

СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ЗАИКАНИЯ: СТРУКТУРА ПРОБЛЕМЫ, НАПРАВЛЕНИЯ И ТЕХНИКИ РАБОТЫ С КЛИЕНТАМИ¹

Н.В. КИСЕЛЬНИКОВА, М.М. ДАНИНА

В статье представлен уникальный опыт применения стратегического подхода к психотерапии заикания, вычленения структуры психологической проблемы при логоневрозе, а также результаты отбора терапевтических техник в соответствии со стратегией. Обсуждаются традиционные положения психотерапии заикания, а также основные ошибки специалистов, работающих с заикающимися людьми, приводящие к подкреплению проблемы. Описывается пример одной из клиенток, прошедших курс психотерапии, включающий отобранные техники работы с логоневрозом. Обсуждаются проблемы и перспективы данного направления научного исследования и практики.

Ключевые слова: стратегическая психотерапия, заикание, логоневроз, логофобия, структура проблемы, предпринятые попытки решения.

В рамках стратегического конструктивистского подхода считается, что человеческие проблемы являются продуктом взаимодействия субъекта с реальностью, причем в поддержании проблемной ситуации одну из ключевых ролей играют те усилия, которые человек прикладывает, чтобы ее разрешить («предпринятые попытки решения») [Нардонэ, Вербиц, Миланезе, 2010]. В итоге складывается особая «перцептивно-реактивная система», включающая характерные способы восприятия действительности, реагирования на нее, и выражающаяся в трех типах отношений — с самим собой, другими людьми и окружающим миром. Эффективное решение проблемы предполагает: а) понимание закономерностей функционирования перцептивно-реактивной системы; б) блокирование нефункциональных попыток решения проблемы; в) осуществление терапевтического вмешательства, направленного на трансформацию элемен-

¹ Статья подготовлена при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (проект № 12-06-33042 «Комплексное психологическое исследование механизмов заикания»).

тов, составляющих структуру проблемы. В итальянской школе стратегической психотерапии [Нардонэ, 2008; Нардонэ, Вацлавик 2006; Нардонэ, Вербиц, Миланезе, 2010] выявлена целая серия моделей ригидного взаимодействия субъекта с действительностью, на основе которых разработаны специфические типологии психологических расстройств, а также протоколы терапевтического вмешательства для каждого из этих типов. Например, такие типологии и протоколы описаны для обсессивно-компульсивных расстройств, нарушений пищевого поведения (анорексия, булимия, вызванная рвота), депрессии.

Нами была поставлена задача на основе методологии исследования-вмешательства, подразумевающего введение в патологически функционирующую систему определенных «переменных» — элементов психотерапевтического воздействия, — смоделировать перцептивно-реактивную систему заикания у подростков и взрослых людей. Предварительное исследование было проведено на выборке 63 человека от 15 до 45 лет.

Под логоневрозом понимается клинко-психологический синдром, возникающий по механизму невротической переработки неврологического дефекта (заикания) и включающий систему симптомов, ведущим из которых является логофобия. Данный синдром характеризуется специфическими и неспецифическими невротическими проявлениями. К первым относятся зависимость самооценки от состояния речи, логофобия, чувство вины и стыда за плохую речь, навязчивые мысли о речи. Эгоцентрическая позиция заикающегося связана с искажением отраженного образа Я (образа себя в глазах других людей), что вызывает преувеличение значимости и тяжести речевого нарушения и его влияния на полноценное общение. К неспецифическим проявлениям невроза относятся повышенная ориентировочная реакция на людей, негативный прогноз по поводу оценок окружающих, агрессивность, замкнутость. В литературе описываются особенности отношения в семьях заикающихся (гиперопека, симбиоз с матерью, слабая фигура отца, авторитарность матери, ревность к братьям/сестрам), а также особенности личности самого заикающегося (тревожность, мнительность, агрессивность, застревание, ригидность, неэффективные установки и убеждения), и его индивидуальные характеристики (астеничность, гиперактивность, лабильность психики), сопутствующие речевому дефекту и часто усугубляющие тяжесть его невротической переработки [Лохов, Фесенко, Щугарева, 2005; Миссуловин, 2002; Bloodstein, Bernstein, 2008; Craig, Blumgart, Tran, 2009; Iverach et al. 2009].

