

Ю. И. Заседа

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПСИХОТЕРАПИИ В КОНТЕКСТЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ
О ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОМ ПРОФИЛЕ**

Ю. І. Заседа

**ДІАГНОСТИЧНІ МЕХАНІЗМИ ПСИХОТЕРАПІЇ В КОНТЕКСТІ УЯВЛЕНЬ
ПРО ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГІЧНИЙ ПРОФІЛЬ**

Yu. I. Zaseda

**DIAGNOSTIC MECHANIZMS OF THE PSYCHOTHERAPY IN THE CONTEXT
OF PSYCHOPHENOMENOLOGIC PROFILE**

В настоящем исследовании проведено дифференцирование психотерапевтического, психиатрического и психологического диагнозов и сформулированы основные положения относительно процедуры психотерапевтической диагностики, разработана шестичастная структурообразующая модель психотерапевтического диагноза. Установлены основные свойства психотерапевтического диагноза. Разработаны основные принципы этапной психотерапевтической диагностики.

Ключевые слова: психотерапевтический диагноз, патогенез, психофеноменологический профиль, клиническая психофеноменология, клинко-психофеноменологический метод

У цьому дослідженні проведено диференціювання психотерапевтичного, психіатричного і психологічного діагнозів і сформульовано основні положення щодо процедури психотерапевтичної діагностики, розроблена шестичастинна структуроутворююча модель психотерапевтичного діагнозу. Встановлено основні властивості психотерапевтичного діагнозу. Розроблено основні принципи етапної психотерапевтичної діагностики.

Ключові слова: психотерапевтичний діагноз, патогенез, психофеноменологічний профіль, клінічна психофеноменологія, клініко-психофеноменологічний метод

In the present study the differentiation of psychotherapeutic, psychiatric and psychological diagnoses is carried out and the basic provisions concerning the procedure of psychotherapeutic diagnostics are formulated and the six-part structure-type psychotherapeutic diagnosis is formulated. The basic properties of psychotherapeutic diagnosis are drawn. The basic principles of a step-by-step psychotherapeutic diagnostic is offered.

Keywords: psychotherapeutic diagnosis, pathogenesis, psychophenomenologic profile, clinical psychophenomenology, clinical-psychophenomenological method

Наличие тесных взаимосвязей между отдельными психическими дисциплинами: патоперсонологией, общей и медицинской психологией, психиатрией, психофизиологией, а также психофармакологией, — обуславливает интегративность, комплексность и протокольность психодиагностического исследования [1, 4—7]. В последние годы отмечается возрастание активности теоретико-практических исследований в области нейропсихологии, психоиммунологии, психосоматики, в частности — вопросов о наличии взаимообуславливающих связей этих научных разделов [1, 4]. Это обстоятельство также подчеркивает интегративный характер психодиагностического процесса [5], в практической деятельности психотерапевта сопряженный также с рядом сложностей, среди которых можно обозначить следующие: отсутствие четких компетенционно-междисциплинарных границ, дискурсивно-терминологическая гетерогенность специфических дисциплинарных, а точнее даже — отраслевых тезаурусов, отсутствие типологий и классификаций диагностических ориентиров ввиду невозможности соотнесения их с аналогичными позициями в психопатологии [10].

Главной целью психодиагностического процесса в современном понимании является постановка диагноза, не только констатирующего, но и позволяющего сформировать концепцию и инструменты для решения наличествующих проблем [1]. Прежде чем говорить о диагностических механизмах психотерапии и психотерапевтическом диагнозе, уместным будет обратиться к дифференцированию психиатрического, психологического и психотерапевтического диагнозов. Пожалуй, единственным наиболее общим для них свойством, поддающимся идентификации, является стратификация на уровни формирования: симптоматический (семиотический), синдромологический (для психологии — это

регистр-синдромы) и нозологический. Рассмотрим подробнее имеющиеся между ними отличия.

Психиатрический диагноз есть ни что иное как заключение о наличии психического расстройства. В то же время, психологический диагноз ассоциирован скорее с комплексным пониманием психических характеристик, свойственных индивидууму. Он может быть выставлен каждому здоровому человеку и призван определить актуальное состояние и, возможно, прогностические предпосылки его развития [7]. Психотерапевтический же диагноз занимает промежуточное положение между двумя вышеописанными. Так, наличие пато-нозо-синдромальной части объединяет его с диагностикой в психиатрии, тогда как современные психофеноменологические, и особенно [пато]персонологические, аспекты тяготеют к нормологии, свойственной психологической диалектике.

