

«Интрапсихическое интервью» у здоровых и больных с депрессивными расстройствами

Харитонов С.В., Зайцев В.П., Голубев М.В., Кукшина А.А.
Московский Научно-практический Центр Медицинской Реабилитации? Восстановительной и Спортивной Медицины

Резюме. В статье приводятся результаты исследования, посвященного возможностям применения, разработанного авторами метода «интрапсихического интервью» осуществляемого в структуре психиатрического обследования у больных с депрессивными эпизодами средней и легкой степеней. В качестве группы сравнения выступали здоровые лица, у которых также осуществлялось проведение «интрапсихического интервью».

В исследование приняли участие 64 пациента с установленным диагнозом депрессивный эпизод (F31.3, F32.0, F32.1) и 23 здоровых в психическом отношении человека.

В результате исследования выявлено, что пациентов с депрессивной симптоматикой переживание психических феноменов характеризуется склонностью к уходу от переживания негативных чувств, стремлением к достижению состояния «внутреннего покоя», склонностью откладывать удовлетворение естественных потребностей, снижением способности к распознаванию собственных ощущений и их интерпретации.

По результатам исследования предполагается, что проведение «интрапсихического интервью» позволяет достигать более полного понимания клинической картины психических расстройств и их динамики.

Ключевые слова: психиатрическое обследование, интрапсихическое, интервью, динамика, феномены, депрессия.

«Intrapsychic interview» in healthy and patients with depressive disorders

Kharitonov S.V., Zaitsev V.P., Golubev V.M., Kukshina A.A.
MNPC MRRSM, Moscow

Summary. The article presents the results of a study on the application possibilities developed by the authors method of «intrapsychic interview» carried out in the structure of the psychiatric examination of patients with depressive episodes of moderate and mild degree. In the comparison group were healthy individuals, who were also conducting «intrapsychic interview».

The study involved 64 patients with an established diagnosis of depressive episode (F31.3, F32.0, F32.1) and 23 healthy mental attitude of a person.

The study revealed that patients with depressive symptoms experience mental phenomena is characterized by the tendency to avoid experiencing negative feelings, the desire to achieve a state of «inner peace», a tendency to postpone the satisfaction of natural needs, a decline in the ability to recognize their own feelings and their interpretation.

According to the study it is assumed that the «intrapsychic interview» allows you to achieve a more complete understanding of the clinical picture of mental disorders and their dynamics.

Key words: psychiatric examination, intrapsychic, interviews, dynamics, phenomena, depression.

Развитие современной психиатрии и психотерапии во многом может быть связано с совершенствованием имеющихся подходов к формированию понимания пациента врачом и пациентом собственного состояния. Широко распространенный в психопатологическом исследовании феноменологический подход, предложенный еще Карлом Ясперсом [6], и основанный на идеях Э. Гуссерля [1,2] показал себя, как наиболее целесообразный инструмент практической психиатрии и психотерапии. Одно из положений основателя феноменологии Э. Гуссерля о том, что взаимная несводимость сознания и мира выражается в различии трех видов связей: между вещами (предметами и процессами внешнего мира), между переживаниями и между значениями позволяет заключать, что в клинко-психопатологическом

исследовании внимание к связям между феноменами может быть весьма существенным дополнением к данным описательного клинко-психопатологического исследования.

Продолжатель феноменологического подхода У. Хайдеггер [4] в качестве одной из наиболее приоритетных проблем рассматривал проблему неразрывности человеческого бытия и мира, а само человеческое бытие — «бытие-в-мире», как неразрывность мира и человека. Таким образом, восприятие человеком самого себя и окружающего его мира в их взаимной связи и взаимодействии может быть важным аспектом клинко-психиатрического исследования, опирающегося на феноменологический подход. По сути, речь идет о релятивистских аспектах клинической беседы, согласно которым интерпретация объектов

должна осуществляться в контексте их отношения друг к другу и к своему окружению. В какой-то мере эти идеи уже находили применение и в гуманистических подходах к терапии [3] и постфундаменталистских концепциях философии [7]. Однако, в клиническом интервью способы, позволяющие исследовать связь между феноменами и реакцию на них в терминах и определениях, даваемых пациентом [5], так и не были предложены.

