

Текст взят с психологического сайта <http://www.myword.ru>

*На данный момент в библиотеке MyWord.ru опубликовано более 2000 книг по психологии.*

*Библиотека постоянно пополняется. Учитесь учиться.*

*Удачи! Да и пребудет с Вами.... :)*

Сайт www.MyWord.ru является помещением библиотеки и, на основании Федерального закона Российской Федерации "Об авторском и смежных правах" (в ред. Федеральных законов от 19.07.1995 N 110-ФЗ, от 20.07.2004 N 72-ФЗ), копирование, сохранение на жестком диске или иной способ сохранения произведений размещенных в данной библиотеке, в архивированном виде, категорически запрещен.

Данный файл взят из открытых источников. Вы обязаны были получить разрешение на скачивание данного файла у правообладателей данного файла или их представителей. И, если вы не сделали этого, Вы несете всю ответственность, согласно действующему законодательству РФ. Администрация сайта не несет никакой ответственности за Ваши действия./

MICHAEL P. NICHOLS  
RICHARD C. SCHWARTZ

FAMILY THERAPY.  
CONCEPTS and METHODS

*Fifth Edition*

ALLYN & BACON  
PEARSON EDUCATION, Inc.

# МАЙКЛ Николе РИЧАРД ШВАРЦ

СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ.  
КОНЦЕПЦИИ и МЕТОДЫ

*5-е международное  
издание*

Москва

ЭКСМО)

2 0 0 4

УДК 615  
ББК53.5  
Н 63

MICHAEL P. NICHOLS, PH.D.  
RICHARD C SCHWARTZ, PH.D.

FAMILY THERAPY. CONCEPTS AND METHODS

Fifth Edition

Allyn & Bacon

Pearson Education, Inc.

Перевод с английского *О. Очкур, А. Шишко*

Под редакцией *Е. Кайдановской и Р. Римской*

Предисловие *С. Минухина*

Оформление и макет художника *А. Бондаренко*

**Николе М., Шварц Р.**

Н 63 Семейная терапия. Концепции и методы/Пер. с англ.  
О. Очкур, А. Шишко. — М.: Изд-во Эксмо, 2004. — 960 с, ил.  
ISBN 5-699-08352-9

Это издание — без сомнения, самый полный учебник по семейной терапии, который предлагает обилие информации, представленной с освежающей ясностью и отсутствием сложной терминологии. В нем представлено исчерпывающее описание всех известных подходов к семейной терапии: от классических до новейших; вся эволюция семейной терапии от ее зарождения до сегодняшних дней. Авторы книги постарались сделать особый акцент на практической стороне каждого подхода, его методах и техниках. Читатель встретится на страницах книги с основателями семейной психологии — Бейтсоном, Аккерманом, Минухиным, Витакером и другими, а также с новыми именами, с теми, кто творит семейную терапию сегодня.

Для психологов, психотерапевтов, социальных работников, студентов и учащихся, преподавателей колледжей и вузов.

УДК 615  
ББК 53.5

© 2001 by Michael Nichols.  
Published by Arrangement with the original publisher,  
Pearson Education, Inc., publishing as ALLYN & BACON,  
a Company

© Оформление. А. Бондаренко, 2004  
© ООО «Издательство «Эксмо», 2004

ISBN 5-699-08352-9

*Посвящается нашим женам  
Мелоди Николе и Нэнси Шварц  
и детям Сэнди и Полу Николе  
и Джесси, Саре и Хали Шварц.*

## Предисловие

В этой книге Майк Николе и Ричард Шварц повествуют нам об истории становления семейной терапии и делают это, нужно отметить, очень неплохо. Трудно представить более информативное и читабельное руководство по этой теме.

Возникшая в конце 50-х, семейная терапия быстро сформировалась благодаря безумию группы конструктивно мыслящих ученых и практиков. Около четырех десятилетий спустя теория и практика представляются сомнительными и неопределенными, что характерно для зрелости. Но вначале, как говорят историки, был Грегори Бейтсон на западном побережье — высокий, чисто выбритый угловатый интеллектual, генератор идей, который видел семью как систему. На восточном побережье был Натан Аккерман — коротышка с окладистой бородой, являющийся воплощением харизматического лекаря, для которого семья была совокупностью индивидов, борющихся за поддержание баланса чувств, иррациональностей и желаний. Бейтсон — человек идей и Аккерман — человек страстей, отлично дополняли друг друга. Это Дон Кихот и Санчо Панса семейной системной революции.

Разнообразие открытий в клинической практике 1960—1970 гг. принесло семейной терапии ряд других ее названий — системная, стратегическая, структурная, боуэновская, эмпирическая, а также выдающуюся солидарность в убеждениях и определении поля деятельности. Пионеры семейной терапии объединились в отвержении психоаналитической теории и единогласно приняли системный подход, но, несмотря на это, их терапевтические техники очень различались.

В середине 70-х, когда семейная терапия успешно развивалась, в сферу ее интересов стали входить самые разнообразные проблемы человека: наркотическая зависимость, госпитализированные психиатрические пациенты, благотворительная помощь неимущим, насилие в семье и т. д. Работа в каждом на-

правлении представляла собой вызов. Практики использовали подобную экспансию семейной терапии как возможность применения новых подходов, некоторые из них шли вразрез с системным.

Вызов системной теории (официальной науки в наше время) принял две формы. Одна была чисто теоретической: оспаривалась идея того, что системный подход является универсальной схемой для изучения организации и функционирования всех человеческих объединений. Главный протест исходил от феминистов, внимание которых привлекло отсутствие в концепции понятий тендера и власти и которые отмечали, как «бесполая теория» провоцирует искажения, если речь идет, например, о насилии в семье. Другая касалась связи теории и практики — возражение выражалось против навязывания системной теории как основной для терапевтической практики. Подвергалась сомнению сама техника, однажды определившая поле. Неизбежно оно вновь скроет специфику и заново откроет для изучения свои старые табу: личность, интрапсихическую жизнь, эмоции, биологию, прошлое и особое место семьи в культуре и обществе.

Как свойственно любой официальной науке, она старается сберечь устоявшиеся концепции, тогда как прагматическое внимание к специфическим случаям требует новых и специфических откликов. В результате сегодня у нас есть официальная семейная терапия, на кровнительство которой претендует Бейтсон, с одной стороны, а с другой — масса замечательных практиков, делающих тонкую и эффективную работу, которая все чаще расходится с понятиями системного подхода. Как следствие — конфликт и спор о центральном понятии семейной терапии.

Сегодня, когда мнение об авторитете и ответственности терапевта далеко не однозначно, первые семейные терапевты воспринимаются как «руководители» — убежденные сторонники изменений с четким пониманием того, как их осуществить. Терапия всегда была объединением усилий, но ответственность за руководство возлагалась на терапевта.

Некоторые школы семейной терапии стремятся оградить семью от назойливости терапевта. Они считают, что слишком навязчивое вмешательство может подавить и разрушить семью. Стартовав в качестве принятой в миланской группе идеи участия с сохранением нейтралитета, эта установка не так давно была возрождена конструктивистами, полагающими, что терапия может быть только диалогом между двумя соконструкторами повествования, которое никоим образом не коренится на проверке

реальности. (Согласно существующей сегодня академической моде, история семейной терапии урезается до прямой линии от Бейтсона до Миланской школы и нарративных конструктивистов, тогда как такие имена, как Аккерман, Боуэн, Божормений-Неги, Флек, Хейли, Лидз, Минухин, Сатир, Витакер, Уинн и др., упускаются из виду.) Акцент современных конструктивистов на языке и смысле, а также их осмотрительность в сдерживании власти терапевта преподносится как радикальное новшество. Но эта забота о невмешательстве терапевта некоторым образом регрессирует к фрейдовской идее о терапевте как о «чистой доске», на которую пациент проецирует свои трансферентные фантазии.

Прикрывающийся тайнами многочисленных статей и книг по современной семейной терапии, подставное лицо, фикция — жаждущий власти терапевт укладывает пациентов на прокрустово ложе собственных пристрастий, подгоняя их до его параметров. Именно ради спасения семей от вторжения такого типа компетентности и создавалось множество новых терапевтических методов. Но приравненная к власти компетентность — ложная математика. Кроме того, контроль вовсе не исчез из семейной терапии после замены «вмешательства» на «сотворчество». Все, что произошло, — влияние терапевта стало подпольным. Производимое незаметно, оно может оставаться неисследованным.

Нарративный конструктивизм — любопытный способ рассмотрения человеческого опыта, если выделять, что и делают нарративисты, единственный важный аспект думающего, чувствующего и действующего существа, каким все мы являемся. Но такой философский взгляд, импортированный неизменным в интервенционистскую кампанию, каковой и является семейная терапия (которая в конце концов существует для того, чтобы избавлять от страданий), рождает сказочное чудовище: терапевта, не осознающего эффекта своих вмешательств, действующего, опираясь на власть, незримую для него. Единственный способ избежать воздействия, подобного удару кувалдой, как полагают сегодня многие, — это вмешательство только в качестве соконструктора повествований. — как будто люди не только подвергаются воздействию, но и не представляют собой ничего, кроме повествований о себе.

Но есть другой способ размышления о семьях и их проблемах — его придерживаются те, кто полагают, что терапия — это поле человеческих транзакций и что терапевт не может не влиять на это поле. Терапевт в этой группе просто хочет быть рядом — находчивый, преданный идее, вмешивающийся и оптимистич-

ный в том, что его участие к семье поможет ее членам разрешить их проблемы. Относя себя к этой группе, я полагаю, что только четкое распознавание мысли терапевта и его пристрастий в том или ином терапевтическом подходе предполагает возможность истинного уважения к уникальности и индивидуальному характеру каждой семьи. Я рассматриваю терапевтический процесс как встречу между различными интерперсональными культурами. Реальное уважение к клиентам и их целостности может позволить терапевту вести себя иначе, нежели страшно осторожничать, может поощрить его быть прямым и аутентичным — вежливым и сочувствующим, но временами и откровенным и испытывающим. Такой терапевт признает, что у членов семьи есть свой опыт и целостность, а также что они проецируют собственные желания и фантазии в сферу терапии, которая затем становится полем сил, где участники тянут друг друга в разных направлениях.

Преимущество этой позиции заключается в том, что терапевт, как хранилище многочисленных «переносов», испытывает различные поведенческие напряжения. Поскольку терапевт — абстрактное «я», личность — испытывает эти напряжения, он реагирует, создавая контексты, в которых члены семьи встречаются с новыми мнениями, что способствует исследованию нового и альтернативных выборов.

Эта идея о терапевте — активном познавателе себя и различных членов семьи очень отличается от образа нейтрального терапевта конструктивистов. Но, конечно, эти два прототипа чрезвычайно упрощены. Большинство практиков располагаются где-то между этими двумя полюсами нейтралитета и убедительности.

Выбор между действием и позицией вмешательства, с одной стороны, и смыслом и диалогом — с другой является только одним из вопросов, на которые поле пытается сегодня ответить; имеется и множество других. Существуют ли полезные модели человеческого характера и функциональных семей или на каждую ситуацию нужно реагировать каждый раз по-новому? Являются ли нормы человеческого поведения и семейные функции универсальными или это созданные культурой продукты политического и идеологического ограничения? Как мы становимся компетентными? Как мы узнаем то, что знаем? Если мы становимся компетентными, не создаем ли мы поля, которые потом сами же и открываем? Можем ли мы влиять на людей? Можем ли мы не влиять на них? Откуда мы знаем, что не являемся просто агентами социального контроля? Откуда нам известно, что мы вообще чего-то добиваемся? Насколько мы правы в том, что



должны ограничить многообразие, навязывая другим способы существования? Действительно ли лучше задавать вопросы, чем утверждать?

Все эти вопросы и богатая история и современная практика семейной терапии великолепно исследуются в этой книге. Это полное и глубокое, беспристрастное и взвешенное руководство к идеям и техникам, которые делают семейную терапию таким захватывающим предприятием. Николе и Шварц сумели быть исчерпывающими, но не утомительными. Возможно, секрет этого — обаятельный стиль их письма или, может быть, то, как они стараются не затеряться в абстрактном, сохраняя чистый фокус на клинической практике. В любом случае эта превосходная книга надолго установила стандарт высокого качества как самое лучшее введение и руководство к практике семейной терапии.

Многое изменилось в поле, и это новое издание вводит читателей в курс дела, описывая новейшие подходы и по-прежнему предлагая пронизательные и взвешенные комментарии. Это издание — без сомнения, полный учебник по семейной терапии — предлагает обилие информации, представленной с освежающей ясностью и отсутствием сложной терминологии. Все это складывается в увлекательную, легко читаемую книгу. Наслаждайтесь ею.

САЛЬВАДОР МИНУХИН,  
д-р медицины

*Бостон, Массачусетс*

# Пролог

Есть одна тема, которая упускается при академическом обсуждении семейной терапии, — ужасное волнение в присутствии несчастливой семьи и страх перед неспособностью им помочь. Вполне понятна такая тревога начинающего семейного терапевта — с какой стороны подойти, когда он далеко не уверен, что знает, как помочь («Как это *всех их* угораздило прийти сюда?»). Ветераны часто изъясняются абстракциями. У них на все есть собственное мнение, и они поднимают на обсуждение глобальные темы — социальный конструктивизм, государственное обеспечение и пр. В то время как существует искушение использовать ситуацию знакомства, чтобы сказать Важные Слова, я все же предпочитаю быть чуть более личным. Работа с неблагополучными семьями доставляет мне глубочайшее удовольствие, и я надеюсь, что подобные переживания испытаете и вы.

В этом пятом издании «Семейной терапии» мы попытались представить сферу семейной терапии как можно полнее — ее богатую историю, классические школы, современное развитие. В него внесено очень много изменений: новые разделы работы с проблемой насилия в паре, коммуникативная семейная терапия, духовность в семейной терапии и другие новейшие описания последних моделей, новые трактовки когнитивно-бихевиорального подхода, расширенный обзор исследовательской литературы. Усовершенствованы главы, посвященные правилам интеграции моделей, повсеместно сделан более обстоятельный и содержательный акцент на клинических техниках.

Чтение о терапии осложняется тем, что приходится разбираться в сленге и политической подоплеке некоторых идей и практик. Поэтому при подготовке данного издания мы много поездили, чтобы посетить и увидеть реальные сессии известных практиков. Результатом стал более утилитарный, клинический фокус. Мы надеемся, что вам это понравится.

Моему развитию в качестве семейного терапевта способствовало так много людей, что всех отблагодарить просто невозможно. Но я счастлив назвать некоторые имена. Спасибо тем, кто обучал меня семейной терапии, — Родни Шапиро, Лиману Уинну, Мюррею Боуэну, Майклу Керру и Сальвадору Минухину. Мирна Фрайдландер проделала необычайную работу по обзору научной литературы (глава 15). Благодарю тебя, Мики.

Мне посчастливилось работать с моим соавтором — Диком Шварцем. Сотрудничать со вторым автором легко — все равно что готовиться к свадьбе. Все, что от вас требуется, — это раскрыть свою душу перед критичным взором другого человека и надеяться на лучшее. Ну, больше чем надеяться, я думаю. Найден некий способ заставить это работать: так или иначе сохранять свое истинное видение, одновременно удерживая в поле внимания взгляд соавтора. Вероятно, уважение и привязанность к Дику, а также что-то еще между нами делают нашу совместную работу возможной.

Были люди, которые оставили свои дела, чтобы помочь нам подготовить это издание: Франк Датилло, Джорж Саймон, Эма Джениджович, Майкл Ла Сала, Джоанна Буза, Ева Липчик, Билл Пинсоф, Кэти Вайнгартен, Вики Диккерсон, Джеф Циммерман, Джим Кейм, Клу Маданес, Джей Хейли и Сальвадор Минухин. Перефразировав сказанное Джоном, Полом, Джорджем и Ринго, *we get by with a lot of help from our friends* -- мы обошлись громадной помощью наших друзей — спасибо каждому из них и всем вместе.

Мы особенно благодарны Джуди Файфер и Сюзанне Мак-Интайр за облегчение тяжелой работы.

В заключение я хотел бы поблагодарить моих учителей по курсу усовершенствования квалификации в семейной жизни: мою жену Мелоди и моих детей — Сэнди и Пола. За короткий тридцатитрехлетний период Мелоди стала свидетельницей моего превращения из робкого молодого человека, совершенно несмышленного в вопросе, что значит быть мужем и отцом, в застенчивого мужчину средних лет, до сих пор недоумевающего и продолжающего свои попытки. Сэнди и Пол никогда не переставали поражать меня. Моя маленькая рыжеволосая девочка (которая может продемонстрировать пресс не хуже, чем у любого игрока сборной по футболу) только что вернулась из Западной Африки после двухлетней службы в Корпусе мира и собирается приступить к аспирантскому образованию. Горжусь ли я ею? Навероятно! А мой сын Пол (знающий не понаслышке, что Такое

мужская сдержанность), кому я, может быть, не всегда показывал всю глубину своей любви, возмужал; он честен с собой, с друзьями, с матерью и со мной. И в своих самых заветных мечтах я бы не смог представить более любимых и вызывающих большее чувство отцовской гордости детей, чем Сэнди и Пол.

МАЙКЛ П. НИКОЛС,  
д-р философии

*Вильямсбург, Виргиния*

Когда я писал эти строки, Джесси, старшая из моих трех дочерей, приехала домой на летние каникулы по окончании первого курса в колледже. Она прекрасно проводит время и, конечно, не заметила душевной боли у нас с женой, которую она вызвала своим отъездом из дома, и того хаоса, который создала теперь, вернувшись. Как семейный терапевт, я не только переживаю волнения от перемен, подобных этой, но также пытаюсь наблюдать за ними (это профессиональный риск, когда мы не можем просто жить своей жизнью). Меня переполняют совершенно смешанные эмоции — это и гордость за ее достижения, и ностальгия по нашим былым взаимоотношениям; уверенность в ее будущем и тревога из-за его неопределенности.

Работа над пятым изданием книги «Семейная терапия: концепции и методы» вызвала во мне сходные чувства. Я испытываю к семейной терапии пылкие отцовские чувства даже в большей мере, чем к своим дочерям. Будучи соавтором этого текста, я пытаюсь рассматривать поле семейной терапии, работая в нем. Каждые три года мы встречаемся с Майком и стремимся понять всю картину в целом, и, как при возвращении Джесси, я испытываю гордость и уверенность, волнение и ностальгию. Я рос вместе с семейной терапией, и это долгая история моей жизни. До нового тысячелетия дожили самые разные области науки, и теперь я понимаю, что, должно быть, чувствовали мои родители в 1960-х, когда твердили мне, что не все установленное в культуре следует отвергать и пересматривать. Тем не менее, вне всякого сомнения, подобно своим родителям, которые давали задний ход тогда, я также озадачен новыми идеями и проживаю авантюры оттого, что преследую их, тогда как продолжаю преследовать себя.

Я готов признаться и в других, подобных родительским, эмоциях. Мне жаль студентов, начинающих изучать семейную терапию. Когда я увлекся полем в ранние 70-е, все было гораздо про-

ще и у студентов было меньше выбора. Существовала пригоршня моделей, и все, что вам нужно было сделать, — выбрать одну из них и поклоняться ей, выдавая себя за ее творца. Поле можно было адекватно освоить за семестр, терапия была так проста, что вы могли работать прямо по книге.

Сейчас так много нюансов, касающихся различных типов семей, так много разных, стремительно развивающихся подходов и взглядов и так мало харизматических лидеров, чтобы использовать авторские или конкретные техники! Начинающие терапевты сталкиваются с этим богатством выбора, и понятно, что вся эта информация пугает. Задача преподавания курса (или написания текста) по семейной терапии крайне усложнилась. Стало невозможно быстро овладеть полем — это приходится растягивать на многие годы.

Тем не менее, в то время как все эти многообразие и изменения усложнили задачу, с которой мы сталкиваемся, это также означает и приветствие новых подходов к обучению. Исчезли необдуманный пыл и шовинизм тех ранних, упрощенных лет, стало больше скромности и открытости как в рамках самого поля, так и по отношению к другим дисциплинам. Семейная терапия стала более сложной, когда мы осознали, что предоставление простых ответов не всегда полезно. Наверное, хорошо, что нам приходится больше работать, чтобы уловить всю сложность человеческого состояния.

Я остаюсь неизменно благодарным Майку Николсу за приглашение для содействия в составлении этого перспективного периодического издания. Кроме того, что я наслаждаюсь нашим сотрудничеством, которое меня всегда очень стимулирует и обогащает, я еще высоко ценю наши отношения и придаю нашей дружбе огромное значение. Это замечательно, что каждые три года мы имеем возможность укреплять ее.

Как и в предыдущих изданиях этой книги, Майкл и я пытаемся не только дать беспристрастное рассмотрение концепций и методов подходов, которые мы открыли, но и открыто обсудить наше мнение о них, без претензий на тотальную объективность. Таким образом, эта книга представляет собой взгляд на семейную терапию, а не ту самую истину о семейной терапии. У меня есть собственные пристрастия (и модель, представленная в главе 13, где эти пристрастия раскрываются), и у Майка они есть. Наше сотрудничество производит бинокулярное видение, что более продуктивно, чем одиночный взгляд.

Как и Майк, я был счастлив учиться у многих учителей, для

перечисления которых потребуется много места на бумаге. Однако я обязан выразить особую благодарность Дату Спренклю, Говарду Лидцлу, Дату Брейнлину, Бэтти Маккун-Каррер, Риму Симону и Мэри Джо Барретт. В заключение хочу поблагодарить мою жену Нэнси вместе с Джесси и других наших дочерей, Сару и Хали, — тех, кому причинял неудобства, — за их поддержку, самопожертвование и советы. Каждый раз, когда я люблюсь ими со стороны, мое сердце наполняется радостью.

РИЧАРД С. ШВАРЦ,  
д-р философии

*Чикаго, Иллинойс*

Авторы и издатели хотели бы выразить свою признательность рецензентам этих текстов всех пяти изданий; их комментарии очень помогли нашей работе: Джерому Адамсу, университет Род-Айленда; Цинтии Болдуин, Невадский университет; Ричарду Джей Бишоффу, университет Сан-Диего; Фэйс Боункуттер, университет Иллинойса, Чикаго; Кэтлин Бриггз, университет штата Оклахома; Филлипу М. Брауну, Туланский университет; Джо Эрону, Катскиллский институт семьи, Кингстон, Нью-Йорк; Роберту-Джею Грину, Калифорнийский институт профессиональной психологии; ЖофFREЮ Л. Грифу, университет Мэриленда; Кларенс Хиббс, университет Пеппердайна; Джиму Келму, Институт семейной терапии, Роквилл; Эдит С. Лоуренс, университет Виргинии, Чарлотесвилль; Говарду А. Лиддлу, Темплский университет; Джейни Лонг, университет Северной Луизианы; Мэрвину М. Меджибоу, Калифорнийский университет, Чико; Кейе Нельсон, Техасский университет; Торану С. Нельсон, университет штата Юта; Биллу О'Хэнллон, Омаха, Небраска, и Оте Л. Райт, Норфолкский университет.

# Часть I

## СОСТОЯНИЕ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ

### Глава первая

## ОСНОВЫ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ

В списке студентов не так уж много информации. Только имя, Холли Роберте, факт, что она учится на последнем курсе колледжа, и характеризующая ее жалоба: «Затруднения в принятии решений».

Первое, что сказала Холли, придя на прием: «Я не уверена, что должна здесь находиться. У вас, вероятно, много пациентов, которые нуждаются в помощи больше, чем я». Потом она начала плакать.

Была весна. Цвели тюльпаны, деревья одевались в зеленую листву, и лилии наполняли воздух благоуханием. Жизнь во всех своих проявлениях проходила мимо нее, а Холли пребывала в мучительной, необъяснимой депрессии.

Решение, в принятии которого затруднялась Холли, касалось того, что она будет делать после выпускных экзаменов. Чем сильнее она старалась это понять, тем меньше могла сосредоточиться. Она начала просыпать и пропускать занятия. В итоге ее соседка по комнате предложила обратиться в службу здоровья. Холли сказала: «Я не пойду. Сама могу справиться со своими проблемами».

Тогда я занимался катарсической терапией. У большинства людей имелись истории, чтобы рассказать их, и слезы, чтобы поплакать. Я думаю, в некоторых историях сгущались краски ради привлечения симпатии и внимания окружающих. Мы, по-видимому, разрешаем себе поплакать только при некоторых особо извиняющих нас обстоятельствах. Мы стыдимся проявления любых человеческих эмоций и чувствуем себя виноватыми, если идем на это.

Я не знал, что стояло за депрессией Холли, но был уверен, что смогу помочь. Я чувствовал себя спокойно рядом с депрессивными людьми. В свое время, когда я заканчивал университет, умер мой друг Алекс, и мне самому пришлось пережить непродолжительную депрессию.

Когда умер Алекс, у меня были летние каникулы, которые в моей памяти окрасились в темный цвет скорби. Я много плакал, и стоило кому-нибудь сказать, что жизнь продолжается, я свирепел. Священник Алекса попытался внушить мне, что его смерть — не самая ужасная трагедия, потому что теперь «Алекс в раю с богом». В ответ я хотел закричать, но вместо этого окаменел. В подавленном настроении я вернулся в колледж и постоянно думал о том, что предал Алекса. Ведь жизнь продолжалась. Я все еще время от времени плакал, но со слезами пришло тягостное открытие. Моя скорбь не только об Алексее. Да, я любил его. Да, я потерял его. Но смерть друга предоставила оправдания тому, что я оплакиваю все свои каждодневные невзгоды. Может, горе всегда приводит к этому? В то время скорбь заставила меня считать себя предателем. Я использовал смерть Алекса для собственного оправдания.

Я задавал себе вопрос: отчего Холли так подавлена? К тому же у нее не было драматической истории. Ее чувства были расфокусированы. После тех первых минут в моем офисе она редко плакала. Если это все же случалось, то больше походило на произвольную утечку, чем на высвобождение через плач. Холли говорила о будущем, но не знала, чем хочет заняться в своей жизни. Она говорила, что у нее нет бойфренда, а сама редко ходила на свидания. Девушка мало рассказывала о своей семье, и, по правде говоря, меня это не слишком интересовало. Я считал, что дом — это место, которое вам приходится покидать ради собственного взросления, чтобы обрести свое «я».

Холли была ранима и нуждалась в поддержке, но что-то заставляло ее отстраняться, будто она не чувствовала себя защищенной и не доверяла мне. Это озадачивало. Я очень хотел ей помочь.

Прошел месяц, депрессия Холли росла. Мы стали встречаться трижды в неделю, но так и не продвинулись никуда. В один из вечеров в пятницу она настолько пала духом, что я побоялся от-



пустить ее в общежитие одну. Я предложил ей прилечь на кушетку в моем офисе и с ее разрешения позвонил ее родителям.

На звонок ответила миссис Роберте. Я сказал ей, что она вместе с мужем должна приехать в Рочестер и встретиться со мной и Холли для обсуждения целесообразности ухода их дочери в лечебный академический отпуск и возвращения домой. Не будучи уверенным, что мой авторитет подействовал, я заставил себя подобрать более жесткие аргументы. Миссис Роберте удивила меня, согласившись приехать немедленно.

Первое, что произвело на меня отталкивающее впечатление от родителей Холли, было несоответствие их возрастов. Лена Роберте выглядела как чуть более старшая версия Холли; ей было не больше тридцати пяти. Ее муж выглядел на все шестьдесят. Это свидетельствовало о том, что он — отчим Холли. Они поженились, когда Холли было шестнадцать.

Я не припомнил, что во время нашей первой встречи с девушкой упоминались данные факты. Оба родителя были озабочены случившимся с дочерью. «Мы сделаем все, что вы посчитаете нужным», — сказала миссис Роберте. Мистер Морган (отчим) пообещал принять меры к тому, чтобы хороший психиатр «помог Холли преодолеть этот кризис». Но Холли заявила, что не хочет возвращаться домой, причем вложила в свои слова столько энергии, что за все время нашего общения подобное было впервые. Это было в субботу. Я решил, что нет необходимости принимать поспешное решение, и мы договорились встретиться еще раз в понедельник.

Когда Холли и ее родители появились в моем офисе в понедельник утром, стало очевидно, что что-то произошло. Глаза миссис Роберте были красными от слез. Холли бросала на нее свирепые взгляды и прятала глаза, ее губы подрагивали, а рот кривился. Мистер Морган обратился прямо ко мне: «Мы были в ссоре в этот уик-энд. Холли оскорбляла меня, а когда я пытался отвечать на это, Лена принимала ее сторону. Это ситуация, которая преследует нас с самого первого дня брака».

Проявилась одна из тех болезненных историй о ревности и обиде, которые трансформируют обычную любовь в горькие, унижительные чувства и очень часто разбивают семью. Миссис Роберте было 34, когда она встретила Тома Моргана. Он был зрелым 54-летним мужчиной. Кроме возраста, еще одним различием между ними были деньги. Он был удачливым биржевым маклером, удалившимся на покой на ферму, где разводил лоша-

дей. Она работала официанткой, чтобы как-то обеспечивать себя и дочь. И для него и для нее это был второй брак.

Лена рассчитывала, что Том восполнит утраченную в жизни Холли ролевую модель и станет для нее источником дисциплины. К несчастью, Лена не смогла принять роли строгого отца, которая была близка Тому и которую он считал нужным претворять в жизнь. Так Том стал неудавшимся отчимом. Он делал ошибки, стараясь расставить все по своим местам, и, когда все аргументы заканчивались, Лена брала сторону дочери. Каждый вечер были крики и слезы. Дважды Холли на несколько дней убежала из дома к друзьям. Создавший треугольник заставлял Тома и Лену бездействовать, но все уладилось, когда Холли уехала в колледж.

Девочка надеялась покинуть дом и больше не вспоминать обо всем этом. Она заведет новых друзей. Она будет вкладывать все силы в учебу и сделает карьеру. Она *никогда* не будет материально зависеть от мужчины. К сожалению, она покинула дом, где еще остались незавершенные дела. Она ненавидела Тома за то, что тот донимал ее, и за то, как он обходился с ее матерью. Он всегда должен был знать, куда та отправляется и с кем и когда она вернется. Стоило ей опоздать хотя бы на чуть-чуть, он устраивал сцену. И почему мать мирится с этим?

Обвинения, касающиеся Тома, были простыми и убедительными. Но Холли терзалась другими чувствами, более скрытыми. Она ненавидела свою мать за то, что та вышла замуж за Тома и тем самым предоставила ему возможность для воспитания дочери. Что в нем так уж привлекло мать? Она что, продалась за большой дом и шикарную машину? У Холли не было ответов на эти вопросы, и она никогда не отважилась позволить стать им осознанными. К сожалению, подавить что-то в себе не означает запереть это в чулан и забыть. Это отнимает часть энергии, направленной на то, чтобы не выпускать нежелательные эмоции наружу.

Холли нашла оправдание, чтобы редко ездить домой во время учебы в колледже. Она больше не чувствует, что это родной дом. Она целиком посвятила себя образованию. Но ярость и горечь подтачивали ее изнутри, постепенно подрывая ее здоровье, пока на последнем курсе она не столкнулась с проблемой неопределенного будущего, и отчаялась, понимая, что не сможет снова вернуться домой. Неудивительно, что она впала в депрессию.

Вся эта история показалась мне печальной. Не зная семейной динамики и не имея опыта жизни во второй семье, я вопро-

шал, почему они просто не могут жить лучше? У них так мало симпатий друг к другу! Почему Холли не признает, что мать имеет право на другую любовь? Почему Том не принимает во внимание приоритет сложившихся между матерью и дочерью отношений? И почему мать Холли не внимает подростковому раздражению дочери без попыток защититься?

Эта сессия с Холли и ее родителями стала моим первым уроком в семейной терапии. Во время терапии члены семьи говорят не об актуальных переживаниях, а вспоминают, и их воспоминания лишь отчасти совпадают с исходными переживаниями. Воспоминания Холли совпадали с воспоминаниями матери совсем немного, а с воспоминаниями отчима и вовсе не совпадали. В бреши между их правдами имелось небольшое пространство для объяснений, но искать их желания не было.

Хотя та встреча и не была чрезвычайно продуктивной, она, несомненно, позволила исследовать проблему Холли. Я больше не считал ее маленькой печальной женщиной — все мы одиноки в этом мире. Конечно, она была ею, но еще она была дочерью, разрывающейся между бегством, и по возможности подальше, из дома, частью которого она себя уже не считала, и боязнью оставить мать наедине с человеком, которому она не доверяла. Я думаю, что именно тогда я и стал семейным психотерапевтом. Сказать, что я немного знаю о семьях и еще меньше осведомлен о техниках, помогающих им прийти к совместному соглашению, — сильно приуменьшить. Но семейная психотерапия — это не только набор новых техник, это совершенно новый подход к пониманию поведения человека, которое, по сути, закладывает-ся и обретает форму в собственном социальном контексте.

## Миф о герое

Мы — культура, которая восхваляет уникальность человека и его стремление к независимости. Историю Холли можно истолковать как драму взросления: борьба отрока, рвущего с детством и провинциальностью, овладевающего взрослостью, перспективами и будущим. Если она проиграет в этой борьбе, мы не откажемся от соблазна заглянуть в душу человека, только что вступившего во взрослость, — несостоявшегося героя.

Хоть неограниченный индивидуализм «героя» и поощряется больше в мужчине, чем в женщине, как культурный идеал он накрывает своей тенью всех нас. Даже если Холли и озабочена род-

ствениками настолько же, насколько собственной независимостью, судить о ней будут согласно распространенному представлению о достижении.

Мы выросли на мифах о героях: Одинокий Рейнджер, Робин Гуд, Прекрасная Принцесса. Повзрослев, мы нашли своих героев в реальной жизни: Элеонор Рузвельт, Мартин Лютер Кинг, Нельсон Мандела. Все эти мужчины и женщины чего-то стоили. Можем ли мы хоть чуть-чуть приблизиться к этим величайшим людям, которые, по-видимому, смогли встать выше обстоятельств.

Поздно, но некоторые из нас все же понимают, что «обстоятельства», над которыми нам хотелось бы подняться, — это часть обычного человеческого состояния — наша неотвратимая связь с семьей. Романтический образ героя основывается на иллюзии, что можно достичь аутентичной личности, будучи гордым, независимым человеком. Мы многое проделываем в одиночестве, включая свои самые героические поступки, но нас определяют и поддерживают человеческие взаимоотношения. Наше желание поклоняться героям отчасти является потребностью оторваться от состояния собственной ничтожности и неуверенности в себе, но, возможно, в равной степени и продуктом воображения жизни, освобожденной от всех этих надоевших взаимоотношений, которые никогда не выстраиваются так, как нам того хочется.

Чаше всего мы думаем о семье в негативном ключе — как о силе, вынуждающей человека быть зависимым и всегда возвращаться, или как о деструктивном элементе в жизни наших пациентов. В семьях наше внимание привлекают ссоры и разногласия. Гармония в семейной жизни — лояльность, терпимость, взаимная поддержка и содействие — часто остается незамеченной, представляется само собой разумеющимся жизненным фоном. Если нам приходится быть героями, то у нас должны быть и негоды.

Много говорится о «дисфункциональных семьях». К сожалению, нам мало того, что в некоторых разговорах родители для нас — «куклы для битья». Мы *страдаем* из-за них; пристрастие матери к алкоголю, жестокость или отстраненность отца — вот причины наших несчастий. Возможно, это шаг вперед от мучительных для нас вины и стыда, но он все равно не приближает нас к пониманию того, что действительно происходит в наших семьях.

Одна из причин, почему мы относим семейные неприятности на счет личных неудач родителей, — то, что среднестатистическому человеку трудно разглядеть былые человеческие характеры в структурных паттернах, которые свели этих людей в се-

мью — систему связанных друг с другом жизней, определяемую строгими, но неписаными правилами.

Люди чувствуют себя подконтрольными и беспомощными не потому, что они жертвы родительских прихотей и уловок, а из-за непонимания, что за сила сводит друг с другом мужей и жен, родителей и детей. Мучимые тревогой и депрессией или просто неприятностями и неопределенностью, некоторые люди обращаются к психотерапевту за помощью и утешением. В процессе они отходят от раздражителей, которые заставили их обратиться к терапии. А главные из всех этих раздражителей — несчастливые отношения с друзьями и любимыми и с семьей. Мы прячем свои расстройства от окружающих. Когда мы уходим в зону безопасных синтетических отношений, то последнее, что нам хотелось бы, — участие в этом нашей семьи. Поэтому, не правда ли, примечателен тот факт, что, когда Фрейд решил изучать темные силы разума, он оставил семью за пределами консультационной комнаты?

## Убежище психотерапии

Психотерапия когда-то была частным мероприятием, ограждающим от давления повседневной реальности. Да, комната для консультирования была лечебным местом, но она в равной степени являлась и убежищем, островком безопасности, лишенным неприятностей этого ужасного мира.

Взрослые, утомленные работой и личной жизнью, неспособные найти комфорт и утешение где-то еще, идут к терапевту в надежде найти утраченные удовлетворение от жизни и ее смысл. Родители, обеспокоенные плохим поведением, робостью или отсутствием достижений у своих детей, отправляют их под чужую опеку. Различными способами психотерапия взяла на себя роль семьи в решении каждодневных проблем. Раньше мы прятались за щитом семьи от жестокости внешнего мира; позже психотерапия снабдила нас приютом от безжалостного мира<sup>1</sup>.

Хотелось бы оказаться в том времени, когда семейной терапии еще не было, и взглянуть на тех, кто настаивал на разделе-

У Кристофера Лэша (Lasch, 1977) описано, как сильно разрушают средние общеобразовательные школы образовательную функцию семьи и как «помогающие профессионалы» присваивают родительские функции.

нии пациента с его семьей, — наивных и упорствующих в своих заблуждениях людей, выразителей закоснелых взглядов на умственное расстройство, благодаря которым психиатрические болезни твердо запечатлевались в головах людей. С учетом того, что клиницисты не работали с целыми семьями вплоть до середины 50-х гг., невольно напрашивается вопрос: «Чего они ждали так долго?» В действительности существуют веские основания для проведения конфиденциальной психотерапии, изолированной от болезненных, изматывающих взаимоотношений.

Два самых влиятельных психотерапевтических подхода XX века — психоанализ Фрейда и клиент-центрированная терапия Роджерса — основаны на предположении, что психологические проблемы произрастают из нездоровых взаимодействий с другими людьми и быстрее всего их можно разрешить путем установления доверительных отношений между терапевтом и пациентом.

Открытия Фрейда обвинили семью сначала в том, что она порождает мотивы для детских соблазнов, а затем в том, что она является агентом репрессий культуры. Если сам ребенок согласно своей природе ориентирован на наслаждение в чистом виде, то семья должна лишать его этого. Такое диалектическое укрощение животных сторон человеческой психики теоретически делает нас пригодными к жизни в обществе. Однако слишком часто подавление бывает чрезмерным: вместо того чтобы научиться сдержанно выражать свои потребности, люди зарывают их глубже, принося в жертву удовольствие, чтобы обезопасить себя. Если люди вырастают немного невротичными — страшющимися собственных естественных инстинктов, — кого еще можно обвинить, кроме их родителей?

Принимая во внимание, что невротический конфликт зарождается в семье, по-видимому, единственное уместное предположение — что лучше избегать влияния семьи, не допускать родственников к лечению, отгородиться от их пагубного влияния стенами психоаналитического кабинета.

Фрейд обнаружил, что чем меньше он раскрывает себя, тем более пациент реагирует на него так, будто на значимую фигуру из его семьи. Поначалу *трансферентные* реакции виделись помехой, но вскоре Фрейд обнаружил, что они обеспечивают бесценную возможность проникнуть в прошлое пациента. Впоследствии анализ переносов (или трансферов) стал краеугольным камнем психоаналитического лечения. Это означает, что, поскольку аналитик интересуется воспоминаниями и фантазиями пациента о его семье, реальное присутствие семьи только внесет неясность

в субъективную правду о прошлом. Фрейд не интересовался настоящей семьей, его интересовала семья в том виде, в каком она запомнилась, надежно сохраненная в бессознательном.

В условиях конфиденциальности терапии Фрейд честно гарантировал пациентам неприкосновенность терапевтических отношений и таким образом максимизировал вероятность того, что пациент воспроизведет для терапевта все свои суждения и заблуждения раннего детства.

Карл Роджерс тоже считал, что психологические проблемы происходят из деструктивных ранних взаимодействий. Роджерс говорил, что каждый из нас рождается с врожденной склонностью к *самоактуализации* — идея, ставшая предпосылкой для всех гуманистических терапевтов. Исходя из собственных замыслов, мы стремимся придерживаться своих основных интересов. Если мы любознательны и умны, мы исследуем и учимся; если у нас сильное тело, мы играем и занимаемся спортом, и, если пребывание с другими приносит нам радость, мы общаемся, любим, привязываемся.

К несчастью, говорит Роджерс, наши здоровые инстинкты к актуализации разрушаются желанием одобрения. Мы учимся делать то, что от нас ждут другие, причем это не всегда может быть хорошо для нас самих. Маленькие мальчики стараются сделать все, чтобы получить одобрение папы, который желает, чтобы сын стал крепче его; маленькие девочки укрощают в себе дух свободы, чтобы соответствовать тому, чего, на их взгляд, хотят родители.

Постепенно этот конфликт между самовыражением и потребностью в одобрении приводит к отторжению и искажению наших внутренних порывов, наши чувства тоже уплощаются. Мы подавляем свое возмущение, сдерживаем недовольство и хороним свою жизнь под огромной кучей ожиданий.

Роджерианская терапия была создана, чтобы помочь пациентам раскрыть свои реальные чувства и подлинные импульсы. Согласно его представлению, терапевт похож на акушерку — пассивный, но поддерживающий. Роджерианские терапевты ничего не *делали* с пациентами, но выражали готовность помочь им открыть, что нужно сделать, прежде всего путем обеспечения *безусловного позитивного внимания*. Терапевт слушает внимательно и сочувственно, выражая понимание, сердечность и уважение. В присутствии такого слушателя пациент постепенно приходит к контакту со своими чувствами и внутренними порывами. Хотя это звучит просто, это уникальные отношения. Попробуйте рассказать кому-то о своей проблеме и посмотрите, как быстро

вас прервут историей из собственной жизни или дадут совет, более подходящий им, чем вам.

Как и психоаналитики, клиент-центрированные терапевты сохраняют абсолютную конфиденциальность в терапевтических отношениях, чтобы избежать любой ситуации, которая разрушила бы реальные чувства пациента из-за желания снискать одобрение. Можно рассчитывать, что только объективный сторонний наблюдатель может обеспечить безусловное принятие, чтобы помочь пациенту заново открыть свое «я». Вот почему членам семьи нет места в работе клиент-центрированного терапевта.

## Семейная терапия в сравнении с индивидуальной

Как вы видели, были и продолжают существовать веские доводы для проведения психотерапии в частном и конфиденциальном порядке. Но хотя индивидуальной психотерапии можно предъявить строгие требования, не менее строгие требования выдвигаются и к семейной терапии.

Индивидуальный и семейный терапевты предлагают каждый свой подход к лечению и способ понимания человеческого поведения. У терапевтических подходов (и в семейном и в индивидуальном) есть свои практические достоинства. Индивидуальный терапевт может сосредоточиться на том, чтобы помогать людям встречаться лицом к лицу с их страхами и учить их быть самими собой. Индивидуальные терапевты всегда понимали важность семейной жизни в формировании личности, но они считали, что ее влияние интернализуется и что интрапсихические динамики становятся доминирующими силами, контролирующими поведение. Поэтому терапия может и должна руководствоваться человеком и его характером. Семейные терапевты, наоборот, полагают, что доминирующие силы нашей жизни находятся в семье. Терапия, основывающаяся на таких положениях, руководствуется изменением организации семьи. Когда изменяется семейная организация, жизнь каждого ее члена тоже меняется соответствующим образом.

Последнее — что изменение семьи несет изменение жизни всех ее членов — очень важно. Семейный терапевт основывается не только на изменении отдельного пациента в контексте, а вызывает изменения во всей семье. Поэтому улучшения могут быть



устойчивыми, поскольку каждый член семьи изменяется и продолжает вызывать синхронные изменения у других.

Почти любые проблемы поддаются и семейной, и индивидуальной терапии. Но определенные проблемы ближе именно семейному подходу, например проблемы с детьми (кому приходится, независимо от того, что происходит на терапии, возвращаться домой под влияние родителей?), недовольство браком или другими близкими отношениями, семейная вражда и симптомы, созревшие в человеке во время основных переходных периодов семьи.

Если проблемы, возникшие в связи с семейными кризисами, заставят терапевта думать в первую очередь о роли семьи, то индивидуальная терапия может быть особенно полезна, когда люди узнают в себе что-то, что они тщетно пытались изменить, и их социальное окружение, по-видимому, стабилизируется. Так, если девушка в свой первый год в колледже пребывает в депрессии, то терапевт может поинтересоваться, может быть, дискомфорт связан с отъездом из дома и с тем, что родители остались наедине друг с другом. Но если та же самая девушка впадает в депрессию на последнем году обучения за долгий период стабильности в своей жизни, мы можем предположить, что ее подход к жизни не продуктивен и это делает ее несчастной. Конфиденциальное исследование ее жизни — подальше от проблемных взаимоотношений — не означает, что она обязательно считает, что может реализовать себя только в изоляции от других людей в ее жизни.

Видение человека как отдельного существа, находящегося под влиянием семьи, соответствует тому, как мы воспринимаем самих себя. Мы признаем влияние близких нам людей — главным образом как обязательство и принуждение, — но тяжело согласиться с тем, что мы прочно увязли в сети взаимоотношений, что мы — часть чего-то большего, чем «я».

## Психология и социальный контекст

Всплеск развития семейной терапии пришелся под конец XX столетия не только из-за ее испытанной клинической эффективности, но и потому, что мы заново открыли взаимосвязанность, характерную обществу. Обычно вопрос — индивидуальная или семейная терапия — связывается с техникой: какой подход работает лучше в отношении данной проблемы? Но выбор также отражает философское понимание человеческой природы. Хотя психотерапия может добиться успеха путем фокусирования либо

на психологии личности, либо на организации семьи, обе перспективы — психологический и социальный контекст — необходимы для полного понимания людей и их проблем.

Семейные терапевты учат нас, что семья — это больше чем коллекция отдельных личностей; это система, органическое целое, части которой функционируют таким образом, что выходят за пределы своих отдельных характеристик. Но даже как члены семейных систем мы не должны переставать быть личностями с собственными сердцем, умом и волей. Хотя невозможно понять людей без объяснения их социальных контекстов, особенно семей, это заблуждение — ограничить поле зрения до поверхности взаимодействий, когда социальное поведение расходится с внутренним опытом.

Работа с системой в целом означает не только внимание ко всем членам семьи, но и персональные аспекты их опыта. Обратите внимание на отца, который сохраняет на губах презрительную улыбку в течение всей беседы о делинквентном поведении его сына. Может быть, его улыбка означает тайное удовлетворение бунтарским поведением мальчика — тем, что боится проявить он сам? Или, например, если муж жалуется, что жена не позволяет ему проводить время с его друзьями. Возможно, жена и в самом деле ограничивает его, но факт, что муж поддается без борьбы, предполагает, что у него самого не все в порядке с проблемой развлечений. Прояснят ли переговоры с женой внутренние страхи этого человека, связанные с самостоятельностью? Вероятно, нет. Если он снимет свои внутренние напряжения, не начнет ли жена вдруг поощрять его выходить из дома и хорошо проводить время? Вряд ли. Это безвыходное положение, как и большинство человеческих проблем, существует в психологии личности и разворачивается в интеракциях. Точка зрения такова: обеспечивая эффективную и устойчивую психологическую помощь, терапевт должен понимать и мотивировать человека и влиять на его интеракции.

## Сила семейной терапии

Семейная терапия родилась в 50-х, выросла в 60-х и достигла своего совершеннолетия в 70-х. За первоначальной волной энтузиазма в лечении всей семьи как единицы последовало постепенное расхождение школ в разных направлениях в поисках правды и рынка услуг.

Когда-нибудь мы вернемся к 1975—1985 гг. — золотому веку семейной терапии. Это был период расцвета большинства привлекательных и жизнеспособных подходов к терапии, время энтузиазма и уверенности. Семейные терапевты могли не совпадать в пристрастиях к техникам, но они разделяли общее чувство оптимизма и единые цели. Усердие и самонадеянность тех энтузиастов вызвали различные потрясения, которые содрогнули это поле. Директивные модели стали отрицаться (и на клинической и на социокультурной почве), и их границы размылись. Сегодня очень немногие семейные терапевты причисляют себя к какой-нибудь одной школе. Даже границы между индивидуальной и семейной терапией теперь размыты, и все больше и больше терапевтов практикуют обе эти формы лечения.

Доминирующим направлением 90-х гг. стал социальный конструктивизм (идея, что наш опыт есть функция способа, которым мы мыслим о нем), нарративная терапия, интегративные подходы и растущий интерес к социальным и политическим проблемам. В следующих главах будут представлены эти и другие тенденции. Здесь же мы просто отметим, что, при чтении о них следует понимать: как и во всех новых тенденциях, у этих, вероятно, тоже есть и плюсы, и минусы.

У семейной терапии есть вдохновляющая идея, которая заключается в том, что, поскольку человеческое поведение по большей части является интерактивным, лучший подход к проблемам людей — помогать им изменять способы их интеракций. В какой мере нововведения 90-х исправили и расширили первоначальный фокус исследований семейной терапии, и как далеко они увели нас от нашей компетентности или возвратили к линейному мышлению?

Действительно ли представление конструктивистов, что мы изобретаем, а не открываем реальность, исправляет позитивистский уклон семейных терапевтов, или оно просто обращает от действия к пониманию? Обеспечивает ли нарративная терапия семью возможностью переписать ее жизнь, или это только модная версия когнитивной поведенческой терапии — когда мысли о проблемах отгоняются прочь с помощью позитивного мышления? Действительно ли интегративные терапевты смешали силы своих составляющих элементов или просто заретушировали свои отличия? И наконец, является ли современный акцент семейной терапии на социальных проблемах, в особенности на сексизме и мультикультурализме, логическим шагом вперед от системы семьи к системам культуры, в которые вживлены семьи, или это

само собой разумеющаяся версия «политики идентичности», ведущей к разделению и непримиримым разногласиям мужчин и женщин, геев и гетеросексуалов, различных расовых и этнических групп?

Вы, наверное, обратили внимание, что эти вопросы представлены с простой позиции «или — или». Как однажды сказал Менкен, самые сложные вопросы производят самые простые ответы — и они, как правило, ошибочны. И хотя сведение проблем к простым полярностям представляет собой несомненное удовольствие, мы убедительно просим вас остановиться и отследить этот импульс. Не будьте поспешны в выводах, что новейший подход самый лучший или что лучше всего старые методы. Не покупайтесь бездумно на все, что вам предлагают харизматические авторы или учителя'. Мы надеемся, что вместо интуитивного принятия или отвержения вы начнете с желания понять, в чем ценность моделей и методов, представленных в этой книге, а затем рассмотрите их недостатки. Мы постараемся представить материал в том виде, в котором вам будет проще сделать собственные заключения.

## Современные культурные влияния

Сегодня в странах с развитой промышленностью, кроме Южной Африки, не имеющей национального здравоохранения, форму клинической практики диктуют частные страховые компании и их филиалы по управляемой медицине. Решения, которые раньше принимались пациентами и их терапевтами, стали прерогативой компаний по управляемой медицине, нанимаемых для сдерживания страховых расходов путем ограничения обслуживания. В результате лечение зачастую ограничивается кризисным вмешательством. Терапевт, который ходатайствует о том, чтобы превысить санкционированные десять терапевтических сессий, обычно инициирует собственные проверки, требующие огромного объема бумажной работы и телефонных звонков, расходы на которые в среднем доходят до 800 долларов США (что зачастую превышает стоимость самой терапии). В дополнение к

Если развивать эту мысль дальше, то логично было бы сказать, что не следует некритично принимать взгляды, выраженные в книге. Однако это будет ошибочным. Вы можете поверить нам безоговорочно. Доверьтесь нам.

мелкоадминистративным повседневным решениям управляемая медицина приводит к нарушению конфиденциальности пациента. Ситуация, когда руководитель узнает о здоровье своего подчиненного, больше не является необычной, и совсем не редкость, когда такая информация приводит к пагубным последствиям в жизни последнего. Терапевты, не привыкшие к бесцеремонному бюрократическому вторжению в то, что обычно обсуждается в частном порядке, и вынужденные заниматься обязательной рекламой, отвечают нарушением правил и раздражением. Некоторые даже уходят в отставку.

Как справедливо для большинства изменений, управляемая медицина больше всего ударяет по терапевтам, привыкшим работать по старинке. С другой стороны, терапевты, начавшие практиковать в XXI веке, вооружены лучше, чтобы иметь дело с реалиями рынка. И хотя многие компании по управляемой медицине одинаково осложняют жизнь и терапевтам и пациентам, некоторые из них прибегают к разумному подходу, предъявляя требования лишь к ответственности. Семейные терапевты апеллируют к представителям этих последних, потому что терапия семьи, как правило, короче индивидуальной и, как теперь понимают страховые представители, лечение всей семьи сразу рентабельнее, чем расходы на раздельную индивидуальную терапию. В итоге семейный терапевт всегда осознает желательность работы, направленной на конкретные практические изменения, чтобы помочь семье встать на ноги и вернуться к нормальной жизни.

Вторая великая революция в современной истории семейной терапии есть продукт постмодернистского скептицизма. Поле больше не делится на конкурирующие лагеря — каждый со своим видением Истины. Вместо этого происходит его усовершенствование за счет взаимообогащения идеями и интеграции моделей лечения.

Сходным образом в 90-х гг. XX века семейные терапевты научились приспосабливать свои подходы к соответствующим клиентам. Конечно, терапевты всегда претендовали на рассмотрение уникальности своих клиентов. Но до недавнего времени они были склонны подгонять пациентов под прокрустово ложе пуристических моделей. Если клиника, занимающаяся преступниками с наркотической зависимостью, привлекала для консультации, скажем, структурного или боуэновского терапевта, то последний скорее всего пытался удовлетвориться своим стандартным подходом: собирал семью и смотрел, кто кому и что сделал. Если это не срабатывало, было принято думать, что у семьи отсутствует

мотивация или это плохой кандидат для терапии. В конце концов, в клинике полно подходящих случаев для рассмотрения. Однако сейчас терапевты пытаются преодолеть потребность заранее планировать подход; они стремятся работать с различными, ранее пренебрегаемыми, тяжелыми случаями, включая шизофрению, депрессию, наркотическую зависимость, преступность, воспитание в чужой семье, поведенческая медицина, пограничные личностные расстройства, сексуальные извращения, насилие в семье и множество других неприятных, реально существующих проблем. Один подход на все случаи жизни остался в прошлом.

## Линейное и циклическое мышление

Динамическая группа креативных мыслителей, которые изобрели семейную терапию, задала важнейший сдвиг от линейного к рекурсивному мышлению о человеческих событиях. Душевные расстройства традиционно объяснялись прямолинейно как медициной, так и психоанализом. Обе парадигмы трактуют эмоциональный дистресс как симптом внутренней душевной дисфункции с исторической причиной. Медицинская модель предполагает, что кластеризация симптомов в синдромы позволяет привести к биологическому разрешению психологических проблем. Согласно представлениям психоанализа, симптомы возникают из конфликта, который происходит из прошлого пациента. В обеих моделях лечение фокусируется на человеке.

Линейные объяснения представляют формулу «А есть причина Б». Рекурсивные или круговые объяснения принимают во внимание взаимные интеракции и влияния. Мы используем в мышлении линейную каузальность, и в некоторых ситуациях этот способ срабатывает отлично. Если вы ведете машину, которая внезапно чихает и останавливается, вам нетрудно сделать простое предположение о причине: может быть, у вас кончился бензин? Если это так, то решение на поверхности: надо пройтись до ближайшей заправки и попросить там взаймы контейнер с бензином, чтобы дотащить его до машины. Но человеческое несчастье гораздо сложнее.

Когда взаимоотношения разлаживаются, большинство людей щедро списывают это на других. «Причина, по которой мы несчастливы, в том, что *он* не делится со мной своими пережива-

ниями». «Наша интимная жизнь испорчена, потому что *она* фригидна». Поскольку мы рассматриваем мир с позиции собственных интересов, мы видим вклад других людей в наши проблемы более четко. Обвинения вполне естественны. Ошибка одностороннего влияния искушает и терапевта, особенно если он слышит только одну сторону. Но если он понимает, что взаимность — это регулирующий принцип отношений, то может помочь людям распрощаться с мышлением с позиции злодея и жертвы.

Рассмотрим, к примеру, как отец объясняет поведение своего сына-подростка:

Отец: «Мой сын дерзок и непослушен».

Терапевт: «Кто научил его этому?»

Вместо того чтобы принять отцовский взгляд на ситуацию, что он — жертва злодейства сына, терапевт провокационным вопросом предлагает ему рассмотреть ее по схеме взаимного воздействия. Задача не в том, чтобы сместить обвинение с одного человека на другого, а в том, чтобы отказаться от взаимного обвинения. Пока отец видит ситуацию как проблему поведения мальчика, сам он почти не меняется, но надеется, что изменится сын. (Ждать от других изменений все равно что планировать свое будущее в надежде на выигрыш в лотерею.) Научение циклическому мышлению вместо линейного дает отцу возможность увидеть ту часть уравнения, над которой он может поработать. Может быть, если он выкажет сыну большее уважение или снимет некоторые ограничения, мальчик станет менее дерзким? А поскольку паттерны влияния зачастую подразумевают треугольники, он может открыть, что вызывающее поведение сына скрыто подпитывается невыраженным раздражением его жены.

Хотя понять семейную терапию, не разбираясь в ее интеллектуальном обосновании, невозможно, она все-таки остается клиническим мероприятием. Эта книга исследует историческое, культурное и интеллектуальное развитие, которое сформировало поле семейной терапии, но особое внимание уделяется клиническим аспектам — борьбе семьи с неблагоприятной обстановкой и попыткам терапевта помочь ей.

Сила семейной терапии черпается от мужчин и женщин, родителей и детей, собравшихся вместе, чтобы трансформировать свои интеракции. Вместо того чтобы отделять людей от эмоциональных корней их конфликта, проблемы переадресуются к их первоисточнику.

Почему человеку настолько затруднительно увидеть собственное участие в проблемах, которые ему так досаждают? Боль-

шинству людей очень трудно разглядеть те паттерны, которые связывают их вместе, пока их взгляд четко фиксируется на действиях их непокорных партнеров. Часть работы семейных терапевтов — дать людям импульс для пробуждения. Когда муж жалуется, что жена ворчит на него, и терапевт спрашивает, каков его вклад в ее действия, он бросает мужу вызов, чтобы тот разглядел этот маленький дефис в словосочетании он-она — продукт их интеракций.

Когда Боб и Ширли обратились за помощью в связи с проблемами в супружеской жизни, она жаловалась на то, что он никогда не делится своими переживаниями, а он — что она вечно его критикует. Это классический обмен жалобами, за который пара цепляется, пока никто из супругов не видит взаимных паттернов, провоцирующих каждого именно на то поведение, которое ни один из них не в силах прекратить. Поэтому терапевт спрашивает у Боба: «Если бы вы были лягушкой, а Ширли превратила бы вас в принца, каким бы вы стали?» Если Боб парирует, заявляя, что больше не разговаривает с ней, потому что она слишком критична, для пары это выглядит как прежний аргумент. Но терапевт понимает это как начало изменений — Боб начал выражать свое мнение. Один из способов открыть ригидные семьи для изменений — поддержать обвиняемую сторону и помочь ей вовлечься в столкновение.

Когда Ширли раскритиковала Боба за его жалобу, он попытался отступить, но терапевт сказал: «Нет, продолжайте. Вы все еще лягушка».

Боб попытался сместить ответственность обратно на Ширли: «Не должна ли она меня сначала поцеловать?» Но терапевт оставался непреклонным: «Нет, только в реальной жизни, которая наступит в послесловии. Ты должен заслужить это».

Лев Толстой начинает «Анну Каренину» со слов: «Все счастливые семьи похожи друг на друга, каждая несчастливая семья несчастлива по-своему». Каждая несчастливая семья может быть несчастлива по-своему, но все они спотыкаются на одних и тех же испытаниях, которые готовит им семейная жизнь. Не секрет, что это за испытания: умение жить вместе, обращение с трудными родственниками, присмотр за детьми, сосуществование с подростками, — но ни одна семья не понимает, что относительно небольшое число динамик, однажды осознанные, разъясняют



эти испытания и позволяют им успешно пройти сквозь предсказуемые дилеммы жизни. Как и все врачи, семейные терапевты иногда имеют дело со странными и ставящими в тупик случаями, но их работа по большей части связана с обычными людьми, получающими от жизни болезненные уроки. Их истории, а также истории мужчин и женщин, семейных терапевтов, взявших на себя обязательство помочь им, составляют тему этой книги.

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЧТЕНИЮ

Nichols M.P. 1987. *The self in the system*. New York: Brunner/Mazel.

Nichols M.P. 1999. *Inside family therapy*. Boston: Allyn & Bacon.

## ССЫЛКИ

Lasch C. 1974, *The culter of narcissism*. New York: Norton.

Minuchin S. *Families and family therapy*. Cambridge, MA. Harvard University Press.

Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G. and Prata G. 1978. *Paradox and counterparadox*. New York: Jason Aronson.

Вацлавик П., Бивин Дж. и Джексон, Д. 2000. Прагматика человеческих коммуникаций. Москва, Эксмо-Пресс.

## Глава вторая

# ЭВОЛЮЦИЯ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ

Мы собирались назвать этот раздел «Рождение семейной терапии» — подходящая метафора, если принять во внимание чувства отцов-основателей семейной терапии, сродни той невероятной гордости, какую впервые испытывают родители за чудо собственного творения. Но понятие «эволюция» пригоднее всего. На это есть две причины. Первая: хотя семейная терапия появилась сравнительно недавно (примерно в 1956 г.), поле имеет длинную историю. Первые семейные терапевты законно гордились революционным скачком, который стал возможен благодаря клиническому приложению кибернетической и системной теорий. Но, как вы заметили, эти и многие другие концепции, так

дорого ценимые семейной терапией, были заимствованы из других областей.

Другая причина предпочтения термина «эволюция» заключается в его подоплеке, означающей, что, тогда как во время своего возникновения некоторые явления адаптируются, при изменении окружающей среды они теряют свою функциональность. Возьмем, к примеру, агрессивность. Жестокость рода человеческого, несомненно, больше подходит к охоте на бизонов и борьбе за территорию, чем к нашей жизни в тесном пространстве квартир. То же касается и семейной терапии. При исследовании корней поля и ранних наработок обратите внимание на идеи, годные в прошлом, но бесполезные на первый взгляд сейчас, напоминающие эволюционные заблуждения или фальстарты. Однако одновременно вы можете открыть, что некоторые идеи, считающиеся ныне устаревшими, могут быть стоящими.

В этом разделе мы рассмотрели доопытные и ранние годы семейной терапии. Есть две увлекательные истории о тех днях, одна — о персоналиях, другая — об идеях. Вы прочитаете о пионерах, иконоборцах и великих авторах, которые так или иначе разбили шаблоны видения жизни и ее проблем, как функционирование индивидов и индивидуальная психология. Не сомневайтесь: сдвиг с индивидуальной на системную перспективу является революционным и обеспечивает тех, кто осознает это, действительно сильным инструментом для понимания и решения человеческих проблем.

Некоторые из ведущих светил системной революции и поныне заслуженно знамениты, чей гений и отвага сохранены и переданы в их рукописях и через их последователей. Имена Грегори Бейтсона, Джея Хейли и Сальвадора Минухина многие из вас слышат не впервые, но есть и другие значимые фигуры в эволюции семейной терапии, которыми по той или иной причине пренебрегли. Среди этих блистательных клиницистов — Натан Аккерман и Вирджиния Сатир, чей вклад не получил достойного признания, поскольку их труды никогда по-настоящему не передавали квинтэссенцию их мастерства. Или Дон Джексон и Джон Е. Белл, два самых вдумчивых пионера нашего движения, чьи прекрасные работы редко читаются в наши дни! Почему? Просто потому, что даты их публикаций не означены последними годами?

Вторая история эволюции семейной терапии — история идей. Неугомонная любознательность ведущих семейных терапевтов привела их к изобретению новых путей для концептуализации

радостей и горестей семейной жизни. Но действительно ли необходимо изучать историю этих идей? Не лучше ли рассматривать эти понятия в свете современных теорий? К сожалению, нет. Семейных терапевтов ругают и благословляют за интеллектуальные новшества, которые приводят не только к выдающимся инновациям, но и к увлечению невразумительным и абстрактным и к пренебрежению некоторыми самыми практичными идеями семейной системной теории.

Читая эту историю семейной терапии, у вас может появиться желание рассмотреть утерянное наравне с приобретенным. Возможно, вы решите, что кое-кто, подобно Дону Джексону, Вирджинии Сатир или Натану Аккерману, представляют некую ценность, чтобы возродить их и изучить более пристально. Вы также можете открыть, что системная теория — это более богатое и сложное явление, чем могла бы предложить современная практика, или что, в конце концов, кибернетическую метафору пока рано сдавать в утиль.

