

Zaseda Yu. I., Gorodokin A. D. Психофеноменологический профиль как фактор и предиктор персонализации системы психотерапии = Psychophenomenological profile as a factor and predictor of personalization of psychotherapy system. Journal of Education, Health and Sport. 2015;5(9):191-208. ISSN 2391-8306. DOI [10.5281/zenodo.30529](https://doi.org/10.5281/zenodo.30529)  
<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.30529>  
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/2015%3B5%289%29%3A191-208>  
<https://pbn.nauka.gov.pl/works/619862>  
Formerly Journal of Health Sciences. ISSN 1429-9623 / 2300-665X. Archives 2011–2014 <http://journal.rsw.edu.pl/index.php/JHS/issue/archive>

Deklaracja.  
Specyfika i zawartość merytoryczna czasopisma nie ulega zmianie.  
Zgodnie z informacją MNiSW z dnia 2 czerwca 2014 r., że w roku 2014 nie będzie przeprowadzana ocena czasopism naukowych; czasopismo o zmienionym tytule otrzymuje tyle samo punktów co na wykazie czasopism naukowych z dnia 31 grudnia 2014 r.  
The journal has had 5 points in Ministry of Science and Higher Education of Poland parametric evaluation. Part B item 1089. (31.12.2014).  
© The Author (s) 2015;  
This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland and Radom University in Radom, Poland  
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.  
This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.  
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.  
Received: 25.07.2015. Revised 24.08.2015. Accepted: 29.08.2015.

## ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ КАК ФАКТОР И ПРЕДИКТОР ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ПСИХОТЕРАПИИ PSYCHOPHENOMENOLOGICAL PROFILE AS A FACTOR AND PREDICTOR OF PERSONALIZATION OF PSYCHOTHERAPY SYSTEM

<sup>1</sup>Ю. И. Заседа, <sup>2</sup>А. Д. Городокин

<sup>1</sup>Yu. I. Zaseda, <sup>2</sup>A. D. Gorodokin

<sup>1</sup>Харьковская академия последипломого образования МОЗ Украины

<sup>2</sup>Запорожский государственный медицинский университет МОЗ Украины

<sup>1</sup>Kharkiv Academy of Postgraduate Education

<sup>2</sup>Zaporozhye State Medical University

### Abstract

In order to form a methodical selection protocol of individually-congruent method of psychotherapy based on psychophenomenological profile as a factor and predictor of personalization of psychotherapy system 400 patients suffering from various somatoform and psychosomatic disorders were examined, using clinical- psychophenomenological, psycho-diagnostic, clinical-psychopathological and statistical methods, and as methods of synthesis and analysis. The study was formed concept of using priority form of psychotherapy for patients united by a common pathonosology based on the direction and extent nosospecific pathopersonological transformation.

**Keywords: psychotherapy, individually-congruent method, psychophenomenological profile, methodical selection.**

### Реферат

С целью формирования протокола методической селекции индивидуально-конгруэнтного метода психотерапии на основе психофеноменологического профиля как фактора и предиктора

персонализации системы психотерапии было обследовано 400 пациентов, страдающих различными соматоформными и психосоматическими расстройствами, с помощью клинко-психофеноменологического, психодиагностического, клинко-психопатологического и статистического методов, а также методов синтеза и анализа. В результате исследования была сформирована концепция применения приоритетных в отношении пациентов, объединённых единой патонозологической формой, методов психотерапии с учетом направления и степени нозоспецифической патоперсоналогической трансформации.

**Ключевые слова:** психотерапия, индивидуально-конгруэнтный метод, психофеноменологический профиль, методическая селекция.

**Актуальность.** Более чем 20-летний путь интеграции существующих клинических парадигм в метамодель, номинативно определяемую как «доказательная медицина», определил процесс тотальной формализации диагностических, терапевтических и профилактических алгоритмов в сфере компетенции медицинских дисциплин. Основополагающие принципы доказательной медицины в отношении клинической методологии, с одной стороны, детерминируют переход к оптимальному соотношению безопасности и эффективности используемых методов, с другой же – лимитируют на законодательном уровне индивидуальный подход к терапии посредством клинических протоколов. Будучи конгруэнтными в отношении абсолютного большинства пациентов, существующие терапевтические протоколы имеют ряд ограничений, среди которых:

1) ограниченная компетентность в отношении коморбидных патологических состояний, в силу большого числа их потенциальных констелляций, а также статистически недостаточного количества пациентов для выработки достоверно эффективных и безопасных стандартов терапии;

2) ограниченная компетентность в отношении эндофенотипического разнообразия контингента пациентов, отсутствие достаточных данных об индивидуальных особенностях фармакокинетики и фармакодинамики тех или иных средств, путях преодоления идеосинкразии;

3) ограничение использования рекомендуемых схем терапии в силу конъюнктурных особенностей терапевтической базы, в частности: отсутствия законодательной базы, регламентирующей использование того или иного фармакотерапевтического средства, отсутствия ононого в материальном обеспечении медицинского учреждения;

4) ограничение эффективности рекомендуемых терапевтических схем степенью приверженности пациента терапии (уровнем комплаентности).

Указанные ограничения в большинстве клинических дисциплин постепенно преодолеваются посредством накопления статистического материала, совершенствования

существующих терапевтических протоколов, введения в клиническую практику их локальных аналогов, адаптированных под особенности конкретного региона [1 – 3].

Тем не менее, в сфере компетенции психотерапии, – где первостепенную роль, (как в процессе селекции конгруэнтного метода, так и в прогнозируемом результате терапевтического процесса) имеют индивидуальный характер личностного реагирования, (представляющий собой синтез примордиальных персонологических характеристик, онтогенетически-приобретенных психических особенностей, индивидуального характера психотравмы и её интроспективных особенностей, лежащих в основе расстройств невротического спектра, индивидуальной пропорцией психопатологических расстройств той или иной регистровой принадлежности), – обоснованность применения терапевтических протоколов, предполагающих формализацию процесса психотерапии по нозологическому признаку, представляется сомнительной [1, 2, 5].

