

Общая семиология и клиническая семиотика психотерапии и психофеноменологический профиль

В.В. Чугунов, В.А. Курило, Ю.И. Заседа

Запорожский государственный медицинский университет
Харьковская медицинская академия последипломного образования

Рассмотрена и систематизована «нормальная» психотерапевтическая феноменология (клиническая психофеноменология): феномены [«со стороны»] пациента» (инструментальные, саногенные, дефензивные, смешанные, интеркуррентные, вспомогательные (воротные, ориентационные, диагностические) и другие), феномены [«со стороны»] психотерапевта», трансперсональные феномены, групповые феномены, конформные (индукционные) феномены.

Изложена также клиническая феноменология психотерапии: клинические психотерапевтические эффект-синдромы и их коррелят-механизмы (коррелят-паттерны); приведена разработанная типология.

Подняты наиважнейшие для клинической практики проблемы диагностики в психотерапии и сформированы представления о психотерапевтическом диагнозе. Изложена и прокомментирована процедура диагностики (как общей психодиагностики, так и специальных диагностических приемов).

Ключевые слова: семиология, семиотика, клиническая психофеноменология, психотерапия, диагностика.

В настоящее время представления о **семиотике** (греч. *σπειωτική*, от др.-греч. *σπειον* – знак, признак) и **семиологии** (к тому же корню прибавляется греч. *logos* – слово, наука) не несут качественных различий, – де *λογοζ* речь идет о науке (а точнее, совокупности дисциплин), исследующей свойства знаков и знаковых систем.

Однако когда дело касается практики, это разделение имеет вполне очевидный смысл. В этом случае *семиология* является общим учением о знаках (феноменах), а *семиотика* – частным учением о клиническом измерении этих и порождаемых ими (связанных с ними) феноменов, то есть о симптомах, симптомокомплексах и синдромах.

Под *психофеноменологическим профилем* понимается своеобразие клинико-психофеноменологических особенностей пациента с позиций психотерапии; фактически – это **совокупность** нормальных и клинических психотерапевтических феноменов и их **пропорция**. Очевидно, что это понятие касается преимущественно феноменов первого класса (феномены [«со стороны»] пациента»), но также, в меньшей степени, феноменов третьего (трансперсональные), четвертого (групповые) и пятого (конформные, или индукционные) классов.

Таким образом, целью выявления / построения психофеноменологического профиля является определение индивидуальных акцепторных особенностей пациента, которые выступают в качестве своеобразного психофеноменологического плацдарма для адекватного подбора специфического психотехнического воплощения психотерапии.

Сообразно психофеноменологическому профилю производится и подбор методов / методик / психотехник / формул

/ приемов психотерапии, а также выстраивается вся психотерапевтическая стратегия как таковая.

Построение психофеноменологического профиля подразумевает проведение следующих процедур:

1. Выявление ведущих инструментальных феноменов.
2. Определение конфигурации и уровня (степени) выраженности дефензивных феноменов.
3. Сепарация интеркуррентных феноменов.
4. Анализ особенностей вспомогательных (к которым относятся воротные, ориентационные и диагностические) феноменов.

5. Идентификация саногенных феноменов.

Последовательность процедур может несколько меняться в зависимости от конкретной клинической ситуации.

При построении психофеноменологического профиля следует учитывать, что его особенности строго индивидуальны – в силу влияния, в частности, следующих факторов:

- преморбидные особенности личности;
- личностные изменения вследствие имеющегося заболевания (соматического, психосоматического, соматоформного, психического etc.);
- психопатологические проявления различных регистров (органического, эндогенного, психогенно-невротического);
- наличие дефектов анализаторов, ограничивающих, затрудняющих или исключают эксплуатацию психофеноменологической базы либо собственно психотехническое воздействие.

Так, например, предыдущими исследованиями [5] было установлено, что больные соматоформными расстройствами (СФР) имеют выраженные клинико-психофеноменологические особенности в зависимости от системно-органной «заинтересованности».

Для больных СФР, ассоциированными с пищеварительным трактом, характерны тенденции к редукции спектра и ослаблению терапевтического влияния саногенных феноменов (первый феноменный класс), а также к редукции реактивных психотерапевтических образований.