Цель исследования

Исследование возможностей предлагаемого «интрапсихического интервью» в получении более полного описания психического состояния больных депрессией.

Материал исследования

В качестве материала исследования были использованы данные клинического интервью у 64 специально отобранных пациентов с симптомами депрессивного эпизода, квалифицируемого в рамках биполярного аффективного расстройства, либо синдром указывался как самостоятельный. Из них диагнозы «биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии» (F31.3) был установлен у 24 человек, депрессивный эпизод легкой степени (F32.0) — у 17 человек, депрессивный эпизод средней степени (F32.1) — 23 человека. В качестве контроля использовались данные интервью 23 психически здоровых лиц, без симптомов депрессии или иных психических расстройств. Всего в исследовании участвовали 87 человек.

В половом отношении в выборке преобладали женщины 71 человек (81,6), мужчин было 16 человек (18,4 %). Средний возраст в группе составил $37,2 \pm 6,72$ года. В части занятости большинство были работающими — 65 человек (74,7%). Высшее образование и неоконченное высшее имели 68 человек (78,1%).

Всем пациентам предлагалась как фармакотерапия, так и психотерапия. В зависимости от их выбора задействовалась та или иная. Чаще всего обе, с разной последовательностью подключения метода терапии — 57 человек (89 % случаев).

Методы исследования

Клинико-психопатологическое исследование с изучением *динамики психических феноменов — «интрапсихическое интервью»*.

Этот вид исследования строится на изучении восприятия пациентом собственных психических феноменов и того, как он на них реагирует, как они влияют на его психическое состояние. Исследование проводится по разным сферам психической деятельности, и врачом не предлагается ни интерпретация, ни оценка, ни использование терминов для описывания тех или иных феноменов, а лишь изучение характера динамики феноменов и то значение, которое пациент придает этой ди-

намике, его переживания в связи с наблюдаемыми им феноменами и своим реагированием на них.

В «интрапсихическом интервью» исследование подвергаются, в первую очередь, способы обращения к психическими феноменами: Что Вы делаете, когда это происходит? Как объясняете, что именно так надо делать? Есть ли другие варианты реагирования на феномен? К чему приводит то, что Вы делаете с обнаруженными феноменами? К чему Вам хотелось бы прийти? Почему Вы считаете, что нужно именно так делать? Что Вам может потребоваться чтобы достичь этого и от чего Вам следует избавиться? Как Вы узнаете, что это полезно (хорошо и т.п.)? Как часто Ваше внимание связано с внутренними переживаниями и как часто связано с переживанием внешних событий? Исследуется, насколько спонтанными оказываются психические феномены и способен ли человек контролировать их. И если способен, то что он осуществляет в качестве такого контроля — что делает? Как он это делает? Насколько успешным оказывается контроль? Есть ли другие способы оказывать влияние на возникшие феномены и если есть, то какие это способы?

Если ничего не предпринимается в отношении психических феноменов, то почему? Как человек это объясняет? Что происходит с этими феноменами?

С помощью перечисленных и аналогичных им вопросов исследуются, по крайней мере, три основных аспекта реагирования на психические феномены (дефиниции и термины даны нами).

1. Пассивность-активность реагирования

При пассивном реагировании человек выступает, как наблюдатель по отношению к тому или иному психическому феномену, стараясь избежать его осмысления или иной психической переработки. При таком способе реагирования (хотя возможно в некоторых случаях правильнее вообще говорить об отсутствии реагирования) интенсивность феноменов может как угасать, так и усиливаться, а в дальнейшем могут происходить их повторные экспрессии и флуктуации с той или иной регулярностью.

В качестве примера, у пациента с депрессивным расстройством возникает ощущение печали. Однако, в отличие от большинства психически здоровых лиц и некоторых других пациентов с депрессивной симптоматикой он не пытается, скажем, понять ее причины или отвлечься от этого ощущения, переключаясь на другую деятельность, а пассивно наблюдает за чувством и его динамикой (оно может усиливаться или снижаться по интенсивности и т.д.).

