

## МЕДИЦИНА

*Борис Юрьевич ПРИЛЕНСКИЙ —  
заведующий кафедрой психотерапии  
и медицинской психологии Тюменской  
государственной медицинской академии,  
доктор медицинских наук,  
психотерапевт Европейского регистра,  
официальный преподаватель и супервизор  
Общероссийской психотерапевтической  
лиги, вице-президент Ассоциации  
трансперсональной психологии  
и психотерапии;*

*Анна Владимировна ПРИЛЕНСКАЯ —  
врач-субординатор, действительный  
член Общероссийской  
психотерапевтической лиги*

УДК 615.851

### **ТРАНСПЕРСОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: АНАЛИЗ И СТРУКТУРА ЛЕЧЕБНЫХ ФАКТОРОВ**

*АННОТАЦИЯ. В статье на основании трансперсональной психотерапевтической работы с 1521 человеком делаются выводы о важности расширения сознания для эффективной терапии. Систематизировано и выделено 6 уровней психотерапевтических механизмов с точки зрения анализа спектра сознания.*

*In clause on the establishment Transpersonal of psychotherapeutic work with 1521 man the conclusions about importance of dilating of consciousness for effective therapy are made. Is systematized and 6 levels of psychotherapeutic mechanisms are discharged from the point of view of a spectral analysis of consciousness.*

Наряду с неуклонным стремительным ростом количества методов, в психотерапии XXI в. можно отметить глубокий теоретический кризис, связанный с отсутствием наиболее общей, универсальной концепции, позволяющей объяснить ее механизмы и их эффективность. Многие существующие на сегодняшний день теории носят частный характер, в лучшем случае претендуют на объяснение механизма действия какой-то одной формы психотерапии, даже если эти объяснения оказываются весьма уязвимыми. Человеческую психику анализируют, то есть, идет процесс разложения его на составные части, функции, и с этими составными частями идет психотерапевтическая работа. Кто-то работает с неадаптивными мыслями, кто-то — с эмоциями,

проводя пациента через стрессовые ситуации, кто-то с поведением... Работа с личностью и межличностными проблемами — еще одна точка приложения терапевтической интервенции. Ситуация печально напоминает ту, что творится в районной поликлинике. Как нам представляется, это во многом связано с тем, что в психотерапии недостаточно внимания уделяется изучению проблемы сознания.

Неслучайно со страниц многих руководств по психотерапии звучит призыв интегрировать опыт, полученный в процессе психотерапии, осознать получаемые переживания. Осознание определяется как достижение пациентом в процессе психотерапии отчетливого, явного понимания ранее неосознаваемых аспектов и взаимосвязей собственной психической жизни, внутренних (интрапсихических) проблем и конфликтов, особенностей своего поведения и эмоционального реагирования, взаимоотношений с окружающими, а также причин формирования и развития этих психологических феноменов. Осознание в более широком смысле означает также формирование адекватного понимания других людей и окружающего мира [1]. Таким образом, механизмам осознания в психотерапии придается большое значение. Но каковы механизмы осознания? Какие психические процессы участвуют в осознании? Какова роль сознания в этом процессе? Происходят ли изменения в сознании в процессе хорошей психотерапии, или исчезает только симптоматика? А может быть, достаточно только изменения системы отношений, и сознание при этом никоим образом не изменяется? Но может ли сознание оставаться неизменным в процессе «о-сознания»? Может ли сознание оставаться неизменно стоящей железобетонной глыбой, которая, возможно, незыблемо покоится на прочном фундаменте идеологического фанатизма?

Крупный американский специалист в области трансперсональной психотерапии К. Wilber [2,3] выделяет несколько базовых уровней человеческого сознания:

**Уровень маски (персоны).** Индивид отождествляет себя лишь с некоторыми сторонами своей психики (маской), остальная ее часть воспринимается как «не-я» («тень»), чуждая и пугающая. Благодаря этому человек становится в той или иной степени «не в своем уме».