Указанная точка зрения подкрепляется также и специфическими особенностями прикладной методологии самой психотерапии, где количество модификаций каждого используемого метода ограничено, по сути, лишь количеством эксплуатирующих его психотерапевтов, в силу фактически облигатного привнесения (в силу как произвольной, так и непроизвольной переработки носителем) в методику авторских вариаций. Помимо этого, в рамках современной психотерапии происходит интенсивный процесс мультипликации существующих методов, в основе которого лежат:

- а) позиционирование синтетических методов психотерапии как принципиально новых;
- б) реноминация существующих методов по признаку наличия единичных эпифеноменов, которые полагаются высоко саногенными/инструментальными;
- в) атрибутирование рутинных процедур парадиагностического и паратерапевтического характера психотерапевтическим антуражем с их номинативным позиционированием в качестве инновационных методов психотерапии.

Анализируя наличествующий *status rerum* в сфере компетенции психотерапии необходимым представляется реформирование интрадисциплинарной методологии, направленное на унификацию алгоритма методической селекции индивидуально-конгруэнтного метода психотерапии, – с одной стороны частично сохраняя нозологическую демаркацию, с другой же апеллируя, прежде всего, к индивидуальным характеристикам личностного реагирования как к основополагающим факторам исхода психотерапии [3, 4, 6 – 8].

**Цель исследования** заключается в формировании протокола методической селекции индивидуально-конгруэнтного метода психотерапии на основе психофеноменологического профиля как фактора и предиктора персонализации системы психотерапии.

**Дизайн исследования:** исследование проводилось на протяжении 2010 – 2014 гг. на базе кафедры психотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования и

клиники «Мужское здоровье», было обследовано 400 пациентов страдающих различными соматоформными и психосоматическими расстройствами, из которых, с учётом процессов гомогенизации и рандомизации выборки для углублённого исследования клинико-психофеноменологических характеристик были сформированы 2 группы по 200 пациентов:

- группа пациентов, страдающих психосоматическими расстройствами (неаллергическая бронхиальная астма (J45.01; J45.08; J45.09), Helicobacter-не ассоциированная язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (K25.07; K26.07), эссенциальная гипертензия (I10) – 200 пациентов, средний возраст в которой составил  $32\pm 0,7$  лет;
- группа пациентов, страдающих соматоформными расстройствами (соматоформные вегетативные дисфункции: дыхательной (F45.33), дигестивной (F 45.32) и сердечно-сосудистой (F45.30) систем) – 200 пациентов, средний возраст в которой составил  $33\pm 0,4$  года.

В качестве группы сравнения выступали 100 условно здоровых добровольцев.

Контингент был однородным по ряду таких социально-бытовых показателей, как социальный статус, семейное и материальное положение, образование, с целью устранения погрешности в типах отреагирования пациентов на психотерапевтические вмешательства вследствие этих факторов.

**Методы исследования:** основным методом исследования являлся клинико-психофеноменологический; его дополняли психодиагностический и клинико-психопатологический методы. Также использовались статистический метод, методы анализа и синтеза.

Квантификация характеристик индивидуального личностного реагирования проводилась в рамках оценки динамики активности интрапсихических механизмов, соответствующих выделенным феноменам в структуре феноменной части психофеноменологического профиля с использованием инструментария экспериментального патопсихологического исследования, методоспецифических проб, а также психодиагностического интервью, включающего аутодиагностические методики.

**Результаты исследования:** Осуществление процесса формализации алгоритма методической селекции психотерапии невозможно без разработки кластерной систематики методов психотерапии, сформированной по признаку их апелляции в ходе психотерапевтического процесса к тому или иному интрапсихическому механизму, что позволит использовать в качестве объекта верификации не конкретную модификацию каждого метода, а их гомогенный кластер и избежать тем самым затруднений, связанных с интенсивной мультипликацией прикладной методологии в сфере компетенции психотерапии. Вторым же этапом реформирования является введение инструмента идентификации и квантификации характеристик личностного реагирования, целью приложения которого будет являться анализ степени индивидуальной

конгруэнтности того или иного кластера психотерапевтических методов индивидуальной пропорции характеристик личностного реагирования. Перспективным в отношении последнего является использование концепции психофеноменологического профиля – как частного приложения клинко-психофеноменологического метода, имеющего методоспецифическую дескриптивную компетентность как в отношении нозоспецифической патоперсонологической трансформации, так и в отношении примордиальных персонологических характеристик и онтогенетически-приобретенных психических особенностей.

Таким образом, протокол методической селекции индивидуально-конгруэнтного метода психотерапии должен включать две составляющих, формирование которых соответствует этапам настоящего исследования:

1. Разработка систематики существующих методов психотерапии по признаку их апелляции к тем или иным характеристикам личностного реагирования и их психофизиологической подоплеки (включая «нормальную» феноменологию);
2. Создание инструмента идентификации констелляции характеристик личностного реагирования.

На первом этапе данного исследования было произведено формирование кластерной систематики существующих методов психотерапии по признаку их апелляции в процессе психотерапии к тем или иным интрапсихическим механизмам. В качестве методологического базиса в формировании систематических рубрик была принята модель сентенционно-семантической интервенции в сфере компетенции психотерапии, которая была разработана в наших предыдущих исследованиях [8]. В рамках указанной концепции любая психотерапевтическая процедура, рассматриваясь в рамках континуума «восприятие – мотивация», имеет специфические точки интрапсихического опосредования, коих в рамках используемой модели – 5, а именно:

- 1) *эндовербальная трансформация* – механизм семантической трансформации сентенции, в основе которого лежит индивидуальная, ассоциативная логика индивида;
- 2) *ассоциативно-идеаторный модус* – интрапсихическая система, в рамках которой происходит операционная интеграция иных интрапсихических систем;
- 3) *аффективный модус* – интрапсихическая система, объединяющая паттерны аффектогенной семантической трансформации, которая обеспечивает аффективный компонент мышления, модифицируя логику ассоциативного процесса;
- 4) *когнитивно-гностический модус* – интрапсихическая система, объединяющая компаративно-аналитические и синтетические механизмы семантической трансформации интериоризированной семантической конструкции;

5) *мнестический архив* – интрапсихическая система активного хранения логических конструкций, пребывая в постоянном взаимодействии с когнитивно-гностическим модусом обеспечивает компаративно-аналитические процессы;

Обеспечивая процесс психотерапии, каждый из её методов использует специфическую пропорцию апелляции к тем или иным интрапсихическим механизмам, формируя динамическую констелляцию активности интрапсихических модусов, в которой одни механизмы выступают амплифицирующими и являются, по сути, локусом инсталляции метода, в то время как иные являются вспомогательными, выполняя функции переноса и хранения сентенции. Соответственно каждый из методов психотерапии может быть систематизирован по критерию его апелляции к тем или иным интрапсихическим механизмам (в качестве амплификаторов).

