

УДК: 159.925.8

ПСИХОЛОГІЧНА СУБ'ЄКТИВНІСТЬ ЯК ОПТИЧНА МЕТАФОРА В ДИСКУРСИВНІЙ ПСИХОЛОГІЇ

Корабльова Н. С.

У роботі досліджується метатеоретичний рівень осмислення меж застосування клінічних і психотерапевтичних методів, використовуючи три центральних філософських підходи до людини і суб'єктивності: філософську антропологію, феноменологію, екзистенціалізм. Цей проект концептуалізує сучасний тип особи, відкрито орієнтованої на цінності споживання, влади і престижу. Саме цією обставиною викликане постійне звернення до явищ соціокультурного плану навіть тоді, коли розглядаються методологічні підстави клініцистського аналізу. Звернено увагу на важливу роль мовленнєвих актів у процесі психотерапевтичної взаємодії, які є предметом дискурс-аналізу. Висунуто гіпотезу стосовно відповідності рівнів втручання і вивчення функціонування психіки людини моделям медицини і рівню розвитку суспільства і його культури.

Ключові слова: психологічна суб'єктивність, суб'єктивізація, дискурс-аналіз, психоаналіз, нарративна істина.

The paper explores the metatheoretical level of assessing the limits of application of clinical and psychotherapeutic methods, using three central philosophical approaches to humans and subjectivity – philosophical anthropology, phenomenology, and existentialism. The current project conceptualizes the modern type of person, explicitly oriented towards the values of consumption, power and prestige. The latter grounds recurrent references to social and cultural phenomena, even when methodological bases of clinicist analysis are considered. A special stress is made on the importance of speech acts in the process of psychotherapeutic interactions, which is subject to the discourse analysis. The main hypothesis concerns a correspondence of the levels of intrusion and of the studies of human psychics, to the models of medicine and to the general level of the society development and its culture.

Keywords: psychological subjectivity, subjectivation, discourse analysis, psychoanalysis, narrative truth.

В работе исследуется метатеоретический уровень осмысления границ применения клинических и психотерапевтических методов с использованием трех центральных философских подходов к человеку и субъективности: философскую антропологию, феноменологию, экзистенциализм. Предлагаемый проект концептуализирует современный тип личности, открыто ориентированной на ценности потребления, власти и престижа. Именно этим обстоятельством вызвано постоянное обращение к явлениям социокультурного плана даже тогда, когда рассматриваются методологические основания клиницистского анализа. Обращено внимание на важное значение речевых актов в процессе психотерапевтического взаимодействия, которые являются предметом дискурс-анализа. Выдвинута гипотеза о соответствии уровней вмешательства и изучения функционирования психики человека моделям медицины и уровню развития общества и его культуры.

Ключевые слова: психологическая субъективность, субъективация, дискурс-анализ, психоанализ, нарративная истина.

Психологічна суб'єктивність – це оптична метафора процедур виокремлення і розуміння себе як функції репрезентації, при незвідності до цієї функції. Проблема, яка розглядається у статті, пов'язана із присутністю в просторі мислення сучасної Західної психології і психіатрії поняття суб'єктивності і способів її суб'єктивації з опорою на філософські методології. Розробка нових підходів до дослідження суб'єктивності є серйозним стимулом розвитку психологічної науки, психіатрії і психотерапії, вона дає шанс на більш глибоке розуміння сучасного людського типу, способів його унормування і лікування патологій. Саме тому методологічні питання залишаються посилено актуальними протягом останніх десятиліть. Література, присвячена цим проблемам, налічує десятки назв і збільшується з кожним роком.

Важко стверджувати симетричність у зверненні до інтердисциплінарних перетинів між філософією і антропологією та психологією і психіатрією. «Заземлення» (практичне застосування філософських концепцій) є легітимним предметом філософських розвідок. Воно конститує значну частину філософського знання (практична філософія). Але, якщо в минулому звернення практично орієнтованих галузей наук до філософських надбань носило переважно спорадичний та імпліцитний характер, то сьогодні воно є органічною складовою філософії. Ілюстративний приклад останніх часів: істотні зсуви у теоретичному психіатричному дискурсі, пов'язані з артикуляцією ролі філософії у перегляді засадничних положень. Показовим є створення, приміром, Асоціації розвитку філософії і психіатрії у США, яка, у свою чергу, є співзасновником наукового часопису «Філософія, психологія і психіатрія» [1]. Серед цікавих робіт у даній царині можна відзначити розділ у книзі «Сучасна психіатрія» під назвою «Філософська антропологія: базова наука психіатрії» [2]; статтю Джофа Гіта «Філософія і психотерапія: конфлікт чи кооперація?» у «Міжнародному журналі психотерапії» [3]; «Журнал британського феноменологічного товариства» видав спецвипуск «Психіатрія, Ніцше і суб'єктивність» зі статтею «Анти-психіатрія Сартра і філософська антропологія» [6]; цікаве дослідження «Психопатологія і філософи» [4] та низку інших робіт [5; 6]. Окрім того, маємо російський переклад праці Маріанне В. Йоргенсен і Луїзи Дж. Філліпс «Дискурс-аналіз. Теорія і метод» з розділом «Дискурсивна психологія» [7, с.152 – 212].