Мы постарались сделать все возможное, чтобы рассказать вам историю семейной терапии достаточно последовательно, чтобы вы увидели, как поле стало таким, каково оно сегодня, а также достаточно подробно, чтобы вы открыли для себя некоторые важные моменты, которые ни в коем случае нельзя упускать из виду. Поскольку истории инноваторов и их инноваций неразделимо переплетены друг с другом, мы проследим за судьбой наиболее важных идей и практик, оставив на последующие главы рассмотрение их самых важных и современных последствий.

Читая эту историю, оставайтесь открытыми для сомнений и будьте готовы перепроверить простые допущения, включая очевидное, что семейная терапия началась с великодушной попытки поддержать институт семьи. Истина такова, что сначала семейные терапевты столкнулись с семейной системой как с серьезным сильным противником.

## Необъявленная война

Хотя мы и склонны считать, что психиатрические лечебницы — это места насильственного заключения, изначально они строились для спасения умалишенных от гонений их родственников, от жизни под замком где-то на задворках семьи. В соответствии с этим, кроме как для целей взять на себя ответствен-

ность, госпитальные психиатры еще долгое время держали семью на расстоянии вытянутой руки. Клиницисты XX века понимали роль семьи в порождении психиатрических проблем, но считали, что ее исключение из лечения необходимо для ослабления ее разрушительного влияния. Однако в 50-х гг. два сбивающих с толку события заставили терапевтов признать силу семьи, воздействующую на курс терапии.

Терапевты стали замечать, что зачастую, когда пациент шел на поправку, кому-то в семье становилось хуже, — будто семье необходим симптоматийный член. Это как при игре в прятки — неважно, кто прячется; пока кто-то играет эту роль, игра может продолжаться. Однажды Дон Джексон (Jekson, 1954) лечил женщину с трудноизлечимой депрессией. Когда ей наконец стало лучше, ее муж стал жаловаться, что его состояние ухудшается. Ей становилось все лучше, а муж потерял работу. В конце концов, когда она окончательно выздоровела, муж покончил жизнь самоубийством. Очевидно, стабильность этого человека проистекала из болезни его жены.

В другом случае Джексона муж настоял на лечении жены от «фригидности». Когда после нескольких месяцев терапии ее сексуальная чуткость повысилась, он стал импотентом.

Другим странным аспектом сдвига расстройства было то, что пациентам очень часто в госпитале становилось лучше, а по возвращении домой — хуже. Вот еще один пример необыкновенной истории Эдипа. Сальвадор Минухин лечил молодого человека, неоднократно попадавшего в клинику из-за попыток выцарапать себе глаза. Этот человек в клинике Белльвью вел себя нормально, но стоило ему вернуться домой, как он вновь начинал себя калечить. Казалось, что он мог быть нормальным только в безумном мире.

Оказалось, что молодой человек чрезвычайно близок со своей матерью — связь, образовавшаяся и окрепшая в течение семи лет загадочного отсутствия его отца. Последний, будучи заядлым игроком, исчез сразу же после того, как его объявили банкротом. Ходили слухи, что его похитила мафия. Когда отец так же загадочно вернулся, сын стал предпринимать эти странные попытки покалечить себя. Возможно, он хотел ослепнуть, чтобы не видеть собственную одержимость матерью и ненависть к отцу.

Но эта семья не была ни античной, ни древнегреческой, а Минухин оказался прагматичнее поэта, столкнувшись с этим случаем основательной спутанности. Он поощрил отца к тому,

чтобы тот защитил сына, начав работать непосредственно с женой и тем самым оспорив мужское унижающее к ней отношение, которое заставляло ее испытывать огромную потребность в сыновьей близости и протекции. Терапия бросила вызов структуре семьи, а в Белльвью была проделана работа с психиатрическим персоналом, облегчившим молодому человеку возврат в семью, в неприятную обстановку.

Минухин без обвиняков сказал отцу: «Ваши действия, как отца ребенка, попавшего в беду, недостаточны».

«А что я должен делать?» — спросил мужчина.

«Я не знаю, — отвечал Минухин. — Спросите своего сына».

И тогда впервые за много лет отец и сын начали разговаривать друг с другом. А когда они выговорились и темы для обсуждений были исчерпаны, д-р Минухин сказал обоим родителям: «Он в такой странной манере говорит вам, что предпочитает, чтобы с ним обращались как с маленьким ребенком. В клинике ему было двадцать три года. Теперь, когда он вернулся домой, ему стало шесть».

Этот случай ярко показал, как иногда родители используют своих детей — давая им ощущение мишени или используя в качестве буфера, защищающего их от интимной жизни, в которой они не могут разобраться, — и как некоторые дети принимают эту роль.

Этот и другие подобные случаи демонстрируют, что семьи как-то по-особому склеены — они растягиваются, но не рвутся. Некоторые открыто обвиняют семью в недоброжелательности, и все же существует возмутительное скрытое неодобрение благодаря этому наблюдению. Официальная история семейной терапии — это история отношения к институту семьи, но, возможно, никто из нас так до конца и не разделался с юношеской идеей, что семья — это враг свободы. И поэтому, если не принимать во внимание риторику терапевтов, они часто обращаются к чувству миссионеров, помогающим невинным жертвам вырваться из тисков их семей.

Улучшение пациента не всегда воздействует на семью негативно. Фишер и Менделл (Fisher & Mendell, 1958) сообщили о распространении позитивных изменений от пациентов на других членов семьи. Однако вопрос не в том, какое влияние оказывают друг на друга семья и пациент — благотворное или пагубное, а в том, что изменения в одном человеке изменяют систему.

Обоснованность этих наблюдений была впервые подтверж-

дена в исследовании, проведенном Маудслейским госпиталем, группа пациентов которого — больные шизофренией — была выписана с тем, чтобы пожить с родителями или супругами. Эту группу сравнили с другой, которая состояла из пациентов, живших в одиночестве. Значительно более частые рецидивы наблюдались у членов первой группы (Brown, 1959). По крайней мере в этой выборке разрушительное влияние семейной жизни, превышающее любые позитивные воздействия семьи, подтвердилось. Предположение, что семейные посещения будто бы беспокоят психиатрических пациентов, настолько широко распространено, что и по сей день многие больницы не допускают для посещения представителей семьи, по крайней мере в начальный период госпитализации больного.

Близорукость изоляции пациентов от их семей в психиатрических больницах была недавно обоснована в «Госпитализированных умалишенных». Через описание четверых душевно больных молодых людей Джоэл Илайцур и Сальвадор Минухин (Elizur & Minuchin, 1989) исследовали последствия присвоения людям ярлыков «больных» и обращение с ними как с таковыми — «метод терапии, основывающийся на изоляции и насильственном контакте с безумным миром», — вместо поддержки семей в оказании ими самостоятельной помощи. В одном случае шестнадцатилетний мальчик трагичным образом превратился в хронического душевнобольного пациента, пройдя через ряд хаотичных ситуаций, связанных с госпитализацией. «Хотя он мог компетентно действовать разными способами, диагноз сумасшедшего установил неизменную реальность, которая перечеркнула перспективы, ограничив его жизнь так, что исполнились самые ужасные ожидания» (с. 61).

Сегодня, спустя 40 лет после появления семейной терапии, большинство психиатрических больниц все еще отделяет пациентов от их семей. Правда, некоторые лечебницы предлагают короткие семейные кризисные консультации, а некоторые пациенты (женщины, подвергавшиеся побоям, дети, пережившие сексуальное насилие) все же нуждаются в убежище от пагубного влияния своих семей. Но в значительном большинстве клиник упор на то, чтобы стабилизировать пациентов в лечении и вернуть их как можно быстрее в общество, означает, что пациенты выписываются в ту же самую хаотичную среду, которая ускоряет госпитализацию в прежнее место.

## Динамики малой группы

Те, кто впервые добивается понимания семьи и работы с ней, найдут готовые параллели с малой группой. Групповая динамика уместна в семейной терапии, потому что групповая жизнь — это комплексный набор отдельных личностей и суперординатных приоритетов группы.

С 1920 г. социологи начали изучать естественные группы в обществе в надежде научиться решать политические проблемы путем понимания социальных интеракций в организованных группах. В 1920 г. пионер социальной психологии Уильям Мак-Даугал опубликовал книгу «Групповой разум», в которой описал, как групповая целостность отчасти зависит от существования значимой идеи в умах ее членов, отчасти от потребности в ограничении и структуре, в которой происходят дифференциация и специализация функций, и отчасти от весомости обычаев и привычек, так что связи между членами можно зафиксировать и определить. Курт Левин в 1940 г. ввел более научный и эмпирический подход к групповой динамике, его *теория поля* (Lewin, 1951) вдохновила целое поколение исследователей, промышленных психологов, групповых терапевтов и социальных работников.

Опираясь на теорию восприятия гештальтпсихологической школы, Левин разработал представление о том, что группа — это больше, чем сумма ее частей. Это трансцендентальное свойство группы оказалось очевидно релевантным для семейных терапевтов, которым приходилось работать не только с индивидами, но и семейными системами, и с их известным сопротивлением изменениям.

Другим, открытием Левина стало то, что дискуссия есть лучший способ вызвать изменения идей и поведения, чем индивидуальные инструкции или нотации. Это открытие означает, что объединенные семейные встречи могут быть более эффективными, чем встреча с каждым по отдельности. К примеру, попытка научить одну жену быть более уверенной, по-видимому, не так эффективна, чем работа с ней и с ее супругом. При встрече с обоими терапевт может помочь жене справиться с контрреакциями на мужа, а его заставить в большей мере осознавать собственное пренебрежение и неспособность обращаться к другому на равных (что актуально и для нее).

Объясняя, что такое *квазистационарное социальное равновесие*, Левин отмечал, что для появления изменений в групповом поведении необходимы «разморозка» и «перезаморозка». Только

после того как что-нибудь встряхнет привычные убеждения группы, ее члены будут готовы к принятию изменений. В индивидуальной терапии процессы разморозки инициируются тревожным опытом, который приводит человека к поиску помощи. Если он принимает статус пациента и встречается с терапевтом, значит, он готов к «размораживанию» своих старых привычек. Когда семьи обращаются к терапии, это совсем другое дело.

Члены многих семей не настолько выбиты из колеи симптоматическими родственниками, чтобы быть готовыми изменить собственный образ жизни. Более того, семья приводит с собой, кроме этого члена, первичную референтную группу вместе со всеми ее традициями, особенностями, привычками. В соответствии с этим требуется очень много сил для разморозки, или встряски, семьи, прежде чем появится возможность для терапевтических изменений. У каждого терапевта свои стратегии разморозки: у Минухина это содействие кризису во время семейной встречи за ланчем, у Джея Хейли — умышленное суровое испытание, а у Пегги Пэпп — семейная хореография. Необходимость разморозки предвещала громадный интерес первых семейных терапевтов к разрушающемуся семейному *гомеостазу* — понятие, которое доминировало в семейной терапии десятилетиями.

Уилфрид Бион, еще одна важная фигура в изучении и исследовании групповых динамик, придавал особое значение группе как единому целому с ее собственными динамиками и структурой. Согласно Биону (Bion, 1948), большинство групп начинают отклоняться от поставленных задач посредством паттернов *борьба-бегство*, *зависимость* или *разделение по парам*. «Базовые положения» Биона легко экстраполируются в семейную терапию: некоторые семьи настолько боятся конфликта, что обходят спорные вопросы подобно кошке, кружащей вокруг змеи. Другие используют терапию, чтобы выплеснуть свое раздражение, предпочитая бороться до последнего, чем найти какой-нибудь более или менее новый компромисс. Зависимость выдает себя за терапию, когда чрезмерно активный терапевт разрушает семейную автономию во имя решения проблемы. Разделение по парам заметно в семьях, когда один родитель негласно сговаривается с детьми издеваться и подрывать авторитет другого родителя.

Уорен Беннис (Bennis, 1964), ученик Левина, описывает групповое развитие как прохождение через серию стандартных фаз — идея, взятая на вооружение семейными терапевтами, которые планируют терапию по стадиям, а в последнее время согласно представлению о предсказуемых изменениях по мере



прохождения семьи через жизненный цикл. Концепция Бенниса о взаимозависимости как центральной проблеме в жизни группы предшествовала сходным представлениям среди семейных терапевтов, включая описание Минухиным затруднительного положения и выхода из него и идею Боуэна о слиянии и дифференциации.

Разграничение *процесса* и *содержания* в групповых динамиках сходным образом оказало громадное влияние на терапию семьи. Опытные терапевты учат обращать столько же внимания тому, *как* говорят семьи, сколько содержанию диалога. Например, мать может говорить дочери, что та не должна играть с куклами Барби, потому что не нужно стремиться к имиджу «сладенькой красотки». *Содержание* ее сообщения таково: «Уважай себя как личность, а не как украшение». Но если мать выражает свою точку зрения, критикуя или отвергая чувства дочери, то *процесс* ее сообщения уже будет таким: «Твои чувства не в счет».

К сожалению, содержание некоторых дискуссий настолько непреодолимо, что терапевт отвлекается от значимости процесса. Предположим, например, что терапевт приглашает мальчика-тинейджера обсудить с матерью его желание бросить школу. Ребенок, скажем, что-то невнятно говорит о тупости школы, а мать реагирует на это убедительным доводом о необходимости образования. Терапевт, увлекшись позицией матери и поддерживая ее в ней, может сильно ошибиться. В отношении содержания она, вероятно, и права — диплом об окончании средней школы всегда кстати. Но в этот момент, наверное, важнее помочь мальчику научиться высказываться, а матери — научиться слушать.

Рольевая теория, рассматриваемая в литературе по психоанализу и групповым динамикам, чрезвычайно важна для изучения семей. Считается, что распределение ролей необходимо для того, чтобы привнести размеренность в сложную социальную ситуацию. Согласно ролевому анализу, множественные ролевые и множественные групповые принадлежности есть ключ к пониманию индивидуальных мотивов. Мы часто описываем членов семьи с точки зрения единственной роли (жена или муж), а нам следует помнить еще и о том, что жена может быть матерью, другом, дочерью и профессионалом. Важны даже те роли, которые сегодня не исполняются, но возможны. Мать-одиночка — потенциальный друг и любовница. Ее пренебрежение этими ролями может испортить ей жизнь и заставить ее опекать детей. Когда члены несчастливых семей застревают в нескольких жестко закрепленных ролях, они развивают интерперсональный арт-

рит — болезнь, которая приводит к семейной ригидности и атрофии неиспользованной жизни.

В то время как ограничение ролей уменьшает возможности групповой (и семейной) жизни, члены группы, которым приходится выполнять слишком много ролей, являются субъектами перегрузки и конфликтующих чувств (Sherif, 1948). Например, среди потенциальных ролей в семье имеются родитель, домработница, кормилец, повар и шофер. Эти роли могут распределяться: один партнер — кормилец, другой — готовит и убирает, или выполняться совместно — оба работают на стороне и берут на себя ту или иную работу по дому. Но один из партнеров может угодить в ролевой конфликт: это когда она вынуждена выбирать, оставаться ли ей на затянувшемся служебном собрании или ехать домой готовить ужин и везти детей на футбольную тренировку, потому что пусть даже у нее есть партнер, но он не выполняет указанных ролей.

В большинстве групп существует тенденция к стереотипизации ролей, и поэтому за членами группы закрепляются характерные поведенческие паттерны. Вирджиния Сатир в своей книге «Вы и ваша семья» (Satir, 1972) описала такие семейные роли, как «миротворец» или «обвинитель». Вы можете осознать, что играли довольно предсказуемую роль взрослеющего в своей семье. А может быть, вы были «услужливым ребенком», «совсем одиноким», «комиком», «адвокатом», «бунтарем» или «удачливым малым». Весь ужас в том, что, раз усвоив некоторые роли, очень тяжело от них отойти потом. Покорно делая, что говорят, и терпеливо ожидая одобрения, вы можете стать «услужливым ребенком», но это не срабатывает в профессиональном росте, где требуется более напористое поведение.

Есть и еще кое-что, что делает ролевую теорию столь полезной в понимании семей, — свойство ролей быть эквивалентными и комплементарными. Например, девушку сильнее заботит времяпровождение с другом, чем юношу. Возможно, в его представлении он должен звонить ей дважды в неделю. Но если она звонит трижды за этот срок, он может и не подходить к телефону. Если их отношения станут развиваться и этот паттерн будет исчерпан, она все равно всегда будет преследовательницей, а он — дистанцирующимся. Или возьмем случай двух родителей, которым хочется, чтобы их дети вели себя за столом хорошо. Отец взрывается намного быстрее — он требует, чтобы они успокоились уже спустя десять секунд после того, как они начали шалить, тогда как мать готова подождать полминуты. Но если он всегда выска-

зывается первым, она никогда не получает шанса. В конце концов эти родители могут разойтись в комплементарных ролях строгого отца и мягкой матери. Что заставляет такую эквивалентность сопротивляться изменению? То, что роли подкрепляют друг друга — каждый ждет, чтобы изменился другой.

Групповые терапевты-психоаналитики рассматривают группу как воссоздание семьи, в которой терапевт — объект переноса, а члены группы выполняют роль сиблингов. Так по иронии аналитическая групповая терапия, которая стала одним из прототипов семейной, начинала с лечения группы как суррогата семьи. Аналитические группы создавались таким образом, что фрустрировали своей неструктурированностью, пробуждали скрытые подсознательные конфликты и воскрешали проблемы, существующие в настоящей семейной группе. Считалось, что основные мотивы членов групп — конфликтующие союзы любви и ненависти, боли и удовольствия и критика суперэго против примитивных импульсов. Обратите внимание, что особое внимание уделялось индивиду, а не всей группе в целом.

В групповом динамическом подходе, разработанном в Великобритании Фулком, Бионом, Эзриелем и Энтони, фокус сместился от индивида на саму группу, рассматриваемую как трансцендентный организм с собственными внутренними законами. Эти терапевты изучали групповые интеракции не только потому, что в них проявляли себя отдельные личности, но они открывали темы и динамики, общие для всех членов группы. Этот *групповой процесс* считался базовой характеристикой социальных интеракций и основным средством для изменений.

Еще одним ответвлением от психоаналитической групповой терапии стала эмпирическая модель. Эмпирическая групповая терапия, толчок к развитию которой дали в Европе экзистенциальные психиатры Людвик Бинсвангер, Медард Босс и Ролло Мэй, в США Карл Роджерс, Карл Витакер и Томас Малон, упирает на глубокую персональную заинтересованность клиентом в противоположность отстраненному анализу людей, как объектов. Феноменология, заменившая анализ, и непосредственный опыт, особенно эмоциональные переживания, рассматривались как прямая дорога к личностному росту.

Психодрама Морено, в которой пациенты разыгрывали свои конфликты, вместо того чтобы обсуждать их, была одним из ранних подходов к групповой терапии (Moreno, 1945). Психодрама — это драматическое разыгрывание сцен из жизни ее участников, использующее техники стимулирования эмоцио-

нального выражения и прояснения конфликтов. Психодрама является прямым и сильным средством для исследования взаимоотношений и разрешения семейных проблем, поскольку сосредоточивается на межличностных взаимодействиях. И хотя психодрама слегка отклонилась от основного течения групповой терапии, техники ролевой игры Морено широко признаны групповыми лидерами и семейными терапевтами.

Гештальттерапия Фрица Перлза имеет целью усилить осознание, чтобы повысить спонтанность, креативность и личную ответственность. Несмотря на частоту использования в группах, гештальттерапия отбивает охоту к взаимодействию членов группы, когда один из них в течение какого-то времени работает с терапевтом. И хотя она чаще используется в индивидуальной, нежели в групповой или семейной терапии, гештальттехники заимствованы лидерами групп встреч и некоторыми семейными терапевтами для стимулирования эмоционального взаимодействия (см., например, Kempler, 1974, Schwartz, 1995).

Принимая во внимание широту и разнообразие техник исследования межличностных отношений, разработанных групповыми терапевтами, естественно, что некоторые семейные терапевты нередко применяли групповые терапевтические модели для работы с семьями. В конце концов, разве семьи не совокупные группы с различными подгруппами?

Прежде чем перейти к рассмотрению вопроса о целесообразности применения групповой модели в семейной терапии, мы должны упомянуть еще один исторический факт. Еще до того, как Джон Элдеркин Белл и Рудольф Дрейкурс в начале 50-х начали применять к семьям групповую психотерапию, некоторые практики использовали формат группы, чтобы добиться сотрудничества от членов семьи при планировании индивидуальной терапии с пациентами. Л. Коди Марш, например, читал лекции группам родственников в Ворчестерском государственном госпитале (Marsh, 1935). Эту технику также использовал в своей работе Лоу (Low, 1943). Другие терапевты уделяли особое внимание групповым встречам с матерями, чьи дети проходили терапию (Amster, 1944, Burkin, Glatzer & Hirsch, 1944; Lowrey, 1944). Некоторые, включая Росса в Мак-Гилле, проводили недельные дискуссионные группы с семьями пациентов психиатрической больницы (Ross, 1948). На всех этих групповых встречах к родственникам обращались как к помощникам, которые сами не нуждаются в терапии. «Реальные» пациенты не участвовали. Эта работа была родственной длинной традиции группового консуль-

тирования родителей, особенно в детских благотворительных организациях (Grunwald & Casell, 1958), и до сих пор является средством большинства стационарных подразделений для взрослых, пытающихся «привлечь» семьи.

Появление семейного группового консультирования (Freeman, Klein, Riehm, Luckoff & Heisey, 1963) — социологического подхода к решению проблем — стало наиболее близким к семейной терапии этапом. Семейные консультанты содействовали общению, но преуменьшали значение индивидуальных целей и изменений. Конфликты избегались. Семейные консультанты содействовали пониманию и взаимоподдержке, но не занимались глубинными проблемами семьи или ее членов. Хотя улучшение социального климата семьи и могло вызывать основательные изменения у ее членов, Фриман и коллеги не пытались или не претендовали на то, чтобы добиться чего-то большего, чем поверхностная поддержка.

В 1970-х, когда семейная терапия стала вполне развитой и достаточно системной наукой, эти ранние групповые консультативные подходы выглядели наивными, обращаясь с индивидами как с реальными пациентами и отводя семье лишь поддерживающую роль в раскрытии пациентов. Однако в 1980-х, много лет спустя после того, как разгорелась и победила системная революция, выяснилось, что некоторые проблемы действительно являются в первую очередь проблемами индивидов или по крайней мере требуют индивидуального подхода в лечении.

Кэрл Андерсон с коллегами в Питсбургском университете и Майкл Гольдштейн и его сотрудники по университету в Лос-Анджелесе, Калифорния, разработали программу *психологического просвещения* для семей шизофреников (Anderson, Reiss & Hogarty, 1986; Goldstein, Rodnick, Evans, May & Steinberg, 1978). Соединяясь с традиционной психиатрией, этот подход более успешно лечил шизофрению как болезнь, сочетая использование медицины для индивидов и обеспечение консультации семьям, столкнувшимся с суровым испытанием — справляться с членом семьи шизофреником. Алкогольная и наркотическая зависимость — другая область, где считается, что лечение должно быть направлено в первую очередь на индивидов и только во вторую — на семьи (Kaufmann & Kaufmann, 1979; Steinglass, 1987). Единичное проведение семейной групповой консультации, предназначенной в первую очередь для отдельного пациента, выглядит таким же наивным, как лечение сегодня шизофрении или алко-

гольной и наркотической зависимости только как побочного продукта семейного стресса.

Все эти подходы в групповой терапии применимы и для терапии семьи. Одни техники пригодны, другие — нет. Был пройден короткий шаг от наблюдения реакций пациента на других членов семьи (некоторые из них могли быть равнозначными и в отношении сиблингов и в отношении родителей) до наблюдения за интеракциями в реальных семьях.

Кроме того, с технической точки зрения групповая и семейная терапии сходны: обе вовлекают нескольких людей, обе комплексны и аморфны, больше похожи на социальную реальность, чем на индивидуальную терапию. И в группах, и в семьях каждому пациенту приходится реагировать на нескольких людей, не только на терапевта, и терапевтическое применение этих интеракций является определяющим механизмом изменения в обеих ситуациях. Соответственно, многие групповые и семейные терапевты стараются придерживаться относительной пассивности и децентрализованное™, так что пациенты в комнате вынуждены устанавливать связь друг с другом.

В индивидуальной терапии терапевт надежное, но искусственное доверенное лицо. Пациенты ожидают от терапевта понимания и принятия, встречи с одним дружелюбно настроенным человеком. В группах и семьях совсем не так. И там и здесь ситуация является более естественной, возможно, более терапевтической, но и более похожей на повседневный опыт. Следовательно, перенос на жизнь вне стен консультационной комнаты является более прямым.

Однако при внимательном рассмотрении мы можем увидеть, что различий между семьями и группами незнакомцев так много и они столь значительны, что групповая модель лишь ограниченно применима к семейной терапии. Члены семьи обладают длинной историей сосуществования и, что самое важное, совместным будущим. Группа составляется из незнакомцев, семья — из близких людей. Открыться незнакомому человеку проще и безопаснее, чем члену своей семьи. В действительности терапевт может причинить серьезный вред, если будет так наивен, что станет призывать членов семьи всегда быть «совершенно честными и откровенными друг с другом». Однажды сболтнув, нельзя вернуть назад опрометчивое разоблачение, которое лучше было бы оставить при себе, — любовную связь, которая уже давно закончилась, или признание, что женщину *все же* больше заботит карьера, чем собственные дети. Единство, обяза-

тельства и общие заблуждения — все это означает, что терапия семьи очень отличается от терапии группы.

В одном из немногочисленных исследований малых групп с привлечением семей Стродтбек (Strodtbeck, 1954) проверил ряд утверждений, полученных от групп незнакомцев, и нашел важные отличия, которые приписал прочным взаимосвязям в семье. Позже он обосновал (Strodtbeck, 1958) мнение, что семейные интеракции, в отличие от интеракций в только что созданной группе, можно понимать только с точки зрения истории семейной группы.

Терапевтические группы создаются для обеспечения атмосферы доверия и поддержки. Здесь пациенты чувствуют себя менее одинокими. Они посещают группу как место, где им могут помочь и где они сами могут оказать помощь другим. Это чувство безопасности среди симпатизирующих друг другу чужих людей не может стать частью семейной терапии, так как, вместо того чтобы отделить терапию от стрессовой среды, последнюю приносят в терапевтический процесс. Кроме того, в групповой терапии пациенты могут обладать равными силами и статусами, в то время как семьям несвойственно демократическое равноправие. Кто-то должен (или ему приходится) быть на попечении. Больше того, официальный пациент в семье, вероятно, ощущает изолированность и то, что он становится объектом общего внимания. В конце концов, он или она является «проблемой». Ощущение защищенности при участии в терапевтической группе чужих людей, которые не собираются встречаться за обеденным столом, не существует в семейной терапии, где совсем *не* безопасно говорить открыто.

Другой базовый терапевтический механизм групп — то, что они стимулируют типичные паттерны социальной интеракции, которые затем можно проанализировать и изменить. Эта функция группы приравнивается к «лаборатории для социальных изменений» (Nichols & Zax, 1977). Группы собираются, чтобы обеспечить благоприятные возможности для проверки реальности в относительно безопасной атмосфере (Handlon & Parloff, 1962), так что искаженное восприятие можно исправить и опробовать новые стратегии поведения. Семьи менее гибкие и менее открытые для экспериментирования. У них есть комплекс, общая мифология, которая диктует определенные роли и способы поведения. Эти хорошо разработанные и структурированные коммуникации делают семьи еще менее способными для экспериментирования с новыми реакциями.

Среди прочих возможностей терапевтических групп есть и такая, которая позволяет ее участникам разрешать перенесенные искажения, когда они отыгрывают их на тех или иных товарищах по группе (Handlon & Parloff, 1962). В семье актуально представлены реальные фигуры. Переносы все равно имеют место, но они менее податливы для исследования и коррекции. Родители могут воспринимать своих детей-подростков с точки зрения, что раньше были лучшие времена. Дети могут считать своих родителей совсем черствыми, но переносить это восприятие на терапевта. Терапевт, работая с семьей, часто срывается благодаря сильному контрпереносу. Более того, перенесенные искажения часто поддерживаются семейной мифологией. «Папа — чудовище», — это миф, который подпитывает многие материнско-детские коалиции. Подобное искажение и неправильное восприятие, безусловно, годится в качестве зерна для терапевтической мельницы, но чрезвычайно осложняет работу с семьей.

Несмотря на то что групповая терапия использовалась некоторыми ранними практиками как модель для семейной терапии, сильнее всего сказались на традиционной семейной терапии только техника разграничения процесса и содержания и ролевая теория. Единственное приложение групповых методов, сохранившееся в семейной терапии, — это группы для семейных пар. Мы рассмотрим эту форму терапии в следующих главах.

## Движение по работе с детьми

Обычная история семейной терапии не уделяет должного внимания вкладу движения по работе с детьми, отдавая предпочтение более живописному повествованию об исследовании шизофрении. И это урок нам! Поскольку ученые больше озабочены публикациями, чем клиницисты, студенты могут получить искаженное представление о происходящем в этом поле. Сегодня, например, когнитивная поведенческая терапия может произвести впечатление господствующего подхода к психологическим проблемам, потому что поведенческая терапия всегда была самой заметной в научных кругах. Однако слава ученых не должна отвлекать нас от вкладов опытных клиницистов, которых не интересуют публикации. И конечно, можно утверждать, что актуальная клиническая практика в семейной терапии обязана новаторским идеям исследователей шизофрении меньше, чем дет-



ским клиницистам, работающим в поте лица на ниве терапии детей и их семей.

Движение по работе с детьми основывалось на убеждении, что, поскольку эмоциональные проблемы закладываются в детстве, терапия детей — лучший способ профилактики душевных заболеваний. Фрейд впервые высказал идею, что психологические расстройства в зрелом возрасте есть результат неразрешенных проблем в детстве. Альфред Адлер был первым последователем Фрейда, кто предположил, что лечение взрослеющего ребенка может быть самым эффективным способом предупредить появление неврозов у взрослых. С этой целью Адлер открыл в Вене детские воспитательные клиники, где консультировались дети, их родители и учителя. Адлер предлагал ободрение и поддержку в атмосфере оптимизма и конфиденциальности. Его техники позволяли уменьшать у детей чувство неполноценности, так что они могли выработать здоровый *стиль жизни*, достигать компетентности и успеха через *социальную пригодность*.

В 1909 г. психиатр Уильям Хейли основал в Чикаго Юношеский психопатический институт (в данный момент известный как Институт исследования юношества) — предтечу воспитательных клиник. В 1917 г. Хейли переезжает в Бостон и открывает там Воспитательный центр судьи Бейкера, предназначенный для диагностики и лечения делинквентных детей.

Когда в 1920 г. движение по работе с детьми получило свое развитие, появился один из самых успешных последователей и сторонников Альфреда Адлера Рудольф Дрейкурс, работающий под покровительством Республиканского фонда (Ginsburg, 1955). В 1924 г. была создана Американская ортопсихиатрическая ассоциация для работы по предупреждению эмоциональных расстройств у детей. Хотя после Второй мировой войны осталось совсем немного детских воспитательных клиник, сейчас они есть в каждом большом городе США, обеспечивая условия для изучения и лечения психологических проблем детства и комплекса социальных и семейных воздействий, способствующих этим проблемам. Лечение ведется руками команд, состоящих из психиатров, психологов и социологов, которые сосредоточивают все свое внимание на семейном окружении ребенка.

Постепенно специалисты по работе с детьми пришли к заключению, что реальными являются не те очевидные проблемы, которые приводят ребенка в клинику (симптомы), а скорее напряжения в семье, ставшие источником симптомов. Поначалу

это спровоцировало формирование тенденции обвинять родителей, особенно мать.

В 1940—1950 гг. исследователи сосредоточились на психопатологии родителей. Дэвид Леви (Levy, 1943) был среди первых, кто установил связь между патогенными чертами родителей и психиатрическими расстройствами их детей. Согласно Леви, главная причина детских психологических проблем — *материнская гиперопека*. Матери, лишённые любви в детстве, становятся гиперопекающими с собственными детьми. Одни воплощают подобную опеку в деспотичности, другие становятся слишком снисходительными. Дети деспотичных матерей бывают смиренными дома, но им трудно заводить друзей; дети потакающих матерей непослушны дома, но в школе ведут себя хорошо.

В этот период Фрида Фромм-Райхманн (Fromm-Reichmann, 1948) придумала одно из самых убийственных понятий в истории психиатрии — *шизофреногенная мать*. Образ этой деспотичной, агрессивной, отвергающей и неуверенной женщины, особенно если она замужем за нескладным, пассивным и индифферентным мужчиной, создавался, чтобы объяснять патологичное родительство, которое производит к жизни шизофрению. Описание Аделаиды Джонсон переноса *лакун суперэго* — другой пример обвинения родителей в проблемах своих детей (Johnson & Szurek, 1954). Согласно Джонсон, антисоциальное поведение у делинквентов и психопатов обусловлено дефектами в их суперэго, которые переходят к ним от родителей.

Тенденция обвинять родителей, особенно мать, за проблемы в семье стала ложным направлением эволюции, которое и поныне не даёт покоя этому полю. Однако важно понимать, что, обратив внимание на то, что происходит между детьми и родителями, Фромм-Райхманн и Джонсон проложили путь семейной терапии.

Хотя важность семьи осознавалась, с матерями и детьми по-прежнему работали по отдельности, и между терапевтами разгорелась полемика на почве того, что это может поставить под угрозу индивидуальные терапевтические отношения. Под довлеющим влиянием психоанализа сформировался сильный акцент на душе отдельного человека с ее бессознательными конфликтами и иррациональными мотивациями. Попытки применить социальный подход к нарушениям в семейной жизни отвергались как «поверхностные» — ультимативный обвинительный акт клиницистов-психоаналитиков.

Было заведено так, что, пока психиатры занимаются ребен-

ком, социальный работник наблюдает мать. Консультирование матерей было вторичным по сравнению с первичной целью терапии ребенка. Основным назначением наблюдения за матерью было понижение эмоционального давления и тревоги, отведение враждебности от ребенка и изменение установок по воспитанию детей. В этой модели семья представлялась скорее как приложение к ребенку, чем что-либо другое.

Предполагалось, что решение детских проблем может разрешить и семейные проблемы. Иногда такое случается, но чаще всего этого не происходит. Характерологические проблемы личности — только одна из проблем взаимодействий; остальные — интеракциональные. К сожалению, индивидуальная терапия может заставить человека еще больше углубиться в себя, оставив других членов семьи вне поля зрения. После анализа пациент может стать мудрее, но грусти и одиночества в его жизни прибавится.

Наконец, в движении по работе с детьми произошел сдвиг акцента от видения родителей как вредных агентов к взгляду, что патология присуща отношениям между пациентами, родителями и другими значимыми людьми. Этот сдвиг имел основополагающие последствия. Психопатология больше не локализовывалась внутри личности; родители перестали быть негодяями, а пациенты — жертвами. Теперь природа их интеракций воспринималась как проблема. Вместо стремления отлучить ребенка от семьи появилась задача улучшить взаимоотношения между детьми и родителями. Вместо того чтобы тщетно пытаться отделять детей от семьи, специалисты начали помогать семьям поддерживать их детей.

Работа Джона Боулби в Тэвистокской клинике является примером перехода от индивидуального к семейному подходу. Боулби (Bowlby, 1949) применял к детям психоанализ, и прогресс был слишком медленным. Разочаровавшись, он решил посмотреть на родителей и ребенка вместе на одной сессии. Всю первую часть этой двухчасовой сессии ребенок и родители поочередно выражали недовольство друг другом, обмениваясь обвинениями. Во второй части сессии Боулби объяснил каждому из них, что он думает об их вкладе в проблему. В итоге, работая вместе, все три члена семьи некоторым образом прониклись к позициям каждого.

И хотя Боулби заинтриговали возможности такого совместного интервью, он все равно остался верным формату «один на один». Семейные встречи могут быть полезным катализатором, считал Боулби, но только в качестве приложения к *реальному* ле-

чению — индивидуальной психоаналитической терапии. Как бы то ни было, благодаря провалу идеи о строго изолированной от матери терапии ребенка и введению совместных семейных интервью Боулби начал переход от того, что являлось индивидуальной терапией, к тому, что должно было стать семейной терапией.

То, что Боулби начал как эксперимент, осуществил Натан Аккерман — семейную терапию как первую форму лечения в детских воспитательных клиниках. Еще в 1938 г. Аккерман думал о пользе наблюдения семьи как целостной единицы, работая с нарушениями у любого из ее членов (Ackerman, 1938). Позже он рекомендовал обращаться к изучению семьи как к основному средству для понимания ребенка, вместо каких-то других способов (Ackerman & Sobel, 1950). А увидев необходимость понимания семьи для диагностики проблем, вскоре Аккерман предпринял следующий шаг — семейную терапию. Однако, прежде чем перейти к этому, давайте рассмотрим параллельные достижения в социальной работе и исследованиях, посвященных шизофрении, которые привели к рождению семейной терапии.

## Влияние социальной работы

История семейной терапии не будет полной без упоминания огромного вклада социальных работников и их традиции общественной помощи. С самого появления этой профессии социальных работников интересовала семья — и в качестве ключевой единицы общества, и в качестве фокуса вмешательства (Ackerman, Beatman & Sherman, 1961). Фактически основная парадигма социальной работы — лечение человека в окружающей среде — предвосхитила экологический подход семейной терапии задолго до введения системной теории.

То, что важность социальных работников и их идей постыдно не принималась во внимание в истории семейной терапии, говорит что-то о том, как формировались взгляды в нашем поле. Сотрудники социальных служб помощи неблагополучным семьям и нуждающимся были менее заметны, чем законодатели моды в семейной терапии, потому что работали прямо в трущобах и в службах доставки, а не писали книги в академической обстановке и не произносили речей. Мы — это область, где великие и одаренные терапевты, которым не случилось написать книгу, менее известны, чем те, у которых мало клинического опыта или он напрочь отсутствует, но у которых есть талант хо-

рошо писать книги. (Очень хочется упомянуть некоторых, но мы не столь смелы.)

В своей замечательной истории семейной терапии Бродерик и Шредер (Broderic & Schrader, 1991) отметили, что ортопсихиатрическое движение, которое помогло определить профессиональный ландшафт семейной терапии, оказалось господствующим благодаря психиатрам, которые нехотя признавали психологов, но ни во что не ставили социальных работников и их вклад. Откуда эта историческая несправедливость к профессии социального работника? Одна из возможных причин заключается в том, что «первые социальные работники были в основном женщинами, пишущими для этой сферы, изначально заселенной женщинами...» (Braverman, 1986, с. 239), в то время как в нашей культуре доминируют голоса мужчин.

Поле социальной работы проросло из благотворительных движений, существующих в Великобритании и США в конце XIX века. Тогда, да и теперь социальные работники направляли свои усилия на улучшение жизненных условий неимущих и лишенных прав членов общества. Кроме обслуживания базовых потребностей в пище, одежде и крове, социальные работники пытались облегчать эмоциональный дистресс в семьях своих клиентов и компенсировать социальные воздействия, ответственные за контраст между богатством и нищетой.

*Помогающие инспекторы* — социальные работники посещали клиентов в их домах, чтобы определять их нужды и предлагать помощь. Выйдя из офисов и войдя в дома своих клиентов, эти люди с их визитами сломали так долго господствующую искусственную модель доктор-пациент. (Семейные терапевты в 1990-х гг. заново открыли ценность встречи с клиентами за пределами офисов в местах их проживания.) Помогающие инспекторы прямо включались в решение проблем неблагополучных браков и трудностей в воспитании детей. Работники *расчетных палат* предлагали социальное обслуживание не только отдельным людям, но и целым семьям.

*Изучение неблагополучных семей, нуждающихся в поддержке*, было важнейшим фокусом раннего обучения социальной работе. В действительности первый курс обучения в первой школе социальной работы в США назывался «Уход за нуждающимися семьями в их домах» (Siporin, 1980). Помогающих инспекторов обучали интервьюированию обоих родителей одновременно, чтобы составить полную и точную картину семейных проблем, — задолго до того, как традиционные специалисты по душевно-

му здоровью начали экспериментировать с общесемейными сессиями.

Эти социальные работники начала XX века хорошо осознавали то, к открытию чего психиатрия шла более 50 лет, а именно: семьи должны рассматриваться как единицы. Мэри Ричмонд (Richmond, 1917) в своем классическом труде «Социальная диагностика» предсказала терапию «целой семьи» и предостерегала против отделения ее членов от их естественного контекста. Концепция Ричмонд о *семейной сплоченности* имела поразительно современное звучание, предвосхитив последующие работы по ролевой теории, групповым динамикам и, конечно же, структурной семейной теории. Согласно Ричмонд, степень эмоциональной связанности между членами семьи является решающей для их способности к выживанию и процветанию.

Ричмонд предугадала достижения, к которым пришла семейная терапия в 1980-х, рассматривая семьи как системы внутри систем. Как отмечали Бардхилл и Саундерс (Bardhil & Saunders, 1988, с. 319), «она поняла, что семьи не изолированные единицы (закрытые системы), а существуют в особом контексте общества, которое интерактивно влияет на них и само подвергается влиянию из-за их функционирования (т. е. они открыты). Она графически показала эту ситуацию, используя концентрические круги, чтобы представить различные системные уровни от личностного до культурного. Ее подход к практике — рассматривать потенциальный эффект всех вторжений в каждый системный уровень и понимание и использование взаимных интеракций системной иерархии для терапевтических целей. Ее взгляд на человеческий дистресс был действительно системным».

Когда движение семейной терапии пришло в движение, среди тех, кто внес в него самый многочисленный и важный вклад, оказались социальные работники. Вот имена тех лидеров, которые пришли в семейную терапию, пройдя опыт социальной работы: Вирджиния Сатир, Рэй Бардхилл, Пегги Пэпп, Линн Хоффман, Фрома Уолш, Инзу Берг, Джей Леппин, Ричард Стюарт, Гарри Эпонт, Майкл Уайт, Дуг Брейнлин, Ольга Сильверштейн, Луис Брейверман, Стив де Шейцер, Пэгги Пенн, Бетти Картер, Браулио Монтальво, Моника Мак-Голдрик. (Вообще-то составление такого списка изначально весьма сложное занятие, так как, если не продолжить его еще на множество страниц, можно пропустить важные имена.)

## Изучение семейных динамик и этиологии шизофрении

Семьи, в которых есть шизофреник(и), представляют собой богатую почву для исследований, потому что их необычные паттерны интеракций весьма драматичны и поразительны. Стресс подчеркивает человеческую натуру. Однако факт, что семейная терапия возникла из исследований шизофрении, ведет к слишком оптимистичной надежде на то, что семейная терапия может стать способом излечения этой тяжелой формы безумия. Более того, поскольку ненормальные семьи чрезвычайно сопротивляются изменениям, первые семейные терапевты были склонны преувеличивать гомеостатические черты семейной жизни.

Семейные терапевты не открыли роли семьи в шизофрении, но, реально наблюдая за семейными взаимодействиями, стали очевидцами паттернов, о которых их предшественники только предполагали. То, что семья оказывает воздействие на шизофрению, признавалось по крайней мере уже в знаменитом отчете д-ра Шребера Фрейду (1911). В этой первой психоаналитической формулировке психоза Фрейд рассмотрел психологические факторы паранойи и шизофрении, а также предположил, как эксцентричные взаимоотношения пациента с отцом отражаются на его фантастических галлюцинациях.

В своей блестящей работе с шизофрениками Гарри Стэк Салливан сосредоточивался на межличностных отношениях. Начиная с 1927 г. он подчеркивал важность «госпитальной семьи» — врачей, медицинских сестер и санитаров — как благожелательной замены для пациента реальной семьи. Однако Салливан не сделал следующего шага вперед в своей идее и напрямую не включал семьи в терапию. Фрида Фромм-Райхманн тоже считала, что семья задействована в динамиках шизофрении, и рассматривала госпитальную семью как ключевой фактор в разрешении шизофренических эпизодов. Но и она не дошла до рекомендаций семейной терапии. Хотя эти интерперсональные психиатры признавали важность семейной жизни в шизофрении, они продолжали относиться к семье как к патогенной среде, из которой следует удалять пациента.

В 1940—1950 гг. исследования связи между семейной жизнью и шизофренией привели к иницилирующей работе первых семейных терапевтов.

## ГРЕГОРИ БЕЙТСОН, ПАЛО-АЛЬТО

Одной из групп с наиболее сильной претензией на основание семейной терапии является проект исследования шизофрении Грегори Бейтсона в Пало-Альто, Калифорния. Ученый в классическом смысле этого слова, Бейтсон действительно изучал поведение животных, теорию научения, эволюцию и экологию, так же как и клиническую психиатрию. Он работал с Маргарет Мид в Бали и Новой Гвинее, затем, заинтересовавшись кибернетикой, написал «Нейвен» и работал над синтезированием кибернетических идей с антропологическими данными<sup>1</sup>. Он пришел в психиатрическую сферу, когда совместно с Юргеном Руйшем из клиники Лэнглей Портер написал работу «Коммуникация: социальная матрица психиатрии». В 1962 г. Бейтсон переключился на изучение коммуникации среди животных и с 1963 г. до самой своей кончины в 1980 г. работал в Гавайском океанографическом институте.

Проект Пало-Альто стартовал осенью 1952 г., когда Бейтсон получил грант от Фонда Рокфеллера, предназначенный для изучения природы коммуникаций с точки зрения уровней. Все виды коммуникации, писал Бейтсон (Bateson, 1951), имеют два разных уровня, или функций, — *передающий* и *командный*. В каждом сообщении передается содержание, например: «Вымой руки, пора ужинать». Но кроме этого сообщение включает в себе то, как его следует понимать. В данном случае второе сообщение о том, что сказавший руководит. Это второе сообщение — *метакоммуникация* — завуалировано и часто остается без внимания. Если жена ругает мужа за эксплуатацию посудомоечной машины, когда она заполнена только наполовину, и он обещает исправиться, а спустя два дня делает то же самое, она может быть раздосадована тем, что он ее не слушает. Она имеет в виду сообщение, а ему, возможно, не понравилось метасообщение. Может быть, ему не нравится, что она говорит ему, что делать, словно она его мать.

Бейтсон выяснил (1951), что даже животные метакоммунируют. Обратите внимание, например, как играют две собаки или кошки. Одна насккивает на другого, они борются, кусают

Норберт Винер (Wiener, 1950) придумал термин «кибернетика» для выявления основной части знания о том, как обратная связь управляет информационно-перерабатывающими системами. Применительно к семье кибернетическая метафора фокусирует внимание на том, как семьи застревают в замкнутом кругу непродуктивного поведения.



друг друга и рычат, но не дерутся всерьез и не наносят увечий. Откуда они знают, что играют? Ясно, что у них есть какой-то способ метакоммуницирования, они как-то дают понять друг другу, что нападают только в шутку. Люди достигли значительного усложнения в структурировании и обозначении сообщения. Обычно уточняющие метасообщения передаются через невербальные сигналы, включая жесты, голос, позы, мимику и интонацию. «Я тебя ненавижу» можно сказать с улыбкой, со слезами или глядя в упор и стиснув зубы. В каждом случае метакоммуникация изменяет послание.

В начале 1953 г. к Бейтсону подключаются Джей Хейли и Джон Уикленд. Хейли изначально интересовался социальным и психологическим анализом воображения; Уикленд был химиком-инженером, у которого появился интерес к культурной антропологии. Позднее в этот же год к ним присоединяется Уильям Фрай, психиатр, основной интерес которого был направлен на изучение юмора. Эта группа эклектических талантов с широким спектром интересов изучала выдр во время игры, дрессировку собак-поводырей, значение и использование юмора, социальное и психологическое значение популярных кинофильмов, высказывания больных шизофренией. Бейтсон не ограничивал членов проекта, но, хотя они изучали многие типы сложного человеческого и животного поведения, все их исследования имели дело с возможными противоречиями между сообщением и квалифицирующим (уточняющим) сообщением.

В 1954 г. Бейтсон получает двухгодичный грант от Фонда Маки для исследования коммуникаций шизофреников. Немного позже к его группе присоединяется Дон Джексон — блестящий психиатр, работающий в качестве клинического консультанта и супервизора в психотерапии.

Интересы группы обращаются к развитию теории коммуникаций, которая могла объяснить происхождение и природу шизофренического поведения, особенно в контексте семьи. Однако следует отметить, что в первые дни проекта никто и не думал о настоящем наблюдении за шизофрениками и их семьями.

Бейтсон и его коллеги предположили, что семейная стабильность достигается при помощи обратной связи, которая регулирует поведение семьи и ее членов. Когда семейной системе что-то угрожает — то есть нарушает ее равновесие, — она всегда стремится сохранить стабильность, или *гомеостаз*. Таким образом, очевидно сбивающее с толку поведение может стать доступным. Для понимания, если воспринимать его как гомеостатический

механизм. Например, если всякий раз, когда родители спорят, один из детей проявляет симптоматичное поведение, симптомы могут представлять собой способ прерывания родительских разногласий путем их объединения в проявлении заботы. Таким образом, симптоматичное поведение выполняет кибернетическую функцию сохранения семейного равновесия. К сожалению, одному из членов семьи в процессе приходится брать на себя роль «идентифицированного пациента».

Предположив, что шизофрения может быть следствием семейного взаимодействия, группа Бейтсона попыталась установить последовательность взаимообменов, которые могут вызвать симптоматику. Сойдясь во мнении, что шизофреническая коммуникация должна быть продуктом того, что усваивается внутри семьи, группа присматривалась к обстоятельствам, которые могли привести к таким спутанным и путающим паттернам речи.

В 1956 г. Бейтсон и его коллеги опубликовали свой самый знаменитый доклад «К теории шизофрении», в котором представили концепцию *двойной связи*<sup>1</sup>. Они предположили, что психотическое поведение может иметь смысл в контексте патологической семейной коммуникации. Пациенты не становятся сумасшедшими сами собой, они являются понятным продолжением сумасшедшей семейной среды. Рассмотрим кого-нибудь в значимых отношениях, где бегство невозможно и реакция обязательна: если тот или иной человек получает два связанных, но противоречивых сообщения с разных уровней, но ему трудно их уловить или он истолковывает их непоследовательно (Bateson, Jackson, Haley & Weakland, 1956), то он попадает в двойную связь.

Поскольку это сложное понятие нередко используется ошибочно как синоним парадокса или просто противоречивых посланий, есть смысл представить каждую характеристику двойной связи так, как перечислили их авторы. У двойной связи имеются 6 особенностей:

1. Двое или более людей в значимых взаимоотношениях;
2. Повторяющийся опыт;
3. Первое негативное предписание: «Не делай X, не то я тебя накажу»;

Это наиболее распространенный в русскоязычной литературе перевод с английского термина «*double bind*». Другие варианты: «двойное послание», «двойная ловушка» и др. — *Прим. ред.*

4. Второе предписание на более отвлеченном уровне, противоречащее первому, тоже навязываемое наказанием или ощущимой угрозой;
5. Третье (и последнее) негативное предписание, запрещающее бегство и требующее реакции. Без этого ограничения «жертва» не ощущает ловушки;
6. В конце концов полный набор ингредиентов становится необязательным, если жертва приучена воспринимать мир с точки зрения двойной связи; любой составляющей этой последовательности достаточно, чтобы вызвать панику или безумие.

Большинство примеров двойной связи в литературе неадекватно, потому что не включает всех ключевых характеристик. Робин Скиннер (Skynner, 1976) приводит следующий пример: «Мальчики должны защищать себя и не быть маменькими сынами», но: «Не будь груб... не будь неучливым со своей матерью». Сбивает с толку? Да. Существует противоречие? Возможно. Но эти два сообщения не представляют собой двойной связи, это просто противоречие. Столкнувшись с такими утверждениями, ребенок волен либо подчиниться любому из них, либо даже выразить недовольство противоречием. Этот и множество других сходных примеров пренебрегают той деталью, что два сообщения передаются с разных уровней. Наиболее удачный пример в этом отношении приведен в авторской статье (Bateson, Jackson, Haley & Weakland, 1956). Молодого человека, оправившегося в больнице от шизофренического эпизода, посетила мать. Когда он обнял ее, она оставалась холодной. Но стоило ему отвести руки, она спросила: «Ты меня больше не любишь?» Юноша покраснел, а она сказала: «Дорогой, ты не должен так легко смущаться и бояться своих чувств». Вслед за этим взаимообменом пациент расстроился; по окончании визита он напал на санитаря, и его пришлось изолировать.

Обратите внимание, что в приведенном взаимообмене были представлены все шесть особенностей двойной связи, а также то, что молодого человека явно приперли к стенке. Нет ловушки, если субъект не попался. Это понятие является интеракционным.

Мы можем предположить, что эту мать тревожит близость с собственным сыном, но она не признает своих чувств, поэтому на публике ведет себя как любящая мать, которая всегда поступает правильно. Обычно в подобных семьях нет никого другого,

вроде сильного отца, чтобы вмешаться и поддержать ребенка. Мать пытается контролировать свою тревогу, контролируя близость между собой и ребенком. Но поскольку не может признать в этой тревоге даже самой себе, она скрывает важные аспекты своей коммуникации, а именно свой дискомфорт или враждебность. Вдобавок она запрещает комментировать или критиковать свои сообщения. В результате ребенок растет не обученным навыку сообщать о коммуникации, неопытным в определении того, что люди на самом деле имеют в виду, и не умеющим устанавливать контакты.

Другим примером двойной связи мог бы стать преподаватель, который заставляет своих студентов быть активными в аудитории, но раздражается, если один из них действительно прерывает его вопросом или комментарием. Когда он в конце концов все же предлагает им задавать вопросы и никто не откликается, он сердится («Какие пассивные студенты!»). Если некоторые студенты опрометчиво критикуют нечуткость профессора, он, несомненно, сердится еще больше. Так студенты наказываются за точное понимание того, что преподаватель в действительности хочет, чтобы только его идеи были услышаны и вызвали восторг. (Этот пример, конечно же, полностью вымышлен.)

Хотя это может казаться усложнением, но люди, чтобы ладить друг с другом, не могут без метакоммуникаций. Частенько просто нельзя обойтись без вопроса, наподобие: «Что ты имеешь в виду?» или «Ты это серьезно?». Однако в семье с двойной связью такие вопросы не допускаются: комментарии и вопросы угрожают родителям, и противоречивые сообщения затушевываются, возникая на разных уровнях коммуникации.

Мы все попадаем в случайные двойные связи, но шизофреник имеет с ними дело постоянно. Как следствие — безумие. Не имея возможности прокомментировать эту дилемму, шизофреник реагирует защитой, возможно, становясь конкретным и педантичным, а возможно, давая скрытные ответы или разговаривая метафорами. В конце концов шизофреник, подобно параноику, может прийти к мнению, что за каждым утверждением скрывается особый смысл.

Эта статья о двойной связи 1956 г. оказалась одной из наиболее влиятельных и спорных в истории семейной терапии. Открытие, что шизофренические симптомы имеют смысл в контексте некоторых семей, могло оказаться прогрессивным для науки, но оно имело моральный и политический подтекст. Эти исследователи не только считали себя мстящими рыцарями, ре-

шившимися спасти «идентифицированных пациентов», сразив семейных драконов, но они также вступили в священную войну против психиатрического истеблишмента. Окруженные превосходящим числом враждебной критики, поборники семейной терапии бросили вызов ортодоксальному положению, что шизофрения — биологическая болезнь. Целители от психологии, повсюду ликовали. К сожалению, они ошибались.

Наблюдение, что шизофреническое поведение, по-видимому, *приспособлено* под некоторые семьи, не означает, что семьи *вызывают* шизофрению. В логике такой тип умозаключения называется «сделать поспешный вывод». Прискорбно, что семьи с шизофрениками годами страдают от предположения, что виноваты за трагедию психозов своих детей.

Есть четыре возможных способа реагировать на двойные связи или даже на дисквалифицирующие сообщения любого типа: комментарий (критика), непризнание, принятие или контрдисквалификация (Sluzki, Beavin, Tarnopolsky & Veron, 1967). Первые два аннулируют или компенсируют двойную связь, и, если эти реакции позволяют обойти связь, они могут привести к творческим решениям (Bateson, 1978). Причина этого в том, что адаптивное решение двойной связи отступает от системы координат, признающей различные типы логики. Способность отступать, подобно этой, является творческим актом, базирующимся на редком навыке объективно видеть собственную ситуацию.

Авторские статьи Бейтсона фокусировались на интеракциях между двумя людьми, особенно между матерью и детьми. Отцы описывались только в негативном ключе, как неспособные помочь детям сопротивляться двойной связи. Семейный анализ, ограниченный двоими людьми, хоть это и являлось обычной практикой (особенно среди терапевтов, работающих с детским поведением и супружескими парами), неприемлем. Отношения матери с ребенком определяются ее отношениями с мужем и, в свою очередь, изменяют те отношения. Абсолютно так же отношения терапевта с пациентом взаимно определяются и определяют отношения первого с супервизорами и администраторами.

В 1960 г. Джон Уикленд попытался расширить понятие двойной связи до трехперсональной интеракции. Он рассмотрел факт, что три человека обычно подключаются к двойной связи, даже если она не проявляется сразу. Однако в целом группу Бейтсона больше интересовали общие положения, нежели лабиринт трехперсональной системы. Поэтому они полагали, что концепция двойной связи может быть полезна для анализа трехперсо-

нальной системы в семье, клинике, бизнесе, политике и религии, но работали с влиянием отца на диадку мать — дитя только мимоходом. Фактически группа Бейтсона, так же как последователи их стратегической терапии, никогда не уделяла особого внимания важности трехперсональных интеракций.

После публикаций о двойной связи члены проекта начали интервьюировать родителей совместно с их детьми-шизофрениками. Эти встречи были исследовательскими, а не терапевтическими, но здесь был явный прогресс: семейные взаимоотношения не просто обсуждались, а реально изучались. Эти объединенные семейные сессии способствовали развитию движения семейной терапии, и в следующем разделе мы увидим, к чему они привели.

Все открытия группы Бейтсона сводились к единой точке: основополагающее значение коммуникации для организации семьи. Патологичные коммуникации — вот что делает семьи патологичными, заключили они. Идея об основополагающей мотивации для неопределенных сообщений, которые они наблюдали, ими отвергалась. Хейли считал, что мотивирующей силой для двойной связи является скрытая борьба за интерперсональный контроль; Бейтсон и Уикленд полагали, что она является побудительным мотивом для утаивания неприемлемых переживаний. Но все они сходились во мнении, что даже нездоровое поведение может быть адаптивным по отношению к семейному контексту. Вот два великих открытия этой производительной команды талантливых ученых: 1) множественные уровни коммуникации и 2) то, что деструктивные паттерны отношений поддерживаются саморегулирующимися интеракциями семейной группы.

## ТЕОДОР ЛИДЗ, ЙЕЛЬ

Теодор Лидз, исследуя семейные динамики шизофрении, руководствовался двумя традиционными психоаналитическими интересами: чрезвычайно устойчивые семейные роли и несовершенная родительская модель идентификации.

Лидз приступил к исследованию семей шизофреников в 1941 г., когда завершал ординатуру у Джона Хопкинса. В своем первом исследовании (Lidz & Lidz, 1949), охватившем 50 случаев, Лидз обнаруживает преобладание разведенных семей и семей с серьезно нарушенными отношениями. 40% выборки молодых шизофреников были лишены по крайней мере одного родителя из-за смерти, развода или изоляции; у 61% семей были выявле-

ны серьезные супружеские разногласия; 48% имели в своем составе по крайней мере одного крайне нестабильного родителя (психотика, тяжелого невротика или психопата); 41% семей показали эксцентричные или необычные паттерны воспитания детей. Только пять из пятидесяти случайно выбранных из всего количества шизофреников вышли из прочных семей и воспитывались двумя нормальными, совместимыми родителями.

Лидз усомнился в общепринятом тогда убеждении, что неприятие матери является главной отличительной особенностью шизофренических семей. И его самым заметным открытием стало наблюдение, что чаще всего деструктивное влияние исходит от отца.

Лидз продолжил это исследование лонгитюдным изучением шестнадцати семей, в составе которых имелись шизофреники. Эти интенсивные обследования небольшого количества случаев на протяжении нескольких лет позволили проникнуть в окружающую среду, в которой растут молодые шизофреники. Используя тщательные интервью, наблюдения за семьей и проективное тестирование, исследователи обнаружили последовательные и ключевые паттерны семейного распада и психопатологию во всех семьях шизофреников.

Хотя Лидз жестко опирался на традиционный психоаналитический образ мышления о семьях и многие его концепции сосредоточивались на человеке и его ролях, некоторые из этих наблюдений вышли за рамки представлений об идентификации и развитии эго, коснувшись двух- или трехперсональных интеракций и даже всей семьи как единицы. Так Лидз ввел первые теоретические разработки о воздействии отдельных личностей родителей на их детей и более современный интерес к семье как к системе.

Лидз отверг идею Фрейда о том, что шизофрения обусловлена фиксацией на раннем оральном уровне с последующей регрессией перед лицом стресса в период раннего взросления. Он также не обнаружил явного неприятия или отторжения ребенка ни у одной из исследованных им матерей. В соответствии с этим он отверг и идею Фриды Фромм-Райхманн и Джона Розена, что материнское неприятие есть основная причина шизофрении.

В первых исследованиях внимание Лидза привлекали отцы в семьях шизофреников, у которых, как уже ранее отмечалось, встречались столь же часто и не менее серьезные нарушения психики, как и у матерей (Lidz, Parker & Cornelison, 1956). В своей наиболее важной работе «Внутрисемейная среда шизофреника I:

Отец» (Lidz, Cornelison Fleck & Terry, 1957a) Лидз и его коллеги описали пять паттернов патологического отцовства в семьях шизофреников.

Первая группа — это деспотичные и строгие, авторитарные отцы, постоянно конфликтующие со своими женами. Отцы второй группы враждебно настроены к своим детям, а не к женам. Подобный мужчина соперничает с собственными детьми за внимание и любовь матери, своим поведением напоминая ревнивого брата, а не родителя. Третья группа состоит из отцов, открыто проявляющих параноидную напыщенность. Они отчуждены и равнодушны. Четвертая группа отцов представляет собой неудачников по жизни и ничтожеств в собственной семье. Здесь дети растут как без отца. Пятая группа — это пассивные и покорные отцы, которые ведут себя больше как дети, чем как родители. Они милы почти по-матерински, но предлагают слабую модель для идентификации. Эти покорные отцы не в состоянии перевесить доминирующее влияние своих жен. Лидз пришел к заключению, что лучше расти без отца, чем с таким, который слишком отчужден или слаб, чтобы послужить здоровой моделью для идентификации.

После описания некоторых патологических характеристик отцов в шизофренических семьях Лидз направил свое внимание на дефекты супружеских отношений. Темой, на которой базировались его находки, заключалась в отсутствии *ролевой взаимности*. В успешных отношениях недостаточно исполнять собственную роль, чтобы быть эффективным самому, необходимо еще уравновесить свою роль с партнерской, чтобы быть эффективной парой. В семьях шизофреников, которые изучал Лидз, супруги были не способны исполнять собственные роли и не склонны поддерживать их у своих партнеров.

Лидз вслед за Парсонсом и Бейлисом утверждал, что первичной ролью отца является *адаптивно-инструментальная*, тогда как матери — *интегративно-экспрессивная*. Если каждый родитель исполняет вариант одной из этих ролей, они могут гармонично приспособиться друг к другу. Однако, если отцы не справляются со своими инструментальными ролями или матери отказываются от выполнения экспрессивного воспитания, во взаимоотношениях возникают сложности.

(Обратите внимание, насколько эти положения гармонизировали с традиционными половыми ролями: отец должен быть «маскулинным», а не «материнским»; хороший брак строго комплементарен: отец был сильным и занимался делом, а мать —



мягкой и самоотверженной, сидела дома и обслуживала своих детей и мужа.)

Лидз обнаружил, что во всех случаях, которые он изучал, супружеские отношения были нарушенными (Lidz, Cornelison, Fleck & Terry, 1957b). Сосредоточившись на том, что взаимные, кооперативные роли не достигаются, Лидз выделил два общих типа разногласий. В первом — *супружеском расколе* хронически отсутствует взаимная помощь друг другу или не достигается ролевая взаимность. Эти мужья и жены постоянно обесценивают друг друга и открыто состязаются за расположенность и привязанность своих детей. Их брак — зона боевых действий. Вторым паттерном — *супружеская асимметрия* — заключается в серьезной психопатологии у одного партнера, который доминирует над другим. Так, один родитель становится крайне зависимым, тогда как другой выглядит как сильная родительская фигура, но на деле является патологическим хулиганом. Более слабый супруг — в исследованиях Лидза обычно отец — поддерживает патологические отклонения доминирующего партнера. Во всех таких семьях несчастные дети терзаются противоречивыми родственными чувствами и отягощены гнетом приведения к равновесию сомнительного брака их родителей.

