

«ОБЕЗЬЯНЬЯ ЛАПА» ПСИХОТЕРАПИИ

В.Ю. МЕНОВЩИКОВ*

С помощью данной метафоры автор поднимает тему благих намерений психотерапии, которыми, как водится, бывает вымощена дорога в ад. Любой из методов психотерапии, утверждается в статье, может окантоваться «обезьяньей лапой», вызывая на деле совсем иные эффекты, сравнительно с тем, что исходно ожидалось. Отталкиваясь от общепринятой классификации негативных эффектов психотерапии, автор предлагает собственную, рассматривая в качестве пострадавших как клиентов, так и психологов-консультантов. В статье затрагиваются важные этические вопросы профессии.

Несколько лет назад, прорабатывая очередную книгу по психодраме, я встретил ссылку на классический рассказ английского писателя У.У.Джейкобса «Обезьянья лапа» в изложении Норбера Винера (*Лейтц*, 1994, с.241-242).

В этом рассказе есть сцена, в которой собравшаяся за ужином семья английского рабочего слушает рассказ своего гостя, обер-фельдфебеля, вернувшегося со службы в индийской армии. Сын хозяина дома отправляется на фабрику, где он работает, а его пожилые родители остаются с гостем. Тот рассказывает об индийской магии и демонстрирует высушенную обезьянью лапу, которая, по словам рассказчика, является волшебным талисманом, способным исполнить три желания каждого из трех первых ее владельцев. Однако события, связанные с талисманом, по его мнению, служат доказательством *бессмысленности попыток бороться с судьбой*. В подтверждение своих слов гость ссылается на историю первого владельца талисмана. Два первых его желания неизвестны новопре-

* *Меновщиков Виктор Юрьевич* – докторант Лаборатории научных основ консультирования и психотерапии Психологического института им. Л.Г. Щукиной (Москва), канд. психол. наук, доцент, академик Московской академии социального образования. С 1991г. практикующий психолог-консультант, тренер, супервизор (международный диплом Венской академии социальной работы).

емнику волшебной лапы, но последнее должно было осуществиться уже после его смерти, которая, однако, не замедлила произойти сразу же, едва это желание было высказано. Сам рассказчик – второй по счету владелец «лапы», и, заметил он, его опыт был настолько ужасен, что он не в силах о нем даже говорить. С этими словами обер-фельдфебель бросает лапу на раскаленные угли домашнего очага, но хозяин успеваает поймать ее на лету и, несмотря на бурные предостережения гостя, просит для себя 200 фунтов.

Вскоре после этого хлопает дверь. В дом входит представитель фабрики, на которой работает сын, и с прискорбием сообщает, что тот погиб в аварии. Хотя администрация не несет никакой ответственности за случившееся, он предлагает 200 фунтов в качестве возмещения ущерба.

Родители – вне себя от горя, и мать умоляет вернуть ей сына. На улице уже стоит темная ночь. Снова хлопает дверь. Каким-то образом родители узнают, что стоящее перед дверью бестелесное существо и есть их сын. История заканчивается третьим желанием – чтобы привидение убралось прочь.

Основная тема этой истории – опасность волшебства, в котором, как подчеркивает Винер, пожелания выполняются буквально.

История про «обезьянью лапу» поучительна. Пожалуй, это один из случаев, когда «благими намерениями вымощивается дорога в ад». Благие намерения психотерапии также могут играть и, на мой взгляд, иногда играют роль «обезьяньей лапы».

Что же и как происходит при этом? Зависит ли происходящее от проблем профессиональной компетентности, профессиональной этики и морали или за ним стоит еще что-то, быть может, даже многое? Кто выступает страдающей стороной? Ответы на эти вопросы отнюдь не однозначны.

Начнем с последнего. Казалось бы, «обезьянняя лапа» психотерапии наносит урон, прежде всего, клиенту, и только ему... Но это не так. Ее действие срабатывает, как бумеранг, и больно задевает психотерапевта. Более того, в отдельных случаях именно психотерапевт становится главным пострадавшим, пожинаяющим печальные последствия как собственной активности, так и направленных против него усилий клиента.

В наших размышлениях начнем с клиента. Как «обезьянняя лапа» психотерапии проявляет себя в отношении клиента, каковы ее негативные последствия в этой области?

