

# К проблеме нежелательных явлений при психотерапии

---

А.С.Аведисова, В.И.Бородин

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

---

Проблема нежелательных явлений, возникающих в процессе психотерапии, является во многих отношениях весьма спорной и уже потому актуальной. Первым на них обратил внимание S.Freud, использовавший в сообщении о случае Человека-Волка термин "негативная терапевтическая реакция" (S.Freud, 1918). Позже он писал, что существует группа пациентов, которые реагируют на очевидный прогресс в лечении парадоксальным образом – обострением болезни и ухудшением самочувствия, демонстрируя таким образом негативную терапевтическую реакцию (S.Freud, 1923).

Согласно опросу практикующих врачей и исследователей, специализирующихся в области психотерапии, проведенному S.Hadley и H.Strupp (1976 г.), имеет место большой разброс мнений по поводу частоты возникновения и серьезности *негативных эффектов при психотерапии*. При этом большинство специалистов приходят к согласию в том, что если психотерапия может давать положительный эффект, то, следовательно, она может причинять и вред. E.Heim (1981 г.) прямо говорит, что реальность побочных эффектов психотерапии можно считать доказанной, хотя в клинической практике они чаще всего игнорируются, а A.Heigl-Evers и соавт. (1997 г.) замечают: возможно, вред, наносимый пациенту дефектами медицинского технического оборудования или оперирующим хирургом, ослабившим внимание вследствие переутомления, более очевиден, однако соответствующие феномены, пусть и намного менее яркие по формам своего проявления (почему их намного легче не замечать, а при случае и отвергать!), существуют и в "разговорной" терапии. Данное замечание в определенной степени согласуется с результатами опроса, проведенного A.Ang (2001 г.) и показавшего, что если профессиональные психотерапевты подтверждают наличие проблем, связанных с негативными эффектами психотерапевтического лечения, то другие специалисты в области психического здоровья чаще всего высказывают уверенность в полной безопасности психотерапии для пациента. О необходимости тщательного изучения как положительных, так и отрицательных эффектов психотерапии прямо говорят и ведущие отечественные психотерапевты (М.С.Лебединский, 1971; Б.Д.Карвасарский, 2000).

В литературе выделяются три основных подхода к оказанию психотерапевтической помощи. У каждого подхода есть своя теоретическая база, свое понимание цели и задач психотерапии, а также того, что является в ее рамках желательным и нежелательным.

Один из подходов базируется на модели роста (C.Rogers, 1951). Согласно данной модели, нормальная личность должна постоянно развиваться и расти – в противном случае наступит застой и постепенная деградация. Другой подход основывается на модели просветления (I.Yalom, 1980; J.Bugental, 1987), в которой основной упор делается на том, что никакой психологической нормы не существует, актуально лишь ощущение счастья, не зависящее от

уровня достижений, а также наличия или отсутствия психологических проблем. Понятно, что в рамках указанных методологических подходов к психотерапевтической теории и практике однозначная квалификация того или иного события, возникающего в процессе взаимодействия терапевта и клиента, как "желательного" или "нежелательного" оказывается чаще всего и невозможной, и ненужной. Однако и само понятие "психотерапия" в этих случаях должно рассматриваться как достаточно условное, так как никакого *лечения* и никакой *терапии* здесь не происходит (нет ни объекта лечения, ни места для клинического диагноза), а все усилия "терапевта" направлены либо на личностный рост клиента, либо на его духовное просветление. Задачи же терапии психического расстройства как такового решаются при этом скорее факультативно, нежели облигатно (J.Bugental, 1987; J.Haley, 1996; I.Weiner, 1998).

Третий подход к оказанию психотерапевтической помощи основывается на медицинской модели (В.Е.Рожнов, 1985; Б.Д.Карвасарский, 1985; М.Е.Бурно, 2000; А.Bergin, 1967). По определению, наиболее принятому в отечественной традиции, психотерапия – комплексное лечебное воздействие с помощью психических средств на психику больного, а через нее на весь организм с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде (В.Е.Рожнов, 1985). Данное определение отражает взгляд на психотерапию прежде всего как на метод лечения психических расстройств и отдает ее в компетенцию медицины. В этих рамках оперируют такими понятиями, как "болезнь", "больной", "лечебное воздействие" и т.п. Психотерапия включается в медицинскую ситуацию, ограничивается ею (G.Corey, 1986) и соответствующими ей задачами лечения, профилактики, реабилитации (в рамках единого лечебно-диагностического процесса) и сводится по существу к группе методов специфического лечебно-профилактического и реабилитационного воздействия на психику больного. В такой модели в качестве *отрицательного* при психотерапии субъекта с тем или иным психическим расстройством будет рассматриваться, например, появление новых или утяжеление уже имеющихся симптомов.