Для больных с кардиореспираторными функциональными нарушениями характерны тенденции к преобладанию конформных (индукционных) феноменов (пятый феноменный класс) и клинических психотерапевтических эффект-синдромов гистриоидного типа, а также мнестически-ассоциированных.

Для больных с дисфункциями урогенитальной системы характерны преобладание дефензивных феноменов (первый феноменный класс) и тенденции к формированию защитных реакций.

Повседневная клиническая практика психотерапии позволила выявить и описать «нормальную» и клиническую

психотерапевтическую феноменологию, совокупность которых и представляют собой *клиническую психофеноменологию*¹.

«Нормальная» психотерапевтическая феноменология

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

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

Большинство явлений, описываемых в рамках [клинической] феноменологии психотерапии, – а ее правильнее 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 жесткие эпонимы (вновь-таки, как и техники, в рамках которых эти феномены были «открыты», а точнее, обоснованы).

В этом и, особенно, в эпонимичности отчетливо заметно влияние и даже своеобразный патронат психиатрии с ее уточняющей, оттеночно-смысловой эпонимикой – ведь в иных дисциплинах эпонимы лишь констатируют [установленное] авторство [описания].

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

Еще одна характерная черта психотерапевтической феноменологии – разное денотационное наполнение одного и того же понятия / термина в различных психотерапевтических школах, течениях, направлениях (например, инсайт, осознание, сопротивление); иногда различные психотерапевтические понятия становятся омонимами.

Наконец, большинство психотерапевтических феноменов имеют важное диагностическое значение, облегчая установление психотерапевтического диагноза.

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

Следует отметить, что психотерапевтические феномены надлежит дифференцировать с психотерапевтическими *концептами*; тогда как первые представляют собой реально существующие, объективные физиолого-клинические явления, вторые – это лишь выработанные в рамках различных методов понятия, подчас весьма условные. Между феноменом («чистые» феномены, например, внушаемость, гипнабельность) и концептом (такими рафинированными, как «аутентичность» или «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).

В целом психотерапевтические феномены могут быть условно разделены на 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.

Феномены *первого класса* – феномены [«со стороны»] пациента – имеют, как правило, парный характер: *гипнабельность* / *гипноз*, *внушаемость* / *внушение*, *убеждаемость* / *убеждение* и так далее.

Основным инструментальным психотерапевтическим феноменом является *гипнабельность*.

Под *гипнабельностью* (*гипноз*) понимают индивидуальную способность подвергаться гипнотическому воздействию и достигать состояния гипноза. Последний представляет собой временное состояние сознания, характеризующееся сужением объема, что связано с изменением функций индивидуального контроля и самосознания (по Б.Д. Карвасарскому [4]). Состояние гипноза может наступать как в результате специальных воздействий гипнотизера, так и вследствие целенаправленного самовнушения.

Степень гипнабельности пациента имеет значение для определения показаний к различным видам внушения.

Гипнабельность зависит от психофизиологических особенностей, а также от внушаемости и особенностей личности пациента. Реализация гипнабельности определяется также обстановкой, в которой проводят сеанс гипнотерапии, опытом психотерапевта, его авторитетом и степенью владения техникой гипнотизации, а также выраженностью «магического настроя» пациента.

Еще один психотерапевтический феномен, который можно отнести к инструментальным, – *подкрепление*. Термином «подкрепление» в контексте учения о высшей нервной деятельности обозначается сочетание безусловного раздражителя, вызывающего биологически значимую реакцию, с предва-

¹ Далее в тексте статьи эти понятия будут использоваться как тождественные.

Однако следует отметить, что первоначально термин «клиническая психофеноменология» использовался 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 клинко-психофеноменологического метода этот термин распространился также и на эффект-синдромологию (синдромальный уровень), поскольку имманентная сущность последней проявилась столь отчетливо, что методологические императивы (вроде компаративного сопоставления диагностических иерархий психодисциплин) утратили актуальность.

ряющим ее индифферентным стимулом, что приводит к формированию классического условного рефлекса; в качестве подкрепляющего расценивают любой стимул, повышающий вероятность определенной реакции или формы поведения. (В скиннеровской схеме стимулы носят не индифферентный, но положительный или отрицательный характер («закон эффекта»); стимул приобретает функциональные свойства подкрепления, повышающего силу реакции. Здесь речь идет уже об оперантном подкреплении; это – феномен-концепт.)

