

С. Г. Гринвальд, *клинический ординатор кафедры психотерапии*  
Харьковская медицинская академия последипломного образования  
(г. Харьков)

## ПРИНЦИПЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСТРОЕНИЯ [МОДЕЛИ] КЛАССИФИКАЦИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ЭФФЕКТ-СИНДРОМОВ

Под клиническим психотерапевтическим эффектом-синдромом следует понимать комплекс клинических, психологических, поведенческих проявлений, возникающих в результате (процессе) реализации того или иного метода (методики, техники) психотерапии [1, 2].

На настоящее время предложена единственная типология клинических психотерапевтических эффект-синдромов [3].

### I. Типичные (нормальные)

— *гипноидный*, характеризующийся сужением сознания, гипокинезией, гипомимией, отсутствием реакции на сенсорные стимулы вне вербального контакта с терапевтом (сформированный раппорт);

— *каталептический*, характеризующийся резким сужением сознания, гипокинезией, гипомимией, отсутствием реакции на сенсорные стимулы, двигательными феноменами в системе произвольно регулируемой поперечно-полосатой мускулатуры акинетико-ригидного типа («воскоподобная гибкость») и сложными, внешне целенаправленными поведенческими актами согласно фабуле внушения;

— *просоночный*, характеризующийся изменённым сенсорным восприятием окружающего с отсутствием возможности целенаправленной двигательной реакции и субъективно-критической дифференцировки истинности воспринимаемого;

— *психовегетативный*, являющийся вариантом полнообъёмного субъективно-чувственного спектра ощущений согласно терапевтической фабуле с соответствующей эмоциональной аранжировкой;

— *релаксационный*, являющийся переживанием состояния пассивного наблюдения и нейтрально-положительного эмоционального фона с сохранённой, но не задействованной возможностью активно-экспрессивной реакции;

— *гипомнестический*, характеризующийся снижением репродукции негативно-окрашенных переживаний с уменьшением их яркости и чувственной живости и изменённой репродукцией с нейтрализацией (инверсией) знака эмоционального сопровождения;

— *полиморфно-конформный*, характеризующийся наличием гиперконформных реакций и поведением, конгруэнтным терапевтической фабуле с гиперпозитивным эмотивным реагированием.

### II. Атипичные (парадоксальные):

— *истероформный*, представляющий собой выражённую демонстративность с повышением экспрессивности эмоциональной, двигательной, мимической, вегетативной, эмфатико-интонационной активности в представлении (презентации) болезненных переживаний с возможным изменением содержательной фабулы;

— *эксплозивный* — появление выраженной, как правило отрицательной, поведенческой вербальной, эмоциональной, эмфатико-интонационной реакции в процессе терапевтического контакта с элементами агрессивности;

— *аффективного мутизма* — тотальная вербальная редукция (клинически близкая к психогенному мутизму),

как спонтанная, так и вызванная, что сопровождается множественными гипермимическими и пантомимическими проявлениями;

— *аверсивный* — выраженная вербальная, поведенческая с вегетативным сопровождением реакция непри[н]ятия в процессе терапевтического контакта;

— *псевдопуэрильный* — демонстрация вербальных и поведенческих инфантильно-регрессивных феноменов с сохранением психотерапевтического контакта и удержанием ситуационного контроля.

### III. Интеркуррентные (патологические):

— *эйдетический* — переживание пациентом ярких, сценически образных, эмоционально окрашенных зрительных феноменов после прекращения психотерапевтического вмешательства, сопровождаемое субъективным эмоциональным отношением, которое не подлежит произвольному контролю, но с сохранением критики;

— *«терапевтической паранойи»* — формирование неустойчивых, фрагментарных, неоформленных идей, легко редуцируемых, особых отношений с терапевтом и/или особого значения терапевтического процесса с частичной редукцией критического отношения пациента и слабостью рационально-смысловой коррекции;

— *фиксационный* — неадекватная фиксированность на собственно терапевтическом процессе, который занимает преобладающее место, приобретает важную роль в субъективных переживаниях пациента с перформированием патологической фабулы на возникший клинический психотерапевтический эффект-синдром;

— *резистентный* — стойкость, ригидность симптоматики относительно любого психотерапевтического влияния (при соблюдении нормативной технологичности психотерапевтического вмешательства) при эмоционально-индифферентном типе отношения пациента к психотерапии и поведенчески неконфронтационном типе отношений с терапевтом.

Эта типология дополнена семью не описанными ранее эффект-синдромами, выделенными мною на клиническом материале (с этой целью было обследовано более 325 пациентов, проходящих психотерапию):

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

— *ортоагитивный эффект-синдром* (от греч. *ορθός* — прямой, правильный и лат. *agito* — приводить в движение, двигать, направлять, устремлять) — характеризуется гипертрофированной фиксацией на сфере деятельности, адекватной социальной роли и вектору развития личности пациента;

— *викарно-компенсаторный агитивный эффект-синдром* (от лат. *vicar* — заместитель, *compensatio* — возмещение, компенсация и *agito* — приводить в движение, двигать, направлять, устремлять) — проявляется в фиксации на приобретающей важную роль в субъективных

Результаты ранжирования эффект-синдромов по уровню активности сознания

Эффект-синдром	Уровень активности сознания (в баллах)
Каталептический	5
Гипноидный	4
Просоночный	3
«Аффективного мутизма»	2
Гипомнестический	2
Псевдопуэрильный	2
Эйдетический	2
Эксплозивный	2
Психовегетативный	1,5
Аверсивный	1
Истериоформный	1
Полиморфно-конформный	1
Релаксационный	1
«Терапевтической паранойи»	1
Фиксационный	1
Резистентный	0

переживаниях пациента сфере деятельности, с переформулированием патологической апперцепции актуальной проблемы и/или психотерапевтического процесса;