I

Эта тема занимает видное место в англоязычной специальной литературе. С.Хэдли и Г.Страп на основе анкетирования большой выборки практикующих врачей и исследователей, специализирующихся в облас-

ти психотерапии, обнаружили большой разброс мнений в вопросах частоты возникновения и степени серьезности негативных эффектов при психотерапии (*Hadley & Strupp*, 1976). При этом большая часть опрошенных допускает, что если психотерапия способна давать положительный эффект, то, следовательно, она может причинять и вред. Так, по мнению Е.Хейма, реальность побочных эффектов психотерапии можно считать доказанной, хотя в клинической практике они чаще всего игнорируются (*Heim*, 1981). А.Хайгл-Иверс с соавторами проводят любопытное сравнение: возможно, вред, невольно причиняемый пациенту из-за дефектов медицинского оборудования или хирургом, чье внимание ослабло в результате переутомления, более очевиден, утверждают они, однако подобные феномены, хотя и менее яркие по формам своего проявления, существуют также и в «разговорной» терапии (*Heigl-Evers and others*, 1997). Данное замечание в определенной степени согласуется с результатами опроса, проведенного А.Ангом (*Ang*, 2001). Обнаружилось, что если психотерапевты-профессионалы склонны подтверждать наличие проблем, связанных с негативными эффектами психотерапии, то другие специалисты в области психического здоровья чаще всего выражают уверенность в полной ее безопасности для пациента. О необходимости тщательного изучения как положительных, так и отрицательных эффектов психотерапии настойчиво говорят и ведущие отечественные психотерапевты (*Лебединский*, 1971; *Карвасарский*, 2000 – цит. по: *Аведисова, Бородин*, 2000).

Методы психотерапии многообразны (от привычной старой отечественной практики гипноза до непривычного, «нероссийского» «терапевтического сумасшествия»). Как любое сильнодействующее средство, все они в той или иной степени опасны. Подчеркну: на мой взгляд, абсолютно безопасных методов не существует, – любой метод психотерапии может оказаться своего рода «обезьяньей лапой», вызвав на деле совершенно иной эффект, чем исходно предполагалось. Причем, как трансперсональная терапия (которая многими рассматривается как потенциально опасная для психики клиента), так и клиент-центрированная (безопасная до такой степени, что иногда поверхностно причисляется просто к «недействующей») могут вести к негативным последствиям. Правда, эти последствия, скорее всего, в разных случаях будут различаться по своим проявлениям. По моему мнению, гуманитарная парадигма в психотерапии и психологическом консультировании менее опасна, поскольку изначально недиригентивная позиция профессионала, оказывающего помощь, не предполагает резких и, главное, насильственных изменений в личности клиента. Даже само обозначение обратившегося за психологической помощью человека словом «клиент» (в отличие от «пациент» или «боль-

ной» в других психотерапевтических моделях) уже подчеркивает его более высокий и самостоятельный статус.

Эта оговорка, однако, не мешает нам, при опоре на мнение как зарубежных, так и отечественных специалистов, выделить группы негативных эффектов психотерапии, которые можно встретить в разных ее моделях. Так, упоминавшиеся выше С.Хэдди и Г.Страп (*op.cit.*, 1976), суммируя высказывания участников проведенной ими дискуссии, отмечают трудности, возникающие при попытке однозначно квалифицировать то или иное явление в психотерапии как положительное или как отрицательное. Оценка изменения, которое претерпевают симптомы-мишени в процессе психотерапии, по мнению некоторых участников дискуссии, совершенно не может выступать адекватным средством при изучении негативных эффектов психотерапии, поскольку ухудшение состояния пациента может проявляться отнюдь не только в клинических категориях. Один из участников дискуссии в этой связи напомнил высказывание З.Фрейда («Freud's maxim»), где родоначальник психоанализа выделил три главных, с его точки зрения, показателя психического здоровья пациента: его способность работать, любить и успешно справляться с обычными жизненными стрессами. Заметим, все три – в психосоциальном аспекте. По мнению другого ее участника, оценка изменений, произошедших в поведении клиента, в терминах позитивного, желательного, или негативного и нежелательного должна строиться с учетом значимости этих изменений не только для самого клиента, но и окружающих его людей, включая и психотерапевта.

