могут быть первичными, вторичными и третичными.

*Первичная психопрофилактика* направлена на предупреждение возникновения нервно-психических нарушений у лиц, работающих в условиях промышленного производства, и подразумевает проведение следующих процедур:

- изучения условий и характера труда на промышленном предприятии;

- изучение распространённости нервно-психической заболеваемости в структуре общей заболеваемости по предприятию;

- обязательные предварительные (для поступающих на работу) и периодические медицинские осмотры, диспансеризация и анализ полученных данных;

- выявление, учёт и динамическое обследование контингента повышенного риска в отношении нервно-психических нарушений.

Поскольку целью *вторичной психопрофилактики* является недопущение аггравации или рецидива нервно-психического расстройства, а также предупреждение возможных его осложнений, то в качестве её основы выступает ранняя этиологическая диагностика и своевременная психотерапевтическая коррекция.

Учитывая, что у лиц с расстройствами психики, работающих в промышленности, существуют определённые производственные, социально-психологические и юридические препятствия к использованию медикаментозной коррекции при развитии непсихотических психических расстройств, именно психотерапия является методом выбора.

Так как в соответствии с действующими юридическими нормативами в большинстве случаев лица с расстройствами психического уровня в анамнезе не допускаются к работам в условиях промышленного производства, то медицинская служба предприятия сталкивается обычно с невротическими расстройствами, расстройствами личности и поведения, а также с психическими расстройствами органического регистра.

Наибольшее распространение методы психотерапии получили при невротических расстройствах, так как в механизмах развития, компенсации и декомпенсации последних определяющая роль принадлежит психогениям. В последние годы происходит смещение акцента с индивидуальной психотерапии невротических расстройств на разработку систем групповой психотерапии, что особенно актуально для промышленного предприятия.

При невротических расстройствах у работников промышленных предприятий целесообразно применение различных форм групповой психотерапии.

Психотерапия проводится как в открытых, так и в закрытых группах. Обычно организуются группы до 10 человек по сходному этиологическому фактору, но с разноплановыми клиническими формами невроза. Реже формируются группы больных с гомогенной невротической симптоматикой с целью применения симптомо-центрированных методик.

Частота групповых занятий может быть различной — от одного раза в неделю до ежедневных, что определяется возможностями медицинской службы предприятия; оптимальная длительность занятий составляет 1 — 1,5 часа.

Когнитивно-бихевиоральная терапия в наиболее полном виде реализует этиопатогенетический подход к пониманию и устранению причин и механизмов развития неврозов, в силу чего оказывается высокоэффективной при лечении прежде всего обсессивно-фобических расстройств, в особенности изолированных монофобий. Методы устранения страха в патогенной ситуации с помощью специально разработанной системы функциональных тренировок оказываются эффективными в комплексе лечебно-восстановительных воздействий у больных неврозом навязчивых состояний даже при затяжном, неблагоприятном его течении.

При лечении иных невротических расстройств у работников промышленных предприятий используются методы, основанные на симптоматических воздействиях (как, например, гипносуггестия).

Рациональная психотерапия может использоваться при лечении неврозов самостоятельно либо в сочетании с другими методами, а также с целью подготовки, например, к групповой психотерапии. Метод апеллирует к логическому мышлению пациента, — при этом в качестве лечебных факторов

используются авторитет врача, убеждение, переубеждение, разъяснение, одобрение, отвлечение и прочие техники и приёмы.

Как и в случаях невротических расстройств, при расстройствах личности и поведения у работников промышленных предприятий всё чаще применяется групповая психотерапия. Задачами групповой психотерапии при этих расстройствах является предоставление возможности самим пациентам оценить свои реакции на жизненные трудности, выявить индивидуально непереносимые ситуации, способствующие декомпенсации, обсудить реакции группы на их поведение; конфронтация лиц, имеющих аналогичные проблемы, позволяет сделать их более восприимчивыми к лечению и добиться нивелировки характерологических девиаций и большей социализации. Главное, чего позволяет достичь групповая психотерапия при патофизиологических расстройствах, — это развития способности предусматривать последствия своего поведения и корректировать его формы в конкретных условиях.

Лечение пациентов с расстройствами личности и поведения рекомендуется проводить в малых группах с включением в них больных неврозами и другими пограничными состояниями. Важное значение при личностных расстройствах имеет также семейная психотерапия.

Непсихотические психические расстройства экзогенно-органического регистра представляют одну из наиболее значимых проблем для работников промышленных предприятий. Эти расстройства характеризуются хроническим, прогрессирующим течением, приводящим во многих случаях к инвалидизации больных. И, хотя психотерапевтическое воздействие в лечении данного контингента является скорее вспомогательным методом, оно оказывает значимый эффект в плане *третичной психопрофилактики*, а также в вопросах социальной адаптации и реабилитации больных.

Ведущими методами в данном случае выступают аутогенная тренировка, семейная психотерапия, гипносуггестия, социотерапия.

При аутогенной тренировке лечебный эффект основан на сочетанном воздействии релаксации и целенаправленных самовнушений. Наиболее широкое терапевтическое применение находят упражнения первой ступени. Проводятся ин-

дивидуальные и коллективные занятия; продолжительность занятий от 30 минут до 1 часа.

При проведении семейной психотерапии используется система методов, направленных на изменение дезадаптивных отношений, складывающихся в семье и обнаруживающих значимую связь с заболеванием, эффективностью лечения и возможностью психосоциальной реабилитации больного.

Несколько реже используется гипносуггестивная терапия с разработкой специальных формул, содержание которых детерминировано особенностями конкретного клинического случая.

Весьма эффективной при данных расстройствах может оказаться система [психо]терапевтических мероприятий, направленная на максимальное раскрытие адаптивных возможностей больных путём организации целесообразного и имеющего саногенное значение взаимодействия с микросоциальной средой — социотерапия.

Она подразумевает организацию системы взаимодействия персонала и больных с вовлечением последних в терапевтический процесс, с репродукцией приближённых к обыденной жизни стилей существования. Организационные формы представляют собой гибкую систему «сред», позволяющих использовать — с учётом личностного склада и психопатологических особенностей больных — наиболее конгруэнтные виды терапии на каждом её этапе.

Клинический опыт и проведённые катамнестические исследования убедительно свидетельствуют о необходимости привлечения для оценки эффективности психотерапии следующих критериев:

- степень клинического (прежде всего симптоматического) улучшения;
- уровень осознания пациентом психологических механизмов заболевания;
- степень восстановления нарушенных отношений личности;
- уровень улучшения социального функционирования и, следовательно, качества жизни больного.

Методы оценки эффективности психотерапии должны давать возможность получения числовых показателей рассматриваемых критериев, регистрации изменений, происходящих

в процессе лечения по каждому из них, статистического анализа полученных с их помощью результатов.

Организация психотерапевтической и психоневрологической помощи на промышленных предприятиях строится соответственно с конкретными условиями и потребностями. Оптимальный вариант предусматривает наличие кабинета психотерапевтической помощи (с наличием штатных должностей психиатра, психотерапевта, медицинского психолога, медико-социального работника) в структуре медико-санитарной части на больших заводах; функционирование кабинета промышленного психиатра при психоневрологическом диспансере для оказания всех видов специализированной помощи работающим на предприятиях; организацию работы психоневролога в поликлинике, обслуживающей предприятие большого масштаба или несколько заводов и фабрик; создание центров психогигиены и психопрофилактики ведомственного подчинения.

Упрощённый организационный вариант включает:

- диспансерное наблюдение;
- оказание первичной психоневрологической помощи;
- проведение оздоровительных мероприятий врачом, прошедшим подготовку специалиста цехового врачебного участка;
- периодическое обследование психоневрологом при плановых медицинских осмотрах рабочих разными специалистами;
- систематическое наблюдение врачом психоневрологического диспансера.

Как видно из вышеизложенного, применение индивидуальных и групповых методов психотерапии является достаточно перспективным для эффективного лечения непсихотических психических расстройств у работников промышленных предприятий. Вопросы их дифференцированного применения в зависимости от характера психопатологических нарушений, а также выбора оптимальных сочетаний психотерапевтических приёмов, техник и методик нуждаются в дальнейших исследованиях.

### *Ключевые моменты*

- (1) Особенности психопатогенных факторов на промышленном предприятии.
- (2) Уровни психопрофилактики на промышленном предприятии.
- (3) Варианты непсихотических психических расстройств у работников промышленных предприятий.
- (4) Протокольные особенности, клиническое наполнение и методическое воплощение психотерапии непсихотических психических расстройств у работников промышленных предприятий.

## Глава 31

## ПСИХОГЕННЫЕ КОМПОНЕНТЫ ЭКЗАЦЕРБАЦИИ ЭНДОГЕННОГО КАТАТОНИЧЕСКОГО СИНДРОМА КАК МИШЕНИ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ И ПСИХОТЕРАПИИ

Кататонический синдром, а точнее, кататонические синдромы, согласно определению В.В. Чугунова, — группа чередующихся гиперкинетически-акинетических расстройств (кататонические возбуждение и ступор), представляющих собой фазы патогенетически единого процесса, с полиморфными оболочечными психопатологическими проявлениями.

Клинико-психопатологическая специфика кататонического синдрома — а именно наличие импульсивного возбуждения — приводит к высокой частоте проявления ауто- и гетероагрессивных форм поведения, что определяет социальный приоритет контроля за экзацербациями среди данного контингента.

Кататонические проявления возможно наблюдать у большинства хордовых, начиная с земноводных, что позволяет судить об архаичности данного явления и его эволюционном значении — как базисного защитного механизма (который можно условно определить формулой «замри или защищайся»), активирующегося в случае недостаточной эффективности сложных модусов взаимодействия с опасностью.

Возвращаясь к кататоническим расстройствам в ракурсе клинической психопатологии, следует отметить единообразие компонентов кататонического синдрома в рамках патонозологических форм различного регистрового наполнения, —

что, по-видимому, объясняется единством нейрометаболического механизма, лежащего в основе примордиальных компонентов кататонии (ступора и [импульсивного] возбуждения), при различных модусах его индукции и реализации.

В силу смещения этиотриггерного факториума и патогенетических механизмов кататонических синдромов в зону «эндогенности» (*id est* «криптогенности») формирование единообразных подходов к мониторингу и психопрофилактике экзацербаций данного кластера психопатологических расстройств является чрезвычайно затруднительным. Однако распределение, пусть условное, нозологических форм, выполненных психопатологическими расстройствами, в структуре которых представлен кататонический синдром или его клинически значимые компоненты, на некие группы — согласно их происхождению, — позволяет сформировать рабочие модели индикации экзацербаций, а также разработать конгруэнтный модус психопрофилактики.

Итак, в рамках поставленной задачи целесообразным представляется следующая группировка пато-нозо-синдромальных форм, имеющих в своей структуре кататонический синдром либо его клинически значимые компоненты:

- 1) эндогенная группа:
  - кататоническая форма шизофрении;
  - иные формы шизофрении с кататоническими включениями;
  - аффективные психозы с кататонической импрегнацией;
- 2) органическая группа:
  - органические психозы с кататоническим синдромом;
  - сенильные психозы (поздняя кататония);
- 3) экзогенная группа:
  - интоксикационные психозы с кататоническим синдромом;
  - инфекционные психозы с кататоническим синдромом;
- 4) психогенная группа:
  - истерокаатония.

Кататонические проявления в рамках эндогенной нозологической группы обладают специфической динамикой течения, состоящей в чередовании активных психотических фаз и ремиссий (последним соответствуют интермиссии в случа-

ях шизоаффективного и биполярного аффективного расстройств).

Как показывают психоанамнестические и клинико-психопатологические исследования, начало экзацербаций психопатологической семиотики в рамках эндогенных расстройств (при наличии результатов нейровизуализации, исключающих органическую этиологию кататонии) имеет высокую конкордантность с воздействием психогений, что позволяет идентифицировать механизмы и помогает создать рабочие модели индикации экзацербаций, а также разработать конгруэнтный модус психопрофилактики эндогенной кататонии, о которых говорилось выше.

С точки зрения клиники механизмы экзацербаций эндогенных кататонических расстройств с участием психогенных триггеров могут быть представлены следующим образом:

— в рамках кататонической формы шизофрении: психогения → психотравматизация → психастенизация с аутизацией, негативизмом и мутизмом → активация процессов кататонического возбуждения / ступора → оформление базисных компонентов кататонического синдрома;

— в рамках иных форм шизофрении с кататоническими включениями: психогения → психотравматизация → психастенизация с аутистическим погружением и интериоризацией переживаний → появление / усиление нарушений ассоциативного процесса (структурно-логические нарушения мышления) во взаимосвязи с расстройствами восприятия → ослабление критики → бредообразование → появление микрокататонической семиотики, кататоническая аранжировка параноидных проявлений либо активация процессов кататонического возбуждения / ступора → оформление базисных компонентов кататонического синдрома;

— в рамках аффективных психозов с кататонической импрегнацией: психогения → психотравматизация → психастенизация с депрессивным погружением и интериоризацией переживаний → формирование патологически изменённого аффективного фона → аффектогенные нарушения мышления → бредообразование → активация микрокататонических компонентов либо кататоническая аранжировка аффективно-бредовых проявлений → [оформление базисных компонентов кататонического синдрома].

Выделение вышеуказанных звеньев психопатогенеза эндогенно-кататонических нарушений позволяет выделить четыре условные стадии их экзацербации с характерными триггерными зонами (с преимущественно амплифицирующими либо негативно-суппортивными свойствами):

- 1) *предиспозиционная* («психогения → психастенизация»);
- 2) *реактивная*, или *препсихотическая* («психастенизация → нарушения мышления / аффекта»);
- 3) *психотическая* («структурно-логические нарушения мышления либо патологическая аффективность → бредообразование»);
- 4) собственно *кататоническая* («[микро]кататонические компоненты, аранжировки или процессы → кататонический синдром»).

Следует отметить отсутствие либо абортивность третьей стадии экзацербации в рамках кататонической формы шизофрении, что детерминирует резкий переход к клинически выраженным проявлениям кататонического синдрома.

Учитывая общность звеньев и элементов психопатогенеза (таких, как психогения с последующей психастенизацией, и предрасполагающие по отношению к кататоническим расстройствам нарушения в иных психических сферах) во всей эндогенной группе, возможно использование их в качестве *индикаторов степени вероятности* развития базисных кататонических нарушений (возбуждения и ступора) при условии наличия кататонических расстройств в индивидуальном анамнезе.

Наличие же психогенных факторов экзацербации и общих для всех эндогенных кататонических расстройств стадий её развития позволяют сформировать некое временное «окно» психотерапевтического воздействия, — ограниченное, с одной стороны, регистрацией факта психогении (либо уже проявленных реактивных феноменов или психастенических проявлений с нарастанием аутизации и «болезненного сосредоточения»), с другой — переходом экзацербации в психотическую стадию.

Содержательно же психотерапевтические потенции детерминированы компетентностью метода в отношении реактивно-психогенных моментов, поскольку по крайней мере

один из триады критериев реактивных состояний по К. Jaspers'у [1 — 3]\*, — а именно тот, согласно которому психотравмирующая ситуация находит своё отражение в содержании болезненных переживаний, актуален и для экзацербации эндогенно-процессуальных заболеваний (на что указывалось ещё В.А. Гиляровским [4]\* и П.Б. Ганнушкиным [5]\*): звучание психотравмы обнаруживается на стадиях предиспозиционной, реактивной и даже психотической (очевидно, что на последней психотерапевтические усилия будут направлены на дезафектацию переживаний, за исключением стрессорных методов с их неспецифическим, пробуждающим общие защитные реакции организма, саногенезом, либо комплаенс-ориентированной когнитивно-бихевиоральной терапией).

Указанные выше динамические особенности экзацербаций формируют следующие возможные векторы психопрофилактических, с привлечением психотерапевтических методов, воздействий.

1. Исключение психотравматизации и триггерного воздействия психогений в целом в случае состоявшегося стрессорного воздействия (а именно недопущение психотравматизации с последующей психастенизацией и аутистическим либо депрессивным погружением), что требует континуального психотерапевтического воздействия в периоды ремиссий (интермиссий), с использованием следующих методов и методик: рациональная психотерапия, методики релаксации и аутогенной тренировки (в том числе с использованием психотонических вариантов), когнитивно-бихевиоральная терапия, терапия творческим самовыражением, экзистенциальная терапия, групповые методики, обучение копинг-стратегиям.

