



Психологическое сопровождение личности

Нина Васильева

КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОАНАЛИЗ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДА

Практика
психоанализа –
помощь
страдающим

Психоаналитический подход на практике изначально применялся в психологической помощи страдающим людям. По определению З. Фрейда, «любое лечение, основывающееся на понимании и применении концепций переноса и сопротивления, может быть названо психоаналитическим» [1]. Современное определение психоанализа сходно. Психоаналитической называется такая терапия, которая признает существование бессознательных психических процессов, которая изучает мотивы человеческого поведения и развития, которая использует понятия «сопротивление» и «перенос» [2].

Профессия
слушать пациента

Практика психоанализа – это, в первую очередь, профессия слушать пациента. Причем, говорение и слушание в процессе психоанализа отличаются от этих процессов в других видах коммуникаций. Речь идет не о том, что «слово лечит», как это часто говорится о психотерапии, а о том, что при взвешенном содействии психоаналитика услышанное собственное слово ведет к возможности открытия нового, хотя уже имевшегося знания о себе [3]. В процессе познания личности язык и его символические функции приобретают совершенно особое значение. В этом смысле психоанализ больше смыкается с психологическими, нежели с медицинскими, моделями психотерапии. М.А. Гулина считает, что «в

Поиск причин
человеческого
страдания

основе терапевтического психологического знания в отличие от психотерапевтического медицинского знания лежит не понятие психического здоровья, а понятие терапевтической модели изменений личности, которая (модель) свободна от идеи «нормальности-ненормальности»: она заменена различными вариациями концепции индивидуального развития личности» [4]. Как медицинские, так и психологические модели направлены на помощь страдающему человеку. Однако медицинские модели больше ориентированы на воздействие, чем на взаимодействие с пациентом, а в области психотерапии «говорение» – этот «оттенок» несет решающий смысл как для установления рабочих отношений между психотерапевтом/консультантом и пациентом/клиентом, так и для установления будущих, измененных отношений клиента с собой и внешним миром [5].

Психоаналитический подход концентрируется на прослеживании причин человеческого страдания. Психоаналитическая модель утверждает, что причины эмоциональных проблем связаны не столько с конкретной актуальной ситуацией, в которой находится клиент, сколько с типичными особенностями проживания им ситуаций, которые обусловлены ранее принятыми им неосознанными решениями. По этой модели корни самых ранних подобных решений находятся в детском опыте клиента. Психоанализ как терапевтическая процедура как раз и направлен на осознание пациентом своих бессознательных, в том числе и самых ранних, конфликтов. Психоаналитик поощряет пациента говорить все, что приходит ему в голову. Очень скоро границы осознания пациентом реальности указывают аналитику на центральные конфликты пациента. С самого начала пациент ощущает, что аналитик понимает и знает многое о нем. Реплики и ответы аналитика постепенно знакомят и пациента с аналитиком. Надо надеяться, что аналитик предстанет перед пациентом как человек, имеющий сравнительно безоценочную и нейтральную позицию, и постепенно анализ все больше будет ощущаться пациентом как безопасное место, где можно говорить действительно все, что приходит в голову. В этой атмосфере безопасности аналитик работает с сопротивлениями и защитами пациента, тем самым постепенно уменьшая препятствия, стоящие перед пациентом на пути к бессознательным элементам в его психике. Работы последних десятилетий показывают, что внутренняя опасность и необходимость в защитах снижается у пациента только внутри доверительных и надежных взаи-

Психоанализ как психотерапевтическая ситуация

моотношений с аналитиком [6]. Доверительные отношения с аналитиком тем более важны, что в этих отношениях страдания пациента оживают с новой силой. Фокус центральных конфликтов смещается в ситуацию здесь-и-теперь. Этот новый локус невротического конфликта и становится фокусом аналитической работы.

Итак, психоаналитический процесс можно определить как психотерапевтическую ситуацию, в которой аналитик производит вмешательства своими прояснениями и интерпретациями конфликтов пациента, в особенности обращаясь к сопротивлению и конфликтам, связанным с аналитической ситуацией здесь-и-теперь. Такая специфически диадическая передача знаний в ходе лечения стимулирует пациента к дальнейшему размышлению о своем опыте и, особенно, о своих бессознательных мотивах. Описываемая форма размышлений пациента называется инсайтом. Следствием процесса инсайта является то, что на поверхность можно вывести новый материал, который, в свою очередь, означает увеличение знаний и позволяет пациенту достичь новых инсайтов, приводящих к излечению [7].