Авторы статьи в итоге выделяют две большие группы негативных эффектов, возникающих при психотерапии: 1) утяжеление или обострение имевшейся у пациента симптоматики и 2) появление новых симптомов. К первой группе относятся утяжеление состояний депрессии, тревоги, враждебности, выраженности избегающего поведения, обострение паранойи и т.п. В качестве примеров, относящихся ко второй группе, называют разрушение межперсональных связей, снижение способности получать удовольствие от чего бы то ни было, некоторые фатальные психосоматические реакции, злоупотребление алкоголем или лекарствами, гневливость, криминальные действия, суицидальные попытки, проявление психического расстройства в менее социально приемлемой форме и др.

В отечественной специальной литературе проблеме негативного эффекта психотерапии уделяется, как можно судить, гораздо менее пристальное внимание. Единственный автор, у которого мы находим определение этого феномена, – Б.Д.Карвасарский. В созданной под его редакцией энциклопедии дается следующее определение «негативных эффектов психо-

терапии»: «...длительное ухудшение состояния здоровья пациента, вызванное непосредственно лечением». Далее следует симптомо-ориентированная классификация, почти полностью совпадающая с уже приводившейся выше систематикой, где выделены две основных группы этих эффектов: «В случаях симптоматического ухудшения негативные эффекты психотерапии появляются в виде: а) усиления прежних симптомов, в частности усиление тревоги, страха, депрессии, снижение самооценки, увеличение зависимости; б) появления новых симптомов – демонстративного поведения, злоупотребления лекарственными препаратами или алкоголем, психосоматических реакций, регрессии, разрыва прежних межличностных отношений, суицидных попыток». И заключительные строки: «Негативные эффекты психотерапии могут также проявляться в виде негоспитализма, бегства в болезнь, злоупотребления лечением и поиска выгоды от лечения. Это различные формы зависимости пациента от врача, обострение заболевания на начальных этапах психотерапии, негативные социальные последствия для пациента» (Карвасарский /ред./, 2000, с.413).

Нами предлагается несколько иная описательная схема. Не пытаюсь четко систематизировать негативные последствия разных психотерапевтических методов (поскольку данная классификация все равно получилась бы, скорее всего, достаточно условной), перечислим и затем кратко опишем те из них, которые касаются клиента (пациента). Эти негативные последствия могут затрагивать три сферы, на которые направлены терапевтические усилия: когнитивную, эмоциональную и поведенческую.

Во-первых, неумелая (или, в каком-то смысле, слишком умелая) психотерапия может привести к ухудшению эмоционального состояния клиента и более того – к личностному кризису, что далее станет отправной точкой агрессивных действий по отношению к окружающим или, напротив, повлечет за собой депрессию, попытку суицида и пр. (мне, например, довелось однажды наблюдать манифестацию психоза после курса трансперсональной терапии)¹.

Во-вторых, что нередко отсутствует консультативной практике, действия психотерапевта (психолога-консультанта) приводят к формированию своеобразного «интроекта», порожденного проекцией чувств психотерапевта, его неосознаваемых мыслей и желаний – на терапевтичес-

¹ Возможность подобного хода развития событий подтверждается и данными зарубежных авторов. 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» (Slavson, 1969).

кую ситуацию. Клиент может усвоить и когнитивную модель психотерапевта и начать «свято верить» в истинность исповедуемой им доктрины, например, в реальное существование эго, суперэго и т.д. и т.п.

Более того, клиент постепенно (а то и сразу) попадает в отношения зависимости от мнения психотерапевта, от его личностного влияния. В наибольшей мере, на мой взгляд, этим грешат медицинские психотерапевты, избирающие в качестве основной техники гипноз, в любом его виде – от косвенного до классического.

Проявления «обезьяньей лапы» могут быть направлены и в иную сторону, не пассивную (зависимость, интроецирование), а активную. Клиент при содействии психотерапевта укрепляет негативно-активные тенденции своей личности, например, всячески подкрепляет игровое поведение. Психотерапевт (и сам процесс терапии) становится одним из ключевых элементов игры.

Еще одним проявлением негативной активности клиента, окрепшей или развившейся в результате психотерапии (консультирования), может стать тенденция к манипулированию другими: близким окружением, родственниками, друзьями, любимыми, наконец, совершенно посторонними людьми. Подобного рода «научение», вероятно, скорее может явиться неожиданным результатом бихевиоральных программ, нейролингвистического программирования и т.п.

II

Несомненно значимым моментом в процессе психотерапии являются отношения между клиентом и психотерапевтом (консультантом) и факт образующейся между ними тесной связи: то, что происходит с одним, может происходить и с другим, тем более что профессия психотерапевта предполагает периодический переход его из позиции специалиста в позицию клиента (участника психотерапевтической, супервизорской группы и т.п.). Стоит напомнить, что «мифология» клиента нередко представляет собой лишь оборотную сторону «мифологии помогающего» (Меновщиков, 1999).