Таким образом, выделены следующие систематические кластеры методов психотерапии: эндовербальный, ассоциативно-идеаторный, когнитивно-гностический, аффективный, мнестический.

Результаты систематизации существующих методов психотерапии представлены в таблице 1.

Таблица 1

Кластерная систематика существующих методов психотерапии на основании их апелляции к тем или иным интрапсихическим механизмам в модели сентенционно-семантической интервенции

Кластер	Феноменное наполнение	Включенные методы
эндовербальный	рецепция антиаддиктивных семантических формул, рецепция аффирмаций, рецепция вербального рефрейминга, рецепция десенсибилизирующих семантических формул, рецепция парадоксальных семантических формул,  рецепция поддерживающих семантических формул, рецепция усиливающих семантических формул	аутогенная тренировка, аутосуггестия, нейролингвистическое программирование
ассоциативно-идеаторный	изотемпопсихия, логичность мышления, пластичность мышления, последовательность мышления, способность к абстрагированию	игротерапия, интраперсональная психотерапия, психоанализ, психодрамма, психосинтез, психотерапия, телесно-ориентированная, трансактный анализ
когнитивно-гностический	когнитивная селективность рецепции, когнитивная состоятельность, обучаемость, осознание, самообучаемость, убеждаемость	гештальттерапия, когнитивно-бихевиоральная психотерапия, рациональная психотерапия, суггетивная психотерапия, обучающая терапия

аффективный	адекватность аффекта, аффективная модификация ассоциаций,  аффектогенная модификация памяти, аффектогенная селекция рецепции, изопластичность аффекта, изотимия, интроспективное восприятие аффекта	арттерапия, зоотерапия, музыкальная терапия, позитивная психотерапия, семейная психотерапия, терапия творческим самовыражением, эмоционально-стрессовая психотерапия, мортиа-терапия, поддерживающая психотерапия
мнестический	воспроизведение, забывание, произвольное запоминание, сенсорная память, узнавание, хранение	десенсибилизация и переработка движением глаз, симультанно-мнестическая терапия,

Отдельно же следует отметить наличие специфического для многих методов перцепторной predispositions, заключающейся в использовании состояний измененного сознания (гипноз, транс, etc.) как феноменов, позволяющих снизить эффективность дефензивных механизмов психики, к коим относятся: игнорирование, интуитивно-аффективный барьер, критическое мышление, рассредоточение фокуса внимания, семантическая подмена, скептический настрой, смещение фокуса внимания, этический барьер. Указанный перцептивный путь апеллирует к механизму «трансовых ворот», выступающему в рамках различных методов психотерапии в качестве синергического (гиноанализ, гиносуггестия) и даже саногенного (недирективная гипнотерапия) механизма. Таким образом, учитывая наличие широкого спектра синтетических методов психотерапии, в рамках которых используется апеллирование к механизму трансовых ворот, целесообразным представляется введение в классификацию также и трансового кластера, с другой же стороны – паритетное существование последнего привело бы к нарушению систематического базиса, так как:

- а) саногенный механизм трансовых ворот, де-факто, не является амплифицирующим (эффекторным) механизмом для большинства методов, к нему апеллирующим;
- б) наличие в структуре любого синтетического метода приемов, апеллирующих к механизму трансовых ворот, привело бы к его причислению к трансовому кластеру.

Исходя из вышеизложенного, нами было принято решение оформления всех методов, использующих механизм трансовых ворот в качестве перцептивного пути, в «трансовый суперкластер», феноменное наполнение которого включает: внушаемость в состоянии гипноза, гипнабельность, гипнокатарсис, прегипнотический (пресуггестивный) настрой.

Переходя ко второму этапу разработки протокола методической селекции индивидуально-конгруэнтного метода психотерапии, важно отметить тот факт, что в наших предыдущих исследованиях в качестве инструмента идентификации констелляции характеристик личностного реагирования использовался развернутый клинико-психофеноменологический профиль, включающий 86 феноменов в структуре 14 феноменных линеек, обеспечивающих всестороннюю регистрацию характеристик личностного реагирования в процессе психотерапии (и даже психоиндукции). Очевидным в рамках поставленной задачи является реформатирование метода,

направленное на его максимальную утилитаризацию по отношению к клинической практике.

Исходя из этого, в рамках протокола методической селекции мы предлагаем использовать клинико-психофеноменологический профиль, редуцированный до феноменов, описанных в кластерной систематике методов психотерапии, включая феномены, выполняющие трансный суперкластер.

Соответственно поставленной задаче, редуцированный с уровня клинической теоретизации до уровня практического применения, клинико-психофеноменологический профиль реализует свой клинико-дескриптивный потенциал посредством использования комплекса функциональных проб, выступающих эквивалентом психотерапевтического вмешательства и соответствующих феноменам, выполняющим систематический кластер. Результатом выполнения последних является присвоение каждому из феноменов оценки по 4х бальной шкале – где, «3 балла» соответствуют «выраженной активности» интрапсихического механизма, соответствующего феномену в процессе психотерапии; «2 балла» соответствуют «умеренной активности» интрапсихического механизма, соответствующего феномену в процессе психотерапии; «1 балл» соответствует «незначительной активности» интрапсихического механизма, соответствующего феномену в процессе психотерапии; «0 баллов» соответствуют «интактности» интрапсихического механизма, соответствующего феномену в процессе психотерапии.

Комплекс специфических диагностических проб в их соответствии феноменам в структуре редуцированного клинико-психофеноменологического профиля приведен в таблице №2.