На другой стороне полюса пассивного реагирования активно-деятельностный тип реакций, когда осуществляется активное соотношение одних феноменов с другими, их ментальная (анализ, синтез, поиск причинно-следственных связей и т.д.), мотивационная, чувственная и иная психическая переработка.

2. Уклоняющееся-достигающее реагирование

При высоком уровне уклоняющегося реагирования человек пытается избежать переживания

того или иного феномена. Для этого он может стараться переключать внимание, ждать, когда действие феномена прекратится или наступит некое событие, терпеть.

Например, при наличии болевого ощущения или тягостного чувства некоторые пациенты занимают позицию ожидания, и ждут, когда наступит облегчение. В отличие от пассивно-созерцательной реакции в структуре уклоняющегося поведения есть активность, но, она направлена на избегание феномена, а не пассивное наблюдение за ним.

При достигающем типе реагирования речь идет о стремлении к достижению определенного ощущения, психического переживания (феномена). У здоровых лиц чаще всего речь идет о поиске позитивных, гедонистических ощущений, ментальных переживаний и т.д. А, например, у больных с алкогольной или наркотической зависимостью это может быть стремлением к достижению «одурманенного» состояния или иное у других лиц, включая пищевые и прочие аспекты поведения.

3. Реагирование через соотношение- вычленение

Реагирование через соотношение предполагает, что вновь возникший феномен соотносится с иными феноменами при этом феномены могут переключать внимание только на себя (в зависимости от того, какой из них более значим, вплоть до сверхценных и бредовых построений) или образовывать своеобразный психический резонанс, при котором в поле внимания находятся одновременно оба феномена и выбор дальнейшей деятельности в пользу какого-либо одного из них затруднен или вовсе невозможен.

Например, на фоне чувства радости у одной из пациенток вдруг возникает тревожная мысль и радостное состояние постепенно сходит на нет в пользу тревоги. В таком случае можно говорить, что один феномен (тревожная мысль) был соотнесен с другим (ощущение радости) и внимание переключилось на него, что привело к дальнейшему реагированию на мысль с формированием на ее основе состояния тревоги (большего чем только тревожная мысль). В случае, если и тревожная мысль, и ощущение радости оказались бы сопоставимо значимыми и достаточно сильными, предпочтение одного из феноменов могло быть затруднено и в поле внимания оба феномена могли бы находиться длительное время, так как оба требуют реагирования. При этом человек может указывать на затруднения в осуществлении деятельности в силу определенной противоречивости этих феноменов в части реализации поведения. Такое резонирующее состояние, в свою очередь, оказывается тоже феноменом, на который следует уже своя реакция и т.д.

Реагирование через вычленение предполагает, что в структуре феномена выделяется какой-то один из аспектов и в отношении его строится дальнейшее реагирование. Так, например, в состоянии тревоги может быть избрана в качестве «ми-

шени» взаимодействия только тревожная мысль или головокружение, или иное, а остальные компоненты феномена отходят, по крайней мере, на второй план внимания.

Результаты исследования

У пациентов с депрессивным эпизодом (64 человека) фиксировалась большая частота указаний на преобладание направленности их внимания на внутренние процессы 79,7% (51 человек), чем у здоровых испытуемых 13% (3 человека), для которых более свойственным являлось переживание событий, связанных с окружающим миром (87%).

У больных с депрессивным эпизодом внешние сигналы чаще вызвали ощущение сопротивления в пользу погруженности в состояние «внутренней тишины» — когда ничего не происходит. На этот феномен указали 43 пациента (67,2%) с депрессией.

У здоровых испытуемых этот феномен — приверженности к «внутренней тишине», практически не встречался. Только 3 из 23 человек указал на его существование (13%), но и эти эпизоды явно были короче по времени, чем у больных, и носили эпизодический характер. Здоровые испытуемые в значительно большей мере, чем пациенты, были включены в переживание событий, порождаемых «внешним миром», а не только собственной психикой.