Изменения пациента зависят от психоаналитика

Изменения в пациенте зависят в большой степени от качества вклада самого аналитика, представленного его способностью выбирать правильные моменты своего вмешательства, тип психоаналитического вмешательства и его содержание, а также понятность (ясность) этого вмешательства. Соответственно, неподходящие, неуместные, сделанные не вовремя высказывания аналитика ограничат аналитический прогресс. Поэтому аналитическому процессу способствует понимание аналитиком своих собственных ответов и рассмотрение своих собственных сопротивлений с помощью самоанализа и рефлексии [8].

Клиническая практика психоанализа и метапсихология

Многие психоаналитики признают наличие различий между клинической практикой психоанализа и его метапсихологией. Х. Томэ и Х. Кэхеле утверждают, что аналитический метод и язык психоаналитической теории находятся на разных уровнях [9]. Аналитическая ситуация, являющаяся основой познания, привлекает все большее внимание исследователей. Объясняющая же теория психоанализа не удовлетворяет как представителей научной психологии, так, во многом, и самих психоаналитиков. Психоаналитическая метапсихология берет свое начало в работах З. Фрейда. Например, в работе «Интерпретации сновидений» [10] он попытался описать психологическую модель психики. Такие выражения, как «энергетика инстинктов», «разрядка и ка-

тексис энергии» и т.п. относятся именно к метапсихологическим попыткам объяснить явления психической жизни человека. Многие исследователи объясняющей теории психоанализа считают, что элементы, заимствованные Фрейдом из биологии, сузили понимание глубинной психологии и психоаналитических объяснений или даже исказили это объяснение [11]. В 1960–1970 годах Д. Рапапорт в своих работах тщательно проанализировал существующую систему метапсихологических положений. Его исследования показали слабость этих идей как научных положений [12]. Метапсихология психоанализа остается связанной с биологией XIX века вместо того, чтобы обратиться к данным, добытым в аналитической ситуации. Однако клинический метод и факты, полученные этим методом, всегда были и по сей день остаются ценным источником информации о человеческой психике. Одновременно с созданием метапсихологии З. Фрейд развивал и теорию глубинной психологии, которая строилась на данных, полученных в психоаналитической ситуации. Положения этой теории были выведены из клинической практики, они отражают не объясняющую, а понимающую природу психоаналитического метода и образуют клинически полезное описание процессов, происходящих в период развития и функционирования личности. Многие современные аналитики предпочитают использовать чисто «клиническую модель», модель, касающуюся мотиваций и смысла поведения, а не причин поведения [13]. Задача современного психоанализа – обновить свою теорию, ранее существовавшую в форме метапсихологии. Основанием для научной теории психоанализа может служить, в первую очередь, клинический опыт. Поэтому современные психоаналитики активно ищут пути экспериментального изучения как собственно клинического метода психоанализа, так и результатов, полученных с его помощью. Описание клинического метода психоанализа представлено в другой нашей работе [14]. Здесь же мы обратимся к исследованиям, иллюстрирующим результаты применения этого метода.

Исследования эффективности клинического психоанализа

Сопоставление
результатов
с целями

Исследование эффективности практики клинического психоанализа возможно через сопоставление результатов с целями. Однако непросто дать определение целям психоаналитической работы так, чтобы они могли быть легко исследованы. Так же непросто исследо-

Сложности
измерения
неизмеримого

вать достижение поставленных целей, чтобы это было и объективно, и все-таки представляло клинический смысл. М.Бостон и Д. Лаш утверждают, что в исследовании эффективности психоаналитической психотерапии вопрос о соотношении целей психотерапии и используемых концепций является центральным [15]. Эти исследователи подчеркивают, что в процессе психоаналитической психотерапии происходят структурные изменения личности, которые только косвенно связаны с симптоматическими улучшениями. Симптомы могут проходить, в то время как существенных внутренних изменений еще не произошло. В других случаях симптомы могут сохраняться или даже возрастать, в то время как происходят значительные внутренние изменения.

