

УДК 616.89-008+159.9]-053.71

М. В. Забиров<sup>1</sup>, И. В. Бабенко-Сорокопуд<sup>2</sup>

## ЛИЧНОСТНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ НА ПРИМЕРЕ РАЦИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ.

### Проблемная статья

<sup>1</sup> ГБУ «Республиканская клиническая туберкулёзная больница»  
Минздрава Донецкой Народной Республики, г. Донецк, Российская Федерация

<sup>2</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация

Объектом психотерапии являются психологические факторы патогенеза заболевания, в том числе внутренняя картина болезни [21, с. 510] (ВКБ). Одним из главных видов психотерапии является рациональная психотерапия (РП). «В качестве одного из элементов она входит практически во все виды психотерапии, без неё затруднительно начало любого её вида» [21, с. 533]. РП направлена прежде всего на коррекцию ВКБ [21, с. 532] и её полное прояснение путём разумного информирования больного.

ВКБ — сложный психологический феномен, на образование и динамику которого влияют многие факторы. Целями настоящего исследования являются: а) создание системной концепции ВКБ, б) анализ зависимости ВКБ от типа личности больного и в) определение задач РП в соответствии с ВКБ больного и психологическим типом врача.

Стержнем РП является такое толкование всех аспектов болезни, которое позволяет пациенту создать правильную субъективную (аутопластическую [45, цит. по 46; 9, цит. по 28, цит. по 41, с. 51], внутреннюю [27, цит. по 38, с. 23]) картину своей болезни и выработать адекватное отношение к болезни.

На сегодняшний день существуют различные взгляды на структуру ВКБ. Так, белорусские психотерапевты выделяют «три психологических уровня субъективной картины болезни: сенсорный, эмоциональный и интеллектуальный».

*Сенсорный уровень* включает в себя отношение больного к своим болезненным ощущениям. Например, одни люди относятся к зубной боли относительно терпимо, тогда как другие в буквальном смысле слова лезут на стену. <...>

*Эмоциональный уровень* субъективной картины болезни — это оценка больным своей болезни с точки зрения «опасности» и «безопасности». Одни считают свою болезнь крайне тяжёлой, неизлечимой, другие, наоборот, недооценивают тяжесть заболевания. Сюда примешиваются и оценки иного рода: хорошо или плохо быть больным; выгодно это или невыгодно? Такая оценка иногда проводится сознательно (рентная установка), но чаще неосознанно (истерические неврозы). В последнем случае завышенная оценка болезни является своеобразной защитой больного в психотравмирующей ситуации.

*Интеллектуальный уровень* субъективной картины болезни — это решение вопросов: «Болен или здоров?», «Чем лечиться?», «У кого лечиться?» и т. п..

Как видим, здесь выделены не три, а четыре компонента структуры ВКБ, но независимый от других компонент — выгода от болезни — присоединён к эмоциональному компоненту, что методологически ошибочно (см. ниже).

Несколько отличные взгляды ряда других отечественных авторов приводятся в учебнике Б. Д. Карвасарского «Клиническая психология»: «В структуре ВКБ Лурия выделяет 4 компонента: сенситивный, отражающий локальные боли и расстройства; эмоциональный; рациональный и мотивационный, или волевой, связанный с сознательными целенаправленными действиями по преодолению болезни».

Петровский и Ярошевский определяют ВКБ как «возникающий у больного целостный образ своего заболевания». С психологической точки зрения формирование этого целостного образа осуществляется в несколько этапов. При возникновении дисгармонии, на-

рушении согласованной деятельности различных органов и систем, появлении признаков морфофункциональных расстройств развиваются субъективные состояния с ощущениями необычного, неопределённого характера. Эти ощущения, будучи предвестниками соматической болезни, обуславливают состояние, обозначаемое как дискомфорт. <...> Наряду с диффузными (неопределёнными) субъективными ощущениями дискомфорта, возможен локальный дискомфорт (в области сердца, желудка, кишечника). Дальнейшее развитие заболевания может сопровождаться перерастанием дискомфорта в болевые ощущения.

По современным представлениям, боль <...> возникает в результате воздействия сверхсильных раздражителей <...>. <...> Ожидание и опасение боли, усталость и бессонница повышают чувствительность к ней. В качестве элементарного переживания боль представляется наиболее близкой к эмоции страха. Болевые ощущения оцениваются больным не только как признак, симптом заболевания, но и как сигнал угрозы для жизни и возможных последствий в виде инвалидизации, изменения профессионального, социального статуса, материального положения. Эмоция страха, возникающая в ответ на болевое воздействие, запускает целый комплекс эмоциональных реакций, связанных с болезнью: чувство надежды, переживание печали, отчаяния, безнадёжности, скорби, тоски и т. д. Многочисленные эмоциональные феномены, проявляющиеся на разных этапах формирования болезни, в ходе её течения, составляют эмоциональный компонент ВКБ.

Эмоциональные переживания стимулируют познавательную деятельность, которая направлена на поиск информации и конструирование логической схемы, концепции, объясняющей пациенту, что с ним происходит. На этапе построения концепции важную информацию больной получает от врача. Помимо медицинских работников, пациент начинает советоваться с родственниками и знакомыми, которые переживали что-либо подобное; он читает научно-популярные журналы по медицине; смотрит и слушает научно-популярные передачи. В результате сконструированная больным концепция заболевания (рациональный компонент ВКБ) может оказаться субъективной и далёкой от реальности. Своё представление о болезни пациент воплощает в конкретных действиях, направленных на преодоление болезнен-

ного состояния: он идёт на приём к врачу, к представителю альтернативной медицины или занимается самолечением (мотивационный, или волевой компонент ВКБ). Ташлыков рассматривает ВКБ как систему психической адаптации больного к своему заболеванию, имеющую в своей основе механизмы психологической защиты и совладания. По мнению автора, ВКБ создается в защитных целях, для ослабления интенсивности негативных переживаний, связанных с болезнью, компенсации чувства вины, стыда, агрессии. В структуре ВКБ Ташлыков выделяет познавательный, эмоциональный и мотивационно-поведенческий аспекты».