**Уровень «Эго».** Человек чувствует тождественным себе, включает не весь организм, но лишь одну из его сторон — «эго». Тело просто «болтается» где-то внизу под ним. Граница проводится внутри целостного организма.

**Уровень организма в целом.** Пограничной линией является граница кожи, одна из наиболее фундаментально принятых границ между «я» и «не-я».

**Надличностные (трансперсональные) диапазоны сознания.**

В основе этой модели, «спектра сознания», лежит представление о человеческой личности как многоуровневом проявлении, или как выражении единого Сознания, подобно тому, как в физике электромагнитный спектр рассматривается как многополосное выражение одной определенной электромагнитной волны. Это многомерный подход к человеческой личности: каждый уровень спектра соответствует определенному, легко узнаваемому чувству индивидуальной самотождественности, простирающейся от Верховной Личности космического сознания через ряд ступеней, или зон, до чрезвычайно ограниченного чувства самотождественности, связанного с эго-сознанием [2].

Предложенные уровни сознания можно представить в виде следующей схемы (модификация схемы К. Wilber), которая представлена на рисунке № 1. Границы, представленные на рисунке — это искусственные барьеры внутри нас и вокруг нас. Как отмечает Д. Брендон [4], в западном обществе человека постоянно поощряют к отвлечению от настоящего момента. Наши умы расколоты в разных направлениях. Постоянный самоконтроль приводит к искусственному сужению сознания, фиксации его на обыденном, неизменном уровне. Это, возможно, и позволяет хорошо адаптироваться, но адаптация эта — в жестких границах, определенных конкретными историческими обстоятельствами социума. Границы этой адаптации жестко детер-

минированы, что затрудняет (при неизменности состояния сознания) приспособляться к изменениям среды.



Рис. 1. Спектр сознания

Любопытно, что уровень сознания тесно увязывается с разделением переживаний и процесса отражения реальности с теми искусственными границами, возведение которых приводит к возникновению конфликта и отчужденности. Кроме того, характерно утверждение о необходимости произвольного контроля как обязательного критерия наличия сознания. Нам представляется, что бессознательное — это область тени (неосознаваемые области бытия), причем начало этой тени может быть как сразу за пределами Маски, так и за пределами Эго, Организма, а также касаться надличностных уровней сознания.

Бессознательное — это область, о которой нет знаний. Познавательные процессы по причине имеющихся границ не достигают этих областей человеческого сознания. Непознаваемость этих областей обусловлена психологическими (невротическими) защитными механизмами самоограничения самопознания. Эти самоограничения вынуждают сознание оставаться ограниченным узким тоннелем представлений, формирующим наше восприятие действительности. Этот тоннель — благо и проклятие западной цивилизации. Ограничение области сознания помогает нам целиком сосредоточиться и прекрасно адаптироваться к определенному роду деятельности. При этом, однако, индивид невротически болезненно воспринимает любые изменения, испытывая тревогу и напряженность по причине невозможности контролировать эти непредсказуемые изменения. Неслучайно при изменении поведенческих шаблонов мы переживаем различной глубины состояния измененного сознания, о чем прекрасно знал, используя свои виртуозные техники, М. Эриксон [5, 6, 7]

Известно, что наиболее эффективная психотерапевтическая работа строится на использовании различных состояний измененного сознания. И, с другой стороны, в случае эффективной психотерапевтической работы происходит изменение сознания. Измененное состояние сознания — это возможность, предусмотренная человеческой природой, расширить границы сознания, это возможность перейти на более высокий уровень сознания за очень короткое время. Измененное состояние сознания — это