Учитывая указанное стремление психоанализа не только к устранению симптома, но также и к внутреннему изменению в потенциале личностного роста и развитию ума, возможно ли вообще достижение этих целей измерить? Те, кто работает с человеческой психикой, неизбежно сталкиваются со тем, что оценивание всей сложности индивидуальности и индивидуального опыта по шкале 10 или даже 20-балльной системы является упрощением. Может ли в таком случае психоаналитическая терапия надеяться показать свою эффективность? Изменение симптома – это довольно грубый показатель в сравнении со сложностью межличностных процессов, которые происходят за сотни сессий психотерапевтического лечения. Поэтому неудивительно, что большинство психоаналитических психотерапевтов настроены скептически по поводу исследований результатов терапии [16]. Систематические исследования эффективности психотерапии гораздо больше представлены в бихевиоральных и когнитивно-бихевиоральных подходах, нежели в психодинамических подходах [17]. Когда психоаналитиков спрашивают, почему идея исследования терапевтической практики столь непопулярна у них, то всплывает ряд причин: переменные, выбираемые в большинстве исследований, не отражают истинности клинической практики; анализ данных направлен на получение групповой статистики и статистической значимости, что не соответствует единичности клинического взаимодействия с пациентом; исследовательские находки не переводятся в клинически употребимый формат.

Три этапа
исследований
в психоанализе

Если обратиться к историческому рассмотрению исследований в психоанализе, то можно сослаться на Дж. МакЛеод, который выделяет на этом пути, по крайней мере, три основные вехи [18].

Этап описания
конкретных
случаев и
открытия
новых явлений

На первой стадии психотерапевтических исследований, при формировании дисциплины, акцент делался на описаниях и открытиях новых явлений. Изучение конкретного терапевтического случая рассматривалось как центральная модальность для исследования бессознательного, для развития нового понимания и новых теорий о работе человеческой психики. Работы З. Фрейда – лучшая тому иллюстрация. Именно исследования такого рода позволили накопить знания о терапевтических техниках и их эффектах для разных групп пациентов. Во многом язык психоанализа, то есть те идеи, которые очерчивают психоанализ как область науки, сформировался именно исходя из клинического опыта работы с пациентами. Это такие понятия, как: бессознательное, вытеснение, перенос и контрперенос, эдипов комплекс, параноидно-шизоидная и депрессивная тревоги, расщепление, проективная идентификация, нарциссизм и т.д. В этот период были открыты и описаны многие ключевые концепции, которые и до нынешнего времени составляют основу психоаналитической теории. Это понятия переноса, контрпереноса, интерпретации, фантазий, бессознательного и т.д. Клинические исследования были и, возможно, до сих пор остаются, наиболее широко используемым и распространенным методом «психоаналитического исследования» среди практикующих клиницистов [19].

Период
консолидации и
стандартизации

Второй этап психотерапевтических исследований, который МакЛеод называет «периодом консолидации и стандартизации», начался примерно с 1950-х годов. Когда психоанализ укрепился как профессия, то акцент в исследованиях сместился от открытий к проверке и подтверждениям с целью упрочить профессиональный фундамент психоаналитической работы. «Психоаналитические исследования сместили свои цели к установлению «научной базы знаний», и возник интерес и необходимость в поиске доказательств, убеждающих научную общественность в верности тех утверждений, которые упрочились внутри психоанализа» [20]. Этот период характеризуется обращением к экспериментам более академического плана – с гипотезами и их проверкой. Психоанализ пытался воссоздать себя как «естественную науку». Исследовательские знания теперь рассматривались как форма объективного изучения, которая была направлена на подтверждение «правды» психоаналитических теорий, эффективность психоаналитического лечения.

Время
неопределенности
и возможностей

Сейчас психоанализ находится в каком-то смысле на «третьей ступени» развития исследований. Это время неопределенности и возможностей. С одной стороны, существует требование доказательств и свидетельств, требование к психоанализу предоставить исследования, которые можно было бы считать «научными», «точными», «объективными» [21]. С другой стороны, по мнению Г. Бахраха, ведущего исследователя результатов психотерапии, «использование многовариантных статистических методов для изучения большого числа случаев требует предварительного отбора исследуемых категорий, на основе которых все случаи будут оценены. А это приведет к статистическому усреднению находок, принесению в жертву индивидуальной неповторимости каждого случая и потере разнообразных качественных измерений, которые и составляют суть психоанализа» [22].

Между наукой
и практикой

Таким образом, перед психоаналитиками стоит дилемма – следовать ли научно признанным методам исследования, одобренным официальной наукой, однако дающим неоднозначную валидность и осмысленность с точки зрения психоаналитической, либо же столкнуться с задачей создания совершенно новых методов, которые бы принимали во внимание неизбежную субъективность психоаналитических наблюдений за испытуемыми – пациентами. Это отражает кризис, который в настоящее время переживает психоаналитическая терапия в смысле доказательств эффективности этого вида психотерапевтического лечения.