Полезно поразмыслить над тем, что происходит с психотерапевтом (психологом-консультантом) – как метафора «обезьяньей лапы» проявляет себя по отношению к самим терапевтам. Начнем с вещи широко известной, но от этого не теряющей своего значения, – с так называемого «синдрома сгорания». Известно, что симптоматика этого состояния вариативна и выступает как в относительно легких проявлениях хронической усталости до развернутых картин невроза, психосоматических расстройств и, наконец, психоза. Для нас важно отметить, что в качестве фактора, усугубляющего это состояние, наряду с чрезмерной эмоциональ-

ной нагрузкой и прочими обстоятельствами, может, в частности, выступать и работа механизма проекции (перенос и контрперенос).

Вторая составляющая негативных последствий терапии в отношении самих психотерапевтов – профессиональная деформация.

Замечено, что некоторые психиатры (как и работающие в клинике психотерапевты) со временем начинают отдельными своими чертами напоминать пациентов (случай индуцированного психоза, показанный, например, в фильме «Царевийца», отнюдь не является всего лишь художественным вымыслом).

Еще более распространенное явление в клинике – гипердиагностика, проявляющаяся в постановке диагноза психического заболевания без достаточных для того оснований, а лишь благодаря особой внимательности к проявлениям заостренных личностных черт у практически здоровых людей, – и на этой сомнительной базе последние причисляются к больным.

Логично предположить, что и психотерапевты любых направлений также, в конечном счете, приобретают некие характерные черты, обусловленные профессиональной деформацией (правда, при этом остается, также профессионально обусловленная, способность к самостоятельному преодолению собственных ограничений и приятию помощи от окружающих). Помимо исходной сензитивности к психологическим нуждам других (во всяком случае, я полагаю, что эта особенность присуща высоко профессиональным психотерапевтам, и прежде всего – воспитанным на принципах гуманитарной психотерапии), со временем, к сожалению, развивается стремление к оказанию помощи без запроса и без разбора, что явно является результатом профессиональной деформации. Крайнее выражение этого стремления – своего рода мания величия, когда психотерапевт начинает считать себя почти всемогущим магом. Неосознанно или вполне осознанно он корректирует всех окружающих, считая себя вправе «исправлять» их личность, речь, поступки. Так, «нэлпер» (практик НЛП) постоянно переформулирует фразы, сказанные любым человеком, в терапевтически «правильные» структуры.

Приближается к этому и такое явление, как превращение собственной психотерапевтической работы в разновидность культа, не столько личного, сколько культа какой-либо «школы» (от гуманистической до трансперсональной). Почвой создания такого рода культа, на мой взгляд, нередко становится увлеченность, фанатичная преданность каким-либо отдельным направлениям психотерапии.

Психотерапевтическая работа может превращаться и в род аддиктивного поведения (трудоголизм). Происходит уход от реальности, в которой обретается основная людская масса, в искусственную, узко профес-

сиональную реальность. Этому сопутствуют специфически сформированное мышление, до предела насыщенное специальной терминологией и проблематикой, особое поведение, нестандартная манера в проявлении чувств. Например, чувства выражаются – как это принято, допустим, в гештальттерапии – совершенно открыто: выражение злости, обиды и пр. всячески культивируется, при этом реакции окружающих на такое поведение в расчет не принимаются, учет ситуации отсутствует.

Адепты одного из направлений психотерапии неизменно предпринимают усилия для обращения в свою «веру» окружающих (как психотерапевтов, так и клиентов). Например, приемы телесной терапии используются в каждом удобном и неудобном случае, рекомендуются всем подряд и т.п.

Степень аддикции может быть различной степени глубины и охвата, как парциальной, не влияющей на другие стороны жизни, так и тотальной, сопровождающейся все большим отдалением от семьи, ее жизни и забот, полным отказом от отдыха, забвением когда-то так радующих хобби и т.п.

Еще один момент, который встречается в профессиональной жизни терапевтов (как и в жизни клиентов) – подкрепление игрового поведения. В качестве примера можно привести психологические игры, описанные Э.Берном, в частности «Я только пытался помочь Вам», «Психотерапия» и т.д. (Берн, 2003).