Взгляды всех этих авторов на структуру ВКБ вполне обоснованны, но им не хватает системности: в чём-то они повторяются, а в чём-то взаимно дополнительные, однако они не исчерпывают структуру ВКБ. Чтобы упорядочить представления о её структуре, сначала перечислим все компоненты (аспекты, уровни) ВКБ и установим их смысловые соответствия:

1) сенсорный (сенситивный — по А. Goldscheider, 1927 [45, цит. по 46; 9, цит. по 28, цит. по 41, с.51]; Р.А. Лурия, 1935, 1944, 1977 [27; 28, цит. по 41, с.51; 29, цит. по 38, с. 23-24]; чувственный, уровень ощущений — по В. В. Николаевой, 1987 [30, с.80]);

2) эмоциональный (Лурия Р.А., 1935 [27; 29, цит. по 38, с.23-24]; Ташлыков В.А., 1984 [38, с.29]);

3) рациональный (Лурия Р.А., 1935, 1944, 1977 [27; 28, цит. по 41, с. 51; 29]) (рассудочный, мыслительный);

4) мотивационный, или волевой (Лурия Р.А., 1935, 1944, 1977 [27; 28, цит. по 41, с. 51; 29]) (мотивационно-поведенческий — по В.А. Ташлыкову, 1984 [38, с. 29]);

5) интеллектуальный (Goldscheider А., 1927 [45, цит. по 46; 9, цит. по 28, цит. по 41, с. 51]; Лурия Р.А., 1935, 1944, 1977 [27; 28, цит. по 41, с. 51; 29, цит. по 38, с. 23-24]) (познавательный — по В.А. Ташлыкову, 1984 [38, с. 28]);

6) выгода от болезни.

Для удобства дальнейшего изложения сведём эти компоненты ВКБ в таблицу 1.

Как видим, одновременно все шесть компонентов ВКБ не отражены ни в одной из рассмотренных классификаций. В то же время каждый из них важен и качественно своеобразен, а потому не может быть сведён к какому-то другому. Поэтому следует учиты-

Таблица 1

## Предварительная структура ВКБ

№ п/п	Компонент структуры ВКБ	Автор	Синоним	Автор
1	Сенсорный	Кондрашенко В. Т., Донской Д. И., 1997	Сенситивный	Goldscheider А., 1927; Лурия Р. А., 1935, 1944, 1977
			Чувственный, уровень ощущений	Николаева В. В., 1987
2	Эмоциональный	Лурия Р. А., 1935, 1944, 1977; Кондрашенко В. Т., Донской Д. И., 1997		
3	Рациональный	Лурия Р. А., 1935, 1944, 1977	Рассудочный, мыслительный	Забилов М. В., предложены впервые
4	Волевой, мотивационный	Лурия Р. А., 1935, 1944, 1977	Мотивационно- поведенческий	Ташлыков В. А., 1984
5	Интеллектуальный	Goldscheider А., 1927; Лурия Р. А., 1935, 1944, 1977; Кондрашенко В. Т., Донской Д. И., 1997	Познавательный	Ташлыков В. А., 1984
6	Выгода от болезни	Кондрашенко В. Т., Донской Д. И., 1997		

вать все шесть компонентов. Но как понять, все ли возможные компоненты ВКБ здесь учтены? Рассмотрим этот вопрос.

Содержанием психики всегда является смысловая информация — «трёхкомпонентный сплав максимально редуцированных образов, понятий и эмоций» [2, с. 19]. Различают образы ощущений и восприятий (они первичны) и образы представлений (они вторичны) [31, с. 319].

«Ощущение — <...> отражение в сознании личности отдельных свойств и качеств предметов или явлений. <...> Отражение в ощущении — <...> результат взаимодействия организма с физическими и химическими свойствами среды при их непосредственном воздействии на рецепторы» [31, с. 357].

«Восприятие — целостное отражение предметов, явлений, ситуаций и событий в их чувственно доступных временных и пространственных связях и отношениях. <...> Возникает при непосредственном воздействии физических раздражителей на рецепторные поверхности <...> органов чувств» [31, с. 77].

«Представление — образы предметов, сцен и событий, возникающие на основе припоминания или продуктивного воображения. В отличие от восприятий, могут носить

обобщённый характер. Если восприятия относятся только к настоящему, то представления — к прошлому и возможному будущему» [31, с. 409].

Из приведённых определений следует, что за ощущения и восприятия ответственны органы чувств, а за представления — память или воображение. За память же ответственна интровертированная интуиция, а за воображение — экстравертированная интуиция (см. ниже). Т.е. в возникновении образов первична сенсорика, а вторична интуиция.

Понятие — это «логически оформленная общая мысль о предмете, идея чего-нибудь» [32, с. 515]. Т.е. в возникновении понятий первично мышление.

Что же касается эмоций как компонента смысловой информации, то они проявляются как таковые, поэтому дополнительные пояснения здесь излишни.

В смысловой информации всегда представлены три неразрывно связанных между собой компонента: сенсорный, мыслительный и эмоциональный. Сам же смысл как информация воспринимается с помощью интеллекта и сохраняется в памяти субъекта.

Поскольку интеллект и память ответственны за операции со смысловой информа-

цией, то они являются родственными психическими функциями и образуют интеллектуально-мнестическую сферу психики. Целесообразно объединить их понятием «интуиция» в широком смысле слова (пояснения см. ниже). Т.е. за восприятие, понимание, сравнение, запоминание, хранение и припоминание смысловой информации ответственна интуиция в широком смысле слова.

Итак, целостная психическая деятельность субъекта обеспечивается единством его сенсорики, интуиции, эмоций и мышления. Но это означает, что в смысловой информации присутствует и четвёртый компонент, хотя и не выделенный явно: интеллектуальный.

Соотношение этих четырёх компонентов изначально зависит от склада личности субъекта, оперирующего смысловой информацией. Например, для субъекта мыслительного склада важнее (ценнее) прочих компонентов мыслительный, а для субъекта эмоционального склада — эмоциональный. Однако на субъективную значимость (ценность) компонентов смысловой информации влияют и обстоятельства психической деятельности. Изначальную субъективную ценность компонента смысловой информации назовём первичной ценностью, а ситуативную ценность — вторичной.

Вывод о четырёхкомпонентной структуре смысловой информации полностью согласуется с современными научными представлениями о строении психики. Так, К. Г. Юнг наблюдал и различал всего четыре психологические функции: сенсорную, интуицию, чувство и мышление [44, с. 578]. Каждая из них может: а) быть направлена либо вовне (экстравертирована), либо внутрь (интровертирована), и б) занимать как главенствующее, так и подчинённое положение в психике. С учётом их направленности можно выделить восемь психологических функций.

