

Zasieda Uy. I. Психофеноменологический профиль в психотерапевтическом диагнозе (типология и психотехническая конгруэнтность) = Psychophenomenological profile in psychotherapeutic diagnosis (types and psychotechnical congruence). Journal of Education, Health and Sport. 2015;5(11):300-310. ISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.34027>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/2015%3B5%2811%29%3A300-310>
<https://pbn.nauka.gov.pl/works/670468>

Formerly Journal of Health Sciences. ISSN 1429-9623 / 2300-665X. Archives 2011–2014
<http://journal.rsw.edu.pl/index.php/JHS/issue/archive>

Deklaracja.

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: 25.09.2015. Revised 25.10.2015. Accepted: 10.11.2015.

ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ДИАГНОЗЕ (ТИПОЛОГИЯ И ПСИХОТЕХНИЧЕСКАЯ КОНГРУЭНТНОСТЬ) PSYCHOPHENOMENOLOGICAL PROFILE IN PSYCHOTHERAPEUTIC DIAGNOSIS (TYPES AND PSYCHOTECHNICAL CONGRUENCE)

Ю. И. Заседа

Uy. I. Zasieda

**Харьковская медицинская академия постдипломного образования, Харьков
Украина**

Kharkov Medical Academy for Advanced Training of Doctors, Kharkov, Ukraine

Summary

The formation of a typology of data of psychophenomenological profile and develop of a methodology of denotating of them into structure of psychotherapeutic diagnosis is an urgent problem in the context of clinical-disciplinary design psychotherapy. In order to develop a methodology of the selection of congruent psychotechnical support and mechanism of its incorporating into the structure of psychotherapeutic diagnosis based on the analysis of variability of data of psychophenomenological profile in patients suffering from the most common forms of somatoform disorders and psychosomatic diseases were examined 400 patients using clinically-psychophenomenological, clinically-anamnestic, clinically-psychopathological, clinically-psychodiagnostic and statistical methods. As the result of a study idiographic aspect of the psychophenomenological profile as a module of personalization of systems of psychotherapy and psychophenomenological component of

psychotherapeutic diagnosis is designed, consisting of complementary descriptions of psychotechnical assurance and recommended clinical psychotherapeutic effect-syndrome.

Keywords: **psychophenomenological profile, clinically- psychophenomenological method, somatoform disorders, psychosomatic illnesses.**

Реферат

Формирование типологии данных психофеноменологического профиля и разработка методологии их денотации в структуру психотерапевтического диагноза является актуальной проблемой в контексте клинико-дисциплинарного оформления психотерапии. С целью разработки методологии селекции конгруэнтного психотехнического обеспечения и механизма вконструирования в структуру психотерапевтического диагноза на основании анализа вариабельности данных психофеноменологического профиля у пациентов, страдающих наиболее распространенными формами соматоформных расстройств и психосоматических заболеваний было обследовано 400 пациентов с помощью клинико-психофеноменологического, клинико-анамnestического, клинико-психопатологического, психодиагностического и клинико-статистического методов. В результате исследования разработан идиографический аспект психофеноменологического профиля в качестве модуля персонализации процесса психотерапии и разработана психофеноменологическая составляющая психотерапевтического диагноза, состоящая из комплементарного описания психотехнического обеспечения и рекомендованного клинического психотерапевтического эффект-синдрома.

Ключевые слова: **психофеноменологический профиль, клинико-психофеноменологический метод, соматоформные расстройства, психосоматические заболевания.**

Актуальность. Центральной проблемой психотерапевтического дискурса является его интрадисциплинарная гетерогенность, детерминирующая паритетность существования психотехнических конгломератов, объединённых вокруг конъюнктурно (социо-культурально, экзистенциально и хронологически) разобщенных систем взглядов, номинируемых парадигмами в психотерапии.

Основным фактором дискурсивной консолидации в контексте клинико-дисциплинарного оформления психотерапии является внедрение в

психотерапевтическую сферу методологических воззрений концептов психотерапевтического диагноза и клинико-психофеноменологического метода, как центральных дисциплинарно-формирующих атрибутов психотерапии.

Эксплуатация психофеноменологического профиля (ПФП) (внутреннего концепта и деривата клинико-психофеноменологического метода), в качестве ракурсно-специфического диагностического инструмента в сфере компетенции психотерапии, указывает на широкую вариабельность примордиальных и нозоспецифически привнесённых характеристик личностного реагирования, психопатологических феноменов, эндовербально-семантических особенностей, требующих типологии и денотирования в структуру психотерапевтического диагноза. Таким образом, формирование типологии данных психофеноменологического профиля и разработка методологии их денотирования в структуру психотерапевтического диагноза является актуальной проблемой в контексте клинико-дисциплинарного оформления психотерапии.

