

О ПАЦИЕНТАХ-ПСИХОТЕРАПЕВТАХ В ТЕРАПИИ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ

М.Е.БУРНО

В процессе многолетнего амбулаторного лечения пациентов с болезненным переживанием неполноценности выяснилось, что им серьезно помогает то, что они сами посильно пытаются лечить элементами терапии творческим самовыражением своих товарищей по амбулатории, которым еще тяжелее. Обсуждаются особенности этого сложного психотерапевтического воздействия «лечусь леча» и даются практические советы психотерапевтам: как организовать, культивировать это целебное взаимодействие пациентов.

О психотерапевтическом механизме «лечусь леча»

Не так редко человек серьезно лечится именно тем, что сам душевно помогает другому. Видимо, и по этой причине среди психиатров, психотерапевтов относительно много (в сравнении с врачами других специальностей) душевно нездоровых людей¹. Они обычно как бы интуитивно-стихийно тянутся в эту область, и часто именно они психотерапевтически помогают больным, более тяжелым, чем сами, – гораздо глубже, нежели врачи с отменным душевным здоровьем. Ощутимо могут помочь друг другу депрессивные пациенты, как видим это повседневно-наглядно в психиатрической практике. В реалистической пьесе Сарояна «Не уходи рассерженным» тяжелые онкологические больные в специальной больнице, объединенные переживанием своей обреченности-безнадежности, помогают друг другу легче, светлее уйти из

¹ Автор родился в семье психиатров на территории большой психиатрической больницы, много лет жил там в доме для сотрудников, работал в различных психиатрических учреждениях, постоянно общаясь со многими-многими психиатрами.

жизни (помогаю тебе, потому что только ты сможешь помочь мне, когда я не смогу помочь себе). Механизм взаимной психотерапевтической помощи лежит в основе бесчисленно-разнообразных методик групповой психотерапии. О психотерапевтической взаимопомощи больных алкоголизмом и их страдающих родственников скопилась уже солидная литература (например, *Alcoholics Anonymous*, 1989; Кушнарева, 1989; Лакатон, 1989).

И.Г.Шульц (1926), размышляя о «годности к занятиям психотерапией», отмечает, что переживание самим врачом легких «нервных» состояний «может служить благодетельным стимулом интенсивнее отдалиться изучению именно этих вопросов» (с.20). Действительно, почти каждый создатель психологически сложного психотерапевтического приема-системы прежде всего лечил данным приемом себя самого и только потом, осознав-обдумав его, начинал применять к пациентам (например, З.Фрейд, К.Юнг, Л.Адлер, В.Франкл). Так, Карл Густав Юнг (*Jung*, 1963) подробно рассказывает, как рождалась его система «аналитической психологии» – в сущности, в процессе неосознанной психотерапевтической помощи себе самому в ярком, но тяжком психотическом состоянии. «Я записывал свои фантазии как можно лучше и сделал попытку проанализировать психическое состояние, в котором они возникают. Но мне удавалось это делать только на неуклюжем языке. Прежде всего я формулировал вещи такими, какими они мне казались (такими, какими я их наблюдал), и обычно – в «высокопарном стиле», так как этот стиль отвечал высокопарному, риторическому стилю архетипов. Этот стиль удручающе действовал мне на нервы, словно скрежет ножа о пустую тарелку. Но мне не оставалось ничего иного, как записывать на языке, который избрало себе мое бессознательное «я». Временами мне казалось, будто бы я слышу его ушами, временами – что я ощущаю его во рту, когда мой язык артикулирует слова, а временами я слышал себя, произносящего слова громким шепотом. За порогом сознания все было пронизано жизнью. Вначале я был убежден, что моя добровольная конфронтация с бессознательным – научный эксперимент, который я ставлю и провожу на себе и в исходе которого я жизненно заинтересован. Теперь же я могу сказать, что это был эксперимент, который был поставлен на мне и руководился не мною» (*Jung*, 1963, р.177-178). Писателю Зоценко пришлось создать для самолечения собственную, «доморощенную», психоаналитическую систему («Повесть о разуме»).