Известно множество систем лечения заикания: методика устойчивой нормализации речи (Л.З. Арутюнян), система семейной логопсихотерапии (Ю.Б. Некрасова-Н.Л. Карпова), комплексная система лечения заикания (В.М. Шкловский), система комплексной реабилитации

взрослых заикающихся (Н.М. Асатиани), комплексный способ коррекции речи (М.И. Лохов), stuttering modification therapy — терапия, модифицирующая заикание (С. Van Riper), the McGuire Programme и др. В основе каждой из них лежит разное понимание механизмов заикания, точнее, ставятся разные акценты на том, какой механизм является более важным в возникновении и поддержании заикания. Однако известно, что даже самые эффективные логопедические и психотерапевтические системы дают определенное количество невылеченных случаев или рецидивов. Часто подобные неудачи «списываются» как специалистами (логопедами, психологами), так и самими заикающимися на недостаточную целеустремленность последних, нечеткое следование и выполнение технологии лечения и т.п.

Существуют группы пациентов, которые представляют наибольшую трудность в лечении. К ним относятся люди с мало выраженными запинками, но с сильной невротической составляющей; с определенными индивидуальными характеристиками (например, типом темперамента), не позволяющими осуществлять долгую произвольную регуляцию речи и поведения; люди, разочаровавшиеся в разных методах лечения; люди, а также пациенты с низкой мотивацией к лечению (когда запрос исходит от ближайшего окружения). В этих случаях требуется в большей мере психотерапевтическая работа, чем логопедическая, а ее отсутствие обязательно будет снижать эффективность логопедической работы. В связи с этим перед специалистами, работающими с заикающимися, стоит задача психологического сопровождения любой логопедической работы или в ее отсутствие.

Вопросу применения методов психотерапии при лечении взрослых заикающихся (дискуссия, невербальная коммуникация, проективное рисование, социометрия) в отечественной психологии посвящены работы К.М. Дубровского [Дубровский, 1966], Н.Л. Карповой [Карпова, 2003], Ю.Б. Некрасовой [Некрасова, 1980], В.М. Шкловского, Л.М. Кроля, Е.Л. Михайловой [Шкловский, Кроль, Михайлова, 1980] и др. Почти все они, за небольшим исключением, относятся к 70—80 гг. Традиционно предпочитаемыми считаются приемы рациональной психотерапии и суггестивного воздействия, личностно-ориентированной групповой психотерапии. В то же время отмечается, что ни один из способов воздействия не является в достаточной мере эффективным и специфичным для лечения логоневроза, зависит от индивидуальных предпочтений и опыта психотерапевта, предполагает длительное лечение с подбором индивидуальной терапевтической программы. Основой такой психотерапевтической работы считается реконструкция механизмов общения и формирование навыков овладения формой и сущностью правильного коммуникативного поведения, а задачами выступают: 1) актуализация максимума разли-

чий в коммуникативном поведении пациентов, их индивидуализация в глазах группы; 2) создание структуры диалогического общения в группе, привлечение внимания к различным характеристикам взаимодействия с партнером и постепенное формирование нового понимания целей и ценностей общения; 3) преодоление тенденции избирательного и неадекватного восприятия и построения конкретных коммуникативных ситуаций на основе фиксации на дефекте речи, в частности изменение представлений о роли невербальных составляющих в общении; 4) изменение стереотипа восприятия группы пациентов как аудитории и ведущего как формального и абсолютного лидера.

