

«Терапия начинается там, где заканчивается здравый смысл»¹.



Отто Кернберг (Otto Friedmann Kernberg)

- Психиатр, доктор медицины (M.D.)
- Почётный доктор Университета Буэнос-Айреса и Нью-Йоркской медицинской академии
- Обладатель премии золотой знак «За заслуги перед городом Веной», награды Сигурни (1990), международной премии Зигмунда Фрейда по психотерапии (2012)
- Прижизненный классик психоанализа.
- Один из крупнейших специалистов в сфере пограничных расстройств личности.
- Им создана одна из современных психоаналитических теорий личности и разработан метод психоаналитической экспрессивной психотерапии.
- Кернберг разрабатывает вопросы патологического нарциссизма, а также агрессии, деструктивности и ненависти, любви и сексуальности в норме и патологии. Ряд его трудов посвящён проблемам классификации психических расстройств.
- Автор многочисленных публикаций и ряда книг.

— Все ли могут стать аналитиками? Нужны ли какие-то определенные, специфические качества характера?

— От любого эксперта в области психического здоровья ожидается определённый набор качеств. Это касается не только аналитиков, но и всех, чья профессия связана с людьми и человеческими отношениями. Прежде всего, это высокий интеллектуальный и моральный уровень, уверенное владение теоретическим материалом, честность и открытость.

В свое время Международная Психоаналитическая Ассоциация (IPA) организовала комитет, которому была поставлена задача определить критерии выбора кандидатов. На конгрессе, прошедшем в 1997 г., комитет анонсировал свое заключение, сформулировав один единственный критерий, которому должен

¹ Далее приводится отредактированный текст беседы, сокращенный и адаптированный под формат и задачи данной публикации.

соответствовать специалисту — искренний, живой интерес к психоанализу, мотивация изучать и исследовать эту дисциплину. Правда, такой вывод вызвал определенное замешательство в сообществе, и какое-то время его предпочитали не обнародовать.

Интерес к исследованию, безусловно, не единственный фактор входа в профессию. Не менее важным, а, скорее даже более значимым, является интерес специалиста к человеку как таковому, к людям, к человечеству. Психоанализ — это не просто набор теорий. В первую очередь, это пространство отношений, и кандидат должен быть открыт для них.

Способность к эмпатии, ясность мышления, интуиция — все это обязательные атрибуты хорошего аналитика. Но от них мало пользы без крепкого фундамента теоретических знаний. Для профессии одинаково необходим эмоциональный и интеллектуальный ресурс. Крайности в ту или иную сторону следует избегать. Кроме того, кандидат должен не просто обладать этим ресурсом, но и иметь мотивацию его развивать. Профессия психотерапевта подразумевает постоянное обучение, причем как в теоретическом плане, так и в развитии способности слышать и понимать людей.

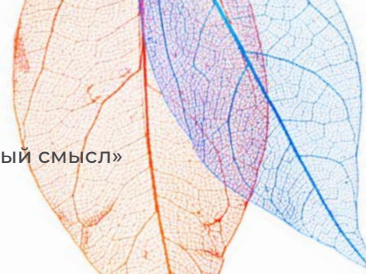
Богатый личный жизненный опыт, в том числе и сексуальный, с положительным разрешением сложных ситуаций помогает терапевту интуитивно определять приоритетность той или иной интервенции, облекать ее в релевантную моменту форму.

Еще одно необходимое качество — прямолинейность. Терапевт должен уметь прямо, но деликатно выражать свои мысли и чувства и при этом не бояться быть воспринятым пациентом негативно или даже агрессивно. Терапевту в целом очень важно не бояться агрессии — ни своей, ни пациента.

Богатый личный жизненный опыт, в том числе и сексуальный, с положительным разрешением сложных ситуаций помогает терапевту интуитивно определять приоритетность той или иной интервенции, облекать ее в релевантную моменту форму. Поэтому наличие этого опыта является хорошим преимуществом кандидата, однако не обязательным. Бывают случаи, когда пациент может справляться с трудностями лучше самого терапевта, и тогда у последнего могут возникнуть сложные контртрансферные реакции, сомнения в себе, и здесь особенно необходимы супервизии.

Что же касается личностной структуры терапевта, то мое личное мнение, что здесь нет никаких помех, кроме одной — нарциссической патологии. Тяжелые формы нарциссических нарушений несовместимы с основной терапевтической компетентностью — эмпатичностью, и поэтому должны быть выявлены на ранних стадиях подготовки специалиста. Более легкие формы вполне подлежат коррекции в рамках личного анализа.