## ЛАЙМАНУИНН, НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

**Ни** у кого из лидеров семейной терапии не было такой длинной и безупречной карьеры, как у Лаймана Уинна. Его безукоризненная образованность и пылкая забота о несчастных стали источником вдохновения для сорокалетних сугубо практических и чрезвычайно продуктивных исследований. Как и другие до него, Уинн изучал эффекты коммуникаций и семейные роли. Но в отличие от остальных он сосредоточивался в своих работах на том, как передается в семьях патологическое мышление.

После завершения своей медицинской практики в Гарварде в 1948 г. Уинн продолжил ее в Департаменте социальных связей, дослужившись там до степени доктора философии. Здесь он столкнулся с работами лидирующих фигур в психологии, социологии и социальных системах, включая Талкотта Парсонса, с подачи которого он стал рассматривать личность как подсистему в большой семейной системе. Идея, что мы есть часть чего-то больше-

го, чем мы сами, стала критерием профессионального подхода Уинна к проблемам индивида и его личных взглядов на проблемы общества.

В 1952 г. Уинн присоединился к Лаборатории социосредовых исследований Джона Клаусона в Национальном институте психического здоровья (НИПЗ), где он первый начал интенсивно работать с семьями психически больных (Broderick & Schrader, 1991). В 1954 г., когда в НИПЗ пришел Мюррей Боуэн в качестве главы исследовательского проекта шизофреников и их семей, Уинн обрел коллегу, который разделял его убеждение в том, что семья должна быть единицей лечения (несмотря на то, что эта пара не совсем сходилась во мнениях по поводу характера такого лечения). После того как Боуэн в 1959 г. покинул НИПЗ, Уинн принял на себя его обязанности в качестве руководителя семейных исследований, которые сохранялись за ним вплоть до 1970-х.

Во время своего пребывания в НИПЗ Уинн занимался исследованиями в Вашингтонском психоаналитическом институте и входил в преподавательский состав Вашингтонской школы психиатрии. С 1950-х по 1970-е гг. Уинн опубликовал множество исследовательских отчетов и воспитал несколько талантливых исследователей-клиницистов, включая Шапиро, Билза и Райсса. В 1972 г. Уинн покинул НИПЗ и стал профессором Рочестерского университета, возглавив в нем факультет психиатрии. В 1997 г. он ушел в отставку.

Уинн начал исследования семей шизофреников в 1934 г., когда впервые стал наблюдать за родителями своих госпитализированных пациентов на двухнедельных терапевтических сессиях. В неблагополучных семьях его больше всего поразили удивительно ненастоящие эмоции — как позитивные, так и негативные, — чему он дал название *«псевдовзаимность»* и *«псевдовраждебность»*, — а также характер границ вокруг них — *резиновая ограда*, — явно неустойчивых, но в действительности непроницаемых для внешнего воздействия (особенно от терапевта).

*Псевдовзаимность* (Wynne, Rysckoff, Day & Hirsch, 1958) — это видимость сплоченности, которая маскирует конфликт и препятствует близости. Эти семьи необычно пугает разделенность. Они так озабочены собственной сочлененностью, что у них нет места для проявления индивидуальных черт и личных, дивергентных интересов. Семьи не терпят более глубоких и теплых взаимоотношений или независимости. Эта поверхностная спло-

ченность не дает проявляться глубокой привязанности и сильным сексуальным чувствам, а также более сильной близости.

*Псевдовраждебность* — это другое обличье сходного сговора, утаивающего *группировки* и *расколы* (Wynne, 1961). Последствия расколов или группирований можно увидеть в ходе семейных сессий. Они используются для поддержания определенного типа динамического равновесия, когда изменение любой части системы — хоть группировки, хоть раскола — воздействует так, что происходят изменения в других частях системы. Типичная ситуация — группирование пациента с одним из родителей и раскол между родителями. Но на самом деле за этими коалициями стоит угроза, которую поэтому приходится скрывать.

Псевдовраждебность — это процесс самоизбавления. Несмотря на свою броскость и интенсивность, она сигнализирует только о поверхностном расколе. Подобно псевдовзаимности, псевдовраждебность стирает близость и привязанность, так же как более сильную враждебность; она искажает коммуникацию и ухудшает реалистичное восприятие взаимоотношений и рациональное мышление о них.

В нарушенных семьях используются различные механизмы для подавления любых сигналов о разделенности семьи — как внутренних, так и внешних. *Резиновая ограда* — это невидимый барьер, который растягивается, чтобы позволить обязательное внесемейное участие — например, посещение школы, но резко сокращается, если подобная вовлеченность заходит слишком далеко. Жесткая ролевая структура семьи сохраняется, ограждаясь путем семейной изоляции. Самое вредное качество резиновой ограды заключается в том, что именно те, кому больше всего необходимо внешний контакт, чтобы исправить семейное искажение реальности, меньше всего допускают это. Вместо того чтобы быть субсистемой социума (Parsons & Bales, 1955), шизофренические семьи становятся большим маленьким социумом в себе с жесткими границами без дверей.

В контексте, где сплоченность — это все и внешние взаимосвязи мешают, признание индивидуальных отличий может быть неосуществимой сутью вопиюще эксцентричного поведения, наблюдаемого в шизофренических реакциях. Таким образом, человек наконец добивается статуса обособленности, но потом за ним закрепляется клеймо шизофреника, и семья от него отворачивается; семейная псевдовзаимность восстанавливается, подобно тому как жижа заполняет освободившееся пространство в трясине, когда из нее убирают камень. Острая форма шизофре-

нии может представлять собой отчаянную попытку индивидуализации, которая не только не удастся, но и стоит личного членства в семье. Если острая шизофрения переходит в хроническую форму, пораженный пациент позже может быть снова допущен в семью.

Уинн связывал новое понятие «коммуникативная девиация» с более старым «расстройство мышления». Он рассматривал коммуникацию как средство передачи расстройства мышления, которое является определяющей характеристикой шизофрении. Коммуникативная девиация — это более интеракционное понятие, чем расстройство мышления, и легче поддается наблюдению, чем двойная связь. В течение 1978 г. Уинн изучил свыше 600 семей и собрал неопровержимые доказательства того, что нарушенные стили коммуникации являются отличительным качеством семей с молодыми шизофрениками. Сходные расстройства присутствуют и в семьях, члены которых находятся в пограничных состояниях, с невротиками, а также в нормальных семьях, но прогрессивно менее требовательных (Singer, Wynne & Toohey, 1978). Эти наблюдения — что коммуникативная девиация не ограничивается исключительно шизофреническими семьями, а расширяется до бесконечности (чем больше девиация, тем серьезнее патология), — согласуется с другими исследованиями, которые описывают «спектр шизофренических расстройств».

## РОЛЕВЫЕ ТЕОРЕТИКИ

Благодаря тому, что основатели семейной терапии сосредоточивали свое внимание только на явлении вербальной коммуникации, их еще не оперившаяся дисциплина набрала силу. Подобные действия годятся до поры, но концентрация исключительно на одном этом аспекте семейной жизни означает пренебрежение как к индивидуальной интерсубъективности, так и к внешним воздействиям социума. Сейчас, когда все повально увлечены интегративными моделями, мы забываем кое-что из нашей истории — особую профессиональную самобытность, которая отличала семейного терапевта, и отчасти это происходит из-за пренебрежения коллаборативной, мультидисциплинарной базой учения о семье. Опасность короткой памяти и ощущения эксклюзивности заключается в профессиональной ограниченности и изоляции, когда, подобно психоаналитикам, запросто можно остаться за бортом мейнстрима медицины.

Ролевые теоретики, например Джон Шпигель, описали, как дифференцируются индивиды в социальных ролях внутри семейной системы. Этот важный факт оставался в тени излишне упрощенной версии системной теории, в соответствии с которой с индивидами обращались как с винтиками машины. Уже в 1954 г. Шпигель отметил, что система в терапии включает терапевта наравне с семьей (идея, *которая* позже возродится как «кибернетика второго порядка»). Он также произвел ценное разграничение между интеракциями и транзакциями. Бильярдные шары *интеракционируют* — они сталкиваются и изменяют направление друг друга, но по существу остаются без изменений. Люди *транзакционируют* — они совместно взаимодействуют, не только изменяя направления друг друга, но и вызывая внутренние изменения.

В 1934 г. Казанин, Найт и Сэйдж предположили, что семейные ролевые взаимоотношения являются важным фактором для шизофрении. Из 45 случаев шизофрении у 25 они нашли *материнскую гиперопеку* и только в двух — *материнское отвержение* (Kasanin, Knight & Sage, 1934). Дэвид Леви (Levy, 1943) тоже обнаружил, что *материнская гиперопека* чаще сочеталась с шизофренией, чем *отвержение*. В то время как в общем более очевидна материнская гиперопека, Леви также нашел множество случаев чрезмерной опеки и со стороны отца.

По иронии судьбы для поля, в котором круговая причинность, похоже, становится излюбленной концепцией, ошибка эволюции в виде представления негативных влияний в семьях линейными — когда родители обвиняются за отвержение, чрезмерную опеку или за то, что они загоняют своих детей в двойные связи, — не только несправедлива, но и изрядно портит репутацию семейной терапии. У семей с душевнобольными членами имеются причины, чтобы остерегаться положения обвиненного в несчастьях своих детей.

В 1951 г. Группа по продвижению психиатрии (ГПП) пришла к заключению, что психиатрия уделяет недостаточно внимания семьям, поэтому был создан комитет, возглавленный Джоном Шпигелем, для изучения поля и отчета по полученным сведениям. Доклад комитета ГПП (Kluckhohn & Spiegel, 1954) выделил роли как первичные структурные компоненты семей. Было сделано заключение, что здоровые семьи содержат не слишком много ролей и они относительно стабильны и что этот паттерн важен для воспитания у детей чувства статуса и идентичности. Существуют правила для каждой роли, и дети усваивают их при помощи имитации и идентификации.

Семейные роли не могут существовать независимо друг от друга; каждая очерчивается другой соответствующей. Например, не может быть доминирующего супруга без покорной жены. Ролевое поведение двоих или более людей, включенное во взаимную транзакцию, определяет и регулирует их взаимообмен. Самый распространенный пример этого — во многих семьях один из родителей требовательнее другого. Эти различия поначалу могут быть незначительными, но чем строже один родитель, тем более терпимым, по-видимому, становится другой. Комитет ГПП истолковывал роль как функцию одновременно внешних социальных влияний и внутренних потребностей и побуждений. Таким образом, ролевая теория служит связующим звеном между интраперсональными и интерперсональными структурами.

С 1953 г. Шпигель работал в Гарвардской медицинской школе, оставаясь верным своим интересам к ролевой теории и семейной патологии. Он увидел, что симптоматичные дети склонны вовлекаться в конфликты своих родителей. У родителей несимпатичных детей тоже может быть конфликт, но эти дети вовлекаются в него не напрямую. Шпигель (Spigel, 1957) описал свои наблюдения в психоаналитической терминологии: дети идентифицируются с бессознательными желаниями родителей и отыгрывают их эмоциональный конфликт. Детское отыгрывание служит защитой для родителей, которые тем самым имеют возможность избежать встречи со своими личными конфликтами и конфликтами друг друга.

Анализ семейных динамик Р. Д. Лэйнга является по большей части полемичным, нежели научным, но его наблюдения помогли популяризовать роль семьи в психопатологии. Лэйнг (Laing, 1965) позаимствовал концепцию Маркса о *мистификации* (классовой эксплуатации) и применил ее к «политике семей». Мистификация связана с процессом искажения детского опыта, когда его отвергают или дают ему другое название. Например, родитель говорит своему ребенку, который загрустил: «Ты, должно быть, устал» (*Иди спать и оставь меня одну*). Сходным образом идея, что «хорошие» дети всегда спокойны, вырастила уступчивых, но вялых детей.

Согласно Лэйнгу, если приклеивать к поведению ярлык патологии, даже «семейной патологии», то это ведет к его мистификации. Главная функция мистификации — поддерживать статус-кво, существующее положение. Мистификация ограничивает восприятие, чувства и, что хуже всего, реальность. Если родители постоянно мистифицируют опыт ребенка, его сущест-

вование становится неаутентичным. Раз чувства этих детей не принимаются, они воплощают *фальшивое «я»*, оставляя *реальное «я»* при себе. Обычно это приводит к неаутентичности, но если раскол между реальным и ложным «я» доводится до крайности, то результатом становится безумие (Laing, 1960).

Мюррей Боуэн из НИПЗ и Айвен Божормений-Неги из Восточно-Пенсильванского психиатрического института тоже изучали семейные динамики и шизофрению, но, поскольку они лучше известны благодаря своим клиническим вкладам, их работа будет рассматриваться ниже.

## Супружеское консультирование

История профессионального супружеского консультирования — это малоизвестное дополнение к семейной терапии, поскольку оно по большей мере существует вне господствующего направления психиатрии. Много лет не было явной необходимости в отделении специалиста по супружескому консультированию. Люди с проблемами брака предпочитали раньше, да и сейчас обсуждать их со своими докторами, священниками, юристами или учителями, чем обращаться к специалистам по душевному здоровью. Первые профессиональные центры для супружеского консультирования появились около 1930 г. Пол Попиноу открыл Американский институт семейных отношений в Лос-Анджелесе, а Абрахам и Ханна Стоун — аналогичную клинику в Нью-Йорке. Третьим центром стала Супружеская консультация в Филадельфии, основанная в 1932 г. Эмили Хартсшорн Мудд (Broderick & Schrader, 1981). Представители этой новой профессии стали встречаться ежегодно с 1942 г. и в 1945 г. основали Американскую ассоциацию супружеских консультантов.

Параллельно развитию супружеского консультирования среди некоторых психоаналитиков появилась сходная тенденция, которая привела их к объединенной супружеской терапии. Хотя большинство психоаналитиков всегда руководствовались запретом, который Фрейд наложил на установление контакта с семьей пациента, некоторые из них пренебрегали правилами и экспериментировали с сопутствующей и объединенной терапией для супругов.

Первый отчет о психоанализе супружеских пар был сделан

Кларенсом Оберндорфом на собрании Американской психиатрической ассоциации в 1931 г. (Oberndorf, 1938). Оберндорф выдвинул теорию, согласно которой супружеские пары имеют взаимосвязанные невроты и что они лучше поддаются совместной терапии. Эта точка зрения стала основой для согласия между теми в аналитическом сообществе, которых заинтересовала терапия супружеских пар. «Из-за длительности и интимной природы брака каждый неврот у одного из супругов прочно фиксируется в супружеских отношениях. Это полезная и иногда незаменимая терапевтическая оценка для того, чтобы сконцентрировать аналитические обсуждения на комплементарных паттернах и, если необходимо, заполучить обоих супругов для терапии» (Mittleman, 1944, p. 491).

В 1948 г. Бела Миттльман из Нью-Йоркского психоаналитического института опубликовал первый доклад о совместной супружеской терапии в США. Ранее, в 1937 г., Рене Ла Форгию сообщил о своем опыте анализа нескольких членов одной семьи одновременно. Миттльман предположил, что мужа и жены могут лечиться у одного аналитика и что благодаря наблюдению за обоими существует возможность для того, чтобы пересмотреть их иррациональные впечатления друг о друге (Mittleman, 1948). Мнение, что реальность объективных взаимоотношений может быть по крайней мере настолько же важной, как интрапсихические представления о них, была поистине революционной для аналитика. Натан Аккерман (Ackerman, 1954) тоже признавал, что совместная терапия партнеров по браку — хорошая идея, а также полагал, что матерям и детям совместная терапия может принести только пользу.

Тем временем в Великобритании, где объективные взаимоотношения представляли собой центральный интерес для психоаналитиков, Генри Дике и его сотрудники в Тэвистокской клинике учредили подразделение семейной психиатрии. Здесь супружеским парам, обратившимся в суд за разводом, помогали урегулировать свои разногласия (Dicks, 1964). Впоследствии к Тэвистокской клинике присоединилось Бюро семейных обсуждений Бейлинтса, так что его агентству социальной работы с проблемами брака, а косвенно и полю супружеского консультирования в целом добавился престиж клиники.

В 1956 г. Виктор Эйзенштейн, директор Нейропсихиатрического института в Нью-Джерси, опубликовал под своей редакцией книгу под названием «Невротические интеракции в семье».



В ней было несколько статей, описывающих положение в искусстве супружеской терапии. Фрэнсис Битмен, заместитель директора Еврейской семейной службы Нью-Йорка, представил подход к изучению и лечению проблем брака (Beatman, 1956); Лоуренс Куббе предложил психоаналитическое исследование динамик брака (Kubie, 1956); Маргарет Малер описала воздействие семейных конфликтов на детское развитие (Mahler & Rabinovitch, 1956), а Эшли Монтегю добавил культурную перспективу к динамическим воздействиям на брак (Montaque, 1956). Миттльман написал для того же издания статью с более обширным представлением своих взглядов на нарушения брака и их терапию (Mittleman, 1956). Он описал некоторые комплементарные супружеские паттерны, включая агрессивный — покорный и независимый — требовательный. Эти неровные пары состояются по той причине, согласно Миттльману, что супруги искажают личности друг друга через призму своих иллюзий: она воспринимает его независимость как достоинство, он принимает ее зависимость за обожание. Миттльман также отметил, что реакции супругов друг на друга могут формироваться их отношениями с родителями. Если не понимать бессознательную мотивацию, она может управлять семейным поведением, приводя к взаимным невротическим поступкам и реакциям. Миттльман полагал, что двадцать процентов времени один терапевт может работать со всеми членами семьи, но в других случаях лучше отдельные терапевты для каждого члена семьи.

Приблизительно в это же время Дон Джексон и Джей Хейли тоже были заняты описанием супружеской терапии в рамках анализа коммуникаций. Когда их идеи снискали известность среди супружеских терапевтов, поле супружеской терапии стало частью общего движения семейной терапии.

## От исследований к лечению: пионеры семейной терапии

Мы увидели, как разработки в госпитальной психиатрии, групповых динамиках, интерперсональной психиатрии, движении по работе с детьми, исследованиях шизофрении и супружеском консультировании предвосхитили семейную терапию. Но кто же в действительности является ее основателем? Хотя на эту славу претендуют многие соперники, эта честь должна быть по-

делена между Джоном Илдеркином Беллом, Доном Джексонем, Натаном Аккерманом и Мюрреем Боуэном. Кроме этих основателей семейной терапии следует отметить и таких пионеров этого поля, как Джей Хейли, Вирджиния Сатир, Карл Витакер, Лайман Уинн, Айвен Божормений-Неги, Кристиан Миделфорт и Сальвадор Минухин. Причем в первом десятилетии движения семейной терапии, вероятно, наиболее влиятельными из них были Дон Джексон, Джей Хейли и Вирджиния Сатир в Пало-Альто; Мюррей Боуэн в Вашингтоне и Натан Аккерман в Нью-Йорке.

## ДЖОН БЕЛЛ

Джон Илдеркин Белл, психолог Кларкского университета в Вустере, Массачусетс, который начал работать с семьями в 1951 г., занимает особое положение в истории семейной терапии. Возможно, это первый семейный терапевт, но он упомянут только вскользь в двух наиболее значимых исторических описаниях движения (Guerin, 1976; Kaslow, 1980), потому что, начав наблюдать семьи в 1950-х, он опубликовал свои идеи лишь спустя десятилетие. Более того, в отличие от других отцов семейной терапии он был не так плодovit. Он не основал клинического центра с мировым именем, не разработал учебной программы и не воспитал учеников, получивших широкую известность.

Подход Белла (Bell, 1961, 1962) происходил напрямую из групповой терапии. «Семейная групповая терапия» в основном строилась на стимулировании открытых обсуждений, чтобы помочь семьям разрешать их проблемы. Участие Белла, как и любого другого группового терапевта, заключалось в том, что он вдохновлял молчаливых членов группы на разговор и интерпретировал причины их защит.

Белл считал, что семейная групповая терапия проходит через предсказуемые фазы, в точности как это происходит с группами незнакомых прежде людей. Поначалу он выстраивал свое лечение по четкой схеме, имеющей ряд стадий, каждая из которых сосредоточивалась на особом сегменте семьи (Bell, 1961). Но впоследствии он стал менее прямым и позволял семьям эволюционировать согласно естественной последовательности. Тогда он уже приспособливал свои вмешательства к требованиям момента. Для составления более полного впечатления о семейной групповой терапии см. главу 3.

## ПАЛО-АЛЬТО

Группа Бейтсона прониклась интересом к семейной терапии в процессе изучения семейных динамик и шизофрении. Начав встречаться с семьями шизофреников в 1954 г. в надежде через ненавязчивое естественное наблюдение лучше понять паттерны их коммуникаций, члены проекта, проникнувшись к страданиям этих семей, обнаружили, что втянулись в роли их помощников (Jackson & Weakland, 1961). В то время как Бейтсон был бесспорным научным лидером этой группы, Дон Джексон и Джей Хейли оказали наибольшее влияние на развитие семейной терапии.

Джексон отказался от психоаналитических концепций, которые усвоил во время своей учебы, и взамен обратил свое внимание на динамику обменов между людьми. Анализ коммуникаций был его основным инструментом. Как и Бейтсон, Дон Джонсон считал, что поведение и коммуникация синонимичны.

Изначально мысли Джексона о семейной терапии были вызваны встречами с родственниками пациентов, которых он вел, и случайными визитами шизофреников на дому (Jackson & Weakland, 1961). Наблюдения за влиянием семьи на пациента и наоборот не новы, но заключения Джексона стали открытиями. После Фрейда семья понималась как решающая сила, вызывающая изменение в личности — как в лучшую, так и в худшую сторону. Но с семьями справлялись путем изоляции — физической и эмоциональной, подобно тому как больного извлекали из зараженной среды. Однако Джексон начал рассматривать возможность воздействия на семьи, вместо того чтобы пытаться исключить их влияние.

В течение 1954 г. Джексон разработал простейшую семейную интеракционную терапию, которую описал в статье «Вопросы семейного гомеостаза», представленной на собрании Американской психиатрической ассоциации в Сент-Луисе. Он по-прежнему делал основной акцент на эффекты, которые терапия пациента оказывает на его семью, а не на перспективы лечения семей (Jackson, 1954). Позаимствовав кое-что из биологии и системной теории, Джексон описал семью как гомеостатическую единицу, которая сохраняет относительную устойчивость внутреннего функционирования.

Концепция Джексона о *семейном гомеостазе* — семьи как единицы, которая сопротивляется изменениям, — не могла не стать определяющей метафорой первых трех десятилетий семейной

терапии. Задним числом мы могли бы сказать, что акцент на гомеостазе переоценивал консервативные свойства семей и недооценивал их гибкость. Но в то время признание того, что семьи сопротивляются изменениям и действуют, оказывая сдерживающее влияние, было необыкновенно продуктивным для понимания того, что заставляет людей так упорствовать в своих несчастьях.

Хотя на практике Джексон и его коллеги, вероятно, упрощали гомеостатическую природу семей, их теоретические работы становились все более искушенными. Они понимали, что постоянство не обязательно означает ригидность. (Не далее чем в 1939 г. физиолог Уолтер Кеннон говорил, что, подобно физиологическим системам тела, «даже социальные и промышленные организации сохраняют относительную устойчивость состояния перед лицом внешних волнений».) Семейный гомеостаз — это динамическое состояние, говоря словами Кеннота, *относительной* стабильности. Семьи стремятся поддерживать или восстанавливать статус-кво: члены семьи функционируют как регуляторы, и семья, как говорится, действует методом проб и ошибок (Haley, 1963). Результат не является непоколебимым, но стабильным в колебании поведения.

В «Шизофренических симптомах и семейных интеракциях» (Jackson & Weakland, 1959) Джексон показал, как симптомы пациентов сохраняют стабильность в их семьях. В одном таком случае молодая женщина с диагнозом «кататоническая шизофрения» обладала, что было свойственно и большинству ее заметных симптомов, глубокой нерешительностью. Однако, когда она все же вела себя решительно, ее родители теряли голову. Мать становилась беспомощной и зависимой, отец буквально превращался в импотента. На одной из семейных встреч родителям не удалось заметить, что их дочь пришла к простому решению. Только после *третьего* прогона магнитофонной записи сессии они все же расслышали ее заявление. Неуверенность родителей не была ни безумной, ни бессмысленной, скорее всего она защищала их от столкновения с собственными затруднениями. Этот случай — один из ранних опубликованных примеров того, как даже психотические симптомы могут иметь значение в контексте семьи. Эта статья также содержит пронизательное наблюдение, что детские симптомы часто бывают преувеличенной версией проблем их родителей. Взрослые просто умеют лучше спастись в социуме, чем дети.

При переходе от умозрительных заключений к поведенческому обследованию последовательностей коммуникации Джексон обнаружил, что ему нужен новый язык интеракции. Его базовое положение заключалось в том, что все люди при продолжительных взаимодействиях развивают шаблонные паттерны интеракции. Он назвал это паттернирование «поведенческая избыточность» (Jackson, 1965).

Термин «*избыточность*» не только обращает внимание на значимую черту семейного поведения, но и отражает феноменологическую позицию Джексона. Традиционные психиатрические термины, такие, как *проекция*, *защита* и *регрессия*, подразумевают гораздо большее относительно внутренних мотивирующих состояний, чем простой описательный язык ранних семейных терапевтов. Даже используя понятия, предполагающие предписания, Джексон оставался верным описанию. Так, его *гипотеза правил* была просто средством для суммирования наблюдений, что внутри любых связанных обязательствами союзов (диад, триад или более многочисленных групп) существуют избыточные паттерны поведения. Правила (как знает любой студент-философ, изучающий детерминизм) могут описывать привычное, а не предписываемое. Вторая часть гипотезы правил заключается в том, что члены семьи используют только кое-что из всего спектра поведения, доступного им. Этого, кажущегося невинным, факта достаточно, чтобы сделать семейную терапию возможной.

Допустим, что семьи, которые пришли на терапию, застряли в тесноте малых возможностей для выбора или излишне жестких правил. Поскольку правила во многих семьях не объясняются, то никто их не утверждает, и их трудно изменить. Однако терапевт, как сторонний наблюдатель, может помочь семье увидеть и перепроверить правила, по которым они живут.

В 1963 г. Джексон описал три типа семейных правил: 1) нормы, которые скрывают; 2) ценности, которые сознательно поддерживают и открыто признают; 3) гомеостатические механизмы, которые контролируют то, как соблюдаются нормы и ценности (*метаправила*). Многие из этих правил внедряются родительскими семьями, но Джексон и его коллеги по Пало-Альто редко заглядывали за пределы нуклеарных семей.

Джексон заключил, что раз семьи живут по правилам и правилам о правилах (метаправилам), то семейная дисфункция происходит из отсутствия правил об изменениях. Таким образом, он стремился прояснить правила и изменять те из них, которые явля-

ются все же более вредными, чем полезными. В действительности это затейливый способ описательной интерпретации — техника, используемая коммуникативными терапевтами гораздо чаще, чем предполагают их публикации.

Хотя они и отрицали пользу выявленных семейных паттернов интеракций (Jackson & Weakland, 1961), на деле эта техника часто использовалась первыми терапевтами из Института психических исследований (ИПИ). Возможно, одна из причин того, что они стали почти исключительно полагаться на стратегическое и недирективное влияние, заключается в том, что существует большая разница между проговариванием членам семьи, что они делают что-то не так («Я заметил, что, когда бы я ни задавал Джонни вопрос, он обращается за ответом к матери»), и указанием последствий их действий («Пока вы будете полагаться на то, что ваша мать скажет за вас, вы никогда не научитесь говорить за себя»).

Терапевтические стратегии Джексона основывались насылке, что психиатрические проблемы проистекают из способа поведения людей друг с другом при передаче контекста. Он считал человеческие проблемы интеракционными и ситуационными. Разрешение проблем подразумевает изменение контекста, в котором они возникают. Хотя Джексон писал больше о понимании семей, чем об их терапии, многие из его объяснительных понятий (*гомеостатические механизмы, компенсации, двойные связи, симметрия и комплементарность*) информируют о его стратегиях и стали первым языком системно-ориентированных семейных терапевтов. Он первый стремился различить функциональные интеракции (*избыточные паттерны поведения*) от дисфункциональных (*сохранение проблем*). Для этого он наблюдал, когда возникают проблемы и в каком контексте, в чьем присутствии и как люди реагируют на них. Предполагая, что симптомы являются гомеостатическими механизмами, Джексон часто интересовался, почему семьям становится хуже, если проблема разрешается. Человек может желать улучшения, но семья нуждается в том, чтобы кто-то выполнял роль больного. Улучшение может быть угрозой для устоявшегося порядка вещей.

Джексоновская модель семьи как гомеостатической системы выделила такое качество симптоматического поведения, как поддержание равновесия. Это напрямую привело к идее, что девиация, или отклонение от нормы, включая симптоматику и иррациональное поведение, необязательно негативна, по крайней мере

с точки зрения тех, кто учится с этим жить. К примеру, пьянство может удерживать отца от предъявления требований жене или навязывания дисциплины детям. К сожалению, некоторые семейные терапевты, следуя идее Джексона, перескочили от заключения, что симптомы преследуют некую цель, к предположению, что некоторые семьи *нуждаются* в больном члене, что, в свою очередь, зачастую приводит к видению в родителях мучителей собственных детей — *козлов отпущения*. Выражаясь проще, это часть освященной веками традиции порицания родителей за трудности их детей. Если шестилетний мальчик плохо ведет себя дома, возможно, нам следует спросить с его родителей. Но в пьянстве мужа необязательно повинна его семья, и, конечно, несправедливо полагать, что семьи ответственны за психотическое поведение своих шизофренических членов.

Оглядываясь назад, можно увидеть, как прежний акцент на гомеостазе, так же как и на кибернетической метафоре семьи как машины, привел к видению терапевта прежде всего как механика, а не как целителя. В своем рвении освободить «семейных козлов отпущения» из когтей их «патологических» семей первые семейные терапевты спровоцировали некоторое сопротивление с их стороны. Терапевты, считающие себя спасителями невинных жертв от их семей и занимающие враждебную позицию, уподобляются людям, которые, перевернув черепаху на спину, сетуют, что это создание не хочет покидать свой панцирь.

Но нам следует признать, что эти взгляды есть продукт контекста, в котором они возникли. Семьи с серьезными нарушениями, наподобие шизофренических семей, которые изучал Джексон и его коллеги, по понятным причинам чувствуют на себе большую угрозу и поэтому больше защищаются, чем остальные.

Среди наиболее язвительных и влиятельных работ Джексона — «Семейные правила: брачный контракт «услуга за услугу» (Jackson, 1965). Ролевые деления в супружестве, по Джексону, не просто вопрос половых различий, а результат серий *компенсаций*, которые вырабатываются в любых долгосрочных взаимоотношениях. Традиционный взгляд, что супружеские роли происходят из полоролевых различий, относит поведение на счет индивидуальных черт характера, вместо того чтобы понимать степень, в которой эти взаимоотношения зависят от интеракций и правил для интеракций, выработанных между людьми. Джексон не считает, что половых различий не существует, а полагает, что их значение относительно. Основные различия в браке, как и в дру-

гих отношениях, вырабатываются, а не перенимаются<sup>1</sup>. Факт, что многие супружеские компенсации не осознаются или не являются очевидными, означает, что семейные терапевты могут выполнять полезную роль в выявлении тех договоренностей, которые не работают или не замечены.

Другой конструкт, важный для концепции Джексона, — дихотомия между *комплементарными* и *симметричными* отношениями. (Как и множество плодотворных идей семейной терапии, эта была впервые сформулирована Бейтсоном.) При *комплементарных* отношениях люди различаются по способам приспособления друг к другу: если один рациональный, то другой — эмоциональный, если один слабый, другой — сильный. *Симметричные* отношения основываются на равенстве и сходстве. Брак между людьми, которые одновременно занимаются и карьерой и домашними делами, симметричен.

Когда-то комплементарный брак, подобный тому, какой был между Оззи и Харриет<sup>2</sup>, был нормой для США — страны, дающей семьям стабильность, если не равноправие. Наиболее глубокие изменения в семейной жизни во второй половине XX века заключались в приходе симметричной семьи, где оба супруга зарабатывают. К несчастью, процесс перехода от комплементарного к симметричному равенству перестроил американскую семью, подобно тому как торнадо приводит в порядок обстановку на стоянке для трейлеров.

Большинство концепций Джексона (комплементарность/симметричность, компенсация, двойная связь) описывало отношения между двоими людьми. Хотя в его намерение входило создать описательный язык интеракций целой семьи, главного успеха он добился при описании взаимоотношений между женами и мужьями. Этот узкий взгляд на супружескую диадку всегда представлял собой одно из ограничений группы Пало-Альто. Необычайный интерес к коммуникации привел их к пристрастному отношению в пользу взрослых, и они были склонны пренебрегать

<sup>1</sup> В своем энтузиазме относительно вновь открытых интеракционных сил первые семейные терапевты могли недооценить важность пола и воздействия тендерных предубеждений на семьи.

<sup>2</sup> Чета Нельсонов, популярных в США в 1930—1960-х гг. эстрадных артистов, представляла собой успешный и гармоничный творческий и супружеский тандем, они имели собственную радиопрограмму, а с появлением телевидения — и регулярное телешоу, которое в те годы было сродни современным сериалам и снискало большое признание у публики. — *Прим. ред.*



детьми, так же как и различными триадами, создаваемыми семьями. Как следствие, многие из их последователей сводили семейные проблемы к супружеским, даже если или особенно тогда, когда в роли пациентов выступали маленькие дети.

Самое большое открытие группы Бейтсона заключалось в том, что нет такой вещи, как простая коммуникация; каждое сообщение квалифицируется другим сообщением на более высоком уровне. В «Стратегиях психотерапии» Джей Хейли (Haley, 1963) показал, как скрытые сообщения используются в борьбе за контроль, что свойственно всем взаимоотношениям. Симптомы, как он доказывает, отображают неконгруэнтность между уровнями коммуникации. Человек с симптоматикой, делая что-нибудь, например дотрагиваясь до дверной ручки шесть раз, прежде чем открыть дверь, в то же самое время дает понять, что делает это *не по-настоящему* — просто он ничего с этим не может поделать. Между тем симптомы человека — над которыми он не властен — результативны для него самого и для других: разве можно всерьез ожидать от человека, «имеющего компульсию» такой силы, что он утром вытащит себя из дома?

Психоаналитики характеризуют то, что пациент получает от общения с людьми благодаря своей симптоматике, как «вторичную выгоду». По Хейли, «вторичная выгода» — первична. Вот что он пишет: «С предложенной здесь точки зрения ключевой аспект симптома — польза, которую он приносит пациенту в приобретении контроля над тем, что должно случиться во взаимоотношениях с кем-нибудь» (Haley, 1961). Симптоматическое поведение — это искусный путь осуществления контроля над людьми с одновременным отрицанием этого.

За этим анализом стоит кибернетическая метафора, которая заключается в том, что невротические симптомы работают подобно регулятору, контролирующему скорость машины, — оба не позволяют выйти за пределы ограничений и оба охраняют существующее положение. Поскольку симптоматическое поведение «неразумно», Хейли, чтобы помочь пациентам, не прибегает к убеждениям. Вместо этого терапия превращается в стратегическую игру в кошки-мышки, в которой терапевт устраивает заговор, чтобы перехитрить пациента ради его же блага.

Хейли (1963) определял терапию как направляющую форму лечения и признавал, что обязан Милтону Эриксону, у которого обучался гипнозу с 1954-го по 1960 г. В действительности в ран-

них работах Хейли трудно понять, где кончается Эриксон и начинается он. В том, что он назвал «краткосрочная терапия», Хейли берет под прицел контекст и возможную функцию симптомов пациента. Его первые шаги часто задумывались с тем, чтобы добиться контроля над терапевтическими отношениями. Хейли цитирует эриксоновский прием, когда пациента уведомляют, что на первом интервью всплывет то, о чем он захочет сказать, и другое, о чем он захочет умолчать, и об этом, безусловно, говорить не следует. Здесь терапевт, конечно же, учит пациента тому, что он и так бы сделал, но таким образом терапевт ненавязчиво берет ситуацию под свой контроль.

Даже при сборе первичной информации краткосрочный терапевт скрытно добывается выигрыша в силе. Соответственно, история пациента рассматривается таким образом, чтобы предположить, что прогрессивные улучшения происходят и будут происходить и дальше. И наоборот, с пессимистичными пациентами терапевт принимает пессимизм, но говорит, что, раз дела настолько плохи, настало время для изменений.

Все окончательные техники краткосрочной терапии строились на использовании *директив*. Как писал Хейли, недостаточно объяснить проблему пациентам, самое главное — заставить их *сделать* что-то с ними. Однако он также отмечал, что психиатрические пациенты известны тем, что никогда в точности не выполняют того, о чем вы их просите (Haley, 1963, с. 45). Эту проблему Хейли разрешил следующим образом: он использовал директивы так умело, что пациенты, сами не ведая об этом, выполняли то, что от них требовалось. Обычно при этой технике рекомендуют вести себя симптоматично, но незаметно что-нибудь вставляют в инструкцию, так чтобы симптомы ослабели под терапевтическим контролем.

Один из пациентов Хейли был внештатным фотографом, который вечно допускал глупые ошибки, так что губил все свои фотографии. В конце концов он так озаботился тем, чтобы не допускать ошибок, что стал слишком нервным, чтобы фотографировать. Хейли попросил мужчину сделать три любых снимка, допустив при этом по одной умышленной ошибке в каждом. Парадокс здесь в том, что вы не можете допустить случайной ошибки, если делаете ее нарочно.

В другом знаменитом случае Хейли попросил страдающего бессонницей, когда тот проснется посреди ночи, подняться с постели и натереть до блеска полы на кухне. Немедленно помогло.

Здесь проиллюстрирован кибернетический принцип: большинство людей сделают что угодно, лишь бы избежать работы по дому.

Хейли полагал, что, если психиатрические симптомы возникают из-за попыток избежать ясности отношений с другими людьми, терапевт может добиться успеха, заставляя пациентов принимать проясненные терапевтом отношения. Более того, раз патологические семьи загоняют своих членов в пагубные парадоксы, терапевту следует освобождать их тоже при помощи парадоксов, но доброкачественных. Хейли приводит в пример Джона Розена как мастера авторитарных парадоксов и Фриду Фромм-Райхманн как специалиста по железному парадоксу в бархатном футляре. В одном известном случае Розен работал с молодым шизофреником, который утверждал, что он бог. Розен попросил дежурных по отделению ставить пациента перед ним на колени, таким образом демонстрируя, что именно он, Розен, здесь главный. Пациент столкнулся с парадоксальной дилеммой. Он больше не мог отрицать, что подчиняется терапевту, но раз он на коленях, то становится понятным, что либо бог подчиняется терапевту, либо он вовсе не бог.

Мягкий подход Фриды Фромм-Райхманн описан в «Принципах интенсивной психотерапии» (Fromm-Reichmann, 1950). Однажды у нее была пациентка, которая говорила, что все, что она делает, происходит между ней и ее личным, всемогущим богом, а с людьми у нее нет никаких отношений. Несомненно, эта позиция обеспечивала ее удобным оправданием для отказа входить в контакт с доктором. И вот что сказала пациентке Фромм-Райхманн: «Скажи ему (богу), что я — доктор, а ты жила с ним в его царстве с семи до шестнадцати лет — это девять лет жизни — и он ни разу тебе не помог. Поэтому теперь он должен разрешить попытаться мне и посмотреть, не сможем ли сделать эту работу мы с тобой». Эта пациентка тоже была поймана в ловушку: что бы она ни сделала, ей пришлось бы ответить терапевту. Она могла либо отправиться к своему богу и повторить все, что ей было сказано, тем самым признав, что главный здесь доктор, либо воспротивиться доктору, что означает, что она попала под влияние терапевта, и это тоже подвергает существование ее бога сомнению.

То, что приветствовал Хейли в этих примерах, и есть *терапевтический парадокс* — подведение пациента при помощи хитрости к тому, чтобы он признал собственные действия и вошел в

контакт с терапевтом, вместо того чтобы напускать туману на свои поступки в психотическом отвержении.

Большинство идей, которые пришли из группы Пало-Альто (двойная связь, комплементарность, компенсация), принимали во внимание диады, но Хейли начал интересоваться и триадами, или, как он их называл, «коалициями». Коалиции отличаются от альянсов — кооперативных соглашений между двумя сторонами, которые формируются не за счет третьей. Как обнаружил Хейли, в симптоматичных семьях коалиции образуются между поколениями — один родитель сговаривается с ребенком против другого родителя. Например, мать может говорить за ребенка так, что дискредитирует отца. В другом случае ребенок может вклиниваться между ссорящимися родителями, становясь «услужливым» или «больным».

В работе «К теории патологических систем» Хейли описывает то, что называет «неправильным треугольником», который нередко приводит к насилию, психопатологии или разрушению системы. Неправильный треугольник — это тайная коалиция, которая подрывает иерархию поколений. Например, ребенок бежит за поддержкой к бабушке каждый раз, когда мать пытается наказать его или один родитель жалуется на другого при ребенке. Неправильный треугольник также случается и в организациях, когда, например, супервизор объединяется с одним из подчиненных против другого или когда профессор жалуется своим студентам на руководителя кафедры. Выйдя за рамки рассмотрения кибернетики и диад и обратившись к триадам и иерархиям, Хейли стал важной связующей фигурой между стратегическим и структурным подходами к семейной терапии.

Другим членом группы Пало-Альто, который сыграл лидирующую роль в первом десятилетии семейной терапии, была Вирджиния Сатир — один из необыкновенно харизматичных персонажей. Сатир более известна мастерством клинициста, чем теоретическим вкладом, и поэтому ее влияние было наиболее ясным для тех, кому посчастливилось увидеть ее в действии. Сатир, как и ее коллег, интересовала коммуникация, но к этому она добавила и такую переменную, как чувства, что позволило уравновесить другой, несколько интеллектуализированный подход.

Сатир воспринимала членов проблемной семьи как попавших в ловушку ограниченных ролей: *жертва, миротворец, непокорный* или *спаситель*, которые ограничивают отношения и под-

рывают самоуважение. Ее забота о выявлении таких ограничивающих жизнь ролей и освобождении членов семьи от их власти согласовывалась с тем, на чем она сосредоточивала все свое внимание, — на индивидуальности. Таким образом, Сатир стала гуманизирующей силой на заре семейной терапии, когда большинство было так увлечено системными метафорами, что упускало из внимания эмоциональную жизнь семьи.

В своей работе с семьями Сатир сосредоточивалась на проснении коммуникаций, выраженных чувствах и воспитании климата взаимного принятия и дружелюбия. Ее сила заключалась в том, что при установлении связи с семьями она исходила не из недовольства и злобы, а из надежды и веры, побуждений и фрустрированности. Если терапевт способен выявить одиночество и сильное желание за вспышками раздражения, то он — тот человек, который сможет соединить людей.

Сатир заслуженно известна за свою способность обращать негативное в позитивное. Этот навык чрезвычайно важен для семейного терапевта, ибо большинство семей имеет по крайней мере одного из своих членов, чьи недостатки или ошибки повергают его в роль аутсайдера. Пока этот наименее одобряемый персонаж не будет допущен в круг семьи, ни исцеление, ни объединение ни в коей мере не возможны.

В одном случае, приведенном Линн Хоффман (Hoffman, 1981), Сатир интервьюировала семью местного священника — отца подростка, от которого забеременели две его одноклассницы. Родители и братья расположились в одной стороне комнаты, а подросток, опустив голову, сидел в противоположном углу. Сатир представилась и сказала мальчику: «Итак, твой отец рассказал мне по телефону кое-что о ситуации, и, прежде чем мы начнем, я хотела бы сказать, что все мы точно знаем об одной вещи: нам известно, что у тебя хорошее семья». Мальчик поднял на нее изумленный взгляд, и тогда Сатир обратилась к матери и дружелюбно спросила ее: «Не могли бы вы начать со своих чувств?»

Изданная в 1964 г. книга Сатир «Объединенная семейная терапия» сделала многое для популяризации движения семейной терапии. Эта книга вместе с «Прагматикой человеческих коммуникаций» (Waltzlawich, Beavin & Jackson, 1967) способствовала распространению качества системного мышления группы Пало-Альто. Сатир стала лидером движения гуманистического потенциала. Мы ближе познакомимся с ее работой в главе 6.

## МЮРРЕЙ БОУЭН

Как и многие основатели семейной терапии, Мюррей Боуэн был психиатром, специализирующимся на шизофрении. Но в отличие от других он придавал особое значение теории в своей работе, и теория Боуэна и поныне является самой тщательно продуманной и основательной системой идей, какие выработала семейная терапия.

Боуэн начал свою клиническую работу в клинике Меннингера, где с 1946-го по 1954 г. изучал матерей с детьми-шизофрениками, совместно проживающих в небольших коттеджах. Его главным интересом в то время был симбиоз мать — ребенок, который привел его к формированию концепции о *самодифференциации* (независимость от других и отделение мышления от чувств). От Меннингера Боуэн переходит в НИПЗ, где работает над проектом госпитализации всей семьи с шизофреником в ее составе. Этот проект расширил концепцию о материнско-детском симбиозе, включив участие отцов, и привел к понятию *триангуляции* (направление конфликта между двоими людьми в другое русло путем подключения третьего). В 1959 г. Боуэн оставляет НИПЗ, чтобы перейти в Джорджтаунскую медицинскую школу, где становится профессором психиатрии и руководителем собственной учебной программы, оставаясь на этом посту вплоть до самой кончины в 1990 г.

В первые годы проекта НИПЗ (1954) Боуэн обеспечивал отдельных терапевтов для каждого члена семьи. Однако он открыл, что это приводит к фракционированию семей. Вместо того чтобы пытаться проработать семейные проблемы сообща, члены семьи склонялись к такой линии рассуждений: «Я обсужу эти проблемы с *моим* терапевтом» (Bowen, 1976). (Конечно же, такого никогда не случается, если порядочные люди, наподобие нас с вами, отправляются к *собственным* индивидуальным терапевтам.) Через год придя к заключению, что семья — это единица расстройств, Боуэн начинает работать с целыми семьями одновременно. Так, в 1955 г. Боуэн стал одним из первых, кто изобрел семейную терапию.

Начиная с 1955 г. он устраивал большие групповые терапевтические сессии для всех сотрудников проекта и всех семей. Обратившись к этой ранней форме сетевой терапии, Боуэн предполагал, что близость и открытые коммуникации должны быть терапевтичными — в отношении проблем внутри семьи и между семьями и сотрудниками.

Сперва он принял на службу четырех терапевтов для управления этими мультисемейными встречами, но остался недоволен, когда заметил, что терапевты склонны уводить обсуждение каждый в собственном направлении. Тогда Боуэн поставил одного за руководителя, а остальным отвел роль поддержки. Однако, как мультитерапевты предпочитали задавать каждый свое направление, так же поступали и семьи, работающие параллельно. Как только какая-нибудь семья приступала к обсуждению горячей темы, кто-то из членов другой семьи начинал беспокоиться и менял предмет разговора. В конце концов Боуэн решил, что семьи нужно чередовать — на каждой сессии рассматривать только одну семью, а другие будут выполнять роль безмолвной аудитории.

Сначала на больших встречах применялся тот же самый подход, который Боуэн использовал и для работы с отдельными семьями. Он делал то же, что и большинство первых терапевтов: собирал всех членов семьи вместе и пытался заставить их говорить. Он рассуждал, что дела семьи пойдут на лад только благодаря тому, что они соберутся вместе и обсудят общие интересы. Вскоре он отбросил эту идею. Неструктурированная семейная беседа была примерно так же продуктивна для терапии, как боксерский поединок между несколькими противниками различных весовых категорий в отсутствие судейства. Боуэн быстро понял это и разработал тщательно организованный подход, который соответствовал эволюции его теории.

Когда Боуэн собирал всех членов семьи, чтобы обсудить их проблемы, он сталкивался с их сильной *эмоциональной реактивностью*. Чувства заглушали мысль и топили индивидуальность в хаосе группы. Боуэн чувствовал склонность семьи втягивать его в центр *недифференцированной семейной эго-массы*, и ему приходилось прилагать невероятные усилия, чтобы сохранять нейтральность и объективность (Bowen, 1961). Способность сохранять нейтральность и внимательность к процессу, а не к содержанию семейных дискуссий — вот что отличало терапевта от участников семейной драмы.

Боуэн полагал, что, если побуждать семьи к решению их проблем, они будут вынуждены взять на себя большую ответственность и компетентность. Поэтому, находясь с семьей, он сохранял нейтралитет и недирективность, пока семьи бились над своими трудностями. Его основным активным усилием в течение сессии было при помощи указаний помешать семье сделать из пациента «козла отпущения», когда она использовала его как оп-

равдание, чтобы обойти другие проблемы. В конце каждой сессии Боуэн суммировал свои наблюдения, уделяя особое внимание процессу, когда семья пыталась решить свои проблемы.

Он заметил, что наблюдение целых семей бесценно как источник информации, но разочаровался в результатах терапии. С 1960 г. Боуэн начинает встречаться только с родителями симптоматических детей. Его целью было помешать игре в козла отпущения и помочь родителям сосредоточиться на собственных проблемах без привлечения детей.

Чтобы контролировать уровень эмоций, Боуэн заставлял супругов разговаривать с ним, а не друг с другом. Он обнаружил, что людям легче слушать, сдерживая реактивность, если их партнеры говорят с терапевтом, а не с ними напрямую.

Боуэн открыл, что терапевты и сами не защищены от вероятности быть втянутыми в семейные конфликты. Это понимание привело его к величайшему озарению. Всякий раз, когда люди борются с конфликтом, который не в силах разрешить, автоматически появляется потребность в привлечении третьей стороны. Фактически, как стал понимать Боуэн, треугольник — это наименьшая стабильная единица взаимоотношений.

Всякие двухперсональные эмоциональные системы под воздействием стресса стремятся сформировать трехперсональные системы. Муж, которого раздражают привычные опоздания его жены и который при этом не решается сказать ей об этом, может начать жаловаться на нее кому-то из своих детей. Эти жалобы могут ослабить некоторые его напряжения, но сам процесс жалобы третьей стороне вряд ли побудит его адресовать исходную проблему к ее источнику. Мы все иногда жалуемся на других людей, но Боуэн показал, что этот «триангулирующий» процесс деструктивен, когда становится нормативным свойством системы.

Другое его открытие относительно треугольников заключается в том, что они размножаются: если напряжение в отношениях не сохраняет локализацию в исходной паре, оно скорее всего активирует все больше и больше треугольников. В нижеследующем примере, взятом у Майкла Николса, семья позволила втянуть себя в целый лабиринт треугольников.

Одним воскресным утром «миссисс Мак-Нейл», озабоченная тем, чтобы вовремя привести семью в церковь, криком стала поднимать своего девятилетнего сына с постели. Когда он сказал ей: «Заткнись, дура», она ударила его. Четырнадцатилетняя сестра мальчика, Мэгги, увидев это, схватила мать, и они начали бороться. Затем Меган убежала к соседям, где жила ее подруга.



Родители подруги заметили, что у девочки разбита губа, и, когда она им все рассказала, они вызвали полицию. К тому времени, когда семья пришла ко мне на встречу, образовались следующие треугольники: миссис Мак-Нейл, которую после судебного разбирательства принудили покинуть семью, объединилась со своим адвокатом против судьи; кроме этого, у нее был индивидуальный терапевт, который поддерживал ее в мысли, что она несправедливо преследуется социальными работниками. Девятилетний сын все еще злился на мать, и отец был союзником мальчика в порицании жены за рукоприкладство. Мистер Мак-Нейл, прошедший курс реабилитации от алкоголизма, образовал шгьянс со своим поручителем, который полагал, что тот стоял на пути к распаду, пока жена не стала его больше поддерживать. Тем временем Меган образовала треугольник с соседями, которые считали, что ее родители ужасны и им следовало бы запретить иметь детей. Короче говоря, у каждого по отдельности, но не у семейного союза в целом было по защитнику.

Боуэн, обнаружив, что от пары к паре поднимаются одни и те же темы, решил, что может сэкономить время, если будет работать сразу с несколькими парами одновременно. Это представлялось уместным, потому что его терапия была довольно дидактичной. Итак, начиная с 1965 г. Боуэн стал работать с парами в группах. Парадоксально, но, прибегая к терапии нескольких семей одновременно, Боуэн упирал на отказе от слияния, присущем социальному и эмоциональному единению. Минимизируя эмоциональные интеракции между семьями и запрещая контакты вне группы, Боуэн мог преподать им урок того, как функционирует эмоциональная система. Пары в этих группах делали стремительный прогресс. Семьи, несомненно, усваивали процессы эмоциональных систем с меньшей тревогой, слушая обсуждения проблем *других людей*.

Кроме супружеских пар и групп пар, Боуэн работал и с отдельными членами семьи. Это был уникальный подход, бросающий вызов снисходительному взгляду на семейную терапию.

Семейная терапия — это одновременно и метод, и ориентация. Как ориентация она означает понимание людей в контексте значимости эмоциональных систем; как метод она обычно подразумевает работу с целыми семьями. Но работа Боуэна с отдельными членами семьи сосредоточивалась на теме семейных систем, вероятно, даже больше, чем работа большинства других семейных терапевтов, при том, что они встречаются с целыми семьями.

В 1966 г. эмоциональный кризис в семье самого Боуэна заставил его предпринять путешествие в недра собственной личности, что стало символом боуэновской теории, как в свое время самоанализ Фрейда — для психоанализа.

Став взрослым, Боуэн — старший из пяти детей в дружной деревенской семье — держался на расстоянии от своих родителей и остальных родственников. Как и многие из нас, он ошибочно принимал избегание за освобождение. Но, как он позже признал, незаконченные эмоциональные дела остаются с нами, делая нас уязвимыми к повторяющимся конфликтам, до которых мы никогда не добираемся, чтобы проработать с нашими семьями.

Самым важным достижением Боуэна стал его выход из треугольника с родителями, которые привыкли жаловаться ему друг на друга. Большинству из нас лестно сохранять подобное доверие, но Боуэн решил реорганизовать эту триангуляцию ради того, чем это было, и, когда мать пожаловалась ему на отца, он сказал ему: «Твоя жена рассказала мне кое-что о тебе. Интересно, почему она рассказала об этом мне, а не тебе». Как и следовало ожидать, отец обсудил это с матерью, и, естественно, ей стало неприятно.

Хотя эти усилия и произвели некий эмоциональный переворот, вызванный разрушением семейных правил, маневр Боуэна оказался эффективным в том, что воспрепятствовал попыткам родителей заставить его принять чью-либо сторону — и им стало сложнее избегать обсуждения тех или иных тем между собой. Повторение того, что тебе сказали о ком-то другом, — один из способов немедленно прекратить триангуляцию.

Через усилия в собственной семье Боуэн открыл, что *самодифференциация* достигается легче при развитии индивидуальных отношений по принципу «лицом к лицу» с каждым родителем и по возможности со всеми остальными родственниками по отдельности. Если визиты к ним проблематичны, можно восстановить отношения при помощи писем и телефонных звонков, особенно если речь идет о близких или дружественных отношениях. Процесс самодифференциации от семьи завершается, когда эти отношения поддерживаются без участия эмоционального слияния или триангуляции. Подробности личной работы Боуэна над его семейными взаимоотношениями сложны, но студентам стоит их прочитать (см. Anonymous, 1972).

После того как Боуэн рассказал стажерам о своем успехе в собственной семье, многие из них возвращались к своим семьям

и работали над самодифференциацией. Боуэн, заметив, насколько продуктивными терапевтами становятся эти стажеры, решил, что один из лучших способов изучения семейной терапии — это работа над эмоциональными темами в собственной семье. Так, начиная с 1971 г. изучение собственных семей стало одним из краеугольных камней боуэновского подхода к обучению. Цель — вернуться к семье, установить контакт, создать честные отношения с каждым членом семьи и научиться обсуждать семейные вопросы без эмоциональной реактивности или участия в треугольниках.

### НАТАН АККЕРМАН

Натан Аккерман был практикующим психоанализ детским психиатром, который и в своей первооткрывательской работе с семьями остался преданным психоаналитическим корням. Хотя его фокус на интрапсихическом конфликте, возможно, и представляется менее инновационным, чем внимание группы Пало-Альто к коммуникации как к обратной связи, у него имелось обостренное чувство к общей организации семей. Семьи, говорил Аккерман, могут представлять собой видимость союза, но быть в основании эмоционально расколотыми на конкурирующие группировки. Это положение можно считать родственным психоаналитической модели личности, которая, несмотря на свою кажущуюся целостность, в действительности подразумевает конфликт, запущенный непримиримыми в своей борьбе влечениями и защитами.

Закончив ординатуру, совпавшую с периодом Великой депрессии, Аккерман становится сотрудником клиники Меннинге-ра в г. Топика, штат Канзас. В 1937 г. он становится главным психиатром Детской воспитательной клиники. Сначала он придерживался схемы воспитательной работы с детьми, по которой ребенку предписывалось психиатрическое лечение, а матери — наблюдение социального работника, но с середины 1940 г. начал экспериментировать, закрепляя одного терапевта за ребенком и за матерью. В отличие от Боубли Аккерман пошел дальше использования этих совместных сессий как временную уловку: он пересмотрел всю концепцию психопатологии и стал воспринимать семью как базовую единицу для диагностики и лечения.

В 1955 г. Аккерман организовал первую сессию по семейной Диагностике на собрании Американской ортопсихиатрической ассоциации. Здесь Джексон, Боуэн, Уинн и Аккерман узнали о

существовании друг друга и объединились в понимании общих целей. Два года спустя Аккерман открыл Клинику психического здоровья семьи при Еврейской службе семьи в Нью-Йорке и начал преподавать в Колумбийском университете. В 1960 г. он основал Институт семьи, который был переименован в Институт Аккермана после его смерти в 1971 г.

В дополнение к своим клиническим инновациям Аккерман также опубликовал несколько важных статей и книг. Не ранее чем в 1938 г. он написал «Союз семьи» и сделал некоторые наброски к своей статье «Семейная диагностика: подход к дошкольникам» (Ackerman & Sobel, 1950) в ознаменование движения семейной терапии (Kaslow, 1980). В 1962 г. Аккерман совместно с Доном Джексонном основал первый журнал поля «Семейные процессы». Под редакционным руководством Джея Хейли (1962—1969), Дональда Блоха (1969—1982), Карлоса Слуцки (1983—1990), Питера Стейнгласа (1990—1998) и Кэрол Андерсон (1998 - настоящее время) «Семейные процессы» много лет остается лидирующим научным средством сообщения идей семейных терапевтов.

В то время как другие семейные терапевты принижали значение психологии личности, Аккермана всегда интересовала как внутренняя жизнь людей, так и то, что происходит между ними. Он никогда не забывал о чувствах, надеждах и желаниях. Фактически модель семьи у Аккермана походила на хорошо известную психоаналитическую модель; только вместо проблем сознательного и бессознательного он говорил о том, как семьи сталкиваются с некоторыми проблемами, избегая и отвергая другие, особенно те, которые подразумевают секс и насилие. Он рассматривал свою работу в качестве терапевта как нарушителя покоя, выносящего секреты семьи на свет.

В «Лечении проблемной семьи» (Ackerman, 1966a) Аккерман показал свое пренебрежительное отношение к учтивости и притворству краткой клинической иллюстрацией. Семья из четырех человек пришла на терапию, когда война между одиннадцатилетней дочерью и шестнадцатилетним сыном зашла слишком далеко: девочка незадолго до этого угрожала брату мясным ножом. Отец, садясь, издал тяжелый вздох. Аккерман спросил его, почему он так вздыхает, и, когда тот сослался на усталость, отверг это, предположив, что здесь, вероятно, имеется другая причина. Тогда вмешалась его жена, возвестив, что у нее есть дневник, где зафиксированы все злодеяния каждого за неделю. Ее напор прекрасно дополнял снисходительную уступчивость мужа. Ошелом-

ляющим ответом Аккермана был: «Вы запаслись записной книжкой? Так начинайте читать!»

Когда мать стала зачитывать свой отчет, Аккерман, догадавшись, что это обычное ее занятие, прокомментировал невербальное поведение отца: «Вы постукиваете пальцами». Это спровоцировало обсуждение того, кто что делает, которое мать постепенно взяла в свои руки и обратила в обвинительный акт в многочисленных невротичных привычках мужа. В этот момент вмешался с обвинением сын. Указав на мать, он сказал: «Она жалуется!» Мать, признав за собой этот небольшой промах, попыталась сменить тему. Но Аккерман не был расположен позволить ей так просто отделаться.

Оказалось, что жалобы матери возникали чаще всего тогда, когда она оказывалась в подчиненном положении. Отец сказал, что он расстраивается из-за ее прямых жалоб, но всегда отвлекается на детей, затевающих ссоры. Аккерман спросил: «Интересно, не вмешиваются ли они именно тогда, когда вы вдвоем собираетесь поговорить о своей интимной жизни?» Тогда отец поделился своими чувствами, когда, желая поцеловать жену, добивался от нее только упреков. «Тебе нужен противогаз», — сказал он ей. Дочь попыталась вмешаться, но Аккерман приказал ей сидеть спокойно, чтобы дать поговорить родителям.

Несколько минут спустя дети покинули сессию, и Аккерман приоткрыл дверь в спальню родителей. Сперва пара отыграла свой привычный паттерн: она обвиняла, а он замыкался. На сей раз жена жаловалась на то, что муж совсем не романтичен и она единственная, кто заботится о контрацепции и пользуется противозачаточным колпачком. Между тем муж пребывал в смиренном молчании. Эта пара прекрасно взаимодействовала друг друга: она — ведущий, он — ведомый. Но Аккерман вывел их из равновесия, шутивно поддразнив жену и спровоцировав мужа постоять за себя.

Хотя в описаниях постфактум всегда найдется место, чтобы обвинить терапевта в том, что он встал на чью-то сторону, нужно отметить, что в этом примере жена вряд ли почувствовала, что Аккерман критиковал или осаживал ее. Да и муж вряд ли подумал, что Аккерман пытается отстоять его перед женой. Скорее всего под конец сессии эта мрачная, недовольная пара начала смеяться и по достоинству оценила друг друга. Они увидели, что все больше отдаляются друг от друга и позволяют детям отвлекать себя. Таким образом, хотя работу Аккермана можно описать

как по сути психоаналитическую, мы увидели здесь начальные усилия по реорганизации семейной структуры.

Аккерман рекомендовал, чтобы все, кто живет под одной крышей, присутствовали на семейных интервью. Он писал: «Очень важно вначале установить значимый эмоциональный контакт со всеми членами семьи, создать климат, в котором вы реально соприкасаетесь с ними и чувствуете их ответную реакцию» (Ackerman, 1961, с. 242). Установив контакт, Аккерман поощрял открытое и честное выражение чувств. Он был *агентом-provocatorem*, побуждающим к откровениям и столкновениям — остроумный и всегда готовый засунуть свой нос в личные семейные дела.

Аккерман отмечал, что идентичность каждого человека выражается по-разному: через его индивидуальность, в качестве члена семейной подсистемы и в качестве члена семьи в целом. Чтобы точно определять эти компоненты идентичности, он был внимателен к коалициям, которые проявлялись в семейных интервью. Один из подобных признаков обнаруживался, когда семьи рассаживались в определенном порядке. Входя в кабинет консультанта, члены семьи обычно стремились разбиться на пары, так что образовывались группировки. Чтобы показать их более четко, Аккерман предлагал членам семьи затеять между собой разговор. Как только они начинали говорить друг с другом, было легче увидеть, как они эмоционально разделены и какие проблемы и запреты имеют место. Аккерман также уделял большое внимание невербальным сигналам, потому что считал, что замаскированные чувства передаются языком тела гораздо более красноречиво, чем словами.

Поддерживая честный эмоциональный обмен, Аккерман «щекотал защиты» членов семьи — его фраза, означающая провоцирование людей на раскрытие и выражение того, о чем они действительно думают. То, что считалось семейными секретами, говорил Аккерман, как правило, оборачивалось общим знанием, о котором просто никто не заговаривал. Однако, доверяя терапевту, семья раскрепощается и заговаривает более откровенно о том, о чем обычно не было желания говорить.

Поощряя семью ослабить эмоциональное напряжение, Аккерман сам вел себя непринужденно. Он свободно вставал то на сторону одних, то на сторону других представителей семьи. Аккерман не считал, что следует всегда или по возможности оставаться нейтральным и объективным; напротив, он полагал, что справедливый баланс в конце концов достигается движением туда-сюда, оказанием поддержки то одному, то другому члену

семьи. Порой он был беззастенчиво прямолинейным. Если он полагал, что кто-то лжет, то так и говорил об этом. Критикам, которые считали, что такая прямота может вызвать слишком сильную тревогу, Аккерман возражал, что люди получают большее успокоение от честности, чем от лживой обходительности.

Аккерман рассматривал семейные проблемы как продукт конфликта. Он говорил, что конфликты внутри личности, между членами семьи, между семьями и обществом вообще следует выявлять и разрешать, если нужно залечивать психологические травмы. Конфликты между и внутри членов семьи связаны в систему замкнутой обратной связи; то есть интрапсихический конфликт поддерживает интерперсональный конфликт, и наоборот (Ackerman, 1961). Чтобы обратить симптоматичные нарушения, терапевт должен привести конфликт в открытую форму, в поле семейных интеракций, где могут быть найдены новые решения. Пока конфликт остается локализованным внутри личностей, считал Аккерман, психопатология останется фиксированной.