У пациентов с депрессивным эпизодом внешние события часто вызвали весьма растянутый во времени поведенческий отклик, сопровождающийся неприятными эмоциональными ощущениями. Так, 57 пациентов указали наличие неприятных чувств в ситуациях, требующих по внешним причинам их вовлеченности в какую-либо деятельность (89%). Пациенты стремились к ощущению внутреннего покоя, когда нет никаких событий и переживаний, включая положительно окрашенные эмоции. Всего на такое стремление указали 49 пациентов (76,6%), больных.

У здоровых испытуемых тоже могли возникнуть неприятные эмоциональные ощущения при необходимости вовлекаться в какую-либо деятельность по не зависящим от них причинам. По крайней мере, у 5 из 23 человек (21%) такие указания отмечались. Но у здоровых лиц неприятные эмоции возникали в связи с тем, что внешние сигналы могли нарушать их собственные планы и намерения по реализации текущей деятельности. Но и у некоторых пациентов с депрессией фиксировались такие же ответы (5 пациентов — 7,8%). Основные отличия, пожалуй, заключались в том, что у пациентов с депрессией эта деятельность больше являлась пассивной и направленной на достижение переживания ощущения покоя, в то время, как у здоровых речь шла о достаточно высокой активности переживаний текущих событий при направленности на достижение ощущений индивидуально оцениваемых, как положительные.

Входящие сигналы, неважно внешние ли или внутренние, например, такие как необходимость туалета, предполагали реагирование у пациентов с депрессией включением негативных эмоциональных переживаний, иногда сопровождающихся неприятными ощущениями в теле, у 38 человек (59,3%). У здоровых лиц такой феномен вообще не был зарегистрирован (0%).

Пациенты большей частью никак не пытались взаимодействовать с возникающими спонтанно негативными эмоциями и были по отношению к ним пассивны или пытались их избежать, концентрируясь на еще большем переживании покоя (как будто бы давая возможность этим чувствам самим успокоиться) в подавляющем большинстве случаев (58 человек — 92,2%). В нескольких случаях наблюдались активные попытки противодействия негативным ощущениям 5 человек (7,8%).

У здоровых испытуемых при появлении негативных эмоций были возможными и переключение внимания на другие виды психической деятельности и переживание негативных чувств с концентрацией на них, без попыток избегания неприятных чувств. Такое поведение, как у пациентов с депрессией (пассивность или уклонение в пользу переживания покоя), у здоровых не было зафиксировано ни в одном из случаев.

В свою очередь, неприятные эмоциональные ощущения у больных, возникнув, постепенно стремились к затуханию. Указали, что негативные чувства проходят самостоятельно, 40 пациентов с депрессией (62,5%). Во время переживания неприятных ощущений деятельность пациентов была либо направлена на поиск возможности дать им успокоиться пассивно, либо путем простого ожидания, когда они пройдут с обеспечением себе покоя в надежде, что это поможет и последующим укреплением веры в то, что такой способ действенен. Такие отчеты получены от 61 пациента из 64 (95,3%). Во многих случаях пациенты для этого предпринимали попытки еще больше удерживаться в состоянии внутреннего покоя, — 34 пациента (53,1%).

Как уже говорилось ранее, для здоровых лиц такое поведение по отношению к собственным неприятным эмоциональным ощущениям было не типичным и в нашей выборке не встречалось ни в одном из случаев.

Попытки окружающих стимулировать пациентов к какой-либо деятельности приводили к пассивному сопротивлению пациентов (уклонение от деятельности), а иногда, вероятно в зависимости от энергетического потенциала, к активному протестному реагированию (4 человека — 6,25%). В этой связи пациенты указывали, что наименьшее сопротивление вызывала терапия, не требующая больших усилий, предпочтительнее выглядела фармакотерапия и желательно без побочных эффектов. Пациентам предлагалось выбрать хотят ли они сейчас, на момент исследования начать психотерапию, где предполагается их самостоятельная активность или предпочитают отложить этот вопрос до более позднего времени, а

сейчас предпочтут фармакотерапию. Последний вариант выбрали 51 человек из 64 (79,7%).