Таблица 2

Перечень специфических диагностических проб в их соответствии с феноменами (интрапсихическими механизмами) в структуре редуцированного психофеноменологического профиля

Проба	феномен	Квантификация
Гипнотерапия по стандартному протоколу	гипнабельность	0 – невозможность достижения релаксации, парадоксальная реакция; 1 – достижение релаксации; 2 – достижение каталептической фазы; 3 – глубокий транс с последующей амнезией, реализация постгипнотического внушения.
	гипнокатарсис	0 – невозможность установления рапорта; 1 – достижение рапорта при сохранности антисуггестивных барьеров и критики; 2 – наличие рапорта при подавлении антисуггестивных барьеров и критики; 3 – наличие катартических переживаний.



Сочинение испытуемым короткой истории (исследователь последовательно предлагает испытуемому заменить действующее лицо, обстановку, основу фабулы)	изотемпопсихия	0 – пациент не может рассказать историю по причине выраженной тахи-/брадипсихии; 1 – пациент рассказывает историю, при этом имеется отчетливое ускорение/замедление темпа речи (исключая феномены связанные с нарушениями фонации и артикуляции); 2 – пациент рассказывает историю, при этом имеется ускорение/замедление речи, укладывающиеся в рамки волнения и/или растерянности; 3 – пациент рассказывает историю не демонстрируя нарушений темпа мышления и речи, по просьбе исследователя произвольно изменяет темп речи.
	логичность мышления	0 – история имеет вычурный характер / имеет место феномен резонерства, соскальзывания, опора на второстепенный признак; 1 – история имеет нарушения внутренней логики, недостаточную явную фабулу (при этом испытуемый не может объяснить своего замысла); 2 – история имеет понятную, согласованную фабулу, но испытуемый с трудом отвечает на поставленные вопросы; 3 – история имеет понятную, согласованную фабулу, испытуемый правильно отвечает на поставленные вопросы.
	пластичность мышления	0 – пациент не может заменить ничего из предложенного; 1 – при пересказе с замененным элементом история имеет стереотипный характер, испытуемый в ходе рассказа упоминает изначальные данные; 2 – при пересказе с замененными элементами история похожа на первоначальную, при этом имеются оригинальные детали; 3 – при пересказе с замененными элементами история оригинальна, соответствует внесенным изменениям.
	последовательность мышления	0 – речь пациента разорвана / имеют место выраженные речевые стереотипии (персеверации, вербигерации); 1 – рассказ пациента имеет явные нарушения последовательности, влияющие на фабулу, имеют место стереотипные элементы (при исключении грубых нарушений памяти); 2 – рассказ пациента имеет некоторые нарушения последовательности, не влияющие на фабулу истории, имеют место «сорные» слова; 3 – рассказ пациента полностью последователен.
	способность к абстрагированию	0 – пациент не может объяснить фабулы собственной истории, дает исключительно конкретные ответы; 1 – фабула истории конкретна и примитивна; 2 – фабула истории проста, пациент может объяснить её посыл; 3 – фабула истории имеет переносный смысл, пациент объясняет его верно по просьбе исследователя.
Исследователь предлагает испытуемому интерпретировать сюжетные картинки (фотографии), являющиеся	адекватность аффекта	0 – испытуемый дает парадоксальные интерпретации, вкладывает в сюжет картинки противоположный или вычурный смысл; 1 – испытуемый совершает ошибки в интерпретациях, вкладывает в сюжет картинки неверный смысл; 2 – испытуемый дает в целом верные интерпретации, без явного эмоционального отклика; 3 – испытуемый дает верные интерпретации, отмечается эмоциональная заинтересованность.

<p>стимульным материалом для эмоций:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– радость;</li> <li>– удовольствие;</li> <li>– веселье;</li> <li>– тоска;</li> <li>– тревога;</li> <li>– страх;</li> </ul>	<p>аффективная модификация ассоциаций</p>	<p>0 – в ходе исследования пациент отказывается интерпретировать стимульный материал в силу эмоционального напряжения;</p> <p>1 – в ходе исследования пациент испытывает трудности в интерпретации стимульного материала в силу эмоционального напряжения или описывает собственные переживания с иронией;</p> <p>2 – в ходе исследования пациент справляется с заданиями, указывая при этом на связь сюжета картинок с индивидуально-значимыми переживаниями;</p> <p>3 – в ходе исследования пациент демонстрирует механизмы сверхкомпенсации, описывает собственные переживания с бравадой.</p>
	<p>аффектогенная модификация памяти</p>	<p>0 – испытуемый при просьбе воспроизвести по памяти содержание картинок, воспроизводит парадоксальные или неадекватные данные;</p> <p>1 – испытуемый при просьбе воспроизвести по памяти содержание картинок, воспроизводит ошибочные данные, но в пределах одного знака аффекта;</p> <p>2 – испытуемый при просьбе воспроизвести по памяти содержание картинок, воспроизводит данные, имеющие ошибки, но не искажающие сути;</p> <p>3 – испытуемый при просьбе воспроизвести по памяти содержание картинок, воспроизводит верные данные.</p>
<p>Исследователь предлагает испытуемому рассказать об схожих переживаниях из своей жизни.</p>	<p>аффектогенная селекция рецепции</p>	<p>0 – испытуемый не понимает, отказывается обсуждать описываемые исследователем ситуации связанные со сменой обстоятельств сцены изображенной на стимульном материале;</p> <p>1 – испытуемый принимает смену ситуации, предложенную исследователем формально, принимает минимальное участие в обсуждении;</p> <p>2 – испытуемый принимает смену ситуации, предложенную исследователем, испытывает затруднения при обсуждении;</p> <p>3 – испытуемый принимает смену ситуации, предложенную исследователем, при обсуждении активно участвует, высказывает обоснованное мнение.</p>
	<p>изопластичность аффекта</p>	<p>0 – в ходе исследования отмечается ригидность аффекта испытуемого, отсутствуют эмоциональные реакции;</p> <p>1 – в ходе исследования испытуемый демонстрирует монотонный фон настроения, возможно в силу стеснения;</p> <p>2 – в ходе исследования испытуемый демонстрирует живые эмоциональные реакции;</p> <p>3 – в ходе исследования испытуемый демонстрирует гиперболизированные эмоциональные реакции, демонстративность, аффективную лабильность, слабодушие.</p>
<p>Исследователь предлагает испытуемому вспомнить и описать то, что было изображено на стимульном материале (при отсутствии указаний на нарушения памяти).</p>	<p>изотимия</p>	<p>0 – испытуемый демонстрирует эмоциональный фон неадекватный процедуре исследования;</p> <p>1 – испытуемый демонстрирует спонтанные перепады настроения в ходе исследования;</p> <p>2 – испытуемый демонстрирует вариабельность фона настроения в пределах одного знака аффекта;</p> <p>3 – испытуемый демонстрирует адекватный, конгруэнтный исследованию аффективный фон.</p>

