

# Нежелательные явления в процессе психотерапии (обзор литературы)

---

В.И.Бородин, Н.В.Миронова, Д.Д.Новиков

ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

---

Актуальность изучения нежелательных явлений, возникающих в процессе психотерапевтического лечения, подтверждается специалистами, работающими в рамках различных направлений психотерапии (Б.Д.Карвасарский, 2000; S.Hadley, H.Strupp, 1976; A.Ang, 2001). Как заявляют E.Heim (1981 г.) и Heigl-Evers A. и соавт. (1997 г.), реальность этих явлений можно считать доказанной, хотя в клинической практике они чаще всего игнорируются.

Отечественные психиатры и психотерапевты сходятся во мнении, что ряд осложнений может возникать при *гипнотерапии*, хотя большинство из них отмечают, что при правильном проведении данный метод психотерапевтического воздействия является совершенно безвредным. В.Е.Рожнов (1975, 1985 гг.) подчеркивает, что при хорошем знании техники гипнотизации, опыте, понимании характера болезненного состояния обратившегося за помощью, клинической ориентированности специалиста не может быть никаких осложнений, с которыми гипнотизирующий не справился бы. Традиционно, однако, считается, что использование гипноза для лечения бредовых больных и больных с галлюцинациями может привести к трансформации содержания болезненных переживаний и обострению состояния. Кроме того, не исключена провокация первого психотического эпизода у лиц, предрасположенных к шизофрении (К.И.Платонов, 1962; М.С.Лебединский, 1971; П.И.Буль, 1974; А.Б.Смулевич, Р.А.Наджаров, 1983).

С.И.Консторум (1962 г.) описывает такие осложнения гипнотерапии, как неожиданное наступление физиологического сна при ведении гипноза, часто наблюдающееся у больных алкоголизмом, "включение врача в бред" у процессуальных больных, истерический гипноид, спонтанный сомнамбулизм. И.Ф.Мягковым (1967 г.) приводится пример своеобразного осложнения, возникшего у больной истерией в глубокой стадии гипноза и характеризовавшегося поверхностным дыханием, замедлением пульса и бледностью кожных покровов. Попытки вывести больную из гипнотического состояния словесным внушением, встряхиванием эффекта не давали. Безуспешным оказалось и проведение искусственного дыхания, а также введение лобелина и кофеина. Эффект дало поглаживание грудной клетки на фоне словесного внушения расслабления мышц груди и возможности свободного глубокого дыхания. По мнению автора, в данном случае можно предполагать кратковременный летаргический сон ("гипнотическая летаргия") или изолированный "паралич" дыхательных мышц, который был устранен с помощью внушения. Согласно наблюдениям В.Е.Рожнова (1985 г.) у больных истерическим неврозом в крайне редких случаях гипнотический сон может перейти в состояние истерического ступора, чаще возникая на фоне в чем-то неприятного для больного постгипнотического внушения. Им

же описываются спонтанные сомнамбулические состояния с полной утратой раппорта, расцениваемые М.Е.Бурно (1995 г.) как разновидность истерического гипноида, обусловленного расторможением "сомнамбулической защитной реакции на различные неприятности". Возможны также гипноидные состояния эротического содержания (эротический гипноид), при которых пациентки ведут себя как при половой близости с мужчиной, иногда со следующими за этим обвинениями врача в изнасиловании и даже ложной беременностью от него (В.Е.Рожнов, 1985; М.Е.Бурно, 1995).

М.С.Лебединский (1971 г.), высказываясь за необходимость тщательного изучения как положительных, так и отрицательных эффектов психотерапии. Среди последних при гипнотерапии выделяет ухудшение состояния, чаще возникающее при психопатиях истерического круга, бредоподобное фантазирование у больных с истерическим неврозом, истерические сумеречные состояния, связанные с длительным пребыванием в состоянии гипноза, некоторые варианты постгипнотической амнезии и гипноманию; также нежелателен для пациента спонтанный выход из гипнотического состояния.

Как негативное явление следует рассматривать и нередкое возникновение тревожного состояния у тех больных, у которых посредством гипноза тот или иной невротический симптом (например, истерический парализ или афония) был устранен, однако конфликт не был вскрыт и разрешен (Р.А.Зачепиский, 1973). Иногда во время гипнотического сна у больных без внешнего повода возникают своеобразные гиперэмоциональные реакции в виде слез, стонов, экспрессивных рыданий в связи с неожиданно всплывающими травматическими переживаниями (А.М.Свядош, 1982). При этом некоторые психотерапевты даже специально стараются вызвать их с целью спонтанного отреагирования болезненных эмоций (спонтанный катарсис).