При этом побочные эффекты от фармакотерапии той или иной выраженности фиксировались у 11 человек, надо сказать, что они имели двойное воздействие на пациентов. С одной стороны, часть пациентов ограничивалась указанием только того, что побочные эффекты порождают неприятные ощущения (7 человек — 10,9%), с другой стороны, некоторые пациенты указывали, что побочные эффекты постоянно оказывали в роли своеобразного раздражителя, на который приходится отвлекаться, и это способствовало активации их деятельности, хотя и переживаемой с негативной эмоциональной окраской (4 человека — 6,25%). В частности, пациентка с сухостью во рту на фоне приема ТЦА испытывала легкое раздражение всякий раз, когда понимала, что сейчас надо будет отвлечься на то, чтобы попить воды. При этом пациентка не смогла указать конкретно, от чего отвлекала ее эта необходимость. Так же, как и большинство пациентов, она не смогла указать, от чего ее отвлекает та или иная нужда выйти из состояния внутреннего покоя (45 человек — 70,3%).

Эпизодически, с той или иной частотой, 59 пациентов отмечали спонтанное возникновение чувств печали, грусти, иногда тоски и тревоги (92,2%). Эти феномены возникали самопроизвольно, пациенты зачастую не связывали их появление с какой-либо предшествующей мыслительной активностью. Эти чувства не связывались пациентами ни с какой предваряющей их активностью (феномен в той или иной мере отмечен у 13 пациентов (20,3%), у 16 человек (25%) чувства связывались с мыслительной активностью, у 14 человек (21,8%) — со зрительными образами, у 21 человека (32,8%) — в связи с телесными ощущениями, часть из которых была связана с переживаниями неких побуждений, в той или иной мере понятных для пациентов (речь не идет о сенестопатиях, дело в том, что некоторые пациенты, судя по всему, имели затруднения по распознаванию собственных ощущений именно когнитивного характера).

У здоровых лиц печаль, грусть или тоска хотя и встречались в структуре переживаний, однако имели другую динамику. Так, 16 человек указали эти чувства как пережитые недавно (69,6%). При этом, 14 человек указали на связь между неприятными чувствами и мыслями, два человека указали неприятные чувства, как не связанные с воспоминаниями, мыслями или зрительными представлениями, а отнесли их к самопроизвольно возникающим переживаниям.

Часть пациентов с депрессией после появления неприятных чувств некоторое время (секунды) просто наблюдали эти ощущения, давая им развиваться и пассивно наблюдая за этим процессом 29 человек (45,3%). У одного пациента, ранее проходившего курс когнитивно-поведенческой психотерапии, отмечались попытки блокирования развертки этих чувств путем переключения вни-

мания и самоинструирования. В ряде случаев (отмечено у 21 человека — 32,8%) чувства не были сразу распознаны и требовалось небольшое время для понимания, «что это за чувство?» В дальнейшем, к чувствам присоединялась внутренняя вербальная активность или возникали зрительные образы или намерения к действиям.

В случаях легких депрессий (17 человек) пациенты хотя и указывали, что начинали думать, но, это «думать», по мнению 15 человек (88,2% от числа всех пациентов с легким депрессивным эпизодом) было намного менее устойчивой активностью, чем до депрессии. По мере «обрастания» эмоциональных переживаний мыслями, образами, предположениями причин психическое состояние могло ухудшаться (отмечали все пациенты) и тогда у пациентов, у которых был низкий энергетический потенциал (сами себя так оценивали 50 человек (78,1%), происходило постепенное ослабление «внутренней разработки страдания» (отмечали все из 43 человека из 50 — 86%).

У пациентов же с достаточно высоким уровнем энергетического потенциала (11 человек оценили себя так), накал переживаний мог формироваться очень высокий (7 человек из 11 — 63,6%). Включение в структуру переживаний идей о будущем оказалось более свойственно пациентам с относительно высоким уровнем психической активности, вплоть до признаков, свойственных для ажитации (у 2 пациентов такие элементы наблюдались более одного раза за последнюю неделю на момент осмотра).

