

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

УДК 159

ФИКСИРОВАННЫЕ ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ, ТЕРАПИИ, СУПЕРВИЗИИ)

Г.В. Залевский, Ю.В. Кузьмина

Балтийский федеральный университет им. Канта (Калининград, Россия)
Томский государственный университет (Томск, Россия)

Аннотация. Как свидетельствует практика оказания психологической помощи (консультативной, терапевтической, супервизионной), участники этого процесса, как клиенты, пациенты, так и супервизируемые – профессиональные психологи-практики (не только начинающие, но и со стажем), затрудняются сформулировать проблему как предмет («мишень»), на который должно быть оказано воздействие в процессе психологической помощи. Трудность эта обусловлена, по мнению авторов, разным пониманием того, что же является проблемой в разных направлениях и школах, а также отсутствием сегодня теории изменения. Систематизируя понимание проблемы разными направлениями оказания психологической помощи, автор приходит к выводу, что в каждом случае проблемой-мишенью, на которую надо воздействовать и изменять, являются разные варианты фиксированных форм поведения, в котором человек выражает свою сложную биопсихосоциодуховную природу. Авторы также указывают, что актуальность фиксированных форм поведения как проблемы-мишени в процессе психологической помощи состоит еще и в том, что в нем нередко имеют место фиксированные формы профессионального поведения осуществляющих эту помощь консультантов, терапевтов, супервизоров. Основываясь на одной из предложенных авторами возможных объяснительных моделей фиксированных форм поведения – акциональной структурно-уровневой концепции, можно утверждать, что задача психологической помощи – консультирования, терапии и супервизии – разорвать порочный круг в виде сросшихся / слившихся неадекватных средств и целей разных форм активности клиента и заменить их на адекватные. Неадекватными (фиксированными) могут быть и цели.

Ключевые слова: проблема; консультирование; терапия; супервизия; фиксированные формы поведения; объяснительные модели; концепции; теория изменения; структурно-уровневый подход; акциональная терапия; клиенты; пациенты; супервизируемые.

В рамках разных направлений, школ и концепций психологической (консультативной, психотерапевтической, супервизионной) помощи существуют разные представления о том, что является пробле-

мой и предметом («мишенью») изменения в процессе оказания психологической помощи [6, 9, 11]. Пути поиска, идентификации и решения проблем(ы) определяются теоретической ориентацией, прежде всего антропологической позицией консультанта и психотерапевта: что есть человек, существуют ли предпосылки изменения человека и как он может изменяться? Как известно, антропологическая позиция и другие принципы в основных школах психологического консультирования и психотерапии существенно различаются. По мнению Кочюнаса [15. С. 15], в настоящее время в мире распространяется эклектическое консультирование, представляющее собой попытку интеграции лучших сторон различных школ. Он предлагает для рассмотрения шестишаговую эклектическую системную модель процесса консультирования Джилларда [26], согласно которой первые два шага посвящаются исследованию проблем (1-й шаг) и двумерному определению проблем (2-й шаг). Что касается 3-го шага, то остается неясным, идет ли речь об идентификации проблем или идентификации альтернатив. На первой стадии следует поощрять клиента к углубленному рассмотрению возникших у него проблем, а на второй стадии надо стремиться точно охарактеризовать проблемы клиента, устанавливая как эмоциональные, так и когнитивные их аспекты. Уточнение проблем ведется до тех пор, пока клиент и консультант не достигнут одинакового понимания. Эффективное консультирование – это процесс, который выполняется вместе с клиентом, но не вместо клиента. Проблемы определяются конкретными понятиями, точное определение проблем позволяет понять их причины, а иногда и способы разрешения. Только после этого следует составление плана реалистичного решения проблем (могут быть и проблемы неразрешимые), а затем – реализация плана, оценка и обратная связь [15. С. 18–21]. Правда, остается неясным, что все-таки является проблемой в каждом конкретном случае, каковы пути ее поиска и идентификации. Но это оправдывается тем, что «для обозначения и концептуализации каждой проблемы могут быть использованы различные теоретические подходы, но нет и не может быть наилучшего теоретического подхода» [Там же. С. 21].