Несмотря на то что невозможно четко резюмировать вольный аккермановский подход, у него существуют ясные характерные признаки. Первый заключается в обязательной глубокой терапевтической убежденности и участии. Аккерман сам эмоционально глубоко вовлекался в семью, по контрасту, например, с Мюрреем Боуэном, который предупреждал терапевтов выдерживать некоторую дистанцию, чтобы не попасть в процесс триангуляции. Глубина также характеризует проблемы, на которых концентрировался Аккерман, — семейные аналоги некоторых конфликтов, чувств и фантазий, глубоко упрятанных в бессознательном человека. Психоаналитическая ориентация обострила в нем чуткость к скрытым темам в интерперсональном бессознательном семьи, а его провокационный стиль позволял ему помогать семьям вынести эти темы на свет дня.

Аккерман внес весомый вклад в семейную терапию: он был одним из первых, кто предположил возможным лечение целых семей и благодаря своей изобретательности и энергичности реально воплотил это. Не далее как в конце 1940-х гг. Аккерман Указал, что терапия членов семьи по отдельности без рассмотрения конфигурации семьи часто бесполезна. В 1954 г. он рекомендовал обследовать целые семейные группы и выстраивать терапию согласно этим оценкам как для семейной группы, так и для отдельных членов семьи.

Другое важное воздействие Аккерман оказал в качестве не-

превзойденного мастера терапевтической техники. Он был одним из величайших гениев этого движения. Те, кто у него учился, все до единого ссылались на его чары клинициста. Он был динамичным катализатором — активным, открытым, прямолинейным и никогда — суровым или нерешительным. Он был вспыльчивым и эффективным. И не довольствовался кабинетным приемом, а рекомендовал визиты на дому и сам часто посещал семьи в домашней обстановке (Ackerman, 1966b).

Наконец, вклады Аккермана как педагога, — возможно, его важнейшее наследие. На восточном побережье его имя было синонимом семейной терапии на протяжении всех 1960-х годов. Среди тех счастливых, кто учился у него, был Сальвадор Минухин, который открыто признает свой долг гению Аккермана.

Аккерман всегда настаивал, что терапевт должен быть эмоционально вовлеченным в работу с семьей и использовать конфронтацию, чтобы привести скрытые конфликты к открытой дискуссии. Как терапевту спровоцировать откровенное раскрытие? Аккерман делал это, акцентируясь на избегании и эмоциональном мошенничестве («щекотание защит»), бросая вызов штампам и препятствуя бесплодным спорам о вещах, не имеющих особого значения. Техники Аккермана предполагают, что он был несколько более озабочен содержанием семейных конфликтов, чем процессом того, как члены семьи справляются с ними, и более заинтересован семейными секретами (особенно теми, которые подразумевают секс и агрессию), чем семейной структурой и паттернами коммуникации. Возможно, наиболее бессмертный вклад Аккермана — это его последовательный акцент на отдельных личностях и целых семьях; он никогда не терял из виду личность в системе.

## КАРЛ ВИТАКЕР

Даже среди многочисленных упрямых и колоритных персонажей — основателей семейной терапии — Карл Витакер выделяется как самый дерзкий. Он считал людей с психологическими проблемами теми, кто чурается чувств и цепляется за безжизненные шаблоны (Whitaker & Malone, 1953). Витакер накалял страстную эмоциональную атмосферу. Его «Психотерапия абсурда» (Whitaker, 1975) представляет собой смесь теплого участия и непредсказуемых эмоциональных провокаций, предназначенных



для подготовки людей к соприкосновению с собственным опытом на более глубоком, личностном уровне.

Принимая во внимание дерзкий и изобретательный подход Витакера к индивидуальной терапии, неудивительно, что он стал одним из первых, кто порвал с психиатрическими традициями ради экспериментов с семейной терапией. В 1943 г. он и Джон Уоркентин, работая в Оак-Ридз, штат Теннесси, начали включать в свое пациентское лечение супругов и детей. Витакер также стал пионером использования котерапии, полагая, что поддерживающий партнер помогает свободному терапевту реагировать спонтанно, без опасения несдержанного контрпереноса.

В 1946 г. Витакер возглавляет факультет психиатрии университета Эмори, где объединяется с Уоркентином и Томасом Маллоном. Они продолжают экспериментировать с лечением семей, особенно интересуясь шизофрениками и их семьями. Витакер организывает ряд конференций, которые в конечном счете приводят к главной встрече движения семейной терапии. В 1946 г. Витакер, Уоркентин и Малон начали дважды в год проводить конференции, в течение которых рассматривали и обсуждали работу друг друга с семьями. Группа сочла эти сессии чрезвычайно полезными, и с тех пор взаимные наблюдения с использованием одностороннего зеркала стали одним из отличительных признаков семейной терапии.

В 1953 г. Витакер приглашает Джона Розена, Альберта Шифлена, Грегори Бейтсона и Дона Джексона поучаствовать в происходящей раз в полгода конференции, посвященной семьям, проходившей в тот год в Си-Айленде, штат Джорджия. Каждый демонстрировал собственный подход к одной и той же семье, в то время как другие наблюдали и в заключение объединялись в групповых дискуссиях и анализе. Взаимное обогащение идеями становилось важной особенностью движения семейной терапии. Некоторая открытость, которая приводила семьи в терапевтический кабинет, побуждала и семейных терапевтов делиться своей работой с коллегами при помощи видеозаписей и живых демонстраций.

В 1955 г. Витакер ушел в отставку из Эмори и начал частную практику с Уоркентином, Маллоном и Ричардом Фелдером. Он и его партнеры по Психиатрической клинике в Атланте разработали «эмпирическую» форму психотерапии, используя в семейной, индивидуальной, групповой и супружеской терапии ряд чрезвычайно провокационных техник, сочетающихся с силой их личностей (Whitaker, 1958).

В 1965 г. Витакер покинул Атланту, чтобы стать профессором психиатрии в университете Висконсина, где проработал вплоть до своей отставки в 1982 г. После этого он полностью посвятил себя терапии семей и ездил по всему миру с собственными семинарами. Ближе к концу 1970-х гг. Витакер, по-видимому, смягчился и добавил больше понимания семейных динамик к своим необдуманым вмешательствам. В процессе этот прежний дикарь семейной терапии стал одним из уважаемых деятелей движения. После смерти Витакера в апреле 1995 г. поле будто бы осиротело.

На заре движения семейной терапии Витакер был менее известным, чем многие другие терапевты первого поколения. Возможно, это было связано с его атеоретической позицией. Тогда как Джексон, Хейли и Боуэн разрабатывали увлекательные и легкие для понимания теоретические концепции, Витакер всегда отказывался от теории, предпочитая творческую спонтанность. Поэтому его работа была менее доступной для обучения, чем работа его коллег. Тем не менее среди равных себе он всегда был уважаемой фигурой. Те, кто понимал, что происходит в семьях, видел, что в его безумии есть система.

Витакер умышленно создавал напряжение, докучая и пикируясь с семьями, будучи убежденным, что стресс необходим для изменений. По нему никогда нельзя было сказать, что он имеет четкую стратегию, и он не прибегал к предсказуемым техникам, предпочитая, как он говорил, позволять своему бессознательному подгонять терапию (Whitaker, 1976). Хотя его работа выглядела совершенно спонтанной, даже временами вопиюще спонтанной, у нее имелись твердые базовые качества. Все его вмешательства поощряли гибкость. Он не делал слишком многого, чтобы продвинуть семьи к изменениям в конкретных направлениях, когда бросал им вызов и хитростью добивался их раскрытия, — чтобы они могли в большей мере стать самими собой и прийти к большему удовлетворению.

## АЙВЕН БОЖОРМЕНИЙ-НЕГИ

Айвен Божормений-Неги, пришедший в семейную терапию из психоанализа, был одним из плодотворных мыслителей движения с самых первых его дней. В 1957 г. он основал Восточно-Пенсильванский психиатрический институт (ВППИ) в Филадельфии как центр для исследований и обучения. Уважаемый

научный клиницист и умелый администратор, Божормений-Неги был способен притягивать талантливых коллег и студентов. Среди них были Джеймс Фрамо, один из немногочисленных психологов на заре движения семейной терапии; Дэвид Рубинштейн, психиатр, который впоследствии разработал отдельную учебную программу по семейной терапии, и Джеральдина Спарк — социальный работник, которая сотрудничала с Божормений-Неги в качестве котерапевта, содиректора союза и соавтора «Незримой привязанности» (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973). К этой группе присоединился Джеральд Зак, психолог, который разработал «триадический в основании» подход к семейной терапии (Zuk, 1971). В триадической в основании семейной терапии терапевт начинает как посредник, но затем принимает чью-либо сторону, чтобы ликвидировать сильные группировки в семье. Согласно Заку (Zuk, 1971, p. 73), «продуманно принимая чью-либо сторону, терапевт может пошатнуть баланс в пользу более продуктивных отношений или во всяком случае подорвать хронические паттерны патогенных отношений».

В 1960 г. в ВППИ из Темпльского университета переходит Альберт Шифлен и присоединяется к Рею Бердвистеллу для изучения языка тела в психотерапии. Росс Спек, который учился в ординатуре по психиатрии в начале 1960-х гг., разработал совместно с Кэролайн Аттнив «сетевую терапию», расширившую контекст лечения далеко за пределы нуклеарной семьи. В этом подходе для участия на терапевтических сессиях приглашается как можно больше людей, связанных с пациентом. Часто собираются до пятидесяти человек, включая членов семьи и родственников, друзей, соседей и учителей, приблизительно на три четырехчасовые сессии, возглавляемые минимум тремя терапевтами, чтобы обсудить, как поддержать пациента и помочь ему измениться (Speck & Atteneave, 1973).

В дополнение к поручительству и поддержке студентов и коллег Божормений-Неги внес большой вклад в изучение шизофрении (Boszormenyi-Nagy, 1962) и семейную терапию (Boszormenyi-Nagy, 1966, 1972; Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973). Божормений-Неги представлял себя как бывший аналитик, оценивший по достоинству секретность и конфиденциальность, который стал семейным терапевтом, борющимся с патологическими силами в открытую. Один из его главных вкладов — добавление этической составляющей к терапевтическим целям и техникам. Согласно Божормений-Неги, ни принцип удовольствия-боли, ни транзакциональная своевременность не являются достаточ-

ными проводниками к человеческому поведению. Наоборот, он считал, что члены семьи должны основывать свои взаимоотношения на доверии и преданности и балансировать между правами и обязательствами.

В 1980 г., после того как тысячи специалистов прошли обучение в ВППИ, власти штата Пенсильвания внезапно закрыли институт. Божормений-Неги и несколько его коллег сохранили связь с соседней Медицинской школой при Хонманнском университете, но критическая масса была утеряна. Поэтому впоследствии Божормений-Неги продолжал совершенствовать собственный подход, контекстуальную терапию, которая является одним из тщательно продуманных и недооцененных подходов к семейной терапии.

## САЛЬВАДОР МИНУХИН

Первое внезапное появление Минухина на сцене вылилось в блистательную клиническую драму, которая пленила публику. Этот неотразимый мужчина с элегантным латинским акцентом соблазнял, провоцировал, издевался или озадачивал семьи, заставляя их изменяться. Но даже легендарная склонность Минухина к драматизациям не имеет того электризующего импульса элегантной простоты, которая характерна для его структурной модели.

Родившийся и выросший в Аргентине, Минухин начал карьеру семейного терапевта в начале 1960-х гг., когда открыл два паттерна, характерных для большинства неблагополучных семей: одни из них «спутываются» — выстраивают хаотичные и прочные взаимосвязи; другие «выпутываются» — обособляются и внешне разобщаются. В обоих типах семей авторитарные роли выполняются неудовлетворительно. Спутавшиеся родители слишком смешиваются с детьми, чтобы сохранять лидерство и выполнять контроль; выпутавшиеся родители слишком дистанцируются, чтобы обеспечивать эффективную поддержку и руководство.

Семейные проблемы прочны и устойчивы к изменениям, потому что вплетены в сильные, но невидимые невооруженным взглядом структуры. Возьмем, к примеру, мать, тщетно уговаривающую своего упрямого ребенка. Она может ругаться, наказывать, обещать луну с неба или пытаться быть терпеливой, но, пока она «спутана» или чрезмерно увлечена своим ребенком, ее усилия будут тщетны, потому что она лишена авторитета. Более

того, поскольку поведение одного члена семьи всегда взаимосвязано с поведением остальных, матери будет трудно отстраниться, поскольку ее муж (отец ребенка) выпутан.

Семейная система, такая, как семья, является структурированной, поэтому попытки к изменению правил представляют собой то, что семейные терапевты называют «изменением первого порядка», изменение внутри системы, которая сама при этом остается прежней. Если мать в приведенном примере начнет практиковать строгую дисциплину, это будет изменением первого порядка. Спутавшаяся мать хватается за иллюзию альтернатив. Она может быть строгой или мягкой — результат будет одинаковым, потому что она остается в капкане треугольника. Поэтому нужны «изменения второго порядка» — изменения в самой системе. Именно ради того, чтобы выяснить, как вызывать такие изменения, терапевты со всего мира толпами стекались на семинары Минухина.

Сначала Минухин работал над своими идеями, одновременно занимаясь проблемой преступности среди несовершеннолетних в Вильтвикской школе для мальчиков в Нью-Йорке. Семейная терапия с семьями из городских трущоб была новым направлением работы, и публикация его идей (Munuchin, Montalvo, Guerney, Rosman & Schumer, 1967) стала причиной того, что в 1965 г. его пригласили возглавить Детскую воспитательную клинику в Филадельфии. Минухин взял с собой Браулиу Монтальво и Берниса Розмана, а в 1967 г. они объединились с Джем Хейли. Вместе они трансформировали традиционную детскую воспитательную клинику в один из самых больших центров семейной терапии.

Первым заметным достижением Минухина в Филадельфийской клинике стала уникальная программа среднего специального образования по специальности семейных терапевтов для членов местного черного сообщества. Причина для этих особых усилий заключалась в том, что культурные отличия могли серьезно затруднить белому терапевту, представителю среднего класса, процесс установления контактов с городскими афро- и латиноамериканцами.

В 1969 г. Минухин получил грант для запуска интенсивной двухгодичной учебной программы, в которой он, Хейли, Монтальво и Розман разработали высокоэффективный подход к обучению, так же как и одну из наиболее значимых систем семейной терапии. Согласно Хейли, одно из преимуществ в обучении специальности семейного терапевта людей без предварительного

клинического опыта заключалось в том, что им не приходилось забывать усвоенное прежде и, следовательно, сопротивляться системному мышлению. Минухин и Хейли стремились воспользоваться этим, разработав подход с наименьшим возможным количеством теоретических концепций. Концептуальная элегантность стала одной из отличительных черт «структурной семейной терапии».

Главными особенностями обучения были практический опыт, интерактивная супервизия и расширенное использование видеозаписей. Минухин считал, что обучаться специальности терапевта лучше всего через опыт. Только после наблюдения за несколькими семьями, полагал он, терапевты становятся готовыми оценить по достоинству и применить тончайшие элементы системной теории.

Техники структурной семейной терапии сводились к двум общим стратегиям. Первая — терапевт должен приспособиться к семье, чтобы «присоединиться» к ней. Если бросать вызов предпочитаемой семьей схеме установления отношений, сопротивление с ее стороны гарантировано. Но если вместо этого терапевт начнет с попыток понять и принять семью, то она скорее всего примет лечение. (Ни один жаждущий не примет совета от кого-то, если почувствует, что на самом деле не понят.) Как только происходит это первичное *присоединение*, структурный семейный терапевт начинает использовать *реструктурирующие* техники. Эти активные приемы задумывались для того, чтобы разрушить дисфункциональные структуры путем укрепления размытых границ и ослабления жестких (Minuchin & Fischman, 1981).

В 1970-х гг. под руководством Минухина Филадельфийская детская воспитательная клиника стала лидирующим мировым центром семейной терапии и обучения. Уход с поста директора в 1975 г. освободил Минухина для занятия его основным увлечением — лечением семей с психосоматическими заболеваниями, особенно тех, в составе которых имелись больные с анорексией (Minuchin, Rosman & Baker, 1978).

В 1981 г. Минухин переехал в Нью-Йорк и основал Корпорацию по изучению семьи, где увлеченно занимался обучением семейных терапевтов со всего мира и выполнял свои гражданские обязательства по восстановлению социальной справедливости, работая в системе воспитания приемных детей. Он также продолжал выпускать самые влиятельные книги этого поля. Его «Семья и семейная терапия», вышедшая в 1974 г., стала самой

популярной книгой в истории семейной терапии, а «Лечение семьи» 1993 г. и поныне остается одним из самых глубокомысленных и прогрессивных описаний лечения, когда-либо сделанных терапевтом. В 1996 г. доктор Минухин, отойдя от дел, уединился вместе с женой Патрицией в Бостоне.

## **ДРУГИЕ ПЕРВЫЕ ЦЕНТРЫ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ**

В Нью-Йорке Израэл Цверлинг (прошедший анализ у Натана Аккермана) и Мерилин Мендельсон (прошедшая анализ у Дона Джексона) организовали при Медицинском колледже Альберта Эйнштейна и Бронкском государственном госпитале отделение по изучению семьи. В 1964 г. его директором был назначен Эндрю Фербер, а позже там появился Филип Горин, протеже Боуэна. Натан Аккерман служил в отделении в качестве консультанта, и группа собрала внушительный коллектив семейных терапевтов разнообразных ориентации, включая Криса Билза, Бетти Картер, Монику Орфанидис (ныне Мак-Голдрик), Пегги Пэпп и Томаса Фогарти.

В 1970 г. Филип Горин стал учебным директором Отделения по изучению семьи и в 1972 г. учредил заочную программу обучения в Вестчестере. Вскоре после этого, в 1973 г., он основал Центр по изучению семьи, где разработал одну из самых лучших в стране программ обучения семейной терапии.

В Галвестоне, штат Техас, Роберт Мак-Грегор и его коллеги разработали «терапию множественного воздействия» (MacGregor, 1967). Это произошло по принципу «голь на выдумку хитра». Клиника Мак-Грегора обслуживала многочисленное население, широко рассеянное по юго-востоку Техаса, и многим из них приходилось преодолевать сотни миль, чтобы попасть к нему на прием. Поэтому большинство этих людей были неспособны посещать еженедельные сеансы. Таким образом, чтобы оказывать максимальное воздействие за короткое время, Мак-Грегор стал собирать большую команду специалистов, интенсивно работающих с семьями в течение двух полных дней. Команда психологов, социальных работников, психиатрических ординаторов и стажеров встречалась с семьями в единой группе и в различных подгруппах; между сессиями терапевтическая команда обсуждала свои результаты и совершенствовала стратегии вмешательства.

ва. Хотя мало семейных терапевтов используют подобные маратфонские сеансы, командный подход продолжает быть одним из отличительных признаков поля.

В Бостоне два наиболее значимых ранних вклада в семейную терапию были произведены в экзистенциально-эмпирическом крыле движения. Норман Пол создал подход, названный им «операциональная скорбь», предназначенный для того, чтобы раскрывать и выражать неразрешенную печаль. Согласно Полу, этот катарсический подход полезен почти для всех семей, а не только для тех, которые перенесли недавнюю потерю.

Фрэд и Банни Дул открыли Бостонский институт семьи, где создали «интегративную семейную терапию». Вместе с Дэвидом Кантором и Сэнди Уотанаб Дулы объединили идеи из нескольких теорий семьи и добавили ряд экспрессивных методов, включая *семейную скульптуру*.

В Чикаго тоже были влиятельные центры молодой семейно-терапевтической сцены — Институт семьи и Институт исследований детства и юношества. В Институте семьи Чарльз и Ян Крамеры разработали клиническую учебную программу, к которой гтоже присоединилась и Медицинская школа при Северо-Западном университете. Институт исследований детства и юношества тоже учредил программу обучения под руководством Ирва Борстейна с Карлом Витакером в качестве консультанта.

Натан Эпштейн с коллегами, начавшие свою деятельность на психиатрическом факультете в Университете Мак-Мастера в Гамильтоне, Онтарио, разработали проблемно-фокусированный подход (Epstein, Bishop & Baldarin, 1981). «Мак-мастерская модель семейного функционирования» проходит шаг за шагом — разъясняя проблему, собирая данные, рассматривая варианты для решения и оценивая учебный процесс — к оказанию помощи семье в понимании своих интеракций и строится на их вновь приобретенных навыках совладания с проблемами. Позже Эпштейн перебрался в Броуновский университет в Провиденсе, Род-Айленд.

Важные ранние достижения в семейной терапии за пределами Соединенных Штатов включают: использование Робинот Скиннером (Skynner, 1976) психодинамической семейной терапии в Институте семейной терапии в Лондоне; систему семейной диагностики британского психиатра Джона Хоувеллса (Howells, 1971) как обязательный этап планирования терапевтического вмешательства; интегративные усилия Хелма Штайрлина



(Stierlin, 1972), Западная Германия, объединившего психодинамические и системные идеи для достижения понимания и лечения проблемных подростков; работу с семьями в начале 1970-х Маурицио Андољи из Рима и основание им в 1974 г. Итальянского общества семейной терапии и работу Мары Сельвини Паллаццолі и ее коллег, которые в 1967 г. основали Институт изучения семьи в Милане.

В заключение этого раздела упомянем заслуги Кристиана Миделфорта. Даже более, чем в случае с Джоном Бэллом, первооткрывательская работа Миделфорта в семейной терапии очень долго не получала признания. Он начал лечить семьи госпитализированных пациентов в начале 1950-х гг., обнаружив, возможно, первый доклад по семейной терапии на профессиональном собрании Американской психиатрической ассоциации в 1952 г. и опубликовав одну из первых полноценных книг этой области в 1957 г. Тем не менее, как штатный психиатр в Ла-Корсе, Висконсин, он оставался изолированным от остального движения семейной терапии. Только недавно его усилия первооткрывателя все же получили признание (Borderick & Schrader, 1991). Метод лечения семей по Миделфорту базируется на модели групповой терапии и сочетает психоаналитические идеи с техниками поддержки и стимуляции. Сначала его интересовало консультирование членов семьи с целью идентификации пациента, но постепенно он пришел к системной точке зрения и рассматривал семью в качестве пациента. Его техника, описанная в главе 3, поощряет членов семьи обеспечивать друг друга любовью и поддержкой, которую сначала дает им терапевт.

Теперь, когда вы увидели, как рождалась семейная терапия одновременно в нескольких местах, кто является ее основоположниками и каковы некоторые идеи, которые изменили не просто то, как мы лечим людей, но и весь подход к пониманию человеческого поведения, мы надеемся, вы не прошли мимо одной вещи: это чрезвычайно волнительно — наблюдать, как людское поведение приобретает смысл в контексте семьи. Встречи с семьями в первое время подобны выходу на свет из темной комнаты. Это волнение и было тем, что инспирировало создание семейной терапии сорок лет назад, и это же волнение доступно и вам, когда вы оказываетесь лицом к лицу с семьей сегодня. Некоторые вещи становятся ясными очень быстро.

## Золотой век семейной терапии

Семейные терапевты первого десятилетия, совсем как новички во дворе, были полны энтузиазма и бравады. «Глянь-ка на это!» — казалось, говорили Хейли, Джексон, Боуэн и другие, когда обнаруживали, насколько поразительно вся семья задействована в симптомах одного пациента. Эти целители нового стиля были пионерами, занятыми открытием новых территорий и их отгораживанием от недружественной прослойки психиатрического истеблишмента. Но разве можно винить их в этом, если казалось, что эти энтузиасты надсмехались над аксакалами психиатрии, чья реакция на их нововведения была: «Так делать нельзя!»

Борясь за легитимность, семейные клиницисты подчеркивали общие убеждения и сглаживали свои расхождения. Проблемы, соглашались они, зреют в семьях. Но если девиз 1960-х был «Глянь-ка на это!» — выделяющий общий скачок понимания, ставший возможным благодаря рассмотрению целых семей вместе, — объединяющий клич 1970-х стал «Глянь-ка, что я могу!» — совсем как новички, отвоевавшие собственную территорию и потрясающие мускулатуру.

В период с 1970-го по 1985 г. произошел расцвет известных школ семейной терапии, когда первооткрыватели учреждали учебные центры и разрабатывали содержания своих моделей. Три лидирующие парадигмы — эмпирическая, психоаналитическая и поведенческая семейная терапии — произошли от подходов к лечению отдельных пациентов, в то время как другие три наиболее прославленных подхода к семейной терапии — структурный, стратегический и боуэновский — стали уникальными продуктами системной революции.

Лидирующим подходом к семейной терапии в 1960-х гг. была коммуникативная модель, разработанная в Пало-Альто. Книгой десятилетия стала «Прагматика человеческой коммуникации» — текст, который подготовил людей к идее семейной терапии (и навел некоторых на убеждение, что ее прочтение сделало их семейными терапевтами). Моделью 1980-х гг. стала стратегическая терапия, а книги десятилетия описали три наиболее жизненных подхода: «Изменение» Вацлавика, Уикленда и Фиша<sup>1</sup>; «Терапия, решающая проблемы» Джея Хейли и «Парадокс и контрпарадокс» Мары Сельвини Палаццоли и ее Миланской

Изданная в 1974 г., эта книга и ее продолжение «Тактики изменения» наиболее активно читались и осмыслились в 1980-х.

группы. 1970-е принадлежали Сальвадору Минухину. Его «Семьи и семейная терапия» и описанная в ней простая, но все же неотразимая модель семейной структуры захватили десятилетие.

Структурная теория, по-видимому, предложила именно то, что искал потенциальный семейный терапевт: простой, но выразительный способ описания семейной организации и набор прямых шагов к лечению. Идеи, представленные в «Семьях и семейной терапии», были настолько неотразимы и настолько ясны, что казалось, все, что от вас требуется, это трансформировать семейства, присоединившись к ним, составить карту их структуры, а после сделать то, что делал Сальвадор Минухин, чтобы вывести их из равновесия. А вот здесь и появлялось затруднение.

Несмотря на открытость структурной семейной терапии и легкость ее описания, на деле оказалось, что даже после того, как вы присоединяетесь к семье и вычисляете ее структуру, говорить об изменении этой структуры проще, чем действительно изменить ее. Мы могли бы спросить задним числом, продуктом чего была впечатляющая сила минухинского подхода — метода или личности? (Ответ, вероятно, — и того и другого понемногу.) Но в 1970-х гг. широко распространенное мнение, что структурной семейной терапии можно легко научиться, притягивало людей со всех континентов на учебу туда, что в течение десятилетия было Меккой семейной терапии: в Филадельфийскую детскую воспитательную клинику.

Филадельфийская детская воспитательная клиника в пору своего расцвета (конец 1960-х — начало 1980-х гг.) была одной из самых больших и наиболее престижных клиник психического здоровья в мире. Кроме Минухина, учебный факультет включал в себя Браулино Монтальво, Джея Хейли, Берниса Розмана, Гарри Эпонта, Картера Умбаргера, Марианну Уолтере, Чарльза Фишмана, Клу Маданес и Стефена Гринштейна, а также клинический штат свыше трех сотен человек. Если вы хотели стать семейным терапевтом, то более подходящего места для этого было не сыскать.

Хотя трудно представить, что успех большой организации зависит от одной-двух ключевых фигур, Филадельфийская детская воспитательная клиника утратила свою исключительность в 1980-х после отставки Минухина с поста директора и ухода Хейли и Монтальво. К концу того десятилетия структурная семейная терапия, которая к тому времени представляла истеблишмент семейной терапии, подверглась атаке ряда проблем, которые мы обсудим в главе 10. Но еще прежде, чем феминистская и

постмодернистская критика оказали свое громадное воздействие, новый лечебный брэнд занял центральное положение в семейной терапии. 1980-е гг. стали десятилетием стратегической терапии семьи.

Стратегическая терапия, процветающая в 1980-х гг., была сосредоточена в трех уникальных творческих группах: группе краткосрочной терапии в ИПИ, включая Джона Уикленда, Пола Вацлавика и Ричарда Фиша; у Джея Хейли и Клу Маданес, содиректоров Института семейной терапии в Вашингтоне, и у Мары Сельвини Палаццоли и ее коллег в Милане. Но ведущее влияние на десятилетие стратегической терапии было оказано Милтоном Эриксоном, хотя и посмертно.

Гением Эриксона очень восхищались и много подражали. Семейные терапевты стали идолизировать Эриксона точно так же, как детьми идолизировали капитана Марвела<sup>1</sup>. Мы маленькие, а мир большой, но мы мечтали стать героями — достаточно сильными, чтобы побеждать, или достаточно умными, чтобы обхитрить всех, кого мы боялись. Мы приходили домой с субботних представлений, по макушку накаченные впечатлениями, вынимали свои игрушечные мечи, надевали волшебные накидки — и вперед! *Мы* становились супергероями. Мы были совсем детьми и потому не утруждали себя переводом волшебной силы своих героев на собственный язык: мы просто полностью их копировали. К сожалению, многие из тех, кто стали звездами, вдохновившись легендарными терапевтическими историями Эриксона, поступали точно так же. Вместо того чтобы пробовать понять принципы, на которых они были основаны, слишком многие терапевты лишь пытались подражать его «необыкновенным техникам». Чтобы стать компетентным терапевтом любого типа, нам следует держаться на психологическом расстоянии от мастеров высшего порядка — Минухиных, Милтонов Эриксонов, Майклов Уайтов. Иначе мы заканчиваем мимикрией под магию их методов, а не пониманием сущности их идей.

Акцентирование Эриксона на общих, даже неосознанных, естественных способностях иллюстрируется его *принципом утилизации* — использование языка клиента и предпочтительных способов наблюдения для минимизации сопротивления. Взамен анализа и интерпретации дисфункциональных динамик была виднута идея, согласно которой клиенты становились активными и подвижными. Эриксон полагал, что происходящее за

пределами кабинета консультанта движение значимо, и поэтому активно пользовался предписаниями, которые следовало выполнять между сеансами. Таким предписаниям, или «директивам», предстояло стать фирменным знаком стратегического подхода Джея Хейли.

Стратегические директивы Хейли были столь привлекательными за счет того, что представляли собой замечательный способ обретения власти и контроля над людьми — ради их же блага, — лишенный элемента фрустрации, который типичен для попыток убедить кого-то сделать что-то правильное. (Проблемы, конечно же, отчасти заключаются в том, что большинство людей заранее знают, что для них хорошо. Но тяжелее всего *сделать* это.) Так, например, в случае большой булимией стратегическая директива для ее семьи заключалась в том, чтобы накрыть общий стол, подав к нему жареного цыпленка, французское жаркое, булочки и мороженое. Затем, под наблюдением семьи, пациентке следовало руками смешать всю еду, отобразив в символической форме, что происходит у нее в животе. После того как еда будет доведена до однородного мессива, она должна забить ею унитаз. Затем, когда унитаз засорится, ей следовало попросить кого-то из членов семьи, что больше всего ее возмущало, прочистить его. Эта задача отображала в символической форме не только то, что больная булимией делает с собой, но и то, чему она подвергает свою семью (Madanes, 1981).

Эти удачные вмешательства были столь привлекательными, что им много подражали, к сожалению, часто недооценивая базисные принципы, лежащие в их основании. Люди настолько увлекались творческими директивами, что зачастую теряли из виду эволюционную схему Хейли и акцентировались на иерархической структуре.

Стратегический лагерь дополнил творческий подход Эриксона к решению проблем простой схемой для понимания того, как семьи застревают в своих проблемах. Согласно модели ИПИ, проблемы возникают и сохраняются из-за неправильного обращения с обычными жизненными трудностями, необязательно вызванными дисфункциональными людьми или системами. Когда из-за этого люди застревают на однообразных решениях, исходная трудность становится проблемой. Они будто бы действуют, извратив принцип старой народной мудрости: «Не получилось в первый раз — получится в сотый».

Работа тераНевта заключается в том, чтобы вычислить, что люди предпринимают со своими трудностями, оставаясь на пла-

ву, а затем изобрести стратегию, чтобы заставить их действовать по-другому. Проблемы решаются путем прерывания проблемно-поддерживающих интеракций и перевода на нужный курс. Идея заключается просто в организации сдвига на 180 градусов от принимаемых решений клиента.

Наибольшее внимание привлекли вмешательства в виде симптомных предписаний, или *парадоксальные предписания*. Почему бы и нет? Это забавно (и их скрытая снисходительность не очевидна сразу). Суть не в том, чтобы действительно вызвать симптом, а в том, чтобы полностью изменить предпринимаемое решение. Если человек с излишком веса безуспешно пытается соблюдать диету, за просьбой к нему перестать ограничивать себя в продуктах, без которых ему так трудно обходиться, лежит идея просто заставить его делать что-то другое; это и есть сдвиг на 180 градусов в предпринимаемом решении. Является вмешательство парадоксальным или нет — не столь важно. Техника направлена на изменение предпринимаемого решения. Держа в голове основной принцип, а не цепляясь за мнимое новшество того, что в конце концов является той же психологией, только наоборот, можно прийти к более эффективной альтернативе. Вместо того чтобы пытаться прекратить есть, этот человек, возможно, воодушевится на то, чтобы начать действовать. (*Перестать что-то делать всегда тяжелее, чем начать делать что-то другое.*)

Хотя концептуализация и работа со случаями осуществлялась прежде всего с поведенческой точки зрения, стратегический терапевт в технике «рефрейминг» вводил и когнитивное измерение. Как сказано у Шекспира, «нет ничто ни хорошего, ни плохого. Это размышления делают все таковым». Рефрейминг предполагает переопределение того, как семья описывает проблему, чтобы сделать ее более доступной для решения. Например, проще иметь дело с ребенком, который «отказывается идти в школу», чем с тем, у которого «школофобия».

Миланская группа выросла на пионерских идеях ИПИ, особенно на идее терапевтического использования двойной связи, или того, что они называли «контрпарадоксом». Возьмем пример из «Парадокса и контрпарадокса» (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Praia, 1978). Авторы описывают использование контрпарадоксального подхода к шестилетнему мальчику и его семье. В конце сессии семье было зачитано письмо от команды наблюдения. Маленького Бруно хвалили за потрясающее поведение в защиту отца. Благодаря тому, что мальчик отнимал у матери все ее время своими спорами и вспышками раздражения, он велико-

душно предоставлял отцу больше времени для работы и расслабления. Бруно рекомендовалось продолжать вести себя и дальше точно так же, чтобы, не дай бог, не разрушить этого удобного соглашения.

Стратегический подход апеллировал к прагматизму. Жалобы, которые приводили людей к терапии, рассматривались как известная проблема, а не как симптоматика некоего подразумеваемого расстройства. Используя кибернетическую метафору, стратегические терапевты брали за исходную точку то, как семейные системы регулируются негативной обратной связью. Они добивались заметных результатов, просто разрушая интеракции, которые окружали и поддерживали симптомы. То, из-за чего терапевты в конечном счете потеряли интерес к этому подходу, было их искусство игры. Рефрейминг зачастую был очевидно манипулятивным. Результат был иногда подобен наблюдению за неуклюжим фокусником — вы могли заметить, как он подтасовывает карты. «Позитивная связь» (за счет положительной мотивации) была зачастую столь же искренней, как улыбка продавца автомобилей, а используемый способ «парадоксальных вмешательств» обычно был не более чем механическим применением обратной психологии.

Тем временем, пока популярность структурного и стратегического подходов поднялась и упала, четыре другие модели семейной терапии спокойно процветали. Никогда в действительности не занимая центрального положения, эмпирическая, психоаналитическая, поведенческая и боуэновская модели росли и преуспевали. Хотя эти школы так и не достигли в семейной терапии модного статуса, каждая из них произвела влиятельные клинические усовершенствования, которые будут подробно рассмотрены в последующих главах.

Оборачиваясь назад, трудно передать то волнение и оптимизм, которые питали семейную терапию в золотой век. По всей стране открывались учебные центры, на рабочих семинарах яблоку негде было упасть, а лидерам движения рукоплескали не хуже, чем рок-звездам. Активные и убедительные интервенты, они заражали своей самоуверенностью. Минухин, Витакер, Хейли, Маданес, Сельвини Палаццоли — все они, казалось, выходили за рамки привычных форм разговорной терапии. Молодым терапевтам необходимо вдохновение, и они находили его. Они учились у мастеров, и мастера становились легендой.

Где-то в середине 1980-х гг. наступила реакция. Несмотря на оптимистические прогнозы, эти активизирующие подходы не

всегда срабатывали. И тогда поле отомстило тем, кого идеализировало, поставив их на место. Возможно, всем наскучила манипулятивность Хейли или то, что Минухин иногда казался больше начальником, чем гением. Семейные терапевты восхищались их креативностью и пытались ее копировать, но творчество не поддается копированию.

К концу десятилетия лидеры главных школ устарели, их влияние ослабло. Что когда-то казалось героическим, теперь представлялось агрессивным и подавляющим. Ряд проблем — феминистская и постмодернистская критика, возрождение аналитических и биологических моделей, волшебное средство «прозак»<sup>1</sup>, успех программ восстановления, подобных Анонимным Алкоголикам, безобразные факты избиения жен и жестокого обращения с детьми, которые поставили под вопрос мнение, что семейные проблемы — всегда продукты взаимоотношений, — все это поколебало наше доверие к моделям, которые мы считали истинными и принимали за рабочие. Мы подробнее рассмотрим эти проблемы в последующих главах.

## Резюме

Как мы видели, семейная терапия имеет короткую историю, но длинное прошлое. Много лет терапевты сопротивлялись идее о наблюдении членов семьи пациента, оберегая тайну пациента — терапевтические отношения. (То, что это соглашение утаивало также стыд, связанный с психологическими проблемами, как и миф об индивиде как герое, не замечалось или по крайней мере не упоминалось.) Фрейдисты исключали реальную семью, чтобы раскрывать бессознательное, интроецированное семьей; роджериане держали семью на расстоянии, чтобы обеспечить безусловное позитивное внимание, а госпитальные психиатры препятствовали визитам семей, потому что те могли бы нарушить благодушную обстановку больницы.

Несколько направленных к одной точке эволюционных линий в 1950-х гг. привели к новому взгляду на семью как на живую систему, органическое целое. Госпитальные психиатры заметили, что нередко, когда у пациента наступало улучшение, кому-то другому в семье становилось хуже. Более того, несмотря

*Фармакологический препарат антидепрессивного действия. — Прим. ред.*



на веские основания, чтобы не допускать членов семьи до терапии индивида, это было все же невыгодно. Индивидуальная терапия делала ставку на относительную стабильность в окружающей среде пациента: иначе попытка изменения индивида с последующим его возвратом в деструктивную среду не имела смысла. Когда семьи проходят через кризис и конфликт, улучшение состояния пациента фактически может навредить семье. Таким образом, стало ясно, что изменения в любом человеке изменяют всю систему, что, в свою очередь, сделало очевидным: изменение семьи, вероятно, более эффективный способ изменения индивида.

Хотя практикующие клиницисты в больницах и детских воспитательных клиниках и подготовили путь для семейной терапии, наиболее важные крупные достижения были сделаны в 1950-х гг. творцами, которые в первую очередь были учеными и во вторую — целителями. Грегори Бейтсон, Джей Хейли, Дон Джексон и Джон Уикленд, изучающие в Пало-Альто коммуникации, открыли, что шизофрения имеет смысл в контексте патологических семейных коммуникаций. Безумие шизофреников не было бессмысленным; их на первый взгляд лишенное смысла поведение становилось понятным в контексте их семей. Теодор Лидз из Иеля обнаружил поразительный паттерн нестабильности и конфликта в семьях шизофреников. *Супружеский раскол* (открытый конфликт) и *супружеская асимметрия* (патологическое равновесие) оказывают глубокое воздействие на детское развитие. Наблюдение Мюррея Боуэна о том, как матери и их дети-шизофреники проходят через циклы сближения и отдаления, стало предшественником динамики *преследования-дистанцирования*. За этими циклами, полагал Боуэн, стоят циклы страха разлучения и страха объединения. Госпитализируя целые семейства для наблюдения и лечения, Боуэн имплицитно определил источник проблемы шизофрении в *недифференцированной семейной эго-массе* и даже расширил ее границы от нуклеарной семьи до трех поколений. Лайман Уинн связал шизофрению с семьей, показав, как коммуникативные девиации способствуют расстройству мышления. *Псевдовзаимность* представляла доводящую до безумия оторванность от реальности некоторых семей, а *резиновая ограда* — психологическую мембрану, которая окружала их, подобно толстой коже, покрывающей живой организм.

Эти наблюдения запустили движение семейной терапии, но возбуждение, которое они генерировали, стерло различие между тем, что наблюдали исследовательские группы, и тем, к чему они

приходили в своих заключениях. Они наблюдали, что поведение шизофреников соответствует семейной обстановке, но заключения, к которым они пришли, оказались гораздо важнее. Сперва подразумевалось, что раз шизофрения соответствует (имеет смысл) контексту семьи, то семья и является причиной шизофрении. Второй вывод оказался даже более влиятельным. Семейные динамики — двойная связь, псевдовзаимность, недифференцированная семейная эго-масса — рассматривались как продукты «системы», а не свойства людей, которые обладают некоторыми общими чертами, потому что живут вместе. Таким образом, родилось новое существо, «семейная система».

Как только семья стала пациентом, появилась потребность в новых способах осмыслять и решать человеческие проблемы. Метафора системы была центральной концепцией этого усилия. И хотя нельзя сказать, кто конкретно является основателем семейной терапии, никто не оказал большего влияния на то, как мы мыслим о семье, чем Грегори Бейтсон и Милтон Эриксон — антрополог и психиатр.

Наследством Эриксона стал прагматический подход к решению проблем. Он научил нас вычислять, что удерживает семьи в проблемном состоянии и как добиваться того, чтобы они выходили из него, — используя творческие, иногда контринтуитивные идеи, — а затем отходить в сторону, позволяя семьям начать самим разбираться в своих делах, а не инкорпорируя терапевта в семью в качестве дорогостоящей опоры. Но гипнотизирующее мастерство Эриксона также поддержало традицию быстрой игры, делания *для*, а не *совместно с* семьями.

Вдохновляясь научным пристрастием Бейтсона к наблюдению и изучению, первые семейные терапевты провели много времени, наблюдая и слушая. Они желали смотреть и узнавать, потому что были на территории «терра инкогнита». К сожалению, многие семейные терапевты отошли от этой внимательной открытости. Так много написано о динамиках семьи и техниках, что терапевты слишком часто подходят к семьям с набором заранее подготовленных техник и общих предубеждений.

Бейтсон был святым интеллектуального крыла семейной терапии. Его идеи настолько глубоки, что до сих пор будоражат умы наиболее искушенных мыслителей поля. К сожалению, Бейтсон также подавал пример чрезмерного абстрактного теоретизирования и импортирования идей из других — «более научных» — дисциплин. В первые дни семейной терапии мы, возможно, нуждались в моделях из сфер, подобных кибернетике, чтобы нам было

от чего оттолкнуться для старта. Но когда так много семейных терапевтов продолжают с таким трудом изучать интеллектуальные основы физики и биологии, возникает вопрос, откуда эта зависть к физике? Может быть, по истечении всего времени нас до сих пор тревожит легитимность психологии-и наши способности наблюдать за человеческим поведением в человеческих условиях без утраты объективности?

Другая причина того, почему семейные терапевты тяготеют к абстрактным теориям из механики и естественных наук, заключается в том, что они полностью отвергли основу основ литературы о человеческой психологии — психоанализ. Психоаналитический истеблишмент не испытывал особого энтузиазма относительно вызова, вновь брошенного их способу мышления, и во многих кругах семейным терапевтам приходилось бороться, чтобы отвоевать место под солнцем для своих убеждений. Возможно, именно это сопротивление и толкнуло семейных терапевтов в реактивную позицию. Враждебность между семейными и психодинамическими терапевтами утихла в 1970-х гг., после того как семейная терапия отвоевала для себя место во влиятельных психологических кругах. Единственная причина, по которой семейная терапия добилась принятия, заключалась в том, что она достигла успехов в областях, традиционно пренебрегаемых психиатрическим истеблишментом: услуги для детей и малообеспеченных слоев населения. Однако неудачным наследством этого раннего антагонизма был длительный период игнорирования и пренебрежения. В 1990-х гг. маятник качнулся в другую сторону. Семейные терапевты стали обнаруживать, что при попытке понять скрытые силы в семье полезно также обращать внимание и на скрытые силы в личностях, составляющих семью. Вероятно, наиболее полная оценка человеческого характера заключается в наиболее полном понимании личности *и* системы.

Очевидные параллели между малыми группами и семьями привели некоторых терапевтов к тому, чтобы работать с семьями так, словно это лишь другая форма группы. Этому благоприятствовала многочисленная литература по динамике группы и групповой терапии. Некоторые даже рассматривали терапевтические группы как модели функционирования семейства, где терапевт выступал в качестве отца, члены группы — в качестве сиблингов и коллектив группы — в качестве матери (Schindler, 1951). В то время как группа терапевтов экспериментировала с супружескими парами в группах, некоторые семейные терапевты начали проводить групповую терапию с отдельными семьями. Особенно

заметной фигурой в этом направлении был Джон Белл; его групповая семейная терапия была одной из наиболее широко подражаемой из ранних моделей (см. главу 3).

Накопив опыт работы с семьями, терапевты обнаружили, что модель групповой терапии не совсем то, что им нужно. Терапевтические группы состояются из не связанных между собой личностей, незнакомцев без прошлого или будущего вне группы. Семьи, напротив, состоят из тех, кто разделяют общие мифы, защиты и взгляды. Кроме того, члены семьи не равноправны в демократическом смысле; разница поколений создает иерархические структуры, которые нельзя игнорировать. По этим причинам семейные терапевты в конце концов отказались от модели групповой терапии, заменив ее на различные системные модели.

Движение по работе с детьми сделало вклад в семейную терапию в виде командного подхода. Сначала члены междисциплинарных команд назначались к различным членам семьи, но постепенно, по мере понимания факта взаимосвязанных паттернов поведения отдельных клиентов, они стали интегрировать, а позже и объединять свои усилия. Движение по работе с детьми началось в США в 1909 г. в качестве инструмента судов для несовершеннолетних для работы с делинквентными детьми, которым приписывали нарушения развития. Вскоре эти клиники расширили сферу своей деятельности, включив широкий диапазон расстройств, а также единицу лечения — ребенка, — доведя ее до всей семьи. Сначала семейная терапия рассматривалась как лучшее средство помощи пациенту; позже она воспринималась как способ обслуживания потребностей всей семьи.

Кто первый стал практиковать семейную терапию? Сложный вопрос. Как и в каждом поле, здесь были свои пророки, предугадавшие официальное развитие семейной терапии. Фрейд, например, иногда работал с «Маленьким Гансом» вместе с его отцом уже в 1909 г. Однако подобных экспериментов было недостаточно, чтобы оспорить гегемонию индивидуальной терапии до тех пор, пока умонастроение века не стало более восприимчивым. В начале 1950-х гг. семейная терапия появилась независимо в четырех различных местах: благодаря Джону Беллу в Кларкском университете (глава 3), Мюррею Боуэну в Меннингерской клинике и позже в ИИПЗ (глава 5), в Нью-Йорке благодаря Натану Аккерману (глава 7) и в Пало-Альто благодаря Дону Джексону и Джею Хейли (главы 3 и 11).

Эти первооткрыватели имели несомненно разное происхождение и клинические ориентации. Неудивительно, что подходы,

которые они разработали, тоже оказались совершенно разными. Это многообразие отличает поле и сегодня. Маловероятно, чтобы семейная терапия стартовала силами одного человека, как то было в психоанализе, ибо с самого начала в этом поле было слишком много творческой конкуренции.

Кроме только что упомянутых лиц, были и другие, оказавшие весомый вклад в основание семейной терапии, включая Лаймана Уинна, Теодора Лидза, Вирджинию Сатир, Карла Витакера, Айвена Божормений-Неги, Кристиана Мидлфорта, Роберта Мак-Грегора и Сальвадора Минухина. И даже этот список неполон, он не включает ряд ключевых фигур времени быстрого взросления и распространения семейной терапии после длительного инкубационного периода. В 1960-е гг. появились буквально сотни семейных терапевтов. Сегодня поле настолько велико и сложно по структуре, что потребуется целая глава (см. главу 10 и приложение С) только для того, чтобы сделать краткий обзор.

То, что мы называли золотым веком семейной терапии, расцвет школ в 1970—1980-х гг., вероятно, не было выражением всего нашего потенциала, но то был пик нашей самоуверенности. Вооружившись последним текстом от Хейли или Минухина, терапевты приносили клятву верности той или иной школе и отправлялись в путь, чувствуя себя миссионерами. В активизирующем подходе их привлекали уверенность и харизма. А раздражало высокомерие. Для некоторых структурная семейная терапия — по крайней мере, так они воспринимали то, что им показывали на семинарах, — казалась самой лучшей. Другие считали искусность стратегического подхода вычисленной, сухой, манипулятивной. Тактика была умна, но холодна. Семьи описывались не как больные, а как испытывающие затруднения, но упорные и не поддающиеся убеждению. Вы же не сообщаете кибернетической машине, во что вы действительно верите! Вскоре терапевты устали от подобного способа мышления.

Семейные терапевты первых лет вдохновлялись огромным энтузиазмом и чувством убежденности. Сегодня, вслед за постмодернистской критикой, властью управляемой медицины и воскрешением биологической психиатрии, мы меньше уверены в себе. Но, поняв, что основатели, с которыми мы росли, не всё, на что мы надеялись и в чем нуждались, семейная терапия 1990-х гг. реагирует подобно ребенку, который, обнаружив, что его родители несовершенно, отвергает все, что они собой представляют. В последующих главах мы увидим, как сегодняшние семейные терапевты сумели синтезировать новые творческие идеи с

некоторыми самыми лучшими из более ранних моделей. Но поскольку мы будем рассматривать каждую известную модель подробнее, нам также станет видно, как неблагоразумно мы пренебрегли некоторыми хорошими идеями.

Однако вся сложность сферы семьи не должна затенять базисную предпосылку о том, что семья — контекст человеческих проблем. Подобно всем человеческим группам, семья имеет возникающие откуда-то свойства: целое больше, чем сумма частей. Более того, неважно, какое количество и сколь разных объяснений можно дать этим возникающим свойствам, — все они подпадают под две категории: структура и процесс. Структура семей включает треугольники, подсистемы и границы. Среди процессов, описывающих семейные интеракции — эмоциональную реактивность, дисфункциональную коммуникацию и т. д., центральным понятием является *циркулярность*. Вместо того чтобы терзаться вопросом, кто что начал, семейные терапевты понимают и обращаются с человеческими проблемами как с серией поступательных и возвратных шагов в повторяющихся циклах.

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Ackerman N. W. 1958. *The psychodynamics of family life*. New York: Basic Books.

Bowen M. 1960. A family concept of schizophrenia. In *The etiology of schizophrenia*. D. D. Jackson, ed. New York: Basic Books.

Greenberg G. S. 1977. The family interactional perspective: A study and examination of the work of Don D. Jackson. *Family Process*. 76:385-412.

Haley J. and Hoffman L., eds. 1968. *Techniques of family therapy*. New York: Basic Books.

Jackson D. D. 1957. The question of family homeostasis. *The Psychiatric Quarterly Supplement*. 31:79—90.

Jackson D. D. 1965. Family rules; Marital quid pro quo. *Archives of General Psychiatry*. 12:589—594.

Lidz T., Cornelison A., Fleck S. and Terry D. 1957. Intrafamilial environment of schizophrenic patients. II: Marital schism and marital skew. *American Journal of Psychiatry*. 74:241—248.

Vogel E. F. and Bell N. W. 1960. The emotionally disturbed child as the family scapegoat. In *The family*. N. W. Bell and E. F. Vogel, eds. Glencoe, IL: Free Press.

Weakland J. H. 1960. The «double-bind» hypothesis of schizophre-

nia and three-party interaction. In *The etiology of schizophrenia*, D. D. Jackson, ed. New York: Basic Books.

Wynne L. C, Ryckoffl., Day J. and Hirsch S. I. 1958. Pseudomutuality in the family relationships of schizophrenics. *Psychiatry*. 21:205—220.

## ССЫЛКИ

Ackerman N. W. 1938. The unity of the family. *Archives of Pediatrics*. 55:51—62.

Ackerman N. W. 1954. Interpersonal disturbances in the family: Some unsolved problems in psychotherapy. *Psychiatry*. 17:359—368.

Ackerman N. W. 1961. A dynamic frame for the clinical approach to family conflict. In *Exploring the base for family therapy*. N. W. Ackerman, F. L. Beatman and S. N. Sherman, eds. New York: Family Services Association of America.

Ackerman N. W. 1966a. *Treating the troubled family*. New York: Basic Books.

Ackerman N. W. 1966b. Family psychotherapy — theory and practice. *American journal of Psychotherapy*. 20:405—414.

Ackerman N. W., Beatman F. and Sherman S. N., eds. 1961. *Exploring the base for family therapy*. New York: Family Service Assn. of America.

Ackerman N. W. and Sobel R. 1950. Family diagnosis: An approach to the preschool child. *American Journal of Orthopsychiatry*. 20:744-753.

Amster F. 1944. Collective psychotherapy of mothers of emotionally disturbed children. *American Journal of Orthopsychiatry* 74:44—52.

Anderson C. M., Reiss D. J. and Hogarty G. E. 1986. *Schizophrenia and the family*. New York: Guilford Press.

Anonymous. 1972. Differentiation of self in one's family. In *Family interaction*, J. L. Framo, ed. New York: Springer.

Bardhill D. R. and Saunders B. E. 1988. In *Handbook of family therapy training and supervision*, H. A. Liddle D. C. Breunlin and R. C. Schwartz, eds. New York: Guilford Press.

Bateson G. 1951. Information and codification: A philosophical approach. In *Communication: The social matrix of psychiatry*, J. Ruesch and G. Bateson, eds. New York: Norton.

Bateson G. 1978. The birth of a matrix or doublebind and epistemology. In *Beyond the double-bind*, M. M. Berger, ed. New York: Brunner/Mazel.

Bateson G., Jackson D. D., Haley J. and Weakland J. 1956. Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Sciences*. 7:251—264.

Beatman F. L. 1956. In *Neurotic interaction in marriage*, V. W. Eis-  
enstein, ed. New York: Basic Books.

Bell J. E. 1961. *Family group therapy*. Public Health Monograph No.  
64. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Beil J. E. 1962. Recent advances in family group therapy. *Journal of  
Child Psychology and Psychiatry*. 5:1—15.

Bennis W. G. 1964. Patterns and vicissitudes in T-group develop-  
ment. In *T-group theory and laboratory method*, L. P. Bradford, J. R.  
Gibb and K. D. Benne, eds. New York: Wiley.

Bion W. R. 1948. Experience in groups. *Human Relations*. 7:314—  
329.

Boszormenyi-Nagy I. 1962. The concept of schizophrenia from  
the point of view of family treatment. *Family Process*. 7:103—113.

Boszormenyi-Nagy I. 1966. From family therapy to a psychol-  
ogy of relationships: fictions of the individual and fictions of the family.  
*Comprehensive Psychiatry*. 7:408—423.

Boszormenyi-Nagy I. 1972. Loyalty implications of the trans-  
ference model in psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*. 27:374—  
380.

Boszormenyi-Nagy I. and Spark G. L. 1973. *Invisible loyalties:  
Reciprocity in intergenerational family therapy*. New York: Harper & Row.

Bowen M. 1961. Family psychotherapy. *American Journal of Orthop-  
sychiatry*. 57:40—60.

Bowen M. 1976. Principles and techniques of multiple family ther-  
apy. In *Family therapy: Theory and practice*, P. J. Guerin, ed. New York:  
Gardner Press.

Bowlby I. P. 1949. The study and reduction of group tensions in the  
family. *Human Relations*. 2:123—138.

Braverman L. 1986. Social casework and strategic therapy. *Social  
Casework*. April. 234—239.

Broderick C. B. and Schrader S. S. 1981. The history of profes-  
sional marriage and family therapy. In *Handbook of family therapy*, A. S.  
Gurman and D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.

Broderick C. B. and Schrader S. S. 1991. The history of profes-  
sional marriage and family therapy. In *Handbook of family therapy*, Vol. II.  
A. S. Gurman and D. P. Kniskern eds. New York: Brunner/Mazel.

Brown G. W. 1959. Experiences of discharged chronic schizophren-  
ia patients in various types of living groups. *Milbank Memorial Fund  
Quarterly*. 37:105—131.

Burkin H. E., Glatzer H. and Hirsch J. S. 1944. Therapy of  
mothers in groups. *American Journal of Orthopsychiatry*. 14:68—75.

Dicks H. V. 1964. Concepts of marital diagnosis and therapy as de-  
veloped at the Tavistock Family Psychiatric Clinic, London, England. In



*Marriage counseling in medical practice*, E. M. Nash, L. Jessner and D. W. Abse, eds. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.

Elizur J. and Minuchin S. 1989. *Institutionalizing madness: Families, therapy and society*. New York: Basic Books.

Epstein N. B., Bishop D. S. and Baldarin L. M. 1981. McMaster Model of Family Functioning. In *Normal family problems*, F. Walsh, ed. New York: Guilford Press.

Fisher S. and Mendell D. 1958. The spread of psychotherapeutic effects from the patient to his family group. *Psychiatry*. 2/:133—140.

Freeman V. J., Klein A. F., Richman L., Lukoffl. F. and Heisey V. 1963. Family group counseling as differentiated from other family therapies. *International Journal of Group Psychotherapy*. U:\67-175.

Freud S. 1911. Psycho-analytical notes on an autobiographical case of paranoia. *Standard edition*. /2:3—84. London: Hogarth Press.

Fromm-Reichmann F. 1948. Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*. /7:263-274.

Fromm-Reichmann F. 1950. *Principles of intensive psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press.

Ginsburg S. W. 1955. The mental health movement and its theoretical assumptions. In *Community programs for mental health*, R. Kotinsky and H. Witmer, eds. Cambridge: Harvard University Press.

Goldstein M. J., Rodnick E. H. and Evans J. R., May P. R. and Steinberg M. 1978. Drug and family therapy in the aftercare treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 35:1169—1177.

Grunwald H. and Case 11 B. 1958. Group counseling with parents. *Child Welfare*. 1:1-6.

Guerin P. J. 1976. Family therapy: The first twentyfive years. In *Family therapy: Theory and practice*, P. J. Guerin, ed. New York: Gardner Press.

Haley J. 1961. Control in brief psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*. 4:139—153.

Haley J. 1963. *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.

Handlon J. H. and Parloff M. B. 1962. Treatment of patient and family as a group: Is it group therapy? *International Journal of Group Psychotherapy*. /2:132—141.

Hoffman L. 1981. *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books.

Howells J. G. 1971. *Theory and practice of family psychiatry*. New York: Brunner/Mazel.

Jackson D. D. 1954. Suicide. *Scientific American*. 797:88-96.

Jackson D. D. 1965. Family rules: Marital quid pro quo. *Archives of General Psychiatry*. /2:589—594.

Jackson D. D. and Weakland J. H. 1959. Schizophrenic symptoms and family interaction. *Archives of General Psychiatry*. /:618—621.

Jackson D. D. and Weakland J. H. 1961. Conjoint family therapy, some considerations on theory, technique and results. *Psychiatry*. 24:30-45.

Johnson A. M. and Szurek S. A. 1954. Etiology of anti-social behavior in delinquents and psychopaths. *Journal of the American Medical Association*. /54:814—817.

Kasanin J., Knight E. and Sage P. 1934. The parent-child relationships in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Diseases*. 79:249-263.

Kaslow, F. W. 1980. History of family therapy in the United States: A kaleidoscopic overview. *Marriage and Family Review*. 3:11—111.

Kaufman E. and Kaufman P., eds. 1979. *Family therapy of drug and alcohol abuse*. New York: Gardner Press.

Kempler W. 1974. *Principles of Gestalt family therapy*. Salt Lake City: Desert Press.

Gluckhohn F. R. and Spiegel J. P. 1954. *Integration and conflict in family behavior*. Group for the Advancement of Psychiatry. Report No. 27. Topeka, Kansas.

Kubie L. S. 1956. Psychoanalysis and marriage. In *Neurotic interaction in marriage*, V. W. Eisenstein, ed. New York: Basic Books.

Laing R. D. 1960. *The divided self*. London: Tavistock Publications.

Laing R. D. 1965. Mystification, confusion and conflict. In *Intensive family therapy*, I. Boszormenyi-Nagy and J. L. Framo, eds. New York: Harper & Row.

Levy D. 1943. *Maternal Overprotection*. New York: Columbia University Press.

Lewin K. 1951. *Field theory in social science*. New York: Harper.

Lidz R. W. and Lidz T. 1949. The family environment of schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*. 106:332—345.

Lidz T., Cornelison A., Fleck S. and Terry D. 1957a. Intrafamilial environment of the schizophrenic patient. I: The father. *Psychiatry*. 20:329-342.

Lidz T., Cornelison A., Fleck S. and Terry D. 1957b. Intrafamilial environment of the schizophrenic patient. II: Marital schism and marital skew. *American Journal of Psychiatry*. /4:241—248.

Lidz T., Parker B. and Cornelison A. R. 1956. The role of the father in the family environment of the schizophrenic patient. *American Journal of Psychiatry*. 113:126—132.

Low A. A. 1943. *The technique of self-help in psychiatry after-care*. Vol. 3, *Lectures to relatives of former patients*. Chicago: Recovery, Inc.

- Lowrey L. G. 1944. Group treatment for mothers. *American Journal of Orthopsychiatry*. /4:589 — 592.
- MacGregor R. 1967. Progress in multiple impact theory. In *Expanding theory and practice in family therapy*, N. W. Ackerman F. L. Bateman and S. N. Sherman, eds. New York: Family Services Association.
- Madanes C. 1981. *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mahler M. S. and Rabinovitch R. 1956. The effects of marital conflict on child development. In *Neurotic interaction in marriage*, V. W. Eisenstein, ed. New York: Basic Books.
- Marsh L. C. 1935. Group therapy and the psychiatric clinic. *American Journal of Nervous and Mental Diseases*. <2:381—393.
- Minuchin S. 1974. *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin S. and Fishman H. C. 1981. *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin S., Montalvo B., Guerney B. G., Rosman B. L. and Schumer P. 1967. *Families of the slums*. New York: Basic Books.
- Minuchin S. and Nichols M. P. 1993. *Family healing*. New York: The Free Press.
- Minuchin S., Rosman B. L. and Baker, L. 1978. *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mittleman B. 1944. Complementary neurotic reactions in intimate relationships. *Psychoanalytic Quarterly*. 13:474—491.
- Mittleman B. 1948. The concurrent analysis of married couples. *Psychoanalytic Quarterly*. 77:182—197.
- Mittleman B. 1956. Analysis of reciprocal neurotic patterns in family relationships. In *Neurotic interaction in marriage*, V. W. Eisenstein, ed. New York: Basic Books.
- Montague A. 1956. Marriage — A cultural perspective. In *Neurotic interaction in marriage*, V. W. Eisenstein, ed. New York: Basic Books.
- Moreno J. L. 1945. *Psychodrama*. New York: Beacon House.
- Nichols M. P. and Zax, M. 1977. *Catharsis in psychotherapy*. New York: Gardner Press.
- Oberndorf C. P. 1938. Psychoanalysis of married people. *Psychoanalytic Review*. 25:453—475.
- Parsons T. and Bales R. F. 1955. *Family, socialisation and interaction process*. Glencoe. IL: Free Press.
- Richmond M. E. 1917. *Social diagnosis*. New York: Russell Sage.
- Ross W. D. 1948. Group psychotherapy with patient's relatives. *American Journal of Psychiatry*. 104.-623—626.

- Satir V. 1964. *Conjoint family therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Satir V. 1972. *Peoplemaking*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Schindler W. 1951. Counter-transference in family-pattern group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*. //100—105.
- Schwartz R. 1995. *Internal family systems therapy*. New York: Guilford Press.
- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G. and Prata G. 1978. *Paradox and counterparadox*. New York: Jason Aronson.
- Sherif M. 1948. *An outline of social psychology*. New York: Harper and Brothers.
- Singer M. T., Wynne L. C. and Toohey M. L. 1978. Communication disorders and the families of schizophrenics. In *The nature of schizophrenia*, L. C. Wynne R. L. Cromwell and S. Matthysse, eds. New York: Wiley.
- Siporin M. 1980. Marriage and family therapy in social work. *Social Casework*. 61:11—21.
- Skyner A. C. R. 1976. *Systems of family and marital psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Sluzki C. E., Beavin J., Tarnopolsky A. and Veron E. 1967. Transactional disqualification. *Archives of General Psychiatry*. //6:494—504.
- Speck R. and Attneave, C. 1973. *Family networks: Rehabilitation and healing*. New York: Pantheon.
- Spiegel J. P. 1957. The resolution of role conflict within the family. *Psychiatry*. 20:1—16.
- Steinglass P. 1987. *The alcoholic family*. New York: Basic Books.
- Stierlin H. 1972. *Separating parents and adolescents*. New York: Quadrangle/New York Times Books.
- Strodtbeck F. L. 1954. The family as a three-person group. *American Sociological Review*. 19:23—29.
- Strodtbeck F. L. 1958. Family interaction, values, and achievement. In *Talent and society*, D. C. McClelland, A. L. Baldwin, A. Bronfenbrenner and F. L. Strodtbeck, eds. Princeton, NJ: Van Nostrand.
- Watzlawick P. A., Beavin J. H. and Jackson D. D. 1967. *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.
- Weakland J. H. 1960. The «double-bind» hypothesis of schizophrenia and three-party interaction. In *The etiology of schizophrenia*, D. D. Jackson, ed. New York: Basic Books.
- Whitaker C. A. 1958. Psychotherapy with couples. *American Journal of Psychotherapy*. //2:18—23.
- Whitaker C. A. 1975. Psychotherapy of the absurd: With a special emphasis on the psychotherapy of aggression. *Family Process*. //4:1—16.