качественный скачок сознания, подобный тому, который совершает электрон, получивший дополнительную энергию, переходя на более высокий уровень. В. Ю. Завьялов [8] отмечает, что изменение сознания происходит во всех случаях реорганизации взаимоотношений человека с окружающим миром. Способность сознания человека непрерывно меняться есть гарантия непрерывной адаптации к изменениям мира. Наиболее примечательной и полезной функцией транса является временное выключение обычной защитной системы личности. В защитную систему входят различные психологические маневры, защищающие человека от «лишней информации» о мире и о самом себе. К ним относятся: игнорирование или отрицание неприятных фактов, искажение смысла происходящего, «кодирование» информации, когда вместо отчетливых представлений личность перерабатывает телесные симптомы — так называемая конверсия психического в телесные проблемы и пр. Психологическая защита спасает личность от переживаний и чувств, но при этом значительно ограничивает возможности человека, стандартизирует его поведение, тормозит творчество. Поэтому транс можно рассматривать как вполне естественное и необходимое состояние обновления нервно-психической картины мира. Транс переносит человека в иную реальность, где нет жестких ограничений, которые сознание наложило на него, где есть возможность для переструктурирования опыта, понимания окружающего мира, где есть необходимые условия для нового восприятия окружающего мира и своего места в нем [9]. В нашей повседневной реальности имеется множество форм переживаний, каждое из которых представляет собой состояние сознания [6].