— **амитоконгрегантный эффект-синдром** (от лат. *amitto* — упустить, прозевать, терять, лишаться, утрачивать и *congressus* — сближение, схождение, общение) — обездвиженность не достигает той степени выраженности, что при каталептическом эффект-синдроме, неполный мутизм, большой длительное время сохраняет неестественные, вычурные, часто неудобные позы, возможен все же частичный контакт;

— **гипобулический эффект-синдром** (от греч. *ὑπο* — под, внизу и *βούλια* — воля) — характеризуется снижением волевой активности, желаний и побуждений к деятельности;

— **псевдоагитивный эффект-синдром** (от греч. *ψευδής* — ложный и лат. *agito* — приводить в движение, двигать, направлять, устремлять) — характеризуется гипертрофированной фиксированностью на той сфере деятельности, которая постепенно занимает преобладающее место, приобретает важную роль в субъективных переживаниях пациента, что приводит к переформулированию патологической фабулы возникшего клинического психотерапевтического эффект-синдрома;

— **гипермнестический эффект-синдром** (от греч. *ὑπέρ* — над, сверху и *μνήμη* — память) — повышение репродукции переживаний с увеличением их яркости и чувственной живости и измененная репродукция с инверсией знака эмоционального сопровождения.

В основу предложенной классификации было положено ранжирование эффект-синдромов по признаку, свойственному всем им, подлежащему дискретной оценке и имеющему достаточное количество дискретных значений, а именно — по уровню активности сознания.

При определении степени снижения уровня активности сознания использовались критерии, выделенные Jaspers'ом [4] для психопатологической синдромологии:

— отрешённость, расстройство непосредственного отражения реальных объектов и явлений в виде затруднения или исключения чувственного познания, его фрагментарности или искажения, связанного с обманом восприятия;

— нарушение рационального познания, то есть понимания связей и отношений между объектами и явлениями из-за обеднения, исключения или дезорганизации мышления, нарушения способности суждения;

— дезориентировка в месте, времени, окружающих лицах, а иногда в собственной личности (ориентировка может вовсе отсутствовать или быть ложной);

— затруднение запоминания впечатлений о происходящих событиях и субъективных переживаниях, что проявляется по выходе из состояния нарушенного сознания конградной амнезией. Воспоминания могут быть неполными, непоследовательными, неотчётливыми, отчуждёнными — как о сновидениях. Некоторые впечатления, напротив, легко приходят на память и отличаются особой живостью — феномен Moly [5].

Результаты проведённого ранжирования представлены в таблице 1.

Хотя ранжирование производилась исключительно по критериям, выделенным Jaspers'ом, а не в сравнении с критериями степеней активности сознания и диагностическими критериями психопатологических синдромов, при сравнении полученных результатов с клинической феноменологией выяснилось, что уровень активности сознания, оцененный нами в 0 баллов, соответствовал

*бодрствованию* — состоянию, в котором все явления действительности улавливаются в адекватной их связи между собой на каком-то привычном, как бы усреднённом уровне, 1 балл соответствовал *ясности* — состоянию формального осознания действительности, однако без достаточно связного и цельного её отражения; 2 балла — *сужению сознания* — частичному, неполному осознанию действительности, одностороннему её отражению, когда выделение одних связей и объектов производится в ущерб другим, которые не замечаются; 3 балла — *обнуляции* — резкому снижению темпа психической деятельности, которая проявляется либо гипопатией, либо субэйфорией без ускорения мыслительных процессов и двигательного возбуждения, восприятие внешнего мира неполно, искажено; 4 и 5 баллов — *спутанности сознания* — отсутствию ясности и связности мышления, нарушению понимания и нарушению рассуждений.

Эффект-синдромы, оценённые по шкале активности сознания в 1 балл, представляют собой сложные реакции личности, направленные на адаптацию психического гомеостаза к изменениям субъективной реальности пациента, вызванной психотерапевтическим воздействием. Однако психотерапевтическое воздействие, вызвавшее эту реакцию, к моменту её формирования уже нарушает психический гомеостаз — что проявляется, в частности, снижением уровня активности сознания. Снижение же уровня активности сознания вызывает отклонение формирования личностной реакции от оптимального (рационального) варианта, что и выражается в специфике п[р]оявляющегося эффект-синдрома.

Эффект-синдромы, оценённые в 2 балла, представляются как более примитивные, монотонные реакции. С другой стороны, объективные проявления эффект-синдромов, оценённых в 2 балла, могут быть более ярким, нежели у оценённых в 1 балл. Характерно снижение личностной окраски реакций, их упрощение, примитивизация. Не исключено, что при подобном снижении активности сознания образование сложных целенаправленных ассоциативных связей затруднено. Это объясняет выход на авансцену аффективных реакций и торможение когнитивно-мнестического компонента.

С точки зрения нейродинамической теории И. П. Павлова этот эффект можно объяснить торможением коры головного мозга, наблюдаемым при снижении уровня активности сознания, что приводит к ослаблению её контролирующе-тормозящего воздействия на подкорку.

При дальнейшем снижении уровня активности сознания (соответствующего балльной оценке, превышающей 2) заметно ещё большее торможение когнитивно-мнестических функций, что приводит к потере личностной окраски эффект-синдромов (и, что характерно, резкому снижению их количества в данной нише). Кроме того, снижается и эмоционально-волевой компонент реагирования.

Так, например, гипноидный и каталептический эффект-синдромы уже практически лично не окрашены, наблюдается снижение как когнитивно-мнестического, эмоционально-волевого, так и кинестетического компонента реакции.

Таким образом, в образовании эффект-синдрома можно выделить следующие два фактора:

- снижение уровня активности сознания;
- личностная реакция, направленная на поддержание [ауто]психического гомеостаза.

Эти факторы — как векторы развития реакции на психотерапию — можно представить графически. На рисунке 1 приведена подобная презентация, причем векторы развития реакции на психотерапию изображены как оси некоей недекартовой системы координат, в целях наглядности представленной трёхмерно.