Основными саногенными психотерапевтическими феноменами первого класса, имеющими как вековое эмпирическое подтверждение, так и реальное нейробиологическое основание, являются *внушаемость* и *убеждаемость*.

Внушаемость (*внушение*) представляет собой свойство поддаваться внушению, то есть воспринимать информацию, в частности, оказывающую влияние на течение нервно-психических и соматических процессов, без ее критически-рассудочной оценки (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 отчетливого, явного понимания ранее неосознаваемых аспектов и взаимосвязей собственной психической жизни, внутренних (интрапсихических) проблем и конфликтов, особенностей своего поведения и эмоционального реагирования, взаимоотношений с окружающими, а также причин формирования и развития этих психологических феноменов.

Катарсис (греч. *καταρσις* – очищение), или *отреагирование*, *абреакция* (лат. *ab-* – от в сочетании с *re-* – против и *actio* – действие), – рассматриваемый в ракурсе учения [И.П. Павлова] о высшей нервной деятельности как своеобразный феномен, – это физиологически-патофизиологический процесс снижения и нормализации возбуждения в патодинамической структуре инертного сверхвозбуждения, возникающего под действием психотравмы; за отреагированием следует уменьшение аффективного напряжения и чувство субъективного облегчения.

К дефензивным психотерапевтическим феноменам следует отнести прежде всего феномены, описываемые как разнообразные и разнородные *механизмы психологической защиты* (подавление, отрицание, проекция, идентификация, регрессия, изоляция, рационализация, конверсия и многие другие).

Собственно говоря, смешанный характер имеет большинство психотерапевтических феноменов, выступающих одновременно и в качестве саногенного, и в роли инструментального феномена.

Понятие *инсайта* (англ. *insight* – постижение, озарение) выражает феномен-концепт внезапного, нового и невыводимого из прошлого опыта целостного понимания, постижения существенных отношений и структуры ситуации, осмысления решения проблемы; понятие инсайта по-разному трактуется в гештальт-терапии, рационально-эмоциональной и когнитивной, психодинамической и личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

Интеркуррентные феномены – это привходящие, присоединяющиеся феномены, появляющиеся в процессе психотерапевтического лечения и осложняющие его (в качестве такого феномена часто выступает перенос, формирующийся в процессе аналитической терапии).

Вспомогательные феномены можно условно подразделить на воротные, ориентационные и диагностические.

В качестве воротных чаще выступают феномен *эмоционального стресса*, а также различные трансовые феномены.

В качестве ориентационно-диагностического феномена нередко выступает, например, такой относительно «чистый» – дискурсивный – феномен, как *сопротивление*.

Наконец, артефакты – это явления, ошибочно идентифицируемые как психотерапевтические феномены.

Второй класс феноменов – **феномены [«со стороны» психотерапевта]**. Этому классу феноменов придется большое, а подчас решающее значение в классическом психоанализе, а также в методах психотерапии «new wave» – особенно в так называемом эриксоновском гипнозе (в частности, синхронизация ряда невербальных проявлений).

Эмпатия (нем. *Einfühlung* – проникновение) – понятие, означающее понимание эмоционального состояния пациента посредством сопереживания, проникновения в его субъективный мир; понятие ассоциировано с так называемой «клиент-центрированной» психотерапией К.Р. Роджерса¹.

Общим для всех психотерапевтических направлений является признание (впрочем, непроговоренное) важности феномена *интуиции*.

К **трансперсональным феноменам** (*третий класс*) 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).

Феномены *четвертого класса* – **групповые** – связаны с влиянием группы и внутригрупповыми процессами; в первую очередь это *групповая динамика*. Феномены данного класса играют в психотерапии настолько большую роль, что сближают различные виды психотерапии: в частности, показателен пример с гештальт-терапией, когда важнейшие – с точки зрения гештальт-психологии – феномены нивелируются под влиянием групповой динамики.

Наконец, **конформные**, или **индукционные, феномены** (*пятый класс*) включают в себя, в частности, так называемое эмоциональное заражение, лежащее в основе психических эпидемий.