Необходимо отметить, что проводящиеся во всем мире многочисленные исследования *эффективности* психотерапии (В.К.Мягер, 1971; В.М.Воловик, В.Д.Вид, 1989; Б.М.Гузилов, О.Ф.Ерышев, 1989; В.А.Абабков, 1999; K.Rudestam, 1982; K.Grawe и соавт., 1994; D.Antonuccio, 1995) автоматически предполагают изучение и ее переносимости, ибо в соответствии с современными медицинскими представлениями полную оценку как фармакологического, так и любого другого вида лечения дает только совместный учет названных основных его характеристик (С.Н.Мосолов, 1996; Ф.Дж.Яничак и соавт., 1999; В.А.Абабков, 1998, 1999; M.Lambert, A.Bergin, 1992). При этом расхожее мнение о том, что психотерапия не вызывает побочных эффектов, характерных для фармакотерапии (А.П.Слободяник, 1977; В.Е.Рожнов, 1975, 1985; Г.С.Кочарян, А.С.Кочарян, 1994; И.П.Лапин, 2001; A.Heigl-Evers и соавт., 1997; J.Bennett и соавт., 1998; A.Ang, 2001), с точки зрения современной концепции "нежелательного явления" (ICH-GSP, 1996) не может рассматриваться в качестве аргумента в пользу односторонней оценки психотерапевтического лечения как исключительно позитивного, не имеющего каких-либо отрицательных или нежелательных последствий для больного.

Актуальность изучения переносимости психотерапии подтверждается также данными многих авторов о высокой частоте отказов пациентов от психотерапевтического лечения на

различных его стадиях. Так, Б.Д.Карвасарский и С.Ледер (1990 г.), ссылаясь на результаты исследования G.Bond и M.Lieberman (1978 г.), сообщают, что от 17 до 57% пациентов, начинающих групповую психотерапию, отказываются от этой формы лечения до планового срока ее окончания. При этом процент лиц, отказавшихся от лечения групповыми методами, значительно выше в сравнении с тем же показателем в индивидуальной психотерапии (J.Frank, 1957; C.O'Brien, 1972; W.Hargreaves, 1974), поскольку пребывание в группе в начальном периоде ее работы для большинства больных оказывается более напряженным (C.O'Brien, 1972; I.Yalom, 1975). В психоаналитической терапии считается давно установившимся правилом отказ от лечения после первых 4 сеансов у 3 из 4 обратившихся за психотерапевтической помощью пациентов (Р.Гринсон, 1994; Н.ТомК, Н.ККчеде, 1985, 1988). По данным I.Weiner (1998 г.), примерно у 10% пациентов во время прохождения курса психотерапии наблюдается ухудшение состояния.

В свое время А.Bergin (1967 г.) в отношении побочных эффектов писал, что "вряд ли вероятно ожидать чего-либо другого, о каком бы лечении ни шла речь (лекарства, физиотерапия или психотерапия)", и активно привлекал внимание к "эффекту ухудшения" в психотерапии: в то время как одним пациентам становится лучше, другим может стать хуже.

Суммируя мнения участников проведенной ими дискуссии S.Hadley и H.Strupp (1976 г.) отмечают: когда речь идет о психотерапии, нередко возникают трудности в однозначном определении того или иного явления как положительного или отрицательного. Оценку изменений симптомов-мишеней некоторые участники дискуссии считают не совсем подходящей для изучения негативных эффектов психотерапии, так как ухудшение состояния пациента может проявляться необязательно в клинических категориях. Как возможную альтернативу Orne напоминает высказывание Фрейда ("Freud's maxim") о том, что пациенты должны оцениваться в терминах способности работать, любить, играть и успешно справляться с обычными жизненными стрессами, т.е. в психосоциальном аспекте. Krasner добавляет, что оценка поведенческих изменений в качестве желательных или нежелательных должна учитывать значимость этих изменений не только для клиента, но и окружающих его людей, в том числе и психотерапевта.