Разнообразие подходов к пониманию того, что является проблемой (проблемами), на которую должна быть направлена психологическая помощь и которая должна быть решена (изменена), совпадает с тем, что «у нас нет ни одной теории, занимающейся изменениями: психодинамическая теория посвящена вовсе не тому, как изменить кого-то, она о том, что с пациентом происходит и что привело его к болезненному состоянию; суть обучающей теории также не в изменениях, а в определении истоков отклоняющегося поведения; системная

теория семейной терапии говорит не об изменениях, а о том, что управляемая система является устойчивой и т.д. ...» [21. С. 72].

Разумеется, эти два вопроса – теория изменений и теория проблем – тесно связаны. Мы предположили, что одна из возможных попыток ответить на эти увязанные друг с другом вопросы может быть осуществлена при рассмотрении проблемы клиента и ее решения в контексте теории фиксированных форм поведения [4, 7, 8, 13].

Под фиксированными формами поведения мы понимаем акты поведения индивидуальной (личность) или групповой (семья, производственные и общественные организации, этнос, общество и государство) системы, упорно повторяющиеся и/или продолжающиеся в ситуациях, которые объективно требуют их прекращения и/или изменения; при этом уровень осознания и принятия личностью (или группой) этой необходимости может быть разным [8. С. 8].

Как уже ясно из определения, спектр фиксированных форм поведения очень широк. Вся наша жизнь проходит в двух видах активности – изменяемых и неизменяемых (или трудноизменяемых), т.е. фиксированных формах поведения, застывших, косных или ригидных стереотипах, «окаменевших догмах» (К. Юнг). Их взаимоотношения являются одной из кардинальных проблем биологии и психологии, а также родственных им наук: физиологии, общей и социальной психологии, психологии личности, клинической психологии и психопатологии. Сегодня очевидно значение и важность понимания проблемы фиксированных форм поведения и в контексте оказания эффективной психологической помощи.

Проблема фиксированных форм поведения в контексте оказания психологической помощи (консультативной, терапевтической и супервизионной) оказывается особенно актуальной, поскольку затрагивает всех участников этого процесса – с одной стороны клиента, пациента, супервизируемого, с другой – консультанта, психотерапевта, супервизора. В процессе психологического и психотерапевтического взаимодействия субъектами фиксированных форм поведения могут быть как клиенты / пациенты, так и психологи / психотерапевты. «Мы слишком стиснуты рамками того, что усвоили в прошлом, – поэтому и не можем начать эффективно использовать все измерения психотерапии. Я надеюсь, что профессионалы, стремящиеся помочь пациентам изменить поведение, смогут и сами измениться. Если наше сознание будет открыто новому, если мы будем неустанно изучать сложное человеческое поведение и пытаться разобраться в нем, мы скорее придем к многомерному воздействию» (Сеймур Халлек; цит. по: [16. С. 344]). «Что нового узнали на проводившейся в 1985 г. в г. Финикс (штат Аризона) конференции психотерапевтов? Я лично был поражен тем,

