

## **Гештальт-подход и клиническая медицина: проблемы интеграции**

Российский гештальт (выпуск 3)/Под ред. Н.Б.Долгополова, Р.П.Ефимкиной  
Новосибирск: Научно-практический центр психологии НГУ, 2001. – С. 70-82

Задачей каждого практикующего психотерапевта является приспособление используемого им метода не только к реальности терапевтических отношений с каждым конкретным клиентом или пациентом, но и к сложному социокультурному полю, в котором находятся клиент и терапевт. Эта задача актуально стоит в условиях современной России, а особенно в регионах удаленных от столичных городов, где есть клиники с длительной историей развития психотерапевтической помощи (в том числе, лично ориентированных методов психотерапии). Модели психотерапии, разработанные в зарубежных странах, несмотря на то, что они доказали свою эффективность там, в нашей стране первоначально зачастую оказываются инородным телом, и им еще только предстоит продемонстрировать свою полезность. Эта ситуация связана со следующими факторами:

В России нет сформированной психотерапевтической традиции. Сама специальность «психотерапевт» официально появилась лишь недавно. Господствующей ориентацией в отечественной медицине и на сегодняшний день является биологическая ориентация. В силу этого знакомство с основами психотерапии не входит в обучение студентов-медиков, и практикующие врачи не имеют ясного представления о психотерапии (показаниях, процедурах, временных рамках, границах эффективности). Их отношение к психотерапии часто оказывается либо скептическим, либо связанным с нереалистическими сверхожиданиями. Длительное отсутствие цивилизованной психотерапевтической помощи привело к тому, что соответствующих представлений нет и у пациентов. С другой стороны, система клинической подготовки психотерапевтов пока еще только складывается (мы бы сказали, находится в стадии эксперимента). Поэтому практику необходимо приспособить приемы работы, освоенные в лабораторных условиях психологического тренинга, преимущественно на своих коллегам, к работе с обычными пациентами, людьми, которые, как правило, не знакомы с психологическими концепциями и не обладают мотивацией к решению психологических проблем, которой отличаются участники обучающих семинаров. Более того, во многих случаях психотерапевту приходится сталкиваться с личностными чертами (обусловленными социокультурными или органическими факторами), которые делают освоенные техники неприменимыми.

Несмотря на описанные трудности, мы считаем, что гештальт-подход имеет большие шансы интегрироваться в отечественную клиническую медицину благодаря широте своих теоретических оснований, в том числе близости к общебиологическим концепциям. Мы считаем, что проблему интеграции с существующими медицинскими традициями вынужден решать каждый психотерапевт или психотерапевтический коллектив, начинающий работать в лечебном учреждении. В статье мы намерены поделиться приобретенным совместно с коллегами опытом и своими размышлениями.

Мы полагаем, что указанная проблема имеет три основных модуля: интеграция с концепциями медицины, нахождение общего языка с лечебным персоналом и интеграция с потребностями пациентов. Скажем о них подробнее.

1. **Концептуальная интеграция.** Мы полагаем, что решение этого вопроса является практически важным для психотерапевта, а не представляет некий абстрактно-теоретический интерес. Во-первых, решение этого вопроса позволяет психотерапевту понять, какую роль он может играть в системе медицинской помощи. Во-вторых, без концептуальной интеграции с теорией медицины, гештальт-терапия не может быть академически признанной и соответственно влиять на развитие медицинской психотерапевтической помощи. В-третьих, что особенно важно для практика, ясные, неэклектические представления являются сильным подспорьем в практической работе с пациентами. Ответы на концептуальные вопросы определяют стратегию, которую психотерапевт выбирает для решения последующих двух модусов проблемы.

2. **Интеграция в среду лечебного учреждения** касается установления продуктивного контакта с лечебным персоналом, без которого невозможна продуктивная работа с пациентами.

3. **Интеграция с потребностями пациентов** касается того, каким пациентам и какую помощь готов оказывать психотерапевт.

Рассмотрим последовательно возможности решения трех модусов этой проблемы. Нам представляется, что гештальт-терапия и клиническая медицина могут продуктивно дополнять друг друга. Но прежде следует отметить, что чтобы объединение было реальным (в данном случае между медицинско-биологическим и гештальт-подходом) необходимо осознавать их различия. Представим традиционные особенности гештальт-подхода и медицинско-биологического подхода в виде таблицы.