Зарубежом акцент в лечении заикания ставится на адаптации людей с нарушенной речью к социальной активности, переструктурированию отношения к речевому дефекту и его роли в жизни. Для этого пользуются средствами нарративной психотерапии, терапии, ориентированной на решение проблем, а также привлекают ресурсы семейных и психотерапевтических отношений в процессе речевой терапии [DiLollo et al., 2002; Iverach et al., 2009; Zebrowski, 2009].

Несмотря на получение определенных эффектов в результате реализации разнообразных психотерапевтических и консультативных подходов к заикающимся людям, построение этой работы не соответствует ключевым, структурирующим дефект элементам и потому обладает «плавающей» эффективностью и малопрогнозируемым результатом.

С точки зрения стратегического подхода, эти элементы — особенности взаимоотношений субъекта, страдающего заиканием, с самим собой, другими людьми и окружающей действительностью — основываются на нефункциональных предпринятых попытках решения проблемы (в случае заикания — устранения запинок и страха речи).

На основе проведенного нами пилотажного исследования были выявлены наиболее распространенные нефункциональные попытки решения. Так, семья и социальное окружение (педагоги, сверстники) могут подкреплять заикание полярными реакциями повышенного внимания к дефекту речи либо его игнорирования, катастрофизацией (преувеличением значимости недуга), изоляцией (выключение заикающегося из речевых видов деятельности), инвалидизацией (экстраполяция ограниченных речевых возможностей на неречевые сферы), а также насмешками, издевательствами и ожиданием самостоятельного преодоления дефекта через волевое усилие.

Среди неэффективных попыток решения проблемы, предпринимаемых самими пациентами, наиболее распространенными являются:

— попытки произвольного контроля скорости и плавности речи (разрушает естественный процесс речепорождения, дополнительно ак-

тивизирует тормозные механизмы, препятствующие свободному звукоизвлечению);

— превентивная агрессивная самозащита, приводящая к ограничению ситуаций общения (тормозит развитие навыков коммуникации и познания людей, что приводит к возникновению большего числа конфликтных, эмоционально напряженных, значимых в силу своей редкости ситуаций);

— самоизоляция, избегание ситуаций, которые воспринимаются как опасные (тормозит развитие навыков коммуникации и познания людей, описанных выше);

— компенсаторная гипербобщительность (включение в широкий круг коммуникативных ситуаций в сочетании с отсутствием соответствующих инструментальных возможностей может привести к речевым срывам на фоне энергетического истощения);

— попытки сознательного преодоления логофобии путем подготовки к ситуациям речевого общения, самонастроя и т.п. (повышает тревожность и фиксирует внимание на ожидании негативных переживаний).

Отдельным и очень значимым пунктом в нефункциональных предпринятых попытках решения стоят неуспешные попытки лечения по специальным системам и методикам. С каждым пройденным лечением и отсутствием результата пациент убеждается в том, что заикание неизлечимо, либо он неуспешен и не обладает достаточными способностями для следования предписаниям логопеда и (или) психолога, что, в свою очередь, еще сильнее подкрепляет невротические компоненты заикания. На фоне этого может возникать своего рода третичный невроз — переживания не только по поводу наличия заикания, но и собственной неспособности с ним справиться, особенно усугубляющиеся при наблюдении других, более успешных случаев лечения и некритичном усвоении определенных установок специалистов-логопедов и психологов. В некоторых системах открыто говорится о том, что эффект лечения целиком зависит от усилий самого заикающегося, и ответственность за отсутствие или слабую положительную динамику лежит на нем, так как система научно обоснована и подтверждена большим практическим опытом. В результате у заикающегося формируется восприятие себя как неудачника, недостаточно целеустремленного, волевого и ответственного, а также может развиваться или подкрепляться невротический перфекционизм и нацеленность на достижение полного излечения. В силу этого часто наблюдаются случаи скрывания от психотерапевта, логопеда и участников лечебной группы рецидивов заикания.