У зарубежных авторов есть сообщения о "синдроме потери памяти", связанном с гипнотической интервенцией (E.Loftus, 1993). F.Shapiro (1995 г.) отмечает, что в процессе гипнотерапии как во время сеансов, так и в промежутках между ними возможно резкое усиление тревоги или возникновение особых состояний временной дезориентации, которые следует купировать в рамках личного общения пациента и терапевта. Также возможны, особенно у пациентов с диссоциативными расстройствами, ложные воспоминания по типу самооговоров и оговоров, в том числе и собственного терапевта, что особенно актуально в случаях судебного разбирательства.

Некоторые авторы отмечают отдельные соматоневрологические побочные эффекты на фоне гипнотерапии. Так, у больных гипертонической болезнью П.И.Буль (1974 г.) изредка отмечал временное ухудшение состояния, сопровождающееся тахикардией и повышением артериального давления. В той же ситуации, по его мнению, возможна провокация астматического приступа у больных бронхиальной астмой; у больных же с органическим поражением центральной нервной системы и страдающих эпилепсией при проведении гипноза иногда возникают или учащаются эпилептические припадки.

В докторской диссертации В.М.Рахманова (1993 г.) выделяются 19 вариантов побочных эффектов гипнотерапии. Подробно описывается гипномания, которая по степени тяжести подразделяется на легкую (гипнолепсия), среднюю (гипнотоксия) и тяжелую (гипнотоксемия). Помимо этого, автор подразделяет побочные эффекты и осложнения гипнотерапии на первичные (обусловленные непосредственным влиянием психотерапии), вторичные (представляющие собой ответ организма на первичную реакцию с побочным

эффектом), третичные (отрицательный плацебо-эффект) и отдаленные (возникающие после прекращения лечения). Он также считает, что побочные эффекты психотерапии могут проявляться в виде психических, соматических и неврологических расстройств. Похожая классификация побочных эффектов гипнотерапии представлена в работе Т.И.Ахмедова и М.Е.Жидко (2000 г.).

В отличие от обычных методик гипносуггестивной терапии *стрессовые методы*, как утверждают И.З.Вельвовский и соавт. (1984 г.), относительно противопоказаны в общесоматической практике, так как могут вызвать обострение основного заболевания. Более точно высказывается Рожнов В.Е. (1986) в отношении *эмоционально-стрессовой психотерапии*, считая ее противопоказанной больным пожилого возраста, при выраженных формах атеросклероза сосудов мозга и сердца, тяжелых формах гипертонической болезни, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе обострения и ряде других заболеваний по причине нередко возникающих побочных явлений и осложнений со стороны соответствующих органов и систем. В литературе также приводятся данные о возможности смертельных исходов после лечения алкоголизма методом опосредованной стресс-психотерапии или "кодирования" (Г.М.Энтин, 2001). Автор сообщает, что за 10-летний опыт использования им методики стресс-психотерапии по А.Р. Довженко, включавший более 10 000 пролеченных пациентов, достоверно известно 9 смертельных исходов, связанных с нарушением режима трезвости в период действия "кода". Сам А.Р.Довженко говорил, что за 46 лет использования им данного метода умерли 90 человек, нарушивших режим трезвости, а у 31 человека возникли тяжелые расстройства (параличи, психические нарушения, слепота).

К тяжелым осложнениям в виде психотических эпизодов и даже провокации шизофренического процесса приводит использование гипноза как средства "массовой психотерапии" или "телепсихотерапии" (А.М.Карпов и соавт., 1997).

В процессе проведения занятий по аутогенной тренировке (АТ) I.Schultz (1966 г.) отмечал появление у обучаемых разнообразных неспецифических и в то же время характерных ощущений ("аутогенных разрядов"), особенно при самовнушении ощущений тяжести: субъективное впечатление увеличения размеров кисти или всей руки, ощущение слияния тяжелой кисти с подлокотниками кресла или реакция "отчуждения" конечности. В других случаях возникали ощущения тянущего характера в мышцах или ощущения их вибрации, подергивания, зуда и т.п. Некоторые авторы отмечают возможность временной глухоты, обманы восприятия в виде вспышек или мерцания при закрытых глазах, сухость во рту или повышенную саливацию. Большинство подобных нежелательных явлений, появляясь на 4–6-м занятии, быстро и бесследно проходят к 8–10-му занятию (В.С.Лобзин, М.М.Решетников, 1986). По данным этих же авторов, после упражнений, направленных на вызывание мышечной тяжести, у 36% обучаемых в течение некоторого времени сохраняется ощущение скованности и небольшое замедление скорости сенсомоторных реакций. Кроме того, при АТ может иметь место уменьшение синхронизации биоэлектрической активности и увеличение пароксизмальных разрядов. А.В.Алексеев (1978 г.) отмечает неожиданное развитие достаточно глубокого гипнотического сна у некоторых пациентов в процессе занятий АТ, требующее дополнительной специальной коррекции этого состояния. В качестве особой формы "аутогенных разрядов" следует выделить также мышечные спазмы, которые иногда требуют активного вмешательства руководителя тренировок (Е.С.Подольский, 1980). G.Klumbies (1983 г.) к наиболее частым осложнениям АТ относит: сохранение ощущения

тяжести после завершения сеанса АТ, вазомоторные нарушения (включая обмороки и мигрень), а также появление головных болей при выполнении 6-го упражнения.

