

УДК 122/129: 159.98

DOI 10.35423/2078-8142.2025.1.1.5

М. В. Лукашенко,
кандидат філософських наук,
викладач кафедри педагогіки та психології,
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова,
м. Вінниця, Україна
e-mail: marina.look@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5430-0808>

МІЖ СЛОВАМИ І ЧАСТИНАМИ: ПСИХОДІАГНОСТИКА І МОДЕЛЬ ВНУТРІШНІХ СІМЕЙНИХ СИСТЕМ У ДЗЕРКАЛІ ФІЛОСОФІЇ

У статті здійснено філософський аналіз психодіагностики як комунікативної практики на прикладі моделі внутрішніх сімейних систем (IFS). Досліджується природа мови у взаємодії між фахівцями з різних психотерапевтичних підходів. На основі праць Л. Вітгенштейна, Ю. Крістевої, Ж. Дельоза і Ф. Гватарі, К.-О. Апеля та сучасних філософів, мова розглядається як афективна та символічна сила, що формує не лише комунікативні спільноти, спілкування, а й сприйняття та зцілення. У статті порівнюються мовні моделі DSM-5 і IFS (внутрішніх сімейних систем) на прикладі роботи з розладами харчової поведінки. Підкреслюється, що мова, якою користуються фахівці, не лише передає зміст, а й формує уявлення про психологічні феномени, визначає межі нормальності та впливає на саму природу терапевтичної взаємодії. У цьому контексті IFS постає як гуманістична й етична модель, що сприяє оновленню мови психотерапевтичної взаємодії, переналаштуванню комунікації та переосмисленню способів означення психічного.

Ключові слова: психодіагностика, комунікація, мова, непатологізуючий підхід, психотерапія внутрішніх сімейних систем, IFS.

Розуміння процесу пошуку символу, що найбільш точно відповідатиме сутності того чи іншого психологічного явища, є одним з основних питань філософії комунікації, де поєднуються когнітивне, антропологічне і соціальне. Когнітивна революція, яка відбулася 70–30 тис. років тому і спричинила появу нових способів мислення та спілкування, покликана до життя мову, яка є гнучкою і необмеженою [12, с. 34–35]. Уся подальша історія людства виглядає як соціальна взаємодія, що уможлиблюється мовою, яка живе і розвивається через постійне генерування, унормовування та оновлення значень, сенсів, змісту того про що, як і навіщо ми говоримо. У представленій філософській розвідці розглядається необхідність і достатність психодіагностичного глосарію для спільного користування спеціалістами у сфері ментального здоров'я та його варіативність у різних моделях з точки зору патологізуючого та непатологізуючого підходу.

У ХХ ст. мова розглядалась як те, що формує людину та її тип сприйняття світу, влади, про що писати Л. Вітгенштейн, М. Мерло-Понті, Ж. Деріда, М. Фуко, Ж. Дельоз і Ф. Гватарі та ін. У ХХІ ст. філософія мови та комунікації продовжує розвиватися в діалозі з аналітичною, феноменологічною та постструктуралістичною традиціями, набуваючи нових відтінків в інформаційному суспільстві. Мова постає дією, простором сили або відсутності, задає рамки мислення та комунікації, визначаючи, як ми розуміємо себе та інших у межах певних мовних практик у світі множинності. Мова пов'язана з тілесністю, співналаштуванням з іншими, і є тим, на думку Б. Массумі та Е. Меннінг, що постає разом з рухом та афектами, виникає як імпульс досвіду та його вияв.

Перш ніж перейти до проблеми психодіагностичної мови у групі фахівців ментального здоров'я зазначимо, що від часів давньогрецької філософії констатується, що існування спільноти уможлиблюється створенням та визнанням спільної міри, якою є мова. Коли ми розглядаємо мову як практику, то в ній розкривається діалектична суперечність модусів символіки і семіотики, що проявляється в процесі означення [11, с. 10]. Своєю чергою, цей процес відбувається завдяки комунікативному опосередкуванню

смыслу та ідеї «необмеженої ідеальної комунікативної спільноти», яка, за словами К.-О. Апеля, ніколи не може бути зреалізована у часі і просторі [10, с. 381]. Розглянемо означення та зміни його розуміння в реальних комунікативних спільнотах на прикладі системи мови медичної моделі діагностування розладів та їх розуміння в одній із сучасних психотерапевтичних моделей.