что многие участники посещали только те заседания, семинары или дискуссии, на которых выступали их любимые психотерапевты. Многие не воспользовались возможностью научиться чему-то у представителей другого направления. Обмена опытом почти не происходило; такое впечатление, что участники сидели в своих раковинах, как улитки, не интересуясь ничем из того, что происходило вокруг. Изменилось ли что-то за пять лет, будет ли эта конференция отличаться от предыдущей? Могу сказать, что, как в старом анекдоте, все будет точно так же – только хуже! Ситуация, о которой однажды было сказано: “догма пожирает догму”, усугубляется еще и тем, что называется “застыванием категорий”. Внимательный наблюдатель заметит присущий многим авторитетам, участвующим в этой конференции, догматизм, презрение к неверующим в их теории, поучительный тон, необоснованную уверенность в правильности своих взглядов и эффективности своих методов, часто не подтвержденных экспериментами, а также непоколебимую уверенность в правильности взглядов, ошибочность которых я собираюсь вам продемонстрировать. Как психотерапевт я не испытываю рабской привязанности к какой бы то ни было ориентации» [16. С. 365]. Дж. Хейли так комментирует выступление А. Лазаруса: «Научиться методу проще, чем научиться каждый раз перестраиваться. И все же очевидно, что при огромном количестве проблем, решения которых от нас ожидают, никакой отдельно взятый метод нас не удовлетворит. Владея разными способами воздействия, психотерапевт может ответить на вопрос, что лучше в каждом конкретном случае: применить несколько разных методов или, если это будет эффективным, экономно пользоваться лишь одним. Нам необходимо быть гибкими и уметь смотреть на проблему с разных точек зрения» [21. С. 378]. Дж. Мармор (бывший президент Американской академии психоанализа) считает, что терапевтические вмешательства должны основываться не на догме, а на стремлении к повышению уровня адаптации пациента. Он подчеркивает необходимость гибко приспособливать техники мультимодального подхода к специфическим нуждам каждого пациента. Некоторые психотерапевты признаются в своей ригидности, говорят о ригидности других, в том числе выдающихся психологов и психотерапевтов. «Как семейный терапевт я понимаю, что сейчас противопоставляю свою ригидность ригидности Эллиса, свой способ мышления и видения мира – его способу. Мы, действительно, существуем в двух параллельных мирах» (Минухин; фрагмент выступления). «20 лет назад я был председателем собрания в Университете Темпла, на котором Арнольд Лазарус впервые сказал о том, что бихевиоральная терапия приносит не такие хорошие результаты, как сообщает Вольпе. Тогда Вольпе поступил очень похоже на то, как поступил

Фрейд с Юнгом и Адлером, – он немедленно перестал считать Лазаруса представителем бихевиорального движения» (Мармор; фрагмент выступления). «Из-за своего окаменелого догматизма Фрейд сам много сделал для того, чтобы две очень разные в своей основе вещи публика сочла тождественными. Его технику можно с успехом прилагать к определенным случаям медицинской практики, не поднимая ее в то же время до статуса доктрины. Против его доктрины как таковой мы обязаны выдвинуть самые энергичные возражения» [23. С. 401]. По мнению Дж. Мармора, необходимо выбраться из прокрустова ложа убежденности в том, что мы должны «подгонять» пациентов под наши техники. Нам следует адаптировать свои техники к нуждам конкретных пациентов. Многие психотерапевты и, возможно, большинство психоаналитиков склонны к такой привязанности (осмелюсь сказать, катектированности) к своим любимым теориям и техникам, что высказывают некую закостенелость и временами неприязненную защищенность от всякой критики или предложений перемен. И только по-настоящему крупные мыслители обладают и познавательным потенциалом, и поразительной смелостью, чтобы сохранить гибкость и открытость новым идеям, считает А. Лазарус [16]. «Психотерапевт пытается посмотреть на мир глазами пациента вместо того, чтобы оспаривать или подвергать интерпретации его мысли» (из устного сообщения Мейченбаума). «Преодолев шоры (стандартные приемы и формальные правила, внушенные мне профессиональным обучением), мешающие видеть и понимать, я смогла ощутить присутствие живых людей и войти с ними в контакт, не нанося вреда собственной личности» (из устного сообщения Стэнфорда). Многие консультанты, будучи уверенными в истинности своих воззрений, заблуждаются и становятся косными [28. Р. 26]. D. Blocher [25. Р. 67, 68] считает, что немало консультантов дали бойскаутскую клятву верности псевдотеориям. Существуют даже термины-характеристики таких консультантов и психотерапевтов – фанатичная убежденность и **ригидность**. Вместо того чтобы эффективно действовать в качестве исследователей-практиков, проверяющих свои теоретические гипотезы, такие консультанты позволяют теории затруднять точную оценку образа мыслей и поведения клиентов и их коррекцию. Тенденции к проявлению консультантами жесткости усиливаются с развитием теоретических школ. Существует опасность, что школы консультирования могут превратиться в престижные (характеризующиеся высоким статусом) системы, занимающиеся самовосхвалением и поощряющие ригидность. Предпочтение отдается скорее тем, кто строго придерживается правил, нежели тем, кто заинтересован расширять теоретический кругозор. При всем многообразии избираемых для психотерапевтических изменений мишеней авторы, их опре-