	интроспективное восприятие аффекта	<p>0 – испытуемый не может дифференцировать эмоции, приведенные в стимульном материале, не может привести аналогичные эпизоды из собственного опыта;</p> <p>1 – испытуемый испытывает затруднения в дифференциации эмоций, приведенных в стимульном материале, приводит инконгруэнтные эпизоды из собственного опыта;</p> <p>2 – испытуемый верно дифференцирует эмоции, приведенные в стимульном материале, возможны единичные ошибки в различии близких эмоций (тревога – страх, радость – веселье), верно приводит аналогичные эпизоды из собственного опыта;</p> <p>3 – испытуемый верно дифференцирует эмоции, приведенные в стимульном материале, приводит адекватные эпизоды из собственного опыта.</p>
<p>Исследователь предлагает испытуемому последовательно, с регистрацией времени расшифровать слово, словосочетание, предложение, зашифрованное шифром «атбаш» (первая буква алфавита соответствует последней, вторая – предпоследней и т. д.). При необходимости исследователь совершает подсказки.</p> <p>Далее задание повторяется с использованием иного текста и предоставлением ключа.</p>	когнитивная состоятельность	<p>0 – испытуемый не в состоянии понять механизма шифрования даже при подробном объяснении и предоставлении ключа;</p> <p>1 – испытуемый не может выполнить задание без ключа;</p> <p>2 – испытуемый успешно выполняет задание без предоставления ключа, но нуждается в подсказках;</p> <p>3 – испытуемый успешно выполняет задание без подсказок и предоставления ключа;</p>
	обучаемость	<p>0 – длительность дешифровки велика, количество подсказок не влияет на время выполнения задания;</p> <p>1 – подсказки сокращают длительность дешифровки незначительно, требуется предоставление ключа;</p> <p>2 – подсказки значительно сокращают длительность дешифровки, требуется предоставление ключа;</p> <p>3 – подсказки значительно сокращают длительность дешифровки, предоставление ключа не требуется.</p>
	осознание	<p>0 – предоставление ключа не сокращает времени дешифровки;</p> <p>1 – предоставление ключа сокращает время дешифровки незначительно или умеренно;</p> <p>2 – предоставление ключа значительно сокращает время дешифровки;</p> <p>3 – испытуемый не нуждается в предоставлении ключа, использует дешифровку «в уме».</p>
	самообучаемость	<p>0 – длительность дешифровки велика, не зависит от сложности текста;</p> <p>1 – длительность дешифровки увеличивается по мере усложнения текста;</p> <p>2 – длительность дешифровки примерно одинакова;</p> <p>3 – длительность дешифровки уменьшается по мере усложнения текста.</p>

Использование стандартной рациональной психотерапии	когнитивная селективность рецепции	<p>0 – доводы терапевта, противоречащие мнению пациента, не рассматриваются;</p> <p>1 – доводы терапевта, противоречащие мнению пациента, подвергаются критике;</p> <p>2 – доводы терапевта, противоречащие мнению пациента, обсуждаются, критикуются частично;</p> <p>3 – доводы терапевта, противоречащие мнению пациента, не подвергаются критике, принимаются в неизменном виде.</p>
	убеждаемость	<p>0 – не имеет эффекта, испытуемый не воспринимает доводов терапевта;</p> <p>1 – эффект незначительный, испытуемый воспринимает доводы терапевта, но настаивает на своем мнении;</p> <p>2 – эффект умеренный, испытуемый воспринимает доводы терапевта, соглашается частично или формально;</p> <p>3 – эффект явный, испытуемый воспринимает доводы терапевта, соглашается искренне, находит ошибки в своих умозаключениях.</p>
<p>Исследователь предлагает пациенту запомнить семантическую формулу (несколько фраз) индивидуального характера.</p> <p>В конце приема исследователь просит воспроизвести ее дословно.</p>	рецепция семантических формул и аффирмаций	<p>0 – испытуемый не может воспроизвести формулу;</p> <p>1 – испытуемый воспроизводит формулу искаженно, с некоторой потерей смысла;</p> <p>2 – испытуемый воспроизводит формулу искаженно, без потери смысла;</p> <p>3 – испытуемый воспроизводит формулу безошибочно.</p>
<p>Запоминание и пересказ рассказа из 3 – 5 предложений, при однократном его предъявлении. В тексте рассказа намеренно допущены опечатки как явные, так и</p>	воспроизведение	<p>0 – испытуемый не может пересказать рассказ, на вопросы отвечает верно;</p> <p>1 – испытуемый пересказывает рассказ с грубыми ошибками, на вопросы отвечает верно;</p> <p>2 – испытуемый пересказывает рассказ с незначительными ошибками, на вопросы отвечает верно;</p> <p>3 – испытуемый пересказывает рассказ точно, на вопросы отвечает верно.</p>
	забывание	<p>0 – в конце приема испытуемый пересказывает рассказ идентично первому пересказу;</p> <p>1 – в конце приема испытуемый пересказывает рассказ точно в ключевых деталях;</p> <p>2 – в конце приема испытуемый пересказывает рассказ с ошибками в ключевых деталях;</p> <p>3 – в конце приема испытуемый не может пересказать рассказ;</p>

