

ПСИХОЛОГІЯ ОПОРУ В ПСИХОАНАЛІТИЧНОМУ ТА КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОМУ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ПІДХОДАХ

У статті репрезентовано теоретичний аналіз теорії опору в психоаналітичному та когнітивно-поведінковому підходах, виділено згідно з параметрами прийоми роботи з ним у рамках двох терапевтичних напрямків.

Ключові слова: психоаналітичний підхід, когнітивно-поведінковий підхід, опір, перенесення, его, супер-его, ід, когнітивна терапія, раціонально-емотивна поведінкова терапія.

Демерс А. Э. Психология сопротивления в психоаналитическом и когнитивно-поведенческом терапевтических подходах. В статье представлен теоретический анализ теории сопротивления в психоаналитическом и когнитивно-поведенческом направлениях, выделены в соответствии параметров приемы работы с ним в рамках двух терапевтических направлений.

Ключевые слова: психоаналитический подход, когнитивно-поведенческий подход, сопротивление, перенесение, эго, супер-эго, ид, когнитивная терапия, рационально-эмотивная поведенческая терапия.

Demers A. E. Psychology of Resistance in Psychoanalytic and Cognitive-Behavioural Therapy Approaches. Theoretical analysis of the resistance theory in psychoanalytical and cognitive-behavioural directions has been presented in the article. The approaches of work in accordance with parameters have been defined within two therapeutic approaches.

Key words: psychoanalytical approach, cognitive-behavioural approach, resistance, transference, ego, super-ego, id, cognitive therapy, rational-emotive behavioural therapy.

Постановка наукової проблеми та її значення. Опір клієнта змінам є центральною концепцією у сфері практичної психології (психотерапії, консультуванні). Термін «опір» – це психічне утворення, яке проявляється в супротиві виконанню розпоряджень, вказівок, впливів тощо [1, 280]. Опір може бути у терапевтичних стосунках чи особистих зусиллях клієнта на шляху до змін [4; 16; 17; 20]. Отже, першочерговою проблемою для практичного психолога є вміння працювати з опором клієнта. У вітчизняній психології до вивчення психології опору звертаються А. Ф. Бондаренко, Т. М. Зелінська [2; 3]. Проте недостатня кількість знань із цієї проблеми спонукає нас до вивчення західних психологічних теорій.

Основними напрямками у психотерапії, що стосуються роботи з опором клієнта, є психоаналітичний, когнітивно-поведінковий, гуманістично-експериментальний та підхід сімейних систем. У цих підходах відсутня інтегративна основа, яка об'єднує їх, на яку можуть спиратися психотерапевти незалежно від теоретичних уподобань. І тому недостатнє науково-теоретичне та практичне дослідження означеної проблеми обумовлює потребу вивчення психології опору, зокрема в психоаналітичному та когнітивно-поведінковому підходах.

Аналіз останніх досліджень із цієї проблеми. Опір займає центральне місце в деяких психоаналітичних теоріях і незначне або взагалі ніякого – в інших. Наш теоретичний огляд охоплює погляди, які сьогодні впливають на психоаналітичні теорії і практичну роботу в цьому напрямку. Це теорії З. Фрейда, об'єктних стосунків і міжособистісних стосунків.

Концепція опору є центральною у *фрейдистських психоаналітичних підходах* і меншою мірою стосується сучасних версій психоаналітичного напрямку. У фрейдистському психоаналітичному напрямі питання «Чому люди чинять супротив?» розуміються так: «Чому люди не змінюються і повторюють негативні патерни, які розчаровують їх?». Пояснити це можна тим, що інстинктивні потяги, як правило, репрезентують сексуальну чи агресивну мотивацію, спрямовують до задоволення. Оскільки ці потяги є проблемою для еґо і неприйнятні для супер-еґо, вони зазнають пригнічення. Невротичні симптоми і опір поведінки, згідно з М. Іґл, є спробою вирішити цю дилему [14]. Оскільки ці бажання залишаються несвідомими, то їх не можна задовольнити в реальності і людина не може навчитися жити збалансовано без їх здійснення. Зміни не відбудуться, поки ці бажання не стануть свідомими. Згідно з принципом задоволення, будь-які спроби зробити їх свідомими чи змінити викликають тривогу, що, у свою чергу, перетворюється в стійке уникнення. Процес опору в психоаналітичній терапії показує, що він стосується основних конфліктів, які загострюють невротичні симптоми. Отже, опір розглядається як передбачувана і неминуча частина процесу змін.