Сочетаясь по определённым правилам, пары этих психологических функций образуют четыре инстанции психики: Эго (Я), Ид (Оно), Супер-Эго (Сверх-Я) (по З. Фрейду) [39, с. 98] и Супер-Ид (Сверх-Оно) (по А. Аугустиновичу [3, с.186]). Всего возможны 16 таких сочетаний и, соответственно, 16 психологических типов [44, с. 402-495].

Обобщая представления Юнга о сущности психологических функций [44, с. 416-492], можно определить специализацию и зоны ответственности этих функций следующим образом. За восприятие с помощью органов

чувств ответственно интровертированная сенсорика, а за волевые действия — экстравертированная сенсорика. За интеллект ответственна экстравертированная интуиция, а за память и отслеживание изменений — интровертированная интуиция. За эмоции ответственно экстравертированное чувство, а за эмпатию — интровертированное чувство. За рассудок, ясность понимания событий и явлений ответственно интровертированное мышление, а за выгоду — экстравертированное мышление.

Составим таблицу соответствий психологических функций их специализации и компонентам ВКБ (см. табл. 2).

Таким образом, концепция К. Г. Юнга о психологических функциях позволяет выделить новые, ранее не учтённые компоненты ВКБ, хотя их существование доказано обширной клинической практикой и данными литературы. Ведь не подлежит сомнению наличие у огромного большинства больных: а) памяти о своей болезни и б) жалости к себе в связи с болезнью. Отсутствие же хотя бы одного из восьми компонентов ВКБ у конкретного больного — как правило, свидетельство психической патологии.

Приведённый в таблице 2 перечень компонентов ВКБ является исчерпывающим, так как каждый компонент однозначно соответствует одной из психологических функций, а их ровно восемь. Следовательно, в табл. 2 отражено системное представление о структуре ВКБ.

Поскольку личность устроена таким образом, что субъективно ценными являются только четыре из восьми психологических функций, а ещё четыре представляют отрицательную субъективную ценность [36, с. 91-92], то и в ВКБ четыре компонента субъективно ценны, а ещё четыре представляют отрицательную субъективную ценность. Это объясняет как сходство, так и различия ВКБ и реакции на свою болезнь у представителей различных психологических типов: у близких психологических типов они имеют много общего, а у противоположных — различаются коренным образом.

Отсюда ясно, что проводить психотерапию следует с учётом психологического типа личности: как пациента, так и врача-психотерапевта. И этот вывод далеко не нов: «Сама структура ВКБ <...> находится в большой зависимости от структуры личности больного <...>. <...> В изучении психики больного человека огромное значение всегда будет

Таблица 2

## Соответствия психологических функций их специализации и компонентам ВКБ

№ п/п	Психологическая функция	Специализация	Компонент ВКБ
1	Экстравертированная сенсорика	Волевые действия [3, с. 559]	Волевой, мотивационный
2	Интровертированная сенсорика	Восприятие с помощью органов чувств [10, с. 119]	Сенсорный
3	Экстравертированная интуиция	Интеллект [18], воображение [12, с. 412]	Интеллектуальный
4	Интровертированная интуиция	Память*, отслеживание изменений [12, с. 408]	Мнестический (память о болезни)**
5	Экстравертированное чувство	Эмоции [3, с. 559]	Эмоциональный (переживания в связи с болезнью)
6	Интровертированное чувство	Эмпатия*	Жалость к себе в связи с болезнью**
7	Экстравертированное мышление	Выгода [10, с. 119]	Выгода от болезни
8	Интровертированное мышление	Рассудок*, ясность понимания событий и явлений*	Рассудочный

\* Специализация сформулирована нами.

\*\* Компонент выделен нами в соответствии со специализацией данной психологической функции.

иметь и личность самого врача» [28, цит. по 41, с. 54, 57].

Например, если главной психологической функцией личности больного или врача является интровертированное мышление, то самым главным в психотерапии для них будет стремление к полной ясности в отношении болезни (а в этом и заключается главная цель РП). Если же главной психологической функцией личности больного или врача является экстравертированное мышление, то самым главным в психотерапии для них будет стремление к выгоде. И т. д.

Составим таблицу приоритетов задач психотерапии в зависимости от характера главной психологической функции в личности больного или врача (см. табл. 3).

При определении задач психотерапии, конечно, следует учитывать и характер остальных семи психологических функций. Однако эти задачи должны быть подчинены главной задаче.

Как мы уже упоминали, любая инстанция психики образована парой психологических функций (см., например, табл. 4). Вот простейшая модель психики, отражающая взаи-

моотношения всех четырёх инстанций психики (см. рис.).

На рисунке указано, что: а) четыре инстанции психики образуют четыре этажа, б) сознательное образовано Эго и Супер-Эго, в) бессознательное образовано Ид и Супер-Ид.

Сознание индивида обычно присутствует одновременно во всех инстанциях психики, изменяется лишь его концентрация в инстанциях [14]. В своей первой теории психического аппарата ясно осознаваемую часть психики З. Фрейд назвал сознанием, хотя точнее назвать её сознательным: «Сознание <...> — это система или структура, в которой протекает сознательная психическая деятельность...» [34, с. 184]. В 1920-х гг. З. Фрейд переименовал сознательное в Эго [34, с. 14]. Супер-Эго вычленяется из Эго и играет для субъекта «роль образца и судьи» [25, с. 445]. Поэтому Эго и Супер-Эго образуют сознательное. Во время бодрствования наивысшая концентрация (центр) сознания находится в Эго, а при переходе субъекта в состояние психологической обороны — в Супер-Эго [14].

Ид и Супер-Ид образуют неясно осознаваемую часть психики. Ид соответствует

Таблица 3

**Приоритеты задач психотерапии в зависимости от характера  
главной психологической функции**

№ п/п	Главная психологическая функция	Приоритет задач психотерапии
1	Экстравертированная сенсорика	Поощрение физической активности (тренирующий больничный режим)
2	Интровертированная сенсорика	Релаксация (щадящий больничный режим)
3	Экстравертированная интуиция	Информирование
4	Интровертированная интуиция	Акцент на положительных изменениях
5	Экстравертированное чувство	Проявление чувств в связи с болезнью
6	Интровертированное чувство	Сочувствие
7	Экстравертированное мышление	Достижение понимания выгоды от полного выздоровления и коррекция ложных представлений о выгоде от болезни
8	Интровертированное мышление	Достижение полной ясности понимания болезни

Таблица 4

**Иерархия психологических функций, компонентов ВКБ у пациента,  
задач психотерапии и субъективной ценности своих действий у врача  
интровертированного мыслительного типа со вспомогательной  
экстравертированной интуицией**