Вектор уровня активности сознания представлен осью X, векторы личностной реакции — осями Y (на рис. 1 осей Y шесть, теоретически же их количество не ограничено). Любая ось Y перпендикулярна оси X. Все оси представленной системы пересекаются в начале координат.

Ось X градуирована соответственно представленной выше системе ранжирования таким образом, что состоянию бодрствования присвоено значение «0» и оно совпадает с началом координат, а состоянию спутанности сознания соответствует «5».

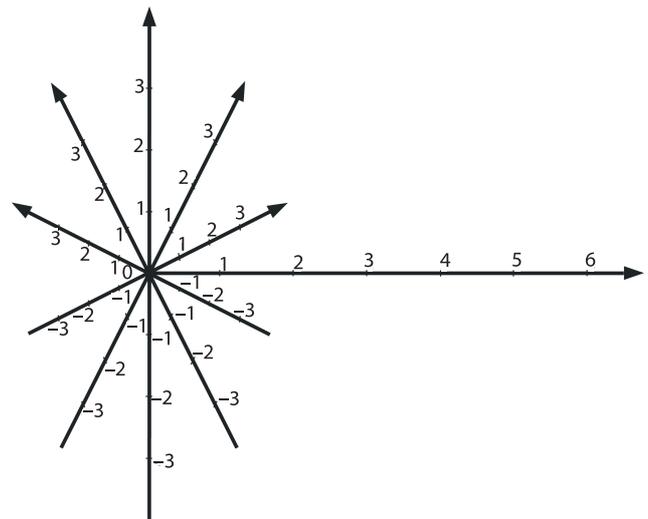


Рис. 1. Организация трёхмерного пространства с помощью векторов развития эффект-синдромов. Система координат  $XY_1...Y_6$

Так как оси Y характеризуют качественный признак, то соотношение их невозможно, нельзя определить угол между двумя разными осями Y, расстояние между точками, лежащими на разных осях Y, не соизмеримо.

В полученной системе координат  $XY_1...Y_n$  была построена трёхмерная модель классификации эффект-синдромов (рис. 2).

При создании этой модели было сделано допущение, что характер каждого эффект-синдрома обусловлен уровнем активности сознания (графически это выражается через положение его проекции на ось X) и выраженностью определённой личностной реакции (положением его проекции на соответствующую ось Y).

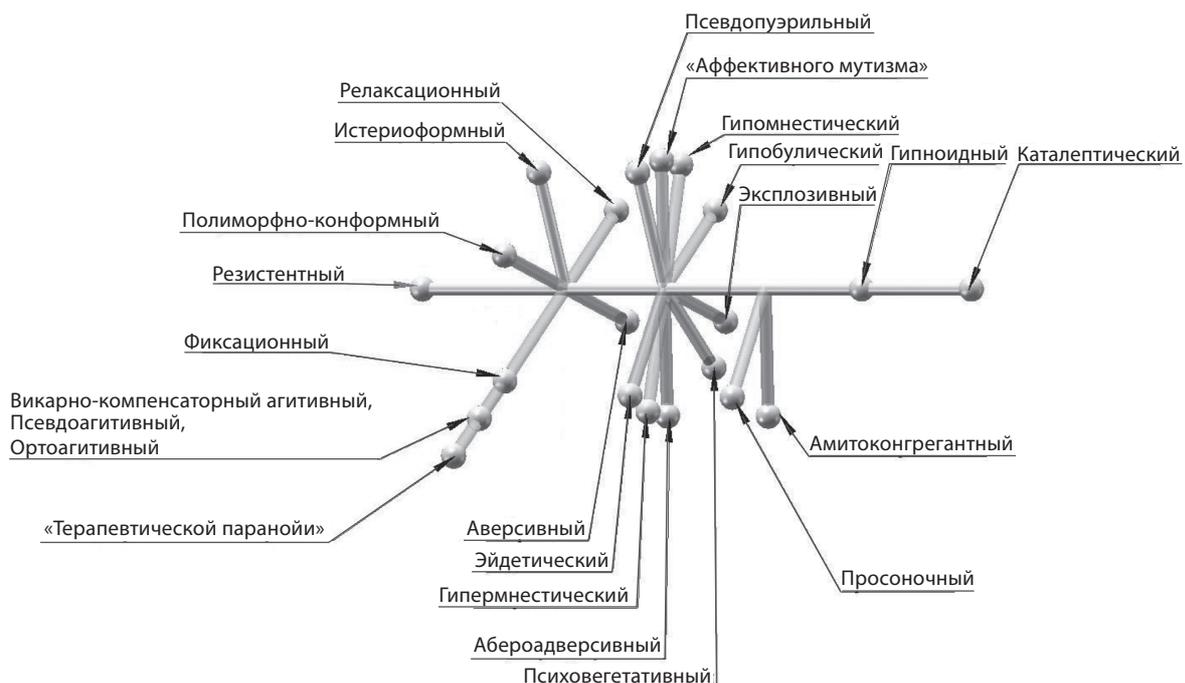


Рис. 2. Трёхмерная модель классификации эффект-синдромов

Так как ортоагитивный, псевдоагитивный и викарно-компенсаторный агитивный эффект-синдромы имеют одноплановый характер личностной реакции и проявляются при ясном сознании (различаясь лишь ситуативной орнаментацией), то в представленной модели они накладываются друг на друга, образуя единую фигуру. Для их [графического] разделения можно предложить

четвёртое измерение, выражающее собственно ситуативную орнаментацию (рис. 3).

Однако при использовании четвёртого измерения теряется наглядность представления — и потому, жертвуя точностью ради наглядности, я схематизировал предлагаемую модель (рис. 4), ограничившись пределами трёх измерений.