Ситуація в означеному дослідницькому полі дозволяє такі звернення сучасних філософів до психоаналізу і клінічного аналізу, які знаходяться в межах філософських досліджень і використовуються для метатеоретизацій в галузі психології і психіатрії. Вони обслуговують потреби переважно західних інтелектуалів, західної науки та практики. Разом із тим, оскільки ми намагаємось іти в європейський інтелектуальний простір і широко користуємось їх напрацюваннями, то спроба осмислити цю проблему на вітчизняному матеріалі є актуальною. Хоча її розв'язання не тільки значно б перевищило рамки наукової статті, а й можливості однієї людини, це необхідне у подальших спільних пошуках психологів і філософів для діагностування і лікування тієї суб'єктивності, про яку йдеться.

Зведення суб'єктивності до проблем репрезентації лежить в основі методології Жака Лакана. Лаканівський жест у бік Фрейда (програмна праця мала назву «Я – той, хто прочитав

Фрейда») зумовлений ситуацією, коли уся різноманітність феноменологічних проявів хвороби клініцистами і психотерапевтами була втиснута в прокрустове ложе клінічної діагностики [8]. Функції стало тісно в структурі, клінічна «мова старих авторів» стала вироджуватись. Жест Ж. Лакана у бік З. Фрейда породив численні дискусії серед психоаналітиків і призивів до виникнення різноманітних посткласичних чи неокласичних уявлень і про психоаналіз, і про його терапевтичну і теоретичну значимість [9].

Підтвердженням актуальності заявленої проблематики слугують дисертаційні дослідження «Школи О.С. Кочаряна» з її статево-рольовим підходом, дискурсами: медичним плюс психологічним і психотерапевтичним, базовими структурами статево-рольового симптомокомплексу. Фактично, Олександр Суренович першим почав говорити про сексуальність в психології, звернувши увагу на цю табуйовану, як означив її у свій час С. Жижек, тему. Метою було – допомогти особистості стати собою, найважливішою особистісною характеристикою – психологічна стать і гендерна рольова поведінка. Системними параметрами цих досліджень є: життєва стратегія студентської молоді (дослідження Я.К. Ягнюк), вплив батьківської родини на психосоціальний розвиток особистості (О.К. Яковенко), подружня співзалежність у чоловіків (М.Є. Жидко), індивідуально-психологічні особливості жіночої сексуальності (Н.О. Смахтіна). Таким чином, маємо максимально продуктивний сценарій, продуманий концептуальний каркас, дискретність семантики текстів з означеною специфікою психосемантичного простору сексуальних сценаріїв, зрежисованих науковим керівником і виконаних здобувачами. Це – феноменологічні проекти, які маніфестують «душу сучасної людини» (Е. Фромм), знецінення сексуальності, її розщеплення. Коли ідентичності набувають ознак інфантильності, інфантильною стає і життєва стратегія. В тренді «емоційний холод», патологія як норма, а норма як випадкове попадання (І.О. Бару). Співзалежність перетворюється на культурну норму (М.Є. Жидко, І.О. Бару), рівень збалансованості рольових конструктів і рольові репертуари визначаються психологічними моментами, ігровими по суті, захисною міфологією, механізмами компенсаторності, що свідчить про феномен нестабільної, «плаваючої ідентичності». Маємо філософський за своїми метафізичними побудовами психоаналіз, метафізику чи феноменологію гендеру.