малозаметные. После пересказа испытуемый отвечает на вопросы, касающиеся его содержания, а так же по поводу наличия опечаток и их расположения.	непроизвольное запоминание	0 – испытуемый не может указать на наличие опечаток в тексте (при грамотности и владении языком); 1 – испытуемый может указать расположение только грубых опечаток; 2 – испытуемый может указать расположение всех грубых и некоторых малозаметных опечаток; 3 – испытуемый указывает на расположение всех опечаток в тексте рассказа.
	произвольное запоминание	0 –испытуемый не может ответить на вопросы о содержании рассказа; 1 – испытуемый отвечает на вопросы о содержании рассказа с грубыми ошибками; 2 – испытуемый отвечает на вопросы о содержании рассказа с незначительными ошибками; 3 – испытуемый отвечает на вопросы о содержании рассказа точно.
Испытуемого просят пересказать рассказ повторно в конце приема.	хранение	0 – в конце приема испытуемый не может пересказать рассказ; 1 – в конце приема испытуемый пересказывает рассказ с ошибками в ключевых деталях; 2 – в конце приема испытуемый пересказывает рассказ точно в ключевых деталях; 3 – в конце приема испытуемый пересказывает рассказ идентично первому пересказу;
Испытуемому предлагается изучить и запомнить цветную картинку в течение 1 минуты;	сенсорная память	0 – испытуемый не может указать на цвета оригинала; 1 – испытуемый допускает ошибки в описании цветов оригинальной картинки, указывая правильно лишь основные детали; 2 – испытуемый в целом правильно воспроизводит цвета оригинальной картинки, допуская единичные ошибки во второстепенных деталях; 3 – испытуемый точно воспроизводит цвета оригинальной картинки.
	узнавание	0 – испытуемый не может отличить черно-белую копию картинки от схожих изображений; 1 – испытуемый совершает ошибки в выборе черно-белой копии, но после подсказок выбирает верно; 2 – испытуемый выбирает копию верно, но требует длительного времени для принятия решения; 3 – испытуемый выбирает копию картинки верно и быстро.
Испытуемому предлагается найти черно-белую копию этой картинки среди 10 схожих изображений;		
Испытуемому предлагается описать на черно-белой копии картинки цвета оригинала		

Идентификация констелляции степени активности интрапсихических механизмов в процессе психотерапевтической интервенции, описанной в рамках индивидуального клинико-

психофеноменологического профиля, предоставляет возможность рассмотрения процесса подбора индивидуально-конгруэнтных методов психотерапии в ракурсе формализованного и квантифицированного алгоритма.

Концепцию психофеноменологического профиля целесообразно использовать в качестве составляющей психотерапевтического диагноза, занимая положения заключающей синтагмы [клинико-]диагностической его части и предшествуя психотехнической части, в частности клиническому психотерапевтическому эффект-синдрому, позволяя ориентировать психотерапевта в протокола методической селекции психотехнического обеспечения терапии, соответственно индивидуальной пропорции степеней активности тех или иных интрапсихических механизмов в процессе последней.

В результате аппликации описанного выше комплекса специфических диагностических проб на контингент исследования нами были получены данные о степени активности отдельных интрапсихических механизмов в процессе психотерапии. Полученные данные по контингентам страдающих соматоформными и психосоматическими расстройствами приведены в виде среднегрупповых значений в таблицах №3 и №4 соответственно:

Таблица 3

Среднегрупповые значения активности отдельных интрапсихических механизмов в процессе психотерапии среди контингента пациентов страдающих СДДС, СДСС, СДПС и группе здоровых добровольцев

Средняя оценка в группах	Здоровые (N = 100)	СДДС (N = 60)	СДСС (N = 80)	СДПС (N = 60)
<b>Трансовый суперкластер</b>				
гипнабельность	1,46±0,81	1,96±1,08	1,24±1,02	1,35±0,89
гипнокатарсис	1,56±0,81	1,03±0,84	0,83±0,81	1,22±0,98
<b>Ассоциативно-идеаторный кластер</b>				
изотемпопсихия	1,20±0,89	0,96±0,94	1,03±0,58	1,42±0,61
логичность мышления	1,16±0,54	1,16±0,96	1,53±0,74	1,65±0,66
пластичность мышления	2,40±0,48	2,33±0,86	1,86±0,99	1,14±0,78
последовательность мышления	1,44±0,75	1,36±0,83	1,51±0,86	1,92±0,92
способность к абстрагированию	2,28±1,0	1,86±1,08	1,73±0,81	1,34±0,99
<b>Когнитивно-гностической кластер</b>				
когнитивная селективность рецепции	1,15±1,18	1,26±0,74	1,66±0,81	1,90±0,94
когнитивная состоятельность	2,09±0,80	1,83±0,92	1,46±0,91	2,05±1,12
обучаемость	1,23±0,81	2,08±0,99	1,88±1,06	1,94±0,99
осознание	1,37±1,05	1,30±1,06	1,91±1,12	1,34±0,81
самообучаемость	1,45±0,94	1,23±0,63	1,83±0,99	1,35±0,78
убеждаемость	1,72±1,07	1,82±1,03	1,22±0,81	1,32±0,86
<b>Аффективный кластер</b>				
адекватность аффекта	1,78±1,12	2,08±1,16	1,36±0,76	1,42±0,61
аффективная модификация ассоциаций	1,95±0,97	1,43±0,89	1,93±1,12	1,65±0,66
аффектогенная модификация памяти	1,56±1,16	1,26±1,05	2,06±1,03	1,14±0,78
аффектогенная селекция рецепции	0,56±0,99	1,04±1,02	1,86±0,99	1,92±0,92
изопластичность аффекта	1,43±0,58	1,52±0,66	1,26±0,71	1,34±0,99

изотимия	1,60±0,89	1,30±0,63	1,73±0,94	1,42±0,61
интроспективное восприятие аффекта	1,82±0,83	1,47±0,66	1,13±0,77	1,65±0,66
<b>Мнестический кластер</b>				
воспроизведение	1,50±0,72	1,46±0,93	1,83±0,91	1,33±0,92
забывание	1,27±1,00	0,93±0,74	1,13±0,78	1,41±1,02
хранение	1,60±0,66	1,93±0,94	1,12±0,89	1,50±0,61
непроизвольное запоминание	1,45±0,80	1,71±0,83	1,31±0,99	1,06±0,99
произвольное запоминание	1,64±0,59	1,63±0,74	2,03±0,93	1,85±1,02
сенсорная память	1,84±0,80	1,93±0,93	1,66±0,91	1,12±0,89
узнавание	1,58±0,98	1,48±0,71	1,98±0,99	1,55±0,75
<b>Эндовербальный кластер</b>				
рецепция антиаддиктивных формул	1,23±0,81	1,70±0,94	1,91±1,03	1,04±0,86
рецепция аффирмаций	1,25±0,82	1,73±0,83	1,55±0,99	1,25±0,98
рецепция вербального рефрейминга	1,47±0,80	1,36±0,74	1,26±0,83	1,74±1,02
рецепция десенсибилизирующих формул	1,46±0,81	1,73±0,85	1,46±0,91	1,03±0,95
рецепция парадоксальных формул	1,15±1,18	1,23±0,99	1,94±1,03	1,81±1,05
рецепция поддерживающих формул	1,78±0,94	1,86±0,84	1,31±0,81	0,95±0,76
рецепция усиливающих формул	2,09±0,80	2,10±0,93	1,03±0,99	1,56±0,95