В части случаев, спонтанная активность психики проявлялась в форме ощущения побуждений, которые, вероятно, распознавались тем быстрее, чем менее выраженной была депрессия. По крайней мере, часть пациентов — 23 человека (35,9) — указывали, что иногда не сразу могут понять, что это за побуждение, и тратили некоторое время (секунды, ни разу не встречались пациенты со сроком более минуты, но, вероятно, могут быть и такие) на его осознание. При легких степенях депрессии пациенты тоже некоторое время (самое долгое в нашей выборке было около 10 секунд) просто переживают недифференцированное ощущение, которое лишь немного позднее пытаются осознать, как конкретную потребность, и демонстрируют склонность откладывать ее удовлетворение все больше и больше. Формируется своеобразная прокрастинация собственных потребностей, которая имеет тенденцию постепенно нарастать. Этот феномен откладывания по времени удовлетворения собственных побуждений отмечался в 6 из 17 случаев депрессивного эпизода легкой степени и в 21 из 24 у пациентов с депрессивным эпизодом средней тяжести. По данным анализа в четырехпольной таблице, критерий Хи-квадрат = 12.061 при $p < 0,01$, критерий Хи-квадрат с поправкой Йейтса = 9.851 при $p < 0,01$, критерий Хи-квадрат с поправкой на правдоподобие = 12.485 при $p < 0,01$, точный критерий Фишера (двусторонний) = 0.00082 при $p < 0,05$. Таким образом, представляется обоснованным вы-

вод, что при утяжелении симптомов депрессии наблюдается усиление феномена откладывания собственных побуждений. Это подтверждается и данными по самоотчету пациентов. Так у 12 человек с диагнозом «депрессивный эпизод средней степени тяжести» удалось получить анамнестические свидетельства, что откладывание удовлетворения собственных побуждений нарастало по мере утяжеления симптомов депрессии. У 6 пациентов сведения были сомнительными.

У здоровых лиц феномен откладывания собственных побуждений нами зафиксирован у 9 человек (39,1%). Это происходило в связи с разными поводами. Так, несколько участников отмечали, что иногда, когда просыпаются ночью в связи с позывами к мочеиспусканию, склонны некоторое время откладывать пробуждение и туалет в пользу сна. У одной участницы исследования отмечалась небольшая склонность откладывать обеды (связывала это с необходимостью избавиться от лишнего веса).

Обсуждение

Предложенный нами подход к ведению клинической беседы позволяет существенно дополнить картину психического расстройства за счет включения в его описание динамики психических феноменов, что позволяет лучше понимать процессы переживания пациентами имеющихся у них состояний. Применение данного метода предположительно может дать больше возможностей к пониманию патоморфоза психопатологической симптоматики, вероятно включая и лекарственный патоморфоз симптомов при самых разных психических расстройствах, а возможно, что и к лучшему пониманию функционирования психики здорового человека.

Очевидной представляется практическая польза такого подхода для осуществления не только фармакотерапевтического, но и психотерапевтического вмешательства, ориентированного на восстановление адаптивной динамики феноменов и способов реагирования на них.

Выделенные нами аспекты реагирования «интрапсихического интервью» активность — пассивность, уклонение — достижение, соотношение — вычленение представляются применимыми для получения доступа к лучшему раскрытию пациентами переживаний психических феноменов в их динамике.

В структуре психических переживаний пациентов с депрессивными синдромами, одним из наиболее заметных явлений оказывается приверженность пациентов к переживанию внутреннего спокойствия, часто выступающего центральной идеей, вокруг которой сосредоточены остальные феномены и реакции на них.

Пациенты с депрессией склонны к уклонению от возникающих у них субъективно неприятных чувств более часто и значительно сильнее, чем это встречается у здоровых лиц. Кроме того, для пациентов более характерно откла-

дывание удовлетворения своих потребностей во времени. И хотя у здоровых лиц этот феномен тоже встречается, у пациентов с депрессивными расстройствами отмечается его нарастание, ассоциированное с ростом тяжести симптомов депрессии.