делившие, как ни странно, правы, но только до того момента, пока они не абсолютизируют свой выбор, – их мишени являются единственно верными для психотерапевтического воздействия и изменения. Их правоту и неправоту в конечном итоге определяют клиент, пациент и супервизируемый. Они (точнее, при их участии) определяют в каждом конкретном случае и что должно подвергнуться изменению, а затем и каким образом. Большинство хороших терапевтов одновременно и прекрасные клиенты. Они готовы раскрыться, предъявить собственные проблемы, готовы признать их болезненность, а также готовы и способны меняться в процессе психотерапии [1]. Если ваше настоящее озаряется прошлым – ура! Если же прошлое оскверняет настоящее – давайте посмотрим, что можно сделать, и освободим себя [20].

Актуальным и сегодня является мнение, прозвучавшее на Всемирном конгрессе «Эволюция психотерапии» [22. С. 318], что «прогресс психотерапии следует связывать не только и не столько с разработкой новых методов, сколько с попытками ее интеграции на разных уровнях – технических приемов и методов, концепций и теорий», с поиском «более гибкой интегративной психотерапевтической парадигмы». И справедливо, что одной из существенных предпосылок развития интегративной психотерапии является выявление «общих факторов психотерапии, свойственных различным ее формам и методам» [Там же]. На наш взгляд, к таким общим факторам можно отнести как понимание проблемы – ее поиск и идентификацию, так и ее изменения в психотерапевтическом процессе. Мысль о том, что цель психотерапии – это осуществление определенных изменений (смена, замена, реконструкция, реорганизация, коррекция, модификация, перестройка, переструктурирование, перепрограммирование, преодоление, перерождение, переобучение, перевоспитание и т.д.), звучит в подавляющем числе ее определений: в терапии речь идет, в конечном счете, об изменении [29]; психотерапия отличается от других методов лечения тем, что при ее проведении применяются психологические средства изменения личности, связанные с использованием основ психологии [14]; психотерапия – это больше, чем искусство; это наука о том, как менять себя – менять свои мысли, чувства, поведение, а иногда и свое тело [2]. В то же время сторонники того или иного направления психотерапии имеют свои особые представления о том, что означают «изменения» в психотерапевтическом процессе, что вообще «должно изменяться» и как добиться «определенных изменений». Сегодня же, как справедливо отмечает Д. Хейли, о чем мы уже выше говорили, «у нас нет ни одной теории, занимающейся изменениями» [21. С. 77]. Иногда это напоминает сравнение апельсинов с яблоками; говоря об улучшении в состоянии пациента, психоаналитики подразумевают совсем не

те изменения, которые имеют в виду бихевиоральные психотерапевты (Мармор).

Сегодня можно выделить следующие объяснительные схемы (концепции, модели) природы и сути фиксированных форм поведения (ФФП): нейродинамическую, энергетическую, филогенетическую, личностно-средовую, диспозиционную, стрессогенную, патогенетическую, психодинамическую, научения (бихевиоральная и когнитивная), акциональную структурно-уровневую и избыточной устойчивости систем [7, 8, 12].