Известно, что не только психотерапевт-священник, психотерапевт-философ, но и психоаналитик может не иметь врачебной специальности. Крупный современный американский психоаналитик Ральф Гринсан (*Greenson*, 1986) утверждает, что «знал аналитиков без медицинского образования, которые были целителями по своему способу работы и их пациенты ничуть не страдали от отсутствия у них степени». Гринсан здесь же приводит слова Фрейда, защищавшего в одной из своих работ

психоаналитиков-не-врачей, о том, что сам он «никогда не был доктором в общепринятом смысле» (р.404).

Так подходим к тому, что как бы и нет ничего плохого, а есть только жизненно серьезное в том, что страждущий помогают страждущим. Но какие страждущие – каким страждущим?

Дефензивные помогают дефензивным – способами творческого самовыражения

Более четверти века работы в психотерапевтической амбулатории убеждают меня в том, что особенно заметно, выразительно здесь лечатся лечат, т.е. помогая друг другу, пациенты с дефензивными расстройствами (сложным болезненным переживанием своей неполноценности) – различные психопаты с дефензивностью (психастеники, астеники, циклоиды, шизоиды и т.д.) и больные дефензивно-малопрогрессирующей шизофренией (см. *Бурно*, 1989б). Вообще очень многие эндогенные депрессивные расстройства напряжены переживанием неполноценности (дефензивностью). Стихийное возникновение в нашей уютной амбулаторной жизни с группами творческого самовыражения неслучайной взаимопомощи у таких пациентов заметил давно и неотъемлемым моментом высокой эффективности терапии творческим самовыражением считал «претворяющееся в практику стремление помочь другим на своем опыте». Таких случаев было за долгие годы работы 94 (*Бурно*, 1989б, с.47, 57). Однако долгое время я недоверчиво-подозрительно, как к артефакту, относился к высказываниям пациентов о том, что они лечат других больных, и даже просил их не сообщать об этом в их беседах с врачами-курсантами на лекциях и занятиях. А надобно было бы много раньше увидеть в этом не только показатель высокой эффективности лечения, но и важнейший психотерапевтический механизм и намеренно вводить его в лечебный процесс, культивировать как можно раньше, как делаем это последние четыре года. Достаточно серьезную помощь другим способен здесь, как правило, оказывать лишь пациент-психотерапевт, уже прошедший нескольколетнюю школу терапии творческим самовыражением. Но важно не столько то, насколько серьезно он поможет другому, сколько то, как он этой помощью другому может помочь себе самому.

Речь, понятно, не о том, что пациенты лечат друг друга гипнозом или лекарствами, а о том, что даже неопытный помогает еще менее опытному обретать целебно-творческий стиль жизни. Приведу такой пример.

Пациентка Н., 30 лет, сокрушается, что недостаточно благодарна своей собаке за то, что та так радуется ее приходу домой с работы, так преданно на нее смотрит, не отходит от нее на прогулке. Н. почему-то больше любит кошку, хотя та по-кошачьи независима от нее, сидит себе, как изящное изваяние, на буфете или диване, не обращает внимания на ее приход и даже ласкается и просит есть с оттенком какой-то брезгливо-капризной независимости. Пациентка А., 37 лет, подруга Н., объясняет ей,

что в собаке звучит в широком смысле синтонность, стремление жить окружающим, растворяться в нем и прежде всего – в своей хозяйке, а кошка, также по причине своей природы, аутистична, живет в себе, постоянно вылизывая себя, пребывая в элегантных позах, и ей как бы никто не нужен в ее внутреннем «созерцании» собственной красоты и чистоты. Благодаря этому пояснению, Н. спохватывается-прозревает: ведь она же сама «кошка», сама независима-аутистична, быстро утомляется общением с людьми, чистюля; так вот почему ей так созвучно это животное, так близка древнеегипетская аутистическая Царевна Нюфрет (в отличие от синтонной древнегреческой Кору), вот почему живопись Рублева и Боттичелли ближе живописи Рафаэля и Поленова. То неясное, дискомфортно-неудобное, что беспокоило ее прежде, смягчается, отходит благодаря этому осознанию, и виднее, понятнее собственный творческий путь, свое предназначение в соответствии со своей природой. А заодно кошка и собака занимают свои понятные ей места в душе, и каждую из них она теперь по-своему больше любит.