В последние годы исследователи искали методологии, способные сохранить специфичность и многогранность терапевтического процесса и в то же время предоставить возможность систематизировать данные так, чтобы избежать недостатков в традиционных исследованиях клинических случаев. Такая методология, похоже, была найдена в качественных исследованиях.

Качественный
подход к
исследованию

Журнал «Исследование в психотерапии» посвятил специальный выпуск качественным исследованиям в психотерапии («Psychotherapy Research», 1999, 9/3), а Исследовательская конференция Международной психоаналитической ассоциации имени Дж. Сандлера провела в 2000 году конференцию по теме «Качественные методы в психоаналитическом исследовании». Что же такое «качественный подход к исследованию»? Это подход, направленный скорее на поиск понимания внутреннего мира человека, чем на получение статистических корреляций. Он представляет собой детальное систематизированное

исследование (изучение) небольшого числа случаев. Целью такого изучения является выдвижение гипотез, основанных на полученных данных, в результате анализа постоянного взаимодействия между наблюдением и пониманием. Как уже сказано, фокус в таких исследованиях делается на малом числе случаев, поэтому в результате такого исследования нельзя сделать обобщения о большой выборке (что почти всегда является целью статистического анализа). Тем не менее такие исследования дают возможность построения моделей понимания, которые выходят за рамки отдельного случая. Качественные исследования подходят больше для выдвижения гипотез, чем для их валидации. Для их проведения используют полуструктурированные интервью, в отличие от «закрытых» вариантов, таких как опросники. Акцент делают на тщательном и глубоком анализе языка, опыта и мыслей конкретных испытуемых [23].

Качественная методология в психоаналитической терапии

Известны примеры использования качественной методологии во взрослой психоаналитической психотерапии. Например, было проведено исследование мнений самих пациентов о полученной ими психотерапии [24]. В этих данных представлены субъективные отчеты пациентов о том, что значила для них психотерапия. Такие исследования могут являться хорошим дополнением к объективным попыткам измерить «улучшения» в процессе психотерапии. Интересной находкой явился факт того, что взрослые пациенты не считали уменьшение или исчезновение симптомов самым важным аспектом полученной ими психоаналитической психотерапии. Самым значимым они считали другой аспект – вероятно, меньше поддающийся измерению, – появившееся чувство управления своей жизнью, или улучшение качества межличностных отношений [25]. Также было проведено большое катамнестическое исследование, в котором опрашивали 27 взрослых, проходивших интенсивную психоаналитическую психотерапию в детском возрасте, от 20 до 40 лет назад [26]. Полученные данные свидетельствуют, что большинство взрослых полагали, что психотерапия, которую они проходили в детстве, продолжала оказывать влияние и на их взрослую жизнь. Один из пациентов обозначил развившуюся у него в результате психотерапии способность как способность к проведению самоанализа. И так, не избавление от чувства тревоги, стресса или подавленного настроения оставалось с пациентами после детской психотерапии, но способности справляться с этими чувствами, формирование навыков самоанализа.

Преимущества психоаналитической психотерапии проявляются только после окончания лечения

Значимость интенсивности психотерапии

Из исследований в области психоанализа и психоаналитической психотерапии можно выделить следующие основные выводы [27]:

1 – большинство преимуществ психоаналитической психотерапии проявляется только после окончания лечения. В исследовании, проведенном П. Фонаги и А. Бэйтмен [28], было показано, что в самоотчетах двух групп пограничных пациентов, одна из которых получала психоаналитическое лечение, а другая – непсихоаналитическое, значимые различия возникали и увеличивались только в периоде после завершения терапии. Также значимо уменьшились проявления саморазрушительного поведения;

2 – интенсивность терапии (то есть количество сессий в неделю) также имеет значение. М. Тарже и П. Фонаги в своем исследовании эффективности психоаналитической терапии для детей, проведенном в Центре Анны Фрейд [29], показали, что неинтенсивная терапия оказалась менее эффективной в более сложных случаях эмоциональных расстройств. Отдаленное обследование детей после завершения психотерапии в этом исследовании показало, что результаты успешного лечения сохраняются вплоть до взрослого возраста, в то время как неуспешное лечение (или недостаток лечения) приводит к жизни, полной проблем. В независимом исследовании, проведенном в Амбулаторной детской и подростковой психиатрической клинике в Гейдельберге, было подтверждено, что интенсивная терапия оказалась более эффективной по сравнению с неинтенсивной и что чем младше был возраст ребенка, тем более выраженными были результаты терапии [30]. В отличие от исследований Центра Анны Фрейд, не обнаруживших никаких гендерных различий, в этом исследовании выявилась большая эффективность интенсивной психотерапии для девочек, чем для мальчиков.