Фундована Фрейдом ідея про нерозривний зв'язок між психоаналітичним знанням і психоаналітичною терапією від початків виникнення психоаналізу відіграла роль програмної установки, бо тільки аналітична процедура є єдиною, де поєднується лікування і дослідження [9]. Ще за життя Фрейда розрив між психоаналітичним знанням і лікуванням у послідовників Фрейда стає суттєвим. Висловлювались думки, що психоаналітичний метод дослідження належить психології, а психоаналітичний метод лікування – психотерапії. Однак, якщо дослідження і лікування в психоаналізі ідентичні, то психоаналіз як засіб лікування може практикуватися усіма, хто його застосовує, навіть за відсутності намірів. Для нас важливою є концептуальна посилка Фрейда про нерозривний зв'язок між дослідженням і лікуванням, тобто те, що він називав «науковим психоаналізом». Його прикладна складова відноситься до сфери терапії і спрацьовує в процесі безпосередньої роботи з пацієнтами. Важливими є теоретичні передумови, на яких базується психоаналітичне знання, а також та емпірія, яку отримує психоаналітик в процесі роботи з пацієнтами в полі конкретної аналітичної ситуації. Фрейд вважав, що психоаналіз повинен використовувати чисто

психологічні допоміжні поняття. За його власним визнанням, без метапсихологічних спекуляцій і теоретизацій в галузі пізнання психічних процесів неможливо просунутись ні на крок в психоаналітичному консультуванні [10].

Методологічний рівень, як правило, представлений філософськими стратегіями. Це прекрасно розумів Фрейд, на становлення якого вплинув відомий австрійський філософ Ф. Brentano. Філософія завжди шукає загальне, використовуючи генералізуючі стратегії, які є визначальними по відношенню до особи і які задають способи її суб'єктивації. Психоаналітичні теорії все активніше залучаються у сучасні філософські побудови (феміністична, гендерна теорії, постструктуралізм тощо). Поль Рікер у свій час заявив, що «психоаналіз якщо і не філософська дисципліна, то дисципліна для філософів». Американець Р. Файн, який у свій час був директором Нью-Йоркського центру психоаналітичного навчання, вважав, що психоаналіз може бути представлений як філософська система, яка заміняє собою усі попередні напрямки у філософії. Але не всі поділяють подібні оцінки. Частина психоаналітиків (Дж. Клейн, У. Мейсснер, Р. Шафер) виступили за вилучення метапсихологічних конструкцій З. Фрейда, щоб очистити психоаналіз від уявлень, які не підлягають процедурам верифікації. Інша частина, ґрунтуючись на ідеях П. Рікера, закликала розвивати психоаналітичну герменевтику. Дослідники і клініцисти, захоплені ідеями екзистенціальної філософії К. Ясперса, М. Гайдегера, Ж.-П. Сартра агітували за екзистенціальний психоаналіз.

В рамках двох останніх напрямків смисловий акцент психоаналітичної евристики вимагав процедур інтерпретацій, щоб віднайти приховані смисли психічних процесів. Вихід на методологічні проблеми і періодичне діагностування криз відбувалось і в клінічній психіатрії ще з 30-х років ХХ ст. (Н. П. Бруханській, П. Б. Ганнушкін). Нехтування клініцистами питань, які виходили за рамки фахових проблем діагностування і лікування (соціум, культура, біологічні підстави, не специфічність дії психотропних засобів, роздільність вивчення психозів і їх «матеріального субстрату») знижувало результативність, наштовхувало на думку, що методологічні установки клініциста-практика, селекція методів, які він використовує має значення [11]. Практики, як правило, вважають, що узагальнюючи емпіричні дані, вони безпристрасно можуть їх класифікувати, спираючись на практичний досвід. Це – неприхований абсолютний позитивізм як ідеал психіатрії і психотерапії, бо пояснювати і інтерпретувати – справа теорії, яка вирішує які факти варті уваги. Відмовляючись від теорії, вони змушені слідувати певній схемі, а це можливе лише у тому випадку, якщо всередині цієї схеми не існує чітко заданих критеріїв описування тих параметрів, які спостерігає лікар чи психотерапевт, бо задаються лише найменування класів об'єктів (наприклад, спостерігати за змінами особи, статусу чи спадковості). Робити це можна довільним чином, на власний розсуд. Так, типи особи, надані клінічною психіатрією (шизоїдний, циклоїдний, епілептоїдний, істеричний), це біологія з присмаком ветеринарії. Але навіть у такому варіанті результативність описувань визначається рамками застосування тієї чи іншої парадигми, інакше не можна поставити діагноз [12].

Візьмемо за приклад патогенез і ті засоби, якими він вивчається. В рамках психології є так звана лінія Ф. Brentano. На думку його прихильників, головне в клінічному методі складає описування. Однак, цей описувальний метод має свою систему пояснень з посиланнями на багатогранність і багатомірність світу особи: феноменологію Е. Гуссерля