В связи с описанными предпринятыми попытками решения можно выделить и типичные ошибки психотерапевтов и логопедов, допускаемые при лечении заикающихся:

1. Перевод полной ответственности за контроль речи пациенту, порождающий вторичное чувство вины, неуспешности в случае возникновения трудностей в осуществлении такого контроля.

2. Игнорирование заикания как существенной проблемы, перевод психотерапевтической работы в область решения личностных проблем.

3. Фиксация на поиске причин возникновения заикания, не устраняющая сам речевой дефект, а актуализирующая травматические переживания и (или) переводящая локус контроля состояния речи во вне. Приписывание причин заикания внешним либо не зависящим от воли человека факторам (стрессовым обстоятельствам, плохому воспитанию или наследственности) провоцирует пассивную позицию и при обращении за помощью к специалистам значительно затрудняет разблокирование проблемы.

4. Воспроизведение психотерапевтом в процессе лечения паттернов семейных отношений, подкрепляющих заикание (авторитарность, гиперконтроль и т.д.).

5. Отвержение старой речи (с запинками) — подкрепляет характерное для заикающихся невротическое стремление к дезинтеграции своего «Я» и речи.

6. Поддержка идеи сверхценности речи — подкрепляет связь самооценки с состоянием речи, и, как следствие, снижение самооценки в ситуациях отсутствия речевых успехов.

Исходя из этого, согласно стратегическому подходу, работа психотерапевта должна быть направлена на разблокирование симптома (невротического отношения к качеству речи) и включать в себя стратегии, противоположные нефункциональным предпринятым попыткам решения проблемы. А именно: приоритетными направлениями такой работы должно стать формирование критериев распознавания границ собственных речевых возможностей; выявление истинных потребностей в высоких речевых достижениях и поиск альтернативных способов их удовлетворения; ослабление идеи сверхценности речи и формирование дифференцированной, не зависящей от состояния речи, самооценки; интеграция опыта заикания в личностную историю и положительное переопределение симптома; работа со вторичными выгодами от заикания; конструирование моделей здорового поведения и мышления, снятие ограничивающих убеждений, повышение гибкости и расширение диапазона поведенческих реакций; развитие способности к децентрации.

Перечисленные выше предпринятые попытки решения обуславливают отбор следующих направлений психотерапевтической работы с заикающимися:

1. Блокирование попыток сознательного контроля эмоционального состояния. Как правило, заикающиеся неоднократно пробуют «настраивать» себя на плавную речь, речь «по правилам», спокойствие с помощью мысленных команд, внушающих сообщений и т.п. Выявленные конкретные приемы самонастроя становятся «отправной» точкой для формирования обратной позиции — установки на спонтанность речевой коммуникации. Достигается это за счет демонстрации клиенту цепочки «хочу говорить лучше» — «настраиваюсь на спокойствие» — «прокручиваю мысленно ситуацию общения» — «волнуюсь сильнее» — «говорю хуже». Когда человек осознает парадоксальность действия желания говорить лучше, он становится готовым к получению инструкции перевода фокуса внимания и контроля с собственного состояния на содержание ситуации коммуникации.

2. Блокирование попыток избегания ситуаций общения. Следует отметить, что в ряде методик по исправлению заикания даются четкие директивные указания на необходимость обязательного признания перед широким социальным окружением факта наличия и лечения заикания. Это представляется нам крайне важным и соответствующим задачам как непосредственно речевой коррекции, так и устранения логоневротического синдрома.

3. Блокирование попыток контроля речи и оценок качества речи со стороны родственников и ближайшего окружения. С родителями заикающегося и другими вовлеченными в проблему людьми в обязательном порядке проводится беседа, в ходе которой достигается договоренность об оценке эффективности работы со специалистом. Итогом психотерапевтической работы с родственниками заикающегося становится принятие ими субъективных критериев удовлетворенности результатами самого клиента. Это необходимо делать, потому что в целом ряде случаев заикающийся, получив желаемые способности сохранять спокойствие в ситуациях общения, адекватно реагировать на речевые неудачи, свободу вступления в коммуникацию, не видит необходимости тратить много сил и времени на работу с речью до полного устранения запинок. В то же время его окружение продолжает настаивать на этом и навязывать свое стремление «дойти до конца», что возвращает круг невротических переживаний по поводу отдельных запинок и нивелирует достигнутый терапевтический эффект. Таким образом, на членов семьи как бы накладывается запрет относительно права критически оценивать качество речи заикающегося и тем более ставить перед ним цель улучшить ее, если такие попытки были ранее.