2. Предупреждение развития реактивного состояния и инициации препсихотических нарушений (путём формирования личностной резистентности к психогениям либо адекватных модусов совладания (копинга), для чего также необходимо перманентное психотерапевтическое воздействие в периоды ремиссий (интермиссий), с применением следующих методов и методик: аутогенная тренировка, когнитивно-бихевиоральная терапия, групповые методики, суппортивные варианты психотерапии, обучение копинг-стратегиям.

Следует заметить, что специфическое эмоционально-волевое снижение при патологии шизофренического спектра обнаруживает определённый агонизм с направленностью заявленной психопрофилактики-психотерапии в силу глобального снижения уровня эмоционального резонанса.

3. Недопущение перехода в стадию психотической экзацербации (путём купирования проявлений реактивной стадии), что требует комплексных психотерапевтических и психофармакологических воздействий на ведущие компоненты препсихотических психопатологических нарушений, с привлечением следующих методов и методик: когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка, активирующая психотерапия, рациональная психотерапия, групповые методики.

В нижеприведённой таблице 30 систематизированы представления о некоторых мишенях и механизмах — саногене-

**Таблица 30**  
**Мишени и механизмы психотерапии и психопрофилактики эндогенной кататонии**

Предиктор	Клиническое наполнение и мишени	Вектор психотерапии	Метод / методика психотерапии
истощаемость	психастенизация с аутистическим погружением и интериоризацией переживаний, снижение личностной резистентности к психогениям	формирование дефензивных антистрессовых барьеров	когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка (в том числе психотонический вариант)
снижение волевых и мотивационных компонентов деятельности	интроспективно-аутистический модус личностного реагирования	адекватная рационализация болезненных переживаний, формирование побудительной мотивации к деятельности	активирующая, рациональная и экзистенциальная психотерапия, суггестивные методики, поведенческая терапия, аутогенная тренировка
сенестопатии	инициация процессов интерпретативного бреда-образования	рационализация болезненной interoцепции	рациональная психотерапия, поведенческая терапия, групповая терапия

тических и превентивных — психотерапии и психопрофилактики психогенных экзацербаций эндогенно-кататонических психопатологических проявлений.

Использование психотерапевтических методов при психопатологических расстройствах кататонического характера (синдромальной, композитной либо микрокомпонентной структуры) осуществляется в ракурсе превенции психогенно-детерминированных экзацербаций. При этом активная терапия собственно компонентов кататонического синдрома является фактором, исключающим применение большинства методов и методик психотерапии, за исключением принадлежащих к рациональной и поведенческой парадигмам, что следует учитывать при составлении терапевтических программ.

#### *Ключевые моменты*

- (1) Дефиниция и клинико-филогенетическая характеристика кататонических синдромов.
- (2) Классификация пато-нозо-синдромальных форм, имеющих в своей структуре кататонический синдром либо его компоненты.
- (3) Механизмы экзацербаций эндогенных кататонических расстройств с участием психогенных триггеров.
- (4) Стадии экзацербации и триггерные зоны эндогенного кататонического синдрома.
- (5) Содержательные, динамические и методические особенности психопрофилактики-психотерапии эндогенной кататонии.

## Глава 32

## ПСИХОГЕННЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПОСТШИЗОФРЕНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ КАК МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ

Постпсихозфреническая депрессия представляет собой развивающийся после шуба комплекс гетерогенных психопатологических расстройств различной регистровой принадлежности, где на первый план выступают изменения аффективности парадепрессивного характера.

Среди компонентов, формирующих семиотический базис данной пато-сидромальной формы, следует отметить такие:

- *предиспозиционно-патоперсоналогический* (во взаимопроникновении преморбидно-личностной и реактивно-характерологической составляющих);
- *эндогенный* (распадается нозоспецифическую и постпсихотическую составляющие);
- *экзогенно-органический* (точнее, экзогенно-интоксикационный);
- *психогенный* (психотравматический), как совокупность персоналистически-экзистенциальных, интра- и постгоспитальных факторов;
- *фармакогенный*.

Из названных компонентов лишь последний подлежит психотерапии как методу выбора; преимущественно (но не исключительно) психотерапевтическими методами возможно достичь частичной коррекции первого из них; в терапии эндогенного компонента облигатным является сочетание биологических, медикаментозных и, в меньшей степени, психокоррекционных аффекто-центрированных воздействий. Что касается экзогенно-органического компонента, то он играет исключительно ингибирующую по отношению к психотера-

певтическим усилиям роль, хотя его терапия — в типовых условиях преимущественно ноотропно-нейрометаболически-нейропротекторного характера — может являться синергичным психофармакологическим фоном проводимой психотерапии; воздействие последнего компонента следует, в целях психотерапии, нивелировать — путём отмены оказывающих депрессогенный эффект препаратов.

*Предиспозиционно-патоперсоналогический компонент* определён преморбидными особенностями личности, играющими роль в инициации, амплификации и эксацербации постпсихозфренической депрессии; клиническое наполнение этого компонента включает черты характера, приводящие к ухудшению социального взаимодействия (аутичность, чужаковатость, эксцентричность, конфликтность, агрессивность, импульсивность, подозрительность, грубость и тому подобные), а также склонность к психопатоподобным реакциям (истероидным, эксплозивным, астеническим, ипохондрическим, диссоциальным и прочим).

К *нозоспецифической составляющей эндогенного компонента* (эндогенный факториум) относятся клинические особенности заболевания, приводящие к развитию постпсихозфренической депрессии, а именно:

- остаточные параноидные включения, фабула которых обуславливает наличие тревожно-депрессивных и анксиозно-фобических, а также псевдообсессивных переживаний;
- негативная постманифестная симптоматика, вызывающая субъективные ощущения психического дискомфорта, собственной изменённости, несостоятельности, в том числе гипопатически-гипобулические проявления, идентифицируемые самими пациентами — нередко вследствие ятрогенной индукции — как депрессивные;
- сенесто-ипохондрические проявления.

*Постпсихотическая составляющая эндогенного компонента* — это выполняющие фасадную семиотику постпсихозфренической депрессии изменения аффективности парадепрессивного характера.

Спектр нарушений эмоциональной сферы и аффектогенных нарушений иных сфер при постпсихозфренической депрессии широк и разнообразен: собственно гипотимия, чувство тоски, тревога, угнетённость, чувство вины, ангедония, идеаторная заторможенность, идеи малоценности, суицидальные



мысли, инсомнические расстройства, чувство непреходящей усталости, апатия.

По клинической картине выделяют ряд вариантов постшизофренической депрессии, феноменологическое наполнение которых позволяет говорить о целесообразности психокоррекционных воздействий:

— астено-депрессивный (с преобладанием витальной астении);

— депрессивно-дисфорический (с мрачной раздражительностью, злобой и агрессией по отношению к окружающим и эпизодами идеомоторного возбуждения на высоте переживаний);

— депрессивно-ипохондрический (с сенестопатиями и следами конгруэнтного — валеоцентрического — резидуально-интерпретативного бреда);

— тревожно-депрессивный (с выраженной аранжировкой тревоги и беспредметного страха, паническими пароксизмами);

— депрессивно-апатический (с явлениями *anaesthesia psychica dolorosa*);

— депрессивно-дезидерический (с преобладанием чувства витальной тоски);

— депрессивно-фобический (с проявлениями предметного страха преимущественно социо- либо рекуррентно-нозофобического содержания);

— депрессивно-динамический (с преобладанием двигательной заторможенности и эпизодами идеаторного автоматизма);

— депрессивно-психосенсорный (с чувством собственной изменённости и фрагментами дереализационных переживаний).

*Экзогенно-органический компонент* по механизму возникновения является *экзогенно-интоксикационным* в силу существующего протокола терапии шизофрении, подразумевающего облигатное применение психофармакологических средств, однако его последствия — по окончании специфического психотропного действия этих препаратов — находятся, по сути, в органическом регистре (учитывая патоаффективные включения органического генеза).

Как указывалось выше, препараты, применяемые для коррекции свойственных данному компоненту психопатологических проявлений, могут формировать синергичный фармакологический фон психотерапии: антидепрессивный,

тимоизолептический, анксиолитический, антифобический, транквилизирующий, ноотропный, вегетостабилизирующий, психостимулирующий etc.

К *психогенному компоненту* постшизофренической депрессии — и, следовательно, основным мишеням психотерапии, — относятся такие факторы (психогенный факториум, выполняющий роль инициации, амплификации и экзакцербации) страдания.

#### 1. Персоналистически-экзистенциальные:

— «экзистенциальный шок» от осознания факта наличия психического заболевания, его возможных социально-экономических и медико-диффамационных последствий;

— осознание сути и последствий неадекватного поведения во время разгара заболевания (оскорбление родных и близких, порча и утрата имущества, нанесение физических повреждений, сексуальная расторможенность и тому подобное).

#### 2. Интрагоспитальные:

— изоляция, принуждение, стеснение (фармакологическое и физическое);

— нарушение медицинским персоналом принципов этики и деонтологии;

— вынужденный отказ от привычного уклада жизни и форм проведения досуга;

— пребывание среди психически больных, в том числе возникновение конфликтных взаимоотношений с ними etc.;

#### 3. Постгоспитальные:

— социальная стигматизация вследствие установления / разглашения диагноза психического заболевания (и даже самого факта госпитализации в психиатрический стационар);

— последствия формирования феномена госпитализма (фактически — трансформация образа жизни со снижением активности, мотиваций, отсутствием ответственности за принятие решений; привыкание к «жизни в болезни»);

— объективное повреждение социального функционирования и снижение уровня материального благополучия (ухудшение материально-бытовых условий — увольнение с работы, дорогостоящая поддерживающая терапия);

— семейная дезадаптация (конфликтные взаимоотношения в семье, неспособность заниматься привычной повседневной деятельностью).

Самостоятельное стрессорно-психотравматическое значение могут иметь побочные действия и осложнения психотерапии.

Наконец, *фармакогенный компонент* постшизофренической депрессии может иметь как прямое — депрессогенный эффект антипсихотиков, так и косвенное — за счёт формирования пролактогенной ангедонии, — действия.

Предикторы формирования, мишени, векторы и конгруэнтные методы психотерапии постшизофренической депрессии отражены в таблице 31.

**Таблица 31**  
**Предикторы, мишени, векторы и методы психотерапии постшизофренической депрессии**

КОМПОНЕНТЫ	ПСИХО-ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ	ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ БАЗИС	ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН (МИШЕНЬ)	ВЕКТОР ПСИХОТЕРАПИИ	МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ
1	2	3	4	5	6
предиспозиционно-патоперсоналогический	преморбидно-личностная	преморбидные особенности личности	аутичность, эксцентричность, конфликтность, агрессивность, импульсивность, подозрительность, грубость	выработка адекватных форм поведения; повышение уверенности в себе («тренинг уверенности»); «культивирование» положительных эмоций	когнитивно-бихевиоральная терапия; рациональная психотерапия
	реактивно-характерологическая	психопатоподобные реакции	истероидные, эксплозивные, [псих]астенические, [сенесто-] ипохондрические проявления		рациональная психотерапия; аутогенная тренировка
эндогенный	нозоспецифическая	клинические особенности предрасполагающего заболевания	остаточные параноидные включения	стимулирование эмоциональности; ресоциализация; аутогармонизация; выработка коммуникативных навыков	активирующая психотерапия; психотоническая тренировка; когнитивно-бихевиоральная терапия; арттерапия
			негативная постманифестная симптоматика		
			сенесто-ипохондрические переживания		
	постпсихотическая	изменение аффективности парадепрессивного характера	гипотимия; чувства тоски, тревоги, вины; ангедония, апатия	социальная реабилитация; рационализация транзиторных (аафектогенных) патологических состояний	рациональная психотерапия; психометодология; семейная терапия; когнитивно-бихевиоральная терапия; рациональная психотерапия
аафектогенные нарушения мышления			идеаторная заторможенность, идеи малоценности, суицидальные мысли		

**Продолжение таблицы 31**

1	2	3	4	5	6	
психогенный	экзогенно-органический	экзогенно-интоксикационная	нормативные эффекты и осложнения психотерапии	нейролептический, психоорганический, [псих]астенический, цереброншемиический, ангиодистонический синдромы; депрессогенный эффект	рационализация переживаний	рациональная психотерапия; аутогенная тренировка
	пост-госпитальная	персоналистически-экзистенциальная	осознание факта наличия заболевания, сути и последствий неадекватного поведения во время болезни	«экзистенциальный шок», семейная и социальная дезадаптация	рационализация переживаний; аутогармонизация; социальная реабилитация; выработка коммуникативных навыков	экзистенциальная психотерапия; рациональная психотерапия; семейная психотерапия; когнитивно-бихевиоральная терапия; личностно-реконструктивная терапия
		интрагоспитальная	интрагоспитальная психотравматизация; ятрогении; социальная депривация	конфликтогенные, ятрогенные и депривационные психотравмы		
аранжирующие	вариантообразующая	пост-госпитальная	социальная стигматизация; госпитализм; нарушение социального функционирования; семейная дезадаптация	синдром «экзистенциальной недостаточности»; «нажитая реактивная лабильность» (вторичная невротизация); стигмы «неполноценности»		
			астенический (витальная астения)	астения	активация	психотоническая тренировка, телесно-ориентированная психотерапия, гипноустествивные методики
			дисфорический (с агрессией и эпизодами идеомоторного возбуждения)	дисфория, эксплозивность, агрессия, психомоторное возбуждение	выработка адекватных форм поведения, контроль аффекта	когнитивно-бихевиоральная терапия, рациональная психотерапия
			ипохондрический (с сенестопатиями и резидуальным бредом)	ипохондриа, сенестопатия, элементы бредового восприятия и интерпретации	рационализация переживаний, нивелирование сенестопатических переживаний	рациональная психотерапия, суствестивные методики
			анксиозный (с паническими пароксизмами)	чувство тревоги, беспокойство, пароксизмы паники	релаксация, нивелирование тревоги, купирование панических пароксизмов	аутогенная тренировка, гипноустествивные методики, музыкотерапия
			апатический (с явлениями anaesthesia psychica dolorosa)	апатия, психическая гип- и анестезия	стимулирование эмоциональности	активирующая психотерапия, рациональная психотерапия, экзистенциальная психотерапия
дезидерический (с чувством витальной тоски)	гипотимия, чувство витальной тоски	релаксация, гармонизация мировосприятия	рациональная психотерапия, музыкотерапия, библиотерапия, экзистенциальная психотерапия			

Продолжение таблицы 31

1	2	3	4	5	6
аранжирующие	вариантообразующая	фобический (социо- и рекуррентные нозофобии)	фобические переживания	нивелирование фобических переживаний	рациональная психотерапия, гипносуггестивные методики, аутогенная тренировка, экзистенциальная терапия, симультанно-мнестическая психотерапия
		адинамический (с брадикинезией и идеаторными автоматизмами)	брадикинезия, гипотимия, элементы идеаторного автоматизма	стимулирование эмоциональности	активирующая психотерапия, когнитивно-бихевиоральная терапия, рациональная психотерапия
		психосенсорный (с дереализационными переживаниями)	элементы дереализации и деперсонализации	рационализация переживаний	телесно-ориентированная психотерапия, рациональная психотерапия, симультанно-мнестическая психотерапия

*Ключевые моменты*

- (1) Дефиниция постпсихозной депрессии.
- (2) Компоненты и составляющие семиотического базиса постпсихозной депрессии.
- (3) Клинические варианты постпсихозной депрессии.
- (4) Предикторы, мишени, векторы и методы психотерапии постпсихозной депрессии.