(феноменологічна психологія), екзистенціалізм М. Гайдеггера і К. Ясперса (екзистенціальний психоаналіз), постструктуралізм Ж. Лакана (структуралістський психоаналіз). Це було проілюстровано на генетичному рівні ще у 1947 році С. Н. Давиденко [13] і дозволило зробити висновок, що класифікація хвороб повинна бути не лише клініко-генетичною, а й клініко-феноменологічною. Візьмемо за приклад нозологічну концепцію, автором якої є видатний німецький психіатр Еміль Крепелін. Тільки поєднавши феноменологічні прояви генетично, ми можемо стверджувати, що маємо справу з «нозологічною формою». Сучасні дослідження показують, що немає «єдиної» феноменології, немає єдиного біохімічного патогенезу, бо при ряді захворювань вони не є підставою для виділення нозологічних форм (доведенням є аналіз моделей сучасної медицини). Постановка клінічного діагнозу є не що інше, як судження за аналогією чи індуктивне доведення, коли на підставі повторюваності симптомів і синдромів конструюється уявлення про закон у нозологічній формі. Однак, як довів у свій час ще англійський філософ Д. Юм, спостереження не можуть виправдати закон, так як він виходить за межі досвіду.

Клініцистам, психотерапевтам відомо, що важко знайти абсолютне співпадіння проявів однієї і тієї ж патології, використовуючи клінічний метод. Це тому, що «загальне» клінічному методу майже недоступне, так як загальні феномени не є загальні механізми, а тому треба пояснити, чому зовсім різні феномени треба тлумачити як такі, що належать одній хворобі. Ця ситуація провокує застосувати позитивістську дослідницьку установку зі зворотного боку: оскільки психічний статус описово невичерпний, а в природі не існує фактів вільних від теорії, тобто описувати щось без особистісних інтерпретацій неможливо, то значить описувати можна все, що завгодно. І якщо в питанні про індивідуальне, все нібито звучить невинно, то, прочитане в іншому контексті, набуває зловіщого відтінку презумпції хвороби: «якщо шизофренія у твоєму анамнезі не описана, то це не значить, що її у тебе немає». Наївною є і спроба клініцистів нехтувати психологією.

Еклектизм теоретичних установок клінічної психіатрії ілюструє також прийняття нею інтроспекціоністських поглядів, позбавлених смислу без їх теоретичного каркасу. Один з критеріїв К. Ясперса для психогеній – критерій «зрозумілості» переживань, де орієнтиром є внутрішній світ лікаря, і все, що не може бути йому зрозумілим, неминуче потрапить до патологій. Якщо ж лікар сам хворий, але не вважає себе таким, спотворюються межі норми. Коли діагноз ставиться не за принципом «протікання хвороби», а за допомогою так званого «почуття шизофренії» (Рюмке), можна і без хворого [14]. Несправедливо вважають, що такі умовиводи зумовлені впливом на психопатологію суб'єктивізму феноменології Е. Гуссерля. Думаю, що це зумовлене войовничим панклініцизмом, який відкидає психологічні методи пояснення або визнає ті з них, які підпорядковані клініці. Як результат – невідповідність рівня вивчення рівню втручання. Навіть вивчаючи «вітальні» рівні психіки, клініцист спостерігає за ними на соціальному, культурному, особистісному рівні. Вони виражені за допомогою мовних засобів, які переломлюються через захисні психологічні механізми особи, містять в собі її відношення. Якщо це не висококласний психотерапевт, то маємо той же нозологічний стереотип мислення (як в одній з шоу-передач, лікар-дієтолог, який володіє методикою навіювання пропонує показати пацієнтам страви у відповідності з нозологічною формою страви). Це демонстрація вульгарного нозологізму, бо лікувати треба

не хворобу, а хворого.

Клінічна психіатрія стала вразливою для критики своїх засновків і особливостей, коли, «дякуючи» філософії, вийшла далеко за рамки фаховості, яка запозичивши її мову, надала вживаним нею поняттям метафізичного сенсу. Клінічний феномен, точніше – епіфеномен, перетворився на кантівську «річ у собі» і заснована на феноменології нозологічна концепція зробила неспівставними результати клінічних, психологічних, філософських, гендерних, феміністичних досліджень, так як рівень втручання і рівень вивчення об'єкта (пацієнта, суб'єкта, суб'єктивності) – неспівмірні. При всьому методологічному різноманітті, еkleктичному сусідстві номотетичного і ідеографічного підходів причини варто шукати в пануючих поглядах на світ і на людину, в особливостях суспільного устрою тієї чи іншої епохи, іноді – в політичній заангажованості. Названий вже Е. Крепелін був фанатом Бісмарка, кайзерівської Німеччини, шанував Авторитет і Порядок, тому і створив «Імперську психіатрію», у якій людина – гвинтик складного державного механізму, і пацієнт не суб'єкт, а об'єкт. В такій концепції немає місця свободі волі, значить немає місця особистості і психології. Клініцизм як концепція відокремлена від психології і філософії – динозавр. Цей образ не мого авторства, але в даному контексті дуже ілюстративний. Динозавр приречений на загибель в силу еволюційно-безперспективної конституції: гігантська маса тіла (фактаж, описування) і крихітна маса мозку (теоретичне осмислення). Психіатр-клініцист з такими установками виглядає сортувальником хворих, який робить стандартні приписи анекдотичного типу («середня температура по лікарні»), і навряд чи вилікує хворобу, якщо не лікує хворого. Вичитуючи приписи-рецепти з психофармакологічних довідників, як не досвідчена домогосподарка з «Кухарських книг», він, якщо є доброю людиною, то заспокоїть, зрештою виконає заповіт Гіпократів («не нашкодить»), але чи вилікує...