<b>Особенности медицинского подхода</b>	<b>Особенности гештальт-подхода</b>
В своей основе является биологическим, хотя теоретически признается влияние психосоциальных факторов	Социопсихобиологический подход, хотя наиболее разработан психологический аспект
<b>Причина симптомов</b>	
Основная причина симптомов - биологические нарушения	Причина симптомов - прерывание важных потребностей организма (как физиологических, так и психологических)
<b>Цели терапии</b>	
- устранение симптома;  - обнаружение и устранение биологической причины симптома.	Восстановление органической саморегуляции (процесса сознания и удовлетворения доминирующих потребностей), в результате восстановления органической саморегуляции устраняется симптом.
<b>Особенности диагностики</b>	
Диагностика проводится по принципу выявления устойчивого сочетания симптомов (синдрома) и биологической причины вызвавшей нарушения.	Диагностика проводится в терминах психологических механизмов, которые привели к возникновению психических и соматических нарушений.

<b>Факторы, приводящие к устранению симптомов</b>	
Симптомы устраняются благодаря манипуляциям врача.	Симптомы устраняются благодаря совместной работе пациента и психотерапевта по осознанию блокированных потребностей и нахождению способов их удовлетворения.
<b>Распределение ответственности между врачом и пациентом</b>	
Ответственность в основном лежит на враче.	Ответственность распределяется между психотерапевтом и пациентом. Значительная доля ответственности за состояние пациента лежит на самом пациенте.
<b>Роль сознания пациента</b>	
В основном, <i>пассивная</i> .  Пациенту не обязательно понимать причины своего состояния.	<i>Активная</i> .  Необходимы усилия пациента для осознания причин своего состояния.
<b>Позиция пациента в процессе терапии</b>	
В основном, <i>пассивная</i> .  Активность касается только технического выполнения врачебных предписаний.	<i>Активная</i> .  Активная работа пациента по осознанию и регуляции своего состояния - необходимое условие успешной психотерапии.

Несмотря на различия, целью обоих подходов является облегчение страдания пациентов, устранение психических и соматических симптомов. Рассмотрим, в чем они могут непротиворечиво дополнять друг друга.

На наш взгляд, ключевой, с точки зрения их концептуального объединения, является концепция органической саморегуляции. С точки зрения этой концепции, организм тем более здоров и жизнеспособен, чем в большей степени способен сознавать свои доминирующие потребности и удовлетворять их, тем самым, поддерживая гомеостатическое равновесие. Нахождение способа, которым может быть удовлетворена актуальная потребность в конкретных условиях среды, представляет собой процесс творческого приспособления. Чем в большей степени нарушается гомеостатическое равновесие, тем в большей степени организм приближается к болезни и смерти. Невозможность удовлетворения актуальных нужд организма, приводит к образованию психических и психосоматических симптомов. Важно помнить, что образование симптомов согласно гештальт-теории, также является результатом творческого приспособления. Это означает, что в ситуации, в которой сформировался симптом, у организма не было ресурса для нахождения другого способа приспособления к среде. Во многих случаях симптом выполняет функцию заместительной саморегуляции: например, энурез у ребенка может быть единственным способом, которым он способен привлечь недостающее внимание родителей;

повышение артериального давления, сопровождающее переживание агрессии - способом сохранить благорасположение окружающих, и в то же время, направить агрессию на более безопасный объект, т. е. собственный организм; употребление алкоголя, в свою очередь, может удовлетворять потребность в физическом самосохранении, защищая от деструктивного действия аутоагрессии.

Заместительная саморегуляция (далее в тексте мы будем использовать термины заместительная саморегуляция и заместительная психотерапия; термин заместительная терапия будет использоваться в значении более широком, чем общемедицинское) может поддерживаться средствами медицины - например, снятие головной боли, возникшей вследствие подавления эмоций анальгином, снижение чрезмерной тревоги с помощью транквилизаторов.

Биологическая медицина традиционно развивается в направлении поддержания заместительной саморегуляции организма, и во многих случаях, это единственно адекватный способ терапии. Поддержание заместительной саморегуляции средствами заместительной терапии абсолютно необходимо, когда в силу врожденного или приобретенного биологического дефекта, или в силу глубокого нарушения гомеостаза организм не способен восстановить гомеостатическое равновесие собственными силами. Так при сахарном диабете, когда поджелудочная железа не продуцирует достаточного количества инсулина, единственным способом сохранения жизни человека является введение инсулина извне, при остановке дыхания, возникшей вследствие асфиксии, необходима искусственная вентиляция легких, до тех пор, пока организм не сможет самостоятельно взять на себя функцию дыхания. Как известно, многие психические расстройства обусловлены биохимическими нарушениями, и для успешного лечения не обойтись без применения лекарств, т. е. замещающих поддерживающих агентов.