Терапевтическими техниками, отобранными для психотерапевтической работы с заикающимися стали:

1. Упражнения, направленные на дифференциацию самооценки личности от оценки качества речи: а) «правила похвалы и самокрити-

ки»; б) «сто качеств, за которые ты можешь нравиться»; в) «образ себя глазами любящего человека».

2. Техника слияния с образом уверенного человека (последовательное визуальное конструирование образа и слияние с ним в разных ситуациях).

3. Техника прерывания деструктивных мыслей, образов и поведения (упражнения «стоп-реакция», «ловля себя»).

4. Техника положительного переопределения симптома.

5. Техники нейролингвистического программирования, направленные на снижение негативного эмоционального фона, сопровождающего речевое общение (техники якорения состояния спокойствия на ситуациях общения, диссоциации и изменения личностной истории).

В качестве иллюстрации описанной выше структуры проблемы при логоневрозе приведем случай клиентки М., 19 лет, страдающей заиканием с 5 лет. Ее запрос касался страха публичных выступлений, неуверенности в себе, трудностей в общении с незнакомыми людьми.

Функционирование перцептивно-реактивной системы проявлялось в следующем: каждый раз, когда девушке приходилось выходить на выступление перед аудиторией (от 7 человек и больше), у нее возникали мысли о том, что «Я должна сказать хорошо, но сейчас я начну заикаться, буду выглядеть глупо, меня все будут жалеть или будут надо мной смеяться». Это вызывало сильную тревогу, волнение и сбои в речи. После выступления следовал длительный период самообвинений, переживаний и «прокручивания» в мыслях сцен неудачного выступления, которые актуализировались и в следующий раз перед выходом к аудитории. К моменту обращения за психотерапевтической помощью сформировалась стратегия избегания ситуаций публичного общения. В качестве предпринятых попыток решения клиентка использовала в ситуациях эмоционально напряженного общения сознательный контроль темпа и плавности речи, который не давал желаемого ею результата, а, напротив, приводил к большему торможению и увеличению количества запинок.

Прояснение проблемы показало, что подобные симптомы не возникают при общении с близкими и хорошо знакомыми людьми, а также в случае, если собеседник выражает активное одобрение Л., и обостряются, когда среди слушателей находятся критически настроенные люди.

После 8 терапевтических встреч, во время которых были реализованы указанные компоненты вмешательства, Л. с готовностью приняла предложение терапевта выйти на оживленную улицу с тем, чтобы поздравлять незнакомых прохожих с наступающим праздником. Поза, жесты Л. во время импровизированной развернутой речи были спокойны, свободны, взгляд обращен на прохожих, голос громкий и ровный.

Мониторинговая встреча с Л. и ее матерью через полгода и полтора года подтвердила устойчивость достигнутых в ходе терапии результатов. Л. регулярно публично выступает в университете, а также вернулась обучаться по той специальности, с которой ранее была вынуждена переехать из-за проблем в общении (эта специальность связана с постоянным взаимодействием с людьми).

Результаты приведенного примера терапевтической работы позволяют констатировать что: 1. Цели, заданные пришедшим за помощью клиентом (сохранение состояния эмоционального и телесного спокойствия и расслабленности в ситуациях публичных выступлений и общения с незнакомыми людьми), достигнуты. 2. Достигнутые к концу терапии результаты сохраняются во времени, рецидивы или замещающие симптомы не отмечены (по итогам структурированного интервью с клиентом и его окружением через 3 месяца, полгода, 1 год и 2 года после окончания работы).