В этой статье мы остановимся несколько подробнее на **акциональной структурно-уровневой концепции** [4, 5, 8], которая положена в основание разрабатываемой нами **акциональной терапии (консультирование, супервизия)**. Результаты многолетних экспериментально-психологических исследований личности в норме и патологии позволили предложить оригинальную психологическую концепцию фиксированных форм поведения, которая восходит к трудам Пьера Жане [3] и М.С. Роговина [17, 18]. Основными составляющими предлагаемой концепции являются положения развиваемой нами целостно-ценностной парадигмы [9–11, 13]:

а) о биопсихосоциоэтической природе человека и его здоровья;

б) о структурно-уровневой организации личности и поведения (деятельность, действие или акция – от action), в котором личность, проявляясь, становится действительной (Гегель);

в) о пространственной (структурно-уровневой) ригидизации личности, обуславливающей особенности проявления фиксированных форм поведения;

г) о нарушении, в случае фиксированных форм поведения, отношений внутри структуры такого поведения – между высшим акциональным уровнем цели и низшим акциональным уровнем средств. Возможны, главным образом, два варианта таких нарушений, когда фиксированным является средство (средства) и когда фиксированной является цель действия (поведения). В первом случае неадекватное средство (как материальное, так и идеальное) сливается / сращивается с целью, делая акцию неадаптивной, а личность – функционирующей на более низком акциональном уровне. Во втором – неадекватная цель становится самоцелью, сращиваясь со средством, делает акцию тоже неадекватной, а личность – также функционирующей на более низком акциональном уровне.

В практике оказания психологической помощи в разных ее формах нам приходится иметь дело чаще всего с фиксированными формами поведения, где фиксированным оказывается средство. Таковым, например, в клиент-центрированной терапии выступают нереалистичные Я-концепции, которые воспринимаются как средства удовлетво-

рения потребности и источник личностной адекватности и которые содержат много условий и ценностей, возможно, бывших функциональными на одной из стадий, но в настоящее время ставших совершенно бесполезными [19. С. 46, 47]. В гештальт-психологии это те процессы и автоматические привычки, при помощи которых блокируется понимание (Йонтер и Симкин). В транзактном анализе – это «нахождение в коже лягушки», мешающее в достижении выздоровления и развитии принца и принцессы (Берн). В «терапии нового решения», которая объединяет транзактный анализ и гештальт-терапию – это сценарные решения, в плену которых находятся пациенты [1]. В рациональной терапии Глассера [27] – это депрессии, гнев, вина, головные боли у людей, которые недостаточно хорошо понимают свои потребности и то, что они могут выбрать лучший способ их удовлетворения. В психоанализе – это защитные механизмы (Фрейд), в когнитивно-поведенческой терапии – иррациональные когниции (Эллис), неадекватные когнитивные схемы (Бек) и т.д.

Из сказанного следует, что задача оказания психологической помощи состоит в том, чтобы помочь клиенту, пациенту или супервизируемому осознать и разорвать этот замкнутый круг, «слившиеся» цели и средства их достижения и найти другие, адекватные средства достижения поставленной цели или сами цели. В этом суть развиваемой нами теории и практики акциональной психологической помощи (консультирования, терапии и супервизии).

В завершение я хотел бы привести мысль из вступительной статьи к 4-му тому издания «Эволюция психотерапии»: лучший лекарь – это время, однако время лечит, если человек готов сойти со старой разбитой колеи и начать существовать по-новому – пусть лишь в своем внутреннем мире [22]. Задача психологической помощи (консультативной, терапевтической, супервизионной) – помочь ему в этом.

Литература

1. Гулдинг М. Транзактный анализ и терапия нового решения // Эволюция психотерапии. М., 1998. Т. 3. С. 208–224.
2. Гулдинг Р. Групповая психотерапия // Эволюция психотерапии. М., 1998. Т. 3. С. 235–246.
3. Жане П. Неврозы и фиксированные идеи : пер. с франц. СПб., 1903.
4. Залевский Г.В. Фиксированные формы поведения. Иркутск : Восточно-Сибирское изд-во, 1976.
5. Залевский Г.В. Психическая ригидность в норме и патологии. Томск : ТГУ, 1993.
6. Залевский Г.В. Современная бихевиорально-когнитивная психотерапия и консультирование. Томск : ТГУ, 2002, 2006.
7. Залевский Г.В. Теория субъекта и фиксированные формы поведения // Психологический журнал. 2003. Т. 24, № 3. С. 32–36.
8. Залевский Г.В. Личность и фиксированные формы поведения. М. : ИП РАН, 2007.