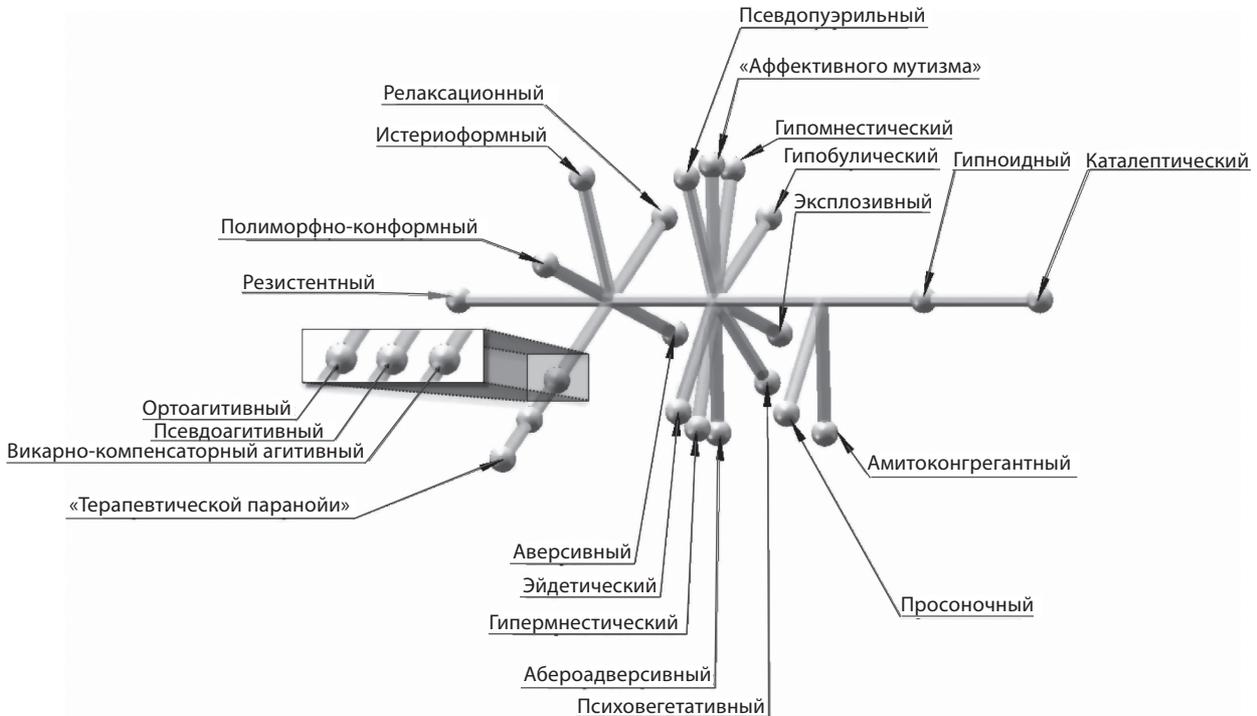


Рис. 3. Четырёхмерная модель классификации эффект-синдромов

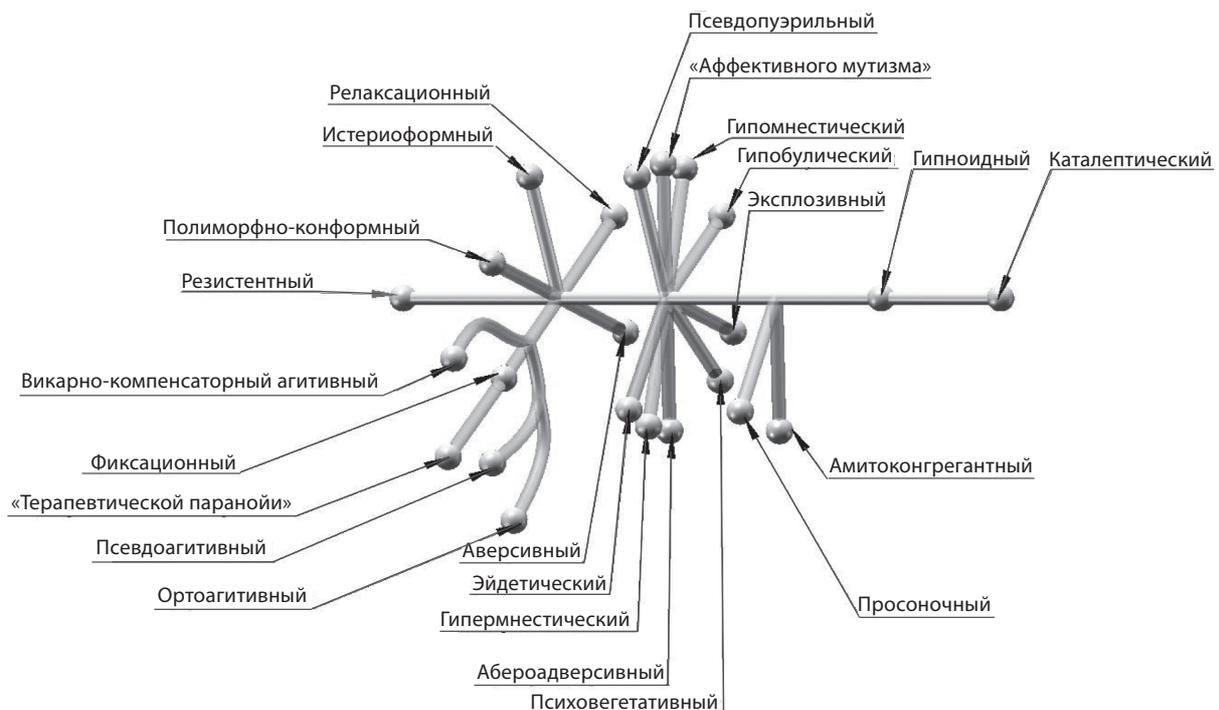


Рис. 4. Схематическое представление четырёхмерной модели классификации эффект-синдромов в трёхмерном представлении

Именно этой схемой я и буду пользоваться далее.

По признаку снижения уровня активности сознания можно выделить шесть — отличающихся качественно — групп эффект-синдромов.