№ п/п	Инстанция психики	Психологическая функция	Компонент ВКБ у пациента	Задача психотерапии и субъективная ценность своих действий для врача, баллы
1	Эго	Интровертированное мышление	Рассудочный	Полная ясность понимания болезни, +4
2		Экстравертированная интуиция	Интеллектуальный	Информирование пациента (и/или его близких), +3
3	Супер-Ид	Интровертированная сенсорика	Сенсорный	Релаксация пациента, +2
4		Экстравертированное чувство	Эмоциональный	Проявление чувств в связи с болезнью, +1
5	Ид	Интровертированная интуиция	Мнестический	Акцент на положительных изменениях, -1
6		Экстравертированное мышление	Выгода от своей болезни	Коррекция ложных представлений пациента о выгоде от своей болезни, -2
7	Супер-Эго	интровертированное чувство	Жалость пациента к себе	Сочувствие к пациенту, -3
8		экстравертированная сенсорика	Волевой, мотивационный	Поощрение физической активности пациента (тренирующий больничный режим), -4

Эго (Я)	Сознательное
Супер-Эго (Сверх-Я)	
Супер-Ид (Сверх-Оно)	Бессознательное
Ид (Оно)	

Рис. Простейшая модель психики

Pic. The simplest model of psyche

предсознанию (точнее, предсознательному), которое «ускользает от актуального сознания, но не является бессознательным в узком смысле слова» [25, с. 350]. Бессознательному (или подсознательному) в узком смысле слова соответствует Супер-Ид (его можно также назвать собственно бессознательным). Тогда Ид и Супер-Ид образуют бессознательное (или подсознательное) в широком смысле слова.

Во время отдыха или сна центр сознания перемещается в область бессознательного в широком смысле слова. Поскольку в нормальных условиях возникновению фазы быстрого сна всегда предшествует фаза медленного сна [8, с. 8], то можно сделать вывод, что во время медленного сна сознание сосредоточено в Ид, а во время быстрого сна — в Супер-Ид.

В пределах инстанции одна из образующих его психологических функций более активна (доминирует), а другая — менее активна (субдоминирует). Так, в Эго обычно доминирует главная психологическая функция, а субдоминирует — вспомогательная психологическая функция [44, с. 492-495]. В любой другой инстанции психики направленность обычно доминирующей психологической функции совпадает с направленностью главной психологической функции. Поэтому у экстравертов в любой инстанции психики обычно доминирует экстравертированная психологическая функция, а у интровертов — интровертированная.

То же справедливо и для субдоминирующей психологической функции любой инстанции психики. Поэтому у экстравертов в любой инстанции психики обычно субдоминирует интровертированная психологическая функция, а у интровертов — экстравертированная.

Перераспределение активности психологических функций как внутри инстанций психики, так и между инстанциями осуществляется сознанием в зависимости от: а) кон-

кретных обстоятельств жизнедеятельности субъекта (они формируют потребность сознания в обращении к соответствующим им психологическим функциям) и б) психологического типа субъекта (тип однозначно определяет локализацию психологических функций в инстанциях психики).

Субъективно приятна деятельность, обеспечиваемая психологическими функциями двух инстанций психики: Эго и Супер-Ид. Поэтому проявления этих четырёх психологических функций представляют для субъекта положительную ценность [36, с. 91-92] (см. выше). Напротив, деятельность, обеспечиваемая психологическими функциями Ид и Супер-Эго, субъективно неприятна, и потому их проявления изначально представляют для субъекта отрицательную ценность (хотя под давлением обстоятельств их проявления могут временно приобретать ситуативную положительную ценность [15]).

Поскольку же наполнение инстанций психики конкретными парами психологических функций зависит от психологического типа, то и субъективная оценка комфортности своей деятельности полностью определяется психологическим типом, причём эта оценка не подлежит произвольной регуляции субъектом.

Если субъект оценивает свои действия с помощью психологических функций Эго и Супер-Ид (этих функций четыре), то субъективную ценность их проявлений можно ранжировать. Это позволяет ввести условные количественные характеристики проявлений психологических функций и даёт возможность сравнивать их ценность.

Сначала рассмотрим работу сознания с исходящей смысловой информацией. В этом случае максимальной субъективной ценностью обладает главная психологическая функция Эго. Примем её ценность за 100%. Пару главной психологической функции составляет вспомогательная психологическая функ-

ция. Субъективная ценность проявлений последней уступает ценности проявлений главной психологической функции, условно, на 1/4 [14].

Ещё две психологических функции образуют Супер-Ид, где проявления главной (третьей по счёту) психологической функции уступают в субъективной ценности проявлениям главной психологической функции Эго на 1/2, а проявления четвёртой психологической функции (образующей пару с третьей) уступают в субъективной ценности проявлений главной психологической функции Эго на 3/4, составляя, условно, 25% от максимума.

Подобным же образом можно ранжировать и отрицательную субъективную ценность проявлений психологических функций, образующих Ид и Супер-Эго. Если субъект оценивает свои действия с помощью психологических функций Ид и Супер-Эго (т. е. при работе сознания с исходящей смысловой информацией), то их отрицательная субъективная ценность, сохраняя знак, меняется на прямо противоположную. Максимальный субъективный дискомфорт (100%) вызывает активность субдоминирующей психологической функции Супер-Эго. Поэтому её называют мобилизационной [7, с. 120] психологической функцией, а также болевой [35, с. 169-170] психологической функцией, точкой наименьшего сопротивления [35, с. 169], «местом наименьшего сопротивления» [7, с. 120].

Меньше дискомфорт от активности доминирующей психологической функции Супер-Эго — 75%. Далее следует дискомфорт от активности субдоминирующей психологической функции Ид — 50%. И меньше всего дискомфорт от активности доминирующей психологической функции Ид — 25%.

Напротив, если субъект оценивает свой психологический комфорт от поведения окружающих (т. е. при работе сознания с входящей смысловой информацией), то активны те же психологические функции Эго и Супер-Ид, но субъективная ценность их проявлений, сохраняя знак, меняется на прямо противоположную. Максимальный субъективный комфорт (100%) вызывает активность субдоминирующей психологической функции Супер-Ид. Меньше комфорт от активности доминирующей психологической функции Супер-Ид — 75%. Далее следует комфорт от активности субдоминирующей психологической функции Эго — 50%. И меньше всего комфорт от

активности доминирующей психологической функции Эго — 25%.