9. *Залевский Г.В.* Психологическая супервизия. Томск : ТГУ, 2008.
10. *Залевский Г.В.* Фанатизм как основание и характеристика деструкции системы ценностей и духовного нездоровья личности и социальных сообществ // Ценностные основания психологии и психология ценностей. М. : ИП РАН, 2008. С. 314–340.
11. *Залевский Г.В.* Введение в клиническую психологию. М. : Академия, 2010.
12. *Залевский Г.В.* Фиксированные формы поведения на уровне индивидуальных и групповых систем // Г.В. Залевский. Избранные труды. Томск : ТГУ, 2013. Т. 2. С. 5–326.
13. *Залевский Г.В.* Антропос – человек, устремленный ввысь (целостно-ценностная парадигма в контексте антропологической психологии // Медицинская психология в России. 2013. № 1. С. 3–15.
14. *Психотерапевтическая энциклопедия* / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб. : Питер, 1998.
15. *Кочюнас Р.* Основы психологического консультирования. М. : Академический проект, 2000.
16. *Лазарус А.* Эффективная психотерапия: запрет прокрустова ложа и развенчание десяти мифов // Эволюция психотерапии. 1998. Т. 2. С. 352–372.
17. *Роговин М.С.* Основные положения общепсихологической структурно-уровневой теории // Познавательные процессы и личность в норме и патологии. Ярославль : ЯрГУ, 1995. С. 10–12.
18. *Роговин М.С., Залевский Г.В.* Теоретические основания психологического и психопатологического исследования. Томск : Изд-во ТГУ, 1985.
19. *Роджерс К.* Взгляд на психотерапию. Становление человека. М., 1994.
20. *Сатир В.* Как строить себя и свою семью. М., 1992.
21. *Хейли Дж.* Психотерапия как новое явление // Эволюция психотерапии. 1998. Т. 1. С. 57–77.
22. *Эволюция психотерапии* / сост. Л. Кроль : в 4 т. М. : Класс, 1998.
23. *Юнг К.Г.* Аналитическая психология. СПб., 1994.
24. *Bertalanffy L. von* General System Theory. N.Y. : Braziller, 1968.
25. *Blocher D.* On the uses and misuses of the term theory // Journal of Counseling and Development. 1987. P. 67, 68.
26. *Gilliland B.E., James R.K., Bowman J.T.* Theories and strategies in counseling and psychotherapy. 2nd ed. N.Y. : Prentice-Hall, 1989.
27. *Glasser W.* Mental health or mental illness. N.Y. : Harper and Row, 1961.
28. *Hubble M.A., O-Hanlon W.H.* Theory countertransference // Dulwich Centre Newsletter. 1992. No. 1. P. 25–30.
29. *Kanfer F.N., Reinecker H., Schmelzer D.* Selbstmanagement-Therapie. Berlin : Springer-Verlag, 1991.

ЗАЛЕВСКИЙ Генрих Владиславович, член-корреспондент РАО, профессор, доктор психологических наук, профессор кафедры психологии и социальной работы Института социально-гуманитарных технологий и коммуникаций Балтийского федерального университета им. Им. Канта; ведущий сотрудник Томского государственного университета.
E-mail: Usya9@sibmail.com

Кузьмина Юлия Викторовна, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии и социальной работы Института социально-гуманитарных технологий и коммуникаций Балтийского федерального университета им. Канта; ведущий сотрудник Томского государственного университета.
E-mail: Usya9@sibmail.com

FIXED FORMS OF BEHAVIOR IN THE PROCESS OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT (COUNSELING, THERAPY AND SUPERVISION)

Zalevskii Genrikh V., Kuzmina Yulia V. Baltic Federal University after Im. Kant (Kaliningrad, Russian Federation)

E-mail: Ulya9@sibmail.com

Key words: problem; counseling; therapy; supervision; fixed forms of behavior; explanatory models; concepts; theory of change; structural-level approach; actional therapy; clients; patients; supervisands.