Существование терапии творческим самовыражением, предназначенной прежде всего для дефензивных пациентов, – особый целебный поиск себя как вдохновенной, творческой личности с более или менее ясным осознанием – пониманием своих творческих особенностей и соответствующего им своего жизненного пути-предназначения. Познание творческих особенностей есть, в сущности, познание различных конкретных характерологических радикалов и звучания их в разнообразном творчестве (в том числе в творческом общении с искусством, природой и т.д.). Пациенты учатся этому и по специальным изданиям (Бурно, 1989а; Бурно, 1990; Леонгард, 1981). В процессе индивидуальных и групповых занятий они выясняют-осознают свое отношение к себе, к людям, начинают понимать, почему по-разному душевно чувствуют себя с разными людьми. Этот человек напрягает своей авторитарностью, прямолинейностью, а к другому – хотя только познакомились – чувство, будто знал его всегда (такое испытываешь с ним созвучие, что, кажется, знаешь наперед все его слова и поступки, как свои). Изучая характеры, пациенты учатся трезво принимать людей такими, какие они есть, довольствоваться их посильным добром, не требуя от них того, на что те не способны. «Я люблю свою овчарку, – сказал по этому поводу Е., 40 лет, – но ведь я не сержусь на нее за то, что она, лежа на своей подстилке, ничем серьезным (с точки зрения человека) не занята, пока мы на работе, что не смотрит хотя бы детские книжки с картинками...» Пациенты постепенно постигают то, что прежде лишь подспудно чувствовали, к чему робко тянулись.

Терапия творческим самовыражением, в отличие от гуманистической психологии и психотерапии, помогает пациенту найти свой смысл, свое целебно просветляющее душу предназначение исходя из своих конкретных, природных особенностей, погружая пациента в мягко-одухотворенный калейдоскоп захватывающих творческих занятий дома и в

амбулаторной группе. В процессе этих занятий и начинают (обычно через полтора-два года) спонтанно возникать целебные прозрения, связь которых с указанными занятиями пациенты ясно ощущают (Бурно, 1989б). Следует отметить, что хотя терапия творческим самовыражением есть система вполне трезво-реалистическая, клиническая, настоящая на здравом смысле, материалистической духовности, она может своей живой диалектичностью вывести пациента – в соответствии с его личностными особенностями – и на религиозную, и на философско-идеалистическую дорогу. Попавшие в это празднично-сложное лечение пациенты обычно, как отметил уже, начинают невольно помогать друг другу, как помогают друг другу студенты разобраться в каких-то трудных учебных вопросах. Эту взаимопомощь и необходимо организовывать в амбулатории, намеренно прикрепляя для этого пациентов друг к другу, организуя небольшие группы (4-6 человек) из новичков для занятий, которые проводят особенно способные пациенты-психотерапевты.

Приходится наблюдать поразительные эффекты направленного лечения лечением других, когда только этот терапевтический механизм и подействовал на фоне резистентности ко всем прежним лечебным приемам. Вот молодая женщина с гуманитарным образованием, инвалид второй группы с дефензивно-малорогредидентными шизофреническими расстройствами. У нее бесконечные «депрессивные истерики» с суицидальными переживаниями и попытками. Она загружена почти не действующими на нее (если не считать оглушенности) лекарствами, ревет с утра до вечера сквозь эту оглушенность в засаленном халате на засаленном диване «от своей несостоятельности в жизни». Однако она совершенно преображается, сделавшись психотерапевтом для начинающих лечиться: красиво одевается для встреч с пациентами, занимается в библиотеке, выступает с докладами на психотерапевтических конференциях – к удивлению и надеждам родителей и врачей.