Комплексность и интегральность также являются качествами, в большей степени присущими психотерапевтическому и психологическому и в меньшей — психиатрическому диагнозу. Это объясняется частым преобладанием симптоматики нарушений в одной из сфер, а также отсутствием предопределяющего значения индивидуально-психологических особенностей личности в клинике и терапии психиатрических болезней (за исключением, пожалуй, патоперсонологии). Исключительность и безусловность определяемых в психиатрии патологических знаков противопоставляется относительности, контекстуальности феноменов в психологии и психотерапии.

Примечательно также, что общими для психологического и психотерапевтического диагнозов являются также их динамичность и тесная интеграция с коррекционным или терапевтическим процессом. И в этом случае диагноз дополнительно несет в себе дополнительно вспомогательную стратегическую и прогностическую функции [7].

Из этого следует, что психотерапевтический диагноз имеет не чисто нозологически ориентированный характер, а скорее — процессуально-результатирующий. Таким образом, основными свойствами, которыми обладает психотерапевтический диагноз, являются многоуровневость, комплексность (интегральность), индивидуальность, динамичность, ресурсность, прогностичность. Такое заключение позволяет рассматривать специфические пути и механизмы реализации диагностического процесса в психотерапии, соотнося их с основополагающими свойствами феноменологического метода: специфичностью, интерпретативностью, вариативностью, достоверностью и дискурсивной гомогенностью [2, 8, 10]. Собственно, его пато-нозо-синдромальная часть выступает в качестве идентификатора мишеней последующего психотерапевтического воздействия.

Такая концепция построения психотерапевтического диагноза позволяет избежать формализации, обеспечивает его репрезентативность, индивидуализацию и функциональную состоятельность [3, 4]. Основанием тому служат такие психодиагностические процедуры, принадлежащие психофеноменологическому методу, как феноменологическая редукция, феноменологическое интуирование, феноменологический анализ, феноменологическое описание [9—12].

Принимая за семиотическую основу диагностической стратегии психотерапевтического процесса нормальную психотерапевтическую феноменологию, необходимо учитывать наличие коррелятивных отношений между методами психотерапии и отдельными разделами психоической феноменологии, в которых метод вторичен по отношению к конкретной феноменологии и являет собой ее гностический компонент, часто в интерпретирующем аспекте [9, 12].

Итак, стратегия построения психотерапевтического диагноза основывается на следующих позициях [10]. Первый этап диагностики — это реализация первого уровня диагноза с соблюдением принципов пато-нозо-синдромальной компетенции психотерапии, что предусматривает тщательную дифференциальную диагностику наличествующих психопатологических проявлений от психотических состояний, относящихся к сфере компетенции психиатрической клиники. Среди методов здесь используются психоанамнестическое, клинко-психопатологическое, патоперсонологическое исследование и результаты общемедицинского обследования.

На втором этапе на основании психотерапевтического собеседования, клинко-психофеноменологического и патоперсонологического исследований необходимо квалифицируются личностные особенности пациента, а также возможные индивидуальные механизмы психологической защиты.

Осуществляя диагностику, психотерапевту необходимо соблюдать принцип нозоспецифичности, а значит — прогнозировать саногенную компетентность психотерапевтической методики в отношении конкретного патологического состояния, выявляемого у конкретного пациента. Реализация данного принципа становится возможной благодаря ориентации специалиста на психотерапевтическую феноменологию посредством установления основных психотерапевтических феноменов (инструментальных, саногенных, дефензивных, смешанных, интеркуррентных, вспомогательных, групповых и индукционных), имеющих место в клинической картине, и обращения к ассоциированным с определенными феноменами терапевтическим техникам. При этом специалист

руководствуется данными, полученными в ходе клинко-психофеноменологического исследования, с использованием специальных диагностических приемов.

Мониторинг течения, эффективности, затруднений и возможных осложнений психотерапевтического процесса реализуется на следующем диагностическом этапе путем идентификации клинических психотерапевтических эффект-синдромов в динамике; под последними понимают совокупность психологических, клинических, аффективных, конативных и других индивидуально-личностных проявлений, появляющихся в ответ на применение определенного психотерапевтического метода.