Обязательным условием профессиональной пригодности является наличие здравого смысла. Терапия начинается там, где заканчивается здравый смысл, однако только терапевт, обладающий собственной устойчивой системой ценностей и здравомыслия, способен «собрать» пациента, структурировать его внутренний мир, часто являющийся дезорганизованным и фрагментированным.



Помимо требований к кандидату, мне также хотелось бы уделить внимание и профилю супервизора. Его характеристики не менее значимы для успешного профессионального становления молодого специалиста.

Супервизор, безусловно, должен уметь четко формулировать и доносить до супервизанта интервенции и рекомендации, однако это далеко не все. Очень важно уметь передавать начинающим специалистам теоретический подход, на основании которого супервизор делает те или иные выводы. Способность ясно объяснить и, таким образом, дать кандидату возможность идентифицироваться с теоретической рамкой — важнейшая роль супервизора. Только так возможно научение молодого терапевта, его наставничество, которое со временем перерастает в сотрудничество и коллегиальность.

Однако, если супервизор видит, что его рекомендациям не следуют, их приходится многократно повторять, супервизор должен обладать достаточной смелостью, чтобы открыто обсудить этот момент с супервизантом. Именно супервизор может и должен диагностировать профессиональную пригодность специалиста.

— Встречались ли Вам среди кандидатов прирожденные таланты? Насколько это в принципе возможно в этой специальности?

— Да, однозначно возможно. Есть люди, которые рождены терапевтами. Нас даже пугает, когда мы встречаем таких специалистов способных великолепно работать практически без обучения. Это заставляет сильно нервничать (смеется). Иногда ими являются просто зрелые личности, у которых с опытом выработалось интуитивное понимание людей и при этом им удается перевести свою интуицию в терапевтическую технику. Стоит признать, что, да, есть действительно одаренные люди. Но наша задача не в нахождении таких талантов. Мы должны уметь обучать и передавать знания любому, кто способен адекватно выполнять обязанности терапевта, даже если индивидуально они являются заурядными личностями без особых способностей. Здесь ни в коем случае не должно и не может быть никакого специального «элитарного» отбора кандидатов по принципу большего или меньшего таланта.

Но есть и другая сторона — люди, которые ввиду личностных особенностей совершенно не пригодны к такой работе. И мы, супервизоры и педагоги, должны выявлять такие случаи и не избегать этой обязанности. Конечно, говорить об этом кандидату совсем непросто, но в конечном итоге такое решение работает на благо каждому.

— Должен ли терапевт проходить личную терапию?

— Я считаю, что личная терапия крайне полезна кандидату. Как вы знаете, все образовательные программы по психоаналитической терапии и психоанализу включают обязательное прохождение личного анализа. И хотя есть специалисты, способные прекрасно работать без личной терапии, многим терапия буквально предписана, и без нее

Пациенты могут принадлежать разным культурным и социальным слоям, а терапевту важно оставаться непредвзятым и открытым к морально-ценностным установкам, отличным от его собственных или свойственным его стране или нации.

качественное освоение профессии будет невозможно. Поэтому мое мнение, что да, личная терапия нужна и является полезной, однако конкретное решение можно принимать на практическом уровне.

Важно еще отметить культурный контекст, в котором развивается аналитик. Мы все принадлежим определенной культуре, и наша система ценностей соотносится именно с ней. Однако пациенты могут принадлежать разным культурным и социальным слоям, а терапевту важно оставаться непредвзятым и открытым к морально-ценностным установкам, отличным от его собственных или свойственным его стране или нации. Терапевт должен быть способен принимать совершенно разные точки зрения на жизнь.

Расскажу личный пример: я проводил тренинги в Латинской Америке. Для местных подростков вести активную сексуальную жизнь совершенно обычное дело. Для них это естественная часть развития и взросления. Однако, когда я приехал в США, в Кан-

Современная психоаналитическая психотерапия — это уже не просто разбавленный психоанализ, но полноценная специфическая работа с использованием разных техник и подходов.