Цель исследования: на основании анализа вариабельности данных психофеноменологического профиля у пациентов, страдающих наиболее распространёнными формами соматоформных расстройств и психосоматических заболеваний, разработать их типологию, методологию селекции конгруэнтного психотехнического обеспечения и механизм вконструирования в структуру психотерапевтического диагноза.

Дизайн исследования: исследование проводилось на протяжении 2010 – 2014 гг. на базе кафедры психотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования, 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-неассоциированная 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 кардиоваскулярной (F45.30) систем) – 200 пациентов, средний возраст в которой составил $33 \pm 0,4$ года.

В качестве группы сравнения выступали 100 условно здоровых добровольцев.

Методы исследования: основным методом исследования являлся клинико- психофеноменологический; его дополняли клинико-анамнестический, клинико- психопатологический, психодиагностический и клинико-статистический методы.

Результаты исследования:

Психофеноменологический профиль (ПФП) подлежит измерению в квантифицированных (путем психофеноменологического эксперимента) дискретных единицах-феноменах как показателях активности интрапсихических механизмов.

Предложено использование комплекса функциональных диагностических проб, в основе которых лежат клинический анализ и квантификация нормальных и патологических форм реагирования и которые выступают эквивалентом психотерапевтического вмешательства.

Использовано 8 проб:

- релаксационная гипнотерапия по стандартному протоколу;
- сочинение истории и последовательная смена её деталей;
- интерпретация рисунков с эмоционально-значимым контентом;
- дешифрование текста, рациональная психотерапия;
- запоминание семантической формулы;
- пересказ содержащего ошибки текста;
- сопоставление цветных фотографий с их монохромными аналогами.

Была проведена оценка средней активности феноменов в рамках сравнительного анализа ПФП больных СВД респираторной, кардиоваскулярной и дигестивной систем и группы условно здоровых добровольцев. Квантификация характеристик отдельных феноменов проводилась в соответствии с вышеуказанным мультипробным психофеноменологико-экспериментальным исследованием. При анализе результатов феномену присваивались числовые значения (от 0 до 3 баллов):

- 3 балла соответствовали «выраженному повышению активности» интрапсихического механизма, который представлен соответствующим феноменом в постпсихотерапевтическом периоде;
- 2 балла соответствовали «умеренному повышению активности» интрапсихического механизма, который представлен соответствующим феноменом в постпсихотерапевтическом периоде;

– 1 балл соответствовал «незначительному повышению активности» интрапсихического механизма, который представлен соответствующим феноменом в постпсихотерапевтическом периоде;

– 0 баллов соответствовало «интактности» интрапсихического механизма, который представлен соответствующим феноменом в постпсихотерапевтическому периоде.

Анализ конstellаций интрапсихических механизмов, представленных феноменами с приемлемой или высокой (приоритетной) склонностью к опосредованию сентенциозно-семантической интервенции, делает возможной селекцию наиболее конгруэнтной комбинации психотерапевтических методик и техник.

Таким образом, ПФП используется в качестве составной психотерапевтического диагноза для индивидуализации его психотехнической части, а сигнификация типа ПФП структурно расположена перед клиническим психотерапевтическим эффект-синдромом, что позволяет ориентироваться в протоколе методической селекции психотехнического обеспечения терапии в соответствии с индивидуальной феноменной конstellацией и пропорцией активности представленных интрапсихических механизмов.

Типологизация феноменных конstellаций в структуре ПФП основывается на выявлении доминирования линейки или линеек феноменов путем вычитания среднего значения квантифицированного показателя активности представленных ими интрапсихических механизмов, по формуле $\Phi_{cp} = \sum_{\text{фен}} / N_{\text{фен}}$ (где $\sum_{\text{фен}}$ – сумма показателей активности представленных феноменами интрапсихических механизмов в данной линейке, $N_{\text{фен}}$ – количество феноменов в линейке).

1. Изолированный тип (соотношение психотерапевтически активных и неактивных линеек феноменов составляет 1:3):

1) изолированно-аффективный – в аффективной линейке $\Phi_{cp} \geq 1,5$, в других $\Phi_{cp} < 1,5$;

2) изолированно-когнитивный – в когнитивно-гностической линейке $\Phi_{cp} \geq 1,5$, в других $\Phi_{cp} < 1,5$;

3) изолированно-ассоциативный – в ассоциативно-идеаторной линейке $\Phi_{cp} \geq 1,5$, в других $\Phi_{cp} < 1,5$;

4) изолированно-мнестический – в мнестическими линейке $\Phi_{cp} \geq 1,5$, в других $\Phi_{cp} < 1,5$.