В ходе диагностического, а в дальнейшем и терапевтического процесса необходимо осуществление динамической диагностики метасиндромов. Данные клинические образования формируются вследствие процессов синдромакинза и синдромакинса, а именно — модификации, деструкции, аранжировок etc. психопатологических синдромов под воздействием клинических психотерапевтических эффект-синдромов. Использование метасиндромов в качестве прогностической составляющей психотерапевтического диагноза представляется возможным при выполнении следующей позиции психотерапевтической диагностики — непрерывного диагностического контроля в ходе психотерапевтического процесса.

Нормативная протокольность и взаимосвязь клинко-диагностического и собственно психотехнического ракурсов психотерапевтической диагностики достигаются в ходе психотерапевтического собеседования при помощи клинко-психофеноменологического исследования с определением клинических эффект-синдромов в сопряжении с этологической диагностикой.

Следует также тщательно соблюдать методологическую, методическую и стилистическую диагностикотерапевтическую дискурсивную гомогенность во избежание разночтений семиотических знаков и инконгруэнтного саногенного обеспечения.

Данный диагностический принцип тесно коррелирует со следующим, подразумевающим единство этиопатогенетической сути психотерапевтического диагноза, что становится возможным благодаря использованию сопряженных диагностических арсеналов психиатрического, клинко-психопатологического и клинко-психофеноменологического исследований.

Неотъемлемым этапом психотерапевтической диагностики также становится учет феноменов со стороны психотерапевта и трансперсональных феноменов, появляющихся в результате установления психотерапевтического контакта. Сопоставление стиля и тактики специалиста с индивидуальным семиотическим пространством пациента, — что, безусловно, повышает эффективность диагностикотерапевтического процесса, — существенно облегчает предварительное использование клинко-культурального, нейропсихологического исследования в совокупности с клинко-психофеноменологическим.

Ввиду возможного доминирования в клинической картине отдельных психопатологических проявлений с формированием дополнительного неблагоприятного фона (например, пониженного настроения, тревоги, нарушения сна), рациональным этапом психодиагностического процесса в ряде случаев является подбор адекватного фармакологического сопровождения, способствующего нивелированию нежелательного патопластического влияния этих симптомов на структуру феноменологического профиля, определяемого у пациента. Кроме того, необходимо помнить о возможности

использования конгруэнтного медикаментозного фона в качестве дополнительного специального инструмента, способствующего повышению эффективности психодиагностических, а в дальнейшем и терапевтических мероприятий, основывающихся на явлениях наркосуггестии, наркоанализа и наркосинтеза.

Не менее значимым положением психотерапевтического диагноза является его направленность на сано-генетические ресурсы личности пациента, которые должны являться основой психотехнической стратегии специалиста. Этот принцип диагностики реализуется на практике путем обращения к идентификации сано-генных феноменов.

Несмотря на актуальность рассматриваемого вопроса, в специализированной литературе отслежива-

ется недостаточная его разработанность и отсутствие согласованности и единства в отношении структуры психотерапевтического диагноза и его сути. Остаются неустановленными обязательные составные части психотерапевтического диагноза и требования, выдвигаемые к нему.

Проводимые нами исследования были направлены на поиск практического разрешения вышеизложенных задач и разработку принципов их реализации с соблюдением этапности, общих и специальных положений психиатрической и психотерапевтической диагностик. В результате проведенных исследований нами была сформирована модель психотерапевтического диагноза, состоящая из пяти структурообразующих частей (представлена в табл.).

Структура психотерапевтического диагноза

№	Составная часть психотерапевтического диагноза	Описание	Клиническое наполнение
1.	клинико-диагностическая	указание на ведущие психопатологические синдромы	симптомокомплексы, нозоформы, наблюдаемые у пациента и являющиеся основными психотерапевтическими мишенями
2.	психофизиологически-персонологическая predisposition (психофеноменологический профиль)	отображение качественно-количественного соотношения проявленности клинических феноменов различных классов, в комплексе представляющее собой интегрированный профиль индивидуальных клинических, персонологических и психофизиологических особенностей	феномены «со стороны пациента», феномены «со стороны терапевта», трансперсональные, групповые и индивидуальные феномены, а также отображение их качественно-количественного соотношения
3.	психотехническая	доминирующий клинический психотерапевтический эффект-синдром	типичные (гипноидный, каталептический, про-соночный, психоветгетативный, релаксационный, гипомнестический, полиморфно-конформный); атипичные (истероформный, эксплозивный, «аверсивного мутизма», аверсивный, псевдопуэрильный); интеркуррентные (эйдетический, «терапевтической паранойи», фиксационный, резистентный)
4.	фармакотерапевтическая	фармакологический фон	терапевтический и/или специальный
5.	прогностическая	указание на тип метасиндрома, образующегося в результате взаимодействия психопатологического синдрома и клинического эффект-синдрома	ухудшение/улучшение/статика, сохранность или модификация структуры