зас, я столкнулся с пуританским взглядом на этот вопрос: по сути, ранняя и активная сексуальная жизнь находилась там под запретом. Здесь уместно вспомнить слова Гёте о том, что, если сексу не дать место за столом, то он залезет под стол. Именно это и происходило в Канзасе. Студенты организовывали набеги на спальни студенток и выкрадывали их нижнее белье, и это было частью их культуры, как бы нелепо это ни звучало. При этом местные психоаналитики считали такое поведение результатом отыгрывания, связанного с неспособностью подростков выдерживать любовные отношения. Этот пример наглядно демонстрирует, как культура оказывает непосредственное влияние на профессиональные суждения. Сейчас, например, мы видим много подростков, объявляющих себя небинарными личностями. В культуре явно наметился соответствующий тренд, и терапевты должны уметь с ним работать. Система ценностей терапевта очень важна для независимой оценки суперэго пациента и конвенциональности общества. Это особенно важно при работе с нарушенными пациентами.

— **Что, на ваш взгляд, является однозначным барьером к освоению профессии?**

— Два фактора. Первый я упомянул выше — это тяжелые формы нарциссического расстройства. Второй фактор — редко упоминаемый, однако не менее важный — интеллектуальный уровень кандидата. Были случаи, когда люди, обладающие низким IQ, заканчивали университет, но исключительно благодаря своему трудолюбию. Позже они неминуемо сталкивались с трудностями в работе. И это, на самом деле, большая проблема.

Все остальное можно скорректировать при помощи личной терапии. В моем опыте встречались и обсессивные, и параноидные личности, которые при этом вполне хорошо справлялись с работой. Однако, меня стоит понимать правильно: я не имею в виду, что человек с расстройством личности должен становиться терапевтом, я хочу сказать,

что это не всегда является ограничением для профессии. При соблюдении определённых условий, конечно.

— Расскажите, пожалуйста, где проходит граница между психоанализом и не-психоанализом?

— Этот вопрос напрямую связан с историей развития психоанализа и определенной конъюнктурой, сложившейся в ходе развития.

Традиционно психоаналитические институты занимались обучением исключительно психоанализу. Психоаналитическая психотерапия рассматривалась как условно укороченная производная, которую можно изучить на семинарах выходного дня при отсутствии времени и денег, в том числе и для прохождения личного анализа с частотой 4-5 сессий в неделю. И сложилось представление о психоаналитической психотерапии, как о своего рода разбавленной версии психоанализа. Обучение такой психотерапии, вероятно, происходило на основе интерпретаций конфликтов, оценки внешней жизни пациента и не подразумевало системного анализа переноса. Анализировались лишь проявленные негативные аспекты, а позитивный перенос использовался для поддержки и идентификации с терапевтом. Основными инструментами работы являлись прояснение и конфронтация, допускалось также использование эмоциональной и когнитивной поддержки. Подобный тип психотерапии до сих пор весьма распространен, хотя он и менее эффективен по сравнению с высокоструктурированным подходом, направленным на лечение специфических состояний.

Но сегодня ситуация изменилась. Накопился большой опыт лечения очень нарушенных пациентов, которые как раз плохо поддаются классическому психоанализу, но при этом хорошо откликаются на психоаналитическую психотерапию. И современная психоаналитическая психотерапия — это уже не просто разбавленный психоанализ, но полноценная специфическая работа с использованием разных техник и подходов. В результате психоаналитическая терапия превратилась в отдельное направление, которое можно полноценно противопоставить психоанализу. Более того, это направление однозначно является более эффективным при работе с тяжелыми пациентами по сравнению с классическим психоанализом.

На текущий момент существует целая плеяда различных самостоятельных терапевтических направлений. В США, например, была разработана терапия, фокусирующаяся на переносе (ТФП). В Европе распространен терапевтический подход на основе ментализации, в Германии — глубинная психотерапия. Во Франции допускается более свободное определение стандарта психоаналитической техники. Если сеттинг ограничивается частотой 3 раза в неделю и ниже и исключает кушетку, то это принято относить к психоаналитической психотерапии, причем без привязки к какой-либо спецификации.

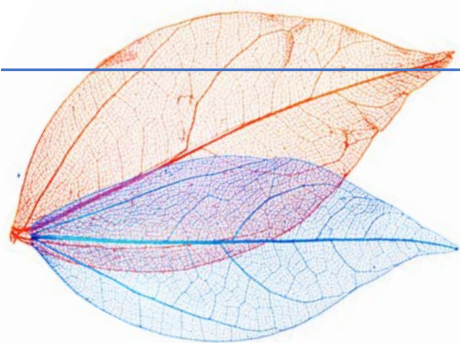
Основная ось психоанализа — это интерпретация переноса и техническая нейтральность. Терапевт должен уметь проявлять заинтересованную объективность и не соблазняться на соучастие в развитии переноса.