В Стокгольмском проекте исследования результатов психотерапии и психоанализа (Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis project) [31] было показано, что на период завершения найдено мало различий между результатами терапии один раз в неделю и терапии четыре-пять раз в неделю. Однако изучение самоотчетов пациентов о симптоматическом состоянии (улучшении), проведенном через три года, показало, что интенсивная терапия имеет значительные преимущества перед неинтенсивной работой. Краткосрочные виды терапии в Стокгольмском исследовании в отдаленном изучении оставляли только минимальный эффект.

Проблема модели
психотерапевтиче-
ского действия

Таким образом, психоаналитическая терапия и психоанализ, проведенные квалифицированно и успешно, несомненно приводят к позитивным изменениям в жизни пациентов, хотя с трудом поддаются статистическим измерениям.

Другой существенный вопрос, вытекающий из этого утверждения, – за счет чего же эти изменения совершаются? Недавние нейробиологические исследования показали, что «психотерапия изменяет функциональные связи между нейронами и затем приводит к превращению этих функциональных изменений в изменения собственно структуры коры головного мозга» [32]. Накапливаются работы, которые показывают, что «психотерапия изменяет нейрохимию и физиологию мозга, обеспечивая присутствие стимула, который оставляет следы в памяти» [33].

Описать модель терапевтического действия в психоанализе чрезвычайно трудно, если вообще возможно. Ф.Пайн высказал предположение, что не имеет смысла искать одну-единственную модель терапевтического действия в психоанализе, что механизм будет индивидуализирован в соответствии с личностями пациента и психоаналитика [34]. В результате продолжающихся дискуссий о терапевтических механизмах было, в общем, признано, что психические изменения у личностей, демонстрирующих отклонения в развитии, дефициты разного рода, в том числе и структурные, и личностные расстройства не вписываются в невротическую модель терапевтического действия. С конца 1970-х многие авторы сместили акцент со структурного изменения как фокуса терапевтического действия на взаимодействие между пациентом и аналитиком как целебный опыт, на ранние материнско-детские отношения как наиболее адекватный аналог терапевтического опыта. Считается, что терапевт запускает процессы развития, другими словами, аналитик выполняет функцию «развивающего объекта» [35]. В «переходном пространстве» терапии можно играть с мыслями и эмоциями, в то же время переживая их как реальные [36]. Некоторые авторы постулируют, что «именно взаимоотношения пациент-психотерапевт являются тем фактором окружения, который связан с подкорковыми лимбическими структурами, опосредующими эмоциональное возбуждение» [37], иначе говоря – тем фактором, который способен вызвать изменения в структуре коры головного мозга пациента.

Эффективность
есть, но доказать
ее трудно

Обобщая вышесказанное, отметим, что исследования последних десятилетий стремятся показать эффективность психоанализа как формы терапевтической помощи. Психоанализ и психоаналитическая психотерапия не нацелены на решение конкретных проблем, предъявляемых пациентом, или на работу с симптомом. Целью психоаналитической работы с детьми является восстановление нормального хода эмоционального развития. Существуют трудности экспериментального доказательства достижения этой цели, и это требует постоянного продолжающегося поиска адекватных методов исследования.

1. *Freud S.* On the history of the psycho-analytic movement (1914) // Standard Edition. Vol. XIV. L., 1957. P. 116.
2. *Райкрофт Ч.* Критический словарь психоанализа. СПб., 1995.
3. *Wallerstein R.* Talking Cures. N.-Y., 1999.
4. *Гулина М.А.* Терапевтическая и консультативная психология. СПб., 2001. С. 17.
5. *Там же.*
6. *Sandler J.* The background of safety // Int. Journal of Psychoanalysis. 1960. Vol. 41. P. 352-356; *Levy S., Inderbitzen L.* Safety, danger and the analyst's authority // Journal of American Psychoanalytic Association. 1997. Vol.45. P. 377-394.
7. *Томэ Х., Кэхеле Х.* Современный психоанализ: В 2 т. Теория. М., 1996. С. 496.
8. *Wallerstein R.* Talking Cures. N.-Y., 1999.
9. *Томэ Х., Кэхеле Х.* Современный психоанализ: В 2 т. Теория. М., 1996.
10. *Freud S.* The interpretation of dreams (1900) // Standard Edition. Vol. IV. L., 1957.
11. *Modell A.H.* Does metapsychology still exist? // International Journal of Psychoanalysis. 1981. Vol. 63. P. 391-402.
12. *Rapaport D.* The collected papers of David Rapaport. N.-Y., 1967; *Rapaport D., Gill M.M.* The points of view and assumptions of metapsychology // International Journal of Psychoanalysis. 1959. Vol.40. P. 153-162.
13. *Taylor G.J.* Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis. Madison, Connecticut: International Universities Press, 1987.
14. *Васильева Н.Л.* Теория и методология современного детского психоанализа. СПб., 2005.