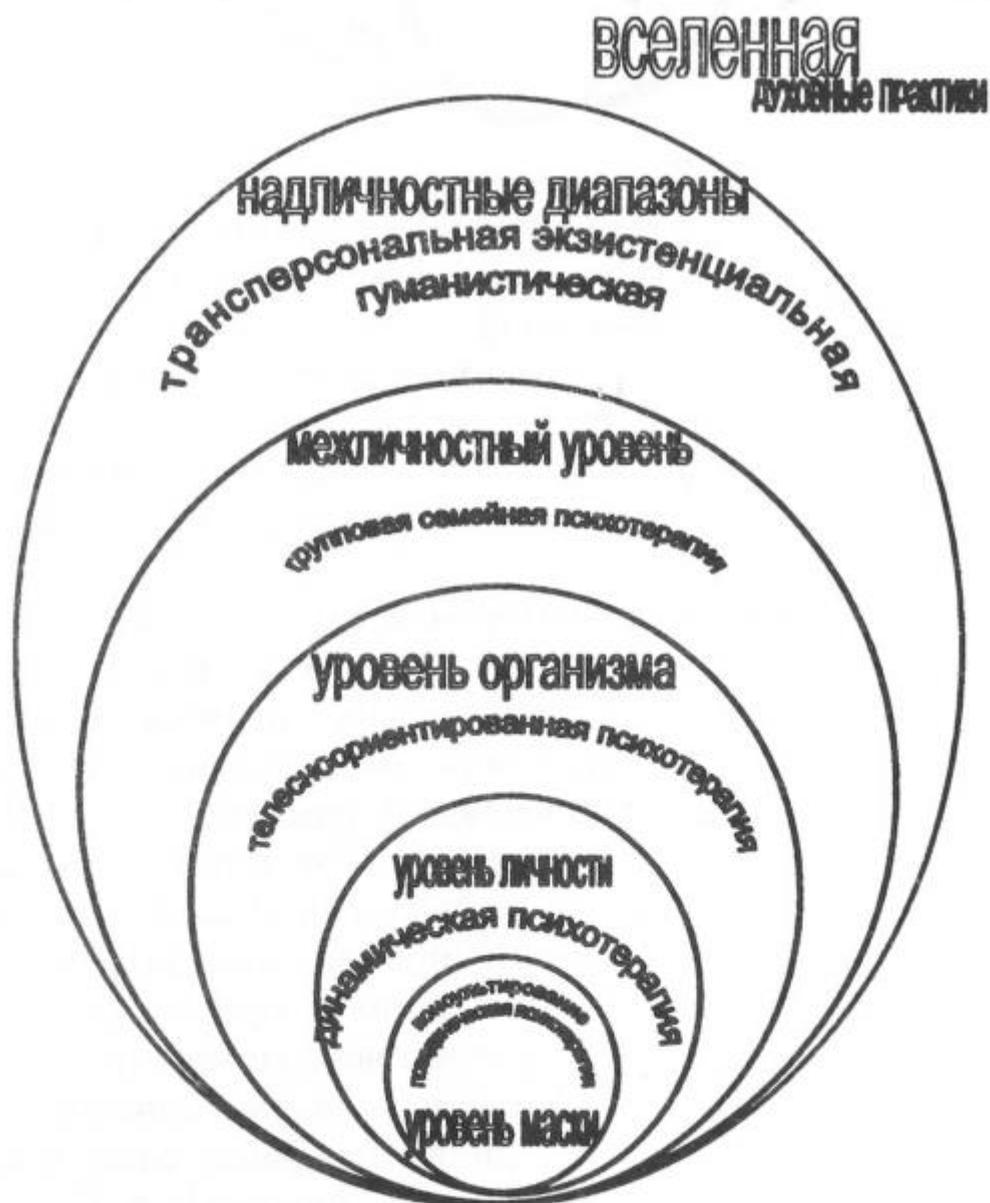


Рис. 2. Точки приложения и пределы возможности различных направлений психотерапии

На рисунке № 2 представлены основные направления современной психотерапии, с точки зрения приложения их к тем или иным уровням сознания. Важно подчеркнуть, что речь идет вовсе не о том, какое направление в психотерапии лучше, а

какое — хуже. У каждого направления и метода свой круг потенциальных потребителей, свои неоспоримые преимущества и сильные стороны. Эта систематика позволяет понять точки приложения, а также пределы и ограничения тех или иных направлений, школ и методов в психотерапии.

За десятилетний период на кафедре медицинской психологии и психотерапии ТГМА трансперсональная психотерапия была проведена у 1721 человека в возрасте от 5 до 75 лет. Данные по возрастному составу пациентов представлены на рисунке 3.

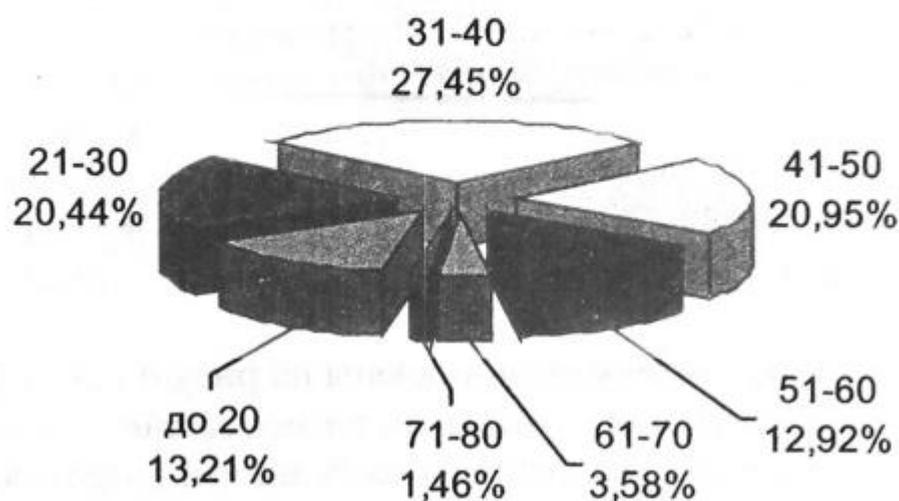


Рис. 3. Распределение пациентов, прошедших трансперсональную психотерапию, по возрастным группам

При отборе в психотерапевтические группы учитывались возможные противопоказания к данным видам лечения. Таковыми считаются душевные хронические эндогенные заболевания, эпилепсия из-за риска спровоцировать эпилептические припадки при гипервентиляции. Кроме того, исключались пациенты с глаукомой, высокой близорукостью из-за риска развития отслойки сетчатки. Тяжелая патология сердечно-сосудистой системы (инфаркт, стенокардия, инсульт, выраженная гипертония, пороки сердца, аневризмы и т. д.) являлась препятствием к работе, связанной с драматичными эмоциональными переживаниями и физической активностью. Острые и хронические инфекционные заболевания также служили поводом для отказа в проведении терапии. Кроме того, исключались пациенты с привычными вывихами и переломами. Наконец, беременность также являлась противопоказанием из-за риска стимуляции родовой деятельности. Существовали и ограничения в возрасте. Обычно не рекомендуется проводить трансперсональную психотерапию с детьми. Тем не менее, мы делали исключения, когда ребенок сам стремился избавиться от беспокоящей его проблемы, когда был личностно достаточно зрелым и стремился к результату. Работа с детьми проводилась в общей группе. Это обстоятельство в какой-то мере даже помогало работе, так как группа становилась более адекватной моделью общества и семьи. Возникавшие проекции и переносы, своеобразные взаимоотношения между участниками, более открытое проявление эмоций и спонтанность детей в значительной степени способствовали глубине и качеству работы. Кроме того, следует подчеркнуть, что невротические защитные механизмы у детей еще не приобрели той глубины и ригидности, как у взрослых. Верхних возрастных ограничений не существовало, поскольку возможность участия определялась лишь состоянием здоровья и мотивацией.