* * *

Повторим еще раз, что большинство психотерапевтических феноменов – полифункционально. Так, феномен гипнабельности / гипноза может использоваться в качестве саногенного (гипноз-отдых), инструментального (гипносуггестия), воротного («эриксоновский» гипноз) или диагностического (степень гипнабельности-внушаемости).

Схематически систематизация «нормальной» психотерапевтической феноменологии представлена в табл. 1.

¹ 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.

«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, эйдетиизм, 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		Сопrotивление	
	Смешанные			Опыт	Прегнантность	
	Интеркуррентные		Перенос			
	Вспомогательные	Воротные	Гипнабельность, внушаемость, эмоциональный стресс, трансовые феномены	Аутогенное погружение		
		Ориентационные			Сопrotивление	
		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 четвертый класс		Групповая динамика		Архетип(ы)	Коллективное бессознательное	
Конформные (индукционные) феномены пятый класс		Эмоциональное заражение индукция	Подражание	Референтность		

Клиническая психотерапевтическая феноменология (эффект-синдромология)

Вышеизложенные психотерапевтические феномены – и здесь речь пойдет о феноменах «со стороны пациента» – установлены и описаны в принципе преимущественно эмпирическим путем. Большинство из них имеют сугубо психологические трактовки, не поддающиеся даже элементарной клинической транскрипции, – что следует негативно оценивать само по себе; но, главное, этот факт отчетливо показывает неопределенность (или даже отсутствие) подведенной физиологической, сано(пато)генетической базы.

В истории психотерапии неоднократно предпринимались попытки объективизации понятийно-концептуального аппарата – вспомним хотя бы ту же «психорефлексологию» («объективную психологию») В.М. Бехтерева [1].

Однако эта объективизация носила все же скорее экспериментально-регистрационный характер и проводилась к тому же под одним лишь визуальным контролем.

К попыткам объективизации процесса и механизмов лечебного действия психотерапии принадлежат в основном разного рода электрофизиологические исследования – от регистрации [изменений] КГР до ЭЭГ-картирования.

Для понимания как самого процесса психотерапевтического лечения, так и механизмов эффективности психотерапии нами было введено понятие клинических психотерапевтических эффект-синдромов и их коррелят-механизмов. Кроме того, было проведено исследование по выявлению ассоциаций между методами (методиками) психотерапии и [саногенными] психотерапевтическими феноменами.

Каждый метод психотерапии – при часто встречающейся убежденности адептов в его исключительности, нередуцируемости – *volens-nolens* 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*; нейролингвистическое программирование – *эйдетиизм*; гештальт-терапия – *гештальт-инсайт*; групповой анализ – *групповая динамика*; трансактный анализ – *скрипт-инсайт*; моделирование поведения – *научение*; экзистенциальная психотерапия – *аутентичность*; психодинамическая психотерапия – *осознание*; психометодология – *вспоминание / забывание*.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Таблица 2

Клиническая психотерапевтическая феноменология (агломерация эффект-синдромов)