В *психоанализе* для обозначения нежелательных эффектов, возникающих в процессе лечения, обычно применяется термин "негативная терапевтическая реакция", который впервые был использован S.Freud (1918 г.) в сообщении о случае Человека-Волка. Позже он писал (S.Freud, 1923), что существует группа пациентов, которые реагируют на очевидный прогресс в лечении парадоксальным образом – обострением болезни и ухудшением самочувствия, демонстрируя таким образом негативную терапевтическую реакцию (НТР). Согласно определению Райкрофта (1995 г.), НТР – редко встречающаяся нежелательная реакция на психоаналитическое лечение, а именно: усугубление симптоматики пациента в ответ как раз на те интерпретации, которые должны были бы облегчить болезненные проявления. J.Laplanche и J.-В.Pontalis (1967 г.) объясняют ее сопротивлением пациента излечению, источником которого являются некоторые виды мазохизма. Особенно часто действие интерпретации производит отрицательные побочные эффекты у нарциссических и эгоцентричных пациентов (J.Jimenez, 1993).

НТР может принимать многочисленные формы (U.Grunert, 1979). Помимо этого, профессиональное отношение аналитика к пациенту и следование психоаналитическим правилам могут сами по себе явиться причиной новых травм, а также актуализировать те старые травмы, которые анализ, по идее, должен помогать преодолевать (S.Ferenczi, 1988).

Как пишут Н.ThomK и Н.KKchele (1985, 1988 гг.), побочные эффекты аналитического вмешательства могут возникать неожиданно, наряду с благоприятными и желательными, и проявляться не сразу. При этом бессознательные ожидания аналитиком улучшения состояния пациента могут быть серьезной причиной хронической НТР. Кроме того, травмирующее воздействие может быть непредусмотренным побочным эффектом переноса, который является одним из основных терапевтических механизмов психоаналитического лечения.

В известном обзоре K.Grawe и соавт. (1994 г.), посвященном сравнительной эффективности различных психотерапевтических методов, приводятся данные о 6 случаях завершенных суицидов и 3 случаях психотических обострений, связанных с психоаналитическим лечением, и делается вывод о повышенной опасности ятрогенных эффектов у больных с выраженной психопатологической симптоматикой при прохождении длительных курсов данного вида терапии (В.Лаутербах, 1995). G.Mazzoni и соавт. (1999 г.) в рамках сравнительного контролируемого исследования выявили факт негативного влияния ортодоксального психоанализа на выживаемость больных раком и ишемической болезнью сердца после 7 лет непрерывного лечения. Кроме того, как указывает Н.Varuk (1965 г.), длительное применение психоаналитических процедур чревато опасностью ослабления воли больного, его фиксации на интимных переживаниях и постепенного превращения пациента в личность, мало способную к активному сопротивлению и терпящую поражение при первой же встрече с жизненными трудностями. Следует, однако, добавить, что кратковременная психодинамическая психотерапия тоже некоторыми авторами относится к формам лечения, часто провоцирующим тревогу у пациентов (P.Sifneos, 1992).

Весьма актуальной для нашей страны в последние годы стала проблема "дикого" психоанализа. В связи с ней С.А.Чернышева (1998 г.) приводит данные обследования 6 пациентов с невротическим уровнем расстройств, проходивших психодинамическую психотерапию в течение разных периодов времени (от нескольких недель до года). У всех

пациентов было выявлено наличие психогенных реакций на стресс, вызванный психотерапевтическим вмешательством. Пациенты жаловались на бессонницу, ночные кошмары, содержание которых было связано с психотерапевтическими манипуляциями, дезориентацию в жизненных ситуациях, за разрешением которых они обратились к психотерапевту.