Занятия с пациентами, как правило, проводились в группах от 8 до 25 человек. Мы пришли к выводу, что оптимальный состав терапевтической группы 10-15 человек, что соответствует существующим представлениям, принятым в групповой психотерапии. Группы были разнородными, представляя собой своеобразный срез общества. Мы намеренно отказались от комплектования специальных детских или подростковых групп или групп, однородных по нозологическому составу. Как под-

черкивает А. Е. Алексейчик [10]: «Опыт показывает, что однородные по трудностям, по возрасту, по полу, однородные профессионально и т. п. группы — не столь эффективны». Следует подчеркнуть преимущества групповой работы перед индивидуальной психотерапией в связи с возможностью использования групповой динамики. Мы солидарны с К. Rogers [11], который пишет, что «я опираюсь на мудрость группы более чем на свою собственную. Это заставляет понимать, какой невероятный потенциал помощи скрывается в обычном необученном человеке, если только он чувствует вправе его применить». Именно в группе гораздо быстрее и глубже происходит осознание самого себя и собственных неадекватных отношений и установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов. Позитивные изменения, происходящие с другими участниками, вселяют надежду и стимулируют стремление к собственным изменениям. Обобщая собственный опыт, мы пришли к выводу, что для достижения качественных терапевтических результатов терапевтический курс должен состоять из 6 ежедневных занятий. Длительность занятия составляет в среднем 6-7 часов (в сумме — около 40 часов групповой работы, что является оптимальным для психотерапевтической группы).

Данные по половому составу представлены на рисунке № 4. Можно отметить некоторое преобладание женщин, что, на наш взгляд, связано с большим вниманием и чувствительностью к своему внутреннему состоянию и здоровью.

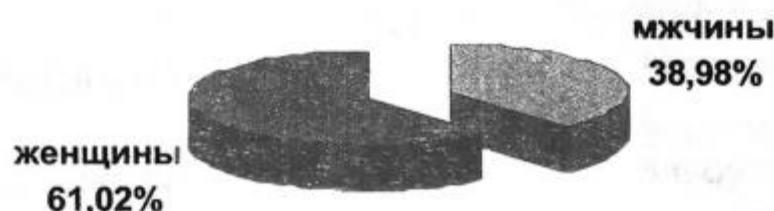


Рис. 4. Половой состав пациентов, прошедших трансперсональную психотерапию

Социальный состав представлен на рисунке № 5. Следует отметить преобладание лиц, занимающихся квалифицированным трудом и интеллектуальной, творческой деятельностью (84,77%).



Рис. 5. Социальный состав пациентов, прошедших трансперсональную психотерапию

Значительную часть составляли пациенты с различными формами неврозов (32,74%) и с невротическим развитием — 2,76%. Больные с психосоматическими заболеваниями (бронхиальная астма, гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, дискинезия желчевыводящих путей, колиты, начальные стадии гипертонии, остеохондроза, некоторые кожные заболевания) составляли 32,15%. Пограничные психические расстройства могли быть в результате органического поражения головного мозга, преимущественно травматического генеза (8,09%), либо возникали на фоне соматического страдания в виде реакции личности на болезнь (6,77%). Следующая группа — это пациенты с аддиктивным поведением (7,69%) с

установкой на излечение. Наконец, последняя группа (9,80%) — это лица, желающие полнее реализовать свои творческие способности, улучшить взаимоотношения с окружающими, осознающие имеющиеся проблемы личностного роста и духовного развития (см. рисунок 6).