Характерно, что разнообразие эффект-синдромов в каждой группе пропорционально разнообразию возможных проявлений личностной компоненты, которое, в свою очередь, обратно пропорционально уровню активности сознания.

Кажущимся исключением из этого правила является первая группа эффект-синдромов, которая проявляется в отсутствии реакции на психотерапию, уровень сознания при ней не снижен (бодрствующее сознание), и включает она лишь один эффект-синдром — резистентный. Фактически, возможные проявления личностной компоненты в первой группе наиболее разнообразны, однако проявляемые личностные реакции выходят за рамки психотерапевтического процесса (по причине

отсутствия психотерапевтического контакта), и не могут быть определены как эффект-синдромы.

Эффект-синдромы второй группы (эффект-синдромы, возникающие при ясном сознании) имеют характер сложных адаптивных личностных реакций. В эту группу входят истериоформный, фиксационный, полиморфно-конформный, аверсивный, релаксационный, ортоагитивный, викарно-компенсаторный агитивный, псевдоагитивный эффект-синдромы, а также эффект-синдром «терапевтической паранойи» (рис. 5).

Эффект-синдромы третьей группы (эффект-синдромы, развивающиеся при суженном сознании) имеют характер относительно примитивных личностных реакций, с редуцированной адаптивной функцией. К этой группе относятся эксплозивный, эйдетический, псевдопуэрильный, гипомнестический, абероадверсивный, гипобулический, гипомнестический, психовегетативный и эффект-синдром «аффективного мутизма» (рис. 6).

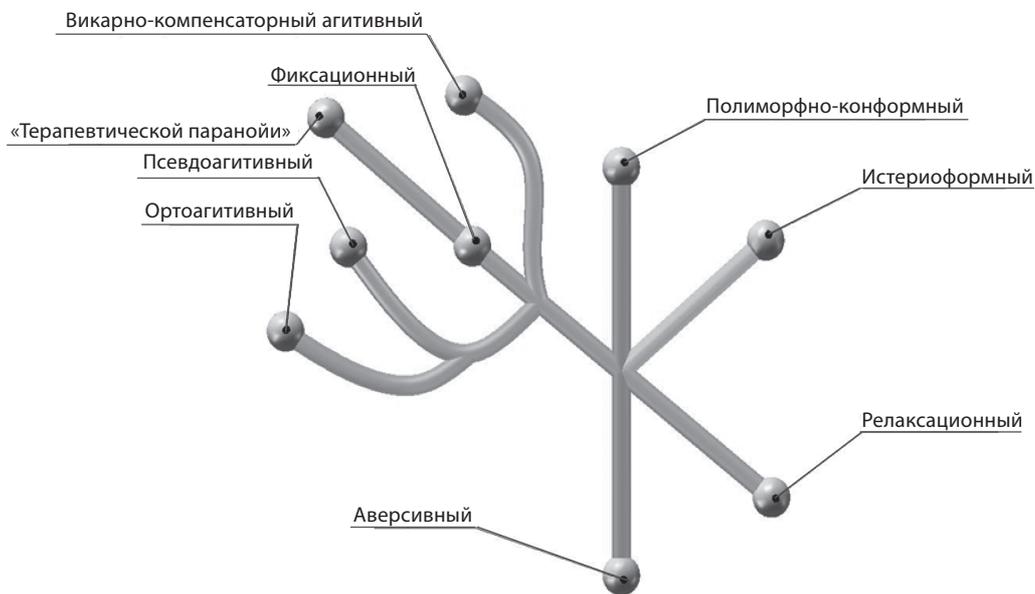


Рис. 5. Вторая группа клинических психотерапевтических эффект-синдромов

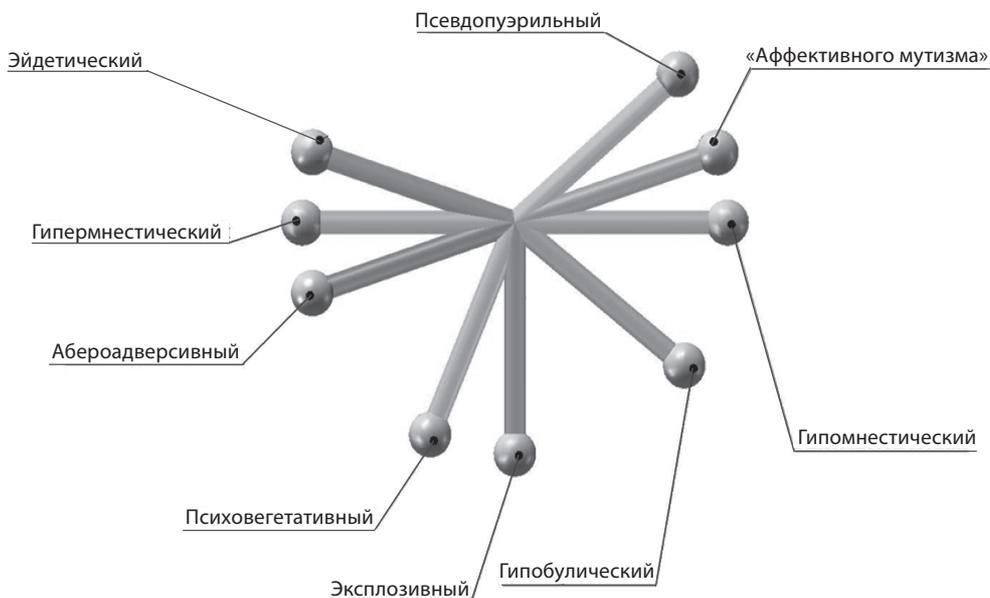


Рис. 6. Третья группа клинических психотерапевтических эффект-синдромов

Клиническое своеобразие этих эффект-синдромов обусловлено тем, что при снижении контроля коры головного мозга над подкорковыми структурами проявляются обычно сдерживаемые аффективно-волевые тенденции.