Поділ психоаналітиків на апологетів пояснювальної чи описової моделі психоаналітичного пізнання є і в сучасну, постмодерну добу, тільки дискусії осучаснені модними дискурсами. В процесі аналітичної діяльності психоаналітик має справу з нарративною істиною, яку йому доносить пацієнт у своїх одкровеннях, розповідях про своє життя. З огляду на те, що знання аналітика і знання пацієнта – різні речі, треба віднайти «об'єктивну» істину, і не факт, що це відбудеться, тому питання нерозривного зв'язку між істинним знанням і терапевтичною ефективністю залишається проблематичним. Якщо в часи Фрейда акцентуація робилась на пропрацюванні споминів дитинства, то сучасні психоаналітики працюють з ситуацією «тут і тепер», аналізу підлягають реальні і уявні відносини між пацієнтом і аналітиком в самому аналітичному процесі мовлення.

Мова онтологізувалась, твориться як процес спілкування, де самим важливим є психологічний аспект [15]. Достатньо репрезентативною у цьому плані є теорія Поля Рикера, який використовує феноменологію Е. Гусерля, але, на відміну від Е. Гусерля, йде від ортодоксально-феноменологічної доктрини як сфери аналізу чистої свідомості у бік аналізу суб'єктивності. Аналізуючи роботу свідомості, П. Рікер намагається знайти методи, які б більш адекватно описали цінність мови, «видимий» лише у рефлексії «горизонт мовленнєвих конотацій». Для Рикера мова – те, що виконує функцію свідомості у класичній теорії. Він замість спрямованості на об'єкти, здійснює зворотний рух – від об'єкта до суб'єкта, означивши не об'єктивні події, а їх суб'єктивні кореляти, вводить у розгляд сферу

культурних практик, але лише таких, які можна представити через рефлексивну модель. Однією з таких практик виступає психоаналіз. Рефлексія за рахунок послідовного виділення того «матеріалу» свідомості, який здатен давати свідчення не про те, «що» безпосередньо дане свідомості, а про те, «як» воно дане. Одну з колізій на шляху пізнаючої себе суб'єктивності, за Рикером, виявляє психоаналіз. Рикер демонструє це на прикладі дослідження теорії Фрейда, яку він розглядає як тип герменевтики. Психоаналітик (як і герменевт) користується «тією владою, яку відкриває мовний символ», намагаючись «вирахувати» означення минулих подій життя пацієнта. Психоаналітик повинен «прочитати» положення психоаналізу так, щоб їх можна було інтерпретувати. Рикер розуміє суттєву відмінність психоаналізу від феноменологічно орієнтованої герменевтики, його теорія центрується саме на проблемі суб'єктивності. У такому контексті важливо розглянути ситуацію сприйняття власного життя пацієнтом, який проговорюючи його, творить його як власний образ і образи оточуючих як певний контекст, багато таких, які не хочуть бути авторами і творцями власного життя, а надають перевагу вже готовим рішенням, стилям і «модним» лініям поведінки (мода існує на ідеї, оцінки, образи). Небезпека у тому, що люди з розвинутою уявою, прагнуть жити в ілюзіях, віртуалі, намагаються позбутись себе «справжнього», розмістити себе в уявному («я мислю там, де я не є, я є там, де я не мислю», за Ж. Лаканом). Не існує розуміння самого себе, не опосередкованого знаками, символами і текстами. Саморозуміння, в кінцевому підсумку співпадає з інтерпретацією цих опосередкованих термінів. Пацієнт під час сеансу, відновлює, тобто заново конфігурує те, що зробив уже психотерапевт. Завдяки психотерапевту пацієнт спочатку «ходить на ходунках», потім навчається цьому самостійно через інтерпретацію розуміння іншим.