Сравнивая *психоанализ и когнитивно-поведенческую психотерапию*, некоторые авторы подчеркивают лучшую переносимость последней (К.Grawe и соавт., 1994; J.Bennett и соавт., 1998; G.Mazzoni и соавт., 1999). Тем не менее И.Ф.Мягков (1967 г.) считает, что чрезмерная участливость при проведении разъяснительной психотерапии может привести к развитию ипохондричности с уходом в болезнь и к рентным установкам. По данным, полученным Р.МсLean и А.Накstian (1979 г.), депрессивное состояние больных в процессе ориентированной на инсайт-терапии дольше, чем в контрольной группе, остается на уровне средней – тяжелой степени тяжести, что можно расценивать в качестве негативного побочного эффекта этого вида психотерапии. Кроме того, депрессивные пациенты крайне чувствительны к высказываниям и действиям терапевта, которые могут истолковывать как свидетельство отвержения, безразличия или неодобрения, обнаруживая тем самым повышенную склонность к ятрогенности (А.Бек и соавт., 2003). Тем же образом сказываются на психотерапевтической работе некоторые личные временные или долгосрочные проблемы психотерапевта, становясь причиной нежелательных реакций со стороны пациента, сопровождаемых появлением у последнего определенных нежелательных чувств и мыслей (А.Чепмен, М.Чепмен-Сантана, 2001). При проведении когнитивной терапии у больных хроническими психическими расстройствами и страдающих разного рода зависимостями недостаточно продуманное формирование убеждения в том, что их проблемы относительно узкие и временные и обусловлены преимущественно внешними причинами, может приводить к непрогнозируемому ухудшению состояния вследствие отрицания самого факта болезни (Р.МакМаллин, 2001; М.Seligman, 1975, 1994, 1996).

Ряд авторов склонны считать, что поведенческие техники, использующие аверзивные последствия, могут иметь побочные эффекты, способствуя усилению неустойчивости и агрессивности клиентов (А.П.Федоров, 2002). При этом возможна генерализация испытываемых в процессе терапии негативных эмоций на другие сходные ситуации или людей (на саму ситуацию врачебного кабинета, на все действия терапевта и даже на приобретаемое новое адаптивное поведение). В целом на фоне использования аверзивных последствий пациенты часто прекращают курс лечения. Методы наводнения, импозии и другие сходные техники сопряжены с переживанием отрицательных эмоций, поэтому уже на этапе получения информации многие пациенты отклоняют их. У некоторых клиентов с тревожно-фобическими расстройствами эти методы вызывают состояние излишней подавленности и стресса, вынуждающее их прерывать начатое лечение (Т.Stampfl, 1975). С другой стороны, прерывание лечения может закрепить или даже усилить реакцию избегания столкновения с объектом или ситуацию страха (А.П.Федоров, 2002). Анализируя собственный опыт применения биологической обратной связи в терапии синдрома тревоги, Е.В.Бирюкова (2002 г.) отмечает у некоторых больных такой побочный эффект данной методики, как резкое усиление тревоги вплоть до манифестации панических приступов, приводящее к немедленному отказу от проводимого лечения.

Ведущие представители экзистенциально-гуманистического направления, признавая

возможность возникновения в ходе терапии некоторых нежелательных явлений (усиление тревоги вплоть до возникновения страха смерти, преходящие дисфория и депрессия), пытаются расценивать их как неотъемлемую составляющую психотерапевтического процесса. Так, J. Bugental (1965 г.) называет подобные проявления "экзистенциальным кризисом", считая его неизбежным, наступающим после слома психологических защит, служащих для предупреждения экзистенциальной тревоги, когда человек получает возможность по-настоящему осознать свою базисную жизненную ситуацию. По мнению I. Yalom (1980 г.), "невозможно достать до корней тревоги без того, чтобы какое-то время не испытывать повышенную тревожность и подавленность".

Разнообразные побочные эффекты возникают на фоне *холотропной терапии*, поскольку она может приводить к драматическим переживаниям, сопровождающимся сильным эмоциональным и физическим стрессом (С.Гроф, 2001). В связи с этим данный вид терапии противопоказан лицам с тяжелыми психическими нарушениями, выраженной сердечно-сосудистой патологией, большим эпилепсией или инфекционным заболеванием, беременным, а также недавно перенесшим хирургическую операцию.

Осложнения *психоделической* психотерапии условно разделяются на острые (транзиторные) и пролонгированные (хронические). К острым относятся прежде всего острые панические реакции, симптоматика которых включает пугающие иллюзии и галлюцинации, тревогу и страхи, депрессивные переживания, спутанность и параноидные суждения (R. Grinspoon, J. Bakalar, 1977). Иногда подобного рода расстройства приводят к суицидам.

Пролонгированные осложнения включают длительные тревожные и депрессивные состояния, параноидное поведение, "флэшбэки" (спонтанные рецидивы психопатологических переживаний, имевших место при использовании психоделиков), а также затяжные психотические эпизоды с шизофреноподобной симптоматикой (длительностью до нескольких месяцев и более). Свообразным осложнением психоделической терапии является так называемый амотивационный синдром (В.Ф.Матвеев, 1976; L. Grinspoon, R. Bakalar, 1977), характеризующийся апатией, пассивной жизненной позицией, утратой интереса к повседневной жизни, материальным ценностям и утраченным увлечением вопросами религиозной и духовной жизни. В настоящем обзоре мы специально не обсуждаем проблему зависимости от психоделических препаратов.