В противоположность биологическому медицинскому подходу, целью гештальт-терапии является поддержание автономной саморегуляции. Можно вспомнить тезис Зинкера о том, что наилучшая терапия подразумевает отношение, которое пробуждает и питает клиента таким образом, что терапевт не теряет свою собственную энергию. Однако теоретические постулаты невозможно перенести в практику буквально. Гештальт-терапевт на практике оказывает клиенту эмоциональную поддержку, когда тот в ней нуждается, терпимо относится к манипулятивному поведению, если клиент не может вести себя по другому, может быть директивным и транслировать клиенту интроекты - идеи, модели поведения и т. д. Полное принятие клиентом ответственности за свою жизнь (т. е. за свои потребности) является конечным этапом психотерапии, а не ее перманентной составляющей. Т. о. практикующий гештальт-терапевт не является неким отстраненным механиком, который перебирает детали конструктора, в надежде, что они сами собой сложатся в некую устойчивую систему, и не привносит ничего своего. А это означает, что терапевт сам, осознанно или неосознанно, становится компонентом заместительной саморегуляции клиента. Вопрос лишь в том, в какой мере заместительная саморегуляция уместна и необходима, а в каких случаях она блокирует движение клиента к зрелости - способности самостоятельно сознавать и удовлетворять свои потребности. Подобные параллели можно найти и в биологической медицине. Так назначение антибиотиков может быть совершенно необходимо для того, чтобы помочь организму справиться с инфекцией, но чрезмерная терапия антибиотиками приводит к угнетению иммунной системы, что делает организм более уязвимым для последующего инфицирования.

#### **Из этого рассмотрения следуют практические выводы:**

1. Концепция органической саморегуляции позволяет создать интегративную модель терапии, объединяющую биологические и психологические методы лечения.

2. Решение вопроса о выборе типа терапии (биологической, психологической, заместительной, ориентированной на поддержание автономной органической саморегуляции, или их сочетания) зависит от оценки ресурса пациента.

3. Для психотерапевта важна разработка критериев оценки ресурса пациента, которая позволит выбрать оптимальную стратегию лечения.

Т.о. мы рассмотрели вопрос о теоретической возможности использования гештальт-концепции органической саморегуляции в клинической медицинской практике. Мы считаем интересным рассмотрение вопроса о применимости гештальт-парадигмы для экспериментальных исследований в области медицины, но в этой статье оставим его открытым.

## **2. Интеграция в среду лечебного персонала**

Необходимым условием успешной деятельности психотерапевта в лечебном учреждении является установление отношений с лечебным персоналом, основанных на сотрудничестве и взаимопонимании. Хотя человеку далекому от медицинской практики такие отношения могут казаться само собой разумеющимися, достичь их намного труднее, чем декларировать. Причины этого уже упоминались выше. В связи с этими причинами, психотерапевт встречается с двумя типичными отношениями к психотерапии у врачей-интернистов: одно из них скептически - сдержанное, как к чему-то необязательному, неким праздным разговорам с пациентами, другое - заинтересованное, но связанное с нереалистичными представлениями и ожиданиями. Психотерапия воспринимается как важное и нужное средство в лечении больных, но на нее проецируются черты биологической терапии (ее особенности были приведены выше), нет представлений о показаниях к психотерапии, ее процедурных моментах. Это приводит к тому, что на прием к психотерапевту направляются больные, которым психотерапевтическая помощь может принести мало пользы - с выраженными органическими изменениями личности, симптомами психоза, с отсутствием установки на психотерапевтическое лечение. Неправильное информирование пациентов о смысле психотерапевтического лечения приводит к затруднениям в установлении психотерапевтического контакта. Тем не менее, именно со второй группой врачей наиболее реально установить отношения «взаимовыгодного» сотрудничества. Задачей психотерапевта, в этом случае, является информирование этих специалистов о психотерапии. Естественно, было бы наивно требовать, чтобы врачи-интернисты читали психотерапевтическую литературу, посещали лекции и семинары по этой теме. Это равносильно тому, чтобы побуждать психотерапевта в свободное от работы время углублять свои знания в хирургии, офтальмологии или какой-либо другой отрасли медицины. Наиболее адекватный способ информировать интернистов - это личный контакт с лечащими врачами, который осуществляется в виде совместных обсуждений клинических случаев - мотивов направления на консультацию, клинической картины состояния пациента, динамики состояния и т. д. В процессе таких обсуждений интернист узнает, кого стоит направлять на прием к психотерапевту, чем занимается психотерапевт с пациентами, о возможной динамике изменения состояния в процессе психотерапии. Психотерапевт также получает ценную информацию: симптомы, о которых не сказал пациент, как меняется поведение пациента в процессе психотерапии, заключение врача-интерниста о том, в какой степени симптомы пациента обусловлены его соматическим заболеванием. Обычно несколько таких обсуждений дает возможность приблизиться к общему языку.