Таблица 4

Среднегрупповые значения активности отдельных интрапсихических механизмов в процессе психотерапии среди контингента пациентов страдающих БА, ЯБЖ и ЯБДПК, ГБ и группе здоровых добровольцев

Средняя оценка в группах	Здоровые (N = 100)	БА (N = 60)	ГБ (N = 80)	ЯБЖ и ЯБДПК (N = 60)
<b>Трансовый суперкластер</b>				
гипнабельность	1,46 ±0,81	1,76±1,16	0,72±0,75	2,03±0,98
гипнокатарсис	1,56±0,81	0,96±0,88	1,00±0,96	1,96±0,88
<b>Ассоциативно-идеаторный кластер</b>				
изотемпопсихия	1,20±0,89	1,93±1,03	1,52±0,64	0,80±0,65
логичность мышления	1,16±0,54	1,63±1,22	1,35±0,62	1,43±0,75
пластичность мышления	2,40±0,48	1,70±1,07	1,20±0,63	1,36±0,58
последовательность мышления	1,44±0,75	2,0±1,18	1,22±0,57	1,40±0,71
способность к абстрагированию	2,28±1,0	1,76±1,20	0,92±0,52	1,33±0,86
<b>Когнитивно-гностической кластер</b>				
когнитивная селективность рецепции	1,15±1,18	1,33±0,84	1,20±0,79	2,02±0,73
когнитивная состоятельность	2,09±0,80	1,20±0,76	1,25±0,98	1,90±0,92
обучаемость	1,23±0,81	1,83±0,93	1,33±0,93	2,06±0,74
осознание	1,37±1,05	0,90±0,71	1,30±0,96	1,20±1,03
самообучаемость	1,45±0,94	1,06±0,90	0,95±0,90	2,03±1,04
убеждаемость	1,72±1,07	2,10±1,02	2,02±1,09	1,32±1,07
<b>Аффективный кластер</b>				
адекватность аффекта	1,78±1,12	1,13±0,93	1,80±0,88	1,46±0,73
аффективная модификация ассоциаций	1,95±0,97	1,93±1,15	1,30±0,81	1,23±0,77
аффектогенная модификация памяти	1,56±1,16	1,70±0,65	2,07±0,80	1,56±0,97
аффектогенная селекция рецепции	0,56±0,99	0,86±1,10	1,12±0,85	1,16±1,17
изопластичность аффекта	1,43±0,58	1,30±1,02	1,47±0,81	1,30±1,02
изотимия	1,60±0,89	2,30±0,95	1,72±0,98	1,80±0,99
интроспективное восприятие аффекта	1,82±0,83	1,4±1,00	1,42±0,95	1,33±0,95

<b>Мнестический кластер</b>				
воспроизведение	1,50±0,72	1,43±1,18	1,07±0,81	1,66±0,91
забывание	1,27±1,00	2,00±0,82	2,08±1,03	1,53±0,71
хранение	1,60±0,66	1,93±0,94	1,12±0,89	1,50±0,61
непроизвольное запоминание	1,45±0,80	2,09±0,73	1,56±0,70	1,68±0,85
произвольное запоминание	1,64±0,59	1,93±0,94	2,02±0,53	1,81±0,73
сенсорная память	1,84±0,80	2,00±0,87	1,09±0,86	1,62±0,87
узнавание	1,58±0,98	1,81±1,00	1,75±0,83	1,68±0,78
<b>Эндовербальный кластер</b>				
рецепция антиаддиктивных формул	1,23±0,81	0,96±0,88	1,52±1,13	1,10±0,75
рецепция аффирмаций	1,25±0,82	1,16±0,98	1,65±0,83	2,12±0,87
рецепция вербального рефрейминга	1,47±0,80	0,93±1,01	0,90±1,00	0,96±0,76
рецепция десенсибилизирующих формул	1,46±0,81	1,66±0,75	1,63±1,01	1,68±0,85
рецепция парадоксальных формул	1,15±1,18	1,71±0,77	1,41±0,83	2,11±0,73
рецепция поддерживающих формул	1,78±0,94	1,50±1,19	2,05±0,94	0,96±0,88
рецепция усиливающих формул	2,09±0,80	2,00±0,82	1,06±0,91	1,60±0,93

Полученные данные иллюстрируют нозоспецифическую патоперсонологическую трансформацию, имеющую специфическое направление в структуре каждой из исследованных нозологических форм. Принимая в рамках расстройств сопряженных с нарушением сосудистого тонуса (ГБ, СДСС) черты соответствующие психоограническому психопатологическому синдрому различной степени выраженности, в рамках (БА, СДДС, СДПС) – психастеническим, в рамках (ЯБЖ и ЯБДПК) – астено-невротическим личностным особенностям, патоперсонологическая трансформация основывается на примордиальном личностном базисе и психофизиологических характеристиках индивида и требует дальнейшего детального изучения, выходящего за рамки прикладных задач данного исследования.