Выводы

1. «Интрапсихическое интервью» существенно дополняет представления врача и пациента о клинической картине психического расстройства и связи между разными феноменами. Позволяет лучше понимать природу изменений в состоянии пациента и искать возможности по более адаптивному регулированию психического самочувствия. В этой связи представляется актуальным проведение интрапсихического интервью у пациентов с разными диагнозами, для уточнения динамики психических феноменов и формирования

тактики терапии и более полное исследование феноменов, имеющих при депрессии.

2. У пациентов с депрессией переживание исследованных в данной работе (но далеко не всех) психических феноменов характеризуется более выраженными, чем у здоровых лиц, склонностью к уходу от переживания негативных чувств, стремлением к достижению состояния «внутреннего покоя», склонностью откладывать удовлетворение естественных потребностей, снижением способности к распознаванию собственных ощущений и их интерпретации.

3. У здоровых лиц имеется своя специфика переживания психических феноменов, которую затруднительно соотнести с какими-либо из известных способов оценки психической деятельности, что требует разработки новых методов понимания этих процессов.

Литература

1. Гуссерль Э. Кризис европейских наук и трансцендентальная феноменология. — Изд-во «Наука». — 2013. — 496 с.
2. Гуссерль Э. Феноменология (Статья в Британской энциклопедии) // Логос. — 1991. — № 1. — С. 12-21.
3. Роджерс К.Р. Клиент-центрированная психотерапия. — Изд-во: «Эксмо-Пресс». — 2002. — 430 с.
4. Хайдеггер Мартин. Основные проблемы феноменологии. Учебное издание. — Санкт-Петербург: Высшая религиозно-философская школа. — 2001 г. — 446 с.
5. Энгельгардт Б.М. Феноменология и теория словесности. — М.: Новое литературное обозрение. — 2005. — 464 с.
6. Ясперс К. «Общая психопатология». — М.: Практика. — 1997. — С. 64-81, 331-351.
7. Mensch J. Postfoundational phenomenology: Husserlian Reflections on Presence and Embodiment. — The Pennsylvania State University. — 2001. — P. 11.

References

1. Gusserl' E.H. Krizis evropejskih nauk i transcendental'naya fenomenologiya. — Izd-vo « Nauka ». — 2013. — 496 s.
2. Gusserl' E.H. Fenomenologiya (Stat'ya v Britanskoj ehnciklopedii) // Logos. — 1991. — № 1. — S. 12-21.
3. Rodzhers K.R. Klient-centrirovannaya psihoterapiya. — Izd-vo: «EHksmo-Press». — 2002. — 430 s.
4. Hajdegger Martin. Osnovnye problemy fenomenologii. — Uchebnoe izdanie. — Sankt-Peterburg: Vysshaya religiozno-filosofskaya shkola. — 2001. — 446 s.
5. EHngel'gardt B.M. Fenomenologiya i teoriya slovesnosti. — M.: Novoe literaturnoe obozrenie. — 2005. — 464 s.
6. Yaspers K. «Obshchaya psihopatologiya». M.: Praktika. — 1997. — S. 64-81, 331-351.

Сведения об авторах

Харитонов Сергей Викторович — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник лаборатории медицинской психологии и психотерапии Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины департамента здравоохранения г. Москвы. E-mail: sergeyhar@mail.ru

Зайцев Вадим Петрович — доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник лаборатории медицинской психологии и психотерапии Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины департамента здравоохранения г. Москвы. E-mail: vaza@3psy.ru

Голубев Михаил Викторович — доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник лаборатории медицинской психологии и психотерапии Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины департамента здравоохранения г. Москвы. E-mail: golubevmisha@gmail.com

Кукшина Анастасия Алексеевна — кандидат медицинских наук, руководитель лаборатории медицинской психологии и психотерапии Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины департамента здравоохранения г. Москвы. E-mail: kukshina@list.ru