Whitaker C. A. 1976. A family is a four-dimensional relationship. In *Family therapy: Theory and practice*, P. J. Guerin, ed. New York: Gardner Press.

Whitaker C. A. and Malone T. P. 1953. *The roots of psychotherapy*. New York: Balkiston.

Wiener N. 1948. *Cybernetics, or control and communication in the animal and the machine*. New York: Wiley. ^

Wynne L. C. 1961. The Study of intrafamilial alignments and splits in exploratory family therapy. In *Exploring the base for family therapy*, N. W. Ackerman, F. L. Beat man and S. N. Sherman, eds. New York: Family Services Association.

Wynne L. C., Ryckoff I., Day J. and Hirsch S. I. 1958. Pseudomutuality in the family relationships of schizophrenics. *Psychiatry*. 27:205-220.

Zuk G. H. 1971. *Family therapy: A triadic-based approach*. New York: Behavioral Publications.

### Глава третья

## РАННИЕ МОДЕЛИ И БАЗОВЫЕ ТЕХНИКИ: ГРУППОВОЙ ПРОЦЕСС И АНАЛИЗ КОММУНИКАЦИЙ

Большинство практикующих семейную терапию в первые годы использовали некоторое сочетание группового терапевтического подхода и коммуникативной модели, произошедшей из проекта Бейтсона по шизофрении. В этой главе мы исследуем эти две модели и рассмотрим, как они модифицированы под особую задачу работы с проблемными семьями. Мы завершим разделом, посвященным базовым техникам семейной терапии, увидим, как они применяются, начиная с первого телефонного контакта, продолжая различными стадиями лечения, закончив завершением.

Те из нас, кто практиковал семейную терапию в 1960-х, часто осуществлял следующий неловкий ритуал встречи. Семья, совершенно обеспокоенная, гуськом неуверенно входила на свою первую терапевтическую сессию, терапевт, предельно приветли-

вый, садился на корточки перед одним из маленьких детей: «Привет! Как тебя зовут?» Потом, нередко: «Ты знаешь, почему вы здесь?», не замечая между тем родителей. Наиболее распространенные ответы на этот вопрос: «Мама сказала, мы идем к доктору» — дрожащим голосом, или смущенное: «Папа сказал, что мы идем... гулять». Потом терапевт, не стараясь казаться пренебрежительным, поворачивался к родителям и говорил: «Наверное, вы объяснили Джонни, почему вы *здесь*».

Этот слабый фарс устраивался по той причине, что, пока терапевты не стали понимать, как структурируются семьи, большинство из них, работая с семьей как с группой, полагали, что самый юный ее член наиболее уязвим и, следовательно, ему требуется помощь «специалиста», чтобы высказаться, — как будто родители вовсе не главные в семье и будто все члены семьи равны в позициях.

Другая распространенная сцена — когда терапевты с серьезным видом комментировали паттерны коммуникаций: «Я заметил, что, когда я задаю Сюзи вопрос, она сначала смотрит на маму, чтобы увидеть, разрешает ли она отвечать...» Чрезвычайно умно. Мы не только надеялись впечатлить семьи подобными блестящими высказываниями, но и воображали, что они каким-то образом немедленно начнут коммуницировать в соответствии с некой идеальной моделью, существующей у нас в головах, — «Я-утверждения» и все такое прочее. И мы полагали, что такое ясное общение разрешит все их проблемы.

Должны ли мы относиться к этому несколько снисходительно? Несомненно. Первые семейные терапевты с некоторой наивностью обращались к моделям групповой терапии и коммуникативного анализа, потому что у них не было других полезных моделей.

## Очерк о лидерах

Большинство ранних терапевтов не только обращались к литературе по групповой терапии как к руководству для работы с семьями; многие пионеры семейной терапии представляли собой результат обучения групповой терапии. Самым влиятельным из них был Джон Илдеркин Белл.

Белл (Bell, 1975) отнес свой старт в качестве семейного терапевта на счет счастливого недоразумения. Будучи в 1951 г. в Лондоне, Белл услышал, что доктор Джон Боулби из Тэвистокской клиники экспериментирует с групповой терапией на семьях. Это

пробудило у Белла интерес и подтолкнуло его к тому, чтобы попытаться использовать этот подход как средство работы с поведенческими проблемами у детей. Как позже объяснил Белл, если такой выдающийся авторитет, как Джон, Боулби, использовал семейную терапию, должно быть, то была хорошая идея. Оказалось, что Боулби интервьюировал только одну семью в качестве приложения-к лечению проблемного ребенка, а Белл узнал об этом только год спустя.

Коммуникативная терапия была одной из самых первых и, несомненно, наиболее влиятельных подходов к семейной терапии. Основными фигурами, которые пришли к применению коммуникативного подхода при работе с семьями, были члены бейтсоновского проекта по шизофрении и Института психических исследований в Пало-Альто, а самые заметные из них — Дон Джексон и Джей Хейли. Ничто в консервативном психиатрическом образовании Джексона не предвещало его радикального отступления от традиционной психотерапии. В 1943 г. он закончил Медицинскую школу при Стэнфордском университете, где наиболее влиятельными были имена Фрейда и Салливана. Ординатуру он прошел в Честнут-Лодже в Роквилле, Мэриленд, которая завершилась в 1949 г., и оставался там в штате вплоть до 1951 г. В тот год он перебрался в Пало-Альто, где открыл частную практику, был главой психиатрического отделения Медицинской клиники Пало-Альто и кандидатом Психоаналитического института в Сан-Франциско. Он стал консультантом Госпиталя для ветеранов руководящего состава в Пало-Альто в 1951 г., что привело его к сотрудничеству с бейтсоновским проектом.

В ноябре 1958 г. Джексон основал Институт психических исследований и получил свой первый грант в марте 1959 г. Оригинальный состав штата состоял из Джексона, Жюля Рискина и Вирджинии Сатир. Позже к ним присоединились Джей Хейли, Джон Уикленд и Пол Вацлавик. Грегори Бейтсон работал там в качестве научного сотрудника и преподавателя.

После трагической смерти Джексона в 1968 г. в возрасте 48 лет остались его наследие из основополагающих статей, главный журнал поля «Семейный процесс» (который он основал совместно с Натаном Аккерманом) и великая скорбь по уходу такого живого и творческого таланта.

Джей Хейли всегда был кем-то вроде аутсайдера. Он вошел в поле без дипломов о клиническом образовании и сперва упрочил свою репутацию в качестве комментатора и критика. Изначально его влияние происходило из книг, сочетающих сдержан-

ный сарказм и язвительный анализ. В «Искусстве психоанализа» (см. Haley, 1963) Хейли охарактеризовал психоанализ не с точки зрения поиска инсайта, а как игру «добейся преимущества»:

«Укладывая пациента на кушетку, аналитик обеспечивает того ощущением, что обе его ноги болтаются в воздухе, и пониманием того, что аналитик обеими ногами стоит на земле. Пациент не только смущается тем, что ему приходится говорить лежа, но и обнаруживает себя буквально у ног аналитика, и поэтому его положение «не в преимуществе» подчеркивается географически. В дополнение к этому аналитик садится за кушеткой, откуда ему видно пациента, а пациент его увидеть не может. Это смущает пациента, подобно человеку, который вынужден спорить с оппонентом вслепую. Неспособный увидеть, какую реакцию вызывают его уловки, он не знает, когда в выигрыше, а когда в проигрыше. Некоторые пациенты пытаются разрешить эту проблему, высказывая что-нибудь вроде: «Этой ночью я спал со своей сестрой», а потом оборачиваясь, чтобы увидеть, как реагирует аналитик. Эти шокирующие ходы обычно не эффективны. Аналитика может передернуть, но у него есть время, чтобы скрыть это, прежде чем пациент успеет обернуться и увидеть его. Большинство аналитиков вырабатывают способы обращения с оборачивающимися пациентами. Когда пациент поворачивается, они устремляют свой взгляд в пространство, или делают вид, что что-то чертят карандашом, или заплетают косички из бахромы на чехле кресла, или внимательно разглядывают тропическую рыбку в аквариуме. Самое главное, что редкий пациент, который получает возможность наблюдать за аналитиком, обнаруживает только невозмутимость» (с. 193—194).

Хейли учился на степень магистра коммуникации в Стэнфорде, когда повстречал Бейтсона, который предложил ему работу в проекте по шизофрении. Хейли начал интервьюировать шизофреников с целью анализа их необычного стиля коммуникаций. В качестве терапевта Хейли испытал на себе громадное влияние Милтона Эриксона, с кем он начал изучать гипноз в 1953 г. Впоследствии, после закрытия бейтсоновского проекта в 1962 г., Хейли работал над исследованиями в Институте психических исследований вплоть до 1967 г., когда он присоединился к Сальвадору Минухину в Филадельфийской детской воспита-



тельной клинике. Там Хейли занимался исключительно преподаванием и супервизией — сферой его наибольших заслуг. В 1967 г. он переехал в Вашингтон, где с Клу Маданес основал Институт семейной терапии. В 1975 г. Хейли ушел в отставку и вернулся в Калифорнию.

Вирджиния Сатир — еще один яркий представитель группы Института психических исследований, но, поскольку ее интерес был сдвинут к эмоциональному выражению, мы рассмотрим ее в главе 6.

## Теоретические положения

Хотя Фрейд лучше всего известен как исследователь психологии личности, он интересовался также и межличностными отношениями, и многие считают с его «Психологией масс и анализом Я» (Freud, 1921) — первым основополагающим текстом по динамической психологии групп. Согласно Фрейду, основное требование к группированию индивидов — появление лидера. В дополнение к очевидным задачам организации и управления лидер используется в качестве родительской фигуры, от которой остальные члены становятся более или менее зависимыми. Члены *идентифицируются* с лидером как с родительской заменой и с другими членами как с сиблингами. В группе возникает *перенос*, когда ее члены повторяют бессознательные установки, сформированные ими в процессе взросления. Понятие Фрейда о *сопротивлении* в индивидуальной терапии тоже применяется к группам, поскольку члены группы в стремлении избавиться от тревоги противодействуют прогрессу лечения при помощи молчания, враждебности, пропуска сессий и избегания болезненных тем. Семейные группы сопротивляются лечению при помощи назначения кого-нибудь козлом отпущения, отвлеченной болтовни, длительной зависимости от терапевта, отказа следовать терапевтическим рекомендациям и разрешения наиболее проблемным членам семьи оставаться дома.

Вслед за Фрейдом Уилфред Бион (Bion, 1961) тоже пытался разработать групповую психологию бессознательного; он считал, что группы функционируют на *явном* и *скрытом* уровнях. Группа ставит формальные задачи на явном уровне, а люди объединяются в группы, чтобы реализовать сильные, но бессознательные, примитивные потребности. На скрытом уровне группа требует лидера, который позволит им удовлетворить их потребности в *зависимости, спаривании и стычке-бегстве*.

Согласно *теории поля* Курта Левина (Lewin, 1951), конфликт — неизменное качество групповой жизни, поскольку члены группы соперничают друг с другом за достаточное *жизненное пространство*. Как животным нужна собственная территория, так и люди, по-видимому, нуждаются в личном «пространстве», и по этой причине обязательно существует напряжение между потребностями индивида и потребностями группы. Размер конфликта, созданного этим напряжением, зависит от количества ограничений, возложенных группой, сопоставимого с размером взаимной поддержки, которую она дает взамен. (Люди, которые многим жертвуют ради своей семьи, требуют взамен того же.)

Левиновскую модель группового напряжения отличает от ранних теорий то, что она *антиисторична*. Вместо того чтобы выяснять, кто что сделал в прошлом, Левин интересуется тем, что происходит *здесь-и-сейчас*. Этот фокус на *процессе* (как говорят люди), а не на *содержании* (о чем они говорят) — один из ключевых моментов к пониманию способа функционирования группы (или семьи).

Коммуникативные терапевты позаимствовали идею «*черного ящика*» из сферы дистанционной связи и применили ее к индивидам внутри семьи. Эта модель не принимала во внимание внутренний мир индивидов и сосредоточивалась на их входящих и исходящих сообщениях, т. е. на коммуникации. Это не означает, что данные клиницисты отвергали феномен психики — мышления и чувства — они просто строили свою полезную работу на их пренебрежении. Сводя фокус внимания к тому, что происходит между, а не внутри, членами семьи, коммуникативные теоретики заработали авторитет «системных пуристов» (Beels & Ferber, 1969).

Коммуникативные теоретики тоже не принимают во внимание прошлое, оставляя его психоаналитикам, а тем временем исследуют паттерны, чтобы понять их вместе с поведением в настоящем. Они предположили, что не столь важно выяснять, каковы причина и следствие, отдавая предпочтение модели круговой причинности, согласно которой поведенческая цепочка выглядит как «следствие — следствие — следствие».

В «Прагматиках человеческих коммуникаций» Вацлавик, Бивин и Джексон (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967) попытались изложить человеческие коммуникации при помощи исчислений, приведя ряд аксиом о межперсональных воздействиях коммуникаций. Эти аксиомы представляют собой аспекты метакоммуникации, которая означает коммуникацию о коммуника-

ции, или сообщение о сообщении. Первая из этих аксиом состоит в том, что люди всегда коммуницируют. Поскольку всякое поведение коммуникативно и нельзя никак себя *не* вести, следовательно, нельзя *не* коммуницировать. Рассмотрим следующий пример:

Миссис Снид начала первую терапевтическую встречу, на которой собралась ее семья, со следующих слов: «Я совсем не знаю, что мне делать с Роджером. Он плохо учится в школе, он не помогает по дому, и все, что ему хочется, — гулять со своими ужасными приятелями. Но хуже всего то, что он отказывается общаться с нами».

После этих слов терапевт обратился к Роджеру: «Что ты можешь сказать на это?» Но Роджер лишь промолчал в ответ. Он оставался сидеть, ссутулившись, на стуле в дальнем углу комнаты с сердитым, мрачным выражением лица.

Роджер не «не коммуницирует». Он сообщает, что зол и что отказывается вести переговоры. Коммуникация имеет место и тогда, когда она не является умышленной, сознательной или успешной, т. е. в отсутствие взаимопонимания.

Следующее утверждение заключается в том, что все сообщения имеют *передающую* и *командную* функции (Ruesch & Bateson, 1951). Отчет (или содержание) сообщения заключает в себе информацию, тогда как команда — это заявление, истолковывающее отношения. Например, сообщение «Мам, Сэнди меня стукнула!» содержит информацию, но и предполагает команду: «Сделай что-нибудь с этим». Отметим, однако, что здесь подразумеваемая команда двусмысленна. Причина этого в том, что письменная речь упускает невербальные и контекстуальные сигналы. Это предложение, выкрикнутое плачущим ребенком, будет иметь отличную командную ценность от прозвучавшего из уст ухмыляющегося ребенка.

Отношения между говорящими — другой фактор, который влияет на реакцию на командный аспект коммуникации. Например, терапевт, чья задача — помочь пациентам выразить свои чувства, скорее всегоотреагирует в отношении плачущего мужа тем, что будет слушать его с сочувствием и поощрять, чтобы он продолжал. Жена этого мужчины, напротив, может расстроиться из-за того, что он обнаруживает свою «слабость», и попытается его утешить, внушая ему, что проблема не такая уж и серьезная, или предлагая способы ее разрешения. В этом случае терапевт

будет прислушиваться к чувствам мужчины, пропуская мимо ушей (или не реагируя) его команду *сделать что-нибудь*. Жена ощущает угрозу от подразумеваемой команды, чувствует себя обязанной и поэтому не может просто слушать.

Функция командного аспекта коммуникации — характеризовать взаимоотношения. «Мам, Сэнди меня стукнула!» означает, что говорящий признает проигрышное положение в отношениях с Сэнди и настойчиво утверждает, что мать должна вступить, чтобы разрешить проблему. Это качество часто затушевывается, потому что обычно не обдуманно или не совсем осознанно и, как мы видели, зависит от того, как его встречают. В здоровых отношениях этот аспект отступает на задний план. И наоборот, проблемным отношениям свойственна постоянная борьба в связи с характером отношений: «Не говори мне, что делать!»

В семьях командный аспект принимает форму *правил* (Jackson, 1965). Нормативное паттернирование интеракций стабилизирует отношения. Эти паттерны, или правила, можно установить из заметных излишеств в интеракциях. Джексон использовал понятие «*семейные правила*» как описание нормативности, а не как причинная или определяющая идея. Никто не «утверждает правила». В действительности семьи вообще их не осознают.

Правила, или нормативы, семейной интеракции действуют для того, чтобы сохранить семейный *гомеостаз* (Jackson, 1965, 1967) — приемлемое поведенческое равновесие внутри семьи. Гомеостатические механизмы помогают семьям возвращать существующий прежде баланс перед лицом любого срыва и тем самым способствуют сопротивлению изменениям. Учение Джексона о семейном гомеостазе описывает консервативный аспект семейных систем и сродни концепции общей теории систем о *негативной обратной связи*. Таким образом, согласно коммуникативному анализу семьи действуют как целенаправленные, руководствуемые правилами системы.

Коммуникативные теоретики открыли для себя в *общей теории систем* (von Bertalanffy, 1950) множество идей, полезных для объяснения того, как работают семьи. Но описывая семьи как открытые системы (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967) в теоретических формулировках, они в то же время были склонны работать с ними как с *закрытыми системами* на практике. Так, они сосредоточивали свои терапевтические усилия на нуклеарных семьях, не принимая во внимание или только слегка затрагивая общество или расширенную семью (родственников).

Отношения между коммуникантами могут также рассматри-

ваться либо как *комплементарные*, либо как *симметричные*. *Комплементарные* отношения основываются на отличиях, которые подходят друг другу. Один из распространенных комплементарных паттернов — когда один из партнеров уверен в себе, напорист, а другой — послушен и ведом, при этом каждый терпит и подкрепляет позицию другого. Важно понимать, что это описательная, а не оценочная терминология. Более того, ошибочно полагать, что позиция одного партнера является причиной позиции другого или что один слабее другого. Как отмечал Сартр (Sartre, 1964), мазохист, равно как садист, — они оба делают садомазохистские отношения возможными.

*Симметричные* отношения основываются на равноправии: поведение одного зеркально отражает поведение другого. Симметричные отношения между женой и мужем, когда оба свободно занимаются карьерой и сообща ведут домашнее хозяйство и воспитывают детей, по сегодняшним меркам нередко считаются идеальными. Однако согласно коммуникативному анализу, нет оснований полагать, что такие отношения всегда более стабильны или функциональны для системы, чем традиционные комплементарные отношения.

Еще один аспект коммуникаций — то, как они *пунктуируются* (Bateson & Jackson, 1964). Посторонний наблюдатель воспринимает диалог, как непрерывный поток коммуникаций, но каждый из участников убежден, что то, что сказал один, вызвано тем, что сказал другой. Таким образом, пунктуация структурирует поведенческое событие и отражает заблуждение наблюдателя. Супружескому терапевту знакомо безвыходное положение, когда жена говорит, что она ворчит только потому, что муж самоустраняется, тогда как он говорит, что замыкается только потому, что она вечно недовольна. Другой пример — жена говорит, что она была бы чаще расположена к сексу, если бы муж был более ласков, на что он парирует, что был бы более ласков, если бы они чаще занимались любовью.

Пока супруги пунктуируют свои интеракции в такой манере, изменения весьма маловероятны. Каждый настаивает, что другой является причиной безвыходного положения, и каждый ждет перемен у другого. Этот тупик возникает благодаря универсальной людской склонности пунктуировать последовательность интеракций так, чтобы казалось, что другой является зачинщиком или доминирует, другими словами, сила на его стороне. Яркий пример тому — дети, которые, подравшись, бегут к родителям, оба утверждая: «Он первый начал!» Это взаимное заблуждение

основывается на ошибочном представлении, что такая последовательность имеет дискретное начало — когда поведение одного человека вызвано поведением другого, в линейной форме.

Коммуникативная теория не признает линейную причинность — она не исследует скрытые мотивы. Вместо этого данная модель исповедует круговую причинность и анализирует интеракции, происходящие в настоящее время. Рассмотрение скрытой причинности считается концептуальным мусором, не имеющим практической терапевтической ценности. Поведение, которое наблюдают коммуникативные теоретики, — это паттерны коммуникаций, сцепленные в единую цепочку стимулов и реакций. Эта модель последовательной причинности позволяет терапевтам обращаться с поведенческой цепочкой как с *петлей обратной связи*. Если реакция на проблемное поведение одного члена семьи обостряет проблему, то цепочка рассматривается как петля *позитивной обратной связи*. Преимущество такой формулировки заключается в том, что она выделяет интеракции, увековечивающие проблемы, которые можно изменить, вместо того чтобы строить догадки о скрытых причинах, не поддающихся наблюдению и часто не являющихся объектами изменений.

## Нормальное развитие семьи

Теперь, когда в нашем распоряжении имеется богатая литература по детскому развитию и семейному жизненному циклу, кажется, что нет смысла обращаться к литературе по групповым динамикам, чтобы суметь понять, каково нормальное развитие семьи. Тем не менее на заре семейной терапии многие терапевты заимствовали концепции о групповом развитии и применяли их к семьям. Среди самых печально известных из них — идея Талкотта Парсонса (Parsons, 1950) о том, что группам нужны *инструментальный* и *экспрессивный* лидеры, чтобы отвечать за *социально-эмоциональные* интересы группы. Догадайтесь, кого выбрали на эти роли, и подумайте, как это помогло легитимизировать ответственное и несправедливое разделение труда.

Предложенное Уильямом Шутцем (Schutz, 1958) трехфазовое деление группового развития — *включение, контроль и привязанность* — оказалось более полезным. Другое исследование по групповым динамикам обратило внимание на ключевую потребность в *сплоченности*. Существует фактор, позволяющий охарактеризовать сплоченность, — *совместимость интересов* (Shaw,

1981). Если члены группы обладают сочетаемыми потребностями, они склонны хорошо функционировать сообща, если нет, то совместное функционирование не удастся. Сходным образом совместимые потребности — совместимые, а не идентичные — рожают хорошие браки. Это положение получило свое подтверждение в исследованиях, продемонстрировавших, что совместимость интересов прогнозирует брачный выбор (Winch, 1955) и супружескую адаптацию (Meyer & Pepper, 1977).

Как «системные пуристы» коммуникативные семейные терапевты рассматривают поведение неисторично. Описывают они семейные интеракции или работают с ними — их внимание направлено на «здесь и сейчас» вкупе с ничтожным интересом к развитию. Нормальные семьи считаются функциональными системами, которые подобно всем живым системам обуславливаются двумя основополагающими процессами (Maturana, 1968). Во-первых, они должны сохранять постоянную целостность перед лицом капризов окружающей среды. Это достигается через *негативную обратную связь*, в качестве иллюстрации которой часто приводится пример термостата в домашнем отопительном блоке. Когда уровень тепла опускается ниже установленной отметки, термостат активирует печь до тех пор, пока комната не прогреется до нужной температуры.

Ни одна живая система не выживет без регулирующей структуры, но слишком жесткая структура оставляет систему плохо подготовленной для того, чтобы приспосабливаться к изменившимся обстоятельствам. Вот почему у нормальных семей имеется еще и механизм *позитивной обратной связи*. Негативная обратная связь минимизирует изменения, чтобы поддержать устойчивое положение; позитивная обратная связь изменяет систему, чтобы приспособить ее к новым стимулам. Например, по мере роста детей информация, поступающая от них в семейную систему, изменяется. Наиболее очевидный пример этого — подростки, которые больше всего увлекаются в этом возрасте своими сверстниками и требуют большей независимости. Семейная система, ограниченная до негативной обратной связи, может только сопротивляться таким переменам. У нормальных же семей имеются механизмы позитивной обратной связи, и они могут реагировать на новую информацию модификацией своей структуры.

Нормальные семьи периодически лишаются равновесия (Hoffman, 1971) в течение переходных этапов своего жизненного

цикла. Ни одна семья не прошла через эти изменения абсолютно спокойно: все испытывают стресс, сопротивляются переменам и проживают плохой период. Но гибкие семьи не оказываются в плену таких периодов, они способны осуществить позитивную обратную связь, чтобы измениться. Симптоматичные семьи застревают в проблеме, используя симптоматичного члена, чтобы избежать изменения.

Концепции общей теории систем, например позитивная обратная связь, обладают такими достоинствами, как широкая применимость и теоретическая элегантность, но часто кажутся несколько абстрактными. Если мы признаем, что коммуникация — это канал для позитивной обратной связи, станет возможным излагать соображения яснее. Здоровые семьи способны изменяться, поскольку коммуницируют ясно и являются уступчивыми. Когда дети говорят, что хотят повзрослеть, здоровые родители прислушиваются.

## Развитие расстройств поведения

С позиции теории группы симптомы считаются продуктами нарушенных и нарушающих групповых процессов. Но группы не считаются *причиной* расстройства у их членов, скорее поведение членов группы является частью нарушения группы. Поэтому групповые исследователи и терапевты отказываются от линейной причинности в пользу той формы круговой причинности, которую они называют «групповой динамикой». Семейных групповых терапевтов происхождение психопатологии интересует меньше, чем обстоятельства, которые поддерживают и сохраняют ее. К ним относятся стереотипные роли, нарушения коммуникаций и заблокированные каналы для оказания и получения поддержки.

Из-за ригидности ролей групповые интеракции происходят в узких, стереотипных пределах. Когда у людей становится меньше возможностей для выбора, их гибкость как группы ограничивается. Группы застревают в жестких ролях, и неизменные структуры не срабатывают, когда им приходится иметь дело с измененными обстоятельствами. Более того, если гибкость представляет собой опасность, такие группы не отваживаются коммуницировать о неудовлетворенных потребностях, в результате — фру-



страция и иногда симптоматичное нарушение у одного из членов группы. Если потребности, которые генерируют острое нарушение, остаются неудовлетворенными, сами симптомы закрепляются в качестве роли, и группа организуется вокруг «больного» члена.

Согласно коммуникативным терапевтам, важная функция симптомов — сохранить гомеостатическое равновесие семейной системы. (Как мы увидим, мнение, что симптомы функциональны, подразумевающее, что семьям *нужны* их проблемы, вызвало немало разногласий.) Считалось, что патологические семьи попали в ловушку прочного, дисфункционального гомеостатического паттерна коммуникации (Jackson & Weakland, 1961). Их интеракции могут казаться избыточными и могут быть неудовлетворительными, но они усиленно самоподкрепляются. Эти семьи цепляются за свои ригидные структуры и реагируют на сигналы об изменениях негативной обратной связью. То есть изменения рассматриваются не как противоречащие росту, а как угрожающие и воспринимаются как команда к их сдерживанию. Угрожающим стабильности изменениям прикрепляется ярлык «больных», как показано в следующем примере.

Томми был тихим, одиноким мальчиком, единственным сыном родителей — эмигрантов из Восточной Европы, которые покинули свою деревню и перебрались в Соединенные Штаты, где оба устроились работать на завод в большом городе на северо-востоке страны. И хотя теперь они были спасены от религиозных гонений и улучшили свое благосостояние, супруги чувствовали себя изгоями в отсутствие симпатии со стороны новых соседей. Они держались друг друга и находили удовольствие в воспитании Томми.

Томми был слабым ребенком с некоторыми своеобразными особенностями, но родители считали его совершенным. Потом он пошел в школу, стал водить дружбу с другими детьми и, желая признания, нахватался множества американских привычек. Он жевал жвачку, смотрел мультики и катался на велосипеде при любой возможности. Родителей стало раздражать жевание жвачек и привязанность Томми к телевизору, но больше всего они страдали от его стремления играть с друзьями. Им стало казаться, что он отвергает их ценности и что «должно быть, с ним что-то не так». По проше-

ствии времени они обратились в детскую воспитательную клинику, где уверяли, что у Томми нарушения, и просили помочь «сделать Томми снова нормальным».

Коммуникативные теоретики в своих теоретических работах придерживались позиции, что патология свойственна системе как единому целому (Hoffman, 1971; Jackson, 1967; Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967). *Идентифицированный пациент* считался ролью с комплементарными контролями — и все они способствуют сохранению системы. Идентифицированный пациент может быть жертвой, но с этой позиции «жертва» и «мучитель» рассматриваются как взаимно детерминирующие роли — ни та ни другая не хороша, не плоха, ни одна не является причиной другой. Однако, хотя эта круговая причинность была существенной составляющей теоретизирования коммуникативных терапевтов, они нередко позволяли себе демонизировать родителей.

Трудно судить об отдельных коммуникациях — нормальные они или патологичные. Поэтому следует оценивать, исходя из серий или последовательностей коммуникаций. Можно исследовать синтаксис и семантику, т. е. содержание речи на наличие ясности или спутанности. Этот подход применялся в исследовании Лайманна Уинна, где он обнаружил, что речь шизофреников отличается от речи нормальных людей или делинквентов (Wynne & Singer, 1963). Можно, наоборот, исследовать прагматики коммуникаций, как это было сделано членами группы Пало-Альто. Они делали упор не на ясности или содержании, а на *метакоммуникациях* или командном аспекте языка.

Симптомы рассматривались как сообщения. Невербальные сообщения симптомов таковы: «Не я хочу (или не хочу) делать так, а что-то, что не поддается моему контролю: мои нервы, болезнь, страх, плохое зрение, алкоголь, воспитание, коммунисты или жена» „(Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967, с. 80). Умудренные опытом, коммуникативные теоретики старались не обвинять родителей в мучении их детей. Они больше не считали, что симптомы вызываются коммуникативными проблемами семьи, а рассматривали их как неотъемлемую составляющую контекста, внутри которого эта реакция — единственно возможная. Среди форм патологической коммуникации, выявленных группой Пало-Альто, было отвержение, которое передается одним человеком с дисквалификацией сообщения другого, смешение уровней коммуникации, несоответствующая пунктуация коммуникативных

последовательностей, симметричная эскалация соперничества, ригидная комплементарность и парадоксальные коммуникации.

Самым распространенным качеством патологичной семейной коммуникации является использование *парадокса*. Парадокс — это опровержение, которое следует за верным умозаключением из логической посылки. В семейных коммуникациях парадоксы обычно принимают форму *парадоксальных предписаний*. Распространенный пример парадоксального предписания — потребовать некое поведение, которое по своей природе может проявиться только спонтанно: «Будь спонтанным!», «Ты должен быть более уверенным в себе», «Скажи, что любишь меня». Человек, которому предъявляют парадоксальное предписание, оказывается в невыгодном положении. Выполнить — действовать спонтанно или самоуверенно — означает быть сознательно осмысляющим или напряженно желающим. Единственный способ избежать дилеммы — выйти за пределы контекста и обсудить его, но подобная метакоммуникация редко случается в семьях. (Трудно коммуницировать о коммуникациях.)

Парадоксальные коммуникации — не редкость в повседневной жизни. Они относительно ущербны в малых дозах, но, если они принимают форму двойных связей, последствия пагубны. В двойной связи два противоположных сообщения существуют на различных отвлеченных уровнях, и подразумевается предписание, запрещающее комментировать несоответствие. Известный пример двойной связи, когда жена осуждает мужа за то, что он не показывает своих чувств, и критикует его, если он это делает.

Продолжительная подверженность парадоксальной коммуникации подобна дилемме сновидца, застрявшего в кошмаре. Сновидец не в силах что-то сделать, пока ему снится сон. Единственное решение — выйти из контекста, проснувшись. К несчастью для людей, живущих в кошмаре, проснуться бывает не так-то просто.

## Цели терапии

Цель работы с семейной группой была той же, что и при работе с группами незнакомцев: индивидуализация членов группы и совершенствование взаимоотношений. Личностный рост активизируется, когда неудовлетворенные потребности вербализуются и понимаются и когда чрезмерно ограниченные роли исследу-

ются и расширяются. Если члены семьи избавляются от своих запретов, предполагается, что они достигают большей семейной сплоченности. Обратите внимание на разницу в этих акцентах: рассмотрение группы как индивидов, каждый из которых должен оказать содействие развитию, и системный взгляд на семью как единицу. Работать с семьями, как с любой другой группой, означает недооценивать их потребность в иерархировании и структурировании.

Усовершенствование коммуникаций рассматривалось как основной способ достичь цели улучшения группового функционирования. Задачи этого подхода отражают весьма упрощенный взгляд на семьи и их проблемы, который преобладал среди практиков, еще не владеющих системным мышлением. Пока Бейтсон с коллегами экспериментировали со своим сложным системным анализом, средний терапевт по-прежнему считал, что можно помочь семьям, собрав их вместе и предложив им поговорить друг с другом. И действительно, когда большинство семей начинали разговаривать, у них проявлялось достаточно коммуникативных проблем, чтобы надолго загрузить терапевта работой по исправлению их «ошибок», так что ему было некогда вникать в личностные и системные динамики, которые они вырабатывали.

Целью коммуникативной семейной терапии было осуществить «предумышленную акцию по изменению плохо функционирующих паттернов интеракций...» (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967, с. 145). Поскольку «паттерны интеракций» — синоним коммуникации, это означает изменение паттернов коммуникации. На заре коммуникативной семейной терапии — особенно в деятельности Вирджинии Сатир — это транслировалось в общую задачу по усовершенствованию коммуникации в семье. Позже эта задача была сужена до изменения специфических паттернов коммуникации, подкрепляющих проблемы. В 1974 г. Уикленд писал, что цель терапии — устранение симптомов, а не реорганизация семей: «Мы понимаем разрешение проблем как в первую очередь необходимое замещение поведенческих паттернов с тем, чтобы нарушить порочный цикл позитивной обратной связи» (Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974, с. 149).

Коммуникативный терапевт, подобно поведенческим терапевтам, ставил себе целью препятствовать поведению, которое стимулирует и подкрепляет симптомы. Обе эти модели также сходились в положении, что однажды заблокированное патоло-

гическое поведение заменяется конструктивной альтернативой, а не другими симптомами. Ограничение поведенческой модели было в том, что она трактовала симптоматийного пациента как проблему и понимала симптом как реакцию, а не как одновременно и реакцию, и стимул в цепочке интеракций. Ограничение коммуникативной модели заключалось в том, что она изолировала последовательности поведения, подкрепляющего симптомы, и сосредоточивалась на двухперсональных интеракциях, упуская из внимания треугольники или другие структурные проблемы. Если, к примеру, девочка боится, потому что раздражительный отец все время на нее кричит, а тот это делает из-за эмоциональной безучастности жены, то изменение поведения отца может привести к другой форме симптоматийного поведения девочки, если не обратиться к отношениям между ее родителями.

## Условия для изменения поведения

Как мы отметили, групповой семейный терапевт считал, что можно вызвать изменения у семьи, если помочь ее членам открыться и поговорить друг с другом. Терапевт поощрял их говорить открыто, поддерживал тех, кто казался молчаливым, а затем высказывал свое мнение об их интеракциях. Именно сила поддержки терапевта помогает членам семьи открываться в том, что они держали при себе, а это, в свою очередь, нередко представляется им в другом свете, что позволяет семье выстраивать отношения по-новому. Например, дети, не приученные к тому, что взрослые их слушают, стремятся быть «услышанными», прибегая к дурному поведению. Но если терапевт демонстрирует готовность слушать, дети могут научиться выражать свои чувства словами, а не действиями. Начав взаимодействовать с кем-то, кто воспринимает их серьезно, они могут внезапно «повзрослеть».

Ориентированные на группу терапевты стимулировали коммуникацию, концентрируясь на *процессе*, а не на *содержании* (Bion, 1961; Yalom, 1985; Bell, 1975). Это важный момент. В то мгновение, когда терапевт вовлекается в детали семейных проблем или обдумывает, как их разрешить, он теряет возможность отслеживать процесс того, что такого делает семья, что не дает им вырабатывать собственный вариант решения проблем.

Если поведение — это коммуникация, то способ изменить поведение заключается в изменении коммуникации. Согласно коммуникативным теоретикам, все события и действия имеют коммуникативные свойства: симптомы можно рассматривать как скрытые сообщения, комментирующие отношения (Jackson, 1961). Даже головная боль, которая возникает из продолжительного напряжения в затылочных мышцах, есть сообщение, ведь это заключение о том, как себя чувствует человек, а также команда отреагировать на это. Если симптом считается скрытым сообщением, то благодаря смыслу, разоблачающему сообщение, необходимость в симптоме пропадает. Таким образом, один из ведущих способов изменить поведение — это вывести скрытое сообщение наружу.

Как мы отмечали, важнейшая составляющая двойной связи заключается в том, что невозможно избежать связующую ситуацию или посмотреть на нее отстраненно. Но изнутри вызвать изменение нельзя, оно может прийти только из внешнего паттерна. Поэтому, согласно коммуникативным теоретикам (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967), парадигмой для психотерапии является вмешательство извне, чтобы разрешить отношенческую дилемму. Терапевт — лицо извне, которое снабжает взаимоотношения тем, чего в них нет: изменяет правила.

Со своей отстраненной позиции терапевт может либо указывать на проблематичные последовательности, либо манипулировать ими, чтобы вызвать терапевтические изменения. Первая из стратегий полагается на силу понимания, или инсайта, и на готовность к изменениям, вторая — нет. Это попытка обыграть семью в их же собственной игре — и неважно, будут они сотрудничать или нет. Вторая стратегия включает множество умных и занимательных тактик коммуникативной терапии, и о ней написано гораздо больше, чем о простой интерпретации. Тем не менее первые терапевты по большей части прибегали к указанию проблем, нежели к любым другим техникам.

Первая стратегия — простое указание на коммуникативные проблемы — представлена работой Вирджинии Сатир и широко практиковалась ее современниками в семейной терапии. Второй, менее прямой подход, олицетворяемый Хейли и Джексоном, в конце концов стал преобладающей стратегией.

Поначалу работа Хейли и Джексона с семьями испытывала влияние гипнотерапии, которой они обучались у Милтона Эриксона. Гипнотерапевт в своей работе дает точные указания, кото-

рые часто имеют размытые цели. Однако, прежде чем пациент последует директивам, терапевт должен добиться контроля над отношениями. Джексон иногда начинал с консультации по симптомам. Он проделывал это, чтобы выделить проблемную область, — совсем как при интерпретации. Но в то же время его комментарии заставляли пациента сосредоточиваться на отношениях с терапевтом, независимо от того, принимал пациент совет или отвергал. Хейли (Haley, 1961) рекомендовал просить некоторых пациентов сделать что-то с тем, чтобы спровоцировать их на реакцию неподчинения. Это использовалось с целью заставить их признать, что они зависят от терапевта. Он приводил в пример предписание шизофренику слушать голоса. Если пациент слышит голоса, то он подчиняется требованию терапевта, если нет, то его больше нельзя считать сумасшедшим.

Директива Хейли (1961) слушать голоса иллюстрирует технику *предписания симптомов*. Давая пациенту указание разыгрывать симптоматичное поведение, терапевт предлагает, чтобы нечто «невольное» выполнялось преднамеренно. Это парадоксальное предписание, которое вызывает одно из двух изменений. Либо пациент выполняет симптом и тем самым признает, что он не случаен, либо пациент отказывается от симптома. Предписание симптома — это форма того, что коммуникативные терапевты называют *терапевтической двойной связью* (Jackson, 1961). Тот способ, который лишает людей рассудка, используется для того, чтобы восстановить их психическое здоровье.

Вообще-то «терапевтическая двойная связь» — это нечто вроде свободного пользования, поскольку необязательно подключать два уровня сообщения, одно из которых исключает другое. Чтобы проиллюстрировать, что такое терапевтическая двойная связь, Джексон (1961) цитирует следующий случай.

Пациентка, молодая женщина с комплексом мученицы, считала, что, несмотря на все ее невероятные усилия угодить мужу, у нее ничего не получается. Джексону показалось, что она просто «разыгрывает из себя милашку», чтобы скрыть свое сильное, но неприемлемое для себя раздражение мужем. Но пациентка возмутилась даже на его предположение, что она «недовольна». Столкнувшись с этим сопротивлением, Джексон предложил, что, раз брак столь важен для нее и раз настроение мужа производит на нее столь глубокое впечатление, она должна научиться быть *на самом деле* услужливой.

Приняв предложение терапевта, пациентка признала, что она не услужлива *на самом деле*. Более того, ей пришлось измениться.

В этом примере пациентка была подведена к изменению без обращения к каким-то иным действиям. Суть была в том, чтобы заставить пациентку выйти за рамки, установленные ее дилеммой, — неважно, осознавала она это или нет. Чтобы быть успешной, терапевтическая двойная связь или парадоксальное предписание должны быть настолько умно задуманы, чтобы не осталось никаких лазеек для бегства пациентов.

## Техники

Техники семейной терапии были похожи на техники аналитической или поддерживающей, групповой терапии. Роль терапевта заключалась в *лидировании над процессом*. Моделью семьи становилась демократическая группа, и терапевт устанавливал с членами семьи демократические отношения, ожидая, что и они будут действовать между собой точно так же. Терапевт воспринимал их как людей, у которых есть что сказать, и часто как тех, кому нужно помочь высказать это. При этом на структуру или на подкрепление иерархического положения родителей почти не обращали внимания. Даже наоборот, существовала тенденция оказывать усиленную поддержку детям и поощрять их на то, чтобы они брали на себя более равноправную роль в семейных интеракциях.

Авторский подход Джона Белла (Bell, 1961) является многоступенчатым. Первая ступень — *центрированная на ребенке фаза*, когда детям помогают выражать желания и интересы. Белл был настолько озабочен тем, чтобы поддержать участие детей, что в качестве способа добиться их сотрудничества устраивал предварительные встречи с родителями, чтобы настроить их не только на слушание, но и на то, чтобы они соглашались с требованиями кого-то из детей.

После того как дети высказывались и получали некоторые дополнительные привилегии, наступала очередь родителей. Обычно в *центрированной на родителях фазе* родители начинали жаловаться на поведение детей. В этой фазе Белл заботился о том, чтобы смягчать резкую критику родителей, и фокусировался на



разрешении проблем. В финале, или в *центрированной на семье фазе*, терапевт уравнивал поддержку для всей семьи, пока они продолжали совершенствовать коммуникацию и вырабатывать решения для своих проблем. Следующая выдержка иллюстрирует директивный стиль вмешательства Белла (Bell, 1975):

«Один отец, на протяжении нескольких последних сессий сохранявший молчание, выступил наконец с длинной тирадой, направленной против сына, дочери и жены. Я отметил, как за несколько минут каждый названный на свой манер отказался от участия в обмене мнениями. Тогда я сказал: «Теперь, как мне кажется, мы должны услышать, что хочет сказать на этот счет Джим, и Ненси должна высказать свое мнение, и, возможно, мы также услышим, что думает об этом ваша жена». Это восстановило участие семьи, не исключая отца» (с. 136).

Существуют три специально адаптированные к работе с семьями формы групповой терапии — *составная семейная групповая терапия, терапия множественного воздействия и сетевая терапия*.

Питер Лакур начал практиковать *составную семейную групповую терапию* в 1950 г. в Кридморском государственном госпитале в Нью-Йорке и усовершенствовал этот подход в Вермонтском государственном госпитале (Laqueur, 1966, 1972a, 1972b, 1976). Составная семейная групповая терапия заключалась в работе одновременно с четырьмя-шестью семьями на полуторачасовых еженедельных сессиях. Лакур со своими котерапевтами собирал составные семейные группы, так же как и традиционные терапевтические группы, дополняя их техниками групп встреч и психодрамы. Применялись структурированные упражнения, чтобы поднять уровень интеракций и интенсивность чувств; семьи использовались в качестве «котерапевтов», которые сталкивали между собой членов других семей, находясь на более персональной позиции, чем терапевт.

Хотя составная семейная терапия утратила свою наиболее творческую силу с безвременной кончиной Питера Лакура, к ней по-прежнему время от времени обращаются, особенно в госпитальных условиях, как при работе со стационарными больными (McFarlane, 1982), так и с амбулаторными (Grizer & Okum, 1983).

Роберт Мак-Грегор и его коллеги в филиале Техасского медицинского университета в Галвестоне разработали *терапию*

*множественного воздействия* как способ оказать максимальное влияние на семьи, которые съезжались со всего Техаса, чтобы посвятить несколько дней интенсивной терапии с большой командой специалистов (MacGregor, Richie Serrano, Schuster, McDonald & Goolishian, 1967, 1972). Члены команды в различных сочетаниях встречались с членами семьи, а затем собирались в большую группу, чтобы сделать обзор находок и выдать рекомендации. Хотя терапия множественного воздействия больше не практикуется, эти интенсивные, но нечастые встречи были сильным стимулом к изменению и стали прототипом последующих разработок в эмпирической терапии (см. главу 6) и миланской модели (см. главу 11).

*Сетевая терапия* — это подход, созданный Россом Спеком и Кэролайн Аттнев для содействия семьям во время кризиса, при помощи созыва всей их социальной сети — родственников, друзей, соседей — на собрания, численностью в среднем по пятьдесят человек. Использовались команды специалистов, которые делали упор на разрушении деструктивных паттернов отношений и мобилизации поддержки для новых возможностей (Speck & Attneave, 1973; Ruevini, 1975).

Встречи терапевтических команд с сетевыми группами длились по два-четыре часа, и, как правило, это случалось три-шесть раз. Использовались техники групп встреч, чтобы снять защиты и создать атмосферу теплого участия. После 5—10 минут, когда члены группы пожимали друг другу руки, прыгали, кричали, обнимались и раскачивались вперед-назад, группа освобождалась от напряжения и приходила к ощущению сплоченности.

Когда лидер представлялся и активизировал конфликтные точки зрения в сети, начиналась *фаза поляризации*. Ее могли драматизировать путем распределения людей в концентрические круги и провокации их столкновения из-за отличий. Под руководством лидеров столкновение переводилось к компромиссу и синтезу. В процессе *мобилизационной фазы* выдвигались задачи и просьбы к subgroupам из вовлеченных и активных членов разработать планы для разрешения конкретных проблем. Если идентифицированному пациенту была нужна работа, формировался комитет содействия, если молодые родители спорили из-за того, кому присматривать за ребенком, группу просили найти нянь, чтобы разрешать паре проводить вдвоем свободное время.

Когда первоначальный энтузиазм стихал, сетевые группы часто истощались и впадали в отчаяние, поскольку их члены по-

нимали, насколько укоренившимися являются некоторые проблемы и как тяжело их разрешать. Юрий Рювини (Ruevini, 1975) описал случай, когда группа переживала период депрессии и проблемная семья почувствовала себя изолированной и покинутой. Рювини вывел ее из этого тупика, предложив катарсическое упражнение, позаимствованное из групп встреч, под названием «похоронная церемония». Членов семьи просили закрыть глаза и представить себя умершими. Остальной группе предлагали поделиться своими чувствами об «усопших»: об их сильных и слабых сторонах и о том, что каждый из них значил для близких. Этот драматический прием вызывал излияние чувств в сетевой группе, что вывело ее из депрессии.

Спек и Аттив (1973) описали, как делить сетевую группу на подгруппы по разрешению проблем, используя действия, а не чувства, чтобы уйти от отчаяния. В одном случае они попросили группу друзей подростка с наркотической зависимостью присматривать за ним, а другую группу — принять меры, чтобы он смог уехать из родительского дома. Произошел прорыв, когда высвобожденная энергия сетевой группы была направлена на активное разрешение проблем. Сетевые сессии часто производят то, что Спек и Аттив назвали «сетевым эффектом», — чувство эйфорической связанности и громадное удовлетворение от разрешенных проблем. Однажды приведенная в действие сетевая группа всегда приходит на помощь, когда возникает такая необходимость.

Большинство актуальных техник коммуникативной семейной терапии заключается в обучении правилам ясных коммуникаций, анализе и интерпретации коммуникативных паттернов и манипулировании интеракциями при помощи различных стратегических приемов. Прогрессия этих трех стратегий от более прямых к более изобретательным отражает растущее понимание того, как семьи сопротивляются изменениям.

Раньше, начиная свою работу, коммуникативные терапевты (Jackson & Weakland, 1961) давали понять о своих убеждениях, что семья в целом вовлечена в существующую проблему. Затем они объясняли, что все семьи вырабатывают привычные паттерны коммуникации, включая некоторые проблематичные. Эта попытка перевести семьи от восприятия идентифицированного пациента как проблему к признанию общей ответственности недооценивала сопротивление семей к изменениям. Впоследствии

эти терапевты скорее всего начинали с признания того определения проблемы, которое предлагали семьи (Haley, 1976).

Сделав свои вступительные заявления, терапевты просили членов семьи, обычно по одному, рассказать о проблемах. Терапевт слушал, но сосредоточивал свое внимание на процессе, а не на содержании. Когда кто-то из семьи говорил в спутанной или путающей манере, терапевт обычно указывал на это и устанавливал определенные правила ясного коммуницирования. Сатир (Satir, 1974) была наиболее прямым и открытым учителем. Когда кто-то говорил что-то неясное, она уточняла и проясняла сообщение, предлагая принципы для ясного выражения мыслей.

Одно правило заключалось в том, что люди должны были говорить от единственного числа, выражая свои мысли или чувства. Например:

Муж: Мы все любим парней Донны.

Терапевт: Мне бы хотелось, чтобы вы говорили за себя, ваша жена сможет высказать, что она думает, позже.

Муж: Да, но мы всегда сходимся во мнениях относительно этих вещей.

Терапевт: Возможно, но вы разбираетесь в своих мыслях или чувствах. Говорите за себя и дайте ей сказать за себя.

Сходное правило, когда от людей требуют формулировать утверждения от первого лица («я-утверждения») на личные темы. Мнения и ценностные суждения должны признаваться как таковые и не выдаваться за факты и общие принципы. Признание мнений как таковых — обязательный шаг к их обсуждению в манере, допускающей легитимные расхождения во мнениях и предоставляющей гораздо меньше возможностей, чтобы менять мнения.

Жена: Люди не должны искать развлечений без своих детей.

Терапевт: Значит, вам нравится брать детей с собой, когда вы с мужем отправляетесь развлекаться?

Жена: Ну да, а разве не все этого хотят?

Муж: Я — нет. Мне нравится проводить время только вдвоем с женой, хотя бы иногда.

Еще одно правило — это когда люди должны обращаться прямо друг к другу, вместо того чтобы говорить друг о друге. Этим избегается игнорирование или дисквалификация членов семьи и предотвращается образование деструктивных коалиций. Например:

Подросток (к терапевту): Моя мама всегда должна быть права. Правда же, пап?

Терапевт: Ты не мог бы сказать это ей?

Подросток: Могу, но она не слушает.

Терапевт: Попробуй еще раз.

Подросток (терапевту): О, ну ладно. (Матери): Иногда мне кажется... (Повернувшись к терапевту): О, какой смысл?

Терапевт: Я вижу, как это тяжело сделать, и догадываюсь, что ты подумал, нет смысла пытаться сказать это матери, если она не собирается слушать. Но здесь, я надеюсь, мы можем все научиться разговаривать друг с другом более прямо, так что никто не откажется от чьих-либо слов.

Как показывает этот диалог, трудно научить людей коммуницировать открыто, только рассказывая им, как это делается. Наверное, это удачная идея, но она не совсем хорошо работает. Причина, по которой директивный подход к семейной терапии сохраняется вообще, заключается в том, что, если требовать достаточно настойчиво, большинство людей следуют терапевтическим директивам, по крайней мере в присутствии требовательного терапевта.

В первые годы коммуникативной семейной терапии Вирджиния Сатир была, вероятно, наиболее прозрачным и директивным терапевтом, Джей Хейли — наименее, а Дон Джексон находился где-то между ними.

Начав работать с семьями шизофреников, Джексон полагал, что должен защищать пациентов от их семей (Jackson & Weakland, 1961), но пришел к пониманию, что родители и дети связаны друг с другом во взаимно деструктивной манере. Даже сегодня новички в семейной терапии, особенно если они еще сами не являются родителями, склонны идентифицироваться с детьми и считать родителей «плохими парнями». Это не только ошибочно, как позже признал Джексон, но и отчуждает родителей и выбивает их из лечения. Молодые терапевты часто «знают», что в большинстве проблем детей следует винить их родителей. Толь-

ко впоследствии, сами став родителями, они достигают более уравновешенной позиции, а именно что во всех проблемах семьи виноваты дети.

Джексон уделял особое внимание необходимости в структурировании и контроле семейных встреч. Он начинал первую сессию со слов: «Мы здесь, чтобы поработать сообща над лучшим пониманием друг друга, так что вы все можете отвлечься от своей семейной жизни» (Jackson & Weakland, 1961, с. 37). Эта ремарка не только структурировала встречу, но и выражала идею, что все члены семьи должны сосредоточиться на обсуждении. Кроме того, она открывала намерения терапевта и могла тем самым быстрее спровоцировать сопротивление родителей, которые пришли только для того, чтобы помочь пациенту, и их обижало предположение, что они сами являются частью проблемы. Таким образом, мы видим, что Джексон был активным терапевтом, который прямо устанавливал правила с самого начала и открыто объяснял, что он делает, чтобы предупредить и обезоружить сопротивление. Сегодня большинство семейных терапевтов считают, что эффективнее большая хитрость; отвечать на сопротивление семей нужно не психологическим карате, а джиуджитсу — использовать их инерцию для выигрыша в силе, вместо того чтобы противодействовать им лобовой атакой.

Возможно, Джексон считал, что слишком тяжело работать с семьями шизофреников, и поэтому был активным и настойчивым, чтобы не попасться в ловушку их безумия. В любом случае в его работе имелся оттенок воинственности — будто он считал, что воюет с семьями и нужно выиграть у них в их же играх (Jackson & Weakland, 1961), используя двойные или составные сообщения, провоцируя их сделать что-нибудь вопреки терапевтическим директивам, реальные цели которых могли быть скрытыми (терапевтические двойные связи).

Если Джексон был скрытно воинственным с семьями, то Хейли не действовал в этом отношении исподтишка. Он был ясен и недвусмыслен, определяя терапию как битву за контроль<sup>1</sup>. Хейли полагал, что терапевт должен лавировать в позиции власти над своими пациентами, чтобы манипуляциями добиваться их изменений. Хотя понятие манипуляции может иметь неприглядный подтекст, моральную критику можно направить против тех, кто использует пациентов в собственных скрытых

Хейли продолжал развивать и совершенствовать эту мысль, и сегодня он далек от этой простоты и провокативности. См. главу 11 по стратегии — ческой семейной терапии, описывающей современную работу Хейли.

целях, а не тех, кто ищет наиболее эффективные способы содействия пациентам в достижении их целей.

В «Стратегиях психотерапии» Хейли (1963) описал супружеские отношения с позиции конфликтующих уровней коммуникации. Конфликт возникает не только из-за того, какие правила должны выполнять супруги, но и из-за того, кто устанавливает эти правила. В одних сферах супруги могут быть комплементарными, а в других симметричными. Но осложнения все равно остаются: хотя может казаться, что жена доминирует над зависимым мужем, на деле муж может провоцировать жену на доминирование; таким образом, он сам поддерживает тот тип отношений, который у них имеется. Время от времени он прикидывается трусом, чтобы похулиганить.

Хотя анализ человеческих отношений Хейли был очень рациональным, он полагал, что члены семьи не могут быть рациональными со своими проблемами. Возможно, он преувеличивал неспособность человека понять свое поведение. Поэтому его терапии была характерна тенденция работать *для* пациентов, а не с ними. Насмешливо критикуя идею, что инсайт целителен, Хейли возлагал большую надежду на простые, открытые коммуникации как на способ борьбы с семейными проблемами.

Согласно Хейли, простое присутствие третьего лица — терапевта — помогает супругам решать проблемы. Будучи честным с каждым партнером и не принимая ничью сторону, терапевт обезоруживает типичные приемы обвинения. Другими словами, терапевт действует как рефери. В дополнение к этой функции коммуникативный терапевт переименовывает то, как члены семьи ведут себя друг с другом. Согласно одной стратегии, то, что говорят члены семьи, переопределяется так, что акцент ставится на позитивный аспект их отношений. «Например, — говорит Хейли, — если муж утверждает, что жена постоянно ворчит на него, то терапевт может сказать, что жена, по-видимому, пытается пронять мужа и достигает с ним большей близости. Если жена утверждает, что муж все время чурается ее, о нем можно сказать, что он стремится избежать разногласий и ищет благожелательных отношений» (1963, с. 139). Эта техника позже была названа *рефреймингом* и стала центральной для стратегической терапии.

Одна из стратегий Хейли заключалась в том, чтобы разоблачить подразумеваемые правила, которые управляют семейными отношениями. Трудно следовать дисфункциональным правилам, если они определены. Например, некоторые жены ругают

своих мужей за то, что те не выражают себя, но стоит у них появиться такому шансу, они тут как тут — многословны и громогласны. Если терапевт указывает на это, становится трудно следовать подразумеваемому правилу, что муж не должен разговаривать. Хейли полагал, что расхождения в том, каким правилам следовать, относительно легко разрешимы через обсуждение и компромисс. Конфликты в связи с тем, кто устанавливает правила, сложнее и требуют того, чтобы терапевт был менее открытым. Поскольку тема контроля является слишком опасной, чтобы работать над ней открыто, Хейли рекомендовал скрытые директивы.

Хейли давал директивы двух типов: предлагал другое поведение и рекомендовал продолжать вести себя по-прежнему. Прямой совет, говорил он, редко срабатывает. Когда он все же срабатывает, это означает, что конфликт, видимо, был незначительным или что супруги уже сами двигались в этом направлении. Некоторые директивы Хейли были направлены на изменения, которые казались такими небольшими, что окончательные результаты наступали не так скоро. Например, в супружеской паре, где жена обычно всегда добивается своего, муж раз в неделю должен отказывать ей в чем-то совсем несущественном. Это выглядит банально, но преследует две цели: заставить мужа выражать свое мнение, а жену — осознать, что она доминирует. (К несчастью, это выглядит еще и так, будто в отношенческих проблемах обвиняется одна жена.) Это маленькое начинание давало обоим партнерам шанс поработать над изменением своего вклада в интеракции. Факт, что они делают это по терапевтическому указанию, часто, хотя и не всегда заставлял их с большей охотой следовать совету.

Предложение Хейли, чтобы члены семьи продолжали вести себя по-прежнему, фактически представляет собой терапевтический парадокс. Когда протестующего подростка просят «продолжать протестовать», он попадает в парадоксальное положение. Продолжать протестовать означает следовать указанию властной фигуры (и признать, что твои поступки — протест). Только отказ от этого поведения может позволить подростку сохранить иллюзию свободы. Между тем проблематичное поведение прекращается. Иногда эффективно, если один партнер предлагает другому продолжать вести себя симптоматично. Это вызывает существенный сдвиг, поскольку заменяет того, кто определяет характер отношений.



## Уроки ранних моделей

Самым важным вкладом групповых исследований в семейную терапию стала идея, что у всех групп, включая семьи, появляются свои характеристики. Когда люди объединяются в группу, отношенческие процессы протекают так, что отражают вовлечение индивидов и коллективные паттерны интеракций, известные как *групповые динамики*. Семейные терапевты используют системную теорию, чтобы уточнить природу этих интерперсональных сил. Им приходится иметь дело с такими групповыми динамиками, как триангуляция, поиск «козла отпущения», группирование, создание коалиций и расколы.

Групповые теоретики также научили нас важности ролей — официальных и неофициальных — и тому, как роли организуют поведение в группах. Семейные терапевты обращаются к ролевой теории, когда поддерживают и повышают ценность родителей в их роли лидеров или указывают, как скрытые роли могут отвлекать от группового функционирования, например когда отец, который все время играет роль балагура, подначивает свою жену и уводит семью от обсуждения и разрешения проблем. Семейные терапевты также помогают членам семьи понимать, как некоторые ригидные роли заставляют их вести себя ограниченно и негибко, например если подросток сильно озабочен тем, чтобы не быть похожим на родителей, он не понимает, что такое быть самим собой.

Разграничение процесс — содержание тоже имеет глубокое значение для семейных терапевтов. Когда семьи ищут помощи, они рассчитывают на экспертную информацию и помощь, разрешающую их проблемы. Они хотят узнать, как помочь застенчивому мальчику заводить друзей или как заставить дерзкого подростка выказывать больше уважения. Но семейные терапевты пытаются постичь вот что: почему семья не способна разрешить собственные проблемы? Почему меры, которые они предпринимают, не срабатывают? Поэтому, когда семья обсуждает свои проблемы, терапевт больше следит за процессом обсуждения — кто с кем разговаривает и каким образом, — чем за содержанием того, что они говорят.

Смещение внимания от того, что говорят люди, к тому, как они это говорят — открыто или защищаясь, с позиции сотрудничества или конкуренции, — одна из ключевых стратегий всех форм терапии. Выражаясь иначе, большинство семейных терапевтов сосредоточиваются на опыте «здесь — и — сейчас», обра-

щаясь к проблемам в виде способа построения взаимоотношений между членами семьи прямо в консультационном кабинете.

Семейные терапевты прибегают к основной технике групповой терапии — содействию свободного и открытого обсуждения, — чтобы поощрять в семьях диалог и взаимопонимание. Но хотя помощь семьям в обсуждении их проблем и позволяет им разрешать умеренные кризисы, простой разговор редко достаточен для выхода из более сложных проблем. Более того, модель демократической группы, на которую опирается эта техника, недооценивает уникальные структуральные свойства семей. В отличие от терапевтических групп семьи *не* состоят из равноправных людей. Каждый член семьи имеет равные права на свои чувства, но кто-то стоит во главе. Терапевт, который призывает всех в семье высказываться на равных, не считается с потребностью семьи в лидерстве и иерархии.

Другая важная техника, используемая групповыми терапевтами, — это интерпретация процесса, которая у Белла (Bell, 1961) представлена в четырех вариантах. *Рефлексивные интерпретации* описывают, что происходит в данный момент: «Я заметил, что, когда ваша жена говорит что-то критичное, вы беретесь за голову, как будто говорите: «Бедный я». *Коннективные интерпретации* указывают на неосознаваемые связи между различными действиями среди членов семьи: «Вы не замечали, что Дженни начинает дурно себя вести в тот момент, когда вы оба начинаете спорить?» *Реконструктивные интерпретации* объясняют, как события в семейной истории задают контекст для нынешних переживаний. *Нормативные интерпретации* высказываются с целью поддержать члена семьи или бросить ему вызов путем сравнения этого человека с тем, что делают большинство людей: «Большинство подростков дерзки со своими родителями. Это часть взросления».

Наиболее очевидные комментарии, которые мы можем сделать в связи с процессуальными интерпретациями, — это просто указание на то, что делают члены семьи, и это не помогает им увидеть, что их поведение непродуктивно, или изменить его. Терапевты интерпретируют, чтобы принести пользу, но людям, для которых предназначены эти интерпретации, последние нередко кажутся вредными, как если бы терапевт говорил: «Посмотрите, что вы делаете: это ошибочно — *вы* ошибаетесь».

Реальная причина, по которой люди обычно не меняются, когда им на что-то указывают, не в том, что они являются марионетками семейной системы, а в том, что даже критика с благо-

ми намерениями часто воспринимается в большей мере как угроза, нежели как конструктивное предложение. Семейные терапевты, уже враждебно настроенные к аналитическому подходу, стали сомневаться в пользе интерпретаций и даже высмеивать инсайт, предпочитая действие. Поступая так, они считали, что индивиды, как правило, бессильны перед системными силами своих семей. Задним числом представляется, что, хотя изменение индивида часто и осложняется действиями других, несправедливо считать, что члены семьи не способны отдавать себе отчет о последовательностях своего поведения, — все зависит от того, как им на это указывают. Вероятно, это самое уважение к способности людей понимать и изменять свое поведение и привело к тому, что терапевты стали переформулировать интерпретативные комментарии, так чтобы их слова больше напоминали разрешение быть честным, нежели нападки. Возможно, люди *могут* усвоить безжалостную правду, если им говорят об этом с уважением.

Групповые семейные терапевты были директивными настолько, что подталкивали людей высказываться, когда было понятно, что им есть что сказать; в других случаях они были относительно пассивными и ограничивали себя описанием семейных интеракционных мотивов, которые увидели. В терапевтических группах из незнакомых прежде людей с контрастными защитами и личностными стилями терапевты могли действовать как катализаторы, чтобы спровоцировать в группе конфронтацию и спор. Но семьи нередко разделяли общие защиты и непродуктивные установки, и терапевты не могли рассчитывать на то, что кто-то из членов группы бросит вызов семейным правилам. Вот почему современные семейные терапевты, работающие с семьями более активно, борются с семейными паттернами интеракции (а не с молчанием отдельных участников) и ищут способы обойти защиты, которые в семьях сильнее, чем в группах незнакомцев.