Авторы статьи в итоге выделяют две большие группы негативных эффектов, возникающих при психотерапии: 1) утяжеление или обострение уже имеющейся у пациента симптоматики и 2) появление новых симптомов. К первой группе относятся: утяжеление депрессии, тревоги, враждебности, избегающего поведения, обострение паранойи и т.п. В качестве примеров из второй группы называются: разрушение прочных интерперсональных связей, снижение способности получать удовольствие, некоторые фатальные психосоматические реакции, злоупотребление алкоголем или лекарствами, гневливость, криминальные действия, суицидальные попытки, психотические эпизоды, проявление психического расстройства в менее социально приемлемой форме и др.

В статье также обсуждаются многочисленные факторы, обуславливающие возникновение указанных негативных эффектов. Это и проблемы оценки состояния пациента с разных позиций (клинической, психологической), и различные факторы, связанные как с психотерапевтом (дефицит знаний или опыта, личностные особенности), так и с пациентом (низкий уровень мотивации, недостаточная сила Эго), негибкость психотерапевтической техники, слишком интенсивная терапия, проблемы взаимоотношений пациент – психотерапевт, зависимость, завышенные ожидания относительно возможностей

психотерапии и многое другое. Тем самым демонстрируется сложность проблематики и необходимость комплексного подхода к ее решению.

В работе J.Hochman (1984 г.) приводится первое обсуждение так называемых психотерапевтических культов, появившееся в литературе в 1982 г. (Temerlin and Temerlin, 1982). Указанные авторы изучили 5 терапевтических групп, членами которых были специалисты в области психического здоровья. Пациенты в указанных группах удерживались вместе благодаря идеализации терапевта и перманентным "психотерапевтическим" мероприятиям (семинары, курсы, воркшопы). По мере того как пациенты все больше вовлекались в общественную и личную жизнь своих терапевтов, они постепенно все более и более отказывались от собственных друзей, семьи, становились в высшей степени зависимыми от терапевта и новых "братьев" и "сестер". В статье описывается особая "когнитивная патология": наличие у членов указанных групп иллюзий особого знания, мудрости и личностного роста, хотя на деле обнаруживались нарастающие амбивалентность и неуверенность в себе. Члены групп, как выяснилось при опросе, в большинстве случаев понимали то, что их состояние ухудшается и они "зашли в тупик". При этом они фактически не имели каких-то иллюзий в отношении собственных терапевтов, однако все равно не могли прекратить психотерапию по причине патологического симбиоза с группой. Авторы приходят к заключению, что психотерапевтический культ, имеющий большое сходство с религиозным, является ятрогенно обусловленным негативным эффектом психотерапии. В итоге указывается, что при проведении групповой терапии необходимо, во-первых, максимально избегать формирования культа личности терапевта, во-вторых, ограничивать число участников группы, в-третьих, не составлять группы из профессионалов в области психического здоровья и, в-четвертых, предоставлять пациентам свободный выбор той или иной психотерапевтической техники.

Рассматривая побочные эффекты психотерапии с этической стороны, K.Buhler и H.Haltenhof (1992 г.) связывают их либо со злоупотреблениями психотерапевта по отношению к пациенту, либо со спецификой самого психотерапевтического процесса. Неапробированные и теоретически слабо обоснованные психотерапевтические методики, особенно групповые, могут привести к тому, что "лица с латентными пограничными психотическими состояниями или со слабым самоконтролем под влиянием таких групп терапии при полном отказе от самозащиты могут переступить барьер между здоровьем и безумием" (P.Slavson, 1969). R.Greenon (1967 г.) предупреждает, что любая форма или аспект лечения, приводящие к зависимости пациента от лечения, нежелательны, в том числе и с точки зрения этики. В этом плане традиционные терапевтические взаимоотношения сами по себе могут оказывать значительный негативный эффект в силу присущего им недостаточного внимания к мировоззрению пациента, стилю его повседневной жизни, поведения, а также его волевым качествам (Т.Байрам Карасу, 1998).