Когда субъект оценивает свой психологический *дискомфорт* от поведения окружающих, задействованы его Ид и Супер-Эго. В Ид отрицательная субъективная ценность проявлений доминирующей психологической функции составляет 100%, а проявлений подчинённой психологической функции — 75%. В Супер-Эго отрицательная субъективная ценность проявлений доминирующей психологической функции составляет 50%, а подчинённой — 25%.

Для удобства сравнения психологических функций введём условную 4-балльную шкалу проявлений их изначальной субъективной ценности, где 100% приравняем 4 баллам, а 25% — 1 баллу. Т. е. цена деления шкалы составляет 25%. Для проявлений субъективно ценных психологических функций все значения шкалы положительны. Для проявлений психологических функций с отрицательной субъективной ценностью шкала аналогична, но все значения отрицательны.

Это позволяет составить для каждого психологического типа личности перечень и иерархию всех компонентов ВКБ и задач психотерапии. Кроме психологического типа, они будут зависеть также от того, врач это или пациент. Покажем это на примере интровертированного мыслительного типа со вспомогательной экстравертированной интуицией (см. табл. 4, 5).

В таблице 4 не учтён психологический тип личности пациента, а ведь его тип очень важен. Поэтому покажем иерархию психологических функций, компонентов ВКБ и ожиданий в отношении психотерапии у *пациента* интровертированного мыслительного типа со вспомогательной экстравертированной интуицией (см. табл. 5).

Аналогичные таблицы можно составить и для остальных психологических типов.

**Обсуждение.** Подбор методов и средств психотерапии должен зависеть в первую очередь от иерархии задач психотерапии. Иерархия же их, как показано выше, зависит прежде всего от психологического типа личности врача и пациента.

Так, поскольку РП направлена на информирование больного о его болезни ради достижения им полной ясности понимания своей болезни, а главными задачами РП для врача интровертированного мыслительного типа со вспомогательной экстравертиро-

Таблица 5

**Иерархия психологических функций, компонентов ВКБ,  
ожиданий в отношении психотерапии и субъективной ценности психотерапии  
и своих действий у пациента интровертированного мыслительного типа  
со вспомогательной экстравертированной интуицией**

№ п/п	Инстанция психики	Психологическая функция	Компонент ВКБ	Ожидания в отношении психотерапии и её субъективная ценность, баллы	Субъективная ценность своих действий, баллы
1	Эго	Интровертированное мышление	Рассудочный	Полная ясность понимания врачом болезни пациента, +1	+4
2		Экстравертированная интуиция	Интеллектуальный	Информирование пациента (и/или его близких) врачом, +2	+3
3	Супер-Ид	Интровертированная сенсорика	Сенсорный	Релаксация, +3	+2
4		Экстравертированное чувство	Эмоциональный	Проявление врачом чувств в связи с болезнью, +4	+1
5	Ид	Интровертированная интуиция	Мнестический	Акцент на положительных изменениях, -4	-1
6		Экстравертированное мышление	Выгода от болезни	Коррекция врачом ложных представлений пациента о выгоде от болезни, -3	-2
7	Супер-Эго	Интровертированное чувство	Жалость к себе	Сочувствие врача, -2	-3
8		Экстравертированная сенсорика	Волевой, мотивационный	Поощрение врачом физической активности пациента (тренирующий больничный режим), -1	-4

ванной интуицией выступают: а) достижение полной ясности понимания больным своей болезни и б) информирование, — то этот психологический тип оказывает предпочтение РП. Так, РП занимался русский психиатр В. М. Бехтерев (1911), называя её разъяснительной. По нашему мнению, он принадлежал к интровертированному мыслительному типу со вспомогательной экстравертированной интуицией.

Хорошими способностями к проведению РП обладает также экстравертированный интуитивный тип со вспомогательным интровертированным мышлением, только для него информирование важнее достижения полной ясности понимания болезни.

А наиболее восприимчивы к РП пациенты экстравертированного чувствующего типа со вспомогательной интровертированной сенсорикой. Хорошо восприимчивы к РП также

пациенты интровертированного сенсорного типа со вспомогательным экстравертированным чувствованием, только для них информирование важнее достижения полной ясности понимания болезни.

Меньше всего подходит РП для пациентов: а) экстравертированного сенсорного типа со вспомогательным интровертированным чувствованием и б) интровертированного чувствующего типа со вспомогательной экстравертированной сенсорикой.

Поэтому для достижения наивысших результатов РП важна совместимость типов личности врача и пациента. Например, таких результатов следует ожидать в парах: а) интровертированный мыслительный тип со вспомогательной экстравертированной интуицией и экстравертированный чувствующий тип со вспомогательной интровертированной сенсорикой и б) экстравертированный интуитивный тип со вспомогательным интровертированным мышлением и интровертированный сенсорный тип со вспомогательным экстравертированным чувствованием. Такие пары называются полностью дополнительными, или дуальными [3, с. 137-140].

Напротив, не следует ожидать хороших результатов от РП в парах: а) интровертированный мыслительный тип со вспомогательной экстравертированной интуицией и экстравертированный сенсорный тип со вспомогательным интровертированным чувствованием и б) экстравертированный интуитивный тип со вспомогательным интровертированным мышлением и интровертированный чувствующий тип со вспомогательной экстравертированной сенсорикой. Такие пары называются конфликтными [3, с. 142-144].

Таким образом, выбор правильной тактики проведения психотерапии должен начинаться с установления типа (типирования) личности врача и пациента. Однако типирование — сложная задача даже для опытного психотерапевта. Для типирования используют тесты-опросники (определитель типа Майерс-Бриггс — ОТМБ [37, с. 19], он же индикатор типов Майерс-Бриггс — МВТИ [20, с. 18-25]; соционические [43, с. 207-218]) и проективные (рисуночные [23; 42, с. 87-105]). Однако их надёжность не абсолютна, поэтому главными пока остаются методы экспертных оценок: портретных кластеров (прежде всего физиономических) [40 и др.], наблюдение, опрос и биографический (т.е. методика К. Г. Юнга [44, с. 615]) [16].

Большую помощь в типировании может оказать предварительное определение психотипа [11], хотя обычно это ещё более сложная задача. Ведь психотипы возникают на основе психологических типов, но устроены сложнее, поскольку психологические типы учитывают четыре признака, а психотипы — шесть признаков [13]. Так, на основе интровертированного мыслительного типа со вспомогательной экстравертированной интуицией формируются такие психотипы, как сенситивный шизоид (чудак), тревожно-застревающий [26, с. 317-320] (вариант ипохондрика), покорно-деятельный [24, с. 108-111] (он же добросовестный тип личности [33, с.80-86] как вариант сенситивного психастеника), тревожный (он же уклоняющийся, или избегающий [47, цит. по 22, с. 92-93] как вариант сенситивного астеника) и др. [17].