З точки зору фрейдистських поглядів, існує головний конфлікт між *ід бажаннями* й імпульсами, які прагнуть вияву, і *супер-еґо*, що намагається запобігти цьому. Тиск *бажань ід* спричиняє тривогу, яку захисні механізми намагаються знизити. Невротичні симптоми і негативно повторювані міжособистісні патерни під час і поза терапією

складають «компромісне утворення» чи часткове вирішення конфлікту [19]. Ці патерни згодом стають вирішенням проблеми тривожності. Згідно з більш загальним рівнем фрейдистської психоаналітичної теорії, поведінка опору слугує для зменшення тривоги, що пов'язано зі знаннями про неусвідомлені конфлікти і потяги чи бажання. Опір – це не зміна, а пов'язані з цим психічним явищем болісні переживання.

Дослідники психоаналітичного напрямку М. Бач, С. Блет, Д. Вестерн, П. Дівелд, С. Ірліч, С. Мессер, Х. Шлісенгер виробили інше бачення опору. Наприклад, С. Блет і С. Ірліч висунули положення, що опір – це спосіб підтримання відомого і передбачуваного статус кво, навіть якщо це пов'язано зі стражданнями [9]. Д. Вестерн вважав, що клієнти повинні шукати змін і водночас остерігатися їх [29], оскільки зміна – це виконання чогось нового і відчуття незнайомого. Отже, опір вимагає думати і поводитися інакше, що допомагає керувати емоціями, але викликає більше болю, аніж полегшення.

Існують сучасні постфрейдистські психоаналітичні погляди щодо опору, включаючи теорію контролю і домінування [28] та теорії прихильності і вибору лібідозного об'єкта [10; 11; 18; 26]. У цих поглядах загальне питання «Чому люди чинять опір змінам?» розуміють так: «Чому люди чинять опір зміні патернів у стосунках, які змушують їх страждати?». У той час, коли теорії можуть відрізнитися за змістом, спільним для них є те, що опір – це супротив реальній небезпеці і тривозі, які його супроводжують. Теорія контролю і домінування заснована на важливості неусвідомлених переконань, які приносять біль, що були набуті раніше, ведуть до невротичної поведінки і страждань [28]. Згідно з цією теорією, Дж. Вейс, Х. Семпсон та інші висувають думку, що симптоми і негативні міжособистісні патерни є спробами, які розвіюють ці неусвідомлені переконання.

Теорії прихильності і вибору лібідозного об'єкта Дж. Боулбі [10; 11], В. Фейрбайрна [18], Д. Стерна [26] містять ідею, що в немовлят розвивається внутрішній образ людей, які доглядають і взаємодіють з ними. Вважається, що ці образи відносно стабільні і стійкі щодо змін. Вони впливають на наше сприймання і очікування щодо нових взаємин так, що теперішні стосунки сприймаються і структуруються згідно з попередніми.

У психоаналітичних теоріях прихильності називають іншу причину опору змінам: повторювані негативні міжособистісні патерни

існують тому, що вони забезпечують певний рівень безпеки для здійснення особистих потреб у прихильності. Відмова від цих патернів прихильності викликає тривогу, яка запущена в дію переживанням зради ключових фігур прихильності, залишаючи людину в спустошеному внутрішньому світі, загрожуючи її ідентичності. Ось чому повторення старих патернів надає певний рівень безпеки, в той час як їх зміна веде до незахищеності. Перенесення старих патернів з минулого є ключовим питанням в означених теоріях. Іншою проблемою, яку розглянув П. Ветчел, є «біг по колу», тобто невирішені конфлікти з минулого примушують вирішувати нові ситуації, виділяючи і повторюючи старі міжособистісні патерни [27]. Отже, старі патерни постійно підсилюються новими ситуаціями і все починається спочатку.