Рис. 6. Состав пациентов по нозологическим группам

Для объективизации оценки эффективности лечения проводилось динамическое (до начала лечения, непосредственно после окончания группы, а также через месяц после завершения лечения) психологическое исследование с помощью цветового теста Люшера, методики рисования несуществующего животного, определения уровня личностной тревожности по данным теста Тейлора, методики определения самооценки Спилберга-Ханина. Можно отметить, что после проведенной терапии тревога устранялась в 30%, снижалась в 60% и в 10% — качественно менялась, при этом неудовлетворенные потребности заменялись потребностью в самоутверждении. Практически у всех преобладали оптимизм, стремление к контактам и расширение сферы деятельности. Самооценка в 90% наблюдений становилась адекватной, возрастала уверенность в себе. После завершения работы группы уменьшение нервной тревоги было у половины пациентов с исходно высоким уровнем; через месяц — отмечалось практически у всех обследованных. У пациентов с исходно высоким уровнем соматической тревоги она уменьшилась до нормального уровня у 25%, а через у 75% обследованных пациентов. После завершения терапии социальная тревога вернулась к норме у 25% с исходно высоким уровнем, через месяц — у половины обследованных пациентов. Можно отметить наиболее стойкие изменения в отношении нервной тревоги у большинства пациентов. Что касается социальной тревоги, то она менялась не столь существенно, что можно объяснить неблагоприятным социально-психологическим климатом в обществе. В целом, уровень личностной тревожности в 20% случаев снижался до среднего, в 10% — до низкого, у остальных оставался неизменным в связи с общей стабильностью данного показателя. Стойкость возникающих изменений подтверждалась психологическими исследованиями, проведенными через месяц. По данным проективных методик («Дом, дерево, человек» и «Несуществующее животное») можно отметить повышение самооценки (30%), самостоятельности (32,5%), снижение зависимости (22,5%), исчезновение страха и тревоги (37,5%), уменьшение агрессии (27,5%).

Таким образом, у пациентов, прошедших программу лечебно-реабилитационных мероприятий, клиническая редукция психопатологических проявлений происходила быстрее и качественнее. Эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий у больных с пограничными нервно-психическими расстройствами, прошедших индивидуальные и групповые формы психотерапии, составила 80,3%. Катамнестические наблюдения (до 4 лет) дают основания говорить о достаточно высокой эффек-

тивности предлагаемой схемы в реабилитации больных с различными формами пограничных нервно-психических расстройств.

В литературе довольно часто обсуждается вопрос о лечебных механизмах психотерапии. Нередко психотерапевты сталкиваются с непониманием со стороны других врачей — слишком большой водораздел разделяет соматическую медицину и психотерапию. Особенно остро стоит этот вопрос по отношению к новым, «маргинальным» психотерапевтическим технологиям. Трансперсональная психотерапия — направление, безусловно, перспективное и новое, нуждающееся в тщательном теоретическом обосновании происходящих в процессе лечения позитивных изменений. В основе предлагаемой нами схемы анализа спектра психотерапевтических факторов и механизмов трансперсональной психотерапии использованы модифицированная схема сознания К. Wilber [2], анализ факторов и механизмов групповой психотерапии I. D. Yalom [12], а также предложенная нами модель анализа спектра психологических конфликтов и психологических защит, основанная на обобщении собственного опыта проведения трансперсональных групп.