Для определения психотипов можно использовать личностные опросники: тест Леонгарда-Шмишека, патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) [19, с. 81-102; 5, с. 100-107; 6, с. 183], тест «характерологические акцентуации личности» (ХАЛ) [4, с. 95-101; 5, с. 108-122], личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) [19, с. 102-115], «Персональный автопортрет» [33, с. 52-79], Миннесотский многоаспектный личностный опросник (ММПИ) [1, с. 126-133] и его модификации [6, с. 182], 16-факторный личностный опросник (тест Р. Б. Кеттелла) [1, с. 136-138], Фрайбургский личностный опросник (FPI) и его модификации, психодиагностический тест (ПДТ) [6, с. 183-184] и др. Отметим всё же, что любые психологические тесты позволяют получить лишь предварительное заключение о психотипе, а толкование результатов тестирования «требует значительного психологического опыта» [1, с. 133]. Так что решающую роль и здесь играет личный опыт врача.

Успех психотерапии может зависеть также от интертипных отношений между врачом, пациентом и его близкими, и тогда необходимо учитывать и психологический тип каждого из них.

#### **Заключение.**

Таким образом, системная концепция ВКБ основана на восьмикомпонентной модели структуры личности. Каждый компонент (т.е. каждая психологическая функция) вносит свой вклад в ВКБ. Возможна условная количественная оценка изначальной субъективной ценности проявлений каждой из восьми пси-

хологических функций на основе простейшей модели психики.

Приоритеты задач психотерапии зависят от психологического типа больного и врача. Для каждого психологического типа можно установить иерархию: а) компонентов ВКБ

и б) задач психотерапии. Для повышения эффективности психотерапии врачу необходимо правильно определить и учитывать психологический тип: а) свой собственный, б) пациента и в) его близких.

*М. В. Забиров<sup>1</sup>, И. В. Бабенко-Сорокопуд<sup>2</sup>*

## **ЛИЧНОСТНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ НА ПРИМЕРЕ РАЦИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ. Проблемная статья**

*<sup>1</sup> ГБУ «Республиканская клиническая туберкулёзная больница»  
Минздрава Донецкой Народной Республики, Донецк, Российская Федерация*

*<sup>2</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация*

**Резюме.** Предложена системная концепция внутренней картины болезни на основе восьмикомпонентной модели личности. Показан вклад каждого компонента в эту картину. Показана зависимость приоритетов задач психотерапии от типа личности: а) больного и б) врача. Для количественной оценки изначальной субъективной ценности каждого из восьми компонентов личности — психологических функций — предложена условная 4-балльная шкала, основанная на простейшей модели психики. Обоснована возможность составить для каждого психологического типа иерархию а) компонентов внутренней картины болезни и б) задач психотерапии. Дан образец такой иерархии на примере одного из шестнадцати психологических типов, выделенных К. Г. Юнгом. Обсуждаются влияние личностно-типологической совместимости врача и пациента на эффективность психотерапии и способы установления психологического типа.

**Ключевые слова:** психотерапия, внутренняя картина болезни, структура личности, модель психики, психологические типы, психологическая совместимость.

*M. V. Zabirov<sup>1</sup>, I. V. Babenko-Sorokopud<sup>2</sup>*

## **PERSONAL PREREQUISITES FOR THE EFFECTIVENESS OF PSYCHOTHERAPY ON THE EXAMPLE OF RATIONAL PSYCHOTHERAPY. Problem article**

*<sup>1</sup> Republican Clinical Tuberculosis Hospital  
of the Ministry of Health of the Donetsk People's Republic, Donetsk, Russian Federation*

*<sup>2</sup> Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «M. Gorky Donetsk State Medical University»  
of the Ministry of Health of the Russian Federation, Donetsk, Russian Federation*

**Abstract.** A systematic concept of internal picture of disease based on the eight-component model of personality is proposed. The contribution of each component to this picture is shown. The dependence of the psychotherapy tasks priorities on the personality type of a) a patient and b) a doctor is shown. To quantify the initial subjective value of each of eight personality components that are psychological functions, a conditional 4-point scale based on the simplest model of psyche is proposed. The possibility of creating a hierarchy of a) components of the internal picture of disease and b) tasks of psychotherapy for each psychological type is substantiated. A sample of such a hierarchy is given on the example of one of the sixteen psychological types identified by C.G. Jung. The influence of the personality-typological compatibility of a doctor and a patient on the effectiveness of psychotherapy as well as methods of psychological type identifying are discussed.

**Keywords:** psychotherapy, internal picture of disease, personality structure, model of psyche, psychological types, psychological compatibility.