## Глава 33

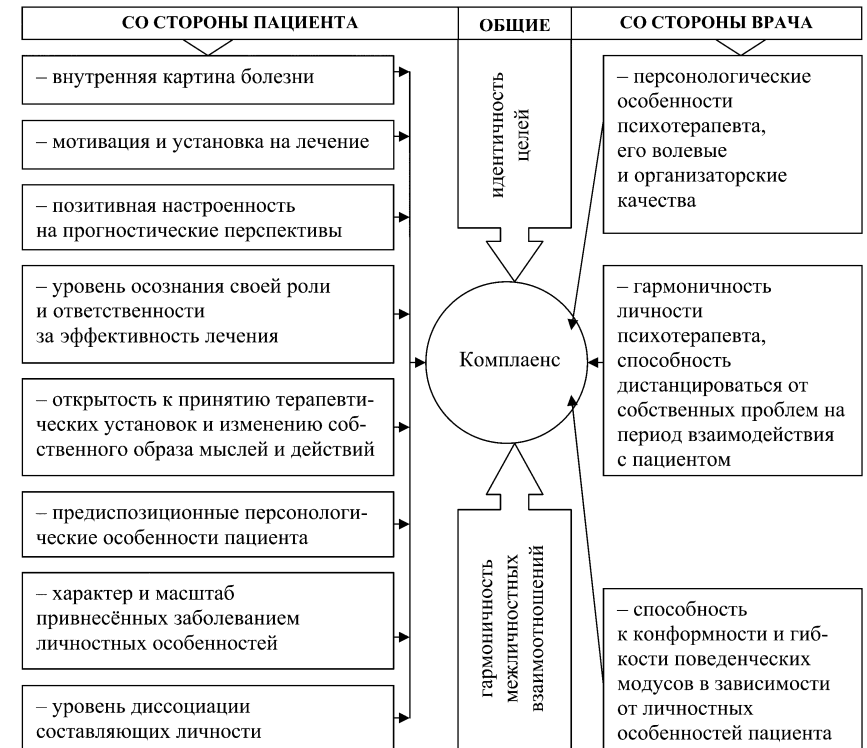
## ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЛАЕНСА В ПРОЦЕССЕ ПСИХОТЕРАПИИ ДИССОЦИАТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Непременным условием эффективности любого лечебно-реабилитационного взаимодействия в настоящее время признаётся психологическая направленность пациента на лечение, его активное участие в терапевтическом процессе, — который осуществляется с учётом не только специфических особенностей пато-нозологической, но и индивидуальных черт, а также характера реагирования пациента на заболевание.

Приверженность пациента к выполнению назначений и рекомендаций врача на протяжении всей истории медицины признавалась крайне важным фактором исцеления, но только в последние десятилетия она стала предметом научных исследований, в ходе которых выкристаллизовался англоязычный термин «комплаенс» (*английское compliance* — согласие, соответствие), под которым понимается достижение клинически значимого уровня заинтересованности пациента в лечении, максимально точного выполнения врачебных назначений и рекомендаций.

Следует отметить, что формирование комплаенса, *id est* «комплаентность» терапевтического взаимодействия в целом, зависит не только от личностных особенностей либо установок пациента, но и от особенностей личности врача и его *sui generis* коммуникативной и психотерапевтической компетентности.

Факторы, предопределяющие комплаенс к терапии, — именно факторы «со стороны пациента», факторы «со стороны врача» и так называемые факторы «альянса» (в формировании / продуцировании которых равное участие принимают как пациент, так и психотерапевт) — в схематическом виде приведены на нижерасположенном рисунке.



К предопределяющим комплаенс факторам «со стороны пациента» относятся:

- уровень критичности отношения к собственному психическому состоянию, особенности внутренней картины болезни, адекватность отношения к заболеванию;
- уровень мотивации и наличие установки на лечение;
- уровень осознания своей роли и ответственности за эффективность лечения;

— прогностические ожидания, вера в перспективы выздоровления;

— открытость к принятию терапевтических установок и настроенность на изменение своего «Я», образа мыслей и действий; позитивное восприятие новых особенностей жизненного и социального функционирования; готовность к переменам;

— персонологические особенности пациента (акцентуации характера, свойства темперамента, тип высшей нервной деятельности etc.), накладывающие отпечаток как на клиническую картину заболевания, так и на отношение пациента к терапевтическому процессу, его поведенческие и эмоциональные реакции в ответ на психотерапевтические вмешательства, внутригоспитальное взаимодействие, а также способность к выполнению медицинских рекомендаций;

— характер и масштаб привнесённых заболеванием патоперсонологических трансформаций;

— уровень диссоциации «Я», а также параметров интеграции и сопряжённости психических составляющих.

К *предопределяющим комплаенс факторам «со стороны психотерапевта»* относятся:

— персонологические особенности психотерапевта, его волевые и организаторские качества;

— личностная гармоничность психотерапевта, способность к дистанцированию от собственных проблем на период взаимодействия с пациентом (наличие у психотерапевта акцентуаций личности, эмоциональных проблем, склонности к формированию дефензивных феноменов, как правило, приводят к дисконплаентности);

— способность к конформности и гибкости модуса поведения в терапевтическом альянсе в зависимости от личностных особенностей пациента, в широком спектре: от эмпатии до директивности.

Недопустимо развитие такого нередко возникающего в процессе психотерапии (особенно психотерапии диссоциативных расстройств) интеркуррентного феномена «со стороны пациента», как перенос,— для предупреждения чего требуются регулярный контроль и постоянная перепровер-

ка качества терапевтического альянса с целью своевременной модернизации позиции психотерапевта и гармоничной с точки зрения комплаентности перестройки модуса взаимоотношений.

К *факторам «альянса»*, влияющим на комплаенс к терапии, относятся:

— гармоничность межличностных взаимоотношений в терапевтическом альянсе;

— идентичность обоюдных целей и установок.

Специфические изменения комплаентности характерны для невротологической клиники, поскольку невротическим расстройствам свойственны сложные, чаще патологические, трансформации модусов личностного реагирования, что отражается как на коммуникативных стилях и стратегиях взаимодействия (в том числе внутригоспитальных), так и на особенностях внутренней картины болезни. Довольно часто при невротических расстройствах — и, особенно, расстройствах диссоциативных (истерии) — наблюдаются нозофилчески-утилитарные, аггравационные, симулятивные тенденции,— что делает комплаенс не более чем формальной демонстрацией социально выгодного терапевтического конформизма.

С позиций отмеченных выше предопределяющих комплаентность факторов можно выделить ряд ассоциированных с диссоциативными расстройствами противоречий, препятствующих как достижению комплаенса, так и эффективности терапии в целом:

— неверное понимание пациентом сути психического здоровья при формально декларируемом стремлении к его достижению: когда пациент пытается добиться состояния, которое является заведомо диссонантным окружающей действительности; характерно, что чем больше диссоциативных проявлений обнаруживает пациент, тем сильнее он стремится к неверно трактуемой собственной идентичности как якобы оптимальному варианту психического здоровья;

— диссоциация между представлениями пациента о «надлежащем» терапевтическом процессе и истинно правильным процессом терапии, принять реалии которого пациент оказывается не готов;

— непонимание собственной ответственности за процесс лечения и достигнутый результат, поскольку большинство пациентов занимает пассивную, — а точнее, субмиссивную с оттенком виктимности, — позицию (фактически: «меня лечат», а не «я лечусь»);

— несоответствие воображаемого «эталонного» образа врача, который а priori должен обладать определённым набором заведомо предписанных ему качеств и ролевых паттернов, реальной ситуации; подобная инконгруэнтность ожиданий может препятствовать достижению комплаенса при соблюдении прочих условий;

— одновекторность достигнутых комплаентных отношений: комплаенс, как директивная составляющая терапевтического процесса, может не соответствовать жёстко заданной «Я»-структуре больного диссоциативным расстройством, и потому — чем большей стабильности терапевтического альянса удаётся достичь за счёт ориентации на личностные особенности пациента в начале терапии, тем более дисгармоничным и менее комплаентным становится этот альянс по мере выздоровления пациента; в этой связи, чем больше выражена связь личностных особенностей пациента и диссоциативной симптоматики, тем более частого пересмотра требует мodus реализации терапевтического альянса.

### *Ключевые моменты*

- (1) Дефиниция и клинический смысл явления комплаентности.
- (2) Предиспозиционные факторы комплаентности.
- (3) Специфические факторы дисконплаентности при диссоциативных расстройствах.

## Глава 34

**ПРЕДИКТОРЫ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ  
И ПАТОПЕРСОНОЛОГИЧЕСКИХ  
НАРУШЕНИЙ, ФАКТОРЫ НЕВРОТИЗАЦИИ  
И МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ  
ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ II ТИПА**

Соматогенные психопатологические нарушения непсихотического уровня, фактически выполняющие сферу компетенции «малой психиатрии», являются чрезвычайно распространёнными за счёт нарастающей тенденции к «эпидемии неинфекционных заболеваний» с преимущественно хроническими формами течения, которая детерминирована воздействием социально-средовых факторов, — таких, как увеличение средней продолжительности жизни, урбанизация (сопровождаемая радикальной трансформацией *modus'a vivendi* с перманентной массивной психотравматизацией, информационными перегрузками, гиперфагией и гиподинамией), успехи системы профилактической медицины и прочих подобных.

Сахарный диабет II типа, по мнению F. Alexander'a [1]\*, является психосоматозом, формирующимся в два этапа: функционального органного психоневроза (при этом под последним понимается «хроническое эмоциональное расстройство») и «необратимых тканевых изменений» с формированием органического заболевания.

В настоящее время полагается, что триггерный механизм психогений при сахарном диабете II типа имеет две кардинальные черты:

- отсроченность (латентный период высокой длительности);
- стресс-кумулятивный характер.

В обобщённом виде психопатогенетический механизм с точки зрения «стрессорной гипотезы» сахарного диабета II типа выглядит следующим образом:

стресс (психотравматизация) → повышение уровней адреналина и кортизола → гипергликемия с «глюкозотоксическим эффектом» → снижение секреции инсулина → нарастание инсулинорезистентности тканей → повышение липолиза → вторичная гипергликемия + интенсификация глюконеогенеза → манифестация сахарного диабета.

Психотравма при сахарном диабете II типа имеет прямое — экзацербация согласно описанному выше механизму, — и опосредованное — через дисконплаентность — действие.

Коморбидные психические нарушения у пациентов с сахарным диабетом II типа могут развиваться на разных этапах течения заболевания и проявляться психопатологическими синдромами как невротического, так и психотического уровней. Клиническая картина и степень проявления психопатологической семиотики зависит от стадии и характера течения заболевания, наличия осложнений (избыточная масса тела, сердечно-сосудистые заболевания, цереброваскулярная патология, атеросклероз, хроническая почечная недостаточность, ретинопатия с последующей слепотой, гангрена нижних конечностей etc.). В начале заболевания в более чем половине случаев психические нарушения проявляются в виде психоэндокринного синдрома («эндокринного психосиндрома», по M. Bleuler'у [2]\*), характеризующегося соматогенным [псих]астеническим симптомокомплексом, лабильностью и иными нарушениями эмоциональной сферы, искажением влечений и инстинктов, а также повышенной сенситивностью к психогенным факторам.

При давности заболевания более десяти лет в половине случаев наблюдается психоорганический синдром (иногда в амнестическо-органическом варианте — амнезии, дисмнезии, интеллектуальное снижение с выраженным нарушением осмысления и критического отношения к своему состоянию, вплоть до органического слабоумия), при этом его распространённость равномерно распределена между возрастными категориями 46 — 55 лет и 56 — 65 лет. В формировании психоорганического синдрома значительную роль играют наблюдаемые в подавляющем большинстве случаев ангиопатии.

В клинической практике преобладает астенический вариант психоорганического синдрома, в клинической картине которого, наряду со снижением интеллектуальной продуктивности и аффективной лабильностью, наблюдаются дисмнезии с сохранением критического отношения к указанным нарушениям.

При эксплозивном варианте психоорганического синдрома к когнитивным нарушениям присоединяется слабость волевых задержек, проявляющаяся в аффективной взрывчатости и потере критики к болезненным проявлениям.

Патогенез психических расстройств непсихотического уровня в рамках клиники сахарного диабета II типа определяется сложным комплексом взаимодействия специфических факторов / механизмов, среди которых важнейшими являются следующие.

1. *Дисметаболические нарушения*, ведущие к формированию неспецифических психопатологических проявлений невротического уровня, а также патоперсоналогических изменений, описанных в структуре классического психоэндокринного синдрома, что формирует патологическую почву для облегчённой психогенной провокации психопатологических нарушений.

Указанный механизм реализуется в рамках континуума:

«нарушения углеводного обмена → энергетическая дестабилизация нейрометаболических процессов → психастенический синдром (эмоциональная лабильность, раздражительность, истощаемость) → снижение порога [психической] реактивности + психогенная провокация → психотравматизация (формирование реактивного состояния) → экацербация психопатологических расстройств».

2. *Вторичное сосудистое поражение центральной нервной системы* (атеросклеротического и микроангиопатического характера), что приводит к развитию дисциркуляторной энцефалопатии, детерминирующей прогрессирующие изменения личности в рамках психоорганического синдрома, со значительным снижением резистентности к психогениям.

Указанный механизм реализуется в рамках континуума:

«нарушения углеводного обмена → метаболические нарушения в структурах сосудистой стенки + специфические атеросклеротические изменения → дисциркуляторные рас-

ройства → дисциркуляторная энцефалопатия → психоорганический синдром (аффективная лабильность, торпидность, вязкость, инертность мышления, когнитивно-мнестические расстройства) → снижение порога реактивности (понижение эффективности антистрессорных барьеров, повышение интенсивности реакций, ретенция аффекта) + психогенная провокация → психотравматизация (формирование реактивного состояния) → экацербация психопатологических расстройств».

3. *Массив факторов невротизации*, детерминируемых как самим фактом наличия хронического заболевания (нозофобия), постоянной необходимостью терапии, модификацией привычного образа жизни, так и инвалидизирующими морфологическими и соматическими нарушениями, в том числе косметическими дефектами внешности, развивающимися на отсроченных этапах заболевания.

Указанный механизм реализуется в рамках континуума:

«нарушения углеводного обмена → соматические осложнения дисметаболических процессов → интроспективное восприятие соматических расстройств в тревожно-ипохондрическом модусе (при снижении порога [психической] реактивности в рамках психоэндокринного и психоорганического синдромов) + социальные и нозокомальные психоиндуктивные факторы → психопатологические расстройства невротического уровня на фоне патоперсоналогической трансформации → дальнейшее снижение порога [психической] реактивности + психогенная индукция → экацербация психопатологических расстройств».

4. *Совпадение дебюта и манифестации сахарного диабета II типа с онтогенетическим периодом психологической нестабильности*, в экзистенциальном дискурсе обозначаемым термином «кризис среднего возраста», что детерминирует выраженное снижение резистентности к психогениям и формирование индивидуально-значимых факторов невротизации.

Указанный механизм реализуется в рамках континуума:

«нарушения углеводного обмена → соматические осложнения дисметаболических процессов → парциальная утрата социальных, семейных и гендерных функций + рутинный комплекс инволюционных психогений → психопатологические



расстройства невротического уровня на фоне патоперсоналогической трансформации → снижение порога [психической] реактивности + психогенная индукция → эскалация психопатологических расстройств».

В целом аффилированные с сахарным диабетом II типа психопатологические расстройства — помимо очерченных клиничко-структурно психоэндокринного и психоорганического синдромов — таковы:

1) депрессии-дистимии, нередко ундулирующе-рекуррентного характера, с выраженными алгическими и астеническими эквивалентами:

— собственно диабетические (возникающие в силу биохимических сдвигов);

— нозогенные (реактивно-невротические — вследствие факта выявления заболевания / установления диагноза);

— коморбидные эндоформные (генетически сопряжённые с сахарным диабетом II типа эндогенные депрессии);

2) неврозоподобные состояния психастенического, неврастенического и тревожно-фобического планов;

3) ипохондрические реакции и развития с сенестопатическими, алгическими и гипотимическими аранжировками;

4) психопатоподобные реакции (вследствие формирования дисметаболической / дисциркуляторной энцефалопатии);

5) истероформные реакции, в том числе псевдогипогликемические пароксизмы (при истерических псевдогликемиях не обнаруживается взаимосвязи с приёмом пищи, применением инсулина и его дозировкой, отсутствуют характерные вегетативные стигмы (потливость, дрожание конечностей, чувство голода));

6) нарушения дигестивного поведения в виде чередующихся комплексов анорексии / булимии;

7) фрустрационно-личностные реакции;

8) «диабетические психозы» (в конце XIX века R. Landenheimer [3]\* выделял даже «диабетический псевдопаралич»).

Пациентам, страдающим хроническими заболеваниями, — и, в особенности, сахарным диабетом II типа, — зачастую приходится прибегать к коррекции своего образа жизни, в том числе изменению привычных занятий и режима активности,

что выступает хроническим стрессовым фактором и приводит к развитию психических расстройств, чаще фрустрационно-депрессивного спектра.

Диабетическая нефропатия, ведущая к хронической почечной недостаточности, вызывает вынужденную социальную изоляцию — и, следовательно, снижение качества жизни пациентов.

При присоединении ретинопатии, в свою очередь приводящей к снижению зрения, могут формироваться депрессивно-ипохондрические расстройства, чаще всего в фобической аранжировке (преимущественно — скотомафобия).