Многие психотерапевты, применяющие групповые методы лечения, также сообщают о возникающих при этом разнообразных негативных эффектах (С.Кратохвил, 1991). K. Rudestam (1982 г.) пишет, что психотерапия в группах встреч с наибольшей вероятностью вызывает отрицательные эффекты у неуверенных в себе пациентов, неадекватных в межличностных отношениях, но стремящихся к изменению и личностному росту. В свою очередь А.А.Александров (1997 г.) считает: если групповое напряжение велико и длительно и если оно не компенсируется сплоченностью, то это приводит к негативным явлениям в виде угрозы распада группы; отрицательные последствия может иметь и слишком слабое напряжение. По мнению K. Back (1972 г.), атмосфера взаимного уважения и поддержки в группах чаще всего культивируется искусственно, и после того как пациент из "тепличных условий" вновь попадает в обычную среду, адаптироваться ему бывает еще труднее, чем до группы. В итоге некоторые пациенты становятся "постоянными участниками групп" и не в состоянии адаптироваться к обычной социальной среде.

Суммируя данные об эффективности гештальт-групп, J. Greenwald (1976 г.) отмечает, что

некоторые гештальт-группы "становятся токсичными" из-за их чрезмерного давления на участников, переоценки сильных эмоциональных переживаний и опыта катарсиса. Некоторые методики телесной терапии также являются крайне болезненными и неудобными для пациентов, а проведение танцевальной терапии без предварительной психотерапевтической подготовки пациентов связано с риском вызвать излишне сильные эмоции, которым нелегко в дальнейшем найти разрешение. То же самое касается терапии искусством и творческим самовыражением (А.С.Слущкий, В.Н.Цапкин, 1985; М.Е.Бурно, 1989; K.Rudestam, 1982).

И.Е.Вольперт (1979 г.), описывая импровизированную постановку с больными сказки по I.Lehman, указывает, что субъектов, неуверенных в себе, страдающих нарушением контакта со средой и чувством неполноценности, надо вводить в ту или иную роль осторожно, не давая им главных ролей, чтобы в случае неуспеха не усугублять их невротической нерешительности. Отрицательные реакции наблюдаются у некоторых больных и при музыкотерапии (Л.С.Брусиловский, 1985). Они выражаются в уходе больных с сеанса, раздражительности, жалобах на головную боль, усталость, а также в появлении вегетативных реакций. В некоторых случаях наблюдается ухудшение психического состояния при музыкальном воздействии – усиливается тревога вплоть до легкой агитации; возможно даже оживление галлюцинаторных переживаний. В.Т.Кондрашенко и соавт. (1999 г.) противопоказаниями к групповой терапии считают помимо психозов с склонностью к образованию бредовых идей отношения преследования и физического воздействия также тяжелые формы психопатий, особенно возбудимого круга (эксплозивные, эпилептоиды). По их мнению, с осторожностью следует включать в терапевтическую группу людей с выраженными физическими недостатками (уродство, глухота или слепота).

Отрицательный эффект комбинированной *фармако-* и *психотерапии*, как пишут В.Д.Вид и соавт. (1995 г.), может заключаться в том, что слишком стремительная терапевтическая динамика, наблюдающаяся обычно в ходе суггестивной психотерапии, нередко приводит к отказу пациента от фармакотерапии, а это в свою очередь может сопровождаться затем ухудшением состояния больного. Ряд авторов (А.Б.Смулевич и соавт., 1998; Н.-U.Wittchen, 1997) считают, что сочетание фармако- и психотерапии слишком сложно для больного и снижает его лечебную мотивацию, тем более что комбинированное лечение, по их данным, не обнаруживает более высокой эффективности по сравнению с отдельным использованием вышеуказанных методов. Нежелательные явления возникают и при *плацебо-терапии*, что обнаружилось довольно быстро после начала широкого плацебо-контролируемого изучения психотропных средств (R.Pogge, 1963). В дальнейшем подтвердилось, что возникновение побочных явлений на фоне применения плацебо – такое же обычное явление, как и при использовании фармакопрепаратов (P.Khosla и соавт., 1992; M.Sibille и соавт., 1992; P.Rosenzweig и соавт., 1993, 1995; F.Meyer и соавт., 1996, 2000). Наиболее частыми побочными эффектами плацебо-терапии называются ощущение слабости, головная боль, нарушения сна, тошнота и другие диспепсические расстройства.

Есть также сведения о нежелательных явлениях при *психотерапии детей и подростков*. Например, D.Harms (1973 г.) описывает многочисленные соматические побочные эффекты при психотерапии у детей. G.Cowdery и соавт., (1990 г.) приводят случай контролируемого лечения 9-летнего мальчика с аутоагрессивным поведением посредством специальной методики поведенческой терапии (DRO – differential-reinforcement-of-other-behavior), в

процессе которого наблюдался побочный эффект в виде реакции плача, предположительно объясненный авторами "недоподкреплением".