Перспективой данного исследования является разработка типологии логоневротических перцептивно-реактивных систем и дифференциация направлений и техник работы для каждого из выделенных типов.

Кроме того, в процессе решения находится и задача разработки более объективных процедур мониторинга трансформации элементов проблемы в процессе терапии (речевой или психотерапии). На основе развернутых письменных и устных интервью с участниками пилотажного исследования была разработана первая версия шкального опросника, позволяющего оценить динамику когнитивных, аффективных и поведенческих составляющих субъективной репрезентации проблемы у заикающихся, а также проведен сбор данных на выборке апробации опросника в размере 50 человек.

ЛИТЕРАТУРА

- Дубровский К.М.* Одномоментный метод снятия заикания // Материалы Харьковского научного общества / Харьков, 1966. С. 306—308.
- Карпова Н.Л.* Основы личностно-направленной логопсихотерапии. Второе издание, исправленное и дополненное / М.: МПСИ: Флинта, 2003. 200 с.
- Лохов М.И., Фесенко Ю.А., Шугарева Л.М.* Заикание: неврология или логопедия? / СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2005. 600 с.
- Миссуловин Л.Я.* Патоморфоз заикания. Изменение картины возникновения и течения заикания, особенности коррекционной работы: Учебное пособие / СПб.: Союз, 2002. 320 с.
- Нардонэ Дж.* Страх, паника, фобия. Краткосрочная стратегическая терапия / М.: Психотерапия, 2008. 352 с.
- Нардонэ Дж., Вацлавик П.* Искусство быстрых изменений. Краткосрочная стратегическая терапия / М.: Изд-во Института психотерапии, 2006. 192 с.

- Нардонэ Дж., Вербиц Т., Миланезе Р.* В плену у еды: Краткосрочная стратегическая терапия при нарушениях пищевого поведения: булимия, анорексия, vomiting (вызванная рвота) / М.: Эксмо, 2010. 288 с.
- Некрасова Ю.Б.* Сеансы психотерапевтического воздействия и некоторые психические состояния заикающихся // Вопросы психологии. 1980. № 5. С. 32—40.
- Шкловский В.М., Кроль Л.М., Михайлова Е.Л.* Методы групповой психотерапевтической работы с больными, страдающими заиканием / М.: Би., 1985. 46 с.
- Bloodstein, O., Bernstein R.N.* A handbook on stuttering / N.Y.: Thomson-Delmar, 2008.
- Craig A., Blumgart E., Tran Y.* The impact of stuttering on quality of life in adults who stutter // Journal of Fluency Disorders. 2009. Vol. 34. Pp. 61—71.
- DiLollo A., Neimeyer R.A., Manning W.H.* A personal construct psychology view of relapse: indications for a narrative therapy component to stuttering treatment // Journal of Fluency Disorders. 2002. Vol. 27. Pp. 19—42.
- Iverach L., O'Brian S., Jones M., Block S., Lincoln M., Harrison E., Hewat S., Menzies R.G., Packman A., Onslow M.* Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering // Journal of Anxiety Disorders. 2009. Vol. 23. Pp. 928—934.
- Zebrowski P.M.* Counseling People Who Stutter and Their Families // Journal of Stuttering, Advocacy & Research. 2006. Vol. 1. Pp. 1—6.
- Zebrowski P.M.* Building clinical relationships with teenagers who stutter // Contemporary Issues in Communication Sciences and Disorders. 2002. Vol. 29. Pp. 91—100.

STRATEGIC PSYCHOTHERAPY OF STUTTERING: A STRUCTURE OF A PROBLEM, DIRECTIONS AND TECHNIQUES OF TREAT²

N.V. KISELNIKOVA (VOLKOVA), M.M. DANINA

The unique experience of applying the strategic approach to psychotherapy of stuttering and results of using the most effective among selected psychotherapeutic techniques are presented in this paper.