Такая модель в полной мере соответствует вышеизложенным принципам и требованиям, и отвечает практической реализации клинико-психофеноменологического метода. Так, при реализации первой части психотерапевт в ходе комплексного клинико-психопатологического, патопсихологического исследования устанавливает синдромальные образования, имеющиеся в структуре патопсихологических нарушений, определяемых у пациента. В дальнейшем, применяя специальные приемы клинико-психофеноменологического арсенала, специалист определяет индивидуальные физиолого-клинические явления, свойственные данному пациенту (разновидности феноменов «со стороны пациента»), а также классы феноменов «со стороны терапевта», трансперсональные, групповые и индукционные и, учитывая их соотношение в структуре психотерапевтического процесса, определяет психофеноменологический профиль. Фактически, данная составляющая психотерапевтического диагноза несет в себе интегрированную информацию об индивидуальных клинических, личностно-конституциональных и психофизиологических особенностях пациента, изложенную в форме психофеноменологического профиля, определяемого как пропорциональное качественно-количественное соотношение установленных клинических

феноменов. Это и является содержанием второй, предиспозиционно-психофеноменологической составляющей психотерапевтического диагноза.

Данная составляющая психотерапевтического диагноза несет в себе интегрированную информацию об индивидуальных клинических, личностно-конституциональных и психофизиологических особенностях пациента, изложенную в форме психофеноменологического профиля, определяемого как пропорциональное качественно-количественное соотношение установленных клинических феноменов. Введение этой части обеспечивает соблюдение принципа индивидуализации психотерапевтического диагноза, а также является функционально значимым в отношении ведения целостного, неразрывного, конгруэнтного диагностико-терапевтического процесса.

Далее психотерапевт ассоциирует ведущие феномены с конгруэнтными психотерапевтическими методиками. Из этой ассоциативной пары на основании ранее проведенных исследований формируется клинический психотерапевтический эффект-синдром, отраженный в третьей части психотерапевтического диагноза.

Безусловно необходимым является отражение в психотерапевтическом диагнозе применения, в сочетании с психотехниками, фармакологических средств. Этот

аспект воплощен в четвертой, фармакотерапевтической составляющей диагноза. Следует обратить внимание на различия в видах фармакопсихотерапевтического воздействия. Терапевтический фармакологический фон создается автономно вне связи с формой и особенностями психотерапевтического процесса. В отличие от этого, использование специального (экспериментального) фармакологического фона направлено на достижение определенных состояний сознания, способствующих реализации целей применяемых психотерапевтических методик.

Континуальность и, порою, долговременность проведения психотерапии обуславливают потребность в констатации тенденций течения терапевтического процесса. Для этого была введена пятая, прогностическая составляющая психотерапевтического диагноза. Реализовать ее предлагается, используя такое психическое образование как метасиндром, иллюстрирующий клинические особенности психотерапевтического процесса с учетом двух прогностических характеристик: динамической и структурной [11]. Это позволит констатировать проявленность (улучшение/ухудшение) психопатологических проявлений и сохранность либо трансформацию их структуры.

Таким образом, в результате исследования проведено дифференцирование психотерапевтического, психиатрического и психологического диагнозов и сформулированы основные положения относительно процедуры психотерапевтической диагностики, разработана шестичастная структурообразующая модель психотерапевтического диагноза.

Обосновано использование психофеноменологического профиля, определяемого как пропорциональное качественно-количественное соотношение установленных клинических феноменов, в качестве мультиаспектного клинико-диагностического показателя, формирующего вторую, predispositional-психофеноменологическую, часть психотерапевтического диагноза и несущего информацию об индивидуальных клинических, личностно-конституциональных и психофизиологических особенностях пациента.