Еще раз повторю: на мой взгляд, экзистенциально-гуманистические направления психотерапии подвержены этим явлениям гораздо менее других, – возможно, в силу «более общечеловеческого языка» и подхода к человеку.

III

К изнаночной стороне психотерапии можно также отнести использование друг друга каждой из сторон терапевтического альянса с целью удовлетворения собственных потребностей. Подчеркну, что активной стороной может выступать как психотерапевт, так и клиент. В сфере психотерапии задействованы, по крайней мере, три группы потребностей, которые чаще всего становятся источником злоупотреблений:

- 1) физические (сексуальные злоупотребления);
- 2) психологические (унижение, жажда власти, эксплуатация потребности в межличностном контакте и пр.);
- 3) материальные (привязывание к себе, к процессу терапии, развитие и поддержание «психомании» ради обеспечения себя постоянными гонорами и их неуклонного роста).

Мы отнесли это явление к негативным эффектам, поскольку рассматриваем их как артефакт психотерапии, выражающийся в подмене подлинных ее целей вещами совсем иного толка.

Вопрос так называемых «двойных отношений», где психотерапевт вступает в интимные отношения с текущими клиентами, привлекал внимание многих классиков психотерапии. Естественно, вступление в сексуальные отношения с клиенткой/клиентом четко осуждается, и факты такого рода сразу же становятся предметом гласности.

В Великобритании завершились слушания по делу так называемого серийного насильника, психиатра Кристофера Эллисона. Врач был признан виновным в изнасиловании двух своих пациенток и приговорен к восьми годам тюрьмы. На самом деле, считают детективы, на совести Эллисона гораздо больше грехов. Его подозревают в десятках изнасилований и сотнях сексуальных домогательств. Следователи называют Эллисона «насильником со стажем». В деле фигурируют показания женщин, утверждающих, что у них были сексуальные контакты с ним еще в 1972 году. Но с доказательной базой у следствия возникли проблемы. В результате приговор был вынесен на основе немногочисленных, но доказуемых обвинений. Как сообщает Daily Telegraph, осужденному 60 лет, он женат, имеет троих детей. По словам следователей, Эллисон принимал пациенток на дому, получая заказы через Национальную систему здравоохранения. Иными словами, пациенток к Эллисону направляли терапевты. Предполагалось, что Эллисон должен вылечить их от скованности в сексе, потери аппетита, депрессии и низкой самооценки. Практически всем своим пациенткам психиатр предлагал универсальное средство – секс. По словам следователей, он убеждал женщин, что совокупление с ним – неотъемлемая часть лечения. Что странно, многие верили и даже благодарили впоследствии доктора за излечение. Как следует из материалов дела, Эллисон пользовался своим положением минимум 30 лет. Сначала он практиковал в клиниках Кента и Гемпшира, но в 1988 году был отстранен от работы из-за многочисленных жалоб. Однако, ничто не помешало ему увлечь возобновить свою практику. К концу 90-х Эллисон обосновался в окрестностях города Бэсингстока, где его любимый «метод лечения» получил широкую огласку. Вынесенный ему приговор Эллисон никак не прокомментировал, лишь поблагодарил жюри в «последнем слове».

И хотя вопросы «сексуальной интимности», возникающей между психологами и клиентами, находят отражение в стандартах профессионального этического кодекса, где широкий спектр «физических, вербальных и невербальных способов поведения, сексуальных по своей природе», все жестче табуируется, запретная тема все чаще проникает в литературу и становится основой киносценариев. Приведем один из последних таких примеров (сохраняя рекламный стиль анонса, «продвигающего» новую кинокомедию под названием «Поговорим о сексе»).

«Один нервный психотерапевт, которому самому неплохо было бы полечиться, занялся сексом со своей клиенткой. С особым цинизмом: в

лифте. Молодец, то есть, какой ужас! Жертва, подстрекаемая одержимой ревностью любовницей героя, тащит парня в суд, мысля о компенсации приятного ущерба. Ее полные страсти свидетельства о том историческом коитусе ведут к дальнейшей эскалации сексуальных поползновений со стороны как самих сторон, так и адвокатов, стенографистки – всех, причастных к этому злосчастному делу. А записанные на видео показания героини становятся порно-хитом сезона...».

Сексуальные отношения в терапии вошли и в нашу разговорную традицию, породив немало анекдотов.

Пациентка говорит психотерапевту:

– Поцелуйте меня, господин доктор!