В целом тревожно-депрессивно-ипохондрические расстройства у пациентов с сахарным диабетом II типа чаще выявляются при коморбидных формах патологии и / или осложнениях: ожирении, ишемической болезни сердца, макро- и микроангиопатиях, периферической нейропатии.

Таким образом, основную роль в патогенезе психических нарушений непсихотического уровня в рамках сахарного диабета II типа играют психогенные, патоперсоналогические и психоорганические факторы, что детерминирует приоритетность использования психотерапевтических методов в отношении ключевых звеньев психопатогенеза (прежде всего психогенного и персоналогического порядка) — в качестве как терапевтических, так и психопрофилактических мероприятий.

Исходя из патогенеза психических нарушений при сахарном диабете II типа, возможно выделить две основные цели психотерапевтических воздействий:

— коррекция предикторов развития психопатологических и патоперсоналогических нарушений в структуре психоэндокринного и психоорганического синдромов;

— нивелирование факторов невротизации, связанных с основным заболеванием и его медико-социальными последствиями.

Подлежащие коррекции психопатологические и патоперсоналогические предикторы — в рамках психоэндокринного и психоорганического синдромов — и мишени психотерапевтических воздействий при сахарном диабете II типа приведены в таблице 31.

**Таблица 31**  
**Предикторы и мишени психотерапии**  
**при сахарном диабете II типа**

Предиктор	Клиническое наполнение и мишени	Вектор психотерапии	Метод / методика психотерапии
истощаемость (в структуре психо-органического синдрома)	снижение личностной резистентности к психогениям, снижение трудо-способности	формирование адаптивного модуса микросоциального и семейного взаимодействия	групповая и семейная психотерапия
истощаемость (в структуре психо-эндокринного синдрома)		модификация образа жизни, формирование адаптивного модуса взаимодействия с социумом	поведенческая терапия, аутогенная (психотоническая) тренировка, групповая и семейная психотерапия
аффективная лабильность	повышенная интенсивность реакций	формирование навыков релаксации, переключения	когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка
раздражительность (в структуре психо-органического синдрома)	снижение порога реактивности, микро-социальная и семейная дезадаптация	формирования навыков релаксации и переключения, формирование корректного модуса взаимодействия с социумом	когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка, рациональная психотерапия
раздражительность (в структуре психо-эндокринного синдрома)		формирование терапевтического альянса, обучение коррекции терапии в зависимости от интроспективной оценки переживаний	комплаенс-ориентированные методики, групповая терапия, поведенческая терапия, аутогенная тренировка, рациональная психотерапия
вегетативная дестабилизация	интроспективно-ипохондрический модус личностного реагирования	рационализация болезненных переживаний, коррекция внутренней картины болезни, формирование навыков релаксации и переключения	рациональная психотерапия, суггестивные методики, аутогенная тренировка
соматические проявления заболевания			
вязкость мышления	ретенция аффективных переживаний	формирования навыков релаксации и переключения, обучения навыкам позитивного мышления	когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка
когнитивно-мнестические нарушения	социальная дезадаптация, чувство неполноценности	формирование навыков реадaptации	суппортивные методики, групповая психотерапия

Нозогенные факторы невротизации, выступающие в качестве специфических психогений при сахарном диабете II типа, а также возможные векторы их психотерапии приведены в таблице 32.

**Таблица 32**  
**Нозогенные факторы невротизации**  
**и векторы психотерапии при сахарном диабете II типа**

Фактор невротизации	Вектор психотерапии	Метод / методика психотерапии
факт наличия хронического заболевания, перспектива снижения качества жизни	рационализация переживаний, формирование адаптивных навыков, демонстрация позитивных примеров	рациональная психотерапия, когнитивно-бихевиоральная терапия, групповая психотерапия
перспектива формирования необратимых сомато-морфологических нарушений		
необходимость модификации образа жизни, зависимость от медицинской помощи	формирование модуса позитивного отношения к необходимым изменениям рациона и моциона, формирование терапевтического альянса	аутогенная тренировка, рациональная психотерапия, комплаенс-ориентированные методики экзистенциальная психотерапия, групповая психотерапия
утрата социального, трудового и семейного статусов вследствие прогрессирования заболевания	формирование навыков социальной адаптации, социальная реабилитация, формирование конгруэнтного модуса семейного взаимодействия	суппортивные методики, экзистенциальная психотерапия, групповая и семейная психотерапия
субъективно определяемый когнитивно-мнестический дефицит, возникновение «комплекса неполноценности»		

Использование предиктор-ориентированной системы психотерапии при сахарном диабете II типа обеспечивает конгруэнтную психотерапевтическую коррекцию коморбидных психопатологических нарушений, одновременно выступая эффективным средством психопрофилактики их эскалаций.

*Ключевые моменты*

- (1) Сахарный диабет II типа как психосоматоз: этапность формирования, особенности триггерного воздействия психогений и «стрессорный» психопатогенез.
- (2) Коморбидные психические нарушения при сахарном диабете II типа: клинические формы, факторы и механизмы развития.
- (3) Предикторы и мишени психотерапии при сахарном диабете II типа.
- (4) Нозогенные факторы невротизации и векторы психотерапии при сахарном диабете II типа.

*Глава 35*

**СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПИИ  
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО  
РАССТРОЙСТВА НА ФОНЕ ОТРАВЛЕНИЯ  
УГАРНЫМ ГАЗОМ**

Острые психотравмирующие события, способные служить этиологическим фактором посттравматического стрессового расстройства, зачастую сопряжены с отравлением угарным газом, что является непосредственным следствием ряда катастроф (пожаров, техногенных аварий и прочего подобного). Сам факт отравления угарным газом является психотравмирующим и может как провоцировать, так и потенцировать развитие посттравматического стрессового расстройства.

На фоне отравления угарным газом частота возникновения посттравматического стрессового расстройства увеличивается в полтора раза, клинические же проявления усиливаются и приобретают тенденцию к хроническому течению, а психотерапевтические вмешательства требуют не только комплексного, но и качественно иного подхода ввиду взаимопотенцирования и взаимомодификации психопатологических проявлений.

Учитывая, что в случае отравления угарным газом развитие посттравматического стрессового расстройства происходит на фоне соматической отягощённости вследствие реализации каскада повреждающих воздействий на организм — и, как следствие, возникновения различных компликационных психопатологических аранжировок (психоорганического, соматопсихического, нозогенного характера), — психотерапевтические вмешательства требуют формирования конгруэнт-

ной фармакологической поддержки (могут назначаться антидепрессанты, анксиолитики, ноотропы, нейрометаболические, церебро- и ангиопротекторные средства, адаптогены etc.).

Система психотерапевтической коррекции посттравматического стрессового расстройства на фоне отравления угарным газом включает когнитивно-бихевиоральные, рациональные, гипносуггестивные, психоаналитически- и экзистенциально-ориентированные методы, а также семейную психотерапию.

Формы реализации — групповые и индивидуальные занятия. Группы комплектуются в количестве 8 — 12 человек, исходя из психологической совместимости пациентов; желательно подбирать пациентов, испытавших воздействие однотипного психотравматического фактора. Индивидуальная психотерапия дополняет групповую с целью амплификации эффекта и корригирования нарушений, интактных к групповым методам.

Разработанная система психотерапевтической и социально-психологической помощи больным с посттравматическим стрессовым расстройством на фоне отравления угарным газом состоит из четырёх этапов, как показано на нижеприведённом рисунке.



*Первый этап* включает определение направленности психотерапии соответственно сферным нарушениям; проводится разделение больных согласно доминирующему кругу психопатологических нарушений; пациентам объясняется природа заболевания, особенности лечебной тактики. Применяются рациональная психотерапия и индивидуальная психокоррекционная работа с лицами из ближайшего окружения больных, а также элементы семейной психотерапии.

На *втором этапе* проводится психоаналитически-ориентированная психотерапия с целью выявления наиболее травматических переживаний и их индивидуальной психокоррекции. Сеансы проводятся по 1 часу ежедневно на протяжении недели.

На *третьем этапе* применяется комплексная психотерапия реабилитационно-суппортивного характера: групповая гипносуггестивная терапия, курсы когнитивно-бихевиоральной терапии, рациональной психотерапии, а также психодинамически- и экзистенциально-ориентированной психотерапии.

На этом этапе сохраняется разделение больных на группы в зависимости от доминирующего круга психопатологических расстройств.

Наиболее частое распределение по коморбидным посттравматическому стрессовому расстройству психопатологическим проявлениям и аранжировкам таково:

- больные с расстройствами аффективного круга (склонность к недержанию аффекта и иные эмоциональные нарушения, развившиеся на органическом фоне);
- больные с преобладанием тревожно-фобических реакций и паническими атаками;
- больные с расстройствами депрессивно-ипохондрического круга, возникшими на органическом фоне;
- больные с нарушениями невротически-соматоформного круга с тенденцией к психастеническим реакциям;
- больные с расстройствами личности (обострение личностных особенностей на органическом фоне).

Групповая психотерапия проводится через день по 1 часу на протяжении месяца. По характеру и стилистике реализации она подразумевает директивную и недирективную групповую психотерапию, а также тренинговые методики.

В рамках первой недели занятий больным предоставляется — с катартически-экзистенциальной целью — возможность поделиться переживаниями с лицами, которые имеют либо имели в прошлом аналогичные проблемы.

В дальнейшем — на второй неделе — выявляются и анализируются дезадаптивные модели поведения, а затем участникам предлагается приводить свои варианты их коррекции. Таким образом, в ходе работы пациенты обучаются не только не замыкаться в себе, но и делиться своими переживаниями с окружающими (что значительно снижает внутреннее напряжение), а также принимать помощь и находить решение своих проблем в коммуникации с другими людьми с аналогичными трудностями. Вышеописанная тактика позволяет больным понять первопричины своих переживаний и найти действенные пути избавления от них.

На последней неделе занятий третьего этапа делается уклон в сторону психотерапии, ориентированной на реконструкцию будущего, которая осуществляется посредством методик «Будущая автобиография» и «Психодрама будущего». Участникам предоставляется возможность задуматься над своим будущим, проработать перспективные планы и прогнозы, а также получить советы от группы и определить наилучшие пути реализации задуманного.

Сеансы групповой гипносуггестивной психотерапии длительностью по 45 минут проводятся через день после сеансов групповой психотерапии на протяжении месяца и ориентированы на редукцию основного психопатологического расстройства. Формулы внушения направлены на коррекцию эмоциональных нарушений, уменьшение страхов и снижение тревожности, повышение работоспособности и улучшение общего самочувствия.

Когнитивно-бихевиоральная терапия и рациональная психотерапия в психодинамической или экзистенциальной аранжировке проводятся индивидуально с каждым больным сеансами по 45 минут дважды в неделю. Основной целью сеансов является выявление успехов и недостатков влияния групповой психотерапии — и, в зависимости от результатов, коррекция дальнейшей терапии. Разрешаются моменты, не позволяющие больному продвинуться в улучшении своего состояния, снимаются препятствующие терапии «психологические блокировки».

Одна из важнейших целей когнитивно-бихевиоральной терапии заключается в поиске искажений в мышлении и в обучении пациентов альтернативному, реалистическому модусу восприятия собственной жизни; одновременно с этим проводится поиск новых, адаптивных форм поведения; также закрепляются результаты, полученные на предыдущих этапах.

Основной целью рациональной психотерапии в различных аранжировках является изменение взгляда пациента на себя и свои проблемы, окончательный отказ от представления себя беспомощной жертвой обстоятельств, чёткое разграничение ситуаций, на которые невозможно повлиять — и ситуаций, доступных коррекции / разрешению с помощью принимаемых со стороны пациента усилий.

На *четвёртом этапе* проводятся мероприятия, направленные на социальную адаптацию больных и оптимизацию их компенсаторно-приспособительных механизмов, а также работа с членами семей больных (элементы семейной психотерапии). Этап завершается возвращением пациентов к профессиональной деятельности и полноценному социальному функционированию.

*Ключевые моменты*

- (1) Особенности посттравматического стрессового расстройства на фоне отравления угарным газом.
- (2) Требования к фармакологической поддержке психотерапии посттравматического стрессового расстройства на фоне отравления угарным газом.
- (3) Организационное воплощение и методическое наполнение системы психотерапии посттравматического стрессового расстройства на фоне отравления угарным газом.

## ПСИХОТЕРАПИЯ МЕЖДУ ИСПОВЕДЬЮ И РИТОРИКОЙ В КОНТЕКСТЕ ДИАГНОСТИКИ<sup>70</sup>

Психотерапия повседневно сталкивается с целым кругом общих — скорее даже социетальных, нежели сугубо-клинических, — вопросов, совершенно по-разному проблематизируемых в различных дискурсивных стилях, — как, например, проблема *зависимости пациента от психотерапевта* (и обратная ей — а она, кстати, весьма остро стоит в практике западных специалистов), проблема *выбора стилистики поведения* (прежде всего в контексте бинарных оппозиций «директивность / недирективность», «нейтральность / эмпатия»), проблема *активности пациента* и прочие, — но главным, однако, остаётся тот непреложный факт, что психотерапия — психотерапия вообще и каждая конкретная психотерапия — должна чётко определиться в отношении своих координат в континууме: «говорящий пациент — говорящий психотерапевт».

Очевидно, что крайние положения общего вербального строя дисциплины-психотерапии занимают [классический] *психоанализ* — до комизма афатический — и *групповая рациональная психотерапия*, приближающаяся к дидактически-пси-

---

<sup>70</sup> Что такое *исповедь* — как таинство покаяния — я полагаю, хорошо известно всем, тогда как понятие *риторики*, думаю, необходимо пояснить. Риторика (от греческого *ῥητορικὴ [τέχνη]* или *το ῥητορικόν* — ораторское искусство) — это не просто искусство речи, но целые — и подчас весьма разноплановые — стратегии вербального (в сопровождении эмфатико-интонационного) поведения, — стратегии активные, психотехнически целесообразные, включающие множественные элементы (точнее, даже приёмы) рационализации, императивной суггестии, аналитики, — и, разумеется, не без мнемоники.

хогиеническим информационно-разъяснительным беседам, — где многое, к сожалению, подпадает под определение dico per dire.

Этих проблем попытались избежать *суггестивные* и [когнитивно-]поведенческие методы — каждые по-своему: первые — путём культивации выверенной, компактной, императивной, лапидарно-уверенной — и, главное, смыслообразующей — речи; вторые — посредством намеренного глобального коммуникационного оскудения и игнорирования, по сути, саногенетических аспектов неспецифического вербального общения в процессе — и контексте — психотерапевтических занятий.

(Вообще говоря, именно в психотерапии, кажется, произошла своеобразная возгонка, — *sublimatio* средневековой алхимии, — всех вербальных [физикальных] стратегий: инструментально-ориентированные врачи, сервы аппаратной медицины, совсем утратили привычку говорить — и потому столь часто их речь — и даже её эмфатико-интонационное сопровождение — ятрогенна сама по себе.)

Однако я, кажется, слишком персонифицирую, точнее даже анимизирую, основные психотерапевтические парадигмы, что перечислены выше. Они на самом деле не таковы. Они не выпрэнны, не косноязычны, не самовлюблённы, не механистичны, не корыстны, не неловки, не ятрогенны, не завистливы, не претенциозны, — таковыми делают их иные практикующие *психотерапевты*, — а точнее, большинство из них.

Сами же по себе они, эти самые парадигмы, суть ничто: nihil est in rebus, quod aute non fuerit in verbis.

Рассыпающиеся страницы компилируемых вот уже более полутора столетий текстов.

Перевираемые из десятилетия в десятилетие побасёнки, где низменная героика смешана с местечковой похвальбой «своими».

Былое великое таинство психотехник, наспех стилизованное — от бессилия и с целью легитимизации — под клиническую практику.

Некогда сакральная, табуированная риторика, в одночасье превращённая в инструмент нестойких терапевтических влияний.

Очистительный *si du cœur* рухнувших во времени амфитеатров, ставший — фасованным сеттингом — стыдливый шёпотом.

Смешные грешки одиночки, взращённые на пудрете специфического этно-национального воспитания, порочной конфессии, дурной природы, вредных привычек и химической зависимости — и навязанные легионам, сонмам здоровых — и, что характерно, почти исключительно с примитивной коммерческой целью.

Пустячные апофтегмы, помноженные на просодику должного — и тем самым превращённые в некий — почти уже облигатный — ментальный рацион.