Із точки зору П. Бромберга, розуміння роз'єднання і травми може краще продемонструвати психічне життя людини та виникнення опору, ніж розуміння придушення і уникнення. Процеси роз'єднання створюють різні *стани я*, які притаманні і здоровій людині, і особі з патологіями. Кожен стан я включається у внутрішній діалог з реаліями життя, цінностями, афектами. Діалектика між цими протилежними частинами *Я* (стабільністю і зміною) викликає опір. Дослідник припускає, що людина опирається зміні тому, що потребує захищати почуття стабільності й цілісності Я.

Отже, ми проаналізували психоаналітичні теорії З. Фройда, об'єктних стосунків і міжособистісних стосунків щодо опору змінам.

Далі розглянемо *когнітивно-поведінковий підхід* у психології опору. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) включає взаємозв'язки між когнітивною, емоційною та поведінковими сферами. За умови зміни одного складника змінюються інші. Поведінкова терапія є історичною передумовою і КПТ, і когнітивної терапії. У поведінковій терапії провідне значення мають зміни поведінки та емоцій. Однією із головних концепцій поведінкової терапії є функціональний аналіз, який заснований на дослідженні Б. Скінера та розроблений Дж. Патерсоном і П. Чемберлейном [23]. Функціональний аналіз дав можливість проаналізувати різні типи поведінки, передумови, наслідки та інші факти, які стосуються конкретного типу поведінки. І тому опір може виникати через використання невідповідних стимулів і під-

кріплення бажаної поведінки, які вступають у конфлікт з цілями терапії.

Дж. Патерсон і П. Чемберлейн зазначили, що жодна теорія опору не може бути повністю уніфікованою. І тому теорії повинні орієнтуватися на певні групи людей. Згідно з цими уявленнями, їх модель опору була розроблена для роботи з сім'ями, де хлопці-підлітки мали антисоціальну поведінку. Автори вивчили змінні, які можуть стосуватися батьківського опору, включно із дисциплінарними поразками під час конфронтації з дитиною; батьківські характеристики: депресію, антисоціальну поведінку, стрес і соціальну незахищеність; інтенсивність терапії також викликає конфронтацію у батьків під час сесії.

Когнітивна терапія з'явилася як напрям у 1970-х роках і містила раціонально-емотивну поведінкову терапію А. Елліса [15], когнітивну терапію А. Бека та ін. [8]. Із кінця 1980-х КПТ розширила поле своєї діяльності і зараз охоплює поведінковий, когнітивний і сучасний когнітивно-поведінковий підходи [5]. Раціонально-емотивна поведінкова терапія А. Елліса (РЕПТ) передувала когнітивній терапії А. Бека та його колег. У рамках когнітивної моделі А. Елліс висунув ідею, що переконання займають проміжне місце між подіями, з одного боку, і почуттями і поведінкою – з іншого. Учений зазначив, що терапевти мають працювати з опором так, як вони працюють з іншою проблемою у психотерапії: визначаючи і працюючи з ірраціональними переконаннями і висувуючи вимогу до клієнта, який повинен змінити ці переконання, свої почуття і поведінку.

А. Бек, А. Фрімен та їх колеги [7] представляють опис опору у когнітивній терапії в контексті розгляду особистісних розладів. Вони надають перевагу використанню терміна «відсутність співпраці» для уникнення прихованого зневажливого змісту, який вони вбачають у таких термінах, як «опір» чи «непоступливість».

Чимало представників когнітивної терапії зазначили, що психологічні проблеми виникають через когнітивні структури, які називаються «схемами», що в свою чергу викликають спотворені думки та образи у певних ситуаціях [7; 13; 30]. Вважається, що ці схеми, сформовані досвідом, містяться у довготривалій пам'яті й впливають на ряд когнітивних процесів (увагу, обробку інформації, кодування, спогади тощо), викликаючи відповідний опір.

Формулювання мети та завдань статті. Мета – теоретично вивчити проблему психології опору в психоаналітичному та когнітивно-поведінковому терапевтичних підходах. **Завдання** полягає в тому, щоб визначити у психоаналітичному та когнітивно-поведінковому підходах прояви психології опору за чотирма параметрами.

Матеріали й методи дослідження. Ми використали такі загально-наукові методи: аналіз, синтез, індукція, узагальнення, абстрагування та метод об'єктивного спостереження.

Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження. Узагальнимо психоаналітичний та когнітивно-поведінковий терапевтичні підходи, порівнявши їх за такими чотирма параметрами:

I. Яким змінам чиниться опір?

II. Яка поведінка визначає наявність опору?

III. Чому виникає опір?

IV. Як у певному терапевтичному підході працюють з опором?

3. Фройд [19] описав п'ять різновидів опору, які представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

Типи опору у фрейдистській психоаналітичній теорії

№ з/п	Тип	Характеристика
1	2	3
1	<i>Придушення</i>	Не допущення у свідоме болісних думок, фантазій, бажань і почуттів для того, щоб захиститися від тривоги. Оскільки придушення є основою захисних механізмів его, то будь-які з них, зокрема, заперечення, проекція і формування компромісу утворюють опір
2	<i>Нав'язлива ідея</i>	Несвідома тенденція повторювати в дорослих стосунках патерни поведінки, які відносяться до пошуку задоволення дитячих бажань і вибору лібідозного об'єкта

Закінчення таблиці 1

1	2	3
3	<i>Перенесення</i>	Виявлення нав'язливих дій у стосунках з терапевтом. Клієнт, у якого міжособистісні стосунки протягом життя характеризувалися залежністю, буде намагатися встановити інфантильні залежні стосунки зі своїм терапевтом
4	<i>Другорядна перевага</i>	Людина отримує деякі переваги від негативного симптому, зокрема, більшу увагу

Отже, опір є не лише перешкодою для зміни і проблемою, яку треба подолати, а й самою сутністю питання. Стан опору є очікуваним і виявляється у повторенні негативних патернів, де і має відбуватися робота терапевта. Клієнт виявляє опір у формі захисних механізмів (наприклад придушення, заперечення, проекції) і використовує в терапевтичних стосунках повторювані негативні патерни поведінки, які перекликаються з його міжособистісними проблемами за межами психотерапії. Головна стратегія психотерапевта – це інтерпретація емоційного досвіду клієнта та його нинішніх установок, на які впливає минулий досвід. Нижче подане узагальнення проявів опору, засноване на *психоаналітичній теорії З. Фрейда* за чотирма параметрами.

I. Яким змінам чинять опір?

1. Усвідомленню несвідомих бажань і спонукань, які викликають занепокоєння.
2. Зміні повторюваних і неадекватних міжособистісних патернів поведінки.
3. Зміні негативних переконань і внутрішніх об'єктивних взаємозв'язків.

II. Яка поведінка визначає наявність опору?

1. Актуальні або латентні види поведінки, за допомогою яких намагаються уникнути болючого розуміння або прозріння. Найчастіше – це его і механізми захисту: придушення, заперечення, проекція.
2. Повторення негативних міжособистісних патернів поведінки всупереч тому, що вони викликають страждання та незадоволення.

III. Чому відбувається опір?

1. Зниження тривоги за допомогою уникнення усвідомлення несвідомих стимулів та імпульсів.

2. «Знайоме зло», тобо побоювання змін та некритичне ставлення до поганого минулого.

3. Захист стабільності за допомогою уникнення змін.

4. Несвідомі негативні переконання, які підтримують симптоматичні види поведінки.

5. Замкнуті кола, в яких уявлення попереднього вікового періоду підтверджуються за допомогою нинішнього сприймання світу.

6. Другорядна перевага, в якій людина отримує хибну користь від симптоматичного типу поведінки.

IV. Як у психоаналітичному підході працюють з опором?

1. Інтерпретації терапевта визначають захисні механізми уникнення, тобто повторювані міжособистісні патерни під час і за межами терапії.

2. Трактування терапевта пов'язують захисні механізми уникнення з переносом стосунків на попередній конфліктний досвід клієнта.

3. Усвідомлення клієнтом теперішніх захисних механізмів уникнення є виявленням попередніх конфліктів, які знижують його потребу повторювати ці патерни.

4. Клієнт набуває позитивного емоційного досвіду тоді, коли терапевт не підтверджує негативних патернів клієнта.

Наступний напрям, який ми розглянемо, – це *когнітивно-поведінкова терапія*, що зосереджує увагу на роботі тут і тепер, структурованих сесіях, послідовності під час сесій, орієнтації на вирішення проблем, раціональному мисленні, співпраці з психотерапевтом, психологічній освіті і розповсюдженні інформації, активній ролі і клієнта, і психотерапевта, виконанні домашніх завдань, звітності способом вимірювання ефективності досягнення мети [22]. Ми узагальнимо когнітивно-поведінковий напрям терапії щодо психології опору за чотирма параметрами, що є основою психоаналітичного напрямку.