В отечественной литературе имеются лишь отрывочные сообщения о негативных или побочных эффектах психотерапии. Большинство авторов если и пишут о них, то обычно объясняют их непродуманными действиями (вследствие недостаточной квалификации) самих психотерапевтов либо диагностическими неточностями. Так, В.А.Абабков (1998 г.) указывает на возможные в этих случаях несоответствия психотерапевтических методов форме заболевания из-за ошибок диагностики. Д.Е.Борисов (1999 г.) считает, что осложнения при психотерапии бывают только тогда, когда терапевт директивен, когда он идет на поводу у

родственников пациента, когда с клиентом не заключен контракт, когда клиент остается в неведении относительно механизмов развития своих симптомов и механизмов выздоровления.

Тем не менее в докторской диссертации В.М.Рахманова (1993 г.) выделяются около 20 (!) вариантов побочных эффектов психотерапии. Кроме того, автор подразделяет указанные побочные эффекты и осложнения 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), а также считает, что побочные эффекты психотерапии могут проявляться в виде психических, соматических и неврологических расстройств. Похожая классификация побочных эффектов при психотерапии представлена в работе Т.И.Ахмедова и М.Е.Жидко (2000 г.).

О том, что при различных вариантах психотерапии могут возникать не только психические, но и соматические негативные эффекты, и даже летальные исходы, пишут как отечественные (П.И.Буль, 1974; И.З.Вельвовский и соавт., 1984; В.Е.Рожнов, 1986; Г.М.Энтин, 2001), так и зарубежные исследователи (D.Harms, 1973; G.Klumbies, 1983; G.Mazzoni и соавт., 1999).

Опираясь в основном на сведения, почерпнутые из зарубежных источников, Б.Д.Карвасарский (2000 г.) определяет негативные эффекты психотерапии как длительное ухудшение состояния пациента, вызванное непосредственно лечением, и классифицирует их следующим образом: 1) усиление прежних симптомов (тревоги, страха, депрессии, снижение самооценки, увеличение зависимости); 2) появление новых симптомов (демонстративного поведения, злоупотребления лекарственными препаратами или алкоголем, психосоматических реакций, регрессии, разрыва прежних межличностных отношений, суицидных попыток); 3) неогоспитализм, бегство в болезнь, злоупотребление лечением, поиск выгоды от лечения; 4) зависимость – наиболее частое осложнение психотерапии; зависимость от психотерапевта и от психотерапевтической группы; 5) негативные эффекты социального плана: разводы, нарастание конфликтности пациента, резкая необдуманная смена работы и места жительства.

У отдельных авторов помимо описания негативных эффектов тех или иных психотерапевтических методик и попыток их классифицирования встречаются также указания на различные *предикторы переносимости психотерапии* (личностно-психологические, клиничко-психопатологические, соматические, социально-демографические). Так, P.Slavson (1969 г.) обращает внимание на склонность "латентных" психозов и некоторых пограничных состояний к обострению в ситуации групповой терапии. В.Т.Кондрашенко и соавт. (1999 г.) соглашаются с этим, уточняя, что данный вид терапии противопоказан при психозах с тенденцией к образованию бредовых идей отношения, преследования и физического воздействия, а также тяжелых формах психопатий возбудимого круга (эксплозивные, эпилептоиды). По их мнению, с осторожностью следует включать в терапевтическую группу людей с выраженными физическими недостатками (уродство, глухота или слепота).

О наклонности к ятрогенизации и частому возникновению побочных эффектов в процессе психотерапевтического лечения у депрессивных пациентов и лиц с тревожно-фобическими расстройствами сообщают А.П.Федоров (2002 г.), А.Бек и соавт. (2003 г.), T.Stampfl (1975 г.). И.Е.Вольперт (1979 г.) и А.И.Концевич (1983 г.) отмечают, что ятрогенизации в процессе

психотерапии чаще подвержены личности замкнутые, впечатлительные, неуверенные в себе и при этом склонные к ипохондрической фиксации на малейших изменениях в состоянии своего здоровья. J.Jimenez (1993 г.) в свою очередь пишет о нарциссизме и эгоцентризме как о характерологических чертах, особенно часто обуславливающих возникновение отрицательных побочных эффектов в ответ на психоаналитическую интерпретацию.