2. Комбинированный тип (соотношение психотерапевтически активных и неактивных линеек феноменов составляет 2:2):

- 1) аффективно-когнитивный – в аффективной и когнитивно-гностической линейках $\Phi_{cp} \geq 1,5$, в других $\Phi_{cp} < 1,5$;
- 2) аффективно-ассоциативный – в аффективной и ассоциативно-идеаторной линейках $\Phi_{cp} \geq 1,5$, в других $\Phi_{cp} < 1,5$;
- 3) аффективно-мнестический – в аффективной и мнестической линейках $\Phi_{cp} \geq 1,5$, в других $\Phi_{cp} < 1,5$;
- 4) когнитивно-ассоциативный – в когнитивно-гностической и ассоциативно-идеаторной линейках $\Phi_{cp} \geq 1,5$, в других $\Phi_{cp} < 1,5$;
- 5) когнитивно-мнестический – в когнитивно-гностической и мнестической линейках $\Phi_{cp} \geq 1,5$, в других $\Phi_{cp} < 1,5$;
- 6) ассоциативно-мнестический – в ассоциативно-идеаторной и мнестической линейках $\Phi_{cp} \geq 1,5$, в других $\Phi_{cp} < 1,5$.

3. Имперфектный тип (соотношение психотерапевтически активных и неактивных линеек феноменов составляет 3:1):

- 1) аффективно-дефицитарный – в аффективной линейке $\Phi_{cp} < 1,5$, в других $\Phi_{cp} \geq 1,5$;
- 2) когнитивно-дефицитарный – в когнитивно-гностической линейке $\Phi_{cp} < 1,5$, в других $\Phi_{cp} \geq 1,5$;
- 3) ассоциативно-дефицитарный – в ассоциативно-идеаторной линейке $\Phi_{cp} < 1,5$, в других $\Phi_{cp} \geq 1,5$;
- 4) мнестически-дефицитарный – в мнестической линейке $\Phi_{cp} < 1,5$, в других $\Phi_{cp} \geq 1,5$.

4. Паритетный тип (все линейки или активные (4:4), или инактивные (0:0)):

- 1) паритетно-активный – Φ_{cp} во всех линейках $\geq 1,5$;
- 2) паритетно-интенсифицированный – Φ_{cp} во всех линейках ≥ 2 ;
- 3) паритетно-интактный – Φ_{cp} во всех линейках ≤ 1 .

Имеющиеся в структуре ПФП эндовербальная и трансовая линейки не включаются в типологию и денотируются как спецификации ККП в структуре психотерапевтического диагноза.

Если все феномены трансовой линейки имеют показатели $\geq 1,5$, в ККП добавляется приставка «трансово-».

Для эндовербального ККП спецификация имеет вид указания отдельного типа (типов) рецепторного приоритета семантических формул.

Конstellации активности представленных феноменами интрапсихических механизмов по данным ПФП в ракурсе их отражения в психотерапевтическом диагнозе сопоставлены с конгруэнтным психотехническим обеспечением: ранее выделенными эндовербальным, ассоциативно-идеаторным, аффективным, когнитивно-гностическим и мnestическим кластерами методов психотерапии.

Процедура селекции ККП включает проверку квантифицированной степени активности интрапсихических механизмов, представленных феноменами различных линеек (Φ_{cp}), которые соответствуют систематизированным кластерам психотехник по критериям исключения (табл.), с последующей селекцией приоритетных психотехнических кластеров.

Процедура селекции заканчивается отбором кластера психотехник с наибольшим Φ_{cp} для нескольких феноменов или $\Phi_{cp} \geq 2$ для одного феномена. В случае регистрации $\Phi_{cp} \geq 2$ для феноменов из двух или более кластеров психотехник в психотерапевтический диагноз выносятся все они.

Учитывая соответствие структуры ПФП и кластерной систематики методов психотерапии, целесообразно указание во второй части психотерапевтического диагноза одновременно типа ПФП и ККП.

Таким образом, разработана психофеноменологическая составляющая психотерапевтического диагноза, комплементарная психотехнической составляющей и содержащая вывод об индивидуальной пропорции психофизиологических констант и персонологических особенностей или их трансформации, патологических изменениях, наличии патологических психофеноменов, а также направлении и степени нозоспецифической патоперсонологической трансформации, которая детерминирует способ личностного реагирования на психотерапевтические воздействия пациентов с конкретной патонозологической формой.