Abstract

As evidenced by the practice of providing psychological assistance (advice, treatment, supervision), stakeholders, clients, patients, and supervisands is the professional psychologists-practice (not only beginners, but experienced) find it difficult to formulate the problem as a subject ("target"), which should be given effect in the process of psychological treatment. The difficulty this is due, in the opinion of the author, a different understanding of what is the problem in different directions and schools, as well as the lack of change theory today. It is suggested that, as an integrating and understanding of problems, and change/decision theory fixed behaviors. Understanding of the problem of systematizing the different directions of psychological support, the author comes to putting that in each case, the problem is the target, which is to influence and change the fixed versions are different forms of conduct in which a person expresses its.

Based on one of the suggested author possible explanatory models of the fixed forms of behavior - actional structural-level concept, the author believes that the task of psychological help - counseling, therapy and supervision is a breaking the vicious circle as accrete/merged inadequate means and objectives of different forms of activity of the client and makes them adequate. Inadequate (fiksirognymy) can be a goal as well.

References

1. Gulding M. *Transaktnyy analiz i terapiya novogo resheniya* [Transactional analysis and therapy of new solutions]. In: *Evolutsiya psikhoterapii* [The evolution of psychotherapy]. Translated from English by T.K. Kruglova. Moscow: Klass Publ., 1998, vol. 3, pp. 208-224.
2. Gulding R. *Grupповая psikhoterapiya* [Group psychotherapy]. In: *Evolutsiya psikhoterapii* [The evolution of psychotherapy]. Translated from English by T.K. Kruglova. Moscow: Klass Publ., 1998, vol. 3, pp. 235-246.
3. Janet P. *Nevrozy i fiksirovannye idei* [Neuroses and fixed ideas]. Translated from French. St. Petersburg, 1903.
4. Zalevskiy G.V. *Fiksirovannye formy povedeniya* [Fixed behavior]. Irkutsk: East-Siberian Book Publ., 1976.
5. Zalevskiy G.V. *Psikhicheskaya rigidnost' v norme i patologii* [Mental rigidity in health and disease]. Tomsk: Tomsk State University Publ., 1993.
6. Zalevskiy G.V. *Sovremennaya bikhevioral'no-kognitivnaya psikhoterapiya i konsul'tirovanie* [Modern behavioral and cognitive therapy and the consultancy]. Tomsk: Tomsk State University Publ., 2002/2006.
7. Zalevskiy G.V. *Teoriya sub"ekta i fiksirovannye formy povedeniya* [The theory of the subject and fixed behavior]. *Psikhologicheskii zhurnal*, 2003, vol. 24, no.3, pp. 32-36.
8. Zalevskiy G.V. *Lichnost' i fiksirovannye formy povedeniya* [Personality and fixed behavior]. Moscow: Institute of Psychology RAS Publ., 2007.
9. Zalevskiy G.V. *Psikhologicheskaya superviziya* [Psychological supervision]. Tomsk: Tomsk State University Publ., 2008.