В соответствии с данными К. Diesing (1969 г.), Н. Remschmidt (1997 г.) и других авторов, некоторые методы психотерапии (гипноз, аутотренинг, конфронтационные методы), применяемые в детско-подростковом возрасте нередко усиливают симптоматику, особенно при тяжелых истерических и ипохондрических неврозах, а также способны актуализировать ипохондрические бредовые переживания. Противопоказаниями для методики кататимных образных переживаний и групповых занятий у детей являются синдромы органического поражения головного мозга, психозы и шизотипические расстройства, тяжелые невротические депрессии с риском суицида, выраженные истерические невроты и тяжелые нарушения социального поведения (Н. Remschmidt, 1997).

Довольно специфические нежелательные явления могут возникать при *холдинг-терапии* аутичных детей (М. Weich, 1983). К ним относятся повышенная возбудимость и расторможенность, расстройства сна, усиление агрессивности и негативизма, а также аутостимуляции у ребенка вне ситуации холдинга. К негативным проявлениям также относится и стереотипизация холдинга, когда ребенок через определенное время терапии (1–2 мес) начинает требовать стереотипного воспроизведения занятий в строго определенном порядке и с неизменным содержанием. Несмотря на то что перечисленные симптомы сочетаются с возрастанием активности, контактности ребенка и другими положительными сдвигами в его психическом развитии, их ни в коем случае нельзя игнорировать, постоянно соблюдая в ходе лечения оптимальный баланс указанных негативных проявлений и позитивных накоплений (М. М. Либлинг, 1996).

Таким образом, настоящий обзор демонстрирует актуальность проблемы нежелательных (или негативных) явлений в рамках большинства основных психотерапевтических направлений и необходимость дальнейших научных исследований, касающихся типологии побочных эффектов психотерапии и способов их коррекции, а также предикторов переносимости психотерапевтического лечения.

#### *Литература*

1. Александров А.А. *Современная психотерапия. Курс лекций*. СПб.: Академический проект, 1997; 335 с.
2. Алексеев А.В. *Себя преодолеть*. М.: Физкультура и спорт, 1978; 144 с.
3. Ахмедов Т.И., Жидко М.Е. *Психотерапия в особых состояниях сознания (история, теория, практика)*. М.: ООО "Издательство АСТ", 2000; 768 с.
4. Бек А., Шо Б., Эмери Г. *Когнитивная терапия депрессии: Пер. с англ.* СПб.: Питер, 2003; 304 с.
5. Бирюкова Е.В. *В кн.: Новые достижения в терапии психических заболеваний. Под ред. профессора С.Н. Мосолова*. М.: ЗАО "Издательство БИНОМ", 2002; с. 605–14.
6. Брусиловский Л.С. *Музыкотерапия*. В кн.: *Руководство по психотерапии*. Под ред. В.Е. Рожнова. 3-е изд., доп. и перераб. Т.: Медицина. 1985; с. 273–304.
7. Буль П.И. *Основы психотерапии*. М.: Медицина, 1974.
8. Бурно М.Е. *Терапия творческим самовыражением*. М.: Медицина, 1989; 304 с.
9. Бурно М.Е. *Справочник по клинической психотерапии (Некоторые старые и новые способы лечения средствами души)*. М.: РОМЛ, 1995.
10. Бурно М.Е. *Клиническая психотерапия*. М., Академический проект, ОППЛ, 2000; 719 с.
11. Вельвовский И.З., Липгарт Н.К., Багалея Е.М., Сухоруков В.И. *Психотерапия в клинической практике*. Киев: Здоров'я. 1984; 160 с.
12. Вид В.Д., Вовин Р.Я., Мазо Г.Э. *Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева*. 1995; 3–4: 5–12.
13. Воловик В.М., Вид В.Д. *В кн.: Фармакологические основы реабилитации психически больных*. М., 1989; с. 98–117.