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ	КОРРЕЛЯТЫ			КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ-СИНДРОМ	ВЕРОЯТНОСТЬ
	Н(ЭФ) (типы)	НП	ЭТ		
1	2	3	4	5	6
Синдромы типовые (нормальные)					
Сужение сознания, гипокинезия, гипомимия, отсутствие реакции на сенсорные стимулы вне вербального контакта с терапевтом (сформированный раппорт)	1-й	Снижение	Гипокинезия гипомимия	Гипноидный	3
Резкое сужение сознания, гипокинезия, гипомимия, отсутствие реакции на сенсорные стимулы, двигательные феномены в системе произвольно регулируемых поперечно-полосатых мышц акинетико-ригидного типа («восковидная гибкость») и сложные внешне целенаправленные поведенческие акты согласно фабуле внушения	3-й	Снижение	Каталепсия	Каталептический	3
Измененное сенсорное восприятие окружающего с отсутствием возможности целенаправленной двигательной реакции и субъективно-критической дифференцировки истинности воспринимаемого	3-й	Снижение	Мимика растерянности	Просоночный	2
Вариант полнообъемного субъективно-чувственного спектра ощущений соответственно терапевтической фабуле с соответствующей эмоциональной аранжировкой	4-й	Повышение	Умеренное психоэмоциональное возбуждение	Психовегетативный	3
Переживание состояния пассивного бодрствования и нейтрально-позитивного эмоционального фона с сохраненной, но невостребованной возможностью активно-экспрессивной реакции	4-й	Повышение	Атоническая поза	Релаксационный	3
Снижение репродукции негативно-окрашенных переживаний с уменьшением их яркости и чувственной живости и измененная репродукция с нейтрализацией (инверсией) знака эмоционального сопровождения	3-й	Повышение	Мимика задумчивости	Гипомнестический	2
Гиперконформные реакции и поведение, конгруэнтные терапевтической фабуле с гиперпозитивным эмоциональным реагированием	1-й	Без изменений	Поза и мимика внимания, постоянный глазной контакт, улыбка	Полиморфно-конформный	2
Синдромы атипичные (парадоксальные)					
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	Истериформный	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 переадресованная агрессия	Эксплозивный	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	«Аффективного мутизма»	1
Выраженная вербальная, поведенческая с вегетативным сопровождением реакция неприятия в процессе терапевтического контакта	3-й	Снижение	Мимика отвращения, мимика презрения	Аверсивный	1
Демонстрация вербальных и поведенческих инфантильно-регрессивных феноменов с сохранением психотерапевтического контакта и удержанием ситуационного контроля	1-й	Снижение	Аутогруминг, смех, мимика хитрости, улыбка	Псевдопугерильный	1
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	Эйдетический	1
Синдромы интеркуррентные (патологические)					
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	«Терапевтической паранойи»	1
Неадекватная фиксированность на самом терапевтическом процессе, который занимает основное место, приобретает важную роль в субъективных переживаниях пациента с реформированием патологической фабулы на возникший эффект-синдром	1-й	Без изменений	Поза сосредоточенного внимания, иногда с избеганием глазного контакта	фиксационный	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	Резистентный	1

Названные феномены являются внешними индикаторами сложнейших внутренних [мега]процессов.

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 сферам.

В результате проведенных исследований были выделены определенные клинические психотерапевтические эффект-синдромы.

Под *эффект-синдромом* следует понимать комплекс клинических, психологических, поведенческих [про]явлений, возникающих в процессе (результате) реализации того или иного метода (методики, техники) психотерапии.

В процессе проведения психотерапии нами наблюдались и были описаны *типовые* (нормальные), *атипичные* (парадоксальные) и *интеркуррентные* (патологические) эффект-синдромы, в частности *гипноидный, истериоформный, релаксационный, каталептический, просоночный, психовегетативный, эйдетический, гипомнестический* и некоторые другие.

Схематически агломерация клинической психотерапевтической феноменологии с нейро(электро)физиологическими (Н(Э)Ф) [7], нейропсихологическими (НП) и этологическими (ЭТ) коррелят[механизм]ами в клинические психотерапевтические эффект-синдромы представлена в табл. 2.

В настоящее время С.Г. Гринвальдом [2] предварительно – с помощью клинко-теоретического моделирования и с позиций формальной полноты систематики – описаны еще 7 клинических психотерапевтических эффект-синдромов: *аберадверсивный, ортоагитивный, агитивный, викарно-компенсаторный* (типовые); *гипермнестический* (парадоксальный); *амитоконгрегантный, гипобулический, псевдоагитивный* (интеркуррентные).

Приведем их клинические описания [3]:

- *аберадверсивный эффект-синдром* (от лат. *aberro* – мысленно удаляться, рассеиваться, отвлекаться и *aversio* – обращение) характеризуется снижением способности к сосредоточению внимания на объекте, пониженной привлекаемостью внимания, мимикой рассеянности или удивления (он возникает преимущественно при перегрузке внимания подаваемой информацией);

- *ортоагитивный эффект-синдром* (от греч. *орвоζ* – прямой, правильный и латинского *agito* – приводить в движение, двигать, направлять, устремлять) характеризуется гипертрофированной фиксированностью на сфере деятельности, которая адекватна социальной роли и вектору развития личности пациента;

- *викарно-компенсаторный агитивный эффект-синдром* (от лат. *vicar* – заместитель, *compensatio* – возмещение, компенсация и *agito*...) проявляется в фиксированности на какой-либо сфере деятельности, приобретающей важную роль в субъективных переживаниях пациента с переформулированием патологической апперцепции актуальной проблемы, которая развивается в рамках психотерапевтического процесса;