15. *Boston M., Lush D.* Can child psychotherapists predict and assess their own work? A Research note // *ACPP Review and Newsletter*. 1993. No. 15 (3). P. 112–119.

16. *Fonagy P.* The research agenda: the vital need for empirical research in child psychotherapy. // *Journal of Child Psychotherapy*, 2003, Vol. 29, No.2, pp.129-136.

17. *Hodges J.* Research in child and adolescent psychotherapy. An overview. *The handbook of child and adolescent psychotherapy. Psychoanalytic approaches*. Ed. M. Lanyado, A. Horne. L.; N.-Y., 1999. P. 105–124.

18. *McLeod J.* *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy*. L., 2001.

19. *Rustin M.* Research in the consulting room // *Journal of Child Psychotherapy*. 2003. Vol. 29 No.2. P. 137–145.

20. *McLeod J.* *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy*. L., 2001. P. 12.

21. *Midgley N.* Sailing between Scylla and Charybdis: Incorporating qualitative approaches into child psychotherapy research // *Journal of Child Psychotherapy*. 2004. Vol. 30. No.1. P. 89–111.

22. *Bachrach H.* The Columbia Records Project and the evolution of psychoanalytic outcome research // Shapiro, T. and Emde, R. (Eds.) *Research in Psychoanalytic process, Development and Outcome*. N.-Y., 1995. P. 292.

23. *Midgley N.* Sailing between Scylla and Charybdis: Incorporating qualitative approaches into child psychotherapy research // *Journal of Child Psychotherapy*. 2004. Vol. 30. No. 1. P. 89–111.

24. *Rennie D.* Experiencing psychotherapy: grounded theory studies // *Handbook of Research in Humanistic Psychotherapies*. Eds. D. Cain, J. Seeman. Washington, 2000.

25. *Connolly M., Strupp H.* Cluster analysis of patient reported psychotherapy outcomes // *Psychotherapy Research*. 1996. № 6. P. 30-42.

26. *Midgley N.* *Memories of Therapy: A Qualitative Study of Retrospective Accounts of Child Psychoanalysis*. Psych.Doct.Dissertation, University College. L., 2003; *Target M., Fonagy P.* Predictors of outcome in child psychoanalysis: a retrospective study of 763 cases at the Anna Freud Centre // *Journal of American Psychoanalytic Association*. 1996. № 44. P. 27–77.

27. *Anderson E.M., Lambert M.J.* Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis // *Clinical Psychology Review*. 1995. № 15. P. 503–514.

28. *Bateman A., Fonagy P.* Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up // *American Journal of Psychiatry*. 2001. №158(1). P. 36–42.

29. *Target M., Fonagy P.* Predictors of outcome in child psychoanalysis: a retrospective study of 763 cases at the Anna Freud Centre // *Journal of American Psychoanalytic Association*. 1996. № 44. P. 27–77;
Target M., Fonagy P. The efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1994. № 33. P. 361–371.

30. *Target M.* Research and audit // *Rethinking Clinical Audit: The case of Psychotherapy Services in the NHS*. Eds. R.Davenhill and M.Patrick. L., 1998.

31. *Blomberg J., Lazar A., Sandell R.* Long-term outcome of long-term psychoanalytically oriented therapies; First Findings of the Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis study // *Psychotherapy Research*. 2001. № 11. P. 361–382.

32. *Vaughan S.C.* The Talking Cure: The Science Behind Psychotherapy. N.Y., 1997. P. 68.

33. *Liggan D.Y., Kay J.* Some neurobiological aspects of psychotherapy // *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 1999. № 8 (2). P. 103–114. P. 111.

34. *Pine F.* Developmental theory and clinical process. New Haven, 1985.

35. *Тэхке В.* Психика и ее лечение: психоаналитический подход. М., 2001.

36. *Winnicott D.W.* The Maturation Process and the Facilitating Environment. N.-Y., 1965.

37. *Schore A.N.* Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development. New Jersey, 1994. P. 473.