Применение концепции ПФП как клинического инструмента – а именно проекция ее на плоскость психотерапевтического диагноза, – расширяет последний со структурным переформатированием его II части:

Таблица

Критерии исключения и конгруэнтности приоритетных психотехнических
кластеров и их спецификация в структуре психотерапевтического диагноза

| Кластер психотехник | Критерии | | Спецификация |
|-------------------------|--|---|---|
| | исключения | конгруэнтности | |
| Эндовербальный | отсутствие $\Phi_{cp} \geq 1,5$ для феноменов эндовербальной линейки | наличие $\Phi_{cp} \geq 2$ для любого феномена эндовербальной линейки | указывается тип(ы) семантических формул, Φ_{cp} рецепции которых ≥ 2 |
| Асоциативно-идеаторный | наличие в ассоциативно-идеаторной линейке феноменов с $\Phi_{cp} \leq 1$ | наличие $\Phi_{cp} \geq 1,5$ для более 2 феноменов ассоциативно-идеаторной линейки; при $\Phi_{cp} \geq 2$ для любого из феноменов дальнейшая селекция не проводится, кластер определяется как конгруэнтный | при наявності $\Phi_{cp} \leq 1$ за феноменом пластичності мислення дається специфікація «зі зниженням пластичності мислення»; при наличии $\Phi_{cp} \leq 1$ по феномену способности к абстрагированию дается спецификация «с снижением способности к абстрагированию» |
| Аффектив-ный | наличие в аффективной линейке феноменов с $\Phi_{cp} \leq 1$ (за исключением феноменов аффектогенной модификации памяти и интроспективного восприятия аффекта) | наличие $\Phi_{cp} \geq 1,5$ для более 2 феноменов аффективной линейки; при $\Phi_{cp} \geq 2$ для любого из феноменов дальнейшая селекция не проводится, кластер определяется как конгруэнтный | при наличии $\Phi_{cp} \leq 1$ по феномену аффектогенной модификации памяти дается спецификация «мнестико-интактный»; при наличии $\Phi_{cp} \leq 1$ по феномену интроспективного восприятия аффекта дается спецификация «алекситимический» |
| Когнитивно-гностический | наличие в когнитивно-гностической линейке более 2 феноменов с $\Phi_{cp} \leq 1$ (за исключением феномена самообучаемости) | наличие $\Phi_{cp} \geq 1,5$ для более 2 феноменов когнитивно-мнестической линейки; при $\Phi_{cp} \geq 2$ для любого из феноменов дальнейшая селекция не проходится, кластер определяется как конгруэнтный | при наличии $\Phi_{cp} \leq 1$ по феноменам обучаемости / самообучаемости даются спецификации «с снижением способности к обучению / самообучению» |
| Мнестичес-кий | наличие в мнестической линейке более 2 феноменов с $\Phi_{cp} \leq 1$ (за исключением феноменов забывания и | наличие $\Phi_{cp} \geq 1,5$ для более 2 феноменов мнестической линейки; при $\Phi_{cp} \geq 2$ для любого из феноменов дальнейшая селекция не проходится, кластер | при наличии $\Phi_{cp} \leq 1$ по феномену забывания дается спецификация «с снижением способности к забыванию»; при наличии $\Phi_{cp} \leq 1$ по феномену бессознательного запоминания дается спецификация |

| | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|---|
| | бессознательного запоминания) | определяется как конгруэнтный | «со снижением способности к бессознательному запоминанию» |
|--|-------------------------------|-------------------------------|---|

I часть – *клинико-диагностическая составляющая*, отражающая ведущие психопатологические синдромы пациента в качестве мишеней психотерапии, а также содержащая указания на генезис и / или фон (этиопатогенетическое расширение) и личностные особенности (патоперсонологическое расширение);

II часть – *психофеноменологическая составляющая*: тип нозоспецифической трансформации ПФП + психотехническая составляющая: комплементарное описание конгруэнтного психотехнического обеспечения (ККП) и рекомендованного КПЕС;

III часть – *фармакотерапевтическая составляющая*, целенаправленное формирование фармакотерапевтического фона для эффективных синергетических психотерапевтических воздействий;

IV часть – *прогностическая составляющая* (указание типа метасиндрома).