I. Яким змінам чинять опір?

1. Дотриманню процедур когнітивно-поведінкової терапії (КПТ).

2. Виконанню домашніх завдань чи експериментів між сесіями.

3. Зміні неправильних думок, переконань і схем, які викликають симптоматичні види поведінки.

II. Яка поведінка визначає наявність опору?

Основною рисою поведінки опору в когнітивно-поведінковій терапії є недотримання процедур під час і між сесіями, що представлено в таблиці 2.

Таблиця 2

**Типи поведінки, за допомогою яких клієнт виявляє опір
у когнітивно-поведінковому підході**

№ з/п	Тип поведінки
1	Відмова клієнта від виконання домашніх завдань
2	Рішення і дії клієнта, які суперечать тому, що було прийнято під час сесії
3	Високий рівень емоційності щодо психотерапевта (від надмірного фліртування до відвертої ворожості)
4	Використання під час сесії захисних механізмів уникнення, а саме: мовчання, надмірне використання «Я не знаю» і раптова зміна теми
5	Безпідставні дебати з психотерапевтом
6	Раптове підвищення тривожності
7	Постійне хибне тлумачення коментарів психотерапевта
8	Часті перерви в терапії або необдумане планування сесій
9	Надмірні спроби продовжити власне лікування
10	Пред'явлення необґрунтованих вимог до терапевта

III. Чому відбувається опір?

1. Невідповідне підкріплення, використане терапевтом, несприятливе підсилення можливостей для досягнення бажаної поведінки, підкріплення поведінки, яка конфліктує з цілями терапії, чи встановлення занадто високих стандартів психотерапії.
2. Хибні переконання, припущення, схеми в житті клієнта.
3. Негативні атитюди чи недостатні навички психотерапевта.
4. Неадекватна чи неповна оцінка ситуації психотерапевтом.
5. Риси характеру клієнта (низький рівень контролю, імпульсивності чи негнучкість).

***IV. Як у когнітивно-поведінковому підході
працюють з опором?***

1. Змінюють стимули і підкріплення, які викликають поведінку незгоди з боку клієнта.
2. Аналізують і корегують зовнішні фактори, що заважають клієнтові погоджуватися з терапією (наприклад, давати менш складні домашні завдання, які, ймовірно, будуть виконані).
3. Допомогати клієнтам корегувати їхні хибні думки і переконання та модифікувати схеми, що є основою їх опору, використовуючи прямі (переконання) і непрямі (спільна перевірка викривлених думок) методики.

Висновки та перспективи подальших досліджень щодо проявів опору: яким змінам чинять опір, яка поведінка визначає наявність опору, чому виникає опір, як у певному терапевтичному підході працюють з опором. Спільним є те, що ці два підходи успішно працюють з означеним психічним явищем. Вони визнають, що опір – це природне психічне явище. І кожен з цих підходів має унікальні напрацювання у цьому напрямку роботи. Залишаються недослідженими такі напрями психотерапії опору, як гуманістично-експериментальний та підхід сімейних систем. Саме цьому буде присвячена наша майбутня робота.