Любопытно, что, судя по описанию А. Маслоу [13] вершинных переживаний, моментов самоактуализации, люди при этом настолько погружены в определенную творческую деятельность, что теряют чувство времени и места. Похоже, что пиковые переживания очень тесно связаны с состояниями расширения сознания. Появление метапотребностей, так называемый личностный рост также, по-видимому, связаны с расширением сознания (осознанием). Иными словами, самоактуализирующиеся люди, имеющие метапотребности — это люди, свободные от ограничений обычного, неизменяемого состояния сознания. Метамотивация невозможна, пока человек адекватно не удовлетворит дефицитарные, первичные потребности низкого уровня. К сожалению, современное общество — это общество, большая часть населения которого живет дефицитарными потребностями. Поскольку сознание у большей части людей сужено до уровня «маски» (социально обусловленные паттерны функционирования), метапотребности ими не осознаются. Если сопоставить иерархию потребностей А. Маслоу [13] и происходящий в процессе трансперсональной психотерапии процесс расширения сознания, то можно увидеть, что именно расширение сознания — это процесс, идущий параллельно и создающий необходимые условия появления метамотиваций, с чем мы часто сталкиваемся при работе с пациентами (см. рисунок № 7).



Рис. 7. Иерархия потребностей по А. Маслоу и спектр сознания

## Анализ уровней действия психотерапевтических механизмов трансперсональной психотерапии

Уровни приложения механизмов психотерапии	Психотерапевтические механизмы
Механизмы и факторы, участвующие в проработке проблем подуровня системы социально обусловленных защитных шаблонов поведения (уровень «маски»)	вселение надежды
	универсальность переживаний
	осознание и принятие своих вытесненных потребностей,
	самоидентификация через освобождение от ложного отождествления с уровнем, на котором вынужден функционировать индивид в силу существующих социальных норм и ограничений (разотождествление с социальной маской)
	самопонимание: осознание своей «Маски» и «Тени»
	принятие своей «Тени» через принятие противоположностей
	освобождение от первого уровня невротических психологических защит
Механизмы и факторы, участвующие в проработке проблем подуровня личности	эмоциональное отреагирование и осознание вытесненных травм (катарсис)
	с высвобождением энергии, затрачиваемой на вытеснение травматического материала;
	осознание и гармонизация («уравновешивание») структуры «Эго»
	повышение творческого личностного потенциала в связи с высвобождением энергии, связанной поддержанием существовавших невротических защитных механизмов
	осознание вытесненного позитивного опыта (опора на ресурсные состояния), обретение спонтанности, аутентичности, самопонимания
	освобождение от невротических (избыточных) защитных механизмов, функционирующих на уровне «Эго»
Механизмы и факторы, участвующие в проработке проблем подуровня личность – тело	приобретение опыта осознания телесных многообразных ощущений (ликвидация телесной анестезии)
	поощрение, облегчение и поддержание полного проявления содержания, лежащего в основе симптомов, доведение до конца того, чего организм пытается достичь (завершение гештальта)
	устранение границы между «Эго» и «Телом» в результате освобождения от избыточных невротических защит
	принятие собственного «Тела» таким, какое оно есть
	снятие избыточных защитных невротических механизмов, направленных на подавление «нежелательных» эмоций и поддержание телесных блоков
	высвобождение и разрядка энергии, связанной в эмоциональных и психосоматических симптомах и снятие телесных зажимов, в результате чего появляется телесная естественность, спонтанность, гибкость
	активизация обменных процессов в органах и тканях в результате проработки мышечной брони и снятия блоков, нормализация функционирования внутренних органов и систем

Механизмы и факторы, участвующие в проработке проблем подуровня системы межличностных отношений	получение опыта бескорыстной поддержки, принятия
	сплоченность группы (принадлежность к группе и получение поддержки группы, которая понимает и принимает)
	имитационное (подражательное) поведение – принятие позитивного, открытого поведения
	межличностное научение (узнавание и формирование) - открытое получение обратной связи и осознание своего поведения в группе
	получение обратной связи и осознание своего поведения в группе
	воспроизведение семейного опыта (и, что особенно важно, - начиная с опыта ранних детских переживаний)
Механизмы и факторы, участвующие в телесной и эмоциональной проработке и осознании доличностной проблематики	проработка психологических и психосоматических проблем, связанных с перинатальными травмами
Механизмы и факторы, участвующие в проработке проблем надличностного уровня	проработка (эмоциональная, телесная, осознание) трансперсональных проблем (коллективное бессознательное)
	осознание экзистенциальных проблем (смысл, ответственность, базовая изолированность, непредсказуемость, неустойчивость бытия, принятие смертности) через опыт «пределных переживаний». Наполнение пережитого опыта смысловым содержанием и интуитивное озарение
	осознание гуманистических проблем (осознание своих истинных потребностей, стремления к самоактуализации)
Механизмы и факторы, участвующие в проработке проблем духовного уровня	освобождение от научных, философских и мировоззренческих догм, приобретение гибкости мышления и открытости новому опыту через встречу с собственными уникальными переживаниями и опытом других участников группы
	религиозные и мистические переживания, дающие опыт соприкосновения с Божественным началом