## Литература / References

1. Анастаси А. Психологическое тестирование: пер. с англ. Под ред. К. М. Гуревича, В. И. Лубовского. Кн. 2. М.: Педагогика; 1982.  
Anastasi A. Psychological testing. 5th ed. New York: Macmillan; London: Collier Macmillan; 1982. (In Russian).
2. Антонов А. В. Информация: восприятие и понимание. Киев: Наукова думка; 1988.  
Antonov A. V. Informatsiya: vospriyatie i ponimanie. Kiev: Naukova dumka; 1988. (In Russian).
3. Аугустинавичюте А. Соционика. М.: Чёрная белка; 2008.  
Augustinavičiūtė A. Sotsionika. M.: Chernaya belka; 2008. (In Russian).
4. Беседин А. Н., Липатов И. И., Тимченко А. В., Шапарь В. Б. Книга практического психолога. Ч.1. Харьков: Оригинал, Фортуна; 1996.  
Besedin A. N., Lipatov I. I., Timchenko A. V., Shapar' V. B. Kniga prakticheskogo psikhologa. Ch.1. Khar'kov: Original, Fortuna; 1996. (In Russian).
5. Беседин А. Н., Липатов И. И., Тимченко А. В., Шапарь В. Б. Книга практического психолога. Ч.2. Харьков: Оригинал, Фортуна; 1996.  
Besedin A. N., Lipatov I. I., Timchenko A. V., Shapar' V. B. Kniga prakticheskogo psikhologa. Ch.2. Khar'kov: Original, Fortuna; 1996. (In Russian).
6. Бодалев А. А., Столин В. В. Общая психодиагностика. СПб.: Речь; 2004.  
Bodalev A. A., Stolin V. V. Obshchaya psikhodiagnostika. SPb.: Rech'; 2004. (In Russian).
7. Букалов А. В. Потенциал личности и загадки человеческих отношений. М.: Чёрная белка; 2009.  
Bukalov A. V. Potentsial lichnosti i zagadki chelovecheskikh otnoshenii. M.: Chernaya belka; 2009. (In Russian).
8. Вейн А. М., Хехт К. Сон человека : Физиология и патология : (СССР — ГДР). М.: Медицина; Берлин: Народ и здоровье; 1989.  
Vein A. M., Hecht K. Son cheloveka : Fiziologiya i patologiya : (SSSR — GDR). M.: Meditsina; Berlin: Narod i zdorov'e; 1989. (In Russian).
9. Гольдшейдер А. Боевые вопросы врачевания: пер. с нем. — [М.]: Государственное издательство; 1929 (Л.: типография Печатный двор).  
Goldscheider A. Zeit- und Streitfragen der Heilkunst. Dtsch med Wochenschr (Leipzig). 1927; 5, 6, 7, 8, 9, 20, 21, 22. (In Russian). Dtsch Med Wochenschr 1927; 53(22): 931-933. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1165337>.
10. Гуленко В. В. Структурно-функциональная соционика: Разработка метода комбинаторики полярностей. Ч. 1. Киев: Транспорт України; 1999.  
Gulenko V. V. Strukturno-funktsional'naya sotsionika: Razrabotka metoda kombinatoriki polyarnostei. Ch. 1. Kiev: Transport Ukraïni; 1999. (In Russian).
11. Егидес А. П. Как разбираться в людях, или Психологический рисунок личности. М.: АСТ; 2003.  
Egides A. P. Kak razbirat'sya v lyudyakh, ili Psikhologicheskii risunok lichnosti. M.: AST; 2003. (In Russian).
12. Ермак В. Д. Как научиться понимать людей. Соционика — новый метод познания человека. М.: Астрель, АСТ; 2003.  
Ermak V. D. Kak nauchit'sya ponimat' lyudei. Sotsionika — novyi metod poznaniya cheloveka. M.: Astrel', AST; 2003. (In Russian).
13. Забиров М. В. Целостная классификация психотипов и её возможные соционические соответствия. Соционика, ментология и психология личности. 1998; 3: 34-42.  
Zabirov M. V. Holistic classification of psychotypes and its possible socionic correspondences. Sotsionika, mentologiya i psikhologiya lichnosti. 1998; 3:34-42. (In Russian).
14. Забиров М. В. Последовательность и вероятность срабатывания функций информационного метаболизма. Соционика, ментология и психология личности. 2008; 1:33-50.  
Zabirov M. V. Sequence and probability of triggering the functions of information metabolism. Sotsionika, mentologiya i psikhologiya lichnosti. 2008; 1: 33-50. (In Russian).
15. Забиров М. В. Соционическая оценка общих склонностей личности к различным видам правоохранительной деятельности. Материалы IV международной научно-практической конференции (Донецк, 22-23 мая 2008 года). «Психологические технологии в экстремальных видах деятельности». Донецк: ДЮИ ЛГУВД им. Э. А. Дидоренко; 2008.  
Zabirov M. V. Sotsionicheskaya otsenka obshchikh sklonnostei lichnosti k razlichnym vidam pravookhranitel'noi deyatel'nosti. Materialy IV mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii (Donetsk, 22-23 maya 2008 goda). «Psikhologicheskie tekhnologii v ehkstremaal'nykh vidakh deyatel'nosti». Donetsk: DYUI LGUVD im. E. A. Didorenko; 2008. (In Russian).
16. Забиров М. В. О портретном методе экспресс-типирования (методе Юнга-Аугустинавичюте-Филатовой). Соционика, ментология и психология личности. 2015; 3: 31-42.  
Zabirov M. V. About the portrait method of express typing (Jung-Augustinavičiūtė-Filatova method). Sotsionika, mentologiya i psikhologiya lichnosti. 2015; 3: 31-42. (In Russian).