Психотерапевт: – Не могу. Ведь по строгим правилам психотерапии, я и спать-то с Вами не имел права.

В наши дни эти явления продолжают обсуждаться заинтересованными сторонами с помощью самых современных технологий, например, Интернета. На одном из сайтов некая дама просит совета у других его посетителей:

«Здравствуйте. Я обратилась за помощью к психотерапевту. Во время консультаций у меня иногда возникает сильное сексуальное влечение к нему. Но, мне кажется, что оно не мешает работе. Психотерапевт же настаивает на сексе. А меня очень многое смущает. Я замужем и люблю мужа. Что делать? Менять терапевта не хочу: мне с ним комфортно, да и много времени уйдет на налаживание контакта с другим. Как быть?».

В общем, все достаточно явно и достаточно хорошо известно обществу. И хотя соответствующие стандарты этического кодекса становятся все строже, распространяя запреты уже и на бывших клиентов любвеобильных психотерапевтов, складывается впечатление, что на доверии общественности к психологии как профессии это особо не сказывается.

Вторая группа потребностей, удовлетворение которых может стать серьезным искушением в процессе психотерапии, как для психотерапевта так и для клиента, – психологические потребности, – менее осознаваема и менее очевидна для окружающих. Оставим пока в стороне те из них, сомнительность которых, с социальной точки зрения, достаточно ясна (потребность во власти, в унижении одним – другого). Остановимся на более приемлемых и даже социально приветствуемых потребностях – скажем, на потребности в межличностном контакте, в удовлетворении альтруистических чувств. Однако, что стоит за прекрасными порывами? Осознает ли терапевт, что психотерапевтическая деятельность для него – всего лишь подмена другой деятельности, ее дефицита в его жизни. Что делают психотерапевты на своих замечательных «тусовках», называемых

конференциями, зимними и летними «школами», «декадниками» и т.п.? И осознают ли клиенты, что терапевтическая среда для некоторых из них тоже становится заменителем жизни настоящей.

Что касается третьей группы потребностей – материальных, то в условиях развивающегося экономически общества все легальные формы ее удовлетворения, на мой взгляд, могут даже кем-то приветствоваться.

Что же из всего этого следует? Способы спасения от «обезьяньей лапы» психотерапии очевидны – это работа всего профессионального сообщества над стандартами обучения и сертификации психотерапевтов всех направлений, над созданием организационных и профессиональных условий их подготовки и супервизии, неустанное внимание к этическим вопросам профессии. Однако реализация этих очевидных требований отнюдь не является простым делом.

Главная трудность, как мне представляется, заключается в том, что картина мира каждого из нас никогда не была и не будет единообразной (см.: *Feinstein, Krippner*, 1988). И то, что одними из нас считается почти аморальным, другими может, чуть ли, не с восторгом восприниматься как образец для подражания. В этом смысле на проработку бытующих в психотерапии проблем, которые в этой статье обозначены общей метафорой – «обезьянья лапа» психотерапии, – я смотрю с изрядной долей пессимизма: каждому остается сделать свой выбор... При этом, конечно же, осознаю всю полноту красок психотерапии и ее целебные свойства. Более того, я убежден, что без психотерапии современный мир невозможен, и то, что человеческая вселенная еще жива – одна из ее заслуг.

ЛИТЕРАТУРА

- Аведисова А.С., Бородин В.И.* К проблеме нежелательных явлений при психотерапии. – М.: «Media Medica», 2000.
- Берн Э.* Игры, в которые играют люди. – М. 2003.
- Лейтц Г.* Психодрама: Теория и практика. Классическая психодрама Я.Л.Морено. – М., 1994.
- Меновщиков В.Ю.* Психотерапевтическая практика: мифы клиентов. // Вопросы психологии, № 1, 1999.
- Психотерапевтическая энциклопедия* / Под ред. Б.Д.Карвасарского. – СПб., 2000.
- Ang A. WK.* Acad. Med. Singapore, 2001; 30: 38–43.
- Feinstein, D., Krippner, S.* Personal mythology: The psychology of your evolving self. – Los Angeles: Jeremy P.Tarcher, 1988.
- Heigl-Evers A., Heigl F., Ott J., Roger U.* Lehrbuch der Psychotherapie. – Gustav Fischer Verlag, 1997.
- Heim E.* Schweizer Archiv for Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie =Archives suisses de neurologie, neurochirurgie et de psychiatrie. – 1981; 128 (2): 211-26.