### 3. Интеграция с потребностями пациентов

Психотерапевтическая специальность будет востребована тем больше, чем на большее количество потребностей пациентов она будет способна ответить. Мы уже отмечали, что ожидания, мотивация, готовность и способность к изменениям реальных пациентов может значительно отличаться от соответствующих параметров участников психологических тренингов, что обусловлено, с одной стороны, влиянием социально-культурной среды, с другой влиянием болезни на личность больного. Это приводит к тому, что использование методов эффективных в условиях психологического тренинга со здоровыми людьми требует значительных поправок. Остановимся на особенностях пациентов, затрудняющих психотерапевтическую работу по осознанию.

1. Часто встречающаяся культурально обусловленная особенность наших пациентов - интроецированные биологические и магические представления о психотерапии. Нередко они причудливо переплетаются. Суть их в том, что психотерапевт должен сделать некоторые манипуляции (медицинские или оккультные), в результате которых наступит облегчение. С этими представлениями связаны такие черты пациентов, как нежелание принимать на себя ответственность за результат терапии, ожидание немедленного облегчения от проведенных манипуляций, недоверие к психологическим концепциям болезней. Эта особенность не обязательно связана с низким образованием и интеллектом. Мы встречаемся с верой в методы чудесного исцеления и у высокообразованных людей, в том числе у врачей и психологов.

2. Ограничения, связанные с мышлением и интеллектом. Они могут быть обусловлены характером воспитания или органической дисфункцией, что часто коррелирует с возрастом. Эти ограничения проявляются в неспособности понимать психологические концепции, проводить причинно-следственные связи на основе осознанного материала, менять устоявшиеся представления о жизни. Ограничения, связанные с мышлением и интеллектом делают эффективность работы по осознанию близкой к нулю, что нужно учитывать психотерапевту, чтобы не тратить напрасно свое время и силы.

3. Ограничения, связанные с тяжестью психического или соматического состояния. Они проявляются в том, что:

а) осознание подавленных эмоций приводит к усилению депрессии, тревоги или психосоматических симптомов, что затрудняет или делает невозможной дальнейшую работу;

б) продвижение в работе по осознанию не приводит к значительному ослаблению симптоматики (на сегодняшний день известно, что многие состояния, которые раньше считались психогенными имеют, не только психологическую, но и биологическую природу).

4. Ограничения, связанные с социальной средой. Непосредственное социальное окружение и условия существования (внешняя часть поля) делают затруднительными или невозможными изменение стиля жизни приведшего к болезни, даже если работа по осознанию проходит успешно.

Указанные особенности, на наш взгляд, не являются сугубо уникальными для России. В частности, в связи с последней группой ограничений, В. Райх так сообщает о своем опыте работы в психоаналитической амбулатории для бедных: «Часто для успеха терапии сначала надо было оказать социальную помощь». О пациентах с указанными

особенностями можно сказать так, что они обладают недостаточным ресурсом для восстановления автономной органической саморегуляции. Но, тем не менее, они нуждаются в помощи. Возникает вопрос, какими способами она может быть оказана?