Важно еще раз подчеркнуть, что подобное выделение отдельных механизмов в реальной психотерапевтической ситуации может выглядеть несколько упрощенным и надуманным. Безусловно, любая схема беднее происходящего в жизни. Эта классификация больше важна, быть может, для понимания того, что происходит в достаточно непростой терапевтической ситуации трансперсональной психотерапии с точки зрения беспристрастного исследователя или человека, желающего научиться тому, что проводит опытный психотерапевт, ведущий группу.

Таким образом, можно говорить о более целостном, комплексном подходе при работе с психологическими и психосоматическими проблемами при использовании трансперсональной психотерапии. Такой подход обеспечивает больший охват психотерапевтической работой всего спектра психологических конфликтов и механизмов, лежащих в основе имеющихся нарушений.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Психотерапевтическая энциклопедия / Под редакцией Б. Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 1998, 743.
2. (Wilber К.) Уилбер К. No Boundary. Eastern and Western Approaches to Personal Growth. SHAMBHALA. Boston & London, 1979. S. 175.
3. (Wilber К.) Уилбер К. Вечная психология: спектр сознания // Paths beyond ego. The transpersonal vision. Edited by Roger Walsh and Farces Vaughan / Пер. с англ. М. Папуша, Е. Поле и К. Андреевой. М.: Издательство трансперсонального института, 1996. С. 37-49.
4. Брендон Д. Погруженность в настоящее во взаимоотношениях помощи // Психотерапия и духовные практики. Подход Запада и Востока к лечебному процессу / Сост. В. Хохлов. Пер. с англ. Н. В. фон Бока. Минск: «Вида-Н», 1998, С. 216-227.
5. (Giligan S. G.) Гилиген С. Терапевтические трансы: Руководство по эриксоновской гипнотерапии / Пер. с англ. А. Д. Иорданского. М.: Независимая фирма «Класс», 1997. 416 с.
6. (King M. E., Citrenbaum С. М.) Кинг М., Цитренбаум Ч. Экзистенциальная гипнотерапия. Пер. с англ. С. К. Паркецова. М.: Независимая фирма «Класс», 1998, 176 с.
7. (Teaching seminar with Milton H. Ericson, M. D.) Семинар с доктором медицины Милтоном Эриксоном (уроки гипноза). Редакция и комментарии Дж. Д. Зейга. Пер. с англ. Т. Г. Кругловой. М.: Независимая фирма «Класс», 1994. 336 с.
8. Завьялов В. Ю. Необъявленная психотерапия. М., 1999. 250 с.
9. Гордеев М. И. Классический и эриксоновский гипноз. М.: Издательство института психотерапии, 2001. 233 с.
10. Алексейчик А. Е. Интенсивная терапевтическая жизнь // Независимый психиатрический журнал. 1999. № 1. С. 26-33; № 2. С. 45-51.
11. (Rogers С. R.) Роджерс К. Могу ли я быть фасилитатором? // Хрестоматия по гуманистической психотерапии / Сост. М. Папуш. Пер. с англ. М.: Институт общегуманитарных исследований, 1995. С. 86-110.
12. (Yalom I. D.) Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии. СПб.: Питер, 2000. 640 с.
13. (Maslow А. Н.) Маслоу А. Психология бытия / Пер. с англ. М.: «Рефл-бук», К.: «Вак-лер», 1997. 304 с.