Установлены основные свойства психотерапевтического диагноза: многоуровневость, комплексность (интегральность), динамичность, ресурсность, прогностичность. Обязательными к выполнению требованиями при постановке психотерапевтического диагноза являются репрезентативность, индивидуализация и функциональная состоятельность.

Разработаны основные принципы этапной психотерапевтической диагностики:

- соблюдение пато-нозо-синдромальной компетенции психотерапевтической клиники;
- прогнозирование саногенной компетентности психотерапевтической методики (принцип нозоспецифичности);
- процессуальный мониторинг посредством идентификации психотерапевтических эффект-синдромов;
- осуществление динамической диагностики метасиндромов;
- нормативная протокольность и взаимосвязь клинико-диагностического и психотехнического ракурсов психотерапевтического процесса;
- соблюдение методологической, методической и стилистической диагностико-терапевтической дискурсивной гомогенности;
- единство этиопатогенетической сути психотерапевтического диагноза;

— учет влияния феноменов со стороны психотерапевта и трансперсональных феноменов;

— рациональное использование адекватного фармакологического сопровождения;

— ориентированность психотерапевтического диагноза на саногенетические ресурсы личности.

Представлена модель психотерапевтического диагноза в соответствии с вышеизложенными положениями, состоящая из шести структурных составляющих: клинико-диагностической, психофизиологически-персоналогической predispositional, психотехнической, фармакотерапевтической, прогностической и психофеноменологической.

Разработанные в настоящем исследовании положения способствуют достижению согласованности и преемственности психотерапевтической деятельности путем алгоритмизации процесса психотерапевтической диагностики и постановки психотерапевтического диагноза, а также посредством ориентации на психофеноменологическое исследование, соответствующее современным требованиям персонализированной медицины.

Список литературы

1. Бурлачук Л. Ф. Психодиагностика / Л. Ф. Бурлачук. — СПб.: Питер, 2002. — 352 с.
2. Калиниченко В. В. Феноменологическая редукция как путь: куда? (Заметки на темы Эд. Гуссерля и М. К. Мамардашвили) / В. В. Калиниченко // Сб. науч. ст. — М., 1991. — С. 53—71.
3. Калитевская Е. Р. Диагностика в Гештальт-терапии / Е. Р. Калитевская // Гештальт 98 : сб. матер. Московского Гештальт института за 1998. — М., 1999. — С. 33—39.
4. Кочюнас, Р. Психологическое консультирование и групповая психотерапия / Р. Кочюнас. — М.: Академический проект, 2004. — 462 с.
5. Кулаков С. А. Супервизия в психотерапии: учебное пособие для психотерапевтов и супервизоров / С. А. Кулаков. — СПб.: Вита, 2004. — 128 с.
6. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс. — М.: Класс, 1998. — 480 с.
7. Роут Ш. Диагноз психотерапевта и диагноз психиатра / Ш. Роут // Журнал практической психологии и психоанализа. Ежеквартальный научно-практический журнал электронных публикаций — 2004. — № 1.
8. Улановский А. М. Проблема феноменологического описания и описательный поход в психологии / А. М. Улановский // Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М. В. Ломоносова. Вып. 2. Под общ. ред. Б. С. Братуся, Е. Е. Соколовой. — М.: Смысл, 2006. — С. 106—124.
9. Чугунов В. В. Психотерапевтическая феноменология, клинические эффект-синдромы в психотерапии и их коррелят-механизмы / В. В. Чугунов // Арх. психiatr. — 2002. — № 4 (31). — С. 202—206.
10. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз / В. В. Чугунов. — Харьков: Наука, 2010. — С. 11—16.
11. Чугунов В. В. Взаимодействие клинической психотерапевтической и психопатологической синдромологий при формировании метасиндромов (медико-психологический аспект) / В. В. Чугунов // Мед. психол. — 2007. — Т. 2, № 1. — С. 3—7.
12. Чугунов В. В. Сравнительная характеристика и взаимодействие клинико-психологических синдромологий в сфере компетенции психотерапии / В. В. Чугунов, Б. В. Михайлов // Таврический журнал психиатрии. — 2007. — № 1 (38). — С. 49—62.

Надійшла до редакції 06.03.2014 р.

ЗАСЕДА Юрій Ігоревич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психотерапии, Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков; e-mail: zasseda@gmail.com
ZASEDA Yurii Igorovich, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychotherapy of the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Department of psychotherapy, Kharkiv; e-mail: zasseda@gmail.com