Приведу здесь интересный пример из истории отечественной культуры – пример обоюдной терапии творческим самовыражением (в ее религиозном преломлении) в отношениях Л.О.Смирновой и Н.В.Гоголя, описанный в работе литературоведа П.П.Колосовой (1985).

Гоголь пишет, что Смирнова могла «утешить» его потому, что в «страждущие минуты» (т.е. в минуты тягостной тоскливости) души их «бывали сходны (...) между собою», «подобно двум близнецам-братьям» (цит. по: Колосова, 1985, с.193-194), Ему помогало их «братски и союзно-согласованное чтение книг, полезных душе» («Самому не все и не так читается, с человеком безучастным и не знакомым с подобным положением души тоже не так читается» (там же, с.201). Гоголь в путешествиях со Смирновой по Италии (по воспоминаниям ее дочери) «делал зарисовки, записывал подробно, как играли ее дочери, какая была погода, в какие дни, и как один дивный день напомнил им малороссийский, как дети сорвали и принесли матери цветок, такой же, какие цветут в Малороссии». Они оба «не просто любили цветы и

растения, но знали их названия латинские и народные, их лечебные свойства» (*там же*, с.199). Н.П.Колосова замечает о Гоголе: «Он часто повторял, что слаб еще, что нуждается в душевной помощи близких его душе людей и сам стремится помогать тем, кто избрал тот же путь: «тоскующий должен искать тоскующего» (*там же*, с.201). Наконец, Смирнова высказывает очень важное об особенностях помощи Гоголя ей: «Не говоря прямо, он умел дать почувствовать тем, которых он любил, их предназначение» (*там же*, с.233).

Что же тут помогает и почему?

1. Неуверенный в себе человек *утверждается в своей помощи кому-то* (значит, есть во мне хоть какая-то сила). Склонность, потребность заботиться о ком-то, еще более слабом, беспомощном в каких-то делах – защитный механизм дефензивного пациента. Этим объясняется и стремление дефензивных брать в дом бездомных собак, кошек: хотя бы здесь от меня что-то зависит в судьбе несчастного существа. Дефензивная девочка, например, попеременно больше любит того из своих котов, который заболевает и о котором нужно больше заботиться. Этим же объясняется и склонность заботливо обучить кого-то тому, что знаешь, что также дает ощущение силы, собственной ценности. Подобно тому как эпилептоидный человек смягчается-успокаивается властью, а истерический – какой-либо демонстрацией себя, дефензивный успокаивается в заботах о том, кто еще незащищеннее, и, конечно, ответным чувством благодарности. Принято полагать, что тот, кто лечит или учит, в известной мере выше того (во всяком случае, в рамках своей помощи), кого лечит или учит.

2. Когда-то я опасался, что пациенты не станут лечиться у своих товарищей, с которыми недавно еще были на равных в лечебной группе. Но оказалось, что многие тяжелые пациенты даже с особым уважением относились к ним как к преодолевшим свой недуг. И в этом уважении пряталась *надежда, что и я так когда-нибудь смогу*. С., 52 лет, помогавший А., 48 лет, написал мне в письме (5.08.1990), что на его замечание – «один больной – это плохо, а два вместе – катастрофа» А. горячо возразил, подчеркнув здесь «две плоскости – житейскую и лечебную».