Эффект-синдромы внутри четвертой, пятой и шестой групп однородны, личностно менее окрашены и практически не выполняют адаптивных функций.

Так, четвертая группа эффект-синдромов (функционирующих при обнулении сознания) включает лишь два клинических психотерапевтических эффект-синдрома: просоночный и амитоконгрегантный.

Пятая группа эффект-синдромов включает гипноидный эффект-синдром, функционирующий в условиях спутанного сознания.

Шестая группа эффект-синдромов включает каталептический эффект-синдром. Его клинические проявления свидетельствуют о спутанности сознания более высокой

степени, нежели при функционировании гипноидного эффект-синдрома.

На основании анализа предложенной модели мы предположили существование следующих, однородных по личностному фактору, семейств эффект-синдромов:

- фиксаторные;
- пареотивные;
- гистриоидные;
- мнестически ассоциированные;
- апперцепционные.

Так, семейство *фиксаторных* (от лат. *fixus* — крепкий, прочный, твёрдый, неизменный, незыблемый), эффект-синдромов включает шесть эффект-синдромов, принадлежащих ко второй группе (релаксационный, ортоагитивный, фиксационный, псевдоагитивный, викарно-компенсаторный агитивный, эффект-синдром «терапевтической паранойи») и один — к третьей (гипобулический эффект-синдром) (рис. 7).

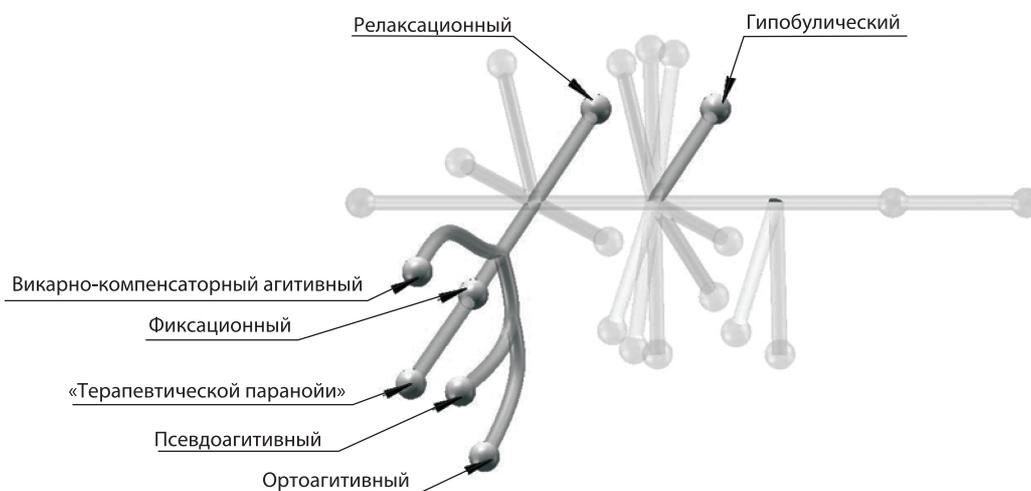


Рис. 7. Семейство фиксаторных клинических психотерапевтических эффект-синдромов

Личностный фактор эффект-синдромов, входящих в семейство фиксаторных, характеризуется наличием/отсутствием фиксации на каком-либо аспекте реальности. Так, для релаксационного и гипобулического эффект-синдромов характерно отсутствие интереса к актуальной реальности (они различаются лишь уровнем активности сознания). Фиксационный эффект-синдром, напротив, характеризуется неадекватной фиксированностью на собственно терапевтическом процессе и потому в нашей модели он противопоставлен релаксационному, хотя и размещён с ним в одной плоскости. Ещё больше подобная фиксация выражена у ортоагитивного, псевдоагитивного и викарно-компенсаторного агитивного эффект-синдромов, поэтому они ещё дальше, нежели фиксационный, отстоят от нулевой точки по оси личностного фактора. Наконец, максимальную степень фиксации имеет эффект-синдром «терапевтической паранойи», который наиболее удалён от релаксационного эффект-синдрома.

Семейство пареотивных (от лат. *pareo* — подчиняться, повиноваться, слушаться) эффект-синдромов включает два эффект-синдрома, принадлежащих ко второй группе (полиморфно-конформный и аверсивный) и один — к третьей (эксплозивный эффект-синдром) (рис. 8).

Основные личностные характеристики эффект-синдромов, входящих в семейство пареотивных, лежат в континууме «подчинение — сопротивление»: полиморфно-конформному эффект-синдрому свойственны

реакции подчинения, — а аверсивному, напротив, сопротивления. Это обуславливает их взаимно-противоположное положение в разработанной [графической] модели. Эксплозивный же эффект-синдром подобен аверсивному, однако для него характерен иной уровень активности сознания (см. рис. 8).

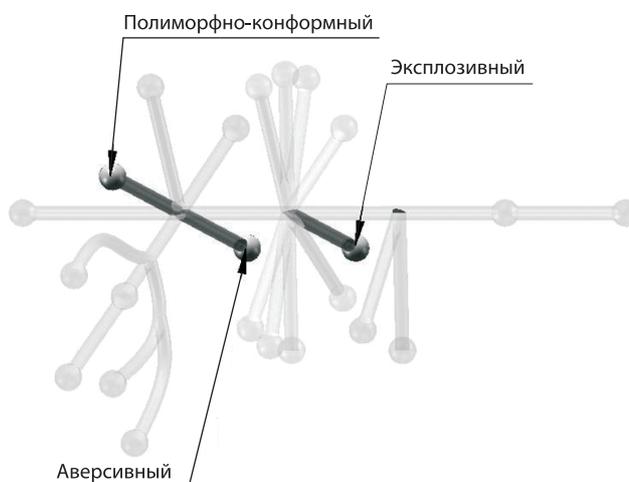


Рис. 8. Семейство пареотивных клинических психотерапевтических эффект-синдромов

Качественно и количественно идентичный личностный компонент имеют истериоформный и псевдопуэрильный эффект-синдромы, образующие семейство гистриоидных (от лат. *histrion* — актер, но также — хвостун, шарлатан) эффект-синдромов, однако они различаются по уровню активности сознания (рис. 9).