В этой главе рассматривались три варианта адаптации групповых методов (составная семейная терапия, терапия множественного воздействия и сетевая терапия), с которыми экспериментировали в 1960-х. Работа с более чем одной семьей одновременно позволяла членам одной семьи увидеть, как другие справляются со сходными проблемами. Однако, если участие других семей использовалось с целью внесения раздора, становилось невозможным сосредоточиться на укоренившихся или вызывающих

тревогу проблемах. То, что срабатывало в групповой терапии, не работало в семейной.

Как терапия множественного воздействия, так и сетевая терапия привлекали громадные ресурсы для выведения семьи из кризиса. Хотя семейные терапевты в клиниках часто работают в командах, сегодня мы обычно полагаемся на одного терапевта, ведущего семью. Возможно, бывают случаи, когда имеет смысл приложить те изнурительные усилия, которые предлагает терапия множественного воздействия. Дополнительное преимущество сетевой терапии заключается в том, что она мобилизует естественные ресурсы семейного сообщества. Возможно, эта модель все еще в ходу, потому что она использует ресурсы сообщества, которые остаются доступными и по окончании лечения, и это полезное средство от изолированности некоторых семей.

Коммуникативная терапия была одной из первых и наиболее влиятельных форм лечения семей. Ее теоретическое развитие тесно связано с общей теорией систем, и возникшая терапия стала преимущественно системным подходом. Коммуникации являют собой входящий и исходящий стимулы, доступные для обнаружения, которые терапевты использовали для анализа «черного ящика» интерперсональных систем. Коммуникация стала описываться как обратная связь, как тактика в борьбе за интерперсональное влияние и как симптоматика. Фактически всякое поведение рассматривалось как коммуникация. Проблема в том, что, если со всеми поступками обращаться как с коммуникациями, можно подумать: коммуникативный анализ объясняет все, а значит, ничего. Человеческие отношения — не только проблема коммуникаций; последние, вероятно, матрица, в которую встроены интеракции, но у человеческих взаимодействий имеются и другие атрибуты — любовь, ненависть, страх, конфликт.

Бейтсоновская группа лучше всего запомнилась концепцией двойной связи, но обесмертившая их заслуга заключается в применении коммуникативного анализа к широкому спектру поведения, включая семейные динамики. Фактически идея о *метакоммуникации* гораздо полезнее, чем понятие двойной связи, и она была усвоена не только семейными терапевтами, но и общественностью вообще. Независимо от того, известен ли большинству людей термин «метакоммуникация», они понимают, что все сообщения имеют и передающую и командную функции.

Другая из наиболее значимых идей коммуникативной тера-

пии заключается в том, что семьи являются системами, руководствующимися правилами, которые поддерживаются механизмами гомеостаза и негативной обратной связи. Негативная обратная связь отвечает за стабильность нормальных семей и негибкость дисфункциональных. Поскольку последние не имеют адекватных механизмов позитивной обратной связи, они не способны адаптироваться к изменяющимся обстоятельствам.

Коммуникативные терапевты позаимствовали модель открытой системы у общей теории систем, но их клинические вмешательства базировались на кибернетической парадигме закрытых систем. Отношения изображались как борьба за власть и контроль. Хейли уделял особое внимание борьбе за власть между супругами; Вацлавик считал, что основная проблема контроля в семьях является когнитивной. Терапия понималась как силовая борьба, в которой терапевт берет на себя контроль, чтобы перехитрить силу того, что поддерживает симптоматику.

Если коммуникации имеют место в закрытых системах — в фантазиях индивида или в частных разговорах семьи, — это слабая возможность для приспособления системы. Только тогда, когда некто со стороны, вне системы, обеспечивает входящую стимуляцию, исправление осуществимо. Это послышка, на которую опирается коммуникативная семейная терапия. Поскольку правила семейного функционирования почти не известны семье, лучший способ исследовать и исправить их — консультация специалиста.

Несмотря на разницу в терапевтических стратегиях Хейли, Джексона, Сатир и Вацлавика, все они считали своим долгом изменять ущербные паттерны коммуникации. Они добивались этой цели прямыми и непрямыми средствами. Прямой подход, который предпочитала Сатир, добивался изменений при помощи того, что семейные правила прояснялись и семьи обучались ясным и недвусмысленным коммуникациям. Можно считать, что этот подход устанавливал базовые правила, или метакоммуникативные принципы, и состоял из таких тактик, как просьба к людям высказываться за себя и указание невербальных и многоуровневых каналов коммуникации.

Но, как отмечал Хейли, «одна из трудностей, заключенных в просьбе к пациентам сделать что-то, связана с фактом, что психические пациенты известны своими колебаниями в выполнении того, о чем их просят». По этой причине коммуникативные терапевты стали прибегать к более обходным стратегиям, предназначенным для провокации изменений, а не для развития осо-

знания. Если попросить членов семьи говорить за себя, например, то можно поколебать семейные правила и тем самым столкнуться с сильным сопротивлением. Придя к этому пониманию, коммуникативные терапевты стали работать над сопротивлением.

С сопротивлением и симптомами справлялись при помощи различных парадоксальных директив, получивших вследствие вольного толкования название «терапевтическая двойная связь». Техника Милтона Эриксона, предписывающая сопротивление, использовалась как средство достижения контроля, как, например, когда терапевт велит членам семьи не раскрываться на первой сессии. К той же уловке прибегали, чтобы предписывать симптомы, и действия, которые делали неосознаваемые правила очевидными, подразумевали, что это поведение преднамеренно, а терапевт властен над ситуацией.

В конце концов коммуникативная терапия стала фокусированной на симптоме краткосрочной и директивной. Фокусирование на симптоме согласуется с известной системной концепцией *эквивифинальности*, которая означает, что неважно, откуда начинаются системные изменения, — конечный результат все равно одинаков. Кроме того, даже собирая всю семью, коммуникативные терапевты сосредоточиваются на супружеской паре — они всегда были более искусными в диадическом, нежели в триадическом мышлении.

Сегодня теории коммуникативной терапии признаны мейнстримом семейной терапии, и фокусированные на симптоме вмешательства стали базисом стратегической и фокусированной на решении моделей. К несчастью, когда закостеневшая негибкость семей поставила групповых и коммуникативных терапевтов в тупик, они могли преувеличить иррациональную силу семейных систем.

## Критический взгляд на систему<sup>1</sup>

Поначалу терапевты встречали семьи как сильного противника. Открытия Фрейда обвиняли семьи как совратителей невинных детей, а позже — как агентов культурального давления — источника любого типа вины и тревоги. Госпитальные психиатры также считали пациентов жертвами их семей и не

Идеи этого раздела адаптированы из книги «Я в системе» («The Self in the System», Nichols, 1987).

подпускали семьи на пушечный выстрел — разве что только для оплаты расходов. Детские работники относились к домашней жизни своих подопечных со свойственным им предубеждением. Они полагали, что испорченные отношения в семье, ответственные за психопатологию, сглаживаются благодаря их собственной лояльности к маленьким пациентам, с которыми они идентифицировали себя. Всегда готовые спасти ребенка, они воспринимали матерей как врагов, которых нужно побороть, а отцов — как второстепенные фигуры, которых можно не замечать.

Коммуникативные семейные терапевты спасали шизофреников от психиатрического вердикта о неполноценности, доказывая, что их безумная речь имеет смысл как отчаянная попытка разрешения семейных ситуаций. Ненормален не пациент, а семейная система. Семейная терапия нацелилась на гуманизацию психических болезней, но, чтобы добиться этого, она создала нечеловеческий, механический объект — систему.

Стремясь заставить отдельных членов семьи перестать быть проводниками культуральных ограничений, практикующие терапевты сразу же натолкнулись на сильную семейную неприязнь к независимости личности. Человек, может, и желал бы поправиться, но семье нужен кто-то в роли больного. Некоторые семьи, чтобы сохранить свое равновесие, просто не могут обойтись без «козла отпущения»; болезнь пациента становится необходимой для сомнительного здоровья семьи. Все это позволило Дону Джексону охарактеризовать семьи как «руководствующиеся правилами гомеостатические системы». Тогда совсем не замечали, что это описание, изображающее пациентов беспомощными, смещало внимание (равно как и вину) на семью.

Предполагалось, что наблюдения бейтсоновской группы являются научными, однако их язык для описания семейных систем был воинствующим и агрессивным, часто подразумевающим не просто сопротивление, а сознательное противостояние изменениям. Идея об оппозиционности семей привела семейных терапевтов к соперничающей позиции. Поскольку семьи воспринимались как неразумные системы — одновременно ригидные (цепляющиеся за прежний образ жизни) и ненадежные (не выполняющие требований), — их интервьюирование превращалось в борьбу за стратегическое преимущество.

Даже после того, как семейные терапевты переросли наивную идею о том, что пациенты — невинные жертвы недоброжелательных родственников, семьи, упрямо сопротивляющиеся

переменам, все равно вызывали у них чувство противостояния. Переход от работы с индивидами к работе с семьями не был плавным и требовал новых способов мышления. Терапевты, не привыкшие рассматривать целые взаимодействующие семьи не откладывая, обратились к неклиническим моделям, чтобы суметь концептуализировать закрепленные в паттернах интеракции.

Кибернетическая и общая теории систем обеспечили клиницистов пригодными метафорами для систематизации паттернированных интеракций семейной жизни. Описание семей как систем позволило им увидеть, что группы взаимодействующих личностей могут функционировать подобно составному организму, единому целому. Считалось, что семьи подобны системам, в которых поведение каждого члена связано и зависит от поведения всех остальных.

Большое преимущество системного мышления было в признании, что жизни людей связаны воедино, так что поведение семей — это продукт взаимного влияния. Но если забыть, что системные метафоры — лишь метафоры, то можно переоценить их влияние и обесчеловечить членов семьи по отдельности. Один из мифов системы заключается в том, что она обуславливает, а не влияет. Так, например, чрезмерно вовлеченная мать, став более пассивной, освобождает место для своего мужа, чтобы тот стал более активным; но этот сдвиг в системе не *заставляет* его вовлекаться. К тому же хоть выпутанному родителю, может, и трудно посвящать детям больше времени, поскольку те спутаны с другим родителем, но это вполне возможно<sup>1</sup>.

Признано, что системная метафора имеет преимущество в том, что она смещает вину с индивидов, которые считаются заложниками своих семейных структур. Если избегаются обвинения и не ищутся недостатки — это прекрасно, но отрицание возможности самоопределения уже не так хорошо. Здесь таится опасность механизации.

Системное мышление имеет дело с действиями — реальным поведением, но зачастую не особенно отличает человеческие поступки от физических движений. Действие считается каузальным результатом механического взаимодействия примитивных «системных сил». Следовательно, терапия может и должна быть арациональной. Правда в том, что действие еще и рационально,

Напомним, что, согласно терминологии Сальвадора Минухина «спутываться» — значит выстраивать хаотичные и прочные взаимосвязи, а «выпутываться» — обособляться и разобщаться. — *Прим. ред.*



опосредованно индивидами и созданным ими смыслом и ответственностью. Мы многое делаем автоматически и будучи ведомыми паттернами интеракций. Но хотя мы не всегда рефлекслируем и поступаем рационально, иногда такое с нами все же случается. Мы не просто звенья замкнутой цепи событий, а люди с именами, считающие себя источником начинаний. Конечно, мы связаны с другими. Чаще всего мы действуем с оглядкой на образы других людей у нас в голове, реже — вместе с другими и время от времени — ради других. Но «мы», авторы действий, — люди с сердцем, разумом и телом, заключенным в собственную оболочку.

Семейные терапевты учат нас, что наше поведение неким невидимым, но властным образом, контролируется окружающими нас людьми. Семейные правила и роли действуют подобно невидимым ограничениям, влияющим на все, что мы делаем. Идея, что люди ведут себя именно так, а не иначе, поскольку вынуждены проживать определенные роли, может привести к освобождению, ведь если кто-то играет роль, то он может обратиться и к новой роли. Например, изменив роли мужественности и женственности, которые строились на половых стереотипах, можно достичь более расширенного и аутентичного самоопределения. Однако если переусердствовать в такой логике рассуждений, то можно прийти к признанию, что роль — это все.

Системное мышление отбрасывает индивидуальность как иллюзию. Проблема возникает, когда роли овеществляются и закрепляются как предписанные детерминанты поведения и как независимые от фактора личности. Системные мыслители, к несчастью, подразумевают роли, которые играет человек, а не наоборот. Но ведь чтобы вызвать в конце концов изменение, приходится действовать именно личностям в системе — и неважно, сообщая или по отдельности.

Первые семейные терапевты обращались с семьей как с *кибернетической системой*, которая управляет собой посредством обратной связи. Наверное, они уделяли чрезмерное внимание негативной обратной связи, которая заставляет семьи сопротивляться изменениям и сохранять гомеостаз, — отчасти потому, что они изучали шизофренические семьи, которым свойственна колоссальная ригидность, а отчасти реагируя на превалирующий тогда психодинамический взгляд на психическую жизнь человека. Тем не менее, как мы теперь понимаем, хоть системное мышление и подготовило наш симбиотический взгляд, метафора о

неодушевленной системе не является адекватной моделью для человеческих систем. Мысля систематически, мы признаем, что индивиды — это системы внутри систем и что, хоть они реагируют на внешние силы, это еще и инициаторы с собственным воздействием, мотивацией, памятью и желаниями.

## Этапы семейной терапии<sup>1</sup>

### ПЕРВЫЙ ТЕЛЕФОННЫЙ ЗВОНОК

Цель первого контакта — получить некую минимальную информацию и договориться со всей семьей о встрече с консультантом. Коротко выслушайте описание существующей проблемы, после чего идентифицируйте всех домочадцев и других возможных участников (включая источник, откуда было получено направление, и других посредников). Затем договоритесь о первом интервью, конкретизировав, кто будет присутствовать (обычно все домочадцы), о его дате, времени и месте.

Причина, по которой со звонящим следует говорить коротко, заключается в том, чтобы не дать себе увлечься взглядом на проблему (который обычно бывает линейным и обвиняющим) одного человека. Только в простых телефонных разговорах можно открыто предложить семейную терапию, например когда муж или жена просят о супружеской терапии или обеспокоенные родители хотят поучаствовать в лечении своих детей. Однако в большинстве случаев люди звонят, чтобы получить подтверждение своего мнения о некоем человеке как о «проблемном», и с ожиданием, что лечение будет сосредоточено на этом человеке.

Хотя вещи, которые вам нужно усвоить, касаются требований для индивидуальной терапии в случаях с семьями, но наиболее важные соображения являются установочными. Во-первых, понимайте и уважайте то, что родитель, ожидающий от вас индивидуальной терапии с его ребенком, или несчастливый супруг, желающий поговорить с вами наедине, имеют совершенно законную точку зрения, даже если ваши мнения не совпадают. Во-вторых, если вы ожидаете встречи со всей семьей, ваше намерение к этому и спокойное, но настойчивое утверждение в его

Следующая попытка описания того, как обычно проводят лечение семейные терапевты, временами отражает базовое образование автора в структурной семейной терапии.

необходимости, по крайней мере на первой сессии, заставляет большинство семей согласиться на консультацию. При этом не так страшно не знать, что сказать, как испытывать тревогу и неуверенность относительно необходимости встречи со всей группой, что ставит начинающего терапевта в затруднительное положение, когда приходится уговаривать семьи прийти всем вместе. (Один из способов снизить у новичка-терапевта процент неявки — помочь ему избежать чувства облегчения, когда не приходит семья.)

Если звонящий, представляя проблему, сводит ее к одному человеку, полезный способ расширить жалобу — поинтересоваться, как эта проблема отражается на других членах семьи. Если звонящий отказывается от предложения собраться всей семьей или говорит, что один из членов семьи не хочет присутствовать, скажите, что вам нужно выслушать каждого, по крайней мере на первой встрече, чтобы получить как можно больше информации. Большинство людей соглашаются с необходимостью поделиться собственной точкой зрения, но они оказывают сопротивление при малейшем намеке на то, что их хотят обвинить в проблеме, или в некоторых случаях, даже когда почувствуют, что вовлечены в нее.

Если идентифицированным пациентом является ребенок, родители могут изъявить желание прийти вместе с ним, но отказаться взять с собой других своих детей, которых считают нормальными. Как и «невовлеченный муж», который «слишком занят», чтобы присутствовать, несимптоматичные братья и сестры могут быть важны для содействия в расширении фокуса внимания от ошибок идентифицированного пациента до проблем взаимоотношений в целой семье.

Однако расширение фокуса не является средством расширения обвинений. Члены семьи зачастую признают свою роль в проблематичном семейном паттерне, если чувствуют к себе неподдельное уважение терапевта и отсутствие у него стремления свалить всю ответственность на одного человека. И конечно, во все не нужно или бесполезно заставлять членов семьи открыто признать свою вовлеченность в проблему; на самом деле важно заставить всех работать сообща над разрешением проблемы.

Хотя цель первого телефонного контакта главным образом состоит в том, чтобы договориться о прямой встрече с семьей, клиницисту еще нужно выяснить, нет ли каких-нибудь обстоятельств, которые могли бы помешать его работе с семьей. Многие молодые терапевты одинаково сведущи в любой воображае-

мой проблеме, но не новички в своем деле знают, что есть проблемы, для работы с которыми они не подготовлены, например некоторые расстройства принятия пищи или активная алкогольная или наркотическая зависимость.

Не все семейные терапевты встречаются с целыми семьями как положено. Некоторые считают, что получают больше возможностей для маневров, если на первых сессиях встречаются с индивидами или подгруппами по отдельности, а затем постепенно вовлекают остальных. Другие подходят к работе с тем, что Гарри Гулишиан впоследствии назвал «проблемно-определяющая система» — не обязательно с семьей, а только с теми, на кого проблема оказала непосредственное воздействие. А остальные по-прежнему пытаются определить, кто является «клиентом», а именно тех людей, которые кажутся наиболее причастными к проблеме. Если терапевт подозревает насилие или жестокость, конфиденциальные индивидуальные сессии могут позволить членам семьи раскрыться в том, что они не отважились бы обсудить перед всей семьей. Следует запомнить, что семейная терапия имеет больше возможностей для проникновения в суть вещей, чем лечебные техники, основанные на наблюдении за семьями.

И наконец, поскольку *большинство* семей с неохотой собираются вместе и обращаются к своим конфликтам, напоминающие телефонные звонки перед первыми сессиями позволяют сократить процент неявок.

## ПЕРВОЕ ИНТЕРВЬЮ

Цель первого интервью — выстроить альянс с семьей и разработать гипотезу о том, что поддерживает существующую проблему. Хорошая идея — выработать предварительную гипотезу (говоря техническим языком — «подозрение») после первого телефонного разговора, а затем проверить ее на первом интервью. (Во избежание навязывания излюбленной теории пациентским семьям важно оставаться открытыми к опровержению, а не настаивающими на своей начальной гипотезе.) Вопрос не в том, чтобы быстро прийти к заключениям, а в том, чтобы начать активное осмысление существующего положения.

Первая задача консультации — установить раппорт. В отличие от людей, которым требуется индивидуальная психотерапия, члены семьи зачастую не считают себя частью проблемы. Боль-

шинство из них вообще не хотели бы здесь присутствовать. Ключ к построению альянса — положительно относиться к людям, раз они здесь, с уважением прислушиваться к их точкам зрения и оценивать по достоинству их установки. Мало кто смирится с чьей-либо попыткой изменить себя, пока не почувствует понимания и признания собственной персоны.

Познакомьтесь с контактным человеком, а затем с остальными взрослыми в семье. Попросите родителей представить детей. Пожмите руки и поздоровайтесь с каждым из присутствующих. Введите семью в курс дела по поводу кабинета (зеркала наблюдения, ведения видеозаписи, игрушек для детей) и формата сессии (отведенного времени и целей). Повторите *коротко* (в одном-двух предложениях) то, что вам было сказано в телефонном разговоре (чтобы не оставить остальных в неведении), а затем попросите уточнений. Вы уже услышали и признали точку зрения того человека («Так, значит, вы говорили...»), а теперь попросите каждого члена семьи поочередно высказать собственную точку зрения.

Задача этого этапа заключается в том, чтобы выслушать каждого человека по отдельности, поэтому споры или перебивания должны дипломатично, но твердо пресекаться («Простите, я не расслышал, что сказал такой-то»). Выслушивая мнение каждого о существующей проблеме, терапевт собирает информацию и устанавливает раппорт.

Хотя большая часть сессии должна быть посвящена обсуждению основной проблемы, этот негативный фокус может привести присутствующих в уныние, и поэтому время, отданное исследованию интересов, увлечений и сильных сторон членов семьи, ни в коей мере не растрачивается впустую и иногда резко меняет эмоциональную энергетику сессии.

Стремитесь балансировать между сердечностью и профессионализмом. Однако быть дружелюбным и принимающим — не значит посвятить большую часть времени милой беседе, как при социальном визите. Уважительный интерес к проблемам семьи и точкам зрения каждого ее члена — лучший путь к построению доверия.

Собирая информацию, некоторые терапевты считают небесполезным обратиться к семейной истории, а многие используют *генеграммы*, чтобы начертить схему сети расширенной семьи (родственников). Другие полагают, что любые значимые факты возникнут при естественном ходе событий, и предпочитают сосре-

доточиваться на проблемах, существующих у семьи сегодня, и обстоятельствах вокруг них.

Семейные терапевты создают гипотезы о том, как члены семьи вовлекаются в существующую проблему, спрашивая у них, как они пытались разрешить ее и наблюдая, как они взаимодействуют, когда обсуждают это между собой.

Особенно важны два типа информации — способы решения проблемы, которые не сработали, и переходные периоды в жизненном цикле семьи, к которым она еще не приспособилась. Если ничего из предпринятого семьей не сработало, то возможно, что эти попытки являются частью проблемы. Типичный пример, когда чрезмерно вовлеченный родитель пытается помочь застенчивому ребенку завести друзей при помощи длительных уговоров, критики и постоянного контроля. Иногда члены семьи говорят, что они «перепробовали все», чтобы разрешить свою проблему, а затем перечисляют весь диапазон возможных действий. В этом случае проблема, вероятно, заключается в неадаптивности. Они испытали все, но отступали слишком быстро, встречаясь с сопротивлением.

Несмотря на естественную тенденцию фокусироваться на проблемах и на том, каковы их причины, для успешной терапии важнее всего сильные стороны семьи, а вовсе не слабые. Поэтому терапевты должны нацеливаться на быстрое восстановление душевных сил, акцентироваться на позитиве и надежде. Что эти люди делают хорошо? Насколько успешно они справлялись с трудностями в прошлом? Какое их ожидает будущее? И у сломленных неприятностями семей были времена, когда им сопутствовала удача, даже если позитивные эпизоды омрачены их фрустрированностью существующими трудностями. Просто спрашивая об удачах семьи и о том, что было другим в тех обстоятельствах, терапевты могут обнаружить, что у клиентов есть больше ресурсов, чем они рассчитывали. В успешной терапии не столь важно выяснить, что произошло, сколь раскрыть и реализовать неиспользованный потенциал.

Хотя это не всегда видно сразу, особенно для семей, большинство из них обращаются к терапии из-за того, что не могут приспособиться к изменившимся обстоятельствам. Если у мужа или жены возникают проблемы в течение первых нескольких месяцев после рождения ребенка, возможно, это связано с тем, что переход супругов от союза двух к союзу трех произошел неэффективно. Молодая мать может быть подавлена тем, что не

получает достаточной поддержки (от мужа, расширенной семьи или друзей), чтобы встретиться с всепоглощающими требованиями заботы о новорожденном. Новоиспеченный отец может чувствовать заброшенность, испытывать непреодолимую ревность в связи с тем, что внимание его жены отныне расходуется только на ребенка, и обиду на то, что она, по-видимому, слишком устает, чтобы заниматься чем-то вместе с ним.

Хотя напряжение в супружеской паре в связи с рождением ребенка кажется очевидным, вас все же удивит, как часто терапевты работают с подавленными молодыми матерями так, будто с ними что-то не так — возможно, «неразрешенные потребности в зависимости» или, может быть, нехватка прозака. То же самое справедливо и для семей, у которых появляются проблемы в тот период, когда ребенок начинает ходить в школу или достигает подросткового возраста или возникают какие-то иные эволюционные перемены. Запросы переходного периода к семье очевидны, *если* вы подумаете об этом.

Семейным терапевтам — новичкам в их двадцать-тридцать лет — еще не приходилось сталкиваться на собственном опыте с некоторыми кризисными периодами жизни, с которыми борются их клиенты. Если это именно тот случай, то терапевту очень важно сохранять любознательность и уважение к затруднительному положению семьи, вместо того чтобы перескакивать сразу к формальным заключениям. Например, Ричард Шварц, будучи молодым и холостым, не понимал, почему так много клиентских супружеских пар с маленькими детьми так редко приходят на установленные им встречи вместе. Он предположил, что они слишком сосредоточены на своем ребенке и боятся оставаться наедине друг с другом. Последующие события в его жизни преподали ему совсем другой урок. Однажды у него самого появился маленький ребенок, и как же он был удивлен, что те супружеские пары приходили на его сеансы столь часто!

Семейные терапевты изучают *процесс* семейных интеракций, задавая вопросы, чтобы выяснить, как члены семьи выстраивают между собой отношения, и предлагая им обсудить проблемы друг с другом на сессии. Первой стратегии — задавать «процессуальные» или «круговые» вопросы — отдавали предпочтение боуэнианские или системные терапевты, второй — структурные терапевты. В любом случае ключевыми для терапевта вопросами являются следующие: какая сила не дает им адаптироваться к эволюцион-

ным требованиям и переменам? Что мешает их естественным способностям к разрешению проблем?

После того как терапевты встретились с семьей, выяснили кое-что о проблеме, которая собрала их в терапевтическом кабинете, попытались понять семейный контекст и сделали предположения о том, какие потребности должны быть удовлетворены, чтобы разрешить проблему, они должны предложить семье рекомендации. Это подразумевает консультацию у другого специалиста (терапевта, специализирующегося на проблеме, с которой обратилась семья, эксперта по нетрудоспособности, медика, юриста) или даже предположение, что семье не нужно лечение, если она еще недостаточно готова к нему, чтобы извлечь из него пользу. Однако чаще всего рекомендуется курс семейной терапии. Хотя большинство терапевтов стараются дать рекомендации в конце первого интервью, это может быть поспешным. Если на установление связей с семьей, понимание их ситуации и выяснение, можно ли работать с ними, потребуется две сессии, то пусть это будут две встречи.

Если вы считаете, что можете помочь семье разрешить проблему, то предложите им терапевтический контракт. Поблагодарите их за то, что они пришли, и скажите, что это была хорошая идея и вы можете им помочь. Затем утвердите время регулярных встреч, частоту и продолжительность сессий, кто будет присутствовать, наличие наблюдателей или использование видеозаписи, гонорар и страховку. Помните, что сопротивление семьи не исчезнет по волшебству после первой (или четырнадцатой) сессии: настолько стрессовыми являются важность регулярных встреч и необходимость присутствия всех. В конце не забудьте еще раз выделить задачи семьи и достоинства, которые вы увидели у людей.

### *Памятка к первой сессии*

1. Установите контакт со всеми членами семьи и примите точку зрения на проблему и чувства, связанные с присутствием на терапии, каждого.
2. Установите лидерство, контролируя структуру и ход интервью.
3. Создайте рабочий альянс с семьей, балансируя между сердечностью и профессионализмом.
4. Похвалите членов семьи за позитивные действия и сильные стороны семьи.



5. Сохраняйте эмпатию к индивидам и уважительное отношение к образу действий всей семьи.
6. Фокусируйтесь на конкретных проблемах и предпринятых попытках к их разрешению.
7. Создайте гипотезу относительно бесполезных интеракций вокруг существующей проблемы. Будьте любознательны к тому, почему она сохраняется.
8. Не пренебрегайте возможной вовлеченностью отсутствующих членов семьи, друзей или помощников.
9. Договоритесь о терапевтическом контракте, который фиксирует семейные цели и специализацию терапевта, которая отразится на структурировании лечения.
10. Предложите членам семьи задать любые вопросы.

## НАЧАЛЬНАЯ СТАДИЯ ТЕРАПИИ

Начальная стадия терапии посвящается уточнению гипотезы терапевта в отношении того, что сохраняет проблему, и началу работы по ее разрешению. Теперь стратегия меняется: вместо акцента на построение альянса с семьей ей бросают вызов, чтобы вызвать в ней изменения. Многие терапевты способны вычислить, *какие* нужны изменения. Если вы собрали всю семью, то обычно хорошо видно, как она застревает на проблеме. Гораздо сложнее определить, *как* вызвать изменения.

Хороший терапевт отличается своей способностью оказать на семью такое давление, чтобы она посмотрела на свою проблему со стороны, не с той позиции, которая удерживает ее в проблемном положении. Однако бремя изменения не возлагается на терапевта. Хоть терапевт и может подталкивать, уговаривать или требовать, но только сами члены семьи могут реально изменить свою жизнь.

Некоторые терапевты предпочитают избегать конфронтации и считают наиболее эффективным работать не напрямую. Однако вне зависимости от того, работают ли они прямо (и иногда используют конфронтацию) или прибегая к обходным маневрам (и избегают конфронтации), хороший терапевт — это тот, кто доводит дело до конца. Стратегий и техник много, и они разные, но хорошего терапевта отличают его обязательства привести семью к успешному разрешению проблем.

Эффективный семейный терапевт обращается к интерперсональному конфликту, и здесь первый шаг (особенно в структур-

ной семейной терапии) — вызвать его в консультационном кабинете и предложить членам семьи обсудить этот конфликт. Чаще всего это не составляет проблемы. Конфликтующие супруги или родители, ссорящиеся с детьми, обычно прямо высказываются о своих разногласиях. Если семья оказалась на терапии не по собственному желанию, а по направлению (от суда, школы, департамента службы защиты), то терапевт начинает с обращения к проблеме семьи, относя ее на счет этих внешних агентов. Насколько нужно измениться семье, чтобы выйти из конфликта с этими агентами? Как должна измениться семья, чтобы ее члены не попали в неприятное положение (лишение свободы и пр.)?

Когда кто-то из семьи присутствует в качестве проблемы, терапевт бросает остальным прямой вызов, спрашивая, насколько вовлечены в проблему они (или испытывают на себе ее воздействие). Какова их роль в создании (или поддержании) проблемы? Как они на нее реагируют?

Например: «Проблема в Джонни. Он непослушен». — «Кто научил его быть непослушным?» Или: «Как он избегает неприятностей из-за своего поведения?» Менее конфронтативные терапевты могли бы спросить: «Когда вы это заметили?», «Что он такого делает, что кажется непослушным?», «Как это его поведение воздействует на вас?»

Или: «Дело во мне, я в депрессии». — «Кто в семье содействовал вашей депрессии?» — «Никто». — «Тогда кто вам помог справиться с депрессией?»

Эти вызовы могут быть прямыми или мягкими в зависимости от стиля терапевта и оценки семьи. Между тем вопрос не в том, чтобы переложить вину с одного человека (непослушного ребенка, скажем) на другого (родителя, как неэффективного воспитателя), а расширить проблему до треугольника, интеракции. Возможно, мать слишком снисходительна с Джонни, потому что считает мужа чрезмерно суровым, более того, может быть, она полностью посвящает себя мальчику из-за отсутствия эмоциональной близости в браке.

Самый лучший способ бороться с нецелесообразными интеракциями — указать паттерны, которые удерживают людей в проблемном положении. Предлагаем для этого следующую формулу: «Чем больше вы делаете X, тем больше он делает Y. И чем больше вы делаете Y, тем больше она делает X». (Попробуйте заменить X и Y на ворчание и уход от ситуации или наказание и

потворствование.) Между прочим, если вы, как терапевт, указываете на поступки людей, то тактической ошибкой будет предложить им после этого вести себя определенным образом. Как только терапевт переходит от указывания на что-то к советам, происходит переключение внимания семьи от себя и своего поведения на терапевта и его совет.

«Когда вы критикуете своего сына за то, что он расстроен, он чувствует себя неправильно понятым и обиженным. То, что вы говорите ему, может быть справедливым, но он не чувствует от вас поддержки». — «Что мне следует делать?» — «Я не знаю, спросите своего сына».

Даже если семейные терапевты оспаривают исходные положения, они продолжают прислушиваться к чувствам членов семьи и их точкам зрения. Слушание — акт сохранения молчания — иногда большая редкость, даже среди терапевтов. Члены семьи далеко не часто способны слушать друг друга, не начиная обороняться. Терапевты не слушают, либо когда слишком заняты тем, чтобы не согласиться, либо если хотят дать совет. Но не забудьте, что люди вряд ли изменят или даже пересмотрят свои мнения, пока не почувствуют, что их услышали и поняли.

Можно дать семье задание на дом, чтобы проверить ее гибкость (просто посмотрев, насколько они следуют выказанной готовности измениться), заставить членов семьи лучше осознать свою роль в проблемах (просьба к людям просто обратить внимание на что-то, и не обязательно попытаться изменить это весьма поучительна) и предложить им новые способы взаимоотношений. Вот типичные задания на дом: предложить чрезмерно вовлеченным родителям пригласить для ребенка няню и пойти куда-нибудь вдвоем развлечься, спорящим супругам — поочередно выполнять следующие действия: один высказывает свои чувства, в то время как другой только молча слушает (отмечая при этом склонность реагировать, что затрудняет слушание), а зависимым членам семьи — попрактиковать длительное времяпровождение наедине с самим с собой (или с кем-то вне семьи) и сделать для себя что-то значительное. Задания на дом, вероятно, вызовут конфликт, например когда нужно воздерживаться от ведения переговоров о домашних правилах с подростками. Тяжелые обсуждения следует оставлять до той поры, когда терапевт мог бы выступить в роли рефери.

### *Памятка для начальной стадии терапии*

1. Идентифицировать главные конфликты и вызвать их в консультационном кабинете.
2. Разработать гипотезу и уточнить ее формулировку в том отношении, что такого делает семья, что сохраняет или не дает ей разрешить существующую у нее проблему. Формулировка должна включить рассмотрение процесса и структуры, семейных правил, треугольники и границы.
3. Сосредоточьте лечение на первичных проблемах и интерперсональных обстоятельствах, поддерживающих их.
4. Домашние задания должны быть посвящены проблемам и скрытым обстоятельствам, поддерживающим их.
5. Бросьте вызов семье, чтобы ее члены увидели собственную роль в надоевших им проблемах.
6. Настаивайте на изменениях во время сессий и дома.
7. Эффективно используйте (и стремитесь к этому) супервизию и консультации, чтобы проверить правильность формулировок и эффективности вмешательств.

### СРЕДНЯЯ СТАДИЯ ТЕРАПИИ

Если терапия не является краткосрочной и фокусированной на проблеме, большая часть средней стадии посвящается тому, чтобы оказать членам семьи содействие в самовыражении и достижении взаимного понимания. Если терапевт играет слишком активную роль в этом процессе, фильтруя весь разговор между членами семьи и им, они не узнают, как им обращаться друг с другом, и будут по-прежнему управляться только потому, что продолжают посещать терапию. По этой причине в средней стадии терапевт становится в менее активную позицию и поощряет членов семьи говорить и взаимодействовать друг с другом. Поскольку они так и делают, терапевт отстраняется и наблюдает за процессом. Если диалог застревает, терапевт либо указывает, что было не так, либо просто просит их продолжить разговор, но без особых вмешательств или критики.

Когда члены семьи напрямую обращаются к своим конфликтам, они обычно испытывают тревогу и становятся реактивными. Тревога — враг слушания. Некоторые терапевты (боуэнианцы, например) предпринимают все возможное, чтобы контролировать и минимизировать тревогу, заставляя членов семьи

говорить по большей части с терапевтом. Другие предпочитают позволять членам семьи справляться со своей тревогой, помогая им научиться говорить друг с другом, меньше защищаясь (говоря, как они себя чувствуют, и слушая и принимая то, что говорит другой). Однако любой терапевт, который работает прежде всего с семейным диалогом, должен вмешиваться, если тревога начинает усиливаться, а диалоги становятся деструктивными, в них начинают превалировать защиты.

Таким образом, в средней стадии терапевт берет на себя менее директивную роль и направляет семью к тому, чтобы она начала полагаться на собственные ресурсы. Уровень конфликта и тревоги уравнивается при помощи чередования разговора между членами семьи и с терапевтом. В любом случае терапевт поддерживает членов семьи в том, чтобы они обходились без критики и обвинений, разговаривая непосредственно о том, что чувствуют и чего хотят, и учились видеть собственное участие в непродуктивных паттернах интеракций.

### *Памятка для средней стадии терапии*

1. Используйте напряженность, чтобы бросить вызов членам семьи (или изобретательность, чтобы обойти сопротивление; или сочувствие, чтобы добраться до защиты).
2. Не позволяйте себе быть слишком прямым и контролирующим, чтобы у семьи была возможность научиться доверять и совершенствовать собственную манеру строить отношения между собой.
3. Воспитывайте индивидуальную ответственность и взаимное понимание.
4. Удостоверьтесь, что усилия по улучшению взаимоотношений оказывают позитивный эффект на существующую жалобу.
5. Даже если вы встречаетесь с подгруппами, не теряйте из виду целостную картину семьи и не пренебрегайте никакими людьми или отношениями, особенно теми «трудными», которых так хочется избежать.
6. Терапия застряла в положении плато? Сессии однотипны и предсказуемы? Терапевт слишком активен при выборе темы разговора? Терапевт и семья выработали дружеские отношения, которые стали важнее, чем обращение к конфликтам? Терапевт взял на себя какую-то роль в семье

(сочувствующий слушатель супругов или фигура строгого родителя для детей), заменяя недостающую функцию в семье (когда супруги не слушают друг друга, а родители не дают необходимого воспитания и контроля своим детям)?

## ЗАВЕРШЕНИЕ

Этап завершения для краткосрочных терапевтов наступает, как только существующая проблема разрешается. Для психоаналитиков терапия — это долгосрочный процесс изучения, который может длиться в течение года или дольше. Для большинства терапевтов этап завершения приходит где-то между этими двумя крайними позициями, когда семья чувствует, что они получили то, ради чего пришли, и терапевт ощущает, что лечение достигло отметки, когда уже ничего важного не происходит. Один из признаков, по которому можно определить, что подошло время завершения, — ситуация, когда семье не о чем больше поговорить, кроме как о незначительных вещах (с учетом того, конечно, что они не избегают конфликта).

В индивидуальной психотерапии, где отношения с терапевтом — часто ведущее средство изменения, на этапе завершения фокусируют внимание на рассмотрении этих отношений и прощальных словах. В семейной терапии на данном этапе внимание направлено на действия семьи, которые не срабатывают. Поэтому завершение — это хорошее время для того, чтобы подвести итог и закрепить то, чему они научились. Хотя некоторые стратегические терапевты довольствуются тем, что манипулируют изменениями, не обязательно интересуясь пониманием семьи, чаще всего семейная терапия обладает некой обучающей функцией, и завершение — срок, когда можно удостовериться, что семья усвоила кое-что относительно того, как справляться с жизненными обстоятельствами самостоятельно.

На этом этапе полезно сказать семье, чтобы она ожидала грядущих перемен или проблем, которые могут вызвать рецидив, и обсудить с ней, как она справится с этими проблемами. Вопрос «Как вы узнаете, что дела пошли хуже, и что вы будете делать?» является полезным в этом отношении. Семьям также можно напомнить, что существующее сегодня между ними согласие не может длиться бесконечно и что люди склонны реагировать слишком сильно на первый признак рецидива, что может дать начало самоосуществляющемуся циклу озлобления. Перефразировав

Грека Зорбу , жизнь *есть* проблема. Жить — значит сталкиваться с трудностями. Настоящая проверка — то, как вы справляетесь с ними.

Хотя есть случаи, когда кажется, будто семья столкнется с еще большим количеством проблем и, возможно, ей понадобится дополнительное лечение, на этапе завершения, вероятно, лучше всего признать, что актуальные отношения подошли к завершению, и специально подтвердить достоинства семьи и ее умение справляться с трудностями.

И в заключение, хоть в терапевтическом деле отсутствие новостей — обычно хорошая новость, наверное, это неплохая идея — несколько месяцев спустя после завершения терапии проверить, как дела у семьи. Это можно выполнить при помощи письма, по телефону или в короткой дополнительной сессии. Семья оценит заботу и интерес терапевта, а тот удостоверится в окончательном завершении работы с этим случаем. Терапевтические отношения по необходимости являются несколько искусственными или по крайней мере вынужденными. Но нет причин делать их менее человечными или забывать семьи сразу по окончании их терапевтического курса.

### *Памятка для стадии завершения*

1. Разрешена ли существующая проблема или произошли значительные улучшения?
2. Удовлетворена ли семья тем, что получила, или они заинтересованы в продолжении самоисследования и улучшения своих отношений?
3. Понимает ли семья, какие их действия не срабатывают, и как избежать рецидива сходных проблем в будущем?
4. Отражают ли незначительные рецидивы проблем неразрешенность неких скрытых динамик или просто то, что семье нужно заново приспособиться к функционированию без терапевта?
5. Сумели ли члены семьи развить и улучшить отношения вне самого семейного контекста так же, как и внутри него?

Герой одноименного англо-американского фильма 1964 г. в исполнении Энтони Куинна.

## Оценка семьи

Семейные терапевты сильно отличаются друг от друга тем, что касается формальной оценки. Боуэнианские системные терапевты обычно составляют полную и подробную генограмму прежде, чем приступить к лечению, психоаналитики, как правило, начинают с полного рассмотрения личных историй, а поведенческие терапевты обычно опираются на ряд структурированных опросников, анкет и шкал, чтобы получить базовые данные о парах и семьях. Противоположность им составляют структурные, фокусированные на решении и нарративные терапевты, которые уделяют мало внимания формальной оценке. Но независимо от официально признанного в подходе отношения к оценке, наверное, было бы справедливо сказать, что большинство терапевтов посвящают слишком мало времени проведению тщательной оценки семей, прежде чем приступить к лечению.

Мы не станем давать исчерпывающего сравнения техник оценки различных школ или перечислять и оценивать многочисленные доступные приемы формального оценивания, вместо этого просто рассмотрим некоторые аспекты семейного и индивидуального функционирования, которые терапевты обязаны рассматривать перед осуществлением курса лечения. Эта резюмирующая часть главы задумана скорее с иллюстративной целью, нежели из желания предоставить исчерпывающую информацию, поэтому вы, вероятно, получите полное представление по крайней мере об одной-двух значимых проблемах, которые мы забыли осветить.

Упомянув некоторые основные проблемы, которые следует рассматривать при оценивании семей до лечения, мы вовсе не хотим сказать, что клиницистам всегда следует проводить формальное расследование в каждой из этих областей. Скорее, наше намерение состоит в том, чтобы представить некоторый спектр тем, о которых у терапевтов должно быть какое-то базовое представление и понимание. Терапевты сами должны принимать решение об углублении в ту или иную из этих сфер, если посчитают нужным. Возьмем, к примеру, то, как проводятся стандартные психиатрические интервью. Студенты-медики знают, что обычно следует поинтересоваться, не слышит ли пациент голоса или не собирается ли покончить жизнь самоубийством. В то время как для пациента с предполагаемым расстройством или деп-



рессией это, по-видимому, хорошо, кому-то с жалобой на умеренную тревогу подобные вопросы могут показаться совершенно неуместными. К тому же, хоть это, наверное, и странно — начать курс терапии пары, так и не узнав, что у одного из партнеров кокаиновая зависимость, спрашивать у каждого, кто приходит в ваш кабинет, не нюхает ли он кокаин или не курит ли травку, вовсе не является ни необходимым, ни разумным.

## СУЩЕСТВУЮЩАЯ ПРОБЛЕМА

Может показаться само собой разумеющимся, что при предварительной опенке семьи в первую очередь следует рассмотреть представляемую жалобу. Тем не менее стоит выделить, что вникать в существующую проблему следует подробно и с сочувствием. Некоторые терапевты, только услышав, что проблема семьи, скажем, заключается в плохом поведении ребенка или нарушенных отношениях в супружеской паре, тут же готовы перейти к действию. Благодаря своему опыту и обучению они хорошо подготовлены к тому, чтобы иметь дело с плохо ведущими себя детьми или проблемами отношений, и поэтому торопятся начать. Они знают, какие потребности следует удовлетворить. Но прежде чем начать, им нужно понять, что они имеют дело *не* с «плохо ведущими себя детьми» или «проблемами отношений», а с совершенно конкретным случаем одной из этих проблем.

Исследование представляемой проблемы начинается с простого выслушивания отчета семьи. Каждый член семьи должен получить возможность высказать свою точку зрения; следует с признательностью отнестись к тому, что они говорят о ситуации, так же как и к их чувствам по этому поводу. Это свободное исследование должно сопровождаться конкретными уточняющими вопросами с тем, чтобы узнать как можно больше о характере проблемы. Если ребенок плохо себя ведет, то что именно он делает? Как часто? При каких обстоятельствах? Он плохо себя ведет в школе или дома или и там и здесь?

Следующие сферы для исследования — это попытки семьи справиться с проблемой. Что они предпринимали? Что помогло? Что не помогло? Подключался ли кто-то другой, кроме присутствующих, к попыткам помочь (или помешать) семье справиться с проблемой?

## **ПОНИМАНИЕ ТОГО, КАК БЫЛО ПОЛУЧЕНО НАПРАВЛЕНИЕ**

**В** первом телефонном разговоре или при последующей первой встрече важно понять, кто направил клиентов к вам и почему. Каковы были их ожидания? О каких ожиданиях они сообщили семье?

Во многих случаях процесс направления стандартен и не имеет особого значения. Однако важно знать, является ли участие семьи добровольным или вынужденным; все или только некоторые из них признают необходимость лечения и будут ли другие специалисты или агенты и далее проявлять участие к вашим клиентам.

Когда индивидуальные терапевты дают семье направление, у них часто уже имеется в голове определенный план. Например, консультант дает направление на терапию студенту колледжа вместе с семьей. Случилось так, что молодой человек раскрыл вытесненный из памяти случай сексуального насилия со стороны своего отца, и предполагалось, что семейный терапевт станет посредником между молодым человеком, который не представлял кого-то другого, ответственного за этот смутно воспроизведенный его памятью инцидент, и его родителями, полностью опровергающими, что хоть что-то подобное могло когда-то произойти. Что ожидает индивидуальный терапевт — конфронтацию, признание и искупление? Что-то вроде мирного соглашения? Самое лучшее — выяснить.

Было бы также немаловажно выяснить, подвергались ли клиенты лечению прежде. Если это так, то что произошло? Какие ожидания, интересы или источники сопротивления вызывает предыдущая терапия?

## **ИДЕНТИФИКАЦИЯ СИСТЕМНОГО КОНТЕКСТА**

Независимо от того, кого выбирает терапевт для своей работы, ему обязательно четко понимать интерперсональный контекст проблемы. Из кого состоит семья? Имеются ли другие, важные для существования проблемы фигуры, ныне не присутствующие? Может быть, это сожитель дочери или родители родителей, живущие по соседству? Другие представители общества

участвуют в жизни семьи? Каков характер их стимуляций? Считает ли семья их полезными или бесполезными?

Помните, что семейная терапия — это подход к людям в контексте. Как правило, самый ближайший релевантный контекст — это непосредственная семья. Но семьи не существуют в вакууме. Кроме этого, система включает в себя и внесемейный контекст. Возможно, нужно встретиться с преподавателями и консультантами детей, которые плохо ведут себя в школе, чтобы выяснить, что действительно происходит. Бывают даже случаи, когда нуклеарная семья — не самый важный социальный контекст проблем человека. Иногда, например, депрессия студента больше связана с событиями в аудитории или спальне, чем с тем, что происходит у него в семье.

### ЭТАП ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА

Семейный контекст имеет как интерперсональные, так и темпоральные измерения. Большинство семей приходят на терапию не потому, что что-то не так в них самих, а из-за того, что они увязли в переходном жизненном периоде. Иногда это становится очевидным сразу. Родители могут, например, жаловаться, что не знают, что происходит с Дженни: она была такой хорошей девочкой, но теперь, когда ей четырнадцать, она стала угрюмой и все время перечит. (Родительство остается любительским спортом по той причине, что, как только вы думаете, что у вас стало получаться, дети немного подрастают и применяют к вам целую кучу новых уловок.) Отрочество — та стадия семейного жизненного цикла, когда молодые родители должны повзрослеть и ослабить свою власть над детьми.

Иногда не столь очевидно, что проблема семьи заключается в приспособлении к новой стадии жизненного цикла. Пары, поженившиеся после многолетнего совместного проживания, не понимают, что женитьба может пробудить ряд неосознанных ожиданий, связанных с тем, что значит быть частью семьи. Немало пар были удивлены, когда обнаружили резкое ухудшение своей любовной жизни после заключения формального брака. Другой случай, когда происходят значимые изменения жизненного цикла, — это вхождение в новый статус бабушек и дедушек с рождением внуков, и вы никогда не узнаете об этом, если не спросите.

## СЕМЕЙНАЯ СТРУКТУРА

Простейший системный контекст для проблемы — динамический процесс между двумя сторонами. Она ворчит — он замыкается; ограничивающий родительский контроль провоцирует бунт подростка, и наоборот. Но часто диадическое видение не охватывает всей картины.

Семейные проблемы зачастую закрепляются, будучи встроенными в прочные, но невидимые структуры. Независимо от того, какого подхода придерживается терапевт, ему разумно иметь кое-какое понимание структуры семьи. Каковы реальные функционирующие подсистемы и каков характер границ между ними? А каков характер границ вокруг супружеской пары или семьи? Какие треугольники активны? А какие пассивны?

Кто какую роль играет в семье? Защищаются ли эти индивиды и подсистемы границами, которые позволяют им функционировать без неуместного вмешательства, но допускают привязанность и поддержку?

Здесь тоже имеется темпоральное измерение. Если жена возвращается к работе после нескольких лет, проведенных ею дома с детьми, родительская подсистема подвергается испытанию переходом от комплементарной к симметричной форме. Жалуются или нет члены семьи непосредственно на эти перемены, — но на них следует обратить внимание, ибо они, вероятно, имеют касательство к дистрессу семьи независимо от тех обстоятельств, в которых он произошел.

## КОММУНИКАЦИЯ

Хотя некоторые пары по-прежнему приходят на терапию, жалуясь на «проблемы общения» (под чем подразумевается, что один отказывается делать то, чего хочет другой), работа над коммуникацией стала чем-то вроде клише в семейной терапии. Поскольку коммуникация — это носитель отношений, все терапевты имеют с ней дело. Более того, редко бывает, что прояснения коммуникаций достаточно для решения семейных проблем.

Однако, хоть конфликты и не исчезают по волшебству после того, как члены семьи начинают слушать друг друга, маловероятно, что их можно разрешить *прежде*, чем люди начнут это де-

лать. Если после сессии или двух и «поддержки» терапевта члены семьи все равно не хотят слушать друг друга, разговорная терапия превращается в набирающую силу войну.

Еще одна мысль, касающаяся нежелания слушать, выражена известной поговоркой: «Что дозволено Юпитеру, то не дозволено быку». Некоторые терапевты заставляют членов семьи слушать друг друга, но сами не выполняют того, что проповедуют. Человек может начать возражать или объяснять, а терапевт обрывает его просьбой выслушать точку зрения кого-то другого. Прерванный человек может начать нехотя слушать, но в действительности никому не интересно слушать кого-то другого до тех пор, пока не выслушают и не поймут его.

Члены семьи, усвоившие привычку слушать друг друга терпеливо и с пониманием, часто обнаруживают, что им не нужно менять друг друга. Можно разрешить множество проблем, но проблема сосуществования с другими людьми, которые не всегда понимают вещи так, как понимаете их вы, или не желают того, чего желаете вы, не из этих.

## **НАРКОТИЧЕСКАЯ И АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ**

Хотя нет необходимости спрашивать каждого клиента о потреблении наркотиков и алкоголя, важно подробно исследовать эту проблему, если имеется любое подозрение на этот счет. Не будьте слишком вежливы. Задавайте прямые и конкретные вопросы. Если человек, обратившийся за супружеской или семейной терапией, по-видимому, злоупотребляет наркотиками или алкоголем, подумайте дважды, прежде чем заключить, что одна только разговорная терапия будет решением проблем семьи.

## **ЖЕСТОКОСТЬ В СЕМЬЕ И СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ**

Если есть хоть какой-то намек на жестокость или сексуальное насилие в семье, клиницист должен проверить это. Вопросы можно начать задавать в присутствии всей семьи, но, если имеется сильное подозрение в насилии или халатности, вероятно,

разумнее встретиться с членами семьи по отдельности, чтобы позволить им говорить более откровенно. В то время как есть основание для полемики относительно целесообразности совместного терапевтического подхода в случаях умеренной жестокости в семье, вроде применения наказания в виде шлепков, нет сомнений в том, что терапевт обязан учитывать, не грозит ли женщине еще большая опасность возмездия от ее рассерженного партнера из-за неизбежного стресса от наблюдения пары вместе.

Как вы знаете, в большинстве государств специалисты обязаны сообщать о любом подозрении о насилии над детьми в детские службы. Любой клиницист, не собирающийся сообщать об этом исходя из личных клинических соображений, должен учитывать и последствия этого отказа в том случае, если кто-то другой сообщит об этом. За этим следует утрата вашей лицензии.

## ВНЕБРАЧНЫЕ УВЛЕЧЕНИЯ

Обнаружение любовной связи на стороне — кризис, который настигает многие, если не большинство, пары, какое-то время живущие вместе. Неверность может быть проявлена с обеих сторон, но это все равно кризис, и он может уничтожить брак. Внебрачные увлечения, не включающие в себя сексуальную близость, хоть и являются менее очевидными, но могут сорвать лечение, если один или оба партнера регулярно обращаются к третьему лицу, чтобы справиться с проблемами, над которыми следует работать в паре. (Свидетельство того, что отношения с третьей стороной являются частью треугольника, заключается в том, что об отношениях не говорят открыто.) В качестве услужливой, но бесполезной третьей стороны могут выступать члены семьи, друзья и терапевты.

Так, оба супруга одной обратившейся к терапии пары жаловались на то, что их отношения утратили близость. Это было по большей части не проблемой конфликта, дело было в том, что они, по-видимому, перестали проводить время вместе. После нескольких недель постепенного прогресса жена призналась, что посещала индивидуального терапевта. Когда супружеский терапевт спросил почему, она ответила, что нуждалась в ком-то, с кем можно было поговорить.

## ПОЛ

Непризнанное неравенство полов может по-разному содействовать семейным проблемам. Неудовлетворенность жены может иметь более глубокие корни, чем фокальные проблемы семьи. Нежелание мужа активнее включиться в жизнь семьи может быть как продуктом культурных ожиданий и наградой за карьерные достижения, так и следствием неких слабых черт его личности.

Каждый терапевт должен сам понять, как найти золотую середину между крайностями простодушного игнорирования существования проблемы неравенства полов и навязывания клиентам личной точки зрения. Однако неприемлемо было бы полагать, что оба партнера составляют равноценные по влиянию половины супружеской пары или что комплементарная взаимозависимость между супругами — единственное динамическое взаимодействие в их отношениях.

Конфликты в связи с тендерными ожиданиями — независимо от того, говорят о них прямо или нет, — становятся типичными после произошедших за последние несколько лет колоссальных сдвигов в культурных ожиданиях. Не считается ли до сих пор, что долг женщины — поддерживать мужа в его карьере, переезжая за ним всякий раз в любое место, где ему необходимо быть из-за работы, независимо от того, как это сказывается на ее (и детских) интересах? Не правда ли, что и поныне от женщин ожидают в первую очередь (а для некоторых семей это даже мягко сказано) заботы и ухода за младенцами и маленькими детьми?

Если не принимать во внимание убеждений терапевта, не правда ли, что тендерные роли, установленные в паре, по-видимому, работают на них? Вероятно, единственный самый полезный вопрос относительно неравенства полов звучит следующим образом: «Насколько каждый партнер испытывает на себе справедливость взаимных уступок в отношениях?»

## КУЛЬТУРНЫЕ ФАКТОРЫ

При дотерапевтической оценке семей терапевту следует рассмотреть и принять во внимание уникальную субкультуру, из которой происходит семья, так же как и эффект неоспоримых положений большей культуры, которые могут сказываться на их проблемах.

При работе с клиентами из других культур, вероятно, важнее

уважать их особенности и быть любознательным по отношению к их манере вести дела, чем пытаться стать экспертом по этнической принадлежности. Однако, хотя и важно уважать эти особенности, не стоит некритически принимать утверждения следующего содержания: «Мы поступаем так (непродуктивно) из-за нашей культуры». К сожалению, терапевту из иностранной культуры трудно оценить справедливость подобных заявлений. Возможно, самый лучший совет — оставаться любознательным; будьте открытыми, но задавайте вопросы.

Даже — или особенно — при работе с клиентами из своей культуры важно учитывать возможное деструктивное влияние культурных положений. Как культурные ожидания и устремления воздействуют на семью, с которой вы планируете работать? Как-то раз один пациент пожаловался, что его жена ожидает, чтобы семейная жизнь напоминала «Шоу Косби», на что та возразила: «Не всегда, «Китайский пляж» тоже».

Вам следует быть готовыми к некоторым общим культурным положениям, как то: женитьба означает счастливую жизнь навеки, сексуальное удовлетворение — это то, что происходит естественным образом, отрочество — всегда возраст смятения, и подросткам нужна только свобода, а в родительской любви и понимании они больше не нуждаются.

## ЭТИЧЕСКИЙ ФАКТОР

Большинству терапевтов известны этические обязанности их профессии. Терапия должна приносить пользу клиенту, а не быть средством для разрешения проблем терапевта. Клиенты имеют право на конфиденциальность, и поэтому наложение ограничений на секретность в соответствии с запросами должностных лиц, осуществляющих надзор за условно осужденными, родителей или компаний по управляемой медицинской помощи, следует прояснять с самого начала. Специалисты обязаны обеспечить наилучшее из возможных лечение, и, если в соответствии с их подготовкой или опытом у них нет необходимой квалификации для работы с каким-то специфическим случаем, они должны направлять клиентов к кому-то другому.

Хотя большинство терапевтов знают свои обязанности, многие задумываются меньше, чем полагалось бы, об этической составляющей поведения их клиентов. Это еще одна сфера, где нет жестких и закрепленных правил. Но полная и добросовестная



оценка каждой семьи должна включить рассмотрение прав и обязанностей членов семьи. Какие у членов семьи есть родственные обязательства? Имеются ли у них невидимые родственные отношения, которые, вероятно, сдерживают их поведение? Если да, являются ли они справедливыми и равноправными? Каков характер супружеских обязательств друг к другу? Являются ли эти обязательства проясненными? Сбалансированными? Какие есть реальные обязательства у членов семьи в отношении точности и надежности? Являются ли эти обязательства выполняемыми?

При прочтении материала по оценке семьи вы могли заметить, что раздела по индивидуальной динамике не было. Это упущение было преднамеренным. Выделение индивида из уровней системного опыта полезно, но искусственно. Независимо от того, индивидуальная это терапия или семейная, компетентные терапевты должны всегда помнить, что у человеческого опыта в целом имеются и персональное и интеракционное измерения. Индивидуальный терапевт, который не принимает во внимание воздействие терапевтических отношений (так же как и отношений вне его кабинета) на материал пациента, пропускает наиболее важный элемент влияния. Терапевты вовсе не пустые экраны.

К тому же семейный терапевт, не рассматривающий психологию поведения члена семьи, играет только с половиной карточной колоды. Семьи отнюдь не черные ящики. Иногда, когда семейные интеракции заходят в тупик, важно рассмотреть, не задействованы ли в этом психопатология, психодинамика или обыкновенный нервный срыв.

## Работая с управляемой медициной<sup>1</sup>

Редкая профессия подвергалась такому потрясению, какое испытали работники сферы психологического здоровья в этой стране с появлением управляемой медицины. Неожиданность этого преобразования сделала трудный переход еще более тяже-

Другой перевод — «управляемая забота» (managed care) или «регулируемое предоставление медицинских услуг» — система медицинского страхования в США. — *Прим. ред.*

лым. Практикующим терапевтам, опирающимся для принятия решений на собственные клинические заключения, теперь диктует индустрия управляемой медицины, каких пациентов можно брать, какому типу лечения отдавать предпочтение, что можно предписывать и сколько сеансов следует предлагать. Профессионалам, приученным поддерживать абсолютную секретность и конфиденциальность своих деловых отношений с пациентами, теперь приходится договариваться о лечении с анонимными незнакомцами по телефону.

Индустрия управляемой медицины сама не спешила согласовывать свои действия. Некоторые устрашающие истории об аннулировании или резком прерывании оказания медицинской помощи происходят из раннего периода управляемой медицины, когда в этой индустрии существовала тенденция к управлению через отказ, а не посредничество. При наличии мандата на прекращение потока издержек истекающего кровью здравоохранения, на запрос об одобрении любой неограниченной слишком строго формы лечения первым импульсом индустрии было просто сказать «НЕТ».

После более чем десяти лет своего существования индустрия управляемой медицины наконец смирилась с двумя важными фактами: во-первых, хотя они по-прежнему обязаны сдерживать издержки, основная их ответственность заключается в том, чтобы следить за оказанием эффективного лечения пациентам; во-вторых, несмотря на, по-видимому, неисправимые антагонистичные отношения с практикующими врачами, администраторы, отвечающие за конкретные случаи, признали то, с чем не могут не согласиться и клиницисты, а именно что обеим сторонам выгоднее работать в партнерстве<sup>1</sup>.

Именно поэтому данный раздел мы озаглавили «Работая с управляемой медициной», вместо того чтобы дать ему такое название, которое лучше отразило бы настроение среди терапевтов, например: «Справляясь с управляемой медициной» или «Выживая в условиях управляемой медицины». Ключ к преуспеванию в условиях управляемой медицины — научиться работать внутри системы и покончить с идеей, что представитель администрации в конечном счете ваш враг. Фактически для тех, кто на-

Возросшая конкуренция между компаниями по управляемой медицине способствует формированию у представителей индустрии доверия и лояльности и уменьшению внутренних издержек, благодаря тому, что они стали затрачивать меньше времени на администрирование.

учится эффективно сотрудничать с управляемой медициной, администраторы случаев могут стать одним из лучших источников, дающих пациентам направление.

Для студентов изучение работы в условиях управляемой медицины должно начинаться с планирования их образования. Большинство компаний по управляемой медицине принимает лицензированных практиков с дипломами специалистов по уходу, по социальной работе, психологии и психиатрии. Некоторые, но ни в коем случае не большинство, принимают других дипломированных специалистов. Поэтому при планировании специализации благоразумно учитывать не только условия лицензирования, но и запросы ведущих компаний по управляемой медицине. Кроме того, поскольку большинство компаний требуют по крайней мере трех лет стажа по окончании обучения, неплохо было бы спланировать начало своей карьеры в агентстве, где есть супервизия.

В областях с высокой концентрацией работников психического здоровья, вероятно, приходится продвигать свои навыки, чтобы войти в картотеку специалистов, запрашиваемых управляемой медициной. Даже там, где такие фонды уже переполнены, администраторы всегда ищут компетентных специалистов, которые могли бы делать свою работу проще. Готовность смириться с кризисом клиентуры и работать с трудными случаями (например, с пограничными состояниями, хрониками и клиентами с многочисленными проблемами), доступность и точная специализация делают терапевта привлекательным для компаний по управляемой медицине.

Получив место в такой компании, не забудьте, что нужно работать с администраторами, а не против них. Инструкции и составление отчетности могут расстраивать, но имейте в виду, что у администраторов тоже есть чувства и память. Они просто делают свою работу. Самая большая ошибка терапевтов — позволить себе нагрубить или возразить обращающемуся к нему администратору случая.

Администраторы случая ценят сжатые и информативные устные и письменные отчеты. Когда терапевты начинают возражать, многие из них опять возвращаются к вопросу требования подтверждать свои слова «Таково мое клиническое мнение». Требование подтвердить свои заключения вызывает у некоторых практиков раздражение. Мы *делаем* все возможное для пациентов. Мы *добиваемся* эффектов. Но мы не привыкли вести отчет-

ность. Мы не привыкли к присутствию соглядатаев. Привыкайте. Если вы прибегаете к озвученным клиническим заключениям, тогда вам нужно суметь найти обоснования для своих рекомендаций.

Если вы не можете достичь соглашения с администратором случая, не теряйте самообладания. Если вы не можете быть дружелюбным, не будьте враждебным. Придерживайтесь техники рабочего конфликта.

Составляйте требуемую отчетность и представляйте ее на рассмотрение вовремя. Описывайте план лечения конкретно и четко. Будьте доходчивы и доступны. Своевременно отвечайте на телефонные звонки. Договаривайтесь с коллегой о подмене, если уезжаете из города или не можете принять клиента.