\* \* \*

Когда аналитики молчали и прятались позади кушетки — этого великого инструмента-символа своего псевдокорпоративного Делания — это было плохо: для клинической практики вообще и пациентов в частности; хорошо это было лишь для них самих: они не так сильно утомлялись. Однако по-настоящему худо стало, когда они заговорили. И к ним оказалось вполне применимо: qui quae vult, dicit, quae non vult, audiet.

Их Redefieber — чтобы не сказать логорея — лицемерна и зарательна. Они во все стороны рассеивают, — путая, перевирая и додумывая, — подслушанное и подсмотренное у пациентов, — точнее, у своей *persona dramatis*, единого Пациента-Клиента. Они стали лазутчиками, передаточными звеньями между якобы бессознательным — как они наивно полагают — некоего унифицированного, коллективного индивида и размытым общественным мнением, сформированным их же бесконечно умножаемыми, всё более и более изощрёнными дискурсами (где главным маркёром «аналитической» инспирации ввёрнутого к месту и не к месту скабрёзного суждения является стыдливый смешок).

Создаётся впечатление, что каждый из них верифицирует услышанное на сеансах путём интроспекции — и, окрылённый, побуждается к прозелитизму.

Не следует забывать и о семернице бесстрастных риторических вопросов: quis? quid? ubi? quibus auxiliis? cur? quomodo? quando?



\* \* \*

Вывод же очевиден и прост: психотерапии — как дисциплине, несомненно, рефлектирующей — по обязанности и призыванию — надлежит удерживаться между исповедью [пациента] и риторикой [терапевта].

То же утверждение — вполне определённо — касается и диагностики: в психотерапии она составляет континуум «диагностика-обсервация — диагностика-интерпретация»; истинная же (адекватная, конгруэнтная, нормативная — атрибутивная, наконец!) психотерапевтическая диагностика должна представлять собой *sectio augea*, а именно — диагностику-выявление.

### Рекомендуемая литература

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.

*Ключевые моменты*

- (1) Дискурсивный континуум «исповедь — риторика» в психотерапии.
- (2) Дискурсивные стили различных методов и методик психотерапии.
- (3) Континуум диагностики в психотерапии: «диагностика-обсервация — диагностика-интерпретация».
- (4) Требования к нормативной психотерапевтической диагностике.

**ПОСЛЕСЛОВИЕ**

Здесь я хотел бы коснуться — повторяясь — *punctum saliens* психотерапии — а именно необходимых завершающих шагов её институционализации, а также некоторых перспектив исследований в области психоической терапии речью.

\* \* \*

Существующие проблемы дисциплинарного становления и аутодисциплинарной идентификации психотерапии, связанные как с её нативными характеристиками, так и, во многом, со спецификой её истории-генеалогии, могут и должны быть решены путём разработки и внедрения завершающих мероприятий институционализации психотерапии как самостоятельной медицинской клинической дисциплины.

*Во-первых*, необходимо введение психотерапии в программу обязательного обучения в медицинских высших учебных заведениях как отдельного предмета преподавания для студентов IV — VI курсов, которые уже изучили «смежные» дисциплины (прежде всего психиатрию и неврологию, а также медицинскую психологию, историю медицины, основы философии, общую терапию, инфекционные болезни и прочее).

Для реализации этой позиции необходимо, в частности, сформировать в структуре медицинских вузов кафедры (или хотя бы курсы) психотерапии — или же аналогичные межвузовские кафедры, на которые были бы возложены функции как подготовки студентов, так и последипломного обучения врачей.

*Во-вторых*, необходимо введение интернатуры по психотерапии, что позволит проводить первичную специализацию врачей соответствующего профиля.

*В-третьих*, важнейшим шагом на пути дальнейшей институционализации психотерапии и достижения ею аутодисциплинарной идентичности должно явиться введение шифра научной специальности «психотерапия», поскольку до настоящего времени выполняемые в этой области диссертационные исследования — а их не так мало, невзирая на то, что их, из конъюнктурных соображений, стараются не планировать изначально — вынужденно идентифицируют с различными «смежными» дисциплинами и защищают под соответствующими шифрами.

\* \* \*

Основные же направления исследований в области психотерапии, которые будут способствовать её скорейшей — и окончательной — аутодисциплинарной идентификации, таковы:

- дальнейшая разработка теории и практики психотерапевтической клиники; её сепарация, прежде всего организационная;
- дальнейшее развитие клинико-психофеноменологического метода и повсеместное внедрение его в повседневную психотерапевтическую практику;
- совершенствование диагностического аппарата (способов психопатологической и патоперсоналогической квалификации) для унифицированного — с позиций психотерапевтических диагноза / вмешательства — анализа пато-нозо-синдромальных форм, располагающихся в сфере дисциплинарной компетенции психотерапии;
- дальнейшее совершенствование концепции психофеноменологического профиля и введение его в структуру психотерапевтического диагноза для рутинного использования;
- повсеместное внедрение и повседневное практическое использование психотерапевтического диагноза;
- дальнейшие разработка, обоснование и распространение аутодисциплинарно-идентификационной теории психотерапии;

- дальнейшая культивация и сепарация протокольного языка интрадисциплинарной концепции психотерапии; денотация, интерпретация (и, в случае необходимости, элиминация) понятий и терминов; совершенствование тезауруса;
- дальнейшие структурированные исследования процесса психотерапии (с использованием формализованных описаний);
- постоянное выявление, исследование и анализ клинических психотерапевтических эффект-синдромов и их коррелят-механизмов (и коррелят-паттернов), а также метасиндромов; изучение [процессов] синдромогенеза, синдромокинеза и синдромотаксиса в сфере компетенции психотерапии в целом;
- апробация и внедрение новых психотерапевтических технологий;
- дальнейшее проведение разносторонних и разноуровневых экспериментальных исследований (кроме рассмотренного в соответствующей главе клинического психотерапевтического эксперимента, продолжающегося и по сей день, известны прецеденты проведения клинко-физиологических опытов (например, в сфере гипно[суггесто]логии<sup>71</sup>) и редкие, но по-прежнему актуальные декларации необходимости «лабораторно-модельных» студий<sup>72</sup>);

<sup>71</sup> Так, например, А.Т. Филатов с 1983 года говорил о гипнозе на четвёртом (после организма, физиологической системы, органа), клеточном уровне, и в 1989 году провёл соответствующий эксперимент с позитивным результатом (см. Филатов 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).

<sup>72</sup> Методические проблемы психотерапевтических исследований / С.И. Табачников, Б.В. Михайлов, М.П. Бери и др. // Актуальные проблемы пограничной психиатрии, психотерапии, медицинской психологии: Матер. научно-практ. конф., посвящённой 100-летию со дня рождения проф. И.М. Аптера, Бермингоды, 27 — 28 мая 1999 г. — Харьков: Национальная лига психотерапии, психосоматики и медицинской психологии Украины, 1999. — С. 144 — 145.

- всесторонняя разработка метода симультанно-мнестической психотерапии (психометодологии) и, в частности, создание его [унифицированного] образовательного стандарта;
- исследование / изучение [критериев] *эффективности* психотерапии и принципов её оценки (интегральность, прогностичность, объективность, аксиологичность etc.);
- дальнейшая разработка теории [денотата] [нормальной / патологической] психики;
- продолжение углублённого историко-теоретического исследования предисциплинарной истории и дисциплинарной эволюции психотерапии;
- совершенствование существующих и внедрение новых организационных форм оказания психотерапевтической помощи;
- обоснование клинико-психоической реституции психотерапии с одновременной имплементацией её нормативов, подходов и принципов в сфере компетенции психиатрии.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

### Что такое психотерапия?

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: «Lelettroshock» (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.

### Глава 1

#### Дискурсивные и контекстные особенности психотерапии

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.

### Глава 2

#### Клинико-диагностические особенности психотерапии

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.

### Глава 3

#### Дисциплинарно-идентификационные особенности психотерапии

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-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.

### Глава 4

#### Клинико-психофеноменологический 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» (XI 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» (XII Платонівські читання): Матеріали наук.-практ. конф. — Харків — Берлінводи, 29 — 30 жовтня 2009 р. — С. 155 — 157.

### Глава 5

#### Клинико-диагностическая составляющая (I часть) психотерапевтического диагноза

1. Кудрявцев И.А. О диагностической информативности некоторых патопсихологических синдромов // «Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова» (Москва). — 1982. — № 12. — С. 1814 — 1818.
2. 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.
3. Блейхер В. М., Крук И. В. Патопсихологическая диагностика. — Киев: Здоров'я, 1986. — 280 с.
4. Чугунов В. В. Схема анализа клинико-психопатологической синдромологии для целей психотерапии // «Інноваційні методи діагностики і лікування психічних і соматичних розладів психогенного походження» (XVII Платонівські читання) : Матеріали наук.-практ. конф. / За ред. Б. В. Михайлова. — Харків: Клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води» (16 — 17 жовтня 2014 року). — С. 160 — 162.

### Глава 6

#### Психотехническая составляющая (II часть) психотерапевтического диагноза

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.

3. Чугунов В. В. Понятие «психофеноменологического профиля» // «Сучасні методи діагностики і лікування психічних і соматичних розладів психогенного походження» (XIV Платонівські читання): Матеріали наук.-практ. конф., Харків — Бермінводи, 21 — 22 квітня 2011 р. — С. 120 — 122.

### Глава 7

#### Фармакотерапевтическая составляющая (III часть) психотерапевтического диагноза

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)).

### Глава 8

#### Прогностическая составляющая (IV часть) психотерапевтического диагноза

— « » —

### Глава 9

#### Общая [психо]диагностика и специальные диагностические приёмы

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.

### Глава 10

#### Логика, семиотика и алгоритм диагноза в психотерапии

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

### Глава 11

#### Правила формулирования и дизайн психотерапевтического диагноза

— « » —

### Глава 12

#### Классификация методов и методик психотерапии

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. Wölberg 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.

### Глава 13

#### Феноменологический арсенал, понятийно-концептуальная платформа и персоналогия в представлениях методов и методик психотерапии

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.) Эрикссон 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 Odip: Dramaturgie des Incestes)] с нем. В. Соловьёва; Науч. ред., адапт. текста, коммент. и постскриптим 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.

### Глава 14

#### Диагностический аппарат (приёмы и системы) методов и методик психотерапии

— « » —

### Глава 15

#### Психофеноменологический профиль и система психотерапии при аддиктивной патологии

— « » —

### Глава 16

#### Система психосоциальной реабилитации при пневмокониозе

— « » —

*Глава 17***Система психотерапии  
психогенной гиперфагии**

— « » —

*Глава 18***Мишени психотерапии  
при псевдопаралитических синдромах  
различной этиологии**

— « » —

*Глава 19***Эмоциональные расстройства  
как фактор дисконформности  
при психотерапии полинаркомании**

— « » —

*Глава 20***Психотерапия  
при псевдообсессивном синдроме**

— « » —

*Глава 21***Психопатогенез соматоформных расстройств  
различной системно-органной принадлежности  
и предикторы их психотерапии**

— « » —

*Глава 22***Психогенные предикторы  
формирования психоэндокринного синдрома  
как мишени психотерапии**

— « » —

*Глава 23***Система психотерапии рекуррентной депрессии  
в продромальном периоде**

— « » —

*Глава 24***Клинико-психологические особенности, психотерапия  
и комплаентность при органических  
тревожно-депрессивных расстройствах**

— « » —

*Глава 25***Особенности психотерапевтического диагноза  
и системы психотерапии  
при семейной дезадаптации**

1. (Kratochvil S.) *Кратохвил С.* Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний: Пер. с чешск. А.Ф. Гордиенко, В.Ф. Кобеляцкого / Под ред. Г.С. Васильченко.— Москва: Медицина, 1991.— 336 с.

*Глава 26***Мишени психотерапии  
кардиогенной экзacerbации психических расстройств  
в геронтопсихиатрической практике**

— « » —

*Глава 27***Система психотерапии  
непсихотических психических расстройств  
у лиц, перенёсших черепно-мозговую травму**

— « » —

*Глава 28***Психогенные факторы экзacerbации  
простой шизофрении  
как мишени психотерапии**

— « » —



*Глава 29*

**Факторы психогенной экзацербации  
шизофреноподобных расстройств различного генеза  
как критерии дифференциальной диагностики  
и мишени психотерапии**

— « » —

*Глава 30*

**Система психопрофилактики  
на промышленном предприятии**

— « » —

*Глава 31*

**Психогенные компоненты экзацербации  
эндогенного кататонического синдрома  
как мишени психопрофилактики и психотерапии**

— « » —

*Глава 32*

**Психогенные предикторы формирования  
постшизофренической депрессии  
как мишени психотерапии**

— « » —

*Глава 33*

**Особенности формирования комплаенса  
в процессе психотерапии  
диссоциативного расстройства**

— « » —

*Глава 34*

**Предикторы психопатологических  
и патоперсоналогических нарушений,  
факторы невротизации и мишени психотерапии  
при сахарном диабете II типа**

— « » —

*Глава 35*

**Система психотерапии  
посттравматического стрессового расстройства  
на фоне отравления угарным газом**

— « » —

**Психотерапия между исповедью и риторикой  
в контексте диагностики**

— « » —

## ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ ИСТОЧНИКОВ

### Что такое психотерапия?

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. *Simelnikoff 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. Пузыря. — 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. Пузыря. — 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).

### Глава 1

#### Дискурсивные и контекстные особенности психотерапии

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. Пузыря. — 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. Куттера; 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. (Аристотелеλης) 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. Библихина, Н.В. Брагинской, М.Л. Гаспарова, А.И. Доватура. — С. 645 — 680. — (Философское наследие; Т. 90).
15. (Аристотелеλης) Аристотель. Политика / Пер. с древнегреч. С.А. Жебелева // Сочинения: В 4 т. — Москва: Мысль, 1983. — Т. 4 / Ред. и вступ. ст. А.И. Доватура, Ф.Х. Кессиди; Примеч. В.В. Библихина, 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. Драмы / 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. — 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.

## Глава 2

### Клинико-диагностические особенности психотерапии

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.

## Глава 3

### Дисциплинарно-идентификационные особенности психотерапии

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.

#### Глава 4

##### Клинико-психофеноменологический 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.

#### Глава 5

##### Клинико-диагностическая составляющая (I часть) психотерапевтического диагноза

— « » —

#### Глава 6

##### Психотехническая составляющая (II часть) психотерапевтического диагноза

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).

#### Глава 7

##### Фармакотерапевтическая составляющая (III часть) психотерапевтического диагноза

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. Дегтярева; 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. (Gros S.) Гроф С. Области человеческого бессознательного: опыт исследования с помощью ЛСД / Пер. с англ. А. Пушко. — Москва: МТМ, 1994. — 240 с. — (Ориг.: Gros 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.

### Глава 8

#### Прогностическая составляющая (IV часть) психотерапевтического диагноза

— « » —

### Глава 9

#### Общая [психо]диагностика и специальные диагностические приёмы

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.

### Глава 10

#### Логика, семиотика и алгоритм диагноза в психотерапии

— « » —

### Глава 11

#### Правила формулирования и дизайн психотерапевтического диагноза

— « » —

### Глава 12

#### Классификация методов и методик психотерапии

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.

### Глава 13

#### Феноменологический арсенал, понятийно-концептуальная платформа и персонология в представлениях методов и методик психотерапии

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. Chamerot, 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 гипнотическом внушении и применении его к лечению болезней: В 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 Schwarzenberg, 1890. — VI, 217, (1) S.
26. *Wetterstrand O.G.* Om Hypnotismens användande 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 заседаний Харьковского Медицинского Общества №№ 2 — 6 за 1878 год. — Харьков: Тип. К.П. Счасни, 1878. — Протокол № 2 отъ 28 янв. 1878 г. — С. 1 — 3.
31. *Данилевский В.Я.* Единство гипнотизма у человека и животных: (Ръчь 3 янв. 1991 г. [въ сокр.] // Дневникъ IV-го Съезда Русскихъ Врачей въ память Н.И. Пирогова / Подъ ред. П.И. Дьяконова. — Москва: Изд-е Правления Съезда; Т-во Скоропечатни А.А. Левенсонъ, 1891. — С. 139 — 157.
32. *Данилевский В.Я.* Гипнотизм. — Харьков: Изд-во «Путь просвещения» при Наркомпросе УССР, 1924. — II, 255 с.
33. *Токарский А.А.* Гипнотизмъ и внушение: (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 Selbstspannung): Versuch einer klinisch-praktischen Darstellung. — Leipzig: Georg Thieme [Verlag], 1932. — XVI, 305, [3] S.