Якщо застосувати концепт комунікативної спільноти до професійних спільнот, то вони також мають свою мову, а її членом є особа настільки, наскільки вона розмовляє мовою цієї групи. Спільнота фахівців у сфері психічного здоров'я має професійний словник, який є спільним для всіх лікарів-психіатрів, психотерапевтів, психологів та консультантів, проте кожний окремих напрям психотерапії має свій глосарій, відповідно до якого його члени однаково розуміють ті зсуви значень, які відрізняють їхню модель мислення та інтерпретації того, що стоїть за певним поняттям із загальної термінології. Метою цієї розвідки є опис та філософський аналіз мови психотерапевтичної моделі Внутрішніх Сімейних Систем (IFS), зокрема її психодіагностичного аспекту.

Модель IFS зародилась 40 років тому в США. Її автором є Річард Шварц – доктор психології, системний сімейний психотерапевт, який, уважно слухаючи своїх клієнтів, чув історії про різні їх частини і почав працювати з внутрішньою системою тими методами, які використовував у сімейній терапії. Сьогодні фахівці з IFS говорять про психіку людини як про множинну від природи, яка має ядро Я (Self) та частини (субособистості). Останні можна об'єднати у групи вразливих частин, які часто перебувають у вигнанні, подалі від свідомості і захисників, які можуть бути проактивними чи реактивними. Проактивні захисники як «менеджери» планують наше життя, мотивують до високого рівня досягнень, забезпечують прийняття та безпеку, в якій вразливі частини будуть позбавлені тригерів, які можуть нагадати про попередні травматичні події. Реактивні ж захисники як «пожежники» миттєво включаються у випадку загрози, якщо активація вигнанців відбулась і біль, який вони утримували подалі від свідомості, почав затоплювати систему. Їхня діяльність відрізняється швидкістю дій та реак-

цій, наприклад, надмірне вживання їжі достатньо швидко змінює стан свідомості, але це лише тимчасово призупиняє дію болю, не вирішуючи проблему остаточно, а часто спричиняючи іншу через відсутність соціального схвалення дій таких захисників. Саме тому тут залежність розглядається не як проблема, а як контрпродуктивний спосіб її вирішення. Виходячи з описаного розуміння функціонування внутрішньої системи метою психотерапії в IFS є покращення доступу до Self, який є невразливим лідером системи, вказівником і джерелом зцілення для травмованих частин.

Для зіставлення моделей мовлення медичної та IFS було обрано діагностичну систему DSM-5 та книгу «Внутрішні Сімейні Системи: Посібник з тренування навиків» Ф. Андерсона, М. Сузізі та Р. Шварца, яка є керівництвом у лікуванні тривожності, депресії, посттравматичного стресового розладу та зловживання психоактивними речовинами з урахуванням травматичного досвіду [3]. У ній розкривається IFS інтерпретація процесів, які можуть відбуватися у внутрішній системі людини, якій було встановлено той чи інший діагноз. Щодо DSM-5-TR, він є актуальною версією діагностичного і статистичного керівництва із психічних розладів, що постійно переглядається та оновлюється спеціалістами з Американської психіатричної асоціації (APA). Ці процеси забезпечують свідоме і науково обґрунтоване налаштування психодіагностичного мовлення шляхом збору та оцінки інформації, а також з метою удосконалення інструментарію, потрібного для постановки клінічного діагнозу, проведення повноцінного первинного інтерв'ю з клієнтом, моніторингу прогресу психотерапії, покращення прийняття терапевтичних рішень. Важливо нагадати, що в США також офіційно використовується система кодування, яка є клінічною модифікацією десятого перегляду Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10-КМ) від Всесвітньої організації охорони здоров'я [1]. Тобто, коди в МКХ еквівалентні діагнозам у DSM, що забезпечує однакове розуміння діагностування фахівцями з різних країн, тобто широкої фахової комунікативної спільноти.

У переказі філософською мовою, процес діагностування за DSM-5 є пізнанням ноумена розладу через симптоми, що є тими

феноменами, за якими фахівець його називає. У IFS симптоми розладів інтерпретуються як знайомство з частинами людини, які виконують певну функцію захисту від травматизації. У такій моделі усі частини вітаються та приймаються, а робота з ними проводиться з позиції незнання та допитливості щодо їх історії, керуючись принципом, однойменним книзі Р. Шварца «Немає поганих частин» [9]. Для оцінки та діагностики розглядаються не симптоми, а взаємозв'язки між частинами та їх мотиви у внутрішній системі. Саме тому при однаковому наборі симптомів може бути абсолютно різною історія взаємовідносин частин у внутрішній системі.