**Выводы:** В результате анализа полученных данных можно сделать вывод о направлении и степени нозоспецифической патоперсонологической трансформации, детерминирующей специфический образ личностного реагирования на процесс психотерапии группы пациентов, объединённых единой патонозологической формой. В частности:

1. Для контингента пациентов, страдающих соматоформной дисфункцией дыхательной системы характерно сочетание выраженной активности интрапсихических механизмов, соответствующих феноменам гипнабельности (1,96±1,08), высокой пластичности мышления (2,33±0,86), высокой обучаемости (2,08±0,99) и адекватности аффекта (2,08±1,16) при выраженных показателях сенсорной памяти (1,93±0,93) и рецепции усиливающих семантических формул (2,10±0,93), что делает приоритетным использование в отношении указанного контингента пациентов методов, реализующих свой эффект через указанные механизмы, в частности обучающей и рациональной психотерапии, аутогенной тренировки, гипнотерапии с суггестией усиливающих семантических формул;

2. Для контингента пациентов, страдающих соматоформной дисфункцией сердечно-сосудистой системы характерно сочетание выраженной активности интрапсихических



механизмов, соответствующих феноменам аффектогенной модификации памяти ( $2,06 \pm 1,03$ ), произвольного запоминания ( $2,03 \pm 0,93$ ), выраженной активности феноменов осознания ( $1,91 \pm 1,12$ ), обучаемости ( $1,88 \pm 1,06$ ) и самообучаемости ( $1,83 \pm 0,99$ ), при высокой активности рецепции парадоксальных семантических формул ( $1,94 \pm 1,03$ ), что делает приоритетным использование в отношении указанного контингента пациентов методов, реализующих свой эффект через указанные механизмы, в частности: симультанно-мнестической психотерапии, рациональной психотерапии, суггестивных методов психотерапии, аутогенной тренировки с использованием парадоксальных семантических формул, гештальттерапии.

3. Для контингента пациентов, страдающих соматоформной дисфункцией пищеварительной системы характерно сочетание выраженной активности интрапсихических механизмов, соответствующих феноменам когнитивной селекции рецепции ( $2,05 \pm 1,12$ ), обучаемости ( $1,94 \pm 0,99$ ) и аффектогенной селекции рецепции ( $1,92 \pm 0,92$ ), что делает приоритетным использование в отношении указанного контингента пациентов методов, реализующих свой эффект через указанные механизмы, в частности: рациональной психотерапии, когнитивно-бихевиоральной психотерапии, обучающей психотерапии.

4. Для контингента пациентов страдающих бронхиальной астмой характерно сочетание выраженной активности интрапсихических механизмов, соответствующих феноменам последовательности мышления ( $2,0 \pm 1,18$ ), убеждаемости ( $2,10 \pm 1,02$ ), изотимии ( $2,30 \pm 0,95$ ), в мнестической сфере высокую активность имеют феномены непроизвольного запоминания ( $2,09 \pm 0,73$ ), забывания ( $2,00 \pm 0,82$ ) и сенсорной памяти ( $2,00 \pm 0,87$ ). Наиболее активной является рецепция усиливающих семантических формул ( $2,00 \pm 0,82$ ). Указанная констелляция активности интрапсихических механизмов делает приоритетным использование в системе психотерапии методов суггестивной психотерапии, позитивной и групповой психотерапии, аутогенной терапии с использованием усиливающих семантических формул, симультанно-мнестической психотерапии.

5. Для контингента пациентов страдающих гипертонической болезнью характерно сочетание выраженной активности интрапсихических механизмов, соответствующих феноменам убеждаемости ( $2,02 \pm 1,09$ ), аффектогенной модификации памяти ( $2,07 \pm 0,80$ ), забывания ( $2,08 \pm 1,03$ ) произвольного запоминания ( $2,02 \pm 0,53$ ), рецепции поддерживающих формул ( $2,05 \pm 0,94$ ). Указанная констелляция активности интрапсихических механизмов делает приоритетным использование в системе психотерапии методов суггестивной психотерапии, симультанно-мнестической психотерапии, групповой и поддерживающей психотерапии, аутогенной терапии с использованием поддерживающей семантических формул.

6. Для контингента пациентов страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки характерно сочетание выраженной активности интрапсихических механизмов, соответствующих феноменам гипнабельности ( $2,03 \pm 0,98$ ) гипнокатарсиса ( $1,96 \pm 0,88$ )

когнитивной селективности рецепции ( $2,02 \pm 0,73$ ), обучаемости ( $2,06 \pm 0,74$ ), самообучаемости ( $2,03 \pm 1,04$ ) рецепции парадоксальных формул ( $2,11 \pm 0,73$ ), рецепции аффирмаций ( $2,12 \pm 0,87$ ) Указанная констелляция активности интрапсихических механизмов делает приоритетным использование в системе психотерапии методов гипносуггестии, гипноанализа, рациональной, обучающей и когнитивно-бихевиоральной психотерапии, суггестивной терапии и аутогенной тренировки с использованием аффирмаций и парадоксальных формул.

Тем не менее, сам алгоритм методической селекции метода психотерапии должен основываться исключительно на данных индивидуального клинико-психофеноменологического обследования и сопоставления полученной пропорции активности интрапсихических механизмов (феноменов) с приоритетными в их отношении кластерами методов психотерапии.

### **Литература:**

1. Landrø N. I. Towards personalized treatment of depression: a candidate gene approach / N. I. Landrø // *Scandinavian journal of psychology*. – 2014. – № 55 (3). – P. 219–24.
2. Lee P. T. Narrative synthesis of equine-assisted psychotherapy literature: Current knowledge and future research directions / P. T. Lee, E. Dakin, M. McLure // *Health and social care community*. – 2015. – № 2.
3. Madelin R. Personalizing therapy / R. Madelin // *Cyberpsychology, behavior and social networking*. – 2014. – № 17 (6).
4. Testad I. The value of personalized psychosocial interventions to address behavioral and psychological symptoms in people with dementia living in care home settings: a systematic review / I. Testad, A. Corbett, D. Aarsland, K. O. Lexow // *International psychogeriatrics*. – 2014. – № 26 (7). – 83–98.
5. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз: [Учебное пособие] / В. В. Чугунов. – Х. : Наука, 2010 – 304 с.
6. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / И. И. Чугунов. – 2-е изд. стереотипн. – К. : Здоров'я ; Х. : Око – Наука, 2008. – 768 с.
7. Чугунов В. В. Клинико-психофеноменологический метод / В. В. Чугунов, Б. В. Михайлов // *Медицинская психология*. – 2010. – № 2. – С. 3–15.
8. Чугунов В. В. Метопарадигмальная модель сентенционно-семантической интервенции в сфере компетенции психотерапии / В. В. Чугунов, Ю. И. Заседа, А. Д. Городокин // *Медицинская психология*. – 2014. – № 4. – С. 62–66.