14. Вулис Р. Если ваш близкий страдает душевной болезнью. Руководство для членов семей, друзей и социальных работников: Пер. с англ. М., 1998; 192 с.
15. Гроф С. Путешествие в поисках себя. М.: Институт трансперсональной психологии. Изд-во Института психотерапии. 2001; 336 с.
16. Групповая психотерапия. Под ред. Б.Д.Карвасарского, С.Ледера. М.: Медицина, 1990; 384 с.
17. Зачеицкий Р.А. Труды Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института. 1973; 66: 27–39.
18. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М.: Медицина. 1985; 304 с.
19. Карпов А.М., Классен Н.А., Жилев А.Г. и др. Казан. мед. журн. 1997; 78 (5): 321–31.
20. Консторум С.И. Опыт практической психотерапии. 2-е изд. М.: Минздрав РСФСР, 1962.
21. Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний: Пер. с чешск. М.: Медицина, 1991; 336 с.
22. Лапин И.П. Личность и лекарство. СПб.: Деан, 2001; 416 с.
23. Лаутербах В. Материалы I съезда Российской психиатрической ассоциации. СПб., 1995; с. 28–41.
24. Лебединский М.С. Очерки психотерапии. М.: Медицина, 1971.
25. Либих С.С. Коллективная психотерапия невротозов. Л.: Медицина, 1974.
26. Либлинг М.М. Дефектология, 1996; 3: 56–66.
27. Лобзин В.С., Решетников М.М. Аутогенная тренировка: (Справочное пособие для врачей). Л.: Медицина. 1986; 280 с. ил.
28. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной психотерапии: Пер. с англ. СПб.: Речь, 2001; 560 с.
29. Матвеев В.Ф. Морфологические изменения в головном мозге при экспериментальной лизергиновой интоксикации. М.: Медицина, 1976.
30. Мирковский К.И., Шогам А.Н. Труды 4-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров (Москва, 1–7 июля 1963). М., 1965; 5: 395.
31. Мягков И.Ф. Психотерапия (руководство для студентов медицинских институтов и врачей). М., 1967.
32. Нахимовский А.И., Шишков В.В. Практическая психотерапия. СПб.: Питер, 2001; 512 с.
33. В.Т.Кондрашенко, Д.И.Донской, С.А.Игумнов. Общая психотерапия: Рук. для врачей. 4-е изд., перераб. и доп. Минск: Выш. шк. 1999; 524 с.
34. Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор. М., 1962.
35. Психотерапевтическая энциклопедия. Под ред. Б.Д.Карвасарского. СПб.: Питер, 2000; 1024 с.
36. Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа: Пер. с англ. Л.В.Топоровой, С.В.Воронина и И.Н.Гвоздева. Под редакцией канд. философ. наук С.М. Черкасова. СПб.: Восточно-Европейский институт Психоанализа, 1995; 288 с.
37. Рахманов В.М. Психосоциальная реабилитация больных с функциональными и органическими расстройствами слуха. Дис. ... д-ра мед наук. СПб., 1993; 455 с.
38. Руководство по психотерапии. Под ред. В.Е.Рожнова. 3-е изд., доп. и перераб. Т.: Медицина, 1985; 719 с.
39. Свядоц А.М. Неврозы. 3-е изд., перераб и доп. М.: Медицина, 1982; 366 с.
40. Слободяник А.П. Психотерапия, внушение, гипноз. Киев: Здоров'я, 1977; 480 с.
41. Слуцкий А.С., Цапкин В.Н. Групповая эмоционально-стрессовая психотерапия. В кн.: Руководство по психотерапии. Под ред. В.Е.Рожнова. 3-е изд., доп. и перераб. Т.: Медицина, 1985; с. 188–212.
42. Смуглевич А.Б. Психотерапия. Руководство по психиатрии. Под ред. А.В.Снежневского. Т. 1, М.: Медицина. 1983; с. 265.
43. Смуглевич А.Б., Наджаров Р.А. Лечение больных разными формами шизофрении. В кн.: Руководство по психиатрии. Под ред. А.В.Снежневского. Т. 1. М.: Медицина, 1983; с. 405.
44. Федоров А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. СПб., 2002; 352с.
45. Чепмен А., Чепмен-Сантана М. Проблемно-ориентированная психотерапия: Пер с англ. СПб.: Питер, 2001; 240 с.
46. Энтин Г.М. Социальн. и судебн. психиатр. 2001; 11 (4): 88–9.
47. Ялов А.М. Обзор. психиатр. и мед. психол. им. В.М.Бехтерева. 1995; 3–4: 75–8.
48. Ang AWK. Ann Acad Med Singapore 2001; 30: 38–43.
49. Arean PA, Cook BL. Biol Psychiatry 2002; 52: 293–303.
50. Bennett JA, Moioffer M, Stanton SP et al. Drug Saf 1998, Jun.; 18 (6): 419–30.
51. Bergin AE. International J Psychiatry 1967; 3: 136–50.