Розглянемо особливості пізнання сутності запиту клієнта на прикладі розладів харчової поведінки (РХП). Як і будь-який фахівець з психічного здоров'я, IFS психотерапевт буде послуговуватися критеріями, описаними в DSM-5-TR [2, с. 203–211], проте, як зазначають Ф. Андерсон, М. Суїзі та Р. Шварц, лише для спілкування з іншими терапевтами та страховими компаніями. IFS психотерапевт не формує проблему клієнта в патологізуючих термінах [3, с. 17]. Його пріоритетом є не діагностичне заключення на початкових етапах терапії на основі пізнання змісту проблеми, а сам процес пізнання внутрішніх зв'язків, переконань і функцій різних частин, що робить цю модель непатологізуючим підходом.

Однією з практиків IFS та науковців-дослідників, які спеціалізуються на роботі з розладами харчової поведінки, є доктор Дж. Катанзаро. В одному з розділів книги, присвяченій інноваціям та розробкам в IFS, є частина, в якій представлений її доробок стосовно роботи з розладами харчової поведінки (РХП) за назвою «Зцілення частин, які ховаються у всіх на виду» [4]. У 2024 році вийшла друком монографія дослідниці «Звільнене від тягарів харчування: Зцілення стосунків з їжею та вашим тілом за допомогою підходу Внутрішніх Сімейних Систем (IFS)» [5]. Відповідно до досліджень Дж. Катанзаро, у клієнтів з РХП є поляризовані захисні частини, які бояться і один одного, і почуттів вигнанців, які проявляються тоді, коли вони розслабляються. Саме через зниження гостроти конфлікту між ним можна отримати доступ до основної травми та зцілити її.

Поляризовані захисники часто-густо ведуть тривалу проти-лежно-спрямовану роботу в режимі нон-стоп для утримання балансу у системі. Одній їх групі зазвичай властиві критика, контроль, обмеження, вимоги дотримуватися чітких правил, а іншій – бунт і боротьба з обмеженнями, що відповідно реалізується в імпульсивно-компульсивних діях, надмірності та задоволеннях. Так, для нервової булімії властивою є саме така яскраво проявлена полярність. У рекурентні епізоди переїдання людина може з'їсти за певний період часу суттєву більшу кількість їжі, порівняно з більшістю людей, відчуваючи брак контролю, коли не може припинити їсти або регулювати, що саме і скільки з'їдається. Одразу після активності цієї групи захисників, активуються інші, які діють протилежним чином. Із метою запобігання збільшенню ваги виникає інша рекурентна невідповідна компенсаторна поведінка, на кшталт навмисно викликаного блювання, надмірної фізичної активності тощо [2, с. 207]. Тобто після звільнення від обмежень включається гіпер-контроль над тілом. Саме таке сильне протистояння і боротьба не дають можливості зупинитися і відчути, що саме стоїть за цим, усвідомити сильні негативні почуття та спогади вигнанців [3, с. 14].

При нервовій анорексії влада у внутрішній системі належить групі захисних частин, які мають силу накладати заборони та вимагають обмежень. Цей розлад проявляється у вигляді обмеження надходження в організм необхідної енергії у вигляді їжі, що спричиняє зниження ваги до наднизької, а способами контролю над цим є порушення у сприйнятті власного тіла чи ваги, інтенсивний страх її набрати, адже від неї залежить самооцінка, що зумовлює відповідну поведінку [2, с. 205]. В означеній групі захисників сильними можуть бути внутрішній критик, який часто намагається захистити вразливу частину від зовнішніх небезпек – тим, що накладає заборони, вимагає від своєї команди ідеальності, завантажуючи щільний графік, надточно рахуючи калорії, тримаючи під контролем вагу.

Інша група захисників є провідною при розладі компульсивного переїдання. Рекурентні епізоди переїдання характеризуються

відчуттям браку контролю над вживанням їжі, якої людина з'їдає за певний час більше, ніж інші. Таке споживання може бути без відчуття фізичного голоду, відбуватися дуже швидко і аж до стану дискомфорту, можливо на самоті через відчуття провини, пригніченості, незручності чи огиди до себе [2, с. 208–209]. Ця група захисників є тими пожежниками, які ситуаційно беруть вогонь на себе через зняття усіх заборон, прикриваючи собою вигнанців, але разом з ними включаються захисники, які обмежують соціальну активність.