Тяжелая или хроническая соматическая патология (сердечно-сосудистые заболевания, бронхиальная астма, эндокринопатии, перенесенные ранее черепно-мозговые травмы и нейроинфекции) также может выступать в качестве фактора риска развития разнообразных (в том числе, соматических) нежелательных явлений при психотерапевтическом воздействии (П.И.Буль, 1974; В.М.Рахманов, 1993). Среди многочисленных факторов, способствующих риску развития осложнений при применении психотерапии, В.М.Рахманов (1993 г.) выделяет: возраст, пол, давность заболевания, характер проводившегося ранее лечения, социальное окружение пациента и др.

Изучение нежелательных эффектов и предикторов переносимости психотерапии выдвигает на один из первых планов проблему регистрации вышеуказанных эффектов, методов их объективной и субъективной оценки, а также терминологическую проблему.

Специальных шкал, регистрирующих нежелательные явления в процессе психотерапии, нет. В клинических исследованиях эффективности и переносимости психотропных препаратов для регистрации побочных реакций часто используется структурированная шкала побочных реакций UKU (O.Lingjarde, 1987), представляющая собой перечень всех возможных неблагоприятных реакций, распределенных по группам на психические, неврологические, вегетативные и др. Каждая нежелательная реакция оценивается по четырехбалльной шкале от "0" до "3". При этом возможна не только объективная (по мнению врача), но и субъективная (по мнению пациента) оценка общего влияния побочных реакций на жизнедеятельность пациента. Будучи неспецифической по отношению к тем или иным психотропным препаратам или типам побочных эффектов, шкала UKU принципиально применима для регистрации тех негативных эффектов психотерапии, которые могут быть выражены в терминах клинических симптомов. Что касается негативных психологических и социальных последствий психотерапевтического лечения, то для их косвенной оценки можно использовать соответствующие психологические тесты и шкалы, применяющиеся в исследованиях эффективности психотерапии (Б.Д.Карвасарский, 2000; К.Grawe и соавт., 1994).

Разные авторы часто по-разному обозначают те или иные нежелательные явления, возникающие в процессе психотерапевтического лечения: "негативные эффекты" (Б.Д.Карвасарский, 2000; S.Hadley, H.Strupp, 1976), "негативная терапевтическая реакция" (S.Freud, 1923), "побочные эффекты" (A.Bergin, 1967), "ятрогенные эффекты" (J.Hochman, 1984), "осложнения психотерапии" (В.М.Рахманов, 1993; Д.Е.Борисов, 1999), "аутогенные разряды" (I.Schultz, 1966), "экзистенциальный кризис" (J.Bugental, 1965). Обилие понятий, несопоставимых по содержанию, неизбежно порождает терминологическую неопределенность и путаницу при оценке того или иного явления, возникающего в ходе психотерапии, как нежелательного или неблагоприятного (S.Hadley, H.Strupp, 1976). В то же время большинство специалистов в области психического здоровья, в частности психотерапевтов, согласны с необходимостью четкого определения не только показаний, но и противопоказаний к многочисленным разновидностям психотерапии с целью первичной

профилактики характерных для них нежелательных эффектов.

На наш взгляд, понятие "*нежелательное явление*", принятое как стандарт в клинико-фармакологических исследованиях и обозначающее согласно ICH-GSP (1996 г.) "любое неблагоприятное явление в жизни пациента, независимо от наличия/отсутствия причинно-следственных связей между проводимой терапией и данным неблагоприятным явлением", может использоваться и для характеристики переносимости психотерапии в отличие от терминов "побочный эффект" (side effect, adverse effect, побочная реакция, побочное действие, нежелательный эффект и т.д.) и "осложнение", которые были привнесены в психиатрию из соматической медицины и которыми обычно обозначаются различные нарушения, напрямую связанные с данным методом лечения или конкретным лекарственным препаратом (Д.Д.Федотов, 1967; Д.И.Малин, 2000). В качестве прецедента на основе приведенной выше концепции "нежелательного явления" (adverse event) уже оцениваются отрицательные плацебо-эффекты (ноцебо), а также "побочные эффекты" биологической обратной связи (Е.В.Бирюкова, 2002).