3. Когда дефензивный пациент в течение нескольких лет проходит «университет» терапии творческим самовыражением, он действительно *приобретает нечто бесценное, духовное, становится в известной мере специалистом этого дела и готов поделиться своими знаниями, новым мироощущением с теми, кто «мучается в тумане» как он сам когда-то*. Тяжелые дефензивно-малопрогрессирующие шизофренические пациенты нередко остро завидуют тем, кто делает свое дело с душой, «как шар в лузу, закатился своей личностью в любимую профессию» (слова одной пациентки). Теперь же, сделавшись в процессе лечения немного психотерапевтами, они не видят уже положение свое таким безысходным,

надеются, что смогут и профессионально работать интересно-творчески, как-то близко к тому, что делают сейчас. В самом деле, многим из них (даже без гуманитарной профессии) я разрешил бы профессионально работать психотерапевтами (арттерапевтами, библиотерапевтами) – помощниками врачей.

4. В тесном, психотерапевтическом общении с пациентом, подобном себе самому, яснее увидишь «глазом психотерапевта» и свое психастенически-ипохондрическое, депрессивное и т.д. Изучить, понять (хотя бы элементарно) свои болезненные душевные расстройства – значит уже несколько ослабить их, меньше чувствовать.

5. Когда один депрессивный пациент объясняет другому, что, например, в депрессии всегда только кажется, что это тяжкое состояние уже не пройдет, а на самом деле непременно будет светлая полоса, то он объясняет это одновременно и себе самому, что действует порою сильнее, нежели когда кто-то просто объяснял бы ему это. А.А.Потебня (1989) в работе «Мысль и язык» отмечает, что «наша собственная темная мысль мгновенно освещается, когда мы сообщим ее другому или, что все равно, напишем. В этом одном смысле, независимо от предварительного приготовления, *docendo discimis*»². И «слово есть настолько средство понимать другого, насколько оно средство понимать самого себя» (с.127).

6. В психотерапевтической работе, раскрывая себя в качестве человека, лечащего творчеством, общением с природой, погружением в прошлое и т.д., пациент сам испытывает творческое вдохновение как светлый содержательный подъем духа с чувством-пониманием своего жизненного предназначения.

7. У больного с депрессивными расстройствами в общении с подобным себе пациентом-психотерапевтом или даже несколькими такими психотерапевтами нет обычно напряженности-скованности, постоянного колкого самоконтроля, в отличие от общения с врачами или пациентами другого рода (с ним то же самое, что и со мной, он меня понимает и, если буду долго молчать, плохого подозревать, думать обо мне не станет, не будет сердиться, смеяться, пытаться вопросами). Не чувствует в таких случаях тягостного противостояния и пациент-психотерапевт, которому обычно трудно помогать тем, кто смотрит на него хотя бы немного сверху или безразличен к нему. Л., 34 лет, с депрессивными расстройствами, пробовавшая себя в психотерапии с больными алкоголизмом, написала мне: «Думаю, чувствую, что я сильнее в утешении мне подобных» (23.07.1990).

8. Часто у дефензивных в настоящем терапевтическом механизме участвует и чувство долга, ответственности. Е., 71 года, сказала мне: «Если б я не работала здесь с группой по понедельникам и средам и не

² Обучая, учимся сами (лат.).

нужно было бы готовиться к занятиям, то спала бы с amitриптилином, не различая дня и ночи».

9. Целебно действует на пациента-психотерапевта и *чувство духовного единения с группой*. «Это творчество, которое вдохновляет, – рассказывает Е., 71 года. – Говорили о двух мальчиках: Комарове из рассказа Нагибина и застенчивом Никите из рассказа Платонова. Симпатии всех в группе были к Никите, а не к Комарову, и мне было так хорошо от этого».

10. Почувствовав, что пациент-психотерапевт делает ему добро, бескорыстно открывает свою душу, пациент *заражается этой доброжелательностью*, и ему уже самому хочется делать добро другим. Раньше, бывает, и не знал толком, что такое доброжелательность. А пациент-психотерапевт не знал, что собственная доброжелательность к другому может быть такой целительной для себя самого. А., 48 лет, пишет мне (1.08.1990), что С., 52 лет, «несмотря на боли в пояснице, волнуется еще за нас при поездке на велосипеде по шоссе, и остаются у него силы на приготовление обеда и на длительные беседы. Во время этих путешествий уходит куда-то депрессивная напряженность и растворяется раздражающее чувство самоконтроля. Думаю, главное здесь – это добро С., дружеское, бескорыстное общение на фоне природы».