Если ограничиться использованием лишь традиционной техники гештальт-терапии, то пригодным для психотерапевтической помощи окажется лишь небольшой круг пациентов: в основном, люди с достаточно высоким уровнем интеллекта, преимущественно молодого возраста, с не резко выраженной симптоматикой, готовые раскрывать свои психологические проблемы и ориентированные на самопознание. Тогда львиная доля соматических пациентов выпадает из компетенции психотерапевта. Для того, чтобы не суживать круг своих пациентов, клиническому гештальт-терапевту необходимо, с одной стороны, расширять диапазон психотерапевтических техник, с другой, подключать к работе методы биологической терапии. О возможности и целесообразности расширения технического репертуара гештальт-терапевта говорили еще Дж. Энрайт и К. Наранхо. С необходимостью модифицировать технический арсенал при работе с новой группой пациентов сталкивались и психотерапевты других школ, в том числе и психоаналитики. Так еще в 1918 г. Фрейд говорил, что для нужд массового лечения чистое золото психоанализа следует смешать с «медью - лечением, основанным на внушении» (цит. по Райх, 1997, с. 63).

Рассмотрим вопрос о технических приемах, которые могут использоваться с пациентами, учитывая представления об автономной и заместительной саморегуляции. В связи с этими представлениями можно выделить 4 группы технических приемов:

1. Ориентированные на расширение осознания и принятие ответственности.
2. Ориентированные на восстановление органической саморегуляции посредством замещения эго-функции пациента. Примерами являются прямые поведенческие инструкции: "Вам нужно устроиться на работу", «Вам нужно высказывать свое мнение».
3. Ориентированные на внешнюю поддержку заместительной саморегуляции (например, релаксация в состоянии гипнотического транса, индуцированного психотерапевтом).
4. Ориентированные на обучение пациента самостоятельному поддержанию заместительной саморегуляции (например, обучение навыкам аутогенной тренировки).

Последние 3 группы техник не предполагают обязательного сознания пациентом причин и психологических механизмов, вызывающих болезненное состояние. Психотерапевт может комбинировать различные группы технических приемов или использовать одну из них, что зависит от особенностей конкретного пациента. Особенности пациента обуславливают имеющийся у него ресурс. Для оценки ресурса пациента мы считаем целесообразным учитывать следующие особенности:

1. Ожидания от психотерапии.
2. Мотивация.
3. Мышление.
4. Интеллект.
5. Возраст.
6. Характерологические особенности.
7. Тяжесть симптоматики и клинический диагноз.
8. Условия жизни.

## **Ожидания пациента**

Ожидания пациента по отношению к психотерапии определяются его представлениями о том, каким должно быть лечение. Одни пациенты настроены на самопознание и активную работу в этом направлении. Другие, несмотря на тяжесть страдания, готовы играть лишь пассивную роль в процессе лечения. Этой группе пациентов, по крайней мере, первоначально, помощь может быть оказана лишь заместительными методами. Третьи, хотя и желают получить помощь, считают, что обсуждение личных проблем не входит в компетенцию врача. Препятствиями к установлению продуктивного контакта могут быть сверхожидания, связанные с «магическими» представлениями о психотерапии. Последние две группы важно адекватно проинформировать о возможностях психотерапии и условиях необходимых для ее проведения.

## **Мотивация**

Мотивация на лечение определяется, с одной стороны, давлением страдания, с другой, верой в эффективность метода терапии. На мотивацию пациента оказывают влияния представления о методах лечения. Например, больной может быть высоко мотивирован на медикаментозное лечение и слабо на психотерапию и наоборот.

## **Мышление**

Ригидность мышления, проявляющаяся в сниженной способности менять свои представления о жизни, является серьезным препятствием для личностно-ориентированной психотерапии. Как правило, она коррелирует с культурно-образовательным уровнем и возрастом пациента.

## **Интеллект**

Для успеха работы по осознанию, необходима способность пациента создавать логические последовательности на основе осознанного материала. Для того чтобы эмпирически определить, подходит ли данному пациенту работа по осознанию, следует оценить результаты первой консультации, а именно: способен ли пациент понимать психологические концепции и применять их к своей жизни, способен ли он делать выводы из осознанного совместно с психотерапевтом материала. Если пациент не способен осуществлять описанные мыслительные операции, то мы считаем работу по осознанию для него не показанной.

## **Возраст**

Возраст накладывает ограничения, связанные как с тем, что возрастает ригидность мышления - чем старше возраст, тем труднее менять свои представления о жизни, так и с тем, что по мере старения у человека остается все меньше выборов для того, чтобы изменить свою жизненную ситуацию. Жизнь подобна игре в бильярд - с каждым забитым шаром, количество возможных траекторий уменьшается. Так же известно, что работа по осознанию у пожилых людей должна проводиться осторожно. Т. к. осознание своего прошлого и неспособность что-либо изменить, может приводить к обострению состояния. Мы согласны с точкой зрения, что личностно-ориентированную психотерапевтическую работу с пожилыми людьми стоит фокусировать преимущественно на текущих проблемах и отношениях.