Таким образом, проблема нежелательных явлений психотерапии не только актуальна, но и принципиально доступна научному исследованию при условии унификации основного понятия ("нежелательное явление") и методов оценки (оценочных шкал) переносимости как различных психотерапевтических техник, так и сравнительной переносимости фармако- и психотерапии.

#### *Литература*

1. Абабков В.А. Проблема научности в психотерапии. СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 1998; 76 с.
2. Абабков В.А. *AquaVitae*. Рос. мед. журн. 1999; 2: 8–9.
3. Ахмедов Т.И., Жидко М.Е. Психотерапия в особых состояниях сознания (история, теория, практика). М.: ООО "Издательство АСТ", 2000; 768 с.
4. Байрам Карасу Т. Этические аспекты психотерапии. В кн.: *Этика психиатрии* (под ред. С.Блох, П.Чодофф). Киев: 1998; с. 107–29.
5. Бек А., Шо Б., Эмери Г. *Когнитивная терапия депрессии*. Пер. с англ. СПб.: Питер, 2003; 304 с.
6. Бирюкова Е.В. В кн.: *Новые достижения в терапии психических заболеваний*. Под ред. проф. С.Н.Мосолова. М.: ЗАО "Издательство БИНОМ", 2002; с. 605–14.
7. Борисов Д.Е. Осложнения психотерапии (осознание ответственности). Нижегородская областная Ассоциация практических психологов и психотерапевтов. Вестник. 1999; 4.
8. Буль П.И. *Основы психотерапии*. М.: Медицина, 1974.
9. Бурно М.Е. *Клиническая психотерапия*. М.: Академический Проект, ОППЛ, 2000; 719 с.
10. Вид В.Д., Вовин Р.Я., Мазо Г.Э. *Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М.Бехтерева*. 1995; 3–4: 5–12.
11. Воловик В.М., Вид В.Д. В кн.: *Фармакологические основы реабилитации психически больных*. М., 1989; с. 98–117.
12. *Групповая психотерапия*. Под ред. Б.Д.Карвасарского, С.Ледера. М.: Медицина, 1990; 384 с.
13. Гузилов Б.М., Ерышев О.Ф. В кн.: *Психологические исследования и психотерапия в наркологии*. Л., 1989; с. 7–11.
14. Карвасарский Б.Д. *Психотерапия*. М.: Медицина, 1985; 304 с.
15. Концевич А.И. *Долг и ответственность врача*. Киев: Вища шк., 1983; 112 с.
16. Кочарян Г.С., Кочарян А.С. *Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов*. М.: Медицина, 1994; 224 с.
17. Лебединский М.С. *Очерки психотерапии*. М.: Медицина, 1971.
18. Малин Д.И. *Побочное действие психотропных средств*. М.: Вузовская книга, 2000; 208 с.
19. Мосолов С.Н. *Основы психофармакотерапии (Краткое иллюстрированное руководство для врачей)*. М.: Восток, 1996; 288 с.
20. Мягер В.К. *Критерии эффективности психотерапии. Клинико-психологическое исследование личности (в связи с задачами профилактики диагностики и лечения нервно-психических заболеваний)*. Л., 1971.