Ще з початків 50-х років ХХ ст. серед філософуючих інтелектуалів на Заході виник інтерес до такого предмету, як психічні хвороби, серед найбільш відомих законодавців цієї моди – французький філософ Мішель Фуко, його «археологія» психічної хвороби – це дискурсивний аналіз мови. Новим предметом дослідження стає відношення до божевілля і норми у певні історичні періоди. Досліджуючи ці відносини, М. Фуко пропонує досить оригінальне трактування розумової відсталості. Для нього – це сукупність терапевтичних операцій, які її виявляють. Більше того, такі операції розглядаються Фуко не тільки як діагностуючі хворобу, а й як конститууючі її. Вирішальну роль, на його думку, відіграють самі методи лікування, які ніби «доводять» хворобу до її «законного», з точки зору суспільства, стану. Те, що означене як «психологія божевілля», напряму залежить від сукупності операцій, які діагностують божевілля, і значною мірою є результатом, отриманим з їх допомогою [16]. М. Фуко згоден з тим, що ментальна хвороба особливим чином структурує світ «хворої свідомості», але пояснення цьому унікальному явищу дає нетрадиційне: як особливу форму пізнання, інше сприйняття світу, яке варто помістити у світ як такий. Відповідно Фуко намагається використати методологічні засоби, які виходять за межі традиційних психологічних понять і спрямовані на розгляд історичних умов формування різноманітних ментальних розладів. В роботі «Божевілля і нерозумність» М. Фуко аналізує соціальну цензуру, яка проводить досвід божевілля по відомству медицини і цим встановлює дистанцію між розумом і божевіллям і формулює тезу: фігури божевілля залежать від фігур розуму.

Фуко вводить поняття «мовної дискурсії» («дискурсія – те, що розбігається в різних

напрямах»), не для того, щоб вловити момент ідентичності (цим займалась традиційна наука), а з метою вловити приховану в мові можливість співвідносити те, що «розбігається», те що уникає культурної ідентифікації. Дискурсія тлумачиться ним не як група знаків, що відносяться до певного змісту, а більш розширено – як сукупність мовних практик, які впливають на формування уявлень про об'єкт, тобто неможна розрізнити те, що сказане, від того, як про це говориться, тому що саме проговорювання виявляється у цьому межовому випадку тим, що конститує зміст. Постмодернізм відреагував на таку ситуацію. Парадигмальною фігурою постмодерну стає «Анти-Едіп» (підзаголовок першого тому праці «Капіталізм і шизофренія» Ж. Дельоза і Ф. Гваттарі) [17]. Автори пропонують психоаналіз замінити шизоаналізом через аксіологічну неґацію символу Батька та руйнування Едіпового комплексу як базового символу традиційної культури.

Базовим типом сучасної культури є консумерист–споживач, який цінує насолоду від нестримного продукування споживацьких інстинктів, його мовою стає мова товарів. Людина стає предметом функціонального використання, «секретність тут рівнозначна катастрофі», тому важливо позбавити індивіда сфери приватності. Оскільки основною сферою приватності вважають секс, то стає завдання сексуального звільнення – позбавити індивіда «свого» простору, зробити сексуальність місцем публічності, звідси і точні вказівки, як треба вести себе в сфері, яка в минулому називалась інтимним життям. Спираючись на ідеї М. Фуко про те, що сексуальність виростає з процесу виробництва дискурсу, процесу мовленнєвої діяльності, способу говоріння, мови і бажання, Ж. Бодрійяр підкреслює, що немає нічого менш надійного, ніж стать (незважаючи на звільнення сексуального дискурсу) і бажання (незважаючи на стрімке розмноження його фігур). Принцип невизначеності сьогодні розповсюджується на статеві відносини. Це неминуче призводить до відсутності заборон, обмежень, начисто втрачаються усі принципи співвіднесення з реальністю. Бажання утримується поки є нестача в задоволенні. Якщо ж задоволення бажання повністю технологізується, бажання втрачає свою реальність, втрачає свій уявний вимір. Тепер задовольнити бажання можна де завгодно, тільки бажання більше немає. «Секс можна знайти усюди, тільки не в сексуальності» (Р. Барт), «У нас сексу немає, бо ми постлюди» (С. Жижек). Психоаналітичний досвід протікає в сфері мови, мова пацієнта вимагає уважності і професіоналізму розшифровування. Символізм – обов'язковий, бо те, що має бути витісненим, спочатку існує в нелінгвістичній реальності, тому психоаналіз відсилає до структури психологічних механізмів, прихованих мовою. Цілеспрямована зміна системи значень і особистісних змістів, представлених в індивідуальному досвіді клієнта, відбувається завдяки формуванню єдиного семіотичного простору, структуру, зовнішню і внутрішню межу якого контролює психоаналітик. Пропонуючи власне розуміння, він впливає на зміни структур індивідуального простору, який є фрагментом психотерапевтичного дискурсу.