11. Небольшая группа пациентов, поддерживающих и вне амбулатории друг друга, так и названа ими *«группой поддержки»*. А., 48 лет, отмечает там же: «Потихоньку живу, опираясь на группу поддержки».

12. Нередко благотворно звучат и *лирические моменты*. «И чисто женское обаяние Наташи тоже немаловажно», – пишет мне один депрессивный пациент (15.08.1990).

13. Терапевтически важно и то, что пациенты *доброжелательно без всякой дифференциальной диагностики и нравственной оценки разбирают-выясняют характерологические особенности, страхи, навязчивости и другие расстройства друг друга*, дабы соответственно этому общаться друг с другом. Д., 48 лет, отметил в письме: «Серьезно подумалось, что недаром общение – это искусство... И с различными людьми оно и должно протекать по-разному» (15.08.1990).

Практические советы

1. Занимаясь терапией творческим самовыражением в амбулатории, каждый врач параллельно своим занятиям с пациентами может организовать, ради того чтобы дело шло скорее, интенсивнее, такого рода взаимную психотерапевтическую помощь пациентов друг другу – индивидуальную и групповую. Пациенты-психотерапевты работают по специальному расписанию и плану в уютных комнатах амбулатории и нередко в домашней обстановке у кого-либо из пациентов или в парке, на выставке, в путешествии. Врач консультирует эти лечебные занятия, включающие в себя: 1) разговоры-беседы о характерологических

радикалах, типичной здесь симптоматике (навязчивости, болезненные сомнения, деперсонализационные расстройства и т.д.), о механизмах лечения творчеством; 2) применение специальных методик терапии творчеством (Бурно, 1989а, б). Из индивидуально прикрепленных друг к другу пациентов и небольших групп постепенно складывается своего рода саморегулирующееся терапевтическое сообщество.

2. Практически важен вопрос – кого к кому прикреплять для взаимопомощи. Вопрос этот перекликается с близким ему – о душевном складе профессионального психотерапевта, предпочтительном для определения клинического круга его пациентов (Рожнов, Бурно, 1979). Мой опыт говорит следующее. Психастеник способен особенно хорошо психотерапевтически помогать с ответным целебным воздействием психастеникам, дефензивным циклоидам, астеникам и больным с дефензивно-малопрогрессирующими шизофреническими расстройствами (с последними особенно важно поработать психастенику с ипохондрическими переживаниями о собственной «шизофрении»). Астенический психопат – астенику и больному шизофренией.

Дефензивный циклоид – циклоиду, астенику, шизоиду, дефензивно-истерическому психопату (с больными шизофренией контакт, бывает, здесь не складывается: сквозь собственную естественную солнечность-практичность, проникнутую тревожной ранимостью, подозрительностью, обидчивостью, трудно бывает усмотреть, отличить от здоровой жизни именно процессуальное, депрессивно-болезненное, расщепленное (не «хулиганское») и посочувствовать ему). Дефензивный шизоид с успехом поможет и шизоиду, и больному шизофренией. Дефензивный истерический психопат обычно впечатляюще, актерски помогает другому дефензивному истерическому психопату или циклоиду, а дефензивный эпилептоид – эпилептоиду и истерическому психопату. Дефензивные шизофренические пациенты – пациентам с подобными расстройствами и дефензивно-истерическим психопатам.

3. Когда трудно побудить пациента к целебной для него психотерапевтической работе с другими пациентами (это случается обычно у дефензивно-малопрогрессирующих шизофренических пациентов с острой неуверенностью в себе), я объясняю, что это так же важно, как его лечение у врача, и если он не станет помогать другим, то и не имеет права жаловаться мне на свои расстройства – как отказавшийся от лечения.