Тобто індивідуальний діагноз РХП ставиться відповідно до критеріїв, визначених у DSM, враховуючи необхідну кількість симптомів, проте кожний фахівець з IFS спільноти буде бачити за цим особливу картину. Його висновок залежатиме від того, які частини переважають у певний період часу, але він розуміє існуючу діалектику протистояння між обмеженнями, стриманістю та бунтом проти цих обмежень і стриманості [3, с. 14]. Від допитливості та мистецтва слухати від Self психотерапевта залежатиме можливість почути історії груп захисних частин, які «перетягують канат» і невимовність почуттів вигнання. Після створення внутрішнього простору, у якому всі захисні частини отримують досвід почутості та прийняття від Self клієнта, вони зможуть поступово, маленькими кроками зменшити напруження і силу, з якою вони «тягнуть канат» у свій бік. Із вибудовою довіри до Self, вони можуть почути мотиви один до одного, які зазвичай бувають спільними – турбота та забезпечення захисту від болю. Від цього моменту захисні частини зазвичай погоджуються щодо доступу до вразливої частини вигнання, який може отримати звільнення від тягаря та зцілення від травми, яку він утримував у минулому подалі від усвідомлення. Його повернення до нормального життя у теперішньому часі разом з усією внутрішньою системою, звільняє всі інші частини від необхідності виконувати їхні ролі захисту, адже той, кого вони так самовіддано захищали, перестав бути вразливим і цього потребувати. Відтепер з'являється можливість повернення частин до улюблених чи омріяних ними раніше занять або набуття нових навичок.

У світлі сучасної філософії мова в системі IFS більше постає не як символічна система, а як подія, що розгортається у тілі, русі, відчутті, емоційному резонансі, образі та думці. Так, Б. Массумі розглядає мову як систему передавання афективних інтенсивностей, наголошуючи, що значення випромінюється, народжується у взаємодії, у напрузі між виразом і досвідом [8]. Е. Меннінг, своєю чергою, акцентує, що мова відчувається раніше, ніж формується [7]. Такий підхід має безпосередній зв'язок з моделлю IFS, яка визнає, що частини особистості не завжди «говорять» у традиційному сенсі, але спілкуються через тілесність, образи, емоції та імпульси. У цьому контексті мова терапевта стає формою танцю – співналаштуванням, що народжується у діалозі між його Self і Self клієнта, між частинами і тілом. Така мова не класифікує, а виявляє, не фіксує, а супроводжує, створюючи простір для індивідуалізованого зцілення від Self до частин.

Повертаючись до філософського осмислення діагностування розладу та мови, яка використовується фаховою спільнотою для його означення, опиняємося у просторі філософії комунікації з її єдністю когнітивного, антропологічного і соціального. Так, зокрема, у розглянутому вище прикладі, у когнітивному вимірі діагностується розлад, механізм виникнення та лікування якого пояснюється відповідно до моделі особистості, тобто його антропологічного виміру і здійснюється у просторі соціального.

Іншим соціальним аспектом діагностування є згода на його використання у професійній спільноті. Погляди фахівців у сфері ментального здоров'я щодо обов'язковості діагностування та визначення стану клієнта згідно з медичною моделлю, умовно можна зобразити у вигляді континууму від тих, хто за встановлення усіх необхідних діагнозів, до тих, хто висловлюється за мінімізацію погляду на стан людини крізь опис DSM. Позитивним аспектом першого полюсу, на якому наголошують його прихильники, є існування спільного мовного простору, де відповідно до визначених понять відбувається об'єднання у групи пацієнтів, клієнтів за принципом схожості досвіду, прописуються клінічні протоколи, проте психотерапевтична допомога може надаватися методами, які

пройшли незалежну перевірку, визнані доказовими та внесені до національного реєстру. Зокрема, модель IFS розміщена в Національному реєстрі доказових програм і практик (NREPP), який підтримується Адміністрацією служб з питань зловживання психоактивними речовинами та психічного здоров'я уряду США (SAMHSA) [6].

Перевагами другого полюсу є прагнення до непатологізації, коли діагнози розглядаються як те, що може спричинити стигматизацію, редукуючи сприйняття клієнта та прояви симптомів через визначену розладом рамку. У кожному окремому випадку фахівець починає з позиції незнання та цікавості до історії клієнта з інтенцією до слухання історії: «Розкажіть як це у Вас», намагаючись уникнути швидкого впізнання розладу.