- *амитоконгрегантный эффект-синдром* (от лат. *amitto* – упустить, прозевать, терять, лишаться, утрачивать и *congressus* – сближение, схождение, общение) характеризуется временным ограничением двигательной возможности (не достигающим той степени выраженности, что наблюдается при каталептическом эффект-синдроме), неполным мутизмом; пациент в течение сеанса сохраняет неестественные, вычурные, часто неудобные позы, при сохранении возможности частичного контакта;

- *гипобулический эффект-синдром* (от греч. *υπο* – под, внизу и *βουλια* – воля) характеризуется временным снижением волевой активности, желаний и побуждений к деятельности;

- *псевдоагитивный эффект-синдром* (от греч. *agito*... приводить в движение, двигать, направлять, устремлять) характеризуется гипертрофированной фиксированностью на определенной сфере деятельности, которая выходит за рамки психотерапевтического процесса и не имеет психотерапевтической ценности или даже мешает процессу психотерапии, но постепенно занимает преобладающее место и приобретает важную роль в субъективных переживаниях пациента;

- *гипермнестический эффект-синдром* – память) проявляется повышением репродукции переживаний с увеличением их яркости и чувственной живости с инверсией знака эмоционального сопровождения.

Разумеется, все эти вновь описанные эффект-синдромы – как даже принципы их номинации – все еще требуют дальнейших клинических исследований и верификации.

Для ясности, а также постепенности и последовательности изложения до этого момента речь шла о неких идеальных, устойчивых, интактных клинических психотерапевтических эффект-синдромах, которые в теоретической, вернее даже абстрактной, модели конгруэнтны синдромальной структуре патологии-нозологии.

Практика же показывает – и это очевидно, – что клинический эффект-синдром, соприкасаясь 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 идет о синдромотаксисе, но привнесенном, внешнем, возникающем под воздействием направленного психотерапевтического вмешательства.

Более того, психопатологический синдром – непосредственно данный лишь в речи и поведении, поскольку мы все еще остаемся в тенетах «психофункционализма», – и [конгруэнтный ему] эффект-синдром психотерапевтический всегда сливаются, тем самым видоизменяя, модифицируя друг друга, и это смешение неизменно дает новое качество, – порождая иное [психоическое] образование, которое можно определить как *метасиндром*.

Разумеется, эта конструкция имеет известную степень абстрактности, поскольку нельзя дать определенного ответа на вопрос типа: *сколько раз, в каких условиях и как именно следует применить гипомнестический эффект-синдром для коррекции синдрома [последствий] эмоционального стресса (посттравматического стрессового расстройства)?*

Результаты проведенных исследований показали, что клиническая характеристика метасиндромов должна obligato 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. Еще одним вариантом являлось сохранение синдромальной архитектоники и выраженности психопатологических проявлений. Наконец, специфическим вариантом выступала выраженная структурная перестройка с неопределенным вектором качества.

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 неопределенным вектором качества	"Нейтральный метаморфизм"

На основании этих комбинаций были выделены и обозначены восемь типов метасиндромов (табл. 3).

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 ее усложнение, «орнаментация», появление дополнительных, отсутствовавших или ларвированных ранее психопатологических феноменов.

4-й тип заключается в ухудшении с упрощением, и определен 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 сохранной клинической структуре психопатологических проявлений происходит усиление, повышение 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 («клинический монорим»); невзирая на осуществляемые психотерапевтические интервенции, клиника психопатологических проявлений остается неизменной, «однообразной» – в плане как структуры, так и выраженности.

Наконец, 8-й тип – структурная перестройка с неопределенным вектором качества («нейтральный метаморфизм»); происходит переформатирование структуры психопатологических проявлений – клинически неидентифицируемое, неизменное по выраженности.

Теперь, определившись с *клинической психофеноменологией*, следует изложить основные положения *клинико-психопсихологического метода*.

Общая [психо]диагностика и специальные диагностические приемы в психотерапии

Психотерапия является специфической областью приложения психодиагностики, неверно отождествляемой вследствие культивирования конъюнктурно-дисциплинарной дихотомии «патопсихология – психопатология» исключительно

но с экспериментально-психологическими исследованиями (в клинике или вне ее).