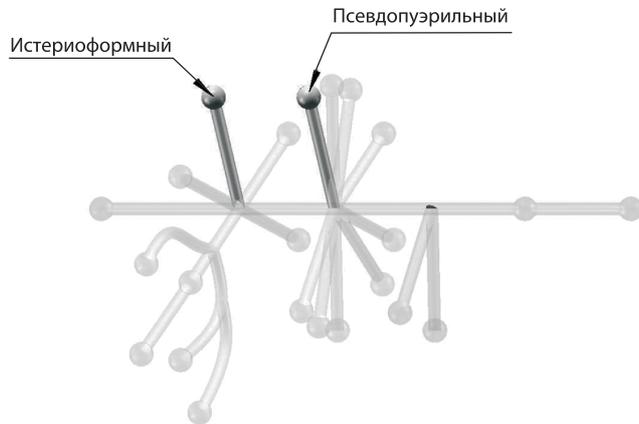


Рис. 9. Семейство гистриоидных клинических психотерапевтических эффект-синдромов

В семейство мнестически ассоциированных (от греч. *μνήμη* — память и лат. *associatio* — соединение) клинических психотерапевтических эффект-синдромов входят гипомнестический и гипермнестический эффект-синдромы (рис. 10). Они относятся к третьей группе эффект-синдромов и противоположны в своей личностной компоненте (при гипомнестическом эффект-синдроме происходит снижение мнестических функций, тогда как при гипермнестическом — активация).

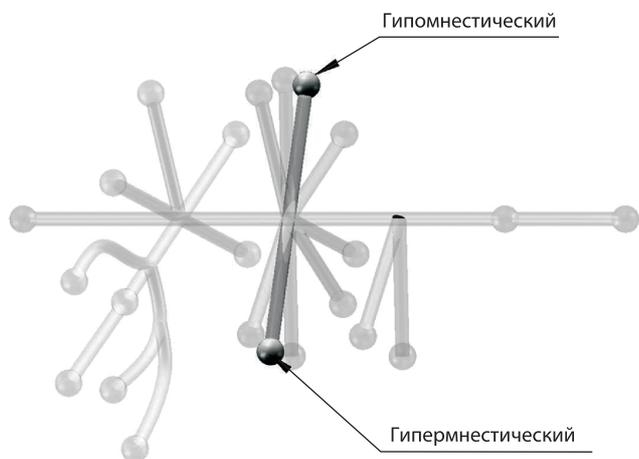


Рис. 10. Семейство мнестически ассоциированных клинических психотерапевтических эффект-синдромов

Абероадверсивный и амитоконгрегантный эффект-синдромы выражаются в аберрациях апперцепции; уровень активности сознания у них различный. Они образуют семейство апперцепционных (от лат. *ad* — к, *perceptio* — восприятие) эффект-синдромов (рис. 11).

С целью поиска аналогий в рамках смежных дисциплинарных областей был проведён науковедческий поиск (с привлечением профессиональной литературы за последние 150 лет) на предмет существования аналогичных теорий.

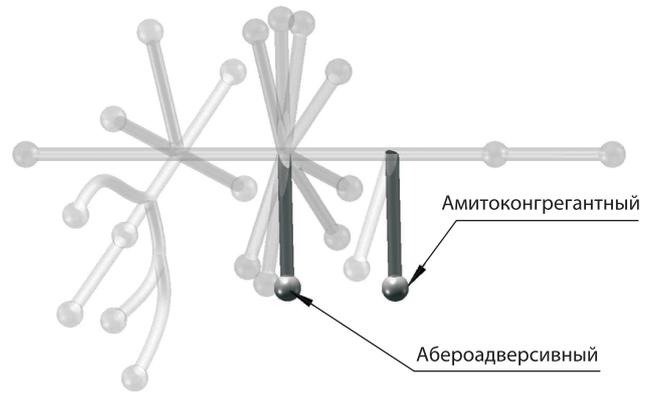


Рис. 11. Семейство апперцепционных клинических психотерапевтических эффект-синдромов

В результате поиска было установлено, что разработанная модель [образования] эффект-синдромов обнаруживает определённую связь с изложенной Е. Kretschmer'ом в труде «Медицинская психология» [6] теорией типов реакций.

Kretschmer подразделял все реакции индивида на две группы: примитивные реакции и реакции личности.

Под *примитивными реакциями* Kretschmer понимал такие, при которых раздражение от переживания не проходит целиком через интерполяцию развитой целостности личности, а непосредственно — реактивно — обнаруживается в мгновенных импульсивных действиях или глубоких душевных механизмах.

Концепция образования примитивных реакций у Kretschmer'a имеет черты сходства с гипотезой механизма образования эффект-синдромов при суженом сознании: «Если чрезмерно сильное раздражение от переживания поражает и парализует высшую личность, более глубокие филогенетические пласты психики испытывают изолированное раздражение и, занимая место более высоких механизмов, выступают на поверхность» [6].

Проводя разбор реакций «на психопатологическом материале», Kretschmer относил к примитивным реакциям следующие типы реакций:

1. Эксплозивные реакции (примерно соответствующие эксплозивному эффект-синдрому).
2. Реакции гипобулически-гипоноического типа (примерно соответствующие просоночному, гипноидному и каталептическому эффект-синдромам).
3. «Внезапные действия» (*kurzschlüssshandlungen*).
4. Притворство и вытеснение (примерно соответствующие псевдопуэрильному эффект-синдрому).

Под *реакциями личности* Kretschmer понимал такие, которые обусловлены интенсивным и сознательным участием всей личности — так что реакция является чистым и отчётливым выражением целостной индивидуальности.