Підсумовуючи вищесказане, можна зазначити, що багато патологій визначаються погано коадаптованою сукупністю нормальних генів. Це призводить до розмивання меж (трансґресія) між нормою і хворобою через широкий спектр адаптаційних реакцій, а судження про «нормальне» буде змінюватися разом з суспільством і корелювати з моделлю психології і медицини. Залишені за межами нозологічного підходу хвороби будуть поза сумнівом психосоматичними, їх вивчення і складає модель як медицини, так і психології.

Вони покликані розкрити взаємодію генотипового середовища з соціальним оточенням.

Література

1. [Электронный ресурс] // Philosophy, Psychiatry, & Psychology. – 1991. – Режим доступа до ресурсу: <https://muse.jhu.edu/journal/164>. (Retrieved November 2016).
2. Emrich H. M., Schiefenhövel W. Philosophical Anthropology: Basic Science of Psychiatry // Contemporary Psychiatry, 2001, pp. 327-337.
3. Heath G. Philosophy and psychotherapy: conflict or co-operation? // International Journal of Psychotherapy, Volume 7, 2002. Issue 1, pp. 13-52.
4. Cutting J. Psychopathologists and Philosophers // Philosophy, Psychiatry, & Psychology, Volume 16, Number 2, June 2009, pp. 175-178.
5. Schwartz M. A., Wiggins P. Philosophical anthropology and psychiatry: *typus melancholicus* as a human disposition // Seishin Shinkeigaku Zasshi (Psychiatria et neurologia Japonica), 2003, # 105(5), pp. 522-532.
6. Jopling D. A. Sartre's Anti-Psychiatry and Philosophical Anthropology // Journal of the British Society for Phenomenology. Volume 18, 1987 - Issue 1: Psychiatry, Nietzsche and Subjectivity, pp. 6-13.
7. Филлипс Луиза Дж. и Йоргенсен Марианне В. Дискурс-анализ. Теория и метод [Phillips Louise J., Jorgensen Marianne W. Diskurs-analiz. Teorija i metod] / Филлипс Луиза Дж. и Йоргенсен Марианне В. [Пер. с англ.] –Х.: Изд-во Гуманитарный Центр, 2004. – 336с.
8. Лакан Ж. Психозы: [семинар, книга 111(1955/56)] [Lacan J. Psychozy] / Ж. Лакан ; [пер. с фр. А. Черноглазова]. – М.: Гнозис; Логос, 2014. – 432 с.
9. Фрейд З. Конечный и бесконечный анализ [Freud Z. Konechnyi i beskonechnyi analiz] / З. Фрейд / «Конечный и бесконечный анализ» Зигмунда Фрейда. – М., 1998.
10. Фрейд З. Сопrotivlenie protiv психоанализа [Freud Z. Soprotivlenie protiv psichoanaliza] / Фрейд З. Психоаналитические этюды. – Минск, 1997.
11. Берн Э. Л. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных [Bern E. Vvedenie v psichiatriju dlia neposviashchennykh] / Берн Э. Л. – М.: Интеллектуальная библиотека, 1998. – 496 с.
12. Бодалев А. А. Общая психодиагностика [Bodalev A. Obshchaja psichodiagnostika] / А. А. Бодалев, В. В. Столин. – М.: Изд-во МГУ, 2000. – 304 с.
13. Давиденко С. Н. Эволюционно-генетические проблемы в невропатологии [Davidenko S. Evolucionno-geneticheskie problemy v nevropatologii] / Давиденко С. Н. / Л., 1947.
14. Блейхер В. М. Эпонимические термины в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии. Словарь [Bleicher V. Eponimicheskie terminy v psichiatrii, psychoterapii i medicynskoj psichologii] / Блейхер В. М. / Киев, 1984. – 265 с.
15. Познание человека человеком (возрастной, гендерный, этнический и профессиональный аспекты) [Bodalev A., Vasina N. (eds.) Poznanie cheloveka chelovekom (vozrastnoj, gendernyj, etnicheskij i professionalnyj aspekty)] / Под ред. А. А. Бодалева, Н. В. Васиной. – СПб.: Речь, 2005. – 324с.
16. Фуко М. История безумия в классическую эпоху [Foucault M. Istorija bezumija v klassicheskiju epochu] / Пер. с фр. – СПб.: Университетская книга, 1997. – 576 с.

17. Делёз Ж., Гваттари Ф. Анти-Эдип: Капитализм и шизофрения [Deleuze G., Guattari F. *Anti-Edip: Capitalism i schizophrenia*] / Ж. Делёз, Ф Гваттари; [Пер. с фр. Д. Кралечкина]; Екатеринбург: У-Фактория, 2007. – 672с.