10. Zalevskiy G.V. *Fanatizm kak osnovanie i kharakteristika destruktivnoy sistemy tsennostey i dukhovnogo nezdorov'ya lichnosti i sotsial'nykh soobshchestv* [Fanaticism as the basis and characteristic of degradation of values and spiritual sickness in the individual and social communities]. In: Znakov V.V., Zalevskiy G.V. *Tsennostnye osnovaniya psikhologii i psikhologiya tsennostey* [Axiological fundamentals of psychology and psychology of values]. Moscow: Institute of Psychology RAS Publ., 2008, pp. 314-340.
11. Zalevskiy G.V. *Vvedenie v klinicheskuyu psikhologiyu* [Introduction to clinical psychology]. Moscow: Akademiya Publ., 2010.
12. Zalevskiy G.V. *Izbrannye trudy* [Selected works]. Tomsk: Tomsk State University Publ., 2013, vol. 2, pp. 5-326.
13. Zalevskiy G.V. Antropos – chelovek, ustremlyennyy vvyis' (tselostno-tsennostnaya paradigma v kontekste antropologicheskoy psikhologii) [Anthropos – the man looking upwards (holistically-axiological paradigm in the context of anthropological psychology)]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii*, 2013, no. 1, pp. 3-15.
14. Karvasarskiy B.D. (ed.) *Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya* [The Psychotherapeutic Encyclopedia]. St. Petersburg: Piter Publ., 1998.
15. Kochyunas R. *Osnovy psikhologicheskogo konsul'tirovaniya* [Fundamentals of psychological counseling]. Moscow: Akademicheskii proekt Publ., 2000.
16. Lazarus A. Effektivnaya psikhoterapiya: zapret prokrustova lozha i razvenchanie desyati mifov [The effective psychotherapy: a ban of Procrustean bed and debunking ten myths]. In: *Evolyutsiya psikhoterapii* [The evolution of psychotherapy]. Translated from English by T.K. Kruglova. Moscow: Klass Publ., 1998, vol. 2, pp. 352-372.
17. Rogovin M.S. *Osnovnye polozheniya obshchepsikhologicheskoy strukturno-urovnevoy teorii* [The main provisions of the general psychological theory of structural levels]. In: *Poznavatel'nye protsessy i lichnost' v norme i patologii* [Cognitive processes and personality in health and disease]. Yaroslavl: Yaroslavl State University Publ., 1995, pp. 10-12.
18. Rogovin M.S., Zalevskiy G.V. *Teoreticheskie osnovaniya psikhologicheskogo i psikhopatologicheskogo issledovaniya* [Theoretical foundations of psychological and psychopathological study]. Tomsk: Tomsk State University, 1985.
19. Rogers C. *Vzglyad na psikhoterapiyu. Stanovlenie cheloveka* [On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy]. Moscow: Progress Publ., 1994.
20. Satir V. *Kak stroit' sebya i svoyu sem'yu* [How to build yourself and your family]. Translated from English. Moscow: Pedagogika-Press Publ., 1992.
21. Haley J. *Psikhoterapiya kak novoe yavlenie* [Psychotherapy as a new phenomenon]. In: *Evolyutsiya psikhoterapii* [The evolution of psychotherapy]. Translated from English by T.K. Kruglova. Moscow: Klass Publ., 1998, vol. 1, pp. 57-77.
22. *Evolyutsiya psikhoterapii: v 4 t.* [The evolution of psychotherapy: in 4 vols.]. Translated from English by T.K. Kruglova. Moscow: Klass Publ., 1998.
23. Yung K.G. *Analiticheskaya psikhologiya* [Analytical psychology]. Translated from German. St. Peterburg, 1994.
24. Bertalanffy L. *General System Theory*. New York: Braziller, 1968.
25. Blocher D. On the uses and misuses of the term theory. *Journal of Counseling and Development*, 1987, pp. 67, 68. DOI: 10.1002/j.1556-6676.1987.tb00800.x.
26. Gilliland B.E., James R.K., Bowman J.T. *Theories and strategies in counseling and psychotherapy*. New York: Prentice-Hall, 1989.
27. Glasser W. *Mental health or mental illness*. New York: Harper and Row, 1961.
28. Hubble M.A., O-Hanlon W.H. Theory countertransference. *Dulwich Centre Newsletter*, 1992, no. 1, pp. 25-30.
29. Kanfer F.N., Reinecker H., Schmelzer D. *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer-Verlag, 1991.