21. *Общая психотерапия: Руководство для врачей.* В.Т.Кондрашенко, Д.И.Донской, С.А.Игумнов. 4-е изд., перераб. и доп. Минск: Выш. шк., 1999; 524 с.
22. *Психотерапевтическая энциклопедия.* Под ред. Б.Д.Карвасарского. СПб.: Питер, 2000; 1024 с.
23. Рахманов В.М. *Психосоциальная реабилитация больных с функциональными и органическими расстройствами слуха.* Дис. ... д-ра мед наук. СПб., 1993; 455 с.
24. *Руководство по психотерапии.* Под ред. В.Е.Рожнова. 3-е изд., доп. и перераб. Т.: Медицина, 1985; 719 с.
25. Слободяник А.П. *Психотерапия, внушение, гипноз.* Киев: Здоров'я. 1977; 480 с.
26. Федоров А.П. *Когнитивно-поведенческая психотерапия.* СПб., 2002; 352 с.
27. Федотов Д.Д. *Проблема осложнений при лечении психотропными средствами. Вопросы психофармакологии.* Под ред. Л.Л.Рохлина и Г.Я.Авруцкого: Труды Московского научно-исследовательского института психиатрии. М., 1967; 49: 25–31.
28. Яничак Ф.Дж., Дэвис Д.М., Прескорн Ш.Х., Айд Ф.Дж. *Принципы и практика психофармакотерапии.* Киев, 1999; 725 с.
29. Ang AWK. *Ann Acad Med Singapore* 2001; 30: 38–43.
30. Antonuccio DO, Danton WG, DeNelsky GY. *Profess Psychol: Research Pract Dec.*, 1995; 26 (6): 574–85.
31. Bennett JA, Moioffer M, Stanton SP et al. *Drug Saf* 1998; 18 (6): 419–30.
32. Bergin AE. *Internat J Psychiatr* 1967; 3: 136–50.
33. Bugental J. *The Art of the Psychotherapist.* W.W. Norton & Company. New York. London, 1987.
34. Buhler KE, Haltenhof H. *Zeitschrift fur klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie/im Auftrag der Gerres-Gesellschaft.* 1992; 40 (4): 364–77.
35. Corey G. *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy.* 3rd Ed. Monterey, Calif.: Brooks/Cole, 1986.
36. Freud S. (1918b). *From the history of an infantile neurosis.* SE. Vol. XVII. p. 69.
37. Freud S. (1923b). *The ego and the id.* SE. Vol. XIX. pp. 1–66.
38. Grawe K, Donati R, Bernauer F. *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession.* Göttingen: Hogrefe, Verlag fur Psychologie. 1994.
39. Hadley SW, Strupp HH. *Arch General Psychiatr* 1976; 33: 1291–302.
40. Haley J. *Learning and Teaching Therapy.* The Guilford Press, New York, London. 1996.
41. Harms D. *Klinische Pediatr* May, 1973; 185 (3): 172–80.
42. Heigl-Evers A, Heigl F, Ott J, RЯger U. *Lehrbuch der Psychotherapie.* Gustav Fischer Verlag, 1997.
43. Heim E. *Schweizer Archiv fЯr Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie =Archives suisses de neurologie, neurochirurgie et de psychiatrie.* 1981; 128 (2): 211–26.
44. Hochman J. *Psychiatry Nov.*, 1984; 47 (4): 366–77.
45. Jimenez JP. *Int J Psychoanal* 1993, Jun.; 74 (3): 487–504.
46. Klumbies G. *Psychotherapie in der Inneren und Allgemeinmedizin.* Leipzig, 1983.
47. Lambert MJ, Bergin AE. In DK. *Freedheim (Ed.), History of psychotherapy: A century of change.* Washington D.C.: American Psychological Association. 1992; P. 360–90.
48. Lingjaerde O, Ahlfors UG, Bech P. *Acta psychiat Scand* 1987; 76 (suppl. 308): 115–59.
49. Mazzoni GAL, Lombardo P, Malvagia S, Loftus EF. *Profess Psychol: Research Pract Feb.*, 1999; 30 (1): 45–50.
50. Rogers CR. *Client-centered therapy.* Boston: Houghton-Mifflin, 1951.
51. Rudestam K. *Experiential groups: in Theory and Practice.* 1982.
52. ThomK H, KKchele H. *Psychoanalytic practice. Principles. Vol. 1.* Springer-Verlag, Berlin – Heidelberg – New York – Paris – London – Tokyo, 1985; p. 182–6.
53. ThomK H, KKchele H. *Psychoanalytic practice. Clinical Studies Vol. 2.* Springer-Verlag, Berlin – Heidelberg – New York – Paris – London – Tokyo, 1988; p. 197.
54. Schultz IH. *Das autogene Training.* 12 Aufl. Stuttgart, 1966.
55. Stampfl TG. *Psychology Today February*, 1975; P. 66–73.
56. Weiner IB. *Principles of Psychotherapy. Second Edition,* John Wiley & Sons, Inc. 1998.
57. Yalom ID. *Existential Psychotherapy.* Basic Books: A Division of Harper Collins Publishers. 1980; 576 p.