Лично мой взгляд на различие психоанализа и психотерапии заключается в использовании базовых техник, которые характеризуют психоанализ. К ним относятся интерпретации, анализ переноса, техническая нейтральность, анализ контрпереноса. Каждый компонент может определять, по сути, отдельное направление терапии. Техники могут использоваться самостоятельно на разных этапах, при анализе сновидений, отыгрываний, негативного переноса, а также дополняться любыми другими инструментами, например, поддерживающими видами терапии, когнитивными, эмоциональными. Стоит помнить, что основная ось психоанализа — это интерпретация переноса и техническая нейтральность. Терапевт должен уметь проявлять заинтересованную объективность и не соблазняться на соучастие в развитии переноса. Подход к работе с контрпереносом также может задавать концептуальную рамку терапии. Например, реляционная школа допускает обсуждение контрпереноса только в самых редких случаях. Таким образом, определение психоаналитической психотерапии зависит от выделенных ведущих компонентов, составляющих саму суть психоаналитического метода.

Наиболее приближенной к классическому анализу является терапия, фокусированная на переносе, и я поясню по каким конкретно признакам:

- В ТФП интерпретация осуществляется систематически, как и в психоанализе. Однако наибольшее внимание уделяется ранним стадиям интерпретации, то есть прояснению и конфронтации. Такой подход обусловлен тем, что пациенту с тяжелой патологией без предварительной подготовки сложно понять интерпретацию переноса;
- Анализ переноса отличается интенсивностью и частотой. У пациентов с тяжелыми личностными расстройствами отыгрывания составляют очень существенную часть их поведения, поэтому дорога к их бессознательному строится через анализ поведения, отыгрываний. В то время, как в классическом психоанализе этот путь пролегает через свободные ассоциации. У тяжело нарушенных пациентов дериват фантазий существенно ниже по сравнению с более здоровыми, невротическими, это и определяет изменение в работе;
- Техническая нейтральность также подлежит адаптации в ТФП. Здесь нам часто приходится защищать терапевтическое пространство от опасного отыгрывания, и в результате мы вынуждены снижать уровень нейтральности, особенно в чрезвычайных ситуациях. Это условие необходимо буквально для выживания терапии и пациента;
- Работа с контрпереносом, в целом, очень похожа. Исключение составляет только преобладание примитивных защитных операций и высокая интенсивность флуктуаций переноса.

Различия, которые определялись кушеткой и прямым контактом (лицом к лицу), стерлись с началом работы онлайн, во многом обусловленным пандемией.





Различия, которые определялись кушеткой и прямым контактом (лицом к лицу), стерлись с началом работы онлайн, во многом обусловленным пандемией. В онлайн приходится работать преимущественно лицом к лицу, хотя некоторые устанавливают камеры за спиной пациента. Не знаю, целесообразно ли это. Возможно, это еще больше увеличивает дистанцию между пациентом и аналитиком.

Другие виды психоаналитической психотерапии — с опорой на ментализацию, глубинные, поддерживающие, экспрессивные — помимо основных элементов могут также содержать дополнительные, например, сопровождение пациента за рамками сессий, оказание прямой поддержки пациенту. Эти элементы особенно важны для краткосрочного формата терапии. Но, в целом, можно сказать, что психоаналитическая психотерапия представляет собой комбинацию поддерживающих и исследовательских техник.

Психоаналитические институты должны обучать как классическому психоанализу, так и в равной степени другим психоаналитическим направлениям. Специалисту необходимо понимать разницу подходов и уметь успешно применять ту комбинацию техник, которая будет эффективна для лечения определённого синдрома.

Однако, до сих пор некоторые институты преподают только классический психоанализ. Это, безусловно, создает молодым специалистам определённое замешательство в дальнейшей практической деятельности, вынуждая их использовать запутанную смесь психоаналитических и поддерживающих техник. В этом случае возникает риск снижения эффективности лечения.

В институтах будущего будет преподаваться самый широкий спектр терапевтических направлений, и это важный элемент выживания психоанализа как профессии. Причем очень важно обеспечить студентов крепкой рамкой каждого направления, чтобы в дальнейшем специалист смог легко создавать совершенно любой микс техник, необходимых для решения задачи как конкретного нарушения, так и отдельных этапов индивидуальной психодинамики пациента. Так, например, Майкл Гаррет (США) комбинирует когнитивно-бихевиоральную терапию (КБТ) и ТФП для лечения хронических психотических заболеваний. Сначала он использует КБТ для сокращения бредовых образований, а потом, когда восстанавливается способность к тестированию реальности, переходит на ТФП.