В дополнение к поддержанию позитивного, конструктивного отношения создание атмосферы успеха в текущем курсе лечения означает достижение установки, ориентированной на результат. Если вы обучались терапии, фокусированной на решении, во что бы то ни стало говорите именно так, но не пытайтесь выдать себя за того, кем вы не являетесь<sup>1</sup>. Если вы называете себя «эклектиком», то это в большей мере означает неопределенность, нежели гибкость. Еще один важный момент — иметь репутацию работающего в пределах установленных временных границ и добивающегося при этом результатов.

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Bell J. E. 1961. *Family group therapy*. Public Health Monograph No. 64. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Bell J. E. 1975. *Family therapy*. New York: Jason Aronson.
- Haley J. 1963. *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- Hoffman L. 1971. Deviation-amplifying processes in natural groups. In *Changing families*, J. Haley, ed. New York: Grune & Stratton.
- Jackson D. D. 1961. Interactional psychotherapy. In *Contemporary psychotherapies*, M. T. Stein, ed. New York: Free Press of Glencoe.

Мы с сожалением отмечаем, что специализация, к которой вы, вероятно, охладели и за счет которой вы уже не пытаетесь завоевать сердца компаний по управляемой медицине, — это психодинамическая психотерапия.

Jackson D. D. 1967. *Therapy, communication and change*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Lederer W. and Jackson D. D. 1968. *Mirages of marriage*. New York: Norton.

MacGregor R., Richie A. M., Serrano A. C., Schuster F. P., McDonald E. C. and Goolishian H. A. 1964. *Multiple impact therapy with families*. New York: McGraw-Hill.

Satir V. 1964. *Conjoint family therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Sluzki C. E. 1978. Marital therapy from a systems theory perspective. In *Marriage and marital therapy*, T. J. Paolino and B. S. McCrady, eds. New York: Brunner/Mazel.

Speck R. V and Attneave, C. A. 1971. Social network intervention. In *Changing families*, J. Haley, ed. New York: Grune & Stratton.

Watzlawick P., Beavin J. H. and Jackson D. D. 1967. *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.

## ССЫЛКИ

Bateson G. and Jackson D. D. 1964. Some varieties of pathogenic organization. *Disorders of Communication*. 42:270—283.

Beels C. C and Ferber A. 1969. Family therapy: A view. *Family Process*. 8:280-318.

Bell J. E. 1961. *Family group therapy*. Public Health Monograph No. 64. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Bell J. E. 1975. *Family group therapy*. New York: Jason Aronson.

Bion W. R. 1961. *Experiences in groups*. New York: Tavistock Publications.

Freud S. 1921. *Group psychology and the analysis of the ego*. Standard Edition. Vol. 18. London: Hogarth Press, 1955.

Gritzer P. H. and Okum H. S. 1983. Multiple family group therapy: A model for all families. In *Handbook of family and marital therapy*, B. B. Wolman and G. Strieker, eds. New York: Plenum Press.

Haley J. 1961. Control in psychotherapy with schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*. 5:340—353.

Haley J. 1963. *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.

Haley J. 1976. *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Hoffman L. 1971. Deviation-amplifying processes in natural groups. In *Changing families*, J. Haley, ed. New York: Grune & Stratton.

Jackson D. D. 1961. Interactional psychotherapy. In *Contemporary psychotherapies*, M. T. Stein, ed. New York: Free Press of Glencoe.

Jackson D. D. 1965. Family rules: The marital quid pro quo. *Archives of General Psychiatry*. 72:589—594.

Jackson D. D. 1967. Aspects of conjoint family therapy. In *Family therapy and disturbed families*, G. H. Zuk and I. Boszormenyi-Nagy, eds. Palo Alto: Science and Behavior Books.

Jackson D. D. and Weakland J. H. 1961. Conjoint family therapy: Some considerations on theory, technique and results. *Psychiatry*. 24:30-45.

Laqueur H. P. 1966. General systems theory and multiple family therapy. In *Handbook of psychiatric therapies*, J. Masserman, ed. New York: Grune & Stratton.

Laqueur H. P. 1972a. Mechanisms of change in multiple family therapy. In *Progress in group and family therapy*, C. J. Sager and H. S. Kaplan, eds. New York: Brunner/Mazel.

Laqueur H. P. 1972b. Multiple family therapy. In *The book of family therapy*, A. Ferber M. Mendelsohn and A. Napier, eds. Boston: Houghton Mifflin.

Laqueur H. P. 1976. Multiple family therapy. In *Family therapy: Theory and practice*, P. J. Guerin, ed. New York: Gardner Press.

Lewin K. 1951. *Field theory in social science*. New York: Harper.

MacGregor R. 1967. Progress in multiple impact theory. In *Expanding theory and practice in family therapy*, N. W. Ackerman, F. L. Beatman and S. N. Sherman, eds. New York: Family Service Association.

MacGregor R. 1972. Multiple impact psychotherapy with families. In *Family therapy: An introduction to theory and technique*, G. D. Erickson and T. P. Hogan, eds. Monterey, CA: Brooks/Cole.

MacGregor R., Richie A. M., Serrano A. C, Schuster P. P., McDonald E. C. and Goolishian H. A. 1964. *Multiple impact therapy with families*. New York: McGraw-Hill.

Marayuma M. 1968. The second cybernetics: Deviation-amplifying mutual causal processes. In *Modern systems research for the behavioral scientist*, W. Buckley, ed. Chicago: Aldine.

McFarlane W. R. 1982. Multiple-family therapy in the psychiatric hospital. In *The psychiatric hospital and the family*, H. T. Harbin, ed. New York: Spectrum.

Meyer J. P. and Pepper S. 1977. Need compatibility and marital adjustment among young married couples. *Journal of Personality and Social Psychology*. 35:331—342.

Morris, C. W. 1938. Foundations on the theory of signs. In *International encyclopedia of united science*, O. Neurath, R. Carnap and C. O. Morris, eds. Chicago: University of Chicago Press.

Nichols M. P. 1987. *The self in the system*. New York: Brunner/Mazel.

Parsons T. 1950. Psychoanalysis and the social structure. *Psychoanalytic Quarterly*. /9:371—380.

Ruesch J. and Bateson G. 1951. *Communication: The social matrix of psychiatry*. New York: Norton.

Ruevini U. 1975. Network intervention with a family in crisis. *Family Process*. 74:193—203.

Ruevini U. 1979. *Networking families in crisis*. New York: Human Sciences Press.

Sartre J. P. 1964. *Being and nothingness*. New York: Citadel Press.

Satir V. 1964. *Conjoint family therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Schutz W. C. 1958. *FIRO: A three-dimensional theory of interpersonal behavior*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Shaw M. E. 1981. *Group dynamics: The psychology of small group behavior*. New York: McGraw-Hill.

Спекс R. V and Attneave, C. A. 1973. *Family networks*. New York: Pantheon.

Von Bertalanffy L. 1950. An outline of general system theory. *British Journal of the Philosophy of Science*. /134—165.

Watzlawick P., Beavin J. H. and Jackson D. D. 1967. *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.

Weakland I., Fisch R., Watzlawick P. and Bodin A. M. 1974, Brief therapy focused problem resolution. *Family Process*. 75:141 — 168.

Winch R. F. 1955. The theory of complementary needs in mate selection: A test of one kind of complementariness. *American Sociological Review*. 20:52—56.

Wynne L. and Singer M. 1963. Thought disorder and family relationships of schizophrenics: I. Research strategy. *Archives of General Psychiatry*. P.191-198.

Yalom I. D. 1985. *The theory and practice of group Psychotherapy*, 3rd ed. New York: Basic Books.

## Глава четвертая

# ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ КОНЦЕПЦИИ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ

Семейная терапия часто ошибочно истолковывается только как другая разновидность психотерапии — такой ее вариант, когда на лечение приходит вся семья. Хотя это и справедливо, семейная терапия еще подразумевает и целый новый метод ос-

мысления человеческого поведения — поведения, организованного в своем основании интерперсональным контекстом. Семейная терапия не только использует новые методы для работы с семьями, но и заставляет в корне менять направление мышления, переключаясь от личности на отношения.

Да ну? — скажете вы. Мы же всегда задумывались об отношении! Да, но мы были приучены рассматривать их как то, что производят люди. Особенно с позиции собственной жизни. Поскольку мы смотрим на все с субъективной точки зрения — так сказать, с позиции шкурных интересов, то больше знаем о действиях других, нежели о своих собственных. Еще меньше мы обращаем внимание на паттерны интеракций, которые составляют линии отношений, или на интерперсональные структуры, в которые встроены эти линии.

Недовольная мать скажет вам, что сын игнорирует ее; сын же ответит, что он ее игнорирует, потому что она ворчит. Мать расстраивается оттого, что ее игнорируют, точно так же как сын чувствует себя затравленным, и оба «знают», кто виноват.

Клиницисты оказываются в тяжелом положении, не относя проблемы отношений на счет только одного человека. Это особенно справедливо для тех случаев, когда вы слышите только одну сторону истории, что далеко не редкость для семейного терапевта. Если кто-то рассказывает вам о непослушном ребенке, или изменяющем супруге, или о не желающей разговаривать невестке, ни в коем случае нельзя присоединяться к этим позициям, согласно которым значительная степень вины за эти проблемы возлагается на другую сторону.

В первое время, наблюдая за целыми семьями, обсуждающими свои проблемы, семейным терапевтам сразу становилось ясно, что здесь замешан каждый. Однако в шуме многоголосой ссоры тяжело подняться над личностями — сердитым подростком, чрезмерно контролирующей матерью, отчужденным отцом, — чтобы увидеть паттерны, объединяющие их. Неудивительно, что пионеры семейной терапии обратились к моделям других дисциплин, сосредоточивающихся на шаблонах взаимосвязей и структур. Они хотели получить ответы на следующие вопросы:

- как семьи закрепляют свои проблемы?
- каково развитие семей?
- что отличает здоровые семьи от нездоровых?



- каким образом семьи могут изменять способы своего функционирования?
- почему семьи иногда сопротивляются очевидным шагам в сторону улучшения отношений?

Чтобы ответить на эти вопросы, основатели семейной терапии позаимствовали идеи из антропологии, социологии, биологии, философии, лингвистики, информатики и инженерии. Некоторые из этих идей оказались настолько пригодными, что, к счастью или нет, определили практику семейной терапии.

## Системная теория

Основное концептуальное влияние на пионеров семейной терапии оказала системная теория. Фактически семейная терапия и системная теория настолько сильно идентифицировались друг с другом, что стали почти синонимичными. Сегодня большинство семейных терапевтов отличают себя не количеством клиентуры, прошедшей через их кабинеты, а своим пониманием системных проблем и их решений. Хотя некоторые социальные конструкционисты и оспаривали пригодность системной теории как доминирующей метафоры семейной терапии и пытались заменить ее на метафору личного изложения (нарративная модель), большинство семейных терапевтов по-прежнему считают себя системными мыслителями.

Системное мышление сильно эволюционировало с тех пор, как впервые стало формировать семейную терапию. Однако поле отстало от этих изменений, и зачастую критики и защитники системной теории ссылаются на устаревшую механистическую версию. Раз системная теория стала столь значимой для семейной терапии, мы попытаемся дать достойную оценку ее истории, влияния на семейную терапию и тому, какова связь последних достижений с современными тенденциями.

## ИСТОРИЯ СИСТЕМНОГО МЫШЛЕНИЯ

Систему можно охарактеризовать как группу взаимосвязанных частей плюс способ, каким они функционируют сообща. Таким образом, семья может пониматься как группа ее членов плюс способы их взаимодействия. Например, системно-ориен-

тированных терапевтов интересуют не только мотивы девочки-подростка с анорексией, но и последствия того, что ее мать фокусирована на еде, и комментариев ее отца относительно женских тел. Однако в дополнение к этому некоторые системные терапевты исследуют семейные проблемы, которые могут оказывать менее очевидное влияние на анорексию, например, разлад в браке ее родителей, который рождает у них отвлекающую потребность сосредоточения на борьбе дочери с питанием.

Если продолжить пример, то раз семьи — часть больших систем, другие системные терапевты могут расширить семейную сферу, чтобы включить и воздействие на семьи и молодых девушек наших культурных представлений о женщинах и их телах. Идея состоит в том, что любой проблемный член семьи является неотъемлемым элементом экологии отношений и убеждений, которые могут иметь к затруднению по крайней мере такое же отношение, как любые интрапсихические конфликты.

Экология. Итак, системное мышление является *экологическим*. Наука экология появилась в XIX столетии, когда биологи стали изучать целые классы растений и животных, а не отдельные виды. Термин «экология» придумал немецкий биолог Эрнст Хейкель в 1866 г., как производное от греческого слова, означающего семью, дом. Таким образом, экология — это изучение отношений, которые объединяют всех жителей земли. С этого фокуса на отношениях между организмами (например, пищевых цепочках и пищевых циклах), а не на характеристиках отдельных организмов экология бросила вызов редукционистской философии, доминирующей в науке со времен Декарта. Согласно картезианскому аналитическому взгляду, чтобы понять явление, нужно разбить его на базисные единицы и проанализировать их.

Редукционизм и аналитический метод произвели в науке много важных открытий, но они не подходят для постижения системы. Когда группы организмов или молекул начинают взаимодействовать паттернированным образом, появляется нечто новое, что невозможно объяснить путем складывания качеств отдельных частей: целое больше, чем сумма его частей. Если марсианин наткнется на грудку деталей велосипеда, изучение каждой части по отдельности едва ли даст ему образ целого велосипеда. Вместо этого ему нужно узнать, как эти детали взаимодействуют друг с другом, — выяснить, каковы их отношения. Изучение отношений — одна характеристика системного мышления. Дейст-

вительно, слово «система» получено от греческого *systema*, что означает «объединяться в организованном целом». Системное мышление уделяет меньшее внимание кирпичикам, из которых сложено сооружение, и больше — паттернам отношений и тому, как эти паттерны отражают правила или принципы, по которым организована система.

Экологический взгляд помогает нам понять, что системы, как правило, чрезвычайно чувствительны. Изменения в одной части могут вызвать непредвиденные последствия в целом. Уничтожение бразильских влажных лесов воздействует на погодные условия всего мира. Терапевты с системным образованием обучаются экологической сенситивности, они стараются предупредить воздействие любого вмешательства на семьи. Например, перед системной революцией в сфере психического здоровья клиницисты, как правило, работали с детьми по отдельности, не принимая во внимание то, как родители реагируют на эти новые отношения с их детьми. Попытки родителей выяснять, что происходит, или изъять детей из терапии рассматривались как злонамеренные действия, от которых терапевты должны были спасать детей. Теперь мы понимаем, что для большинства родителей такие отношения интересны и иногда представляют собой угрозу и что их реакции должны рассматриваться взвешенно с позиции прибыльности-убыточности (экологическое воздействие) индивидуальной работы с ребенком.

Экологов также интересует то, как воздействует на семью или клиническую проблему среда. Экологически сенситивные семейные терапевты помогают семье понять, как отражается на благосостоянии семьи с точки зрения прибыльности-убыточности, например, доходная, но требующая постоянного отсутствия работа отца или признание матерью патриархальных ценностей. Или терапевт мог бы помочь афро-американской семье оценить, какое она испытывает влияние, обосновавшись в доминирующей белой культуре.

Хоть системное мышление и было открытием биологов, оно также появилось и в некоторых других областях, основанных в 1920-х гг. Клод Бернар, основатель экспериментальной медицины, заметил, что здоровые организмы поддерживают постоянную внутреннюю среду (температуру тела, например), даже если окружающая их внешняя среда изменяется ключевым образом. В 1920-х гг. Уолтер Кеннон усовершенствовал эту идею и ввел понятие *гомеостаза*, описывающее, как метаболические процессы устойчиво сохраняются посредством механизмов обратной

связи. Например, тело сохраняет уровень глюкозы в крови в пределах некоторого диапазона, несмотря на сильное колебание количества потребляемого сахара. Описывая эти процессы саморегуляции, Кеннон предупредил влияние кибернетики и ее акцент на петлях обратной связи и саморегулирующихся механизмах.

Кибернетика. Машины, регулирующие себя сами, с нами уже многие века. В III веке до н. э. александрийский изобретатель Ктезибиос изобрел часы, которые показывали время при помощи воды и клапанов, наподобие современного смывного бачка унитаза — другой саморегулируемой машины. Однако следующая известная система обратной связи была изобретена позже на целых 2000 лет. В XVII веке голландский алхимик Корнелис Дреббел при попытке превратить свинец в золото понял, что для этого в печи нужна постоянная температура, и создал первый термостат.

Понимание, необходимое для обращения идеи о самоуправляемых машинах в обобщенную разумную модель, не возникало, пока это не стало жизненной необходимостью. Во время Второй мировой войны немецкие самолеты-истребители летали настолько быстро, что было невозможно вовремя высчитывать точные установки для наведения противовоздушных орудий. Военно-морской флот поручил эту задачу математическому гению Норберту Винеру. Чтобы разобраться в проблеме, Винер неофициально привлек группу поддержки из передовых математиков, нейропсихологов и инженеров, включая Джона фон Н്യуманна (отца современного компьютера), Клода Шэннона и Уоррена МакКуллоха. Это сотрудничество навело их на понятие *обратной связи*<sup>1</sup>, и их интерес к машинам стал расширяться, поскольку они считали животный и человеческий разум самокорректирующимися механизмами. Винер назвал эту новую науку *кибернетикой* от греческого слова, означающего управление.

В научных кругах быстро распространился слух об этом новом движении, чему способствовал ряд известных встреч, называемых Маки-конференциями, начавшихся в 1946 г. На этих конференциях первые кибернетики, в том числе Винер и фон Н്യуманн, встречались с самыми лучшими умами социальных наук, включая антропологов Грегори Бейтсона и Маргарет Мид. И Бейтсон и Винер любили находить паттерны в самых разнообразных

Сигналы, продуцируемые саморегулирующимися системами, которые вызывают уменьшение или увеличение изменения.

явлениях и оспаривать базисные положения. Они вместе искали исчерпывающие описания, охватывающие широкий диапазон естественных и механических феноменов, — «паттерн, который объединяет», как позже назвал это Бейтсон (Bateson, 1979).

Ядро кибернетики составляет концепция *петли обратной связи* — процесса, благодаря которому система получает информацию, необходимую для самокорректировки с целью сохранения устойчивого состояния или продвижения к предварительно запрограммированной цели. Обратная связь подразумевает информацию об эффективности системы во внешней среде, а также об отношениях между частями системы. В самом широком смысле обратная связь — это процесс, благодаря которому информация о действиях машины или организма возвращается к этому объекту — машине или организму. Обратимся к кибернетическому примеру пилота: когда самолет отклоняется от курса, пилот получает обратную связь, считывая информацию с приборов или увидев отклонение от заданной мишени, после чего поворачивает руль, чтобы вернуть судно обратно на курс. Если он повернет руль слишком сильно, это заставит судно снова отклониться от курса, на что реагируют приборы или зрение самого пилота, что позволяет ему еще раз направить самолет на нужный курс. Чувствительность любой системы к обратной связи, которую она получает, определяет сохранение правильности ее курса — равновесия, или гомеостаза.

Петли обратной связи могут быть *негативными* или *позитивными*. Это отличие касается воздействия, которое они оказывают на отклонение от гомеостатического состояния внутри системы, а не их положительных или отрицательных свойств. Негативная обратная связь уменьшает отклонение или изменение; позитивная обратная связь усиливает их. Другими словами, негативная обратная связь — это информация, которая возвращает систему обратно к первоначальному состоянию гомеостаза, в то время как позитивная обратная связь уводит систему от гомеостаза.

Поскольку кибернетика выросла из учения о механизмах, где петли позитивной обратной связи приводят к разрушительной «утрате контроля», из-за которой механизмы выходят из строя, акцент ставился на негативной обратной связи и сохранении гомеостаза перед лицом изменения. Если изменяется среда вокруг системы (например, температура воздуха на улице становится выше или ниже заданной нормы), приводятся в действие механизмы негативной обратной связи, чтобы вернуть систему обратно к гомеостазу (происходит охлаждение или нагрев возду-

ха). Петли негативной обратной связи — это вездесущие механизмы управления, которые организуют все — от эндокринной системы до экосистем. Например, равновесие в животном мире поддерживается за счет недостатка пищи или активизации хищников, если численность того или иного вида чрезмерно возрастает, и увеличения коэффициента рождаемости, если она сокращается; уровень сахара крови остается сбалансированным благодаря усиленной выработке инсулина, если он слишком высок, и повышением аппетита, если слишком низок.

Применительно к семьям кибернетика сосредоточивает внимание на нескольких явлениях:

1. *Семейные правила*, определяющие диапазон поведения, которое семейная система может допустить (гомеостатический диапазон семьи);
2. Механизмы *негативной обратной связи*, которые используют семьи, чтобы навязывать правила (например, вина, наказание, симптомы);
3. *Последовательности семейных интеракций* вокруг проблемы, которые характеризуют реакцию системы на нее (петли обратной связи вокруг дисфункции);
4. Что происходит, когда усвоенная негативная обратная связь системы неэффективна и запускается *петля позитивной обратной связи!*

Примеры петель позитивной обратной связи — те скверные ситуации, которые называют «порочный круг», когда каждое предпринимаемое действие только ухудшает ситуацию. Общеизвестное «самоисполняющееся пророчество» является одним из примеров петли позитивной обратной связи: предчувствия фактически создают пугающую ситуацию, которая, в свою очередь, пугает еще больше, и т. д.

В качестве примера самоисполняющегося пророчества рассмотрим случай Джерри. Он хотел бы завести подругу, но считает себя скучным. Таким образом, он убежден, что женщины всегда отвергают его. Каждый раз, набравшись достаточно смелости, чтобы устроить свидание, он пристально наблюдает за любым доказательством того, что ей с ним неинтересно. При первом ее зевке в нем тут же пробуждается тревога, и он отпускает саркастические комментарии о ее внешнем виде или поведении. Последующее ее раздражение становится еще большим доказатель-

ством (позитивная обратная связь) его убеждения, что он ей неприятен.

Или вот пример семьи, для которой характерен низкий порог выражения гнева. Джонни, сын-подросток, выходит из себя в ответ на настойчивые требования родителей объяснить, почему он не вернулся домой до полуночи. Мать потрясена и начинает кричать. Отец оскорблен и наказывает сына, запретив ему в течение месяца садиться за руль машины. Вместо того чтобы уменьшить девиацию Джонни — вернуть его гнев в гомеостатические рамки, — эта обратная связь от родителей производит противоположный эффект: Джонни взрывается и отказывается признавать их авторитет. Родители отвечают еще большим криком и наказаниями, что вызывает дальнейшее возрастание гнева Джонни и т. д. Таким образом, предполагаемая негативная обратная связь родителей (ругань и наказание) становится позитивной обратной связью. Она усиливает, а не уменьшает его девиацию. Семья захвачена процессом «выхода из-под контроля» позитивной обратной связи, иначе известным как порочный круг, который продолжается до тех пор, пока Джонни не уйдет из дома. Как и в случае с кибернетическими механизмами, выход из-под контроля, свойственный петле позитивной обратной связи, может разрушить семью.

Позже кибернетики, подобно Уолтеру Буклею и Россу Эшби, выяснили, что петли позитивной обратной связи не всегда неблагоприятны, и если не выходят из-под контроля, то могут помочь системам приспособиться к измененным обстоятельствам. Семье Джонни, возможно, следовало бы исправить свои правила, касающиеся выражения гнева, чтобы приспособиться к возросшей самоуверенности подростка. Кризис, который вызвала эта петля позитивной обратной связи, мог бы привести к пересмотру правил семьи, если бы семья смогла выйти из петли на достаточный срок, чтобы что-то понять. Таким образом, они могли бы осуществить *метакоммуникацию*, или коммуникацию о своих способах коммуникации, — процесс, который может привести к изменению правил системы (Bateson, 1951).

Понимание того, что позитивная обратная связь может привести к изменению, стало концептуальной основой для некоторых кризисно-провокационных форм семейной терапии. Как предположил Хейли (1971), «если программа лечения подчиняет и стабилизирует семью, добиться изменения сложнее. ...Чтобы изменить устойчивую проблемную ситуацию и создать пространство для личностного роста членов семьи, терапевты зачастую долж-

ны провоцировать кризис, который вызывает нестабильность» (с 8).

Сегодня многие семейные терапевты отошли от этого кризисно-провокационного вида терапии, полагая, что более рассудочные беседы производят лучшую среду для изменений. Однако ошибочно было бы путать большую невозмутимость с отсутствием вызова правилам или структуре семьи. Можно поощрять членов семьи раскрывать секреты или открыто работать с конфликтом, не позволяя сессиям превращаться в состязание кого кого перекричит. Независимо от уровня эмоциональности в консультантском кабинете эффективные терапевты находят способы довести семьи до пересмотра и изменения правил, управляющих ими.

Подобное изменение в семейной структуре кибернетически ориентированные семейные терапевты называют *изменением второго порядка*, чтобы отличать их от *изменений первого порядка*, когда семья меняет некоторые свои поступки, в то время как действия по-прежнему управляются теми же самыми правилами (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974). Например, семья Джонни могла сдвинуть фокус своих разногласий с комендантского часа парня на бойфренда его сестры (изменение первого порядка), однако их интеракции вокруг проблем не претерпят особых изменений, поскольку их репрессивные правила относительно гнева (второй порядок) остаются неизменными.

Отправной точкой для семейных кибернетиков стали петли обратной связи внутри семей, иначе известные как паттерны коммуникаций — базовый источник семейной патологии. В результате, как мы видели в главе 3, семейные теоретики, на которых наибольшее влияние оказала кибернетика, стали называть школой коммуникации, и они пропагандировали интеракционную точку зрения. Дефектные или неясные коммуникации приводят к неточной или незавершенной обратной связи, поэтому система не может саморегулироваться (изменять свои правила), вследствие чего ее реакция является слишком сильной или вялой для того, чтобы измениться.

Круговая причинность. Кибернетика вошла в семейную терапию благодаря Грегори Бейтсону, которого вдохновила его встреча с Винером на Маки-конференциях. В результате своего интереса к процессам обратной связи в системах Бейтсон стал инициатором концептуального сдвига, решающего для семейно-



го системного мышления, — сдвига от линейного к *круговой причинности*. Перед появлением семейной терапии объяснения психопатологии строились на линейных моделях — медицинской, психодинамической, поведенческой. Этиология понималась с точки зрения предшествующих событий — болезненного, эмоционального конфликта или исследования истории, которая спровоцировала симптомы в настоящем. Использование концепции *циркулярности* позволило Бейтсону изменить наш способ осмысления психопатологии, так что во внимание стали приниматься не события прошлого, оказавшие некое влияние, а то, что является частью продолжающихся, круговых петель обратной связи.

Концепция *линейной причинности* основана на ньютонианской модели, согласно которой вселенная подобна бильярдному столу, где шары оказывают друг на друга однонаправленное действие. Бейтсон полагал, что, тогда как линейная причинность годится для описания мира сил и объектов, для мира живых явлений она непригодна, поскольку не заботится о том, чтобы объяснять коммуникации и отношения так, как она объясняет силу.

Чтобы проиллюстрировать это отличие, Бейтсон (1979) использовал пример человека, пинающего камень. Эффект удара ногой по камню можно предсказать, измерив силу и угол пинка и вес камня. Если же человек пинает собаку, эффект будет менее предсказуемым. Собака может отреагировать на пинок как угодно: поджать хвост, убежать, укусить человека или даже начать с ним играть — в зависимости от характера собаки и интерпретации пинка. В ответ на реакцию собаки человек мог бы изменить собственное поведение, и так далее — число возможных результатов бесконечно.

Действия собаки (укус, например) образуют петлю и воздействуют на последующие шаги человека, которые в свою очередь оказывают воздействие на собаку, и так далее. Первоначальное действие запускает круговую последовательность, при которой каждый рекурсивно воздействует на другого. Линейные причина и следствие теряются в круговороте взаимной причинности. Эта идея о взаимной или круговой причинности оказалась полезной для терапевтов, ведь так много семей стремятся отыскать причину своих проблем и определить, кто виноват. Вместо того чтобы вовлекать семью в логический, но непродуктивный поиск, кто что начал первым, круговая причинность предполагает, что проблемы поддерживаются существующим и ныне порядком дейст-

вий и реакций и что бессмысленно возвращаться к первопричинам, чтобы изменить интеракцию.

Кроме соблюдаемых петель круговой обратной связи Бейтсона также интересовало то, как сообщения интерпретируются получателями. Механистичные кибернетики полагали, что можно понять системы, просто изучая их входящие и исходящие поведенческие сигналы, и в этом смысле были в своем основании бихевиористами, продвинутыми в том, что принимали во внимание еще и петли обратной связи. Однако Бейтсон не стал ограничивать свой интерес поведенческими последовательностями, а изучал значения, которые люди извлекают из коммуникации и ее контекста. Внутри сети убеждений, которых придерживаются члены семьи, находятся правила, управляющие ее действиями. То, как отец Джонни интерпретировал гнев сына, определило то, как он ответил на него. С каким количеством гнева он может смириться, прежде чем почувствует необходимость отреагировать на него наказанием? Изменение предположений становится ключом к изменению второго порядка.

Начав изучать семьи напрямую, группа Бейтсона раскололась на два лагеря (Haley, 1981; Simon, 1982). На одной стороне был Бейтсон, продолжая фокусироваться на том, как люди узнают и воспринимают. На другой — Хейли и Уикленд, которые сосредоточивались на интеракционных паттернах между членами семьи.

Проект Бейтсона завершился в 1962 г., и он переместил свои интересы за пределы психических явлений. Достижения проекта в психотерапии были унаследованы другим бейтсоновским проектом и членами Института психических исследований, которые (за исключением Сатир) продвигали механистические понятия гомеостаза и петли обратной связи, сохраняя логический позитивистский фокус на соблюдаемых последовательностях поведения и игнорируя бейтсоновские интересы к восприятию и убеждениям индивида (Breunlin, Schwartz & Karrer, 1992). Эти теоретики переняли метафору «черного ящика», чтобы оправдать свою механистическую позицию:

«Невозможность наблюдения за разумом «в работе» способствовала в последние годы тому, что из области телекоммуникации была заимствована идея о «черном ящике»... идея, в целом более применимая к факту, что электронные аппаратные средства в настоящее время столь сложны, что иногда целесообразнее игнорировать внутреннюю структуру уст-

ройства и сосредоточиваться на изучении ее специфических отношениях ввода — вывода... Эта концепция, если применять ее к психологическим и психическим проблемам, имеет эвристическое преимущество того, что не нужно ссылаться на не поддающуюся в конечном счете проверке интрапсихическую гипотезу, а можно ограничиться соблюдаемыми отношениями ввода — вывода, то есть коммуникацией» (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967, с. 43—44).

Видение людей как «черных ящиков» стало окончательным выражением механистических тенденций, свойственных кибернетической парадигме. Но у этой метафоры имелось преимущество упрощения области изучения путем исключения размышлений об умственной деятельности индивида, так же как и об истории семьи. Можно было просто судить об исходе терапии — если проблема разрешена и система возвращается к функциональному состоянию, результат позитивен, и терапию можно завершать. Отсюда и развитие краткосрочной, стратегической терапии.

До сих пор мы видели, как системное мышление принимало разные формы, проникая в различные дисциплины, включая биологию, медицину, математику, нейропсихологию и технику. Поскольку наибольшая ответственность за привлечение системной идеи в психотерапию лежит на Грегори Бейтсоне, антропологе, вполне целесообразно теперь исследовать антропологическую версию и ее влияние на семейную терапию.

## Функционализм

Представьте, что семья обращается за помощью из-за проблемы страха школы у сына. Теперь представьте, что терапевт начинает со странного вопроса. Вместо того чтобы попытаться выяснить, как маленький Тедди стал бояться ходить в школу, он спрашивает, а не станет ли семье хуже, если Тедди будет посещать школу. (Вообразите, какие чувства вызывают у семьи вопросы, подразумевающие, что они пользуются проблемой ребенка.) Странная логика этого вопроса основывалась на предположении, теперь совершенно спорном, что нередко симптомы сохраняются, потому что выполняют функциональное назначение для семьи пациента. Теперь давайте рассмотрим интеллекту-

альные влияния, которые позволили терапевтам выследить эти таинственные функции симптомов.

До начала XX века над антропологией доминировали культурные эволюционисты, придерживающиеся дарвиновской теории и теоретизирующие о различных стадиях, через которые эволюционировало человечество от примитивных обществ до современной цивилизации. Их теории основывались на артефактах, собранных археологами, а также на рассказах путешественников и торговцев, и все это изучалось вне первоначального контекста.

Родившийся примерно в 1900 г. подход, получивший название *функционализм*, возник как реакция против эволюционистской тенденции понимать культурные практики вне контекста и игнорировать культуры как значимые целостности. Британские антропологи Бронислав Малиновски и А. Р. Рэдклифф-Браун пришли к мнению о несерьезности исторических исследований, потому что данные были скудными и не поддающимися проверке. Они интересовались обучающимися культурами как социальными системами, существующими в настоящем, а история этих культур занимала их мало. Таким образом, они изучали культуры этнографически, в качестве «участвующих наблюдателей», и пытались понять культурные обычаи и традиции в контексте, рассматривая их с точки зрения функциональной пригодности культурных практик для сообщества.

Привлекают внимание параллели между этим сдвигом в антропологии и психотерапии. Психоаналитики пытались восстанавливать историю человека, исследуя воспоминания и фантазии. Подобно эволюционной антропологии, психоаналитики опирались на исторические домыслы. Фрейд действительно уподоблял свои психологические исследования археологическим раскопкам.

Реакция семейной терапии против исторического и деконтекстуализирующего теоретизирования психоанализа была подобна реакции антропологического функционализма против тех же самых качеств эволюционизма. Как и функционалистов, системно ориентированных семейных терапевтов не интересовала история, вместо этого они стали участвующими наблюдателями семей в настоящем. Они стремились понимать функцию, благодаря которой симптоматичное поведение полезно для семейной системы.

Одна из опасностей функционалистского уклона семейной терапии заключалась в рассмотрении любого поведения, как по-

тенциально адаптивного. Вот как писала об этом Дебора Люпниц (Luepnitz, 1988): «Функционалистские объяснения могут оправдать почти все с точки зрения некоей мнимой социальной потребности. Историки-функционалисты даже утверждали, что линчевание и охота на ведьм обслуживают социальную потребность, а именно — катарсическую или «терапевтическую». Терапевтическую для кого? — хотелось бы узнать» (с. 65).

Более подходящий для семейной терапии пример предложил Талкотт Парсонс (Parsons & Bales, 1955) — вероятно, наиболее влиятельный социолог-функционалист. Он считал, что мать в семье должна исполнять *экспрессивную* роль, а отец — *инструментальную*. Экспрессивная роль подразумевает эмоциональную поддержку, контроль за напряжениями и заботу и уход за детьми. Инструментальная роль заключается в организаторских решениях и дисциплинировании детей. В этом случае Парсонс в результате наблюдений отметил полоролевую полярность, которая существовала во многих семьях в 1950-х гг., и использовал функционализм, чтобы дать понять, что это разделение было адаптивным, удовлетворяющим потребности семьи и общества.

Как указывала семейный терапевт Линн Хоффман (Hoffman, 1971, 1981), этот функционалистский уклон проник в социологию благодаря деятельности Эмиля Дюркгейма. Дюркгейм изучал современное общество и строил предположения о том, что многие виды поведения, которые общество считает ненормальным, или патологическим, могут исполнять социально полезную роль, заставляя большие группы объединяться. Позже социологи, изучающие социальные девиации, например, Ирвинг Гоффман, приняв идеи Дюркгейма, пошли еще дальше, предложив, что социальным группам *нужны* девианты ради сохранения их стабильности или выживания.

Прежде чем пойти дальше, следует упомянуть другое социологическое исследование, поскольку его результаты подтвердили идеи о функциональности симптомов семейных терапевтов. Альфред Стэнтон и Моррис Шварц (Stanton & Schwartz, 1964) изучали взаимодействия между пациентами и сотрудниками госпиталя для психических больных. (Это был госпиталь Честнут-Лоджа, где один из основателей семейной терапии Дон Джексон познакомился с Гарри Стэк Салливаном и его интерперсональной теорией психиатрии.) Они заметили, что пациенты часто оказывались вовлеченными в треугольники, в которых один сотрудник пытался следовать правилам учреждения, в то время как Другого возмущала такая строгость и ему хотелось так изменить

эти правила, чтобы приспособить их к индивидуальным потребностям. Пациент, столкнувшийся с этой поляризацией, становился полем битвы, на котором разворачивался этот конфликт между сотрудниками. Этот пациент получал разрешающего союзника и ограничивающего противника. Чем больше защиты оказывал один сотрудник, тем больше наказаний накладывал другой. В конечном счете все отделение больницы могло втянуться в разрастающуюся поляризацию, вынужденное принять чью-либо сторону. По мере возрастания напряжения усугублялось и состояние таких пациентов. Описанный Стэнтоном и Шварцем процесс удивительно напоминает процесс *триангуляции*, или создания *коалиций между поколениями*, о котором сообщали семейные терапевты.

Семейные терапевты приняли функционалистскую идею о том, что отклоняющееся от нормы поведение может использоваться социальной группой в качестве защитной функции, и применили ее к проблеме симптоматики членов семьи. Поначалу их представление об идентифицированном пациенте в семье напоминало взгляд Стэнтона и Шварца на госпитализированного пациента. «Идентифицированный пациент» был козлом отпущения, жертвой, на которой сосредоточивались остальные члены семьи, чтобы избежать необходимости заниматься друг другом. Позже семейные терапевты стали полагать, что многие из этих козлов отпущения были активными добровольцами. Считалось, что эти симптомопредъявители охотно жертвовали собственным благополучием ради большей выгоды. Например, когда родители подростка начинали спорить, мальчик затевал драку со своим братом и таким образом заставлял их переносить свой гнев друг с друга на него. История Эдипа в версии Сальвадора Минухина, описанная в главе 1, представляет собой другой пример ребенка, жертвующего своим благосостоянием ради стабильности семьи.

Если подытожить влияние функционализма на семейную терапию, то можно отметить, что семьи рассматривались как живые организмы, вынужденные адаптироваться к окружающей их среде. Поведение и черты семейного организма исследовались в этом контексте, чтобы выяснить, как они помогли семьям удовлетворять их потребности. Симптомы рассматривались как признаки того, что семья плохо адаптировалась к среде или по каким-то причинам оказалась неспособной удовлетворить свои потребности, почему ей и приходилось находить что-то, что отвлекало внимание. Это предположение использовалось, чтобы

объяснить причину впечатления, что семьи слишком крепко цепляются за свои проблемы. К сожалению, эти идеи вызвали антагонистичные настроения со стороны некоторых ранних семейных терапевтов.

## Структурализм

Термин «*структурализм*» изобрел антрополог Клод Леви-Стросс, чтобы описать, как организационная структура общества формирует и сдерживает свои традиции и мифы. Применительно к семье структурализм предполагает, что понимание поведения членов семьи и их интеракций является неполным без некоторой оценки семейной организации в целом, в которую неотъемлемым образом входят эти интеракции.

Структурализм как движение внутри антропологии и других социальных наук был тесно связан с функционализмом и оказал по крайней мере такое же сильное влияние на семейную терапию. Многие видные антропологи и социологи (Малиновски, Рэдклифф-Браун, Леви-Стросс, Парсонс) считались структурными функционалистами и писали о семьях. В их понимании семья рассматривалась как организм, состоящий из подсистем, каждая из которых окружена полупроницаемыми *границами*, которые в действительности являются набором правил, устанавливающих, кто включается в эту подсистему и как они взаимодействуют с теми, кого не включают.

Чтобы вы могли оценить структурно-функционалистское наследие семейной терапии, предлагаем вашему вниманию следующую цитату Талкотта Парсонса (Parsons & Bales, 1955):

«То, что [нуклеарная семья] сама является подсистемой еще большей системы, — конечно, социологическая банальность. Но если разбить семью, в свою очередь, на подсистемы, то это рождает новый способ ее видения. И все же мы работаем с семьей именно таким образом и можем сказать, что в некоторых важных ключевых отношениях самый младший ребенок, будучи не совсем «членом», не участвует в целой семье, а только в ее подсистеме — материнско-детской подсистеме. Супружеская пара составляет другую подсистему, так же как, вероятно, с какими-то своими целями все дети, все мужчины или все женщины в семье и т. д. Фактически любая комбинация двух или более членов семьи, диф-

ференцирующихся от одного или большего количества других ее членов, может восприниматься как социальная система, которая является подсистемой семьи в целом (с. 37)».

Согласно структурной теории, здоровая структура требует от семейной системы чистых границ, особенно между поколениями. Слишком слабые или слишком сильные границы создают дисфункциональную семейную структуру, одно из проявлений которой — симптоматичный член семьи. Если структурный дефект исправляется, семья возвращается к здоровому состоянию.

Таким образом, если кибернетики считали, что проблемы поддерживаются за счет круговых интеракций, то структурные терапевты полагали, что эти интеракции встроены в организацию, которая формирует и сдерживает их. Вместо того чтобы концентрироваться на последовательностях поведения, как это делали кибернетики, структурные терапевты сосредоточивались на близости, или проксимальности, членов семьи, выдающих то или иное поведение. Кибернетический терапевт может, например, попытаться запретить контролирующему родителю ворчать на протестующего подростка, в то время как структурный терапевт скорее всего рассмотрит сеть отношений, в которые встроены эти па-де-де. Не потому ли контролирующий родитель столь озабочен своим сыном-подростком, что тот еще так мало знает о жизни? Не потому ли протестующий подросток так часто воюет с отцом, что слишком мало проводит времени со своими друзьями?

Возможно, лучше всего характеризует структурный взгляд следующая посылка: ключ к изменению личности заключается в изменении ее структурного контекста — сети отношений, в которую она включена. С этим связано другое положение: независимо от того, насколько дисфункционален член семьи, улучшение семейной структуры обязательно выявляет наиболее компетентного человека, который, в свою очередь, закрепляет семейное изменение. Таким образом, структурный взгляд на людей является активно оптимистичным.

Сальвадор Минухин в своем стремлении найти модель, эффективную для людей в затруднительном положении, позаимствовал структурные концепции Парсонса и сосредоточился на границах между поколениями — концепции, которые большим ориентированным на психоанализ семейных теоретиков, как то Теодор Лидз и Натан Аккерман, воспринимались по-другому. Однако Минухин отбросил психоаналитические аспекты их теорий и методов и в процессе экспериментирования с ориен-



тированными на действия техниками обнаружил силу внешнего контекста индивида, так же как способы обуздания этой силы.

Сделав это, Минухин предоставил всеобщему вниманию первую ясную схему понимания и реорганизации семей — схему, воспринятую как благодать легионами изумленных терапевтов, затерявшихся в лабиринтах спутанных семейных отношений. В качестве терапевта и оратора Минухин был одновременно и харизматичным и авторитетным в то время, когда поле жаждало лидера. Он был уличным авторитетом, который противостоял психическому истеблишменту и в конечном счете вооружился окончательными фактами, которые нельзя было опровергнуть. По всем этим причинам структурная семейная терапия стала наиболее влиятельным брэндом семейной терапии 1970-х.

## Наследие кибернетики и структурного функционализма

Кибернетика и структурный функционализм оказали доминирующее влияние на развитие семейной терапии. Полный ответ, который давали эти философии на вопрос, как лучше понимать семьи, заключался в том, что нужно наблюдать за их взаимодействиями, направив внимание на паттерны, свидетельствующие о дисфункциональных петлях обратной связи или границах. Этот фокус обеспечивал терапевтов схемой проведения вмешательств. Однако у этой схемы в начале 1980-х гг. появились некоторые проблемы в виде критики феминисток и конструктивистских терапевтов, и этот процесс достиг своей кульминации, когда в 1990-х гг. нарративные терапевты стали в массовом порядке отвергать системное мышление. Следует обсудить проблемы с воплощением кибернетики и структурного функционализма в семейной терапии, чтобы определить, характерны ли они для системного мышления или только его механической версии, которая доминировала над ранней семейной терапией.

В первую очередь кибернетика наделила терапевтов механической установкой. Терапевты оценивали семьи с позиции наблюдателей-экспертов, отыскивающих дефекты в семье и вмешивающихся в процесс исправления этих дефектов. В качестве механиков терапевты не принимали во внимание некоторые факторы:

1. Воздействие исходящей от них самих стимуляции на образ действий семьи, очевидное для последних;
2. Собственные идеи семьи, воздействующие на терапевта;
3. Человеческая сторона членов семьи по отдельности, с которыми зачастую обращались как с объектами;
4. Воздействие истории семьи на существующее функционирование;
5. Гендерные отличия с точки зрения власти и влияния;
6. Более широкий исторический и культурный контекст, в котором существует семья.

Функционализм был полезен для того, чтобы понять адаптивные усилия семьи, но, подобно дарвинистам, функционалисты воспринимали среду как данность, к которой организм обязан приспособиться. Поэтому они отводили внимание поля от выяснения того, является ли среда здоровой для семьи. Таким образом, функционализм мог использоваться для поддержания консервативной политической программы. К тому же функционалистские предположения могли довести семейных терапевтов до роли «патологических детективов», допрашивающих членов семьи с целью выследить таинственную функцию симптомов. Допущение, что родители могли бы извлечь что-то из плохого поведения или депрессии собственного ребенка, и допущение, что они отягощены этим, отличаются друг от друга тем же, чем отличается отношение к ним как к заговорщикам, хоть и непреднамеренным, или как к союзникам. Исследование того, что симптомы *могут* иметь некое функциональное значение, иногда позволяет раскрывать скрытый конфликт. В предположении, что семьи извлекают выгоду из собственных проблем, кроется даже большая опасность, чем в неуклюжем сочувствии; оно формирует менталитет «мы против них».

Теперь перейдем к исследованию версии системного мышления, которая могла помочь семейной терапии избежать механической установки ранних лет. Как вы помните, сфера экологии произошла из биологии и, в отличие от кибернетики, касалась отношений организма со средой и воздействия среды на организм. Гений одного ученого позволил ему применить то, что он отметил у биологических систем, ко всем уровням человеческих явлений. Эта поразительная широта видения принадлежала Людвигу фон Берталанфи, который разработал всестороннюю модель системного мышления, повлиявшего на все социальные науки.

## Общая теория систем

Людвиг фон Берталанфи был видным биологом, который задался вопросом, применимы ли законы, касающиеся биологических организмов, к другим областям — от человеческого разума до глобальной экосферы. Начав с исследования взаимосвязей органов эндокринной системы, он постепенно применил свои наблюдения в этой сфере к более сложным социальным системам. Он разработал модель, которую неточно переводят с немецкого как «общая теория систем» (ОТС), тогда как он подразумевал «общее учение о системах», потому что это означает подход — нечто большее, нежели теория: способ осмысления или набор положений, которые могут применяться ко всем видам систем.

Берталанфи много публиковался и оказал влияние в той или иной степени на все социальные науки, но в отличие от Бейтсона не дошел до прямого контакта с зачинателями семейной терапии. Кроме того, Берталанфи всегда презирал механистический подход и весьма критично относился к кибернетике. Таким образом, в то время как многие из идей ОТС просочились в литературу по семейной терапии, на деятельность самого Берталанфи ссылаются редко, а если она и отмечается, то зачастую представляется как по существу нечто близкое кибернетике (Bateson, 1971; Becvar & Becvar, 1996).

В необыкновенно содержательной биографии, составленной Марком Дэвидсоном (Davidson, *Uncommon Sense*, 1983), окончательное определение системы по Берталанфи звучит следующим образом:

Это «любой объект, поддерживаемый взаимными интеракциями элементов — от атома до космоса, включая такие земные примеры, как телефон, почтовые и скоростные системы сообщения. Берталанфианская система может быть физически похожей на телевизор, биологически — на кокер-спаниеля, психологически — на личность, социологически — на профсоюз или символически — на набор законов... Система может быть составлена из меньших систем, а может быть частью большей системы, точно так же, как штат или область состоят из меньших подведомств и в то же время являются частью государства. Следовательно, тот же самый организованный объект можно расценивать или как систему, или как подсистему, в зависимости от фокуса интереса наблюдателя» (с. 26).

Последнее замечание важно. Каждая система является подсистемой больших систем. Усвоив системное видение, семейные терапевты упустили из внимания эту расширенную сеть влияния. Они стали относиться к семье как к системе, но проигнорировали большие системы сообщества, культуры и политики, в которые входят семьи.

Берталанфи первым пришел к идее, что система есть большее, чем сумма частей, в том же самом смысле, что часы — это больше, чем совокупность шестеренок и пружин. Когда предметы организованы в систему, появляется что-то другое, способом, каким возникает вода из взаимодействия водорода с кислородом. Таким образом, Берталанфи выразил важность сосредоточения на паттерне отношений внутри системы, а не на составе ее частей.

Берталанфи полагал, что наука стала редукционистской в своей склонности анализировать явления путем расчленения целостных систем и изучения их частей по отдельности. Хотя в науке и присутствовал восстановительный анализ, на его взгляд, изучением целостных систем чрезвычайно пренебрегали, и он убеждал ученых научиться «думать интеракционно». В применении к семейной терапии эти идеи — что семейную систему следует рассматривать как нечто большее, чем только совокупность людей, и что терапевтам нужно сосредоточиваться на интеракциях между членами семьи, а не на отдельных личностях, — стали центральными принципами поля.

Подобно функционалистам, Берталанфи применял метафору организма к социальным группам, но организма, являющегося *открытой системой*, непрерывно взаимодействующей со средой. Открытые системы, в противоположность закрытым (неживым), поддерживают сами себя, непрерывно меняясь материалом со своей средой, например, потребляя кислород и выделяя углекислый газ.

Взгляд Берталанфи на организмы отличался от функционалистского в следующем: он подчеркивал важность отношений между организмом и средой, которая, безусловно, включает в себя и другие организмы. Механицисты упускали из внимания, что организмы не только реагируют на стимулы, но и активно предпринимают усилия для дальнейшего развития.

Берталанфи всю жизнь вел крестовый поход против механистичного видения живых систем, особенно тех из них, которые носят название «человек». Он полагал, что в отличие от механизмов живые организмы обнаруживают *эквивинальность* —

способность достигать заданную конечную цель различными путями. (В неживых системах конечное состояние и средства для достижения этого состояния зафиксированы.) Он и другие биологи использовали этот термин, чтобы определить внутреннюю направленную способность организма защищать или восстанавливать целостность, как в человеческом теле мобилизуются антитела и кожа и кости способны заживать (Davidson, 1983).

Таким образом, деятельность живых организмов креативна и спонтанна, и они используют многочисленные методы для поддержания своей организации, будучи мотивированы отнюдь не только на сохранение статус-кво. Семейная терапия ухватилась за концепцию *гомеостаза* — склонности систем саморегулироваться, чтобы сохранить единство в ответ на изменения в среде. Но Берталанфи полагал, что чрезмерный акцент на этом консервативном аспекте организма сводит его до уровня машины. Вот что он писал об этом: «Если [этот] принцип гомеостатического сохранения воспринимается как правило поведения, то так называемого хорошо приспособленного индивида можно [охарактеризовать как] хорошо смазанного робота...» (цит. по Davidson, с. 104). «С позиции гомеостаза Микеланджело должен был последовать совету своего отца и стать камнетесом. Его жизнь была бы гораздо более счастливой, нежели в те времена, когда он расписывал стены Сикстинской капеллы, находясь в весьма неудобной позе» (цит. по Davidson, с. 127).

Хотя гомеостаз остается центральным понятием семейной терапии, его ограниченная способность объяснять многообразие человеческого поведения неоднократно подтверждалась семейными терапевтами, перенявшими интересы Берталанфи (Hoffman, 1981; Speer, 1970; Dell, 1982). Кибернетикам пришлось предложить новые идеи, как, например, концепцию «морфогенеза» (Speer, 1970), чтобы объяснить то, что, по мнению Берталанфи, является просто врожденным качеством организма — стремиться, так же как и сопротивляться, к изменениям. Именно Берталанфи оказал наибольшее влияние на семейную терапию, его видение в людях креативности и находчивости и убежденность в способности семей к самоисцелению (эквифинальность) привели к тому, что самые разные виды терапии, акцентирующиеся на сотрудничестве и внимании, сегодня более гармоничны.

Одно из главных расхождений Берталанфи с механистическим подходом к людям заключалось в том, что последний позволял недооценивать их — момент, предвосхитивший феминистскую критику семейной терапии. Если семьи подобны механизмам, то

терапевтам просто нужно изучить, как они работают, определить, что у них «сломалось», и отремонтировать найденные неисправности. Для этого вовсе не нужно оценивать функциональное состояние семьи или — что уж там говорить — культуры, в которой она существует, — в смысле ее несправедливости или жестокости.

Если механик семьи (терапевт) сталкивается с непокорной дочерью-подростком в американской семье с типичными разногласиями, в которой отца всегда нет дома, а мать изводит девочку из-за ее друзей и внешнего вида, то механик может попытаться разбить тайную коалицию между отцом и дочерью и содействовать тому, чтобы отец поддержал дисциплинарные усилия матери в отношении дочери. Этот структурный ремонт мог бы успокоить ситуацию и уменьшить непослушание девочки, так что семья могла бы стать более «функциональной». Но терапевт не помог бы семье задуматься о том, как сказывается вечное отсутствие отца на здоровье членов семьи. Берталанфианский терапевт поработал бы над тем, чтобы семья взвесила экономические выгоды длинного рабочего дня отца в сравнении с последствиями его неучастия в семье и сильного стресса.

Если вы мыслите экологически, то не можете избежать этических моментов, поскольку очевидно, что некоторые ценности — независимо от того, поддерживаются ли они индивидом, семьей, сообществом или государством, — являются экологическими, в то время как другие — нет. Между частями системы должно сохраняться равновесие; всякий раз, когда одна часть стремится к несдержанному росту или влиянию, эта система и другие — выше и ниже ее — утрачивают это здоровое равновесие. До 1990-х гг. большинство семейных терапевтов старались сохранять свою позицию ценностно свободных механистов. Если влияние Берталанфи на семейных терапевтов и возросло, то только после появления нарративного движения в 1990-х гг. (см. главу 12), когда они стали обсуждать с семьями воздействие расизма, сексизма, гомофобии и бедности на их развитие или работать так, чтобы противостоять этим социальным проклятиям.

Берталанфи (1968) также оспаривал убеждение, что люди могут быть объективными наблюдателями. Он использовал термин Ницше «перспективизм», чтобы охарактеризовать свою убежденность в том, что, хотя реальность и существует, мы никогда не сможем полностью стать объективными по отношению к ней, потому что наши взгляды фильтруются через особую, имеющуюся у нас, перспективу. Как говорится, человеку с молотком все

напоминает гвоздь. Для физика стол — это совокупность электронов. Химик воспринимает тот же самый стол как органическое соединение, биолог — как сеть древесных ячеек, историк-искусствовед — как объект барокко. Для Берталанфи все эти взгляды в некоторой степени обоснованны, но каждый не завершен, и ни один не заслуживает того, чтобы считаться достовернее других.

Берталанфианский перспективизм подобен философии *социального конструктивизма*, оказавшего основное влияние на семейную терапию в 1990-х гг. Терапевты стали понимать, что то, как люди интерпретируют события, определяет то, как они взаимодействуют друг с другом, и это предположение мы принимаем на веру касательно нас самих или того, что мир — это социальные конструкции, а не объективные истины. Терапия стала упражнением в перепроверке этих культурных данностей. Следующая цитата из Берталанфи вполне могла бы принадлежать перу любого автора-конструкциониста, повлиявшего, в частности, на нарративную школу.

«Факты не парят, подобно бабочкам, в воздухе, и вы не собираете их в хорошо структурированную коллекцию. Наше познание — не зеркальное отражение конечной реальности, а довольно активный процесс, в котором мы создаем модели мира. Эти модели управляют тем, что мы в действительности видим, что мы принимаем за факт» (Цит. по Davidson, с. 214).

Берталанфи также распознал, что акт наблюдения воздействует на наблюдаемые явления. Это понимание укрепило его перспективистскую убежденность в том, что мы должны быть скромными в своих наблюдениях и теориях. Вместо того чтобы искать абсолютную истину, нам следует держать свой разум открытым для новых идей.

Берталанфианский семейный терапевт бывает осторожен, чтобы не навязать клиентам собственную перспективу, и старается понять их варианты перспектив на проблемы. В отличие от некоторых конструктивистов, принявших релятивистскую позицию, согласно которой раз мы не можем познать абсолютной реальности, то не можем иметь и определенных ценностей, поскольку ничто не лучше чего-то другого, Берталанфи полагал, что нас должны больше, а не меньше заботить наши базисные ценности и предположения, потому что некоторые перспективы экологически разрушительны. Вот почему терапевтам следует

тщательно исследовать собственные ценности и то, что подразумевается в их теориях в смысле экологического воздействия, которое они оказывают. Помимо этого, если терапевты сконструируют с клиентами новые перспективы, а не раскрывают им истины, им нужно больше, а не меньше, беспокоиться о воздействии этих перспектив. Понимая это, Берталанфи писал, обращаясь к теоретикам и философам мира: «Мы — те, кто производят очки, как последнее средство, через которые люди смотрят на мир и на самих себя — экая малость, как им может думаться... Я же смею утверждать, что мы великие творцы зрелища в истории» (цит. по Davidson, с. 69).

Итак, семейной терапии потребовалось несколько десятилетий на эволюцию до того, чтобы переключить внимание с кибернетической и структурно-функциональной версии системного мышления на берталанфианскую. Но это не так уж и поздно; Берталанфи умер в 1972 г., оставив после себя ощутимый объем трудов, которые мы предлагаем читателям изучить.

Из этого вовсе не следует, что годы эволюции семейной терапии прошли впустую. Многие из живых и поныне концепций и методов, представленных в последнем разделе этой главы, произошли из кибернетической и функционалистской эпохи. Что семейная терапия потеряла — так это сопроводительное отношение к людям, которое иногда не позволяло нам слушать клиентов с сочувствием и вниманием.

## Гуманизирующее влияние Сатир

Вот человек, который первым не удовлетворился профилем механистического семейного терапевта. Вирджиния Сатир определила свое время благодаря интересу к эмоциональной жизни семей и своей легендарной способности производить на людей впечатление, что ее искренне волнуют их проблемы и жизнь. Вряд ли это было совпадением, что она оказалась самой гуманистичной и единственной женщиной среди первых новаторов.

Как член Института психических исследований (ИПИ) Сатир испытала на себе то же функционалистское и кибернетическое влияние, из которого вышли Вацлавик и Уикленд и родилась версия стратегической терапии Хейли. Таким образом, ее теоретические взгляды включали идею, что детские симптомы могут



выполнять отвлекающую функцию в несчастливом браке и такие отношения — ключ к семейному процессу. Однако философия терапии Сатир была совсем другой. Она добавила «инь» (фемининную перспективу) к тому, что становилось слишком «янь» (маскулинным) полем, примкнув к движению за человеческий потенциал, зачинателями которого были Абрахам Маслоу и Карл Роджерс.

В отличие от существующей в ИПИ кибернетической модели восприятия человека как черного ящика Сатир видела в людях жажду самоуважения — хорошего самочувствия и близости с другими. «Ключевым фактором происходящего как внутри человека, так и между людьми является картина личной ценности, которую каждый человек все время держит у себя в голове» (Satir, 1972, с. 21). То, что она заботилась о поддержании самоуважения в человеке, позволяло ей сохранять свое внимание сфокусированным на человеческой сущности индивидов, тогда как ее современники активно игнорировали их чувства, гонясь за пониманием семей в целом.

Гуманистическая ориентация вызвала у Сатир стремление превращать семьи в инкубаторы позитивных, любящих качеств, которые, как она полагала, заложены в ядро человеческой природы. Коммуникации ее интересовали только потому, что она помогала членам семьи снимать с себя защитные маски и выражать реальные чувства, а не ломала их дисфункциональные интеракции.

В качестве иллюстрации отличия модели Сатир от других предположим, что некий отец сердито говорит своей дочери подросткового возраста: «Сегодня вечером ты никуда не пойдешь!» Кибернетики из ИПИ восприняли бы это как начальную стадию раскручивающейся петли позитивной обратной связи; Хейли мог бы расслышать в этой фразе сообщение «Я держу тебя под контролем»; Минухин воспринял бы гнев отца как реакцию на коалицию между матерью и дочерью, которая исключает его. Сатир же обнаружила бы здесь желание отца (и боязнь этого) сказать следующее: «Я хочу, чтобы сегодня вечером ты оставалась дома, потому что мне тебя недостает и я чувствую, что ты отдаляешься от меня».

Отец не сообщает открыто о своей любви, потому что боится отвержения, что ударило бы по его самолюбию. Если бы отец был честен, его дочь имела бы возможность выразить собственные амбивалентные чувства, связанные с взрослением и отчуждением от него, и они оба почувствовали бы себя лучше, если бы

поговорили друг с другом откровенно. Таким образом, Сатир полагала, что связь между самоуважением и коммуникацией является круговой. Низкое самоуважение порождает защитную коммуникацию, которая сходным образом провоцирует защитные ответы от других, что, в свою очередь, вызывает снижение самоуважения, и так далее. Но, к счастью, цикл можно запустить в обратную сторону: честная коммуникация рождает высокое самоуважение, которое способствует большей честности, и так далее (Satir, 1972, 1988).

Ключ к самооценности заключается в коммуникации по принципу «честность от всей души». Чтобы достичь этого, терапевтам нужно суметь создать такую атмосферу, которая позволяла бы членам семьи чувствовать себя достаточно безопасно, чтобы рискнуть открытостью. Терапевт должен быть способен отводить защиты людей без угрозы их самоуважению, и потому ему нужно быть моделью честности и принятия.

Таким образом, Сатир отошла от механистических аспектов модели ИПИ. Вместо контроля она сосредоточилась на опеке. Ее волновал опыт отдельных членов семьи, когда другие полагали, что такой фокус отвлекает от наблюдения за интеракционными паттернами. Ее работа заключалась в улучшении коммуникации и самоуважения, в то время как ее коллеги-мужчины продолжали сосредоточиваться на проблеме. Она создавала с клиентами отношения тесного сотрудничества, тогда как другие поддерживали свободное пространство отстраненного авторитета. Многими из этих теоретиков Сатир воспринималась как наивный мыслитель с расплывчатыми концепциями, но, может быть, она просто опередила свое время.

## Боуэн и самодифференциация

Все мыслители-основоположники, представленные до этого, — группа ИПИ, Хейли, Минухин и Сатир — имели по крайней мере некоторый контакт с Бейтсоном и его кибернетической перспективой. Несмотря на их расхождения, они все разделяли интерес к изменению актуальных интеракционных паттернов нуклеарной семейной системы, а не семей, откуда произошли муж или жена. Мюррей Боуэн, последний инициатор семейной терапии, которого мы здесь рассмотрим, разработал собственную версию системной теории помимо этого кибернетического влияния, так что его идеи полностью отличались от этих других

моделей. А повлияли на рассуждения Боуэна биологические науки. Боуэн (Bowen, 1978) так описывал причины, по которым он обратился к биологии:

«Исходя из посылки, что психиатрия могла бы в конечном счете стать общепризнанной наукой — возможно, через поколение или два, — и зная прошлые концептуальные проблемы психоанализа [который использовал метафоры из литературы и гидравлики]... я решил прибегнуть к понятиям, которые согласовывались бы только с биологией и естественными науками... Выбор пал на понятие дифференциации, потому что этот процесс имеет особое значение в биологических науках. Когда мы говорим о «самодифференциации», мы подразумеваем процесс, подобный отделению ячеек друг от друга. То же самое касается термина «слияние» (с. 354).

Боуэн был поражен эмоциональным слиянием шизофреников с их матерями. Они остро реагировали друг на друга. Позже он заметил, что в этом задействована вся семья, и ввел терминологический оборот *«недифференцированная семейная эго-масса»*, чтобы обозначить, что из-за своей эмоциональной реактивности семья в целом уподобляется единому хаотичному конгломерату. По аналогии он считал, что у всех членов семьи отсутствует *самодифференциация* — эмоции настолько затопляли их разум, что реакции этих людей были автоматическими и импульсивными. Целью боуэновской терапии стала самодифференциация ключевых членов семьи, с тем чтобы они поспособствовали дифференциации всей семьи.

Этот акцент на дифференциации, означающий власть разума над эмоцией, выдает психоаналитические корни Боуэна. Известный афоризм Фрейда «Там, где ид, должно стать эго» очень напоминает дифференциацию. Действительно, Боуэн (1978) считал эмоциональную систему «сокровенной частью филогенетического прошлого человека, которую он разделяет со всеми более низшими формами жизни», в то время как интеллектуальная система — это «функция коры головного мозга, которая появилась последней в эволюционном развитии человека, и основное отличие между человеком и более низшими формами жизни» (с. 356).

В отличие от антидетерминистской позиции, принятой другими основателями семейной терапии, Боуэн воспринимал уровень дифференциации человека как относительно устойчивую

характеристику, с большим трудом поддающуюся изменению. Он также полагал, что приблизительно 90% всех людей дифференцированы плохо. И здесь слышен отзвук Фрейда.