52. Bugental J. *The Search for Authenticity*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1965; p. 167.
53. Bugental J. *The Art of the Psychotherapist*. W.W. Norton & Company. New York– London, 1987.
54. Christie GL. *Austral New Zealand J Psychiatry* 1970; 43: 43–8.
55. Cohen S. *J Nerv Ment* 1960; 130: 30–40.
56. Cowdery GE, Iwata BA, Pace GM. *J Appl Behav Anal* 1990; 23 (4): 497–506.
57. Coyne JC. *J Abnormal Psychol* 1976; 85: 186–193.
58. Coyne JC. *Psychiatry* 1976; 39: 28–40.
59. Diesing K. *Die pragmatischen Psychotherapieverfahren – Suggestion, Hypnose und autogenes Training – in der Kinderpsychotherapie*. In: Biermann G. (Hrsg.): *Handbuch der Kinderpsychotherapie*. Reinhardt, Munchen. 1969; Bd. I: S. 525.
60. Ferenczi S. In: Dupont J. (ed) *Sandor Ferenczi*. Harvard University Press, Cambridge. 1988.
61. Freud S. (1918b). *From the history of an infantile neurosis*. SE. Vol. XVII. P. 69.
62. Freud S. (1923b). *The ego and the id*. SE. Vol. XIX. PP. 1–66.
63. Grawe K, Donati R, Bernauer F. *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie. 1994.
64. Greenwald JA. In: C. Hatcher and P. Himelstein (Eds.), *The handbook of Gestalt therapy*. New York: Jason Aronson, 1976.
65. Grinspoon L, Bakalar J. *Psychodelic drugs reconsidered*. N.Y., 1977; 343 p.
66. Grossarth-Maticek R, Eysenck HJ. *J behavior ther experiment psychiatr Jun.*, 1990; 21 (2): 91–9.
67. Grunert U. *Psyche* 1979; 33: 1–28.
68. Hadley SW, Strupp HH. *Arch General Psychiatr* 1976; 33: 1291–302.
69. Haley J. *Learning and Teaching Therapy*. The Guilford Press, New York, London. 1996.
70. Harms D. *Klinische Pediatrie May*, 1973; 185 (3): 172–80.
71. Hartly D, Robak H, Abramovitz S. *Amer Psychol J* 1976; 31: 247–55.
72. Heigl-Evers A, Heigl F, Ott J, R\_ger U. *Lehrbuch der Psychotherapie*. Gustav Fischer Verlag, 1997.
73. Heim E. *Arch suisses neurol, neurochirurg psychiatr* 1981; 128 (2): 211–26.
74. Jimenez JP. *Int J Psychoanal* 1993, Jun.: 74 (3): 487–504.
75. Klumbies G. *Psychotherapie in der Inneren und Allgemeinmedizin*. Leipzig, 1983.
76. Lambert MJ, Bergin AE. In: D.K.Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy: A century of change*. – Washington D.C.: American Psychological Association. 1992; p. 360–90.
77. Laplanche J, Pontalis J.-B. *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Sous la direction de D.Lagache. Presses Universitaires de France. 1967.
78. Lifton RG. *Internat Rev Psychoanalys* 1976; 3: 385–98.
79. Loftus EF. *Am Psychologist* 1993; 48: 518–37.
80. Malev JS, Kaplan EA, Hollenberg MH et al. *Internat Psychiatr Clin* 1996; 2: 603–24.
81. May PRA. *Am J Psychiatry Sep.*, 1976; 133 (9): 1008–12.
82. McLean PD, Hakstian AR. *J Consult Clin Psychol* 1979; 47: 818–36.
83. Mazzoni GAL, Lombardo P, Malvagia S, Loftus EF. *Profess Psychol: Research Pract Feb.*, 1999; 30 (1): 45–50.
84. Pogge R. *Medical Times* 1963; 91: 773–8.
85. *Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter*. Herausgegeben von H. Remschmidt. Georg Thieme Verlag Stuttgart. New York, 1997.
86. Rudestam K. *Experiential groups: in Theory and Practice*. 1982.
87. Rush AJ, Beck AT, Kovacs M, Hollon S. *Cognitive Ther Research* 1977; 1: 17–37.
88. ThomK H, KKchele H. *Psychoanalytic practice. Principles. Vol. 1*. Springer – Verlag – Berlin – Heidelberg – New York – Paris – London – Tokyo, 1985; p. 182–6.
89. ThomK H, KKchele H. *Psychoanalytic practice. Clinical Studies Vol. 2*. Springer-Verlag – Berlin – Heidelberg – New York – Paris – London – Tokyo, 1988; p. 197.
90. Schultz IH. *Das autogene Training*. 12 Aufl. Stuttgart, 1966.
91. Sifneos PE. *Short-term anxiety provoking psychotherapy: A treatment manual*. New York: Basic Books. 1992.
92. Smith CM. *Quart J Stud Alcohol* 1964; 25 (4): 742–6.
93. Stampfl TG. *Psychology Today February*, 1975; P. 66–73.
94. Strauss WH, Klieser E. *The Synthesis between Psychopharmacology and Psychotherapy*. Abstracts of the WPA

*Thematic Conference. Jerusalem, Israel. Nov. 16–21, 1997; p. 62.*

95. Underleider JT, Fisher DD, Fuller M. *J Am Med Assoc* 1966; 197: 389–92.

96. Van Putten T. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 29: 640–3.

97. Weiner IB. *Principles of Psychotherapy. Second Edition, John Wiley & Sons, Inc.* 1998.

98. Yalom JD, Liberman M. *Arch Gen Psychiatry* 1971; 25: 16–31.

99. Yalom ID. *The theory and practice of group psychotherapy.* New York. 1975.

100. Yalom ID. *Existential Psychotherapy. Basic Books: A Division of Harper Collins Publishers.* 1980; 576 p.