46. (*Kleinsorge H., Klumbies G.*) *Клейнзорге Х., Клюмбиес Г.* Техника релаксации / Пер. с нем. К.И. Мировского, И.М. Кельмана; Предисл. А.Н. Шогама. — 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. — Санкт-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-литогр. 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. *Яроцкий А.И.* Идеализмъ какъ физиологический факторъ. — Юрьевъ: Тип. К. Маттисенъ, 1908. — 303 с. — (Нем. изд.: *Jarotzky A.[I.]* Der Idealismus als leberhaltendes Prinzip. Betrachtungen eines Arztes. — Jurjew (Dorpat): Medizinischen Hospitalklinik a. d. Universität zu Jurjew (Dorpat), 1908. — [4], 147 S.).

54. (*Schultz J.H.*) *Шульцъ 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. *Святоц 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 ихъ психическое лѣчение / Авториз. пер. съ фр. М.М. Симзена, съ 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. Déjérine. — Paris: Masson et Cie, Éditeurs, 1904. — [2], IX, [1], 557, [3] p.).

59. (*Déjérine J., Gauckler E.*) *Дежеринъ Ж., Гоклёръ Е.* Функціональнія проявленія психоневрозівъ, ихъ лѣченіе психотерапією / Пер. съ фр. Вл. Сербскаго; Предисл. Ж. Дежерина. — Москва: Книгоизд-во «Космосъ», 1912. — VIII, 517 с. — (Пер. на англ.: *Déjérine J.[J.], Gauckler E.* Psychoneuroses and Their Treatment in Psychotherapy / Transl. by S.E. Jelliffe (of «Les Manifestations fonctionnelles 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. съ 3-го доп. нѣм. изд. М. К. — Москва: Книгоизд-во «Современныя проблемы», 1913. — 448, IV с. (Современ. изд.: *Фрейдъ З.* Толкование сновидений / Пер. с нем. М. К.; Подгот. текста и вступ. ст. Б.Г. Херсонского. — Киев: Здоровья, 1991. — 360 с.).

62. *Freud S.* Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. — Fünfte Aufl. — Leipzig; Wien: Franz Deuticke, 1922. [Erste Aufl. 1905]. — [VIII], 104 S. (Пер. на рус.: *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.)

63. *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.). — (Пер. на рус.: *Фрейдъ З.* Психопатология обыденной жизни: Разрешенный авт. пер. со 2-го нѣм. изд. В. Медема. — Москва: Книгоизд-во «Современныя проблемы», 1910. — 2, 166 с.).

64. (*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 «Палантур», 1994. — 136 с.

65. *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.

66. (*Freud S.*) *Фрейдъ З.* Очеркъ исторіи психоанализа: Пер. с нѣм. Г.А. Савранскаго / Под ред. М.В. Вульфа. — Одесса: [Книгоизд-во «Психе»], 1919. — 51 с.

67. (*Freud S.*) *Фрейдъ З.* Фрагмент анализа истеріи (Исторія болезни Доры) // Интерес к психоанализу / Пер. с нем. — Ростов н/Дону: Феникс, 1998. — 352 с.

68. (Freud S.) Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. — 2-е изд., стереотип. / Пер. с нем. Г.В. Барышниковой; Авторы очерка о Фрейте Ф.В. Бассин и М.Г. Ярошевский. — Москва: Наука, 1991. — 456 с. — (Серия «Классики науки»)

69. Freud S. Das Ich und das Es. — Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1923. — 77, [3] S. (Пер. на рус.: Фрейд З. Я и Оно / Пер. с нем. В.Ф. Полянского; Вступ. ст. С. Джимбинова. — Москва: МПО «МЕТТЭМ», 1990. — 56 с.)

70. (Freud S.) Фрейд З. Я и Оно // Психология бессознательного: Сб. произведений: [Пер. с нем. и англ.] / Сост., науч. ред., авт. вступ. ст. М.Г. Ярошевский. — Москва: Просвещение, 1990. — С. 425 — 439.

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. Бехтерев В.М. О психо-рефлекторной терапии // «Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии: Ежемес. журнал, посвящ. неврологии, невропатологии, психиатрии, электротерапии, хирургии нервной системы, гипнотизму, психологии и уголовной антропологии» (Петроград). — Петроград: Изд-е К.Л. Риккера, 1914 [— 1915]. — № 10 — 12. — С. 555 — 557. — (Также: Бехтерев В.М. О психо-рефлекторной терапии // Бехтерев 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., Foss 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.*) Эрикссон М.Х., Россси Э.Л., Россси 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.*) Эрикссон 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.* Trans-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. Горбова, 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 F.S.* Ego, Hunger and Aggression: The Beginning of Gestalt Therapy.— London: Allen and Unwin, 1947.— [II], 273, [5] p.
118. *Perls F.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. Сургина. — 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. Гайденко; Вступ. ст. П.П. Гайденко; Коммент. В.Н. Катаسوнова. — 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] Synara, 1988. — P. 397 — 464.
179. (*Merleau-Ponty M.*) *Мерло-Понти М.* Феноменология восприятия / Пер. с фр. Д. Калугина, А. 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.— (Также: *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.

## Глава 14

### Диагностический аппарат (приёмы и системы) методов и методик психотерапии

1. *Lewis B.A., Pucelik F.* Magic of NLP Demystified: A Pragmatic Guide to Communication and Change.— Portland, Oregon: Metamorphous Press, 1982.— 160 p.

**Глава 15****Психофеноменологический профиль  
и система психотерапии при аддиктивной патологии**

— « » —

**Глава 16****Система психосоциальной реабилитации  
при пневмокониозе**

— « » —

**Глава 17****Система психотерапии  
психогенной гиперфагии**

— « » —

**Глава 18****Мишени психотерапии  
при псевдопаралитических синдромах  
различной этиологии**

1. *Pick A.* Über die Beziehungen der senilen Hirnatrophie zur Aphasie // Prager medicinische Wochenschrift (Prague), 1892.— № 17.— S. 165–167.

2. *Bayle A.-L.-J.* Recherches sur les maladies mentales: Thèse, présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 21 novembre 1822, pour obtenir le grade de Docteur en médecine.— № 247.— [A] Paris: De l'imprimerie de Didot le Jeune, 1822.— 104 p.

3. *Коган Я.М.* О структуре парафренических заболеваний / Отв. ред. М.Л. Розман; предисл. Е.А. Шевалёва.— Одесса: [Одесский медицинский институт], 1941.— 200 с.

4. *Kraepelin E.[-W.-M.-G.]* Dementia praecox and paraphrenia: Translated by R.M. Barklay, Eighth German Edition of the Text Book of Psychiatry vols III and IV.— Edited by: G.M. Robertson.— Edinburgh: Livingstone, 1919.— 331 p.

5. (*Kraepelin E.[-W.-M.-G.]*) *Крепелин Э.[-В.-М.-Г.]* Психозы вследствие эндогенных болезненных процессов. Парафрениии // Введение в психиатрическую клинику: Пер. с нем. и предисл. к рус. изд. В.А. Гиляровского.— Т. 1.— Общий обзор.— Изд. 4-е, перераб.— Москва — Ленинград: Госиздат, 1923.— С. 62 — 63.

6. (*Kraepelin E.[-W.-M.-G.]*) *Крепелин Э.[-В.-М.-Г.]* Психозы вследствие внутренних болезненных процессов в организме. Парафрениии // Введение в психиатрическую клинику: Пер. с 3-го нем. изд., перераб. и доп. / Под ред. и с предисл. к рус. изд. П.[Б.] Ганнушкина.— Москва: [Наркомздрав], 1923.— С. 301 — 303.

7. *Wernicke K.* Die acute, hämorrhagische Polioencephalitis superior // Lehrbuch der Gehirnkrankheiten.— Kassel und Berlin: Th. Fischer Verlag, 1881.— № 22.— S. 229 — 242.

8. *Wieck H.H.* Zur Klinik der sogenannten symptomatischen Psychosen // Deutsche medizinische Wochenschrift, 1956.— № 81 (34).— S. 1345 — 1349.

**Глава 19****Эмоциональные расстройства  
как фактор дисконплаентности  
при психотерапии полинаркомании**

— « » —

**Глава 20****Психотерапия  
при псевдообсессивном синдроме**

1. *Павлов И.П.* Пробная экскурсия физиолога в область психиатрии // Физиология и патология высшей нервной деятельности.— Москва — Ленинград: Госмедиздат, 1930.— С. 37 — 45.

**Глава 21****Психопатогенез соматоформных расстройств  
различной системно-органной принадлежности  
и предикторы их психотерапии**

— « » —

**Глава 22****Психогенные предикторы  
формирования психоэндокринного синдрома  
как мишени психотерапии**

1. *Bleuler M.* Endokrinologische Psychiatrie (Mit einem Beitrag von R. Hess).— Stuttgart: Thieme, 1954.— 498 S.

**Глава 23****Система психотерапии рекуррентной депрессии  
в продромальном периоде**

1. *Kraepelin E.[-W.-M.-G.]* Die klinische Stellung der Melancholie // Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1899.— Bd. 6.— S. 325 — 335.

2. *Kraepelin E.* [-W.-M.-G.] Vorwort // Dreyfus G.-L. Die Melancholie. Ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins. Eine klinische Studie. — Jena: G. Fischer Verlag, 1907. — S. V — VI.

3. (*Kraepelin E.* [-W.-M.-G.]) *Крепелин Э.* [-В.-М.-Г.] Конституциональные душевные расстройства. Маниакально-депрессивный психоз. Меланхолия // Введение в психиатрическую клинику: Пер. с нем. и предисл. к рус. изд. В.А. Гиляровского. — Т. 1. — Общий обзор. — Изд. 4-е, перераб. — Москва — Ленинград: Госиздат, 1923. — С. 76 — 77.

### Глава 24

#### Клинико-психологические особенности, психотерапия и комплаентность при органических тревожно-депрессивных расстройствах

— « » —

### Глава 25

#### Особенности психотерапевтического диагноза и системы психотерапии при семейной дезадаптации

— « » —

### Глава 26

#### Мишени психотерапии кардиогенной экзacerbации психических расстройств в геронтопсихиатрической практике

1. *Cotard J.* Du délire hypocondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse // Annales Médico-Psychologiques, 1980. — № 4. — P. 168 — 174.

2. *Cotard J.* Du Délire des negations // Archives de neurologie (Paris), 1882. — № 11. — P. 314 — 344.

3. *Cotard J.* Du Délire des negations. — Paris: V.-A. Delahaye et E. Lecrosnier, [Bureaux du Progrès Médical], 1882. — 35 p.

### Глава 27

#### Система психотерапии непсихотических психических расстройств у лиц, перенёвших черепно-мозговую травму

— « » —

### Глава 28

#### Психогенные факторы экзacerbации простой шизофрении как мишени психотерапии

1. *Morel B.-A.* Etudes cliniques. Traité théorique et pratique des maladies mentales considérées dans leur nature, leur traitement et dans leur rapport avec la médecine légale des aliénés. — Nancy: Grimblot et veuve Raybois; Paris: Victor Masson, J.-B. Baillièrre, 1852 — 1853. — Т. 1. — 4 ffch, XVIII, 473 p., 13 pl. ht. — Т. 2. — 2 ffch., 600 p., 10 pl. ht., 3 tabl. synoptiques dépliantes.

2. *Kraepelin E.* [-W.-M.-G.] Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Ärzte: Vierte, vollständig umgearbeitete Aufl. — Leipzig: Abel Verlag (Arthur Meiner), 1893. — 708 S.

3. (*Kepinski A.*) *Кемпинский А.* Психология шизофрении: Пер. с польск. А.А. Боричева. — Санкт-Петербург: Ювента, 1998. — 296 с.

4. (*Kepinski A.*) *Кемпиньски А.* Шизофрения: Пер. з польск. / За ред. Н.І. Долишної. — Львів: Мс, 2004. — 202 с.

5. *Bornsztajn M.* Hipochondryczna (somatopsychiczna) postać schizofrenji // Rocznik Psychjacyjny, 1927. — № 5. — S. 93 — 94.

6. *Bornsztajn M.* Nowy przyczynek do t. zw. schizofrenji somatopsychicznej i kilka słów o istocie schizofrenji // Rocznik Psychjacyjny, 1933. — № 21 (2). — S. 1 — 10.

### Глава 29

#### Факторы психогенной экзacerbации шизофреноподобных расстройств различного генеза как критерии дифференциальной диагностики и мишени психотерапии

— « » —

### Глава 30

#### Система психопрофилактики на промышленном предприятии

— « » —

### Глава 31

#### Психогенные компоненты экзacerbации эндогенного кататонического синдрома как мишени психопрофилактики и психотерапии

1. *Jaspers K.* [-Th.] Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfadен für Studierende, Ärzte und Psychologen. — Berlin: Springer-Verlag, 1913. — XV, 338 S.

2. *Jaspers K.[-Th.] Allgemeine Psychopathologie: Vierte, völlig neu bearbeitete Aufl.— Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag, 1946.— XV, (1), 748 S.*

3. (*Jaspers K.-Th.*) *Ясперс К.[-Т.]* Общая психопатология: Пер. с нем. Л.О. Аюпяна / Ред. пер. В.Ф. Войцех, О.Ю. Бойцова; науч. конс. В.Н. Краснов; предисл. автора.— Москва: Практика, 1997.— 1056 с.

4. *Гиляровский В.А.* Спорные вопросы в современном учении о шизофрении // Избранные труды / Отв. ред. Г.К. Ушаков; предисл. редкол.— Москва: Медицина, 1973.— С. 103 — 137.

5. *Ганнушкин П.Б.* Постановка вопроса о шизофренической конституции // Избранные труды / Под ред. и с предисл. О.В. Кербилова.— Москва: Медицина, 1964.— С. 58 — 74.

### Глава 32

#### Психогенные предикторы формирования постшизофренической депрессии как мишени психотерапии

— « » —

### Глава 33

#### Особенности формирования комплаенса в процессе психотерапии диссоциативного расстройства

— « » —

### Глава 34

#### Предикторы психопатологических и патоперсоналогических нарушений, факторы невротизации и мишени психотерапии при сахарном диабете II типа

1. *Alexander F[G.] Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications. With a chapter on The functions of the sexual apparatus and their disturbances, by Th. Benedek.— New York: Norton, 1950.— 300 p. (Пер. на рус.: Александр Ф.[Г.] Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение: Пер. с англ. С. Могилевского.— Москва: ЭКСМО-Пресс, 2002.— 352 с.*

2. *Bleuler M. Endokrinologische Psychiatrie (Mit einem Beitrag von R. Hess).— Stuttgart: Thieme, 1954.— 498 S.*

3. *Landenheimer R. Paralytische Geistesstörung in Folge von Zuckerkrankheit (diabetische Pseudo-Paralyse) // Archiv für Psychiatrie, 29, 1896 — 1897.— P. 546.*

### Глава 35

#### Система психотерапии посттравматического стрессового расстройства на фоне отравления угарным газом

— « » —

#### Психотерапия между исповедью и риторикой в контексте диагностики

— « » —

## RÉSUMÉ

**Tchougounov Vadym V. La diagnose psychothérapeutique. — Kharkiv: Naouka, 2012. — 384 p. — Bibliographie: pp. 253 — 279. — (Bibliothèque psycho[thérapeut]ique).**

La monographie 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 cinquième 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 «Osnova» (Kharkiv) en l'an 2001; la monographie «La clinique et l'histoire disciplinaire de la psychothérapie», 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 auto-identifiant 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 logique 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 «Donetchchyna» (Donetsk), l'an 2004), dans la thèse de doctorat de l'auteur «L'argumentation théorique, clinique-diagnostique, médicale-psychologique, psychotechnique et psy-

chopathologique et l'évaluation de la psychothérapie des troubles psychogénétiquement conditionnés» (Kharkiv, l'an 2007), et aussi dans le manuel «Diagnostic dans la psychothérapie et la diagnose psychothérapeutique» dans deux éditions (la maison d'édition «Naouka» (Kharkiv), l'an 2010).

Structurellement la monographie 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».**

Subchapitres: «Singularités de la discursus psycho[thérapeut]ique»; «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 discursus «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 mnétopologique sont montrés.

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 montrés.

**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 spèce de psychothérapie»; «Systématisation de la phénoménologie / syndromologie clinique-psychopathologique».

Des phénomènes et 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"»; «Les effet-syndromes et leur corrélate-mécanismes (corrélate-patterns)», «Le profile psychophénoménologique».