Дефинитивное же наполнение синтагмы психодиагностика – «псих[олог]ическая диагностика», «диагностика психики» (куда включены, конечно же, и диагностика психического развития, состояния психических сфер, анализ психопатологических феноменов, патопсихологических регистр-синдромов и пр.).

Каждый из методов психотерапии, особенно практикуемый в [своем] классическом варианте, предлагает свой диагностический аппарат – различного уровня сложности, оригинальности, детерминированности, клинической нагруженности, семиотической информативности, патогномичности и т. д.

Тем не менее, можно предложить определенный универсальный набор методик, последовательно направленных на реализацию логико-тактических положений психотерапевтической диагностики.

Это:

- *психотерапевтическое собеседование, сочетающееся с этиологической диагностикой;*
- *сбор психоанамнеза;*
- *патоперсоналогическое исследование;*
- *специальные диагностические (феноменные) приемы;*
- *диагностика клинического психотерапевтического эф-фект-синдрома;*
- *нейропсихологическое исследование;*
- *клинико-культуральное исследование.*

Психотерапевтическое собеседование

Основным методом получения информации о пациенте, источником и одновременно способом познания и осознания психо[пато]логических явлений на основе вербальной и эмфатико-интонационной коммуникации является психотерапевтическое собеседование.

Называемые функции психотерапевтического собеседования – коммуникативная, диагностическая, информативная и лечебная.

Психотерапевтическое собеседование может быть как свободным, неструктурированным («исповедь», «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 собеседования¹:

- установление психотерапевтического контакта;
- *сбор психоанамнеза и, при наличии, катamnестических данных;*

¹ Диагностические блоки выделены.

- психотерапевтическая диагностика;
- определение динамики проявлений заболевания в процессе лечения;
- психотерапевтические воздействия;
- оценка успешности хода психотерапии;
- подытоживание поставленных и решенных в ходе собеседования задач.

Стилистика поведения психотерапевта может меняться в зависимости от его методической ориентации и располагаться в понятийных континуумах «директивность – недирективность», «эмпатия – “зеркало”» и прочих. В целом, различные методы и методики психотерапии диктуют общую стилистику поведения: *эмпатия* клиент-центрированной психотерапии, *конструктивизм* бихевиоризма, *отстраненность* классического психоанализа, *директивность* гипноса и эмоционально-стрессовой психотерапии, *авторитаризм* рациональной психотерапии, «*экспертная*» позиция нейролингвистического программирования, *соучастие* «эриксоновского» гипноза, *сопровождение* гештальт-терапии, *конгруэнтная вариативность* психометодологии, и т. д.

Этологическая диагностика

Этологическая диагностика основывается на фиксации различных признаков и проявлений невербального поведения как с помощью общеизвестных стандартных схем, так и специальных глоссариев, учитывающих малейшие нюансы и тонкости, в том числе групповые [6].

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 жизненных ситуациях], во-вторых, на исключительно важные для 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).

Патоперсоналогическое исследование

Патоперсоналогическое исследование, включающее элементы *экспериментально-психологического*, направлено на выявление личностных особенностей пациента, а также их изменений вследствие имеющегося заболевания.

Специальные диагностические (феноменные) приемы

В рамках каждого из методов (методик) психотерапии разработаны *специфические приемы*, направленные на диагностику всех классов психотерапевтических феноменов.

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 пр., для групповой [психо]терапии – *диагностика ряда индикаторных* (по отношению к возможности групповой коммуникации) *факторов*, для нейролингвистического программирования – *анализ искажений «метамоделей», поведенческих паттернов-коррелятов глубинных [речевых] структур* и др., для трансактового анализа – *диагностика и анализ типов транзакций*, для психометодологии – *диагностика памяти, ретроанализ ассоциаций, изучение особенностей интериоризации «внешней» речи*, и т. п.

Диагностика клинического психотерапевтического эффект-синдрома

Диагностика клинического психотерапевтического эффект-синдрома в настоящее время уже основывается на выявлении и интерпретации совокупности только клинических признаков.

Формирование, а вслед за тем и редукция до клинического уровня – процедуры этой диагностики стали возможными благодаря проведению комплекса экспериментов, в процессе которых проводились 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 и этологическими коррелятами, а также конгруэнтным фармакологическим (фармакотерапевтическим) фоном.