17. Забиров М. В. Малые круги психотипов. Материалы международной научно-практической конференции (Донецк, 17 мая 2017 года). «Актуальные проблемы правового, экономического и социально-психологического знания: теория и практика». Донецк: Донбасс; 2017.  
Zabirov M. V. Malye krugi psikhotipov. Materialy mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii 17 maya 2017 goda. «Aktual'nye problemy pravovogo, ehkonomicheskogo i sotsial'no-psikhologicheskogo znaniya: teoriya i praktika». Donetsk: Donbass; 2017. (In Russian).
18. Забиров М. В. От интегральной к политической соционике. Менеджмент и кадры: психология управления, соционика и социология. 2017; 7/8(175/176): 29-39.  
Zabirov M.V. From integral to political socionics. Menedzhment i kadry: psikhologiya upravleniya, sotsionika i sotsiologiya. 2017; 7/8(175/176): 29-39. (In Russian).
19. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.: Медицина; 1983.  
Kabanov M. M., Lichko A. E., Smirnov V. M. Metody psikhologicheskoi diagnostiki i korreksii v klinike. L.: Meditsina; 1983. (In Russian).
20. Каммероу Дж., Баргер Н., Кирби Л. Ваш психологический тип и стиль работы: пер. с англ. М.: Издательство Института Психотерапии; 2001.  
Kummerow Jean M., Barger Nancy J., Kirby Linda K. Work types. New York: Warner Books; 1997. (In Russian).
21. Карвасарский Б. Д. (общая редакция). Психотерапевтическая энциклопедия. СПб.: Питер Ком; 1998.  
Karvasarskii B. D. (obshchaya redaktsiya). Psikhoterapevticheskaya ehntsiklopediya. SPb.: Piter Kom; 1998. (In Russian).
22. Классификация болезней в психиатрии и наркологии. Пособие для врачей. Под ред. М. М. Милевского. М.: Триада-Х; 2003.  
Klassifikatsiya boleznei v psikhiatrii i narkologii. Posobie dlya vrachei. Pod red. M.M. Milevskogo. M.: Triada-X; 2003. (In Russian).
23. Кочубеева Л. А., Стоялова М. Л. Применение проективной рисуночной методики «несуществующее животное» для определения ТИМа. Соционика, ментология и психология личности. 2002;6:5-18.  
Kochubeeva L. A., Stoyalova M. L. Application of the projective drawing technique «non-existent animal» to determine TIM. Sotsionika, mentologiya i psikhologiya lichnosti. 2002;6:5-18. (In Russian).
24. Лазурский А. Ф. Классификация личностей. 3-е изд. Л.: Государственное издательство; 1924.  
Lazurskii A. F. Klassifikatsiya lichnostei. 3-e izd. L.: Gosudarstvennoe izdatel'stvo; 1924. (In Russian).
25. Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу: пер. с франц. М.: Высшая школа; 1996.  
Vocabulaire de la psychanalyse / Jean Laplanche et J.-B. Pontalis; Sous la direction de Daniel Lagache. Paris: Presses univ. de France; 1967. (In Russian).
26. Леонгард К. Акцентуированные личности: пер. с нем. Киев: Вища школа; 1981.  
Leonhard K. Akzentuierte Persönlichkeiten. Berlin: Volk und Gesundheit; 1976. (In Russian).
27. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М.-Л.: Биомедгиз; 1935.  
Luriya R. A. Vnutrennyaya kartina bolezni i iatrogennye zabolevaniya. M.-L.: Biomedgiz; 1935. (In Russian).
28. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. 3-е изд. М.: Медгиз; 1944.  
Luriya R. A. Vnutrennyaya kartina boleznei i iatrogennye zabolevaniya. 3-e izd. M.: Medgiz; 1944. (In Russian).
29. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. 4-е изд. М.: Медицина; 1977.  
Luriya R. A. Vnutrennyaya kartina boleznei i iatrogennye zabolevaniya. 4-e izd. M.: Meditsina; 1977. (In Russian).
30. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. Психологическое исследование. М.: Издательство Московского университета; 1987.  
Nikolaeva V. V. Vliyanie khronicheskoi bolezni na psikhiku. Psikhologicheskoe issledovanie. M.: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta; 1987. (In Russian).
31. Новейший психологический словарь / В. Б. Шапарь, В. Е. Россоха, О. В. Шапарь; под общ. ред. В. Б. Шапаря. 2-е изд. Ростов на Дону: Феникс; 2006.  
Noveishii psikhologicheskii slovar' / V. B. Shapar', V. E. Rossokha, O. V. Shapar'; pod obshch. red. V. B. Shaparya. 2-e izd. Rostov na Donu: Feniks; 2006. (In Russian).
32. Ожегов С. И. Словарь русского языка. 12-е изд. М.: Русский язык; 1978.  
Ozhegov S. I. Slovar' russkogo yazyka. 12-e izd. M.: Russkii yazyk; 1978. (In Russian).
33. Олдхэм Дж. М., Моррис Л. Б. Узнай себя. Автопортрет вашей личности: пер. с англ. М.: РИПОЛ КЛАССИК, Вече; 1997.  
Oldham John M., Morris Lois B. The New Personality Self-Portrait. New York: Bantam Books; 1995. (In Russian).
34. Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа: пер. с англ. Под ред. С. М. Черкасова. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа; 1995.

- Rycroft C. A critical dictionary of psychoanalysis. — New York: Basic Books; 1968. (In Russian).
35. Слинько О. Б. Люди в вашем деле : Энциклопедия соционического менеджмента. Киев: Трамвай; 1996.  
Slin'ko O. B. Lyudi v vashem dele : Ehntsiklopediya sotsionicheskogo menedzhmenta. Kiev: Tramvai; 1996. (In Russian).
36. Стратиевская В. И. Как сделать, чтобы мы не расставались. М.: МСП; 1997.  
Stratievskaya V. I. Kak sdelat', chtoby my ne rastavalis'. M.: MSP; 1997. (In Russian).
37. Тайгер П., Баррон-Тайгер Б. Читать человека как книгу: пер. с англ. М.: АСТ; 2001.  
Tieger Paul D., Barron-Tieger Barbara. The art of speedreading people. — New York: Little, Brown & Co.; 1998. (In Russian).
38. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса. Л.: Медицина; 1984.  
Tashlykov V. A. Psikhologiya lechebnogo protsessa. L.: Meditsina; 1984. (In Russian).
39. Фанти С. Практический словарь по психоанализу и микропсихоанализу: пер. с франц. М.: Центр психологии и психотерапии; 1997.  
Fanti S. Dictionnaire pratique de psychanalyse et de micropsychanalyse. Paris: Buchet-Chastel; 1984. (In Russian).
40. Филатова Е. С. Личность в зеркале соционики. Разгадка тайны двойников. 2-е изд. СПб.: Б&К; 2004.  
Filatova E. S. Lichnost' v zerkale sotsioniki. Razgadka tainy dvoynikov. 2-e izd. SPb.: B&K; 2004. (In Russian).
41. Хрестоматия по патопсихологии. Под ред. Б. В. Зейгарник, А. П. Корнилова, В. В. Николаевой. М.: Издательство Московского университета; 1981.  
Khrestomatiya po patopsikhologii. Pod red. B. V. Zeigarnik, A. P. Kornilova, V. V. Nikolaevoi. M.: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta; 1981. (In Russian).
42. Цыпин П. Е. Технологии успешного типирования. Энциклопедия отношений. М.: Доброе слово, Чёрная белка; 2007.  
Tsy-pin P. E. Tekhnologii uspehnogo tipirovaniya. Ehntsiklopediya otnoshenii. M.: Dobroe slovo, Chernaya belka; 2007. (In Russian).
43. Чурюмов С. И. Улыбка Чеширского кота, или Возможное и невозможное в соционике: Проблемы, гипотезы, решения. Киев-Дрогобыч: Вимір; 2007.  
Churyumov S. I. Ulybka Cheshirskogo kota, ili Vozmozhnoe i nevozmozhnoe v sotsionike: Problemy, gipotezy, resheniya. Kiev-Drogobych: Vimir; 2007. (In Russian).
44. Юнг К. Г. Психологические типы. СПб.: Ювента; М.: Прогресс-Универс; 1995.  
Jung C. G. Psychologische Typen. Zürich: Rascher & Cie.; 1921. (In Russian).
45. Goldscheider A. Zeit- und Streitfragen der Heilkunst. Dtsch med Wochenschr (Leipzig). 1927;7.
46. Herich W. Zur Psyche der Heilstättenkranken und über Möglichkeiten ihrer psychotherapeutischen Beeinflussung. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose und spezifischen Tuberkulose-Forschung. 1927;67:536—543.
47. The ICD-10. Classification of Mental and Behaviour Disorders. Clinical descriptions and guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.

*Поступила в редакцию 01.09.2023 г.*