Les résultats d'un expériment clinique psychothérapeutique, développé et conduit par l'auteur, comme de la base clinique-expérimentale de la diagnose psychothérapeutique sont présentées.

La phénoménologie psychothérapeutique «normale»: 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: les effet-syndromes cliniques psychothérapeutiques et leur corrélate-mécanismes (corrélate-patterns); la typologie développée est présentée.

La définition dans le profile psychophénoménologique et leur structure 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 touchés.

Il est montré, qu'il peut être tant thérapeutique (créé selon les schémas pharmacothérapeutiques 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: «Syndromogénèse, syndromokinèse et syndromotaxis dans la sphère de la compétence de la psychothérapie: les métasyndromes»; «La typologie des métasyndromes».

La question du syndromogénèse, 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 methodics de la psychothérapie»** — contient les chapitres suivants:

**Le chapitre 12. «La classification des méthodes et methodics 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 rationnelle, 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-béhavioriste, 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 patho-nozologique, 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 psychothérapeute (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, et justement — le diagnostic-révélation.

Dans la Postface sont discutés certaines singularités de la préparation professionnelle de psychothérapeutes, 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.

La monographie est adressé à de médecins, avant tout aux psychothérapeutistes, 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. Psychotherapeutic diagnosis. — 3rd ed., extended. — Kharkiv: Nauka, 2014 / 2015. — 536 p. — Bibliography: pp. 469 — 505. — (Psycho[therapeut]ic library).**

This monography 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 ninth 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); textbook «Diagnostics in psychotherapy and psychotherapeutic diagnosis» was published by the publishing group «Nauka» (Kharkiv) in Ukrainian and Russian in 2010; the monography «Psychotherapeutic diagnosis» was published by the publishing group «Nauka» (Kharkiv) at 2011 (the second edition — in the year 2012 / 2013)).

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 monog-

raphy of V.A. Abramov «The standards of multiaxial diagnostics in the psychiatry» (publishing house «Donechchyna» (Donetsk), the year 2004), 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 2006 / 2007), and also in the manual noted above.

The monography structurally consists of a foreword and an introduction, 6 parts, 35 chapters, 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?**») the peculiarities of evolution of the subject and the contents of various definitions of the psychotherapy are disclosed. There are shown the principal differences between the psychotherapy and the psychiatry, on the one hand, and the psychotherapy and medical (clinical) psychology, on the other hand. Actual characteristics of the subject were given and the definition of the psychotherapy was formulated.

**Part I — «Discorsive-methodological, clinical-diagnostical and disciplinary-identifying peculiarities of the psychotherapy»** — includes the following chapters:

**Chapter 1. «Discorsive and contextual peculiarities of the psychotherapy».**

Subchapters: «Peculiarities of the psycho[therapeut]ic discourse»; «The protocol language of the psychotherapy»; «Social-phylosophic, methodological and other borrowings of the psychotherapy»; «Ethnic-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 analyzed and strict formulas were given (including the row «method — methodics — psychotechnic — trick — formula»).

Social-philosophic, methodologic and other borrowings of the psychotherapy were analyzed in detail.

The problem of ethnic-cultural differentiation of the psychotherapy was examined, its eurocentric character was shown and the problem of ethnic-cultural arrangements and confessional deformations of the psychotherapy was discussed.

### **Chapter 2. «Clinical-diagnostic peculiarities of psychotherapy».**

Subchapters: «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 and the criteria of selection of methods and methodics of psychotherapy are given.

### **Chapter 3. «Disciplinary-identification peculiarities of psychotherapy».**

Subchapters: «Disciplinary variations of psychotherapy»; «Conceptual basis of psychotherapy»; «Basic psychotherapeutic paradigms»; «Cardinal positions of autodisciplinary-identification (intradisciplinary) conception 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, there were lightened neurodynamic, psychodynamic, behavioural, rational and mnestic paradigms among them.

The main provisions of the autodisciplinary-identification — intradisciplinary — conception of psychotherapy, developed by the author, 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 — «Components [parts] of the psychotherapeutic diagnosis»** — consists of the following chapters:

### **Chapter 5. «Clinical-diagnostic component (part I) of psychotherapeutic diagnosis».**

Subchapters: «Clinical-psychopathologic phenomenology / syndromology per se»; «Clinical-psychopathologic phenomenology / syndromology sub specie of psychotherapy»; «Systematization of clinical-psychopathologic phenomenology / syndromology».

Psychopathologic phenomena and syndromes, which are targets of psychotherapeutic influence / intrusion, from the positions of psychotherapy were given, and an attempt of their systematization was made.

### **Chapter 6. «Psychotechnical component (part II) of the psychotherapeutic diagnosis».**

Subchapters: «Clinical-experimental basis of psychotherapeutic diagnosis»; «“Normal” psychotherapeutic phenomenology»; «Clinical psychotherapeutic effect-syndromes and their correlate-mechanisms (correlate-patterns)»; «Psychophenomenological profile».

There are results of the worked out and conducted by the author clinical psychotherapeutic experiment as clinical-experimental basis of psychotherapeutic diagnosis.

«Normal» psychotherapeutic phenomenology was examined and systematized into phenomena [«from the side] of the patient» (instrumental, sanogenetic, defensive, mixed, intercurrent, auxiliary (portal, orientation, diagnostic) and other), phenomena [«from the side] of the psychotherapist», transpersonal phenomena, group phenomena, conformal (inductive) phenomena.

Clinical phenomenology of the psychotherapy: clinical psychotherapeutic effect-syndromes and their correlate-mechanisms (correlate-patterns) was presented; worked out typology was given.

The definition of the psychophenomenological profile and its structure are presented.

### **Chapter 7. «Pharmacotherapeutic component (part III) of the psychotherapeutic diagnosis».**

Subchapters: «Notion of “pharmacologic background”»; «Therapeutic and special pharmacologic background».

Questions of a pharmacological background are brought up at carrying out psychotherapy.

It is shown, that pharmacological background 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 component (part IV) of the psychotherapeutic diagnosis».**

Subchapters: «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 are reviewed. It was shown, that metasyndromes are created in the result of interaction of psychopathologic syndromes and clinical psychotherapeutic effect-syndromes.

Worked out the typology of metasyndromes and their clinical characteristics was given.

**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».**

Here is drawn the proposed by the autor systematic of psychotherapeutic methods and methodics, which divide them into 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») psy-

chotherapy, psychoanalytically oriented psychotherapy) and neo-classical (simultaneous-mnestic psychotherapy (psychomethodology) methods. This classification is obvious and convenient from the clinical-pedagogic point of view — and, the main thing, theoretically grounded.

Other foundations of classification were worked out too — in particular, the principle of patho-nozologic 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 comparative structural-content analysis.

**Part VI — «Psychophenomenological features, psychotherapeutic diagnosis and psychotherapy systems for psychosomatic, somatopsychic and addictive pathology»** — consists of chapters which reflects the results of a series of dissertational researches performed using clinically-psychophenomenological method:

#### **Chapter 15. «Psychophenomenological profile and the system of psychotherapy of addictive pathology».**

#### **Chapter 16. «System of psychosocial rehabilitation of pneumoconiosis».**

#### **Chapter 17. «System of psychotherapy of psychogenic hyperphagia».**

#### **Chapter 18. «Targets of psychotherapy of various etiology syndromes».**

#### **Chapter 19. «Emotional disorders as a factors of dyscompliance in psychotherapy of polydrug addiction».**

#### **Chapter 20. «Psychotherapy of pseudoobsessive syndrome».**

#### **Chapter 21. «Psychopathogenesis of somatoform disorders of various organ systems and predictors of their psychotherapy».**

Chapter 22. «Psychogenic predictors of psychoendocrine syndrome forming as a psychotherapeutical targets».

Chapter 23. «Psychotherapeutical system of recurrent depression in a prodromal period».

Chapter 24. «Features of psychotherapeutical diagnosis and psychotherapeutical systems of family dysadaptation».

Chapter 25. «Clinically-psychophenomenological features and compliance in patients with anxious depressive disorders of organic genesis».

Chapter 26. «Targets of psychotherapy of cardiogenic exacerbation of psychic disorders in gerontopsychiatric practice».

Chapter 27. «System of psychotherapy of nonpsychotic psychic disorders in patients who survive traumatic brain injury».

Chapter 28. «Psychogenic factors of exacerbation of simple schizophrenia as a targets of psychotherapy».

Chapter 29. «Factors of psychogenic exacerbation of schizophreniform disorders of various genesis as a differential diagnostic criteria and targets of psychotherapy».

Chapter 30. «Psychoprophylaxis system on an industrial enterprise».

Chapter 31. «Psychogenic components of endogenous catatonic syndrome exacerbation as a targets of psychoprophylaxis and psychotherapy».

Chapter 32. «Psychogenic predictors of postschizophrenic depression forming as a targets of psychotherapy».

Chapter 33. «Features of compliance forming in a process of dissociative disorder psychotherapy».

Chapter 34. «Predictors of psychopathologic and pathoper-sonologic violations, neurotisation factors and targets of psychotherapy of type 2 diabetes».

Chapter 35. «System of psychotherapy of posttraumatic stress disorder against the background of carbon monoxide poisoning».

In the **Ending** («**Psychotherapy between confession and rhetoric 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 (cathartic methods) — psychotherapy as oratorical mastery of the psychotherapist (classical mental psychotherapy)»; it is recommended to withhold from extreme 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, namely — diagnostic-revelation.

In the **Afterword** some peculiarities of professional preparation of psychotherapists are discussed. There are noticed some perspectives of researches in the sphere of psychotherapy (including those, which concern diagnostics) — and, the main, final steps of institutionalization of psychotherapy are considered as 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 medicine], sociology, philosophy, science of science, culturology and pedagogics.

## АНОТАЦІЯ

**Чугунов Вадим Віталійович. Психотерапевтичний діагноз. — 3-е вид., розширене. — Харків: Наука, 2014 / 2015. — 536 с. — Бібліографія: сс. 469 — 505. — (Психо[терапевт][и][і]чна бібліотека).**

Монографія є черговим з масштабних досліджень кола клінічних нейро[психо]наук (психіатрії, психотерапії, медичної психології, наркології, сексології, неврології та нейро[психо]хірургії) в межах розробленого автором методу клініко-дисциплінарно-еволюційного аналізу. Таким чином, вона є дев'ятою книжкою серії (монографія «Клініка і дисциплінарна еволюція сексології» опублікована видавництвами «Здоров'я» (Київ) і «Око» (Харків) у 2000 році; результати аналізу предисциплінарної історії сексології відображено в монографії «Сексуальна патологія в історії медицини до XIX сторіччя», яку опубліковано видавництвом «Основа» (Харків) у 2001 році; монографія «Клініка і дисциплінарна історія психотерапії» опубліковано видавництвами «Здоров'я» (Київ) і «Око» — «Наука» (Харків) у 2002 році (друге видання — у 2008 році); навчальний посібник «Діагностика в психотерапії та психотерапевтичний діагноз» опубліковано українською та російською мовами видавничою групою «Наука» (Харків) у 2010 році; перше видання цієї монографії опубліковано видавничою групою «Наука» (Харків) у 2011 році (друге видання — у 2012 / 2013 роках)).

Раніше психотерапевтичний діагноз — як найважливіший аутоідентифікуючий атрибут дисципліни-психотерапії — був розглянутий автором, окрім вищезгаданих двох видань монографії «Клініка і дисциплінарна історія психотерапії», у першому вітчизняному підручнику «Психотерапія» (видавництво «Око» (Харків), 2002 рік), розділі «Логіка і семіотика діагнозу

в психотерапії» монографії В.А. Абрамова «Стандарти багатоосової діагностики в психіатрії» (видавництво Донеччина (Донецьк), 2004 рік), в докторській дисертації автора «Теоретичне, клініко-діагностичне, медико-психологічне, психотехнічне та психопатологічне обґрунтування й оцінка психотерапії психогенно-обумовлених розладів» (Харків, 2006 / 2007 роки), а також у вищезгаданому навчальному посібнику.

Структурно монографія складається з передмови, вступу, 6 частин, 35 розділів, закінчення, післямови, списку використаної літератури, переліку основних джерел, а також анотацій різними мовами.

У **Передмові** традиційно розкрито особливості прочитання тексту, — зокрема, зважаючи на його навчальне призначення.

У **Вступі** («**Що таке психотерапія?**») розкриваються особливості еволюції предмету та зміст різних дефініцій психотерапії. Показано принципові відмінності між психотерапією та психіатрією, з одного боку, і психотерапією та медичною (клінічною) психологією — з іншого. Наведено актуальні характеристики предмету і сформульовано дефініцію психотерапії.

**Частина I — «Дискурсивно-методологічні, клініко-діагностичні та дисциплінарно-ідентифікаційні особливості психотерапії»** — включає наступні розділи:

**Розділ 1. «Дискурсивні й контекстні особливості психотерапії».**

Підрозділи: «Особливості психо[терапевт][и][і]чного дискурсу»; «Протокольна мова психотерапії»; «Соціально-філософські, методологічні та інші запозичення психотерапії»; «Етно-культуральна диференціація психотерапії».

Обґрунтовуються уявлення про єдиний для психотерапії, психіатрії та медичної психології «психоїчний» дискурс, показано його аргументи й апеляції, тематику й проблематику, порушення й розриви.

Проаналізовано особливості й проблеми протокольної мови психотерапії та наведено чіткі формулювання (у тому числі ряду «метод — методика — психотехніка — прийом — формула»).

Докладно проаналізовано соціально-філософські, методологічні та інші запозичення психотерапії.



Досліджено проблему етно-культуральної диференціації психотерапії, показано її євроцентристський характер і обговорено проблему етнокультурних аранжувань та конфесіональних деформацій психотерапії.

### **Розділ 2. «Клініко-діагностичні особливості психотерапії».**

Підрозділи: «Обґрунтування [сфери] пато-нозологічної компетенції (клініки) психотерапії»; «Поняття пато-нозологічної конгруентності та критерії вибору методів та методик психотерапії».

Порушуються та розробляються проблеми клінічної компетенції психотерапії: викладено розроблені уявлення про психотерапевтичну клініку (сферу її пато-нозологічної компетенції).

Наведено розроблені проблеми пато-нозологічної конгруентності та критерії вибору методів та методик психотерапії.

### **Розділ 3. «Дисциплінарно-ідентифікаційні особливості психотерапії».**

Підрозділи: «Дисциплінарні варіації психотерапії»; «Концептуальний базис психотерапії»; «Основні психотерапевтичні парадигми»; «Кардинальні позиції аутодисциплінарно-ідентифікаційної (інтрадисциплінарної) концепції психотерапії».

Розглянуто основні клініко-дисциплінарні варіації психотерапії.

Висвітлено об'ємний концептуальний базис психотерапії.

Показано базові парадигми психотерапії: нейродинамічну, психодинамічну, поведінкову, раціональну та мнестологічну.

Викладено основні положення розробленої автором аутодисциплінарно-ідентифікаційної — інтрадисциплінарної — концепції психотерапії.

**Частина II — «Клініко-психофеноменологічний метод»** — містить наступний розділ:

### **Розділ 4. «Клініко-психофеноменологічний метод».**

Розглянуто специфічний метод психотерапії — клініко-психофеноменологічний метод, що його розробляє автор.

**Частина III — «Складові [частини] психотерапевтичного діагнозу»** — складається з наступних розділів:

### **Розділ 5. «Клініко-діагностична складова (I частина) психотерапевтичного діагнозу».**

Підрозділи: «Клініко-психопатологічна феноменологія / синдромологія per se»; «Клініко-психопатологічна феноменологія / синдромологія sub specie психотерапії»; «Систематизація клініко-психопатологічної феноменології / синдромології».

З позицій психотерапії розглянуто психопатологічні феномени та синдроми, які є мишенями психотерапевтичного впливу / втручання, й зроблено спробу їхньої систематизації.

### **Розділ 6. «Психотехнічна складова (II частина) психотерапевтичного діагнозу».**

Підрозділи: «Клініко-експериментальний базис психотерапевтичного діагнозу»; «“Нормальна” психотерапевтична феноменологія»; «Клінічні психотерапевтичні ефект-синдроми та їх корелят-механізми (корелят-патерни)»; «Психофеноменологічний профіль».

Наведено результати розробленого та проведеного автором клінічного психотерапевтичного експерименту як клініко-експериментального базису психотерапевтичного діагнозу.

Розглянуто та систематизовано «нормальну» психотерапевтичну феноменологію: феномени [«зі сторони»] пацієнта (інструментальні, саногенні, дефензивні, змішані, інтеркурентні, допоміжні (ворітні, орієнтаційні, діагностичні) та інші), феномени [«зі сторони»] психотерапевта, трансперсональні феномени, групові феномени, конформні (індукційні) феномени.