Только особенно одаренный терапевт способен работать в условиях хаоса и расплывчатости техник. Для обеспечения же устойчивого уровня эффективного терапевтического лечения в независимости от индивидуальных способностей кандидатов необходимо создание системного и структурированного образовательного подхода.

— Как развивался ваш личный путь становления в профессии? Какие фундаментальные изменения вы наблюдали за этот внушительный период?

— Я выучился на аналитика в 60-е и участвовал во многих психоаналитических движениях.

50-60-е годы были периодом господства классического психоанализа. Отхождение от метода встречало много критики, считалось чем-то плохим, суррогатным. Однако сейчас мы видим ровно обратную тенденцию, и психоаналитическая терапия получила свое заслуженное признание.

Иерархичная вертикаль преподавания пережила на моей памяти не одну волну протестов. Тренинг-аналитики фактически захватили управление и таким образом способствовали расслоению на классы: верховный класс — тренинг-аналитики, ниже

В целом, длительная психоаналитическая терапия не нуждается в фармакологии за исключением случаев органической природы, например, биполярного расстройства. Пациенты с депрессией и тревожными расстройствами могут облегчить свое состояние с помощью препаратов, однако клинический опыт показывает, что это не обязательное условие. .

выпускники, которые надеются ими стать, потом кандидаты и, собственно, пациенты, представляющие основу пищевой цепи. Такое устройство профессионального сообщества привело к развитию параноидных тревог и страхов у специалистов и, как следствие, к снижению креативности. А это, в свою очередь, породило кризис в международной психоаналитической сфере, который мы до сих пор переживаем.

Стремительное развитие КБТ и психофармакологии открыло новую эру в индустрии психического здоровья и существенно снизило количество пациентов у адептов классических методов. Роль медикаментозной поддержки в психоаналитической психотерапии до сих пор недостаточно исследована и требует отдельного профессионального внимания. Ведется активная полемика по этому вопросу, но мы пока далеки от единого понимания. В целом, длительная психоаналитическая терапия не нуждается в фармакологии за исключением случаев органической природы, например, биполярного расстройства. Пациенты с депрессией и тревожными расстройствами могут облегчить свое состояние с помощью препаратов, однако клинический опыт показывает, что это не обязательное условие. Лично я не являюсь ярким противником фармакотерапии, но считаю ее необходимость переоцененной при условии проведения нормальной психотерапии.

Главная же наша боль и причина критики психоанализа — дефицит исследований и отсутствие четкого теоретическо-практического конструкта базовых теорий и техник. Мы имеем много направлений, но мало качественного структурированного учебного материала. Эта проблема во многом обусловлена предвзятым отношением к эмпирическим исследованиям, что, в свою очередь, уходит корнями в историю психоанализа и его отрыв от университетской научно-исследовательской инфраструктуры. Поэтому для дальнейшего эффективного развития любых психоаналитически-ориентированных методов необходимо вернуться в университеты и совместно системно реализовывать исследовательские проекты. Психоанализ — неоспоримо самая мощная теория личности. Она может принести огромную пользу обществу, применяя уже накопленный объем знаний о функционировании личности, малых и больших групп, а также продолжая развивать их.

Мой учитель и наставник Игнасио Матте Бланко, выдающийся чилийский психиатр, основатель Психоаналитической Ассоциации Чили. Именно благодаря ему я обучился не только классическому психоанализу, но и классической психиатрии. Но чилийский институт работал под влиянием преимущественно кляйнианского подхода, а мне же хотелось понимать все концепции. Я перебрался в США, где изучал различные техники психотерапии и исследования в этой области. Потом снова вернулся в Чили

и какое-то время преподавал там. Позже вернулся в США, в фонд Менингера, где стал руководителем исследовательского проекта по изучению и сравнительному анализу эффективности лечения психоанализом и психоаналитической психотерапией. В результате исследования мы выявили, что пациенты с сильным эго хорошо развивались в обоих подходах, но особенно в анализе, а пациенты со слабым эго лучше реагировали на психоаналитическую терапию, чем на классический анализ или поддерживающую терапию. Тяжелые пациенты хорошо прогрессировали в психоаналитической терапии, которая была равнозначна анализу по количеству часов, но модифицирована с точки зрения технической нейтральности в сторону более поддерживающего формата, но без искажения переносных реакций. И это открытие разительно отличалось от установок, преобладавших в 60-е годы.