Нейропсихологическое и клинико-культуральное исследование

Диагностика должна включать как минимум определение семантических полей для обеспечения совпадения культурально-средовых особенностей речи психотерапевта и пациента. То же касается этнокультурально-детерминированной стилистики поведения и взаимоотношений.

Загальна семіологія та клінічна семіотика психотерапії та психофеноменологічний профіль В.В. Чугунов, В.О. Курило, Ю.І. Засєда

Розглянуто та систематизовано «нормальну» психотерапевтичну феноменологію (клінічна психофеноменологія): феномени [«зі сторони»] пацієнта» (інструментальні, саногенні, дефензивні, змішані, інтеркурентні, допоміжні (воротні, 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.

Порушено найважливіші для клінічної практики проблеми діагностики в психотерапії й сформовано уявлення про психотерапевтичний діагноз. Викладено і прокоментовано процедуру діагностики (як загальної психодіагностики, так і спеціальних діагностичних прийомів).

Ключові слова: семіологія, семіотика, клінічна психофеноменологія, психотерапія, діагностика.

General semiology and clinical semiotics of the psychotherapy and psychophenomenological profil V.V. Chugunov, V.O. Kurilo, Yu.I. Zaseda

«Normal» psychotherapeutic phenomenology (the clinical psychophenomenology) is viewed and systematized: the phenomena [«from the side»] of a patient» (instrumental, sanogenic, defensive, mixed, intercurrent, auxiliary (portal, orientational, diagnostic) and other ones), phenomena [«from the side»] of the psychotherapist», transpersonal phenomena, group phenomena, conformal (inductive) phenomena.

The clinical phenomenology of the psychotherapy is stated too: clinical psychotherapeutic effects-syndromes and their correlate-mechanisms (correlate-patterns); a developed typology is given.

The most important for the clinical practice issues of the diagnostics in the psychotherapy are raised and an idea about the psychotherapeutic diagnosis is formed. The procedure of the diagnostics (both the general psychodiagnosics and special diagnostic procedures) is set forth and commented.

Key words: semiology, semiotics, clinical psychophenomenology, psychotherapy, diagnostic.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бехтерев В.М. Объективная психология / В.М. Бехтерев / 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. – М.: Наука, 1991. – 480 с.
2. Гринвальд С.Г. Клинические психотерапевтические эффект-синдромы: клиничко-теоретическое моделирование / С.Г. Гринвальд. – Х.: Око, 2009. – 171 с.
3. Гринвальд С.Г. Клиническая психотерапевтическая эффект-синдромология: семиотика, систематика, теоретические модели / С.Г. Гринвальд, В.В. Чугунов, Б.В. Михайлов // Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини. – 2009. – Т. 1, № 2 (2). – С. 56–68.
4. Карвасарский Б.Д. Психотерапия / Б.Д. Карвасарский. – М.: Медицина, 1985. – 304 с.
5. Михайлов Б.В. Клініко-психопатологічна та клініко-психофеноменологічна характеристика, принципи диференційної діагностики й амбулаторної психотерапії сучасних форм соматоформних розладів / Б.В. Михайлов, В.В. Чугунов, С.Б. Соломко // «Нові підходи до діагностики, лікування та реабілітації психічних захворювань»: наук.-практ. конф. з міжн. участю, 28–29 січня 2010 р. – Харків, 2010. – С. 107–111.
6. Самохвалов В.П. Эволюционная психиатрия (история души и эволюция безумия) / В.П. Самохвалов / Предисл. А.Н. Корнетова. – Симферополь: ИМИС – НПФ «Движение» Лтд, 1993. – 286 с.
7. 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. / В.В. Чугунов. – Х.: Харк. медична академія післядипломної освіти, 2007. – 40 с.

**Научно-практическая конференция
сексологов, андрологов и урологов Украины
«Фармакотерапия
в сексологии, андрологии
и урологии»**

состоится 24-25 мая 2012 года в г. Киеве.

Заявки на доклады и материалы для публикации принимаются до 1 февраля 2012 года по электронной почте: sexology@sexology.kiev.ua
проф. Горпинченко Игорю Ивановичу.

*Ассоциация сексологов и андрологов Украины
Евро-азиатская ассоциация сексологов*