Список використаної літератури

1. Большой толковый психологический словарь : в 2-х т. Т. 2 (П–Я) : пер. с англ. / Ребер Артур (Penguin). – М. : Вече, АСТ, 2000. – 560 с.
2. Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь: теория и практика / А. Ф. Бондаренко. – Изд. 4-е, испр. и доп. – Киев : Освіта України», 2007. – 332 с.
3. Зелінська Т. М. Психологія консультування амбівалентних особистостей : навч. посіб. / Т. М. Зелінська. – К. : Каравела, 2011. – 152 с.
4. Anderson C. Mastering resistance: A practical guide to family therapy / C. Anderson, S. Stewart. – New York : Guilford Press, 1983.
5. Barlow D. Anxiety and its disorders / D. Barlow. – New York : Guilford Press, 2002.
6. Basch M. F. Dynamic therapy and its frustrations / M. F. Basch // Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches / Wachtel P. L. (Ed.). – New York : Plenum Press, 1982. – P. 3–24.
7. Beck A. T. Associates. Cognitive therapy of personality disorders / A. T. Beck, A. Freeman. – New York : Guilford Press, 1990.
8. Beck A. T. Cognitive therapy of depression / A. T. Beck [at al]. – New York : Guilford Press, 1979.
9. Blatt S. J. Levels of resistance in the psychotherapeutic process / S. J. Blatt. S. Ehrlich // Wachtel P. L. (Ed.), Resistance : Psychodynamic and behavioral approaches. – New York : Plenum Press, 1992. – P. 69–92.
10. Bowlby J. Attachment and loss / J. Bowlby. – London : Hogarth Press, 1969. – Vol. 1. Attachment. – P. 230.
11. Bowlby J. Attachment and loss / J. Bowlby. – London : Hogarth Press, 1973. – Vol. 2. Separation. – P. 300.
12. Dewald P. A. Psychoanalytic perspectives on resistance / P. A. Dewald // Resistance : Psychodynamic and behavioral approaches / Wachtel P. L. (Ed.). – New York : Plenum Press, 1982. – P. 45–68.
13. Dobson K. Cognitive therapies in practice / K. Dobson. B. F. Shaw // Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice / Bongar B., Beutler L. E. (Eds.). – New York : Oxford University Press, 1995. – P. 159–172.

14. Eagle M. Why don't people change? : A psychoanalytic perspective / M. Eagle // *Journal of Psychotherapy Integration*. – № 9. – 1999. – P. 3–33.
15. Ellis A. *Reasons and emotion in psychotherapy* / A. Ellis. – NJ. : Citadel Press, 1962. – 230 p.
16. Ellis A. *Overcoming resistance: A rational emotive behavior therapy integrated approach*. – 2-d edition. – New York : Springer, 2002. – 120 p.
17. Engle D. E. *Ambivalence in Psychotherapy. Facilitating Readiness to Change* / D. E. Engle, H. Arkowitz. – New York : The Guilford Press, 2006. – 200 p.
18. Fairbairn W. R. D. *Psychoanalytic studies of personality* / W. R. D. Fairbairn. – London : Tavistock Press, 1952.
19. Freud S. *Inhibitions, symptoms and anxiety* / S. Freud // *The standard edition of the complete works of Sigmund Freud* / Strachey J. (Ed. and trans.). – London : Hogarth Press, 1959. – Vol.20. – P. 75–175.
20. Leahy R. L. *Overcoming resistance in cognitive therapy* / R. L. Leahy. – New York : Guilford Press, 2001. – 300 p.
21. Messer S. B. A psychodynamic perspective on resistance in psychotherapy: *Vive la resistance* / S. B. Messer // *Journal of Clinical Psychology* / *In Session : Psychotherapy in Practice*. – 2002. – № 58. – P. 157–163.
22. Newman C. F. *Understanding client resistance: Methods for enhancing motivation to change* / C. F. Newman // *Cognitive and Behavioral Practice*. – № 1. – 1994. – P. 47–69.
23. Patterson G. A functional analysis of resistance during parent training / G. Patterson., P. Chamberlain // *Clinical Psychology : Research and Practice*. – 1994. – № 1. – P. 53–70.
24. Schlesinger H. J. *Resistance as process* / H. J. Schlesinger // *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches* / Watchel P. L. (Ed.). – New York : Plenum Press, 1982. – P. 25–44.
25. Skinner B. F. *Cumulative record* / B. F. Skinner. – New York : Appleton-Century-Crofts, 1961.
26. Stern D. *The interpersonal world of the infant* / D. Stern. – New York : Basic Books, 1985. – 130 p.
27. Wachtel P. L. *Vicious circles: The self and the rhetoric of emerging and unfolding* / P. L. Wachtel // *Contemporary Psychoanalysis*. – 1982. – № 18. – P. 259–273.
28. Weiss J. *The Mount Zion Psychotherapy Research Group. The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and research* / J. Weiss, H. Sampson. – New York : Guilford Press, 1986. – 300 p.
29. Western D. A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies / D. Western. K. Morrison // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1984. – № 69. – P. 875–899.
30. Young J. E. *Schema therapy: A practitioner's guide* / J. E. Young., J. S. Klosko, M. E. Weishaar. – New York : Guilford Press, 2003. – 305 p.