Розподіл фахівців в означеному континуумі скоріше за все відповідає кривій Гауса, коли у своїй практиці можна підходити з позиції незнання, додавати до визначених протоколом питань свої, які посилюють допитливість до невимовного, до того, що залишилося за діагностичними питаннями та словами, які були обрані для констатації виявленого феномена. Проте послуговуватися спільним діагностичним керівництвом, підбирати відповідно до нього ті терміни та аргументи, використання яких є можливим завдяки відчуттю бажаної причетності до ідеальної комунікативної фахової спільноти, яка ніколи не стане фактом, але відкриває можливість досягнути взаєморозуміння в реальній спільноті. Також використання психодіагностичної мови фахівцями з різних психотерапевтичних напрямів припускає зміну уявлень про психологічні феномени та спонукає до перегляду та оновлення фахового глосарію.

У сучасній філософії мова розглядається не лише як засіб передавання інформації, а як активна сила, що формує значення, інтерпретації та взаємодії. Апельова ідея «ідеальної комунікативної спільноти», що ніколи не досяжна повністю, задає етичний горизонт для розуміння мови як процесу співбуття. У цьому контексті модель IFS пропонує підхід до мови психіки не через уніфікацію і патологізацію, як у медичній моделі DSM-5, а через розпізнавання унікального внутрішнього досвіду кожної «частини» особистос-

ті. Порівняння двох моделей мовлення у роботі з розладами харчової поведінки засвідчує, що мова, якою користується фахівець, не є нейтральною: вона або сприяє внутрішньому діалогу, або посилює роз'єднаність. Психодіагностична мова, заснована на принципах IFS, виявляється непатологізуючою, чутливішою до контексту, відкритішою до трансформації. Її використання спонукає до перегляду та оновлення фахового глосарію, що, врешті-решт, відкриває нові обрії не лише для практики, а й для філософії комунікації як живого пошуку сенсу.

ЛІТЕРАТУРА

1. American Psychiatric Association. *Coding and Recoding Procedures*. 2022. URL : <https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/DSM-5-TR/APA-DSM5TR-Coding.pdf>
2. American Psychiatric Association. *Довідник діагностичних критеріїв DSM-5* / пер. О. Лисак, М. Прокопович; наук. ред. В. Горбунова, Л. Засекіна, О. Плевачук. Львів : Галицька Видавнича Спілка, 2023.
3. Anderson F. G., Sweezy M., Schwartz R. C. *Internal Family Systems Skills Training Manual. Trauma-Informed Treatment for Anxiety, Depression, PTSD & Substance Abuse*. PESI Publishing & Media, 2017.
4. Catanzaro J. Healing the Parts Who Hide in Plain Sig. IFS and Eating Disorders. *Innovations and Elaborations in Internal Family Systems Therapy* / eds. M. Sweezy, E. L. Ziskind. Routledge, 2016, p. 49–69.
5. Catanzaro J. *Unburdened Eating: Healing Your Relationships with Food and Your Body Using an Internal Family Systems (IFS)*. Bridge City Book, 2024.
6. Foundation for Self Leadership. *IFS, an evidence-based practice*. 2015. URL : <https://foundationifs.org/news-articles/79-ifs-an-evidence-based-practice>
7. Manning E. *Always More Than One*. Duke University Press Books, 2013.
8. Massumi B. *Parables for the Virtual: Movement, Affect, Sensation*. Durham & London : Duke University Press Books, 2002.
9. Schwartz R. C. *No Bad Parts: Healing Trauma and Restoring Wholeness with the Internal Family Systems Model*. Louisville : Sounds True, 2021.

10. Апелъ К.-О. Спрямування англо-американського «комунітаризму» у світлі дискурсивної етики / пер. і ред. А. М. Єрмоленко. *Комунікативна практична філософія*. Київ : Лібра, 1999. С. 372–394.

11. Крістева Ю. *Полілог*. Київ : Юніверс, 2004.

12. Харарі Ю. Н. *Людина розумна. Історія людства від минулого до майбутнього*. Харків : Клуб сімейного дозвілля, 2018.

REFERENCES

American Psychiatric Association (2022). *Coding and Recoding Procedures*. Retrieved from [https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/DS\[M-5-TR/APA-DSM5TR-Coding.pdf](https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/DS[M-5-TR/APA-DSM5TR-Coding.pdf)

American Psychiatric Association. (2023). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (Lysak, O. & Prokopovych, M. (Trans.); Horbunova, V., Zasiakina, L., & Plevachuk, O. (Eds.). Lviv : Halytska Vydavnycha Spilka. [In Ukrainian].