Примеры структуры и формулировки психофеноменологической составляющей:

- изолированно-аффективный тип ПФП; трансово-аффективный и эндовербальный ККП (рецепторный приоритет – парадоксальные и усиливающие семантические формулы);
- изолированно-ассоциативный тип ПФП; ассоциативно-идеаторный ККП;
- аффективно-ассоциативный тип ПФП; трансово-аффективный (мнестико-интактный) ККП;
- дефицитарно-аффективный тип ПФП; когнитивно-гностический ККП (со снижением способности к самообучению);
- изолированно-мнестический тип ПФП; мнестический ККП (со снижением способности к бессознательному запоминанию);
- ассоциативно-когнитивный тип ПФП; ассоциативно-идеаторный, мнестический и когнитивно-гностический ККП (со снижением способности к обучению).

Выводы:

1. Разработан идиографический аспект ПФП в качестве модуля персонализации процесса психотерапии. Типологизированы феноменные конstellации в структуре ПФП на основании выявления доминирования линейки (линеек) феноменов путем вычитания среднего значения квантифицированных показателей активности представленных ими интрапсихических механизмов, по

формуле $\Phi_{cp} = \sum_{\text{фен}} \div N_{\text{фен}}$ (где $\sum_{\text{фен}}$ – сумма показателей активности представленных интрапсихических механизмов в данной линейке, $N_{\text{фен}}$ – количество феноменов в линейке). Выделено 4 типа ПФП: изолированный (1:3) – изолированно-аффективный, изолированно-когнитивный, изолированно-ассоциативный, изолированно-мнестический; комбинированный (2:2) – аффективно-когнитивный, аффективно-ассоциативный, аффективно-мнестический, когнитивно-ассоциативный, когнитивно-мнестический, ассоциативно-мнестический; имперфектный (3:1) – аффективно-дефицитарный, когнитивно-дефицитарный, ассоциативно-дефицитарный, мнестически-дефицитарный; паритетный (4:4 / 0:0) – паритетно-активный, паритетно-интенсифицированный, паритетно-интактный.

2. Разработана психофеноменологическая составляющая психотерапевтического диагноза, комплементарная психотехнической составляющей, содержащей вывод об индивидуальной пропорции психофизиологических констант и персонологических особенностей или их трансформации, патологических изменениях, наличии патологических психофеноменов, а также направлении и степени нозоспецифической патоперсонологической трансформации.

3. Доказано, что II часть психотерапевтического диагноза должна состоять из психофеноменологической составляющей: комплементарного описания психотехнического обеспечения (ККП) и рекомендованного КПЭС.

Литература

1. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство / Под общ. ред. Б. В. Михайлова. – Харьков: Прapor. – 2002. – 128 с.
2. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз: [Учебное пособие] / В. В. Чугунов. – Х. : Наука, 2010 – 304 с.
3. Чугунов, В. В. Феномены «линейки» как систематические элементы психофеноменологического профиля (психотехническое наполнение, систематика, терапевтическая компетентность) / В. В. Чугунов, Ю. И. Заседа, А. Д. Городокин // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2015. – № 2 (20). – С. 74-85.
4. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / И. И. Чугунов. – 2-е изд. стереотипн. – К. : Здоров'я ; Х. : Око – Наука, 2008. – 768 с.
5. Чугунов В. В. Клинико-психофеноменологический метод / В. В. Чугунов, Б. В. Михайлов // Медицинская психология. – 2010. – № 2. – С. 3–15.

6. Чугунов В. В. Метапарадигмальная модель сентенционно-семантической интервенции в сфере компетенции психотерапии / В. В. Чугунов, Ю. И. Заседа, А. Д. Городокин // Медицинская психология. – 2014. – № 4. – С. 62–66.

References:

1. Mikhaylov B. V., et al.. Psychotherapy in general somatic medicine. Clinical guideline/ Ed. B. V. Mikhaylov. – Kharkov: Prapor, 2002. – 128 p. (Rus.).
2. Chugunov V. V. Diagnosis in psychotherapy and psychotherapeutic diagnosis: [Manual]. – Kharkov: Nauka, 2010 – 304 p. (Rus.).
3. Chugunov V. V. Phenomena of “a ruler” as systemic elements of psychophenomenologic profile (psychotechnical filling, systematization, therapeutic competence) // Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology. – 2015. – № 2 (20). – P. 74-85 (Rus.).
4. Chugunov V. V. Clinics and disciplinary history of psychotherapy. – 2nd ed., stereotypic – Kiev : Zdorovia; Kharkov: Oko – Nauka, 2008. – 768 p. (Rus.).
5. Chugunov V. V. Clinical-and-psychophenomenologic method // Medical Psychology. – 2010. – № 2. – P. 3–15 (Rus.).
6. Chugunov V.V. Methaparadygmal model of sentensy-sematic intervention in the sphere of psychotherapy competence // Medical psychology. – 2014. – № 4. – P. 62–66 (Rus.).