Я также работал штатным психиатром в институте Менингера для стационарных и амбулаторных пациентов, потом стал директором психиатрической больницы, где получил административный и оперативный опыт управления клиникой.

Дальнейшее развитие я нашел в Нью-Йорке, куда устремился, чтобы узнать многих выдающихся людей того периода: Эдиту Джейкобсон (Якобсон) и Маргарет Малер, например. Джейкобсон — блестящий теоретик, недооцененная в свое время.

Я познакомился с Джоном Сазерлендом, директором лондонской клиники, который открыл мне работы Фэйрберна. Изучал Грина и особенности французской школы психоанализа. Наверное, это основные имена, оказавшие серьезное влияние на меня.

Я бы отдельно отметил также книги, которые считаю особенно полезными:

- словарь по психоанализу Ж. Лапланша и Ж.-Б. Понталиса,
- словарь психоаналитических терминов Элизабет Окинклосс,
- словарь кляйнианских терминов под редакцией Элизабет Спиллиус.

К сожалению, у нас отсутствуют теоретические пособия с интегративным описанием психоаналитических концепций, поэтому приходится читать отдельных авторов. Такая же ситуация и с техниками психоаналитической терапии.

Я обнаружил для себя очень ценные работы Джозефа и Энн-Мари Сэндлер, английских психоаналитиков, работавших в области объектных отношений.

Меня также интересовала тема любовных отношений, и в контакте с французскими коллегами я исследовал психоаналитические подходы к любви и сексуальности.

Последнее время меня очень увлекает нейробиология и выявление взаимосвязи между психоаналитическими конструктами и нейробиологическими процессами. Я очень воодушевлен современными исследованиями в области нейропсихоанализа, а именно работами Марка Солмза. Он объединяет теорию аффектов Панкsepпа и теорию информации, что, на мой взгляд, чрезвычайно важно с точки зрения увязывания психоанализа и нейробиологии.

— **А как, на ваш взгляд, менялся пациент?**

— Запрос пациента на классический психоанализ, очевидно, сильно снизился. Мы наблюдаем это снижение интереса особенно в свете развития большого числа других терапевтических направлений. Но одновременно мы научились помогать более тяжелым пациентам. Клинический опыт, накопленный именно с помощью психоаналитического подхода, расширил спектр пациентов, подлежащих терапии, до самых тяжелых патологий. Люди, ранее считавшиеся не поддающимися психоанализу теперь могут получать эффективную терапевтическую помощь.



— Какой совет вы дали бы начинающим специалистам?

— Все зависит от обстоятельств, особенностей, что за специалист, выбранного направления и т.д.. Лично для меня очень важным является интерес и способность кандидата к исследовательской деятельности, особенно на стыке нескольких научных направлений, например, психотерапии и нейробиологии, или разных терапевтических техник. На мой взгляд, это формирует очень сильную профессиональную позицию.

Моя рекомендация заключалась бы в следующем: внимательно и осознанно подходить к выбору направления, в котором вы хотели бы развиваться, к выбору супервизора, с которым вы начинаете профессиональный путь; обязательно формулируйте задачи и цели вашего развития в профессии. И еще я бы посоветовал не уходить в работу с головой, жертвуя личной жизнью или другими ее аспектами, наоборот, ведите активную, разнообразную, полноценную жизнь, именно это позволяет сохранять и актуализировать здравый смысл и объективность хорошего аналитика-терапевта.

Редакция журнала благодарит за организационную поддержку, оказанную при подготовке данного материала и возможность общения с Отто Кернбергом проект развития ТФП в России, реализуемый Группой партнеров Psy Event и лично К.А. Гутмана.

Терапия, фокусированная на переносе, созданная Отто Кернбергом и его коллегами, получила институциональное развитие в России и доступна на сегодняшний день в качестве специализации для врачей-психиатров, клинических психологов и психодинамических психотерапевтов различных модальностей, интересующихся развитием в данном направлении.

Специализация реализуется при непосредственной поддержке Международной Ассоциации ТФП совместно с Институтом Личностных Расстройств Нью-Йорка под патронатом и непосредственным участии Отто Кернберга, Франка Йоманса, Штефана Дёринга и других преподавателей и супервизоров ISTFP.

Подробнее о структуре программы можно прочитать на сайте <https://rstfp.ru/training>. Видео записи с семинаров, организованных с Отто Кернбергом, можно приобрести в видеотеке проекта <https://rstfp.ru/wpm-category/seminary/>.

Материал подготовлен к публикации Т.А. Тармогиной