Anderson, F. G., Sweezy, M., Schwartz, R. C. (2017). *Internal Family Systems Skills Training Manual. Trauma-Informed Treatment for Anxiety, Depression, PTSD & Substance Abuse*. PESI Publishing & Media.

Catanzaro, J. (2016). Healing the Parts Who Hide in Plain Sig. IFS and Eating Disorders. In M. Sweezy & E. L. Ziskind (Eds.). *Innovations and Elaborations in Internal Family Systems Therapy* (pp. 49-69). Routledge.

Catanzaro, J. (2024). *Unburdened Eating: Healing Your Relationships with Food and Your Body Using an Internal Family Systems (IFS)*. Bridge City Book.

Foundation for Self Leadership. (2015). *IFS, an evidence-based practice*. Retrieved from <https://foundationifs.org/news-articles/79-ifs-an-evidence-based-practice>

Manning, E. (2013). *Always More Than One*. Duke University Press Books.

Massumi, B. (2002). *Parables for the Virtual: Movement, Affect, Sensation*. Durham & London : Duke University Press Books.

Schwartz, R. C. (2021) *No Bad Parts: Healing Trauma and Restoring Wholeness with the Internal Family Systems Model*. Louisville : Sounds True.

Apel, K.-O. (1999). The direction of Anglo-American "communitarianism" in the light of discursive ethics. Yermolenko, A. (Trans.). In Yermolenko, A. (Ed.). *Communicative practical philosophy*, pp. 372-394. Kyiv : Libra. [In Ukrainian]

Apel, K.-O. (1999). The orientation of Anglo-American "communitarianism" in the light of discursive ethics.

Kristeva, Y. (2004). Poliloh [Polylogue]. Kyiv : Univers. [In Ukrainian].

Harari, Y. N. (2018). Man is intelligent. The history of mankind from the past to the future. [Sapiens: A Brief History of Humankind] (2nd ed.). Kharkiv : Klub Simeynoho Dosvillya. [In Ukrainian].

Maryna Lukashenko

PhD in Philosophy, Lecturer at the Department of Pedagogy and Psychology Vinnytsia National Medical University named after M. I. Pirogov; Vinnytsia, Ukraine; e-mail: marina.look@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5430-0808>

Between words and parts: the philosophy of psychodiagnostics in the mirror of the Internal Family Systems (IFS) model

Abstract

This article offers a philosophical analysis of psychodiagnostics as a communicative practice, with a focus on the Internal Family Systems (IFS) model. The central question revolves around the nature of language in the interaction between practitioners. Drawing upon the philosophical contributions of Ludwig Wittgenstein, Jacques Derrida, Julia Kristeva, Gilles Deleuze, Félix Guattari, and Karl-Otto Apel, as well as contemporary thinkers such as Brian Massumi and Erin Manning, the paper explores language as a medium of meaning-making, symbolic structuring, and discursive normalization. Language is presented not as a neutral tool but as an embodied and affective force that shapes communication, perception, definition, and healing. The analysis contrasts the language of the medical model (with reference to DSM-5) and the dialogical, compassionate vocabulary of IFS,

developed by Richard C. Schwartz and further elaborated by Frank Anderson and Martha Sweezy. Using eating disorders as a case study (drawing on the work of Joan Catanzaro), the article examines how diagnostic language frames psychic phenomena, influencing both clinical understanding and therapeutic dynamics. The IFS approach, which conceptualizes the psyche as a multiplicity of “parts” organized around a core Self, fosters internal dialogue, curiosity, and compassionate recognition of each part's protective function. This reorients psychodiagnostics from classification to understanding. As language mediates both diagnosis and intervention, the article argues that psychodiagnostic discourse must be critically re-evaluated in light of contemporary philosophical insights. The IFS model exemplifies an ethical, non-pathologizing, and generative linguistic framework that facilitates psychological healing. In this sense, IFS contributes to the renewal of psychotherapeutic language and to a broader interdisciplinary philosophy of communication grounded in relationality, sensitivity, and mutual recognition.

Keywords: *psychodiagnosis, communication, language, non-pathologizing approach, psychotherapy of internal family systems, IFS.*

Стаття надійшла / Article arrived: 22.01.2025

Схвалено до друку / Accepted: 09.03.2025