References

1. [Электронный ресурс] // *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. – 1991. – Режим доступа до ресурсу: <https://muse.jhu.edu/journal/164>. (Retrieved November 2016).
2. Emrich H. M., Schiefenhövel W. *Philosophical Anthropology: Basic Science of Psychiatry* // *Contemporary Psychiatry*, 2001, pp. 327-337.
3. Heath G. *Philosophy and psychotherapy: conflict or co-operation?* // *International Journal of Psychotherapy*, Volume 7, 2002. Issue 1, pp. 13-52.
4. Cutting J. *Psychopathologists and Philosophers* // *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, Volume 16, Number 2, June 2009, pp. 175-178.
5. Schwartz M. A., Wiggins P. *Philosophical anthropology and psychiatry: typus melancholicus as a human disposition* // *Seishin Shinkeigaku Zasshi (Psychiatria et neurologia Japonica)*, 2003, # 105(5), pp. 522-532.
6. Jopling D. A. *Sartre's Anti-Psychiatry and Philosophical Anthropology* // *Journal of the British Society for Phenomenology*. Volume 18, 1987 - Issue 1: *Psychiatry, Nietzsche and Subjectivity*, pp. 6-13.
7. Fillips Luiza Dzh. i Jorgensen Marianne V. *Diskurs-analiz. Teorija i metod* [Phillips Louise J., Jorgensen Marianne W. *Diskurs-analiz. Teorija i metod*] / Fillips Luiza Dzh. i Jorgensen Marianne V. [Per. s ang.] –H.: Izd-vo Gumanitarnyj Centr, 2004. – 336s.
8. Lakan Zh. *Psihozy: [seminar, kniga 111(1955/56) [Lacan J. *Psichozy*] / Zh. Lakan ; [per. s fr. A. Chernoglazova]. – M.: Gnozis; Logos, 2014. – 432 s.*
9. Frejd Z. *Konechnyj i beskonechnyj analiz* [Freud Z. *Konechnyi i beskonechnyi analiz*] / Z. Frejd / «Konechnyj i beskonechnyj analiz» Zigmunda Frejda. – M., 1998.
10. Frejd Z. *Soprotivlenie protiv psihoanaliza* [Freud Z. *Soprotivlenie protiv psihoanaliza*] / Frejd Z. *Psihoanaliticheskie jetjudy*. – Minsk, 1997.
11. Bern Je. L. *Vvedenie v psihiatriju i psihoanaliz dlja neposvjashhennyh* [Bern E. *Vvedenie v psihiatriju dlja neposviashchennyh*] / Bern Je. L. – M.: Intellektual'naja biblioteka, 1998. – 496 s.
12. Bodalev A. A. *Obshhaja psihodiagnostika* [Bodalev A. *Obshchaja psihodiagnostika*] / A. A. Bodalev, V. V. Stolin. – M.: Izd-vo MGU, 2000. – 304 s.
13. Davidenko S. N. *Jevoljucionno-geneticheskie problemy v nevropatologii* [Davidenko S. *Evolucionno-geneticheskie problemy v nevropatologii*] / Davidenko S. N./ L., 1947.
14. Blejher V. M. *Jeponimicheskie terminy v psihiatrii, psihoterapii i medicinskoj psihologii*. Slovar' [Bleicher V. *Eponimicheskie terminy v psihiatrii, psihoterapii i medicynskoj psihologii*] / Blejher V. M./ Kiev, 1984. – 265 s.
15. *Poznanie cheloveka chelovekom (vozrastnoj, gendernyj, jetnicheskij i professional'nyj aspekty)* [Bodalev A., Vasina N. (eds.) *Poznanie cheloveka chelovekom (vozrastnoj, gendernyj, etnicheskij i professionalnyj aspekty)*] / Pod red. A. A. Bodaleva, N. V. Vasinoj. – SPb.: Rech', 2005. – 324s.
16. Fuko M. *Istorija bezumija v klassicheskiju jepohu* [Foucault M. *Istorija bezumija v*

klassicheskuju epochu] / Per. s fr. – SPb.: Universitetskaja kniga, 1997. – 576 s.

17. Deljoz Zh., Gvattari F. Anti-Jedip: Kapitalizm i shizofrenija [Deleuze G., Guattari F. Anti-Edip: Capitalism i schizophrenia] / Zh. Deljoz, F Gvattari; [Per. S fr. D. Kralechkina]; Ekaterinburg: U-Faktorija, 2007. – 672s.

Надійшла до редакції 31.10.2016