## **Характерологические особенности**

Черты характера, которые затрудняют психотерапевтическую работу - это чрезмерная закрытость, низкая переносимость фрустрации, неразвитость функции эго. Если, тем не менее, пациент желает получить помощь, можно сначала предложить ему какой-либо заместительный метод, например, посещать группу саморегуляции или пройти курс медикаментозной терапии под наблюдением психотерапевта. По мере того как складываются доверительные отношения, можно вновь предложить ему поработать с психологическими проблемами. Низкая толерантность к фрустрации, проявляющая себя в процессе работы по осознанию, требует более постепенного темпа этой работы, большей эмоциональной поддержки врача. Возможна также комбинация работы по осознанию с заместительными методами (например, тренингом релаксации), которые играют роль меда, подслащивающего горькую пилюлю. Слабость функции эго требует от психотерапевта директивной позиции и использования 2 группы технических приемов, по крайней мере, на первых этапах лечения.

## **Тяжесть симптоматики и клинический диагноз**

Трудно переносимая для пациента интенсивность симптоматики требует применения заместительных методов (прежде всего медикаментозных), приводящих к ее ослаблению до переносимого уровня. На фоне, ослабляющей симптомы, заместительной терапии, можно проводить работу по осознанию. Более того, по современным взглядам, большое количество соматических и психических расстройств заболеваний вызвано сочетанием биологических и психосоциальных факторов, и поэтому требуют комбинированной биологической и психологической терапии. Эмпирически психотерапевт может ориентироваться на клиническую динамику симптомов. Если исключительно психотерапевтическое лечение не дает улучшения состояния, это является показанием к проведению биологической терапии.

## **Жизненные условия**

Если работа по осознанию идет успешно, то, тем не менее, следует учитывать насколько быстро пациент может изменить образ жизни, который привел его к болезни, насколько эти изменения позволяют осуществить социальное поле, в котором он находится. Если эти изменения не могут произойти достаточно быстро, а симптоматика дезадаптирует пациента, то на определенный период времени ему необходима заместительная поддержка.

Таким образом, мы набросали канву того, что касается особенностей пациентов и связанных с ними подходов к терапии. Мы полагаем, что систематические исследования результатов терапии и их связи не только с использованными методами, но и с личностными и клиническими особенностями пациентов позволит разработать четкие показания к тому или иному типу лечения.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Бурно М.Е. к вопросу о клинической (медицинской) психотерапии. // Московский психотерапевтический журнал. 1993. №2.
2. Гингер С., Гингер А. Гештальт - терапия контакта. - Спб., 1999.
3. Долгополов Н.Б., Хломов Д. Фигура гештальта в России. // Московский психотерапевтический журнал: Специальный гештальт выпуск, 1994.
4. Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия. Т. 1, 2. - М., 1994.
5. Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия. - М., 1997.

6. Кори Дж. Гештальт-терапия. // Гештальт 94. Сборник материалов Московского Гештальт института за 1994 г. - Минск, 1995. - с. 45.
7. Наранхо К. Гештальттерапия. - Воронеж, 1995.
8. Перлз Ф. Гештальт-подход и Свидетель терапии. - М., 1996.
9. Райх В. Функция оргазма. - Санкт-Петербург - Москва, 1997.
10. Резник Р. Гештальттерапия: принципы, точки зрения и перспективы. // Гештальт 95. Сборник материалов Московского Гештальт Института за 1995 г. Москва, 1996.
11. Резник Р. Яд в курином бульоне. // Хрестоматия по гуманистической психотерапии. / Составитель М. Папуш. - М., 1995., с.255-262.
12. Робин Ж.-М. Гештальттерапия. - М., 1996.
13. Савенко Ю. С. «Психиатрическая» и «психологическая» психотерапия - путь к единству. // Московский психотерапевтический журнал. - 1993. - № 4.
14. Энрайт Дж. Гештальт ведущий к просветлению. - Спб., 1994.

© Новосибирский Гештальт Центр <http://gestaltnsk1.narod.ru/med.htm>