This article describes a structure of stutterers' psychological problem, traditional views on psychotherapy of stuttering and discusses how the speech therapists' and psychologists' mistakes lead to reinforcement of stutterers' problems. Results of psychotherapy with one stuttering client who was in treatment in accordance with selected direction and techniques are presented. Finally problems and perspectives of this research are discussed.

² This work was supported by the Russian Foundation of Basic Research (project № 12-06-33042 "Integrated approach to psychological research of stuttering mechanisms").

Keywords: strategic psychotherapy, stuttering, logoneurosis, logophobia, a structure of a problem, dysfunctional problem solving attempts.

- Dubrovskii K.M.* Odnomomentnyi metod sniatii zaikaniia. Materialy Khar'kovskogo nauchnogo obshchestva / Khar'kov, 1966. Pp. 306—308.
- Karpova N.L.* Osnovy lichnostno-napravlennoi logopsikhoterapii. Vtoroe izdanie, ispravlennoe i dopolnennoe / Moscow: MPSI: Flinta, 2003. 200 p.
- Lokhov M.I., Fesenko Iu.A., Shchugareva L.M.* Zaikanie: nevrologiia ili logopediia? / Saint-Peterburg: "ELBI-SPb", 2005. 600 p.
- Missulovin L.Ia.* Patomorfoz zaikaniia. Izmenenie kartiny vozniknoveniia i techeniia zaikaniia, osobennosti korrektsionnoi raboty: Uchebnoe posobie / Saint-Peterburg: Soiuz, 2002. 320 p.
- Nardone Dzh.* Strakh, panika, fobiia. Kratkosrochnaia strategicheskaia terapiia / Moscow: Psikhoterapiia, 2008. 352 p.
- Nardone Dzh., Vatslavik P.* Iskusstvo bystrykh izmenenii. Kratkosrochnaia strategicheskaiia terapiia / Moscow: Publ. Instituta psikhoterapii, 2006. 192 p.
- Nardone Dzh., Verbits T., Milaneze R.* V plenu u edy: Kratkosrochnaia strategicheskaia terapiia pri narusheniiax pishchevogo povedeniia: bulimiiia, anoreksiia, vomiting (vyzvannaia rvota) / Moscow: Eksmo, 2010. 288 p.
- Nekrasova Iu.B.* Seansy psikhoterapevticheskogo vozdeistviia i nekotorye psikhicheskie sostoiانيا zaikaiushchikhsia. Voprosy psikhologii. 1980. № 5. Pp. 32—40.
- Shklovskii V.M., Krol' L.M., Mikhailova E.L.* Metody gruppovoi psikhoterapevticheskoi raboty s bol'nymi, stradaiushchimi zaikanie / Moscow: B.i., 1985. 46 p.
- Bloodstein, O., Bernstein R.N.* A handbook on stuttering / N.Y.: Thomson-Delmar, 2008.
- Craig A., Blumgart E., Tran Y.* The impact of stuttering on quality of life in adults who stutter. Journal of Fluency Disorderp. 2009. Vol. 34. Pp. 61—71.
- DiLollo A., Neimeyer R.A., Manning W.H.* A personal construct psychology view of relapse: indications for a narrative therapy component to stuttering treatment. Journal of Fluency Disorderp. 2002. Vol. 27. Pp. 19—42.
- Iverach L., O'Brian P., Jones M., Block P., Lincoln M., Harrison E., Hewat P., Menzies R.G., Packman A., Onslow M.* Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering. Journal of Anxiety Disorderp. 2009. Vol. 23. Pp. 928—934.
- Zebrowski P.M.* Counseling People Who Stutter and Their Families. Journal of Stuttering, Advocacy & Research. 2006. Vol. 1. Pp. 1—6.
- Zebrowski P.M.* Building clinical relationships with teenagers who stutter. Contemporary Issues in Communication Sciences and Disorderp. 2002. Vol. 29. Pp. 91—100.