Викладено також клінічну феноменологію психотерапії: клінічні психотерапевтичні ефект-синдроми та їх корелят-механізми (корелят-патерни); наведено розроблену типологію.

Представлено дефініцію психофеноменологічного профілю та його структуру.

### **Розділ 7. «Фармакотерапевтична складова (III частина) психотерапевтичного діагнозу».**

Підрозділи: «Поняття “фармакологічного фону”»; «Терапевтичний і спеціальний фармакологічний фон».

Порушуються питання фармакологічного фону при проведенні психотерапії.

Показано, що він може бути як терапевтичним (створеним за традиційними фармакотерапевтичними схемами без урахування потреб психотерапії), так і спеціальним (створеним саме задля реалізації психотерапевтичного впливу).

### **Розділ 8. «Прогностична складова (IV часть) психотерапевтичного діагнозу».**

Підрозділи: «Синдромогенез, синдромокінез і синдромотаксис у сфері компетенції психотерапії: метасиндроми»; «Типологія метасиндромів».

Розглянуто питання синдрому генезу, синдромокінезу й синдромотаксису в сфері компетенції психотерапії: показано, що метасиндроми утворюються в результаті взаємодії психопатологічних синдромів і клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів.

Наведено розроблену типологію метасиндромів та їх клінічні характеристики.

**Частина IV — «Логіка, семіотика й алгоритм діагнозу в психотерапії»** — складається з наступних розділів:

**Розділ 9. «Загальна [психо]діагностика та спеціальні діагностичні прийоми».**

Викладено та прокоментовано процедуру діагностики (як загальної психодіагностики, так і спеціальних діагностичних прийомів в психотерапії).

**Розділ 10. «Логіка, семіотика й алгоритм діагнозу в психотерапії. Основні положення».**

Порушено найважливіші для клінічної практики проблеми діагностики в психотерапії й сформовано уявлення про психотерапевтичний діагноз.

**Розділ 11. «Правила формулювання та дизайн психотерапевтичного діагнозу».**

Прописано дизайн психотерапевтичного діагнозу, наведено приклади його формулювання.

**Частина V — «Діагностичний апарат (прийоми та системи) методів і методик психотерапії»** — містить такі розділи:

**Розділ 12. «Класифікація психотерапевтичних методів та методик».**

Наочною та зручною з клініко-педагогічної точки зору — й, головне, теоретично обґрунтованою — є запропонована систематика психотерапевтичних методів та методик: класичних (сугестивні методи, раціональна психотерапія, психоаналіз та поведінкова терапія), синтетичних («еріксонівський» гіпноз, нейро-лінгвістичне програмування, гештальт-терапія, трансактний аналіз, когнітивно-біхевіоральна терапія, екзистенційна («гуманістична») психотерапія, психоаналітично-орієнтована психотерапія) і неокласичних (симультанно-мнестична психотерапія (психометодологія)). Розроблено також інші основи класифікації, — зокрема, принцип пато-нозологічної конгруентності, що передбачає орієнтацію — через посередництво асоційованих із методами психотерапії саногенних феноменів — на клінічні психотерапевтичні ефект-синдроми.

У розділах 13 та 14 — відповідно «Феноменологічний арсенал, понятійно-концептуальна платформа та персонологія в уявленнях методів і методик психотерапії» та «Діагностичний апарат (прийоми та системи) методів і методик психотерапії» — проведено аналітичне викладення усіх різноманітних методів та методик психотерапії за єдиною схемою (феноменологія, поняття й концепти, персонологічні уявлення, а також — окремо — діагностичні прийоми), що дозволяє провести їх порівняльний структурно-змістовний аналіз.

**Частина VI — «Психофеноменологічні особливості, психотерапевтичний діагноз й системи психотерапії при психосоматичній, соматопсихічній і аддиктивній патології»** — складається з розділів, у яких відображено результати низки дисертаційних досліджень, що їх виконано із застосуванням клініко-психофеноменологічного методу:

**Розділ 15. «Психофеноменологічний профіль і система психотерапії при аддиктивній патології».**

**Розділ 16. «Система психосоціальної реабілітації при пневмоконіозі».**

**Розділ 17. «Система психотерапії психогенної гіперфагії».**

**Розділ 18. «Мишені психотерапії при псевдопаралітичних синдромах різної етіології».**

**Розділ 19. «Емоційні розлади як фактор дисконплаєнтності при психотерапії полінаркоманії».**

**Розділ 20. «Психотерапія при псевдообсесивном синдромі».**

**Розділ 21. «Психопатогенез соматоформних розладів різної системно-органної приналежності та предиктори їх психотерапії».**

**Розділ 22. «Психогенні предиктори формування психоендокринного синдрому як мішені психотерапії».**

**Розділ 23. «Система психотерапії рекурентної депресії в продромальному періоді».**

**Розділ 24. «Особливості психотерапевтичного діагнозу й системи психотерапії при сімейній дезадаптації».**

**Розділ 25. «Клініко-психологічні особливості, психотерапія й комплаєнтність в хворих на тривожно-депресивні розлади органічного генезу».**

**Розділ 26.** «Мішені психотерапії кардіогенної екзацерації психічних розладів в геронтопсихіатричній практиці».

**Розділ 27.** «Система психотерапії непсихотичних психічних розладів в осіб, які перенесли черепно-мозкову травму».

**Розділ 28.** «Психогенні фактори екзацерації простої шизофренії як мішені психотерапії».

**Розділ 29.** «Фактори психогенної екзацерації шизофреноподібних розладів різного генезу як критерії диференційної діагностики та мішені психотерапії».

**Розділ 30.** «Система психопрофілактики на промисловому підприємстві».

**Розділ 31.** «Психогенні компоненти екзацерації ендогенного кататонічного синдрому як мішені психопрофілактики та психотерапії».

**Розділ 32.** «Психогенні предиктори формування постшизофренічної депресії як мішені психотерапії».

**Розділ 33.** «Особливості формування комплаєнсу в процесі психотерапії дисоціативного розладу».

**Розділ 34.** «Предиктори психопатологічних і патоперсоналогічних порушень, фактори невротизації та мішені психотерапії при цукровому діабеті II типу».

**Розділ 35.** «Система психотерапії посттравматичного стресового розладу на тлі отруєння чадним газом».

У **Закінченні** («Психотерапія між сповіддю й риторикою у контексті діагностики») показано, що діяльність у галузі психотерапії знаходиться в континуумі «психотерапія як сповідь пацієнта (катартичні методи) — психотерапія як ораторська майстерність психотерапевта (класична розумова психотерапія)»; рекомендовано утримуватись від крайніх варіантів стилістики психотерапевтичної практики. Доведено, що психотерапевтична діагностика також повинна бути *sectio aurea*: проміж діагностикою-обсервацією та діагностикою-інтерпретацією, а саме — діагностикою-виявленням.

У **Післямові** обговорюються декотрі особливості професійної підготовки психотерапевтів, перспективи досліджень у галузі психотерапії (у тому числі ті, що стосуються діагностики) — й, головне, необхідні завершальні кроки інституціоналізації психотерапії.

**Список використаної літератури і Перелік основних джерел** розведено, оскільки в першому випадку йдеться про апеляції до поглядів і суджень, які визнаються звісною мірою достовірними («істинними»), а в другому — про тексти, які лише аналізуються.

Монографію адресовано лікарям, насамперед психотерапевтам, психіатрам та представникам суміжних дисциплін, а також спеціалістам у галузі [клінічної та нейро-] психології, психофізіології, історії [медицини], соціології, філософії, науковедення, культурології та педагогіки.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

### Предисловие (5 — 9)

### Введение. Что такое психотерапия? (10 — 24)

Рекомендуемая литература (23)

### Часть I. Дискурсивно-методологические, клинико-диагностические и дисциплинарно-идентификационные особенности психотерапии (25 — 84)

*Вступление* (27)

#### Глава 1. Дискурсивные и контекстные особенности психотерапии (совместно с О.Ф. Пиронковой) (31)

- 1.1. Особенности психо[терапевт]ического дискурса (31)
- 1.2. Протокольный язык психотерапии (40)
- 1.3. Социально-философские, методологические и иные заимствования психотерапии (43)
- 1.4. Этно-культуральная дифференциация психотерапии (46)

Рекомендуемая литература (55)

#### Глава 2. Клинико-диагностические особенности психотерапии (57)

- 2.1. Характеристика [сферы] пато-нозологической компетенции (клиники) психотерапии (57)
- 2.2. Понятие пато-нозологической конгруэнтности и критерии выбора методов и методик психотерапии (62)

Рекомендуемая литература (67)

#### Глава 3. Дисциплинарно-идентификационные особенности психотерапии (69)

- 3.1. Дисциплинарные вариации психотерапии (69)

- 3.2. Концептуальный базис психотерапии (71)
  - 3.3. Основные психотерапевтические парадигмы (77)
  - 3.4. Кардинальные позиции аутодисциплинарно-идентификационной (интрадисциплинарной) концепции психотерапии (78)
- Рекомендуемая литература (83)

### Часть II. Клинико-психофеноменологический метод (85 — 98)

*Вступление* (87)

#### Глава 4. Клинико-психофеноменологический метод (90)

Рекомендуемая литература (97)

### Часть III. Составляющие [части] психотерапевтического диагноза (99 — 202)

*Вступление* (101)

#### Глава 5. Клинико-диагностическая составляющая (I часть) психотерапевтического диагноза (104)

- 5.1. Клинико-психопатологическая феноменология / синдромология *per se* (совместно с Б.В. Михайловым) (104)
- 5.2. Клинико-психопатологическая феноменология / синдромология *sub specie* психотерапии (144)
- 5.3. Систематизация клинико-психопатологической феноменологии / синдромологии (148)

Рекомендуемая литература (152)

#### Глава 6. Психотехническая составляющая (II часть) психотерапевтического диагноза (154)

- 6.1. Клинико-экспериментальный базис психотерапевтического диагноза (156)
- 6.2. «Нормальная» психотерапевтическая феноменология (168)
- 6.3. Клинические психотерапевтические эффект-синдромы и их коррелят-механизмы (коррелят-паттерны) (174)
- 6.4. Психофеноменологический профиль (совместно с Ю.И. Заседой) (178)

Рекомендуемая литература (181)

**Глава 7.** Фармакотерапевтическая составляющая (III часть)  
психотерапевтического диагноза (183)

7.1. Понятие «фармакологического фона» (184)

7.2. Терапевтический и специальный  
фармакологический фон (184)

Рекомендуемая литература (192)

**Глава 8.** Прогностическая составляющая (IV часть)  
психотерапевтического диагноза (194)

8.1. Синдромогенез, синдромокинез и синдромотаксис в  
сфере компетенции психотерапии: метасиндромы (194)

8.2. Типология метасиндромов (196)

Рекомендуемая литература (200)

**Часть IV. Логика, семиотика и алгоритм диагноза  
в психотерапии (203 — 228)**

*Вступление* (205)

**Глава 9.** Общая [психо]диагностика и специальные  
диагностические приёмы (206)

Рекомендуемая литература (212)

**Глава 10.** Логика, семиотика и алгоритм диагноза  
в психотерапии. Основные положения (214)

Рекомендуемая литература (221)

**Глава 11.** Правила формулирования и дизайн  
психотерапевтического диагноза (223)

Рекомендуемая литература (227)

**Часть V. Диагностический аппарат (приёмы и системы)  
методов и методик психотерапии (229 — 300)**

*Вступление* (231)

**Глава 12.** Классификация методов и методик психотерапии (234)

Рекомендуемая литература (241)

**Глава 13.** Феноменологический арсенал, понятийно-  
концептуальная платформа и персонология  
в представлениях методов и методик  
психотерапии (243)

Рекомендуемая литература (289)

**Глава 14.** Диагностический аппарат (приёмы и системы)  
методов и методик психотерапии (291)

Рекомендуемая литература (299)

**Часть VI. Психофеноменологические особенности,  
психотерапевтический диагноз и системы психотерапии  
при психосоматической, соматопсихической  
и аддиктивной патологии  
(301 — 458)**

*Вступление* (303)

**Глава 15.** Психофеноменологический профиль и система  
психотерапии при аддиктивной патологии  
(П.Г. Андрух) (304)

**Глава 16.** Система психосоциальной реабилитации  
при пневмокониозе (Л.А. Васякина) (312)

**Глава 17.** Система психотерапии психогенной гиперфагии  
(Е.И. Гетманчук) (318)

**Глава 18.** Мишени психотерапии при псевдопаралитических  
синдромах различной этиологии (А.Д. Городокин) (323)

**Глава 19.** Эмоциональные расстройства как фактор  
дискомплаентности при психотерапии  
полинаркомании (А.З. Григорян) (331)

**Глава 20.** Психотерапия при псевдообсессивном синдроме  
(Н.В. Данилевская) (335)

**Глава 21.** Психопатогенез соматоформных расстройств  
различной системно-органной принадлежности  
и предикторы их психотерапии (Ю.И. Заседа) (343)

**Глава 22.** Психогенные предикторы формирования  
психоэндокринного синдрома  
как мишени психотерапии (В.В. Ищук) (351)

**Глава 23.** Система психотерапии рекуррентной депрессии  
в продромальном периоде (Е.Н. Киреева) (358)

**Глава 24.** Клинико-психологические особенности, психотерапия  
и комплаентность при органических тревожно-  
депрессивных расстройствах (Н.В. Криванкова) (366)

- Глава 25.** Особенности психотерапевтического диагноза и системы психотерапии при семейной дезадаптации (В.А. Курило) (372)
- Глава 26.** Мишени психотерапии кардиогенной экзацербации психических расстройств в геронтопсихиатрической практике (А.Г. Лисконог) (384)
- Глава 27.** Система психотерапии непсихотических психических расстройств у лиц, перенёсших черепно-мозговую травму (Н.А. Максименко) (392)
- Глава 28.** Психогенные факторы экзацербации простой шизофрении как мишени психотерапии (А.В. Мосейко) (397)
- Глава 29.** Факторы психогенной экзацербации шизофреноподобных расстройств различного генеза как критерии дифференциальной диагностики и мишени психотерапии (И.Ф. Пирогов) (405)
- Глава 30.** Система психопрофилактики на промышленном предприятии (В.Л. Подлубный) (415)
- Глава 31.** Психогенные компоненты экзацербации эндогенного кататонического синдрома как мишени психопрофилактики и психотерапии (Д.Н. Сафонов) (422)
- Глава 32.** Психогенные предикторы формирования постшизофренической депрессии как мишени психотерапии (Е.А. Синча) (430)
- Глава 33.** Особенности формирования комплаенса в процессе психотерапии диссоциативного расстройства (А.Н. Столяренко) (438)
- Глава 34.** Предикторы психопатологических и патоперсоналогических нарушений, факторы невротизации и мишени психотерапии при сахарном диабете II типа (О.В. Ткаченко) (444)
- Глава 35.** Система психотерапии посттравматического стрессового расстройства на фоне отравления угарным газом (О.Н. Шарко) (453)

- Заключение. Психотерапия между исповедью и риторикой (459 — 464)**  
Рекомендуемая литература (463)
- Послесловие (465 — 468)**
- Список использованной литературы (469 — 477)**
- Перечень основных источников (478 — 505)**
- Résumé (506 — 513)**
- Summary (514 — 521)**
- Анотація (522 — 529)**

Монографія

*Вадим Віталійович Чугунов*

## **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИЙ ДІАГНОЗ**

(Російською мовою)

Редактор *І.І. Коновалова*  
Художнє оформлення *О.Л. Шамрай*  
Комп'ютерна верстка *С.В. Шаповалової*  
Коректор *О.Г. Неро*

Підп. до друку 29.12.2014. Формат 60x92/16.  
Папір офсет. № 2. Гарнітура Баскервіль. Друк офсет.  
Опр. № 7БС. Ум. друк. арк. 33,5. Обл.-вид. арк. 42,1.  
Наклад 1000 пр. Зам. № 13.

Видавництво наукової літератури «Око»  
Видавнича група «Наука»  
61002, Харків, вул. Артема, 44  
Свідоцтво ДК № 1229 від 29.03.91

Надруковано у «Поліграфічному центрі на Пушкінській»  
61003, Харків, вул. Пушкінська, 3  
ФОП Ващук О.О.  
Свідоцтво про державну реєстрацію № 24800170000058939