Заключение

«Эх, сапожник без сапог! – говорят обычно ранимому, застенчивому психотерапевту. – Как же будешь лечить, когда сам *тово?*...» Но, оказывается, самые лучшие психотерапевты для пациентов, страдающих переживанием своей неполноценности, – психотерапевты с подобным расстройством, поднявшие себя к творчеству, светлому мироощущению тем, что помогали родственным душам выбираться из дремучей дефензивности. Без собственного сложного дефензивного переживания не

войдешь серьезно-целебно в дефензивное переживание другого. Без сложного тягостного переживания возможно лишь гипнотически-авторитарно снимать истерические моносимптомы. Самоактуализация личности – центральная тема в сегодняшней психотерапии. Способы целебного личностного роста разнообразны, как и наши пациенты. В.Кречмер (*Kreischmer, 1982*) рассказывает о западных группах встреч в духе американского психотерапевта Уильяма Шютца, главное в которых – непосредственное, непринужденное общение в удобном доме нагишом, без условностей (эротика, плавание, рисование, музицирование и всякие другие дружеские импровизации, несущие радость самоактуализации). Вольфганг Кречмер отводит в сторону моральные возражения против такого «лечебного рая», поскольку «речь идет о человеке в беде», который почувствует себя уверенным, будет расти личностно только благодаря этим «подлинным и глубоким переживаниям», которые он более нигде не получит (s.154). Это все, конечно же, так, но, думается, только не в отношении российских дефензивных пациентов с их нередкой болезненной серьезностью чувств. Стыдливые воспоминания могут поистине замучить многих из них, стремящихся к щепетильно-нравственной законченности своих поступков. В то же время наши скромные «платонические» группы творческого самовыражения (тоже в уютной обстановке с чаем, свечами, музыкой, слайдами или в путешествии и т.д.) вспоминаются многими нашими поднявшимися «дефензивами» – со светлым душевным теплом и без тени неловкости. И вести эти группы могут не только дипломированные специалисты, но и их помощники – опытные пациенты-психотерапевты с бесценной пользой для себя.

ЛИТЕРАТУРА

- Бурно М.Е. *Безвольная личность: выход из тупика*. – М.: Знание, 1989а. – 64 с.
- Бурно М.Е. *Терапия творческим самовыражением*. – М.: Медицина, 1989б. – 304 с.
- Бурно М. Е. *Трудный характер и пьянство*. — Киев: Вища шк., 1990. – 176 с.
- Колосова Н.П. *Смирнова и Гоголь // Кавкасион. Лит. сб. Вып. 3*. – Тбилиси: Мерани, 1985. С.189-233.
- Кушнарера М. *Выстрадавшая трезвость. Заметки с американо-советской конференции по проблемам алкоголизма // Мед. газета, 17 мая 1989*.
- Лакатош. М. *Группы самопомощи для родственников больных алкоголизмом // Вопросы наркологии, 1989, № 2*. – С.29-31.
- Леонгард К. *Акцентуированные личности. Пер. с нем.* – Киев: Вища шк., 1981. – 392 с.
- Потебня А.А. *Слово и миф*. – М.: Правда, 1989. – 624 с.
- Рожнов В.Е., Бурно М.Е. *Организация работы психотерапевтического кабинета в психоневрологическом диспансере и облик психиатра-*

психотерапевта // Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е.Рожнова. – Ташкент; Медицина Уз. ССР, 1979. – С. 137-143.

Шульц И.Г. Руководство по психотерапии для специалистов и врачей-практиков. Пер. с нем. – Берлин: Врач, 1926. – 252 с.

Alcoholics Anonymous. – N.Y.: A. A. W. S. 1989. – 184 p.

Greenson R.K. The Technique and Practice of Psychoanalysis. Vol. 1. – N.Y., 1986. – 435 p.

Jung C.G. Memories, Dreams, Reflections. – N.Y.: Vintage Books, 1963. – 402 p.

Kretschmer W. Psychoanalyse im Widerstreit. – Munchen; Basel: E.Reinhardt. 1982. – 190 S.