Kretschmer подчёркивал специфичность реакций, а также роль в их образовании двух факторов — предрасположение характера и определенные раздражения переживания.

Так, он пишет: «...переживания, приспособленные к тому, чтобы вызвать в известной личности характерные для неё реакции, мы называем ключевыми переживаниями (*Schlüsselerlebnisse*). Характер и ключевое

переживання підходять друг к другу як ключ к замку, як комплемент і амбоцептор, особливо коли при цьому кумулюючим образом впливають визначені форми середовища... Одно і те ж зовнішнє переживання... різними характерами переробляється в абсолютно різні внутрішні форми переживання, які потім розвиваються, як реакція, в небагатьох типічних напрямках» [6].

Конечно, наивно ожидать полного соответствия типов реакции по Kretschmer'у нашей модели [образования] эффект-синдромов, ведь для изучения брался и различный «материал» (психопатологический и условно-нормальный), и разные условия («полевые» — психиатрические интрагоспитальные — условия у Kretschmer'a и проведение психотерапии в сфере её клинической компетенции), и различные цели исследования (поведение человека в различных ситуациях — у Kretschmer'a и терапевтическая эксплуатация и построение сано(пато)генетической модели психотерапии — в нашем случае).

Независимость наших наблюдений и описаний Kretschmer'a друг от друга и наличие параллелей в этих исследованиях позволяют предположить, что типы реакций Kretschmer'a и предложенная нами модель [образования] эффект-синдромов — лишь различные отражения одного и того же процесса, реально существующего психического механизма.

Всё это подтверждает достоверность — или, по крайней мере, теоретическую адекватность — созданной нами модели эффект-синдромов.

Таким образом, в результате проведённого исследования предложена систематизация эффект-синдромов по двум качественным параметрам (тип реакции и задействованная психическая сфера), и рассмотрен механизм образования эффект-синдромов — как взаимодействие личностного компонента и уровня активности сознания, на основании чего построена классификация/систематика эффект-синдромов, внутри которой выделено шесть групп эффект-синдромов, впервые описаны пять семейств клинических психотерапевтических эффект-синдромов.

#### Список литературы

1. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии. — К.: Здоров'я; Х.: Око — Наука, 2002. — 768 с.
2. Михайлов Б. В., Табачников С. И., Витенко И. С., Чугунов В. В. Психотерапия: Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III—IV уровней аккредитации. — Х.: Око, 2002. — 768 с.
3. Чугунов В. В. Теоретическое, клинико-диагностическое, медико-психологическое, психотехническое и психопатологическое обоснование и оценка психотерапии психогенно-обусловленных расстройств: Дис. ... д-ра мед. наук: 19.00.04 / Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины. — Харьков, 2007. — 472 с.
4. Jaspers C. Общая психопатология / Пер. с нем. Л. О. Аюпяна. — М.: Практика, 1997. — 1059 с.
5. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. — Воронеж: НПО МОДЭК, 1995. — 640 с.
6. Kretschmer E. Медицинская психология / Пер. с нем. — СПб.: Союз, 1998. — 464 с.

Надійшла до редакції 09.12.2008 р.

С. Г. Грінвальд

#### Принципи й результати побудови [моделі] класифікації клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів

Харківська медична академія післядипломної освіти  
(м. Харків)

У статті вперше наведена типологія клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів, що поєднує клінічні ефект-синдроми, описані В. В. Чугуновим і С. Г. Грінвальдом.

Уперше здійснена спроба побудови класифікації клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів на основі наведеної об'єднаної типології. Для побудови такої класифікації було проведено ранжирування ефект-синдромів відповідно до спостережуваного при їхньому функціонуванні рівню зниження активності свідомості. Рівень активності свідомості визначався відповідно до критеріїв Jaspers. Розроблено шестирівневу шкалу активності свідомості. Результатом класифікації стало виділення шести груп ефект-синдромів, що якісно між собою відрізняються.

Для пояснення закономірності розподілу ефект-синдромів усередині груп побудована тривимірна модель класифікації ефект-синдромів, у якій ефект-синдром розглядався як результат взаємодії двох векторів — рівня активності свідомості й особистісного компонента. Такий погляд на санопатогенез клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів дозволив виділити й описати п'ять сімейств ефект-синдромів, однорідних за особистісним фактором.

При проведенні наукового пошуку були виявлені й проаналізовані аналогії між побудованою нами моделлю класифікації клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів і вченням про реакції Е. Кретшмера.

Отримані результати сприяють розвитку вчення про санопатогенез клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів, дають нові можливості керування процесом психотерапії.

S. G. Grinvald

#### The principles and results of constructing (modeling) of classification of clinical psychotherapeutic syndrome-effects

Kharkiv medical academy of postgraduate education (Kharkiv)

This article gives typology of clinical psychotherapeutic effect-syndromes that unites the clinical effect-syndromes developed by V. V. Chugunov and S. G. Grinvald for the first time.

Clinical psychotherapeutic effect-syndromes modeling based on the united typology mentioned above is attempted for the first time. To build this classification effect-syndromes were ranged in accordance with the level of consciousness activity reduction observed by their functioning. Consciousness activity level was assessed in accordance with the criteria developed by Jaspers. Six level scale for consciousness activity level was devised. Six groups of effect-syndromes which differ qualitatively were singled out as the result of the classification.

Three-dimensional model of effect-syndromes classification was built for referring to their distribution within the groups; in this model effect-syndrome is regarded as the result of interaction of two vectors-consciousness activity level and personality component.

This notion of sanopathogenesis clinical psychotherapeutic effect-syndrome s enabled us to single out and describe five families of effect-syndromes which are homogeneous by personality component.

When scanning research on research the analogies between our classification of clinical psychotherapeutic effect-syndromes model and E. Kretschmer's study on reactions were found out and analyzed.

Findings promote study of sanopathogenesis of clinical psychotherapeutic effect-syndromes and give new opportunities to psychotherapy process control.