Теория эволюции еще раз проявляется в боуэновских предположениях о том, как люди достигают собственного уровня дифференциации. Он назвал это *процессом мультигенеративной передачи* и предположил, что большинство детей выходят из своих семей, имея приблизительно такой же уровень дифференциации, как и у родителей, и только некоторые переходят на более высокие или низкие уровни. Таким образом, передача дифференциации проходит сквозь поколения по «генетико-подобной схеме» (Bowen, 1978, с. 410).

Принимая во внимание эти убеждения, ясно, что Боуэн не интересовали попытки исправления паттернов коммуникации, как других теоретиков. Он воспринимал качество коммуникации семьи как продукт уровня дифференциации каждого ее члена. Следовательно, маловероятно, что наступит стойкое улучшение коммуникации, пока не произойдет дифференциального усовершенствования. Боуэн (1978) утверждал, что, хотя подходы для работы с целой семьей, вызывающие улучшение коммуникации, и «могут произвести драматические сдвиги в чувственной системе, и даже до состояния оживленности... я не могу использовать такой подход как долгосрочный метод для решения базовых проблем» (с. 151).

Подобно другим основателям семейной терапии, Боуэн полагал, что детские проблемы связаны с брачными отношениями их родителей. В его теории центральной является концепция треугольников. Он считал формирование треугольников естественной человеческой тенденцией в ситуации беспокойства. При любых двусторонних отношениях, особенно когда оба человека слабо дифференцированы, переживания приводят к стрессу, и привлекается третий человек. «Парные отношения «достают» и стесняют другого человека, и эмоции выплескиваются на третьего человека, или последнего можно эмоционально запрограммировать на инициализацию участия. С вовлечением третьего человека уровень тревоги снижается» (Bowen, 1978, с. 400). Из этого мы можем увидеть, что Боуэн сделал много тех же самых наблюдений о функциональности симптомов, которые стали центральными для других моделей, но, подобно психоаналитикам, он воспринимал эти паттерны как проявления глубинного базового процесса, требующего исправления, а не как прямые объекты изменения.

Он полагал, что, если люди осознают существование процесса эмоциональной триангуляции в своих нуклеарных и расширенных семьях и научатся избегать вовлечения в него, то постепенно дифференцируются. Боуэновский интерес к эволюции уровней дифференциации сделал его одним из немногих первооткрывателей семейной терапии, кто уделял достаточно внимания истории семьи. Остальные полагали, что проблемы семьи можно разрешить, сосредоточившись на актуальных взаимодействиях, так что семейные истории оставались не востребованными. Боуэн заявлял, что ключ к пониманию и улучшению семейной жизни человека — исследование мультигенеративных паттернов, в которые он включен. Клиенты, увидев, что они — только одно звено в длинной дисфункциональной семейной цепи, получали перспективу, необходимую для того, чтобы разбить эту цепь в своем поколении и начать процесс дифференциации.

## Непризнанное направление

С тех пор как прошло столько времени с начала становления семейной терапии, системные мыслители продвинулись в интересных направлениях; но поле отстало от них. Взамен семейная терапия повторно обратилась к механистической и иерархической метафорам, а позже под влиянием нарративного движения отвергла их. Мы представляем эти новейшие идеи с надеждой, что семейная терапия по-другому воспримет эволюцию системного мышления.

На другие сферы, имеющие дело с человеческими объединениями, оказали сильное влияние новейшие версии системного мышления, утратившие механистический акцент на гомеостазе ранней кибернетики. Это наиболее очевидно в мире бизнес-консультирования, где все повально увлечены системным подходом (Wheatley, 1992; Senge, 1990) и работают с корпорациями над активизацией их внутреннего участия, гуманизацией и разрушением иерархичности. Маргарет Уитли (Wheatley, 1992), видный корпоративный консультант, считает, что акцент на гомеостазе базируется на страхе:

«Но в так почитаемом нами равновесии мы скрываемся от процессов, питающих жизнь. И грустно и смешно, что мы работали с организациями как с механизмами, обращаясь с ними так, будто это неживые объекты, тогда как они всегда

были живыми, открытыми системами, способными к самовосстановлению. Мы усугубили трагедию, обращаясь друг с другом как с машинами, полагая, что единственный способ замотивировать других — это подталкивать и заставлять их действовать...» (с. 77—78).

Что позволило произвести этот переход от механистической версии системного мышления к акценту на сотрудничество и доверие? Фактически, если заглянуть в перспективу, то складывается впечатление, будто системное мышление вернулось на прежний курс после краткосрочного периода, когда над ним доминировала кибернетика (к сожалению, повлиявшая на семейную терапию сильнее всего). Новые идеи заключаются в продолжении традиции, заложенной Берталанфи и экологами.

Десятилетиями экологи изучали координированное поведение насекомых. Например, в 1911 г. Уильям Мортон Уиллер утверждал, что колония муравьев ведет себя подобно единому организму или даже суперорганизму. «Подобно клетке или человеку, она ведет себя как единое целое, сохраняя свою идентичность в пространстве и сопротивляясь распаду» (цит. по Kelly, 1994, с. 7). Эта концепция суперорганизма стала доминирующей темой в литературе по социальным насекомым, пока не вышла из моды с выдвиганием на ведущие позиции в 1950-х гг. экспериментального редукционизма. Несостоятельность редукционистского подхода, однако, позволила возродиться интересу к суперорганизмам. Мы опять вернулись к системному уроку: свойства целого (например, муравейника) нельзя объяснить, анализируя или суммируя поведение частей (отдельных муравьев). Мы должны рассматривать всю систему.

В своем бестселлере о теории хаоса Джеймс Глейк (Gleick, 1987) сообщает, что то, как координируются стаи, стада и рои, не отвечает законам биологии. Фильмы, в которых засняты птичьи стаи, разворачивающиеся, чтобы уйти от хищников, демонстрируют, что движение поворота проходит сквозь стаи подобно волне, перемещающейся от птицы к птице примерно за одну семидесятую долю секунды. Это гораздо меньше, чем время реакции птицы, поэтому здесь должна срабатывать какая-то другая сила.

Термиты тоже демонстрируют признаки некой неведомой власти. Известный социобиолог И. О. Уилсон пишет:

«Это почти непостижимо, как один член колонии осуществляет надзор за более чем незначительной долей работы, или представить во всей полноте план такого законченного продукта. Для завершения некоторых термитников требуется много рабочих жизней, и каждое новое добавление должно так или иначе прийти в соответствующую связь с предыдущими частями... Но как рабочие могут поддерживать такое эффективное сообщение за такие длительные периоды времени? Кроме того, кто проектирует термитник?» (Цит. по Sheldrake, 1995, с. 77).

Подобные вопросы можно было бы задать относительно поведения любого животного сообщества.

Было предложено два ответа на вопросы о суперорганизме. Первый включает в себя понятие *эмергентных свойств* (от англ. *emergent*— (внезапно) появляющийся, возникающий. — *Прим. ред.*). Компьютерные ученые смоделировали колонию муравьев почти тем же способом, каким они моделируют работу головного мозга. Если составить компьютерную программу, в которой множество «насекомых» наделяются простыми реакциями и им дается возможность для взаимодействия, то проявляются целостные паттерны.

Биолог Руперт Шелдрейк (Sheldrake, 1988, 1995) предлагает второй ответ, ссылаясь на существование того, что он называет «морфологические поля».

«Отдельные насекомые координируются социальными полями, которые содержат проекты конструкции колонии. Организация термитов внутри колонии, вероятно, зависит от поля колонии точно так же, как металлические опилки пространственно организуются вокруг магнита под воздействием магнитного поля. Создавать модели без принятия таких полей во внимание очень похоже на попытку объяснить поведение металлических опилок вокруг магнита тем, что они игнорируют поле, — как будто этот паттерн каким-то образом «возникает» из внутренней программы каждой отдельной металлической частицы» (Sheldrake, 1995, с. 80—81).

Позиция Шелдрейка родственна общепризнанной, тем не менее таинственной концепции морфогенетических полей из биологии развития, к которой обращаются, чтобы объяснить способность нашего тела восстанавливать поврежденную ткань.

Это происходит так, будто в поле заключен проект, который ведет систему. Шелдрейк полагает, что поля создаются через накопленное поведение представителей вида, так что, если часть этого вида усвоит что-то новое, для остальных усвоение этого навыка пройдет проще.

Как эти идеи о сетях и полях применимы к человеческим системам? Если сети людей генерируют сходные поля, организующие их отношения, то нужно меньше манипулировать индивидами, а больше заниматься тем, что создавать гармоничную атмосферу, и верить, что суммарное поле позаботится об остальном. Этот вывод сделан бизнес-консультантами, которые полагают, что могут понять атмосферу корпорации и улучшить ее, прояснив видение, которое разделяется членами компании на всех уровнях. Свободный поток информации сквозь сеть служащих становится ключевым фактором, так что поле достигает каждого уголка организации. Роль лидера меняется от поощряющей и наказующей до поддерживающей гармоничную коммуникацию в сети (Wheatley, 1992).

Если перевести эти идеи на семьи, получится, что члены семьи объединяются друг с другом невидимыми полями, организующими их отношения. Терапевты часто сообщают об опыте, когда, встретившись с семьей, они начинают думать и вести себя так, как это принято в ней, будто поддаваясь коллективному трансу. А что, если терапевт, наоборот, входит в поле семьи? Возможно, именно эти поля чувствуют терапевты, когда семьи появляются в их кабинетах. Иногда создается впечатление, будто комнатная температура внезапно опускается до нуля градусов. Терапевты также замечают изменения в атмосфере сессии, когда члены семьи снимают свои защитные маски и начинают честно выражать себя и сочувственно слушать. Означает ли это изменение поля семьи?

Работа одного терапевта, чрезвычайно популярного в Европе (продавшего больше книг, чем любой американский семейный терапевт), но почти неизвестного в Соединенных Штатах, представляет, как этот вид теории поля применяется в семейной терапии. Берт Хеллингер (Hellinger, 1998) предлагает клиенту описать семью, из которой тот произошел, а затем просит участников группы разыграть роли этих членов семьи. Хеллингер полагает, что при вхождении в эти роли они проникают в поле семьи и получают информацию о чувствах людей, которых изображают. Спрашивая у каждого разыгрывающего роль, что он чувствует: кто им приятен или неприятен, как они ощущают свою при-



надлежность, он режиссирует то, что называет *семейным созвездием*, которое позволяет клиенту не только исследовать и пере-проверить скрытые семейные соглашения, но и найти новые, здоровые.

Если говорить о более общем применении этой метафоры поля, то она поменяла бы задачу терапевта. Вместо того чтобы пытаться прямо влиять на семьи клиентов, терапевты сосредоточились бы на изменении атмосферы в кабинете так, чтобы она была безопасной и принимающей, а затем помогли бы членам семьи идентифицировать и прояснить мысли и эмоции, которые могут оказывать пагубное влияние на их поле. Такой процесс терапии не слишком отличается от современных постмодернистского и нарративного подходов, если не считать того, что в фокус внимания по большей части попадало бы коллективное поле семьи, а не повествования ее отдельных членов. Это сдвинуло бы акцент семейной терапии от отдельных людей, что было характерно для популярных моделей 1990-х гг., на понимание и работу с семьей как системой или сетью.

Мы описали, как можно применить к семейной терапии идеи, посвященные сетям, сообществам и полям, с эвристическими целями — в качестве только одного примера того, насколько ценным является современный системный подход. Системное мышление продвинулось и в других направлениях. Существуют интересные системные идеи в новой физике — понятие о диссипативных структурах Ильи Пригожина, Гайя-теория Джеймса Лавлока, теория хаоса и многие другие модели саморегулируемых систем. До сих пор остаются невостребованными жемчужины идей из экологического подхода и берталланфианской общей теории систем. Но основная мысль этой главы заключается в том, что системный подход и сегодня является плодородным источником идей для семейной терапии, несмотря на то неблагоприятное влияние, которому она подверглась не так давно.

## Устоявшиеся концепции и методы

Теперь, после предварительного рассмотрения концептуальной истории семейной терапии как фона, мы можем перейти к концепциям и методам, которые представляются наиболее устоявшимися и прикладными.

## ВЗАИМОСВЯЗАННОСТЬ

Идея, что изменение в любой части системы оказывает воздействие на все остальные части, по-видимому, не лишена здравого смысла. Тем не менее именно отсутствие понимания связи между действиями членов семьи рождает в ней проблемы. Во время терапии семьи много усилий направляется на то, чтобы помочь людям осознать эти связи.

Возьмем, к примеру, семью Эмили Уильяме, матери-одиночки афро-американского происхождения, работающей полную рабочую неделю. После того как ее десятилетний сын, Брайен, стал по малейшему поводу затевать драки со своим младшим братом и перестал ее слушаться, Эмили безуспешно попыталась исправить положение при помощи многочисленных наказаний. В конце концов она пришла к выводу, что ее сын — просто агрессивный хулиган. У нее был настолько сумасшедший темп жизни, что совсем не оставалось времени для анализа и построения полной перспективы поведения Брайена.

Поинтересовавшись, что еще произошло в семье, когда Брайен стал непослушным, их семейный терапевт дал Эмили возможность понять, что поведение мальчика может быть связано со смертью ее отца и возникшей у нее вслед за этим депрессией. Поведение Брайена отразило то, как его пугала ситуация, когда мать иногда часами сидит, уставившись в пространство. Когда он ее сердил, она по крайней мере выходила из парализованного состояния.

Мы — индивидуалистическая культура, в которой считается, что люди должны отвечать за свое поведение. Беременные девочки-подростки осуждаются за безнравственность; безработные — за лень; наркоманы — за погоню за наслаждениями. Мы редко ищем связи и часто считаемся с любым, что предлагается в качестве оправдания за безответственность. Чем более бесконтрольным представляется нам общество, тем активнее мы ищем кого-то, чтобы обвинить. Не следует удивляться тому, что члены семьи перенимают аналогичное поведение: обвиняют и воспринимают друг друга упрощенно. Мы приучены смотреть на жизнь как на ряд бессвязных событий, и в результате события активизируют наши реакции: пойманные врасплох неожиданными проблемами, мы начинаем действовать, чтобы справиться с ними, не принимая во внимание контекста этих проблем, их взаимосвязанности. Эта событийная ориентированность часто сопровождается тем, что семейные терапевты называют *линейным*

*мышлением* — поиском единственной конкретной причины для конкретной проблемы. Эмили, например, считала, что Брайен «точно такой же, как его непутевый отец».

Сущность системного мышления заключается в видении соединяющих паттернов там, где другим видны только отдельные события. Эти соединяющие паттерны зачастую неочевидны для тех, кто в них вовлечен, особенно когда эти люди осаждаемы бесконечным потоком запросов семейной жизни. Системный подход требует времени и места для осмысления и получения перспективы. Эту перспективу — вот что обеспечивает удачная семейная терапия.

## ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ИНТЕРАКЦИЙ

Но какие именно паттерны ищут семейные терапевты, помогая людям постигать эти связи? Когда терапевты стали переключать свое внимание от индивидов на семьи, первыми поведенческими данными, которые они обнаружили, оказались соблюдаемые последовательности интеракций между членами семьи. Когда Брайен выкидывал номера, Эмили сердилась и ругала его. Чем больше она его ругала, тем больше он безобразничал; чем больше он безобразничал, тем больше она его ругала. Расширив таким образом фокус внимания, терапевты стали понимать, что детское поведение, подобное поведению Брайена, не представляет собой симптомов, проявляющихся из типичных дефектов. Вместо этого поведение одного человека зачастую оказывается половиной двусторонней динамики. Чем больше один человек делает X, тем больше другой делает Y и т. д., подобно тому как двое раскачиваются на качелях. Паттерн, а не человек стал мишенью семейной терапии.

Но семьи предъявляют много различных паттернов. Какие из них наиболее значимы в создании или поддержании проблем, с которыми семьи обращаются к терапевтам? Поскольку каждая школа семейной терапии выдвигает свои предположения относительно причин возникновения проблемы, все они берут в центр внимания разные последовательности интеракций.

Единственная логическая отправная точка — последовательности, окружающие проблему семьи. С этого начинают и поведенческие и стратегические школы. Бихевиористы называли их «реципрокные паттерны подкрепления», а стратегические терапевты использовали фразу «еще больше тех же самых последова-

тельностью». В обоих случаях первичный акцент был диадическим — на интеракциях между двоими людьми. Обе школы полагали, что один член семьи зачастую реагирует на проблемы другого таким образом, что только усугубляет проблемы, и, более того, контрреакции первого продолжают эскалацию и т. д.

Стратегический терапевт заинтересовался бы тем, как реагирует семья Брайена, когда тот плохо себя ведет. Он захотел бы узнать, что делает Эмили, когда безобразничает Брайен, как она отвечает на его поведение, как он после этого реагирует на нее, что происходит потом и т. д. И стратегические и поведенческие терапевты были бы так или иначе заинтересованы в том, чтобы прервать эти последовательности, будучи убежденными, что такие прямые поведенческие изменения являются ключом к решению проблемы. Основное их отличие заключается в том, как они меняли бы последовательности.

Другие школы семейной терапии видят данные последовательности как проявления базовых скрытых проблем, которые должны стать основными мишенями терапии. Психоаналитик исследовал бы эти последовательности, чтобы рассмотреть, что они говорят о защитах каждого индивида и паттернах проецируемой идентификации. Структурный терапевт отметил бы интеракции, чтобы выработать гипотезу относительно структуры семьи — кто с кем слишком близок или отдален.

Что касается современных школ — нарративной или фокусированной на решении, — то их не интересуют последовательности, окружающие проблемы, потому что ни тот ни другой подход не тратит много времени на выяснение того, как семьи сохраняют свои проблемы. Вместо этого они оба сосредоточиваются на исключениях — ситуациях, когда семья или индивид поступают разумно, — и пользуются этим.

## ТРЕУГОЛЬНИКИ

Итак, семейная терапия сначала расширила поле своего зрения от психологии одного человека до психологии двух. Большинство рабочих концепций, характеризующих отношения, являются диадическими — преследователь/дистанцирующийся, проецируемая идентификация, «спутанность», комплементарность/симметричность. Однако, хотя обычно мы думаем об отношениях как о том, что возникает между двумя людьми, в дейст-

вительности все значимые отношения оттеняются третьими лицами.

Например, оказалось, что мать Эмили имела привычку критиковать дочь за излишнюю строгость в дисциплинарных взысканиях Брайена. Это сомнительное отношение к ее авторитету приводило в бешенство Эмили и заставляло ее набрасываться на Брайена еще отчаяннее. Если бы терапевт не стал рассматривать этот треугольник, он бы помог произвести некоторое улучшение в отношениях между Эмили и Брайеном, но поскольку бабушка продолжала бы подрывать авторитет Эмили, то маловероятно, что это улучшение сохранилось бы.

Сильнее всего акцентировался на важности треугольников в человеческих отношениях Мюррей Боуэн, хотя это явление занимает центральное место и во взглядах Хейли и Минухина. Согласно Боуэну, наименьшая устойчивая единица отношений — трио. Дело в том, что, когда двое людей неспособны решить проблемы между собой, один из них или оба автоматически стремятся к третьему человеку. Принимает ли это форму измены, вмешательства закона или просто того, кому вы регулярно жалуетесь на своего супруга, тенденция триангуляции — не только стабилизировать отношения, но и заморозить конфликт в существующем состоянии. Таким образом, хотя это и не всегда очевидно, большинство проблем, которые приводят семьи на терапию, оказываются триангулярными, а не двусторонними.

## КРУГОВАЯ ПРИЧИННОСТЬ

Проблематичные паттерны интеракций обычно повторяются по кругу, так что невозможно с точностью установить начало и конец этого процесса. Брайен хулиганит. Мать его ругает. Брайен хулиганит еще сильнее. Мать кричит на него. Бабушка ворчит на мать. Та удаляется в свою комнату. Брайен успокаивается. Мать выходит и выглядит подавленной. Брайен выкидывает очередной номер, и все возвращается на круги своя. Спросите любого из них, кто начал первым, и они не поспеют на взаимные обвинения. Кто зачинщик? Это редко имеет значение. Лучше спросить, что теперь каждый мог бы сделать по-другому? Повторяющиеся последовательности между Брайеном, матерью и бабушкой представляют то, что называется *круговой причинностью* (в противоположность линейной причинности), в том смысле, что каждое действие в круге вызвано и вызывает другое действие.

Таким образом, вместо того чтобы искать скрытые причины, семейные терапевты обычно просто стремятся прервать эти круговые паттерны интеракций.

Также следует отметить, что многие из этих циклов легко превращаются в порочные. Иногда чем больше вы пытаетесь решать проблему, тем хуже вы делаете, что заставляет вас предпринимать то же самое в еще большем количестве, в результате еще более усугубляя положение и т. д. Чем больше Эмили ругала Брайена, тем больше он не слушался, вынуждая ее кричать и даже шлепать его, что провоцировало его на еще большую агрессивность и антагонистичность и т. д. Ориентированные на событие линейные типы предпринятых решений, как правило, образуют порочный круг (петля позитивной обратной связи), потому что игнорируют взаимосвязанность людских действий.

Переход от диадической к триангулярной позиции и от линейной к круговой причинности стали выдающимися достижениями ранней семейной терапии. Эти концептуальные сдвиги отделили семейную терапию от бихевиоризма (который рассматривал паттерны диадического подкрепления) и психоанализа (где существовал монадический акцент). Таким образом, исследование круговых и треугольных паттернов интеракции вокруг проблем — сущностный аспект того, что делает семейную терапию систематическим и творческим предприятием.

## НЕПРЯМЫЕ КОММУНИКАЦИИ

Эскалация порочного круга не менее редко связана с фактом, что члены семьи не получают обратную связь, которая им нужна, чтобы оценить последствия своих действий. Обратная связь откладывается или искажается, потому что семья не может отделаться от *непрямых коммуникаций*. Когда кто-то сердится на вас, трудно сказать этому человеку о чувстве уязвленности, которое скрывается за вашей защитой. Перед лицом гнева Эмили Брайен не собирался показывать свою обеспокоенность ее печалью или то, как он сам грустит из-за утраты бабушки. Поэтому, вместо того чтобы скорбеть, он бесновался.

Тот выход из ситуации, который предприняла Эмили, имел смысл исходя из той обратной связи, которую она получила. Она не знала, что ее ругань с Брайеном в его представлении позволяла им обоим избежать отчаяния. В других ситуациях обратная связь откладывается настолько, что становится почти невозмож-

но связать ее с исходным действием. Этот случай не редкость, когда имеются проблемы с окружением, и мы десятилетиями не пожинаем того, что посеяли, и даже после не распознаем связи со своими исходными действиями. Так что мы продолжаем в том же духе, не обращая внимания на последствия. Сходным образом ведет себя отец, когда, ударив сына, на время останавливает плохое поведение мальчика, тем самым подкрепив свое предположение, что физическое наказание срабатывает, а потом скорее всего не связывает драку сына со сверстником на следующей неделе с исходным наказанием. В терапии семьи очень важно создавать атмосферу, в которой члены семьи без всякого страха могут сказать о том, что в действительности происходит между ними, — т. е. коммуницируют напрямую, что обеспечивает необходимую корректирующую обратную связь, которая превращает порочный круг в благотворный процесс.

## СЕМЕЙНАЯ СТРУКТУРА

Другие модели семейной терапии, особенно структурная школа Сальвадора Минухина (см. главу 8), отслеживают последовательности семейных интеракций не только потому, что они подкрепляют проблемы, но и потому, что это — проявления *структуры* семьи. Структура определяется правилами, которые управляют комплексами отношений. При предварительном оценивании семьи, например, терапевты, как правило, интересуются тем, насколько близки или отчуждены те или иные отношения, а также правилами (часто скрытыми), которые задают манеру отношений. Формулируя иначе, семейные терапевты оценивают *границы* семьи, подобные невидимым мембранам, окружающим каждый комплекс отношений (или *подсистему*) внутри семьи. Подобно тому, как в биологическом организме проходимость стенок ячеек меняется, позволяя входить или выходить тем или иным элементам, границы вокруг различных семейных отношений предусматривают больше или меньше интеракций с другими членами семьи и с внешним миром.

Здоровые границы не являются ни слишком открытыми, ни слишком закрытыми. Они достаточно открыты для необходимых подсистеме ресурсов, но достаточно закрыты, чтобы сохранять целостность. Когда границы слишком слабы, семейные отношения *спутываются*, так что для каждого человека проблематично дифференцировать собственные чувства и мысли от чувств и

мыслей других. Когда границы слишком жестки, отношения становятся *выпутанными*. Например, граница между Эмили и Брайеном была непроницаемой для обменов участием, и оба не позволяли себе обсуждать суть положения распутанности. И наоборот, граница между Эмили и ее младшим сыном, восьмилетним Натаном, была размытой — она часто говорила с ним и с трудом разрешала выходить из дома, чтобы поиграть с друзьями, потому что испытывала постоянную потребность в его компании.

Бабушка обычно принимала сторону Брайена, объединяясь с ним против Эмили, так что граница *вокруг* Эмили и Брайена была слишком хрупкой — не было правил, предотвращающих частые вторжения бабушки. Это иллюстрирует другой важный аспект семейной структуры — существование *альянсов* и *коалиций*, особенно перекрестных между поколениями. Коалиция между Брайеном и бабушкой обижала Эмили, заставляла ее чувствовать себя отверженной и подпитывала порочный цикл ее интеракций с Брайеном. Семейная *иерархия* (способ, которым организуется руководство) — другой ключевой аспект структуры — была дисфункциональной. Авторитет Эмили подрывался союзом между этими двоими. Кроме того, озабоченность и скрытая опека Брайена над матерью — то, из-за чего он отвлекал ее от депрессии, — способствовала *неконгруэнтной иерархии*, в которой он заботился о своем родителе, а не наоборот.

Следовательно, другой крупный вклад семейной терапии в понимание человеческого характера заключается в понятии, что крайности поведения часто поддерживаются неадресованными структурными проблемами. Дисфункциональные границы, альянсы и коалиции и проблематичные иерархии — сильные детерминанты наших поступков и эмоций, хотя зачастую мы и не осознаем их влияния. Вместо этого мы обычно чувствуем себя вынужденными действовать так, что не обращаем внимания на невидимые силы, которые дергают нас за ниточки.

Это справедливо не только в отношении семей. Например, на работе вы можете оказаться в такой ситуации, когда охотно поддерживаете разговор со своим начальником, который за глаза принижает вашего коллегу, несмотря на то что вы обычно стараетесь не обсуждать кого-то в его отсутствие. И только когда ваш товарищ по работе выражает свое удивление вашим сговором с начальником, вы понимаете, чем занимались.

Вы были частью нездорового треугольника, в котором между вами и вашим начальником всплыли некие темы и никто из вас не захотел обсудить их прямо; и было кое-что, связанное с ва-



шим коллегой, что отягчало вас обоих, но начальник не желал иметь с этим дело напрямую. В результате вы со своим начальником вошли в тайный альянс, сродни межпоколенной коалиции, в котором вы оба могли избежать напряжений в своих отношениях, сойдясь во мнениях, что тот парень — тупица. Кроме того, вы так беспокоились за свое положение, что были рады узнать, что тот коллега выглядит хуже вас, и способствовать этому восприятию.

Переживания, подобные этим, сильно сказываются на нашем понимании власти нездоровых структур, вызывая крайности поведения, и насколько же тяжело изменять эти структуры изнутри, даже если их осознаешь! Все мы периодически оказываемся вовлеченными в структурную рутину, выбраться из которой нам крайне нелегко. К счастью, многие из нас могут высвободиться, стоит нам только решиться рискнуть. И к несчастью, семьи, особенно те из них, которые достаточно обеспокоены, чтобы обратиться к терапии, обычно с большим трудом приходят к пониманию структуры, с которой они живут. Кроме того, у них может быть чувство, что слишком многое поставлено на карту, чтобы рисковать структурными изменениями. Таким образом, терапевтам нужно не только понимать структурные основы семейных проблем, но и проявить чуткость к тревоге членов семьи относительно изменения их привычных соглашений.

Семейная терапия обнаружила не только факт, что нездоровые структуры создают проблемы, но и то, что их оздоровление может исцелить даже прямо не адресованные проблемы. Если бы вы с вашим начальником смогли непосредственно заняться своими проблемами, то вам не потребовался бы козел отпущения в виде вашего коллеги, чье раздражающее поведение только усугубилось в течение этого периода. Возможно, даже его эффективность повысилась бы, если бы он перестал быть мишенью вашего альянса.

Терапевты, заинтересованные в изменении структуры семьи, отслеживают последовательности интеракций, представляющие собой проявления этой структуры, а не одни только события, непосредственно происходящие вокруг существующей проблемы. Например, в дополнение к исследованию отношений между Эмили и Брайеном они поинтересовались бы другими взаимоотношениями в семье (между Эмили и ее матерью, Эмили и младшим братом Брайена, Натаном, бабушкой и Натаном, Брайеном и Натаном). Задавая вопросы, терапевт постепенно получил бы изображение внутренней политики семьи. Поняв организационные

проблемы семьи, структурный терапевт взялся бы за реорганизацию соглашений, адаптируя границы, укрепляя иерархии и разбивая коалиции.

Например, терапевт мог бы попросить Эмили и ее мать поговорить о проблемах в их отношениях, запретив вмешиваться обоим мальчикам. Хотя этот прием может не казаться непосредственно связанным с проблемой поведения Брайена, он улучшает функционирование семейных лидеров (исполнительная подсистема), так что они начинают работать сообща, а не против друг друга, и основной структурный дефект может быть исправлен.

Поощряя Эмили и ее мать разговаривать друг с другом, а не с ним, терапевт вызывал *разыгрывание*. Запретив мальчикам вмешиваться в это разыгрывание, терапевт прибег к технике, называемой *установление границ*. Тот же самый набор методов можно было бы использовать и при разговоре Эмили с Брайеном (разыгрывание), удерживая бабушку от вмешательств (установление границ). Простого действия по укреплению границ вокруг подсистемы, в то время как члены подсистемы занимаются друг другом, часто бывает достаточно, чтобы запустить обширный оздоровительный процесс.

## ФУНКЦИЯ СИМПТОМА

К сожалению, структурные проблемы в семьях проще создать, чем разрешить. Семьи сталкиваются с огромным напряжением, которое возникает из-за кризисно ориентированных реакций и порочных кругов, подкрепляющих проблемы поведения. Через какое-то время эти паттерны замораживаются в ригидных структурах взаимоотношений.

Некоторые структурные проблемы угрожают благосостоянию семьи больше, чем другие. Например, горевание Эмили и ее стычки с матерью, когда она периодически заявляла, что хочет умереть, пугали каждого в семье сильнее, чем потасовки между Брайеном и Натаном. Чтобы избежать и отвлечься от серьезных структурных проблем, семьи нередко подчеркивают менее серьезные. Если Эмили была парализована горем, Брайен провоцировал ее. Когда Эмили начинала спорить с бабушкой, Брайен задирает Натана. Из этого вовсе не следует, что поведение Брайена или сосредоточенность Эмили на нем представляют собой сознательные попытки защитить семью. Скорее всего они автома-

тически реагировали на угрозу, исходящую из напряжения, которое окружало определенные интеракциональные последовательности. Таким образом, симптоматичное поведение иногда можно считать адаптивной реакцией, когда семья не в силах опознать или разрешить угрожающие структурные проблемы.

### ОБХОДЯ СОПРОТИВЛЕНИЕ

Поскольку семьи зачастую боятся того, что может произойти, если их конфликты станут открытыми, они могут сопротивляться сосредоточению на своих наиболее чувствительных проблемах. Ранние семейные терапевты неверно понимали это сопротивление как упорство или противодействие изменению (гомеостаз). Однако не так давно терапевты признали, что все человеческие системы отказываются меняться, если чувствуют опасность. Семьи *должны* сопротивляться изменению, даже тому, которое постороннему кажется благотворным, пока им не становится ясно, что последствия этих изменений безопасны и терапевт заслуживает доверия. Таким образом, можно считать, что сопротивление разумно, а не безрассудно. Терапевты, признающие защитную функцию сопротивления, понимают, что лучше сделать так, чтобы семьи чувствовали достаточную безопасность, чтобы ослабить свои барьеры, чем разрушать их хитростью или лобовой атакой. Они стремятся создавать теплую, лишенную обвинений терапевтическую среду, которая порождает надежду, что исправление даже наиболее угрожающей проблемы возможно.

Эмили избегала конфликтовать с матерью, потому что полагала, что это не приведет ни к чему хорошему. Она боялась, что, если послушается, то мать станет еще более критичной и это будет угнетать ее еще сильнее. Эти опасения не были нереалистичными. Раньше, если Эмили высказывалась о матери критически, происходило именно это. Защиты других людей выглядят неблагоприятными только потому, что нам неизвестно, что хранят их воспоминания.

Чтобы убедить Эмили снова попытаться позволить матери унать о ее чувствах, терапевту потребовалось бы сформировать у нее доверие к тому, что, работая с ним, она улучшит отношения с матерью. Чтобы заслужить это доверие, терапевт должен уважать темп Эмили и признавать ее опасения, а не бороться или

манипулировать ее сопротивлением. Терапевты сталкиваются с гораздо меньшим сопротивлением, если подходят к семьям как к партнерам, стараясь помочь им выяснить, что удерживает их от поддержания тех отношений, к которым они стремятся, а не как эксперты, дающие совет и указывающие на их ошибки.

## **НЕПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ЛЮДЕЙ**

Когда вы думаете о процессе семейной терапии, у вас может возникнуть вопрос, как, оставаясь милым, вежливым терапевтом, не допустить того, чтобы рассерженные члены семьи кричали друг на друга или сохраняли гробовую тишину, сверля друг друга свирепыми взглядами. Создание безопасной атмосферы означает больше, чем только оказание поддержки. Терапевт еще должен уметь показывать, что способен уберечь членов семьи от взаимных оскорблений или обид, так что они могут снять свою защитную броню, не опасаясь никаких нападков. В первые годы семейной терапии считалось, что подталкивание членов семьи к эмоциональному кризису необходимо, чтобы разморозить их гомеостатические паттерны. Однако спустя какое-то время терапевты выяснили, что, хотя конфликт и существует и не должен пугать — как говорится, нельзя приготовить омлет, не разбив яиц, — изменения все же возможны, если члены семьи взаимодействуют, уважая и сочувствуя друг другу. Именно в эти моменты они чувствуют себя достаточно безопасно, чтобы стать искренними друг с другом.

Одно из отличительных качеств семейной терапии — ее оптимистический взгляд на людей. Ряд моделей семейной терапии придерживается положения, что за оборонительными сооружениями, которые люди возводят из гнева или тревоги, находится здоровое ядро личности, которая может быть разумной, вежливой, терпеливой и желающей измениться. Если члены семьи взаимодействуют в таком состоянии, они зачастую обнаруживают, что способны прямо решать свои проблемы. Именно защитные эмоции и заводят их в тупик.

Но как все же помочь клиентам высвободить ресурсы их личности, скованной страхом и недоверием? Как привить им терпимость в ситуациях, когда они готовы поубивать друг друга? Некоторые терапевты устанавливают правила коммуникации.

Они просят, чтобы члены семьи использовали «Я-утверждения», когда каждый начинает предложение с «Я чувствую/думаю/хочу», вместо того чтобы кого-то обвинять. Высказывание «Ты никогда для меня ничего не делаешь!» отличается от «Я нуждаюсь в чуть большей помощи». Членов семьи также просят повторять, что они слышали от других, с целью подтвердить, что посланное сообщение получено.

Другой подход к поощрению терпимости заключается в следующем: когда коммуникация становится реактивной, действия просто останавливают и просят, чтобы каждый член семьи отделился от критических чувств и убеждений, чтобы вернуться к более спокойному состоянию. Если терапевт тверд и последователен, то у людей часто проявляется замечательная способность отбрасывать эти мешающие части с себя и переходить в более продуктивную и сочувствующую позицию, особенно когда они видят, что другие члены семьи делают то же самое. Так происходит взаимное разоружение.

Независимо от техники терапевта ключ к генерации продуктивных интеракций, даже когда сессии проходят в весьма язвительных интонациях, заключается в убеждении, что подобный конструктивный потенциал существует в каждом. Это убеждение позволяет терапевтам принимать на себя роль сотрудников, потому что они верят, что у клиентов есть необходимые ресурсы. Без этого доверия терапевты оказываются в роли экспертов, возмещающих отсутствующие ингредиенты — советы, понимание, родительство, образование или лечение. Это не означает, что семейные терапевты, которые придерживаются этого уважительного взгляда на людей, никогда не предлагают указанных компонентов, они — просто не согласны с тем, что им всегда виднее.

## ИСХОДНАЯ СЕМЬЯ

Другие семейные терапевты, особенно последователи Мюррея Боуэна (см. главу 5), активно запрещают членам семьи разговаривать непосредственно друг с другом, по крайней мере, пока они не достигнут большей самодифференциации (т. е. большего отделения разума от эмоций). Терапевт по очереди разговаривает с членами семьи и смягчает эмоциональность, выясняя их мысли, а не чувства. Людей просят отражать чувства, а не реагировать на них. После того как клиенты исследуют свои реакции друг на

друга, терапевт переводит их на обсуждение нерешенных проблем в их исходных (или родительских) семьях. В то время как многие семейные терапевты сосредоточиваются на проблемах в актуальной семье, расширенные семейные терапевты воспринимают актуальные реакции как остаточные явления убеждений и реакций, приобретенных по мере взросления в исходных семьях.

Другими словами, если вам казалось, что родители вас отвергали, выотреагируете болезненно, если ваш возлюбленный(ая) выкажет хотя какой-то признак того, что не признает вас. Если вы были жертвой треугольных отношений, защищая свою мать от отца, то, вероятно, воссоздадите элементы этих отношений в собственной семье. Исходные семейные терапевты замечают признаки подобного типа реакций переноса, когда наблюдают за членами семьи во взаимодействии. Некоторые терапевты затем стараются помочь клиентам выяснить, откуда происходят их острые реакции. Другие, подобно боуэнианцам, обучают клиентов оставаться самодифференцированными при посещении своих исходных семей, что, как они полагают, транслируется в еще большую дифференциацию в их актуальных семьях.

Когда родители в присутствии других членов семьи описывают опыт, через который прошли в детстве, остальные, как правило, лучше понимают родительские реакции и поэтому проявляют к ним сочувствие, а не нападают на них. После того как мать Эмили рассказала, какой разнос ей приходилось получать от собственной матери, Эмили по-другому посмотрела на то, почему ее мать так защищает Брайена, когда она его ругает. Более того, бабушка, продолжив исследовать свое прошлое, легко распознала, что ее покровительство было не слишком рациональным, а являлось частью паттерна, поддерживаемого несколькими поколениями, в которых матери нападали на своих детей и защищали внуков.

Таким образом, эмоциональные путешествия в прошлое членов семьи, часто с использованием *гемограмм* (схематический рисунок семейного дерева; см. главу 5), в которых вычерчиваются семейные отношения многих поколений, позволяют людям распознавать долгосрочные паттерны, в которые они вовлечены. Часто результатом бывает уменьшение вины и взаимных обвинений в семье и большая решимость работать вместе над тем, чтобы это поколение разбило существующий паттерн.

## ЖИЗНЕННЫЙ ЦИКЛ СЕМЬИ

Одно из самых полезных понятий, когда во внимание принимается влияние расширенной семьи, — это жизненный цикл семьи. Эта концепция ближе всего в семейной терапии к теории развития, а заимствована она из социологии в качестве объяснительного фона к структурным и стратегическим подходам.

Социологи Эвелин Дювал и Рубин Хилл начали применять теорию развития к семьям в 1940-х гг., поделив развитие семьи на дискретные стадии с различными задачами, требующими выполнения на каждом этапе (Duvall, 1957; Hill & Rodgers, 1964). Предложенные Дювал восемь стадий семейного развития берутся за основу (см. таблицу 4.1), хотя позже теоретики предлагали другие схемы, добавляя или убирая те или иные стадии (Solomon, 1973; Barnhill & Longo, 1978).

*Таблица 4.1.* Стадии жизненного цикла семьи Эвелин Дювал

| Стадия  | Задачи, связанные с развитием  |
|---|--|
| 1. Женатые пары без детей.  | Создание взаимно удовлетворяющего брака. Приспособление к беременности и предстоящему родительству. Приспособление к сети родственников. |
| 2. Беременность и рождение ребенка в семье (старший ребенок 0—30 месяцев).          | Появление, приспособление и поддержание развития новорожденных. Создание удовлетворяющей семьи для обоих родителей и младенцев.          |
| 3. Семьи с детьми-дошкольниками (старший ребенок 2,5—6 лет).                        | Адаптация к основным потребностям и интересам дошкольников в имитации и росте. Совладание с истощением сил и отсутствием личной жизни.   |
| 4. Семьи с детьми (старший ребенок 6—13 лет).                                       | Приспособление к сообществу семей школьного возраста. Поддержание учебных достижений детей.  |
| 5. Семьи с подростками (старший ребенок 13—20 лет).                                 | Сбалансирование свободы с ответственностью. Создание постродительских интересов и карьера.   |
| 6. Семьи, отпускающие повзрослевших детей (первый ребенок собирается покинуть дом). | Отпускание повзрослевших детей с соблюдением соответствующих ритуалов и содействием. Сохранение поддерживающей основы семьи.             |

| Стадия  | Задачи, связанные с развитием  |
|---|--|
| 7. Родители среднего возраста (опустевший родительский дом, уединение). | Восстановление брачных отношений. Поддержание родственных связей со старшими и младшими поколениями.   |
| 8. Состарившиеся члены семьи (уединение — смерть обоих супругов).       | Совладение с утратой близкого человека и жизнь в одиночестве. Закрытие отчего дома или его адаптация к старению. Приспособление к уединению. |

Подобно многим другим идеям, понятие жизненного цикла семьи первым ввел в семейную терапию Джей Хейли (1973). Хейли считал симптомы результатом семейного застревания при переходе между стадиями жизненного цикла из-за неспособности или боязни сделать переход. Позже Хейли сосредоточился на одной конкретной точке застревания в своей книге «Покидая дом» (1980), в которой были предложены стратегии работы с семьями с проблемами отпускания своих повзрослевших детей.

Наработки Минухина (1974; Minuchin & Fishman, 1981) тоже испытали на себе воздействие концепции жизненного цикла. Согласно структурной модели, у семьи возникают проблемы, когда она сталкивается с испытаниями, происходящими из окружения или в связи с этапом развития, и неспособна исправить свою структуру, чтобы приспособиться к измененным обстоятельствам. Таким образом, проблемы принято считать сигналом того, что не «дисфункциональная семья», а просто семья не сумела приспособить свою организацию к одному из поворотных моментов жизни.

Группа ИПИ (Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1974) также использовала понятие жизненного цикла в своей теории формирования проблемы. Переходные периоды жизненного цикла преподносят семье предсказуемые трудности, которые становятся проблемами из-за неудачных решений, предпринятых семьей. Они использовали это понимание жизненного цикла как способ переформулировки патологичной проблемы семьи в нормальную.

Это использование исторического материала по жизненному циклу как средство переформулировки актуальных семейных проблем усовершенствовали Мара Сельвини Палаццолли и ее миланская группа, которая исследовала некоторые подробности истории семьи в поисках информации, чтобы сформировать «по-



зитивную коннотацию» поведения каждого ее члена. Кроме того, миланская группа первой использовала *семейные ритуалы* для облегчения переходов между стадиями жизненного цикла. Использование ритуала в семейной терапии позже было усовершенствовано и стало активно привлекать внимание многих семейных терапевтов (Imber-Black, Roberts, & Whiting, 1989).

По причинам, рассмотренным ранее, Боуэна меньше интересовал жизненный цикл нуклеарной семьи, нежели долгосрочное развитие расширенной семьи. Другие психодинамически ориентированные семейные терапевты, однако, предложили модели жизненного цикла семьи, в которых чувствуется влияние моделей индивидуального развития. Согласно этим теоретикам, развитие семьи может оказаться фиксированным или застрявшим на более ранних стадиях, как это бывает у людей (Wachtel & Wachtel, 1986; Skynner, 1981; Paul, 1969; Barnhill & Longo, 1978). Таким образом, цель — помочь семьям распознать и проработать эти застревания развития, например, оплакав невосполнимую утрату.

Бетти Картер и Моника Мак-Голдрик (Carter & McGoldrick, 1980) усовершенствовали эту схему, добавив мультигенеративный подход и приняв во внимание стадии развода и повторного брака. Тем самым они расширили жизненный цикл за пределы нормативных стадий развития нуклеарной семьи, чтобы включить непредсказуемые, но распространенные события и рассмотреть более длинный временной период. Их книга «Жизненный цикл семьи», в которой каждая глава посвящена различным стадиям, популяризовала концепцию жизненного цикла семьи, напомнив терапевтам о важности истории. Ее третье издание (Carter & McGoldrick, 1999) включило последние достижения в этой области. Другие семейные терапевты внесли системные идеи в концепцию жизненного цикла семьи, чтобы переходные этапы между стадиями были не такими разрозненными и можно было характеризовать всю семью в целом. Ли Комбринк-Грехем (Combrinck-Graham, 1983, 1985, 1988) рассматривал три поколения семьи как чередование между центробежными и центростремительными состояниями, когда события в их жизненном цикле поочередно требуют то большей взаимозависимости членов семьи, то их индивидуализации. Теория колебания Дугласа Брейнлина (Breunlin, 1983, 1988; Breunlin, Schwartz, & Mac Kune-Karrer, 1992) предлагает своеобразное понимание переходов между семейными и личностными стадиями жизненного цикла. Брейнлин показывает, что такие переходы представляют собой беспре-

рывные изменения, которые происходят по принципу плавных колебаний между стадиями или уровнями функционирования.

Новейшие модели, как, например, фокусированная на решении и нарративная, редко обращаются при работе с семьями к идее жизненного цикла, потому что не интересуются историческим прошлым семейных дилемм. Хотя нарративные терапевты и задают вопросы о семейной или личной истории, их цель состоит не в том, чтобы выявить проблемные моменты прошлого, а скорее чтобы найти эпизоды, в которых клиенты выходят за рамки своих проблем.

## ФОКУСИРОВАНИЕ НА ДОСТОИНСТВАХ

Как описывалось выше, одно из качеств, отличающих семейную терапию от индивидуальной, — это оптимистический взгляд на людей. Предполагается, что, хотя у людей и есть базовые способности, их врожденные ресурсы блокируются или затмеваются непродуктивными семейными интеракциями. Семейные терапевты определяют и помогают исправить паттерны, и способности каждого члена семьи реализуются. Терапевты отслеживают проблемы и не спускают глаз с достоинств членов семьи.

В начале 1990-х гг. некоторые терапевты стали считать, что вредно ставить акцент на семье как на центре подкрепления проблем. Они решили переключить свое внимание от последовательностей вокруг проблем на те из них, которые касались решений. Стив Шазер и Инзу Берг (см. главу 11) стали инициаторами движения по наблюдению за фокусированными на решении последовательностями. В этом случае у семьи спрашивают, например, что бы с ней было, если бы проблема *не* произошла, и просят ее членов больше заниматься тем, что они делают в отсутствие проблемы. Другими словами, эти терапевты выдвигают на передний план и опираются на *исключения* проблемы, что почти всегда присутствует в семейной жизни, но зачастую затеняются озабоченностью семьи проблемами и дистрессом из-за них.

Таким образом, вместо того чтобы выслушивать жалобы Эмили на то, как часто Брайен ведет себя плохо, фокусированный на решении терапевт исследовал бы, что она и Брайен делают по-другому, когда он мил и послушен. Эмили сообщила бы, что Брайен может быть очаровательным, если получает все материнское внимание (например, когда Натан находится с бабуш-

кой), а она пребывает в хорошем настроении. К сожалению, такие обстоятельства — редкость, потому что настроение Эмили слишком нестабильно. Она либо переживает из-за смерти своего отца, либо сердится на Брайена. Ей казалось, что Брайен должен вести себя лучше во время этого траура, чтобы выручить ее, и было страшно обидно, что он, казалось, делает только наоборот. Фокусированный на решении терапевт мог бы попросить Эмили проводить с сыном больше времени наедине, когда им хорошо вместе.

### СЕМЕЙНЫЕ НАРРАТИВЫ

Если бы в начале терапии Эмили по вашей просьбе поведала вам о своей жизни, вы услышали бы историю беспомощности. Она чувствует себя жертвой Брайена, матери и своего экономически затруднительного положения. А еще она захвачена печалью и негодованием, вызванными утратой отца. Эта история беспомощности и негодования накладывает отпечаток на все ее переживания и интеракции. Ей трудно получать удовольствие от отношений с Брайеном, поскольку она смотрит на него сквозь призму этой истории.

За прошедшее десятилетие семейные терапевты пришли к пониманию, что в основе многих проблематичных последовательностей и структур в семьях лежит комплекс интерпретаций или ожиданий — выведенных из повествований о семье, которые регулируют ее функционированием. Начав интересоваться жизнеописаниями клиентов, эти терапевты обнаружили, что они оказывают весомое влияние на то, какие события прошлого вспоминают люди и как они интерпретируют существующие события. Повествования функционируют как фильтры, отсеивающие переживания, которые не удовлетворяют сюжетной линии или, если события не подлежат отсеvu; искажают их до удобоваримого вида. Семьи с проблемами приходят на терапию с пессимистическими повествованиями, которые часто мешают им действовать эффективно. Нарративные терапевты помогают людям идентифицировать эти тягостные повествования и помогают им разработать более продуктивные жизнеописания.

Многие из тех, кто принял нарративную метафору, утверждают, что она не является дополнением системного подхода, а представляет собой новую парадигму. Вследствие этого они отвергают большинство концепций и методов, представленных выше в этой главе. Они не интересуются семейными динамика-

ми, которые могли бы подкреплять проблемы, их не занимают возможные системные функции проблемы. Вместо этого они предлагают новый набор техник, чтобы помочь членам семьи воссоздать их самопонимание и то, насколько они бессильны в отношении проблемы, независимо от каких бы то ни было семейных динамик. Таким образом, это движение является постструктурным (или даже, если быть точнее, антиструктурным) в рамках семейной терапии, что соответствует постструктурной революции в других полях.

Семейные терапевты традиционно смешивали поиск источника проблем внутри семьи с фокусом на достоинствах каждого ее члена. Более новые подходы — фокусированный на решении и нарративный — представляют собой основные отступления от традиции, потому что семья для них — больше не источник проблем. Маятник качнулся от первых дней поля, когда семья воспринималась как преступник, к настоящему, где она считается безупречной. В то время как совсем скоро выяснится, где в конечном счете остановится маятник в отношении вопроса причастности семьи, уже сейчас ясно, что фокус на достоинствах — золотая середина.

## ВЛИЯНИЕ КУЛЬТУРЫ

Вы можете задаться вопросом, почему не обсуждался факт, что Эмили — неимущая афроамериканка, борющаяся за выживание в американском обществе, и что она и ее семья сталкиваются с целым сонмом пугающих культурных установок и действий. (Некоторые читатели могли забыть, что Эмили — черная, совсем как некоторые терапевты не придают значения такому ключевому аспекту своей работы, как раса клиента.) Поскольку мы представляем концепции и методы семейной терапии, придерживаясь некой хронологической схемы, логично, что к рассмотрению культурных влияний мы обратились в конце главы, потому что многие годы поле закрывало глаза на воздействие общей культуры, в которую входят семьи.

Хотя многие семейные терапевты исследовали и работали с неимущими семьями меньшинств, их слепота была связана убеждением, что терапевты не должны навязывать клиентам свои ценности и поэтому им нельзя поднимать темы, которые семьи не представляют как проблемы. Кроме того, они были так увлечены силой семейной терапии, что слишком высоко оценивали

ее способность преодолевать препятствия. Однако в какой-то момент для многих терапевтов стало ясно, что невскрытые вопросы культуры сами становятся навязанными ценностями — если оставаться «нейтральным», то это предполагает неявное присоединение к господствующей системе убеждений.

Феминистская критика поля в 1980-х гг. шире открыла дверь социальной тематике, и с тех пор поле продолжает расширять свое видение, выводя его за пределы отдельных семей. Терапевты признали, что многие отравляющие жизнеописания, затрудняющие жизнь семьи, часто представляют собой крайние версии распространенных в нашем обществе сюжетов. Поэтому стало исследоваться то, как сказываются на семьях наши культурные установки по отношению к женщинам, представителям других рас и национальностей, людям, не похожим на других (например, с избыточным весом, иностранцам, физически или умственно неполноценным, гомосексуалистам или лесбиянкам) и неимущим. Кроме того, теперь терапия способствует тому, чтобы семьи исследовали, как воздействуют на их совместное времяпровождение и жизненные выборы существующие в нашем обществе меркантильные устремления. Как однажды в семейной терапии стало неприемлемым рассматривать индивида вне контекста его семьи, больше неэффективно рассматривать семью в изоляции от таких факторов, как бедность, преступность, патриархат, расизм, гомофобия, классицизм, чрезмерная занятость на работе и меркантилизм.

Отравляющие культурные сюжеты неизбежно проникают в повествования членов семьи о себе и отражаются в том, как они взаимодействуют друг с другом. Эти культурные сюжеты по-разному воздействуют на семьи — в зависимости от того, на какой ступени в социальной иерархии они находятся, и на отдельных членов семьи — в зависимости от того, какое место они занимают в семейной иерархии, — но эффект всегда коварен. Помогая членам семьи исследовать воздействие систем культурных убеждений на их жизнь, терапевты обеспечивают перспективу, опираясь на которую семьи могут сознательно решать, насколько они готовы уверовать в положения, которые раньше считали само собой разумеющимся. Эффект таких обсуждений заключается в том, что семьи выбирают из омута обид и взаимных обвинений в связи с проблемами, которые проистекают из неосознания социальных сил, направленных против них. Люди перестают видеть в себе и других жертву или обвиняемого, а становятся вы-

жившими или героями, храбро противостоящими многочисленным ограничениям.

Эмили приветствовала возможность перепроверить массу сюжетов, которые она усвоила от представителей американского большинства — среднего класса — о черных, женщинах (особенно крупных женщинах) и матерях-одиночках. Она также осознала убеждения о жестокости молодых черных мужчин, наложившие отпечаток на то, как она воспринимала агрессивность Брайена, которые происходили не только из средств массовой информации, но и из круга ее знакомых афроамериканок. Она по-другому увидела корни своего сильного рвения к финансовому успеху, которое заставляло ее работать полную рабочую неделю и продолжать учиться, одновременно воспитывая двух сыновей. Она поняла, что побудительный мотив этого не столько в американском меркантилизме, сколько в сильном страхе бедности и расовых стереотипов, которые сопровождают его. Приняв во внимание эти сюжеты, вместо того чтобы бессознательно проживать их, Эмили стала лучше решать, во что верить и как себя вести.

## ОДНОСТОРОННЕЕ ЗЕРКАЛО И ВИДЕОЗАПИСЬ

**Ни** одно описание влиятельных методов не было бы полным без упоминания техники *одностороннего зеркала* и *видеозаписи*. Впервые использованное Минухиным и его коллегами в Нью-Йорке, чтобы наблюдать и комментировать работу друг друга с семьями, одностороннее зеркало открыло окно в мир семейного процесса, чего прежде никогда не бывало. Односторонние зеркала и видеозаписи позволили наблюдать семьи в действии — возможность, которая отчасти объясняет скорые концептуальные и технические достижения семейной терапии.

Кроме того, эти технологии позволяют студентам наблюдать за техникой работы мастеров терапии, а супервизорам давать прямую и непосредственную обратную связь студентам, занимающимся с семьями. Живая и видеосупервизия стали стандартными обучающими практиками в учебных заведениях по всей стране. Вместо того чтобы ждать окончания сессии, чтобы сказать терапевтам, что они делали неправильно, наблюдающий супервизор может, не откладывая, предложить совет или попросить терапевта выйти посоветоваться. Можно, наоборот, оставаться незамеченным наблюдателем, что воспитывает у терапевтов по-

зицию отстраненного эксперта — ту, которую не принимают постмодернистские терапевты, критикуя системно ориентированные виды терапии. Однако одностороннее зеркало делает возможным и командно ориентированный постмодернистский подход, когда группа терапевтов работает совместно с семьей и им нужно в разные моменты входить и выходить из терапевтической комнаты.

Почти настолько же революционной, как одностороннее зеркало, является видеосъемка. Записывая на камеру и просматривая свою работу, терапевты могут заметить малые действия и повторяемые паттерны семейной динамики, которые часто пропускаются «живьем». Видеозапись также позволяет супервизорам и студентам тщательно изучать подробности сеанса, что неопределимо для усвоения терапевтической техники. Без этой возможности наблюдать за семьей, когда они демонстрируют текущие паттерны интеракций, трудно представить, что системное мышление могло бы примениться когда-то в психотерапии. (См. Liddle, Breunlin, & Schwartz, 1988 — для более подробной информации о том, как этот метод обучения повлиял на семейную терапию.)

## Резюме

После знакомства с этой хронологией концепций и методов семейной терапии читатель может быть ошеломлен тем количеством концептуальных перемен, которым подверглось поле за несколько десятилетий своего существования. Из этой на первый взгляд лишенной закономерности череды событий можно выделить паттерн. Фокус терапии постоянно расширялся, охватывая все больше и больше уровней контекста. Этот революционный процесс начался, когда терапевты увидели за отдельным индивидом его семью. Внезапно необъяснимое поведение клиентов стало более понятным. Первые семейные терапевты сконцентрировались на оценивании и изменении последовательностей поведенческих интеракций, окружающих проблемы. Потом стало понятно, что эти последовательности представляют собой проявления базовой структуры семьи, и мишенью изменения стала структура. Затем структура семьи стала рассматриваться как продукт долгосрочного, мультигенеративного процесса, который управляется системами эмоциональных убеждений, и терапевты нацелили свои вмешательства на эти базовые убеждения. Не так давно терапевтов осенило, что эти системы убежде-

ний не возникают в вакууме, — отсюда современный интерес к культурным влияниям.

Другая причина для подобных скачков истории поля заключается в том, что, начав с бунта против психоаналитических и медицинских моделей, семейные терапевты заработали статус «белых ворон», ученость которых не признавалась. Всякий раз, когда семейная терапия начинала объединяться вокруг той или иной парадигмы или практики, так что она становилась доминирующей перспективой, поле переизобретало само себя. Предлагалась новая метафора, а старая отвергалась, как устаревшая. Новое терапевтическое меньшинство становилось прогрессивным, низводя лидеров вышеупомянутой революции к состоянию реакционных «бывших».

В настоящее время многие терапевты отвергают системную позицию, относясь к ней как к модернистской и механистичной и, следовательно, менее полезной, чем новая нарративная метафора. Десятилетия исследований, концептуальных усовершенствований и технических разработок беспечно отброшены ради нового, улучшенного способа мышления. Хотя мы согласны с тем, что важно испытывать новые метафоры и практики и постоянно перепроверять старые, но вовсе не обязательно ради каждого шага вперед полностью отвергать прошлое. Наша цель состоит в том, чтобы постараться ухватить будоражащий дух нового, сохранив при этом уважение к вкладам гигантов, на чьих плечах мы стоим.

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Bateson G. 1971. *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine.
- Bateson G. 1979. *Mind and nature*. New York: E. P. Dutton.
- von Bertalanffy L. 1950. An outline of General System Theory. *British Journal of the Philosophy of Science*. /134—165.
- von Bertalanffy L. 1967. *Robots, men and minds*. New York: George Braziller.
- Breunlin D. C. and Schwartz R. C. 1986. Sequences: Toward a common denominator of family therapy. *Family Process*. 25:67—88.
- Capra F. 1996. *The web of life*. New York: Anchor Books.
- Carter B. and McGoldrick M., eds. 1999. *The expanded family life cycle*, 3rd ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Davidson, M. 1983. *Uncommon sense: The life and thought of Ludwig von Bertalanffy*. Los Angeles: J. P. Tarcher.



Haley J. 1985. Conversations with Erickson. *Family Therapy Networker*. 9(2) :30-43.

Hoffman L. 1981. *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books.

Weiner N. 1948. *Cybernetics or control and communication in the animal and the machine*. Cambridge. MA: Technology Press.

## ССЫЛКИ

Barnhill, L. and Longo, D. 1978. Fixation and regression in the family life cycle. *Family Process*. 17:469—478.

Bateson G. 1951. Information and Codification: Aphisosophical approach. In *Communication: The social matrix of psychiatry*. J. Ruesch and G. Bateson, eds. New York: Norton.

Bateson G. 1971. *Steps toward an ecology of mind*. New York: Balantine.

Bateson G. 1979. *Mind and nature*. New York: E. P. Dutton.

Becvar, D. S. and Becvar, R. J. 1996. *Family therapy: A systemic Integration*, 3rd ed. Boston: Allyn and Bacon.

Bowen M. 1978. *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.

Breunlin D. 1983. Therapy in stages: A life cycle view. In *Clinical implications of the family life cycle*, H. Liddle, ed. Rockville. MD: Aspen.

Breunlin D. 1988. Oscillation theory and family development. In *Family transitions*. C. Falicov, ed. New York: Guilbrd Press.

Breunlin D. C, Schwartz R. C. and Mackune Karrer B. M. 1992. *Metaframework for systemic therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Carter E. and McGoldrick M., eds. 1980. *The family life cycle: A framework for family therapy*. New York: Gardner Press.

Carter E. and McGoldrick M., eds. 1999. *The expanded family life cycle*, 3rd ed. Boston: Allyn and Bacon.

Combrinck - Graham L. 1983. The family life cycle and families with young children. In *Clinical implications of the family life cycle*. H. Liddle, ed. Rockville: Aspen.

Combrinck - Graham L. 1985. A model for family development. *Family Process*. 24.139—150.

Combrinck - Graham L. 1988. Adolescent sexuality in the family life cycle. In *Family transitions*, C. Falicov, ed. New York: Guilford Press.

Davidson M. 1983. *Uncommon sense*. Los Angeles: J. P. Tarcher.

Duvall E. 1957. *Family development*. Philadelphia: Lippincott.

Gleick J. 1987. *Chaos*. London: Penguin Press.

Haley J. 1971. Family therapy: A radical change. In *Changing families: A family therapy reader*, J. Haley, ed. New York: Grune & Strallon.

- Haley J. 1973. *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson*. New York: Norton.
- Haley J. 1980. *Leaving home*. New York: McGraw Hill.
- Haley J. 1981. *Reflections on therapy and other essays*. Chevy Chase. MD: The Family Therapy Institute of Washington, DC.
- Hellinger B. 1998. *Love's hidden symmetry*. Zeig, Tucker & Co.
- Hill R. and Rodgers R. 1964. The developmental approach. In *Handbook of marriage and the family*. H. T. Christiansen, ed. Chicago: Rand McNally.
- Hoffman L. 1971. Deviation-amplifying processes in natural groups. In *Changing families: A family therapy reader*, J. Haley, ed. New York: Grune & Stratton.
- Hoffman L. 1981. *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books.
- Imber-Black E., Roberts J. and Whiling R. 1989. *Rituals in families and family therapy*. New York: Norton.
- Kelly K. 1994. *Out of control: The new biology of machines, social systems and the economic world*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Liddle H., Breunlin D. and Schwartz R., eds. 1988. *The handbook of family therapy training and supervision*. New York: Guilford Press.
- Luepnitz D. A. 1988. *The family interpreted: Feminist theory in clinical practice*. New York: Basic Books.
- Minuchin S., 1974. *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin S. and Fishman, H. C. 1981. *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Parsons T. and Bales R. P. 1955. *Family, socialization and interaction process*. New York: Free Press.
- Paul N. 1969. The role of mourning and empathy in conjoint marital therapy. In *Family therapy and disturbed families*, G. Zuk and I. Boszormenyi-Nagy, eds. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Satir V. 1972. *Peoplemaking*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Satir V. 1988. *The new peoplemaking*. Palo Alto. CA: Science and Behavior Books.
- Senge P. 1990. *The fifth discipline: The art and practice of learning organizations*. New York: Doubleday/Currency.
- Sheldrake R. 1988. *The presence of the past: Morphic resonance and the whiffs of nature*. London: Collins.
- Sheldrake R. 1995. *Seven experiments that could change the world*. New York: Riverhead Books.
- Simon R. 1982. Reflections on family therapy: An interview with Jay Haley. *Family Therapy Networker*. 6(5):16—26.
- Skygger R. 1981. An open systems, group analytic approach to

family therapy. In *Handbook of family therapy*, A. Gurman and D. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.

Solomon M. 1973. A developmental, conceptual premise for family therapy. *Family Process*. /2.179—188.

Stanton A. and Schwartz M. 1964. *The mental hospital*. New York: Basic Books.

Von Bertalanffy L. 1986. *General system theory*. New York: George Braziller.

Wachtel E. F. and Wachtel P. L. 1986. *Family dynamics in individual psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Watzlawick P., Beavin J. H. and Jackson D. D. 1967. *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.

Watzlawick P., Weakland J. and Pisch R. 1974. *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.

Wheatley M. 1992. *Leadership and the new science: Learning about organization from an orderly universe*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.

## Часть II

# КЛАССИЧЕСКИЕ ШКОЛЫ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ

### Глава пятая

## СЕМЕЙНАЯ СИСТЕМНАЯ ТЕРАПИЯ БОУЭНА

Пионеры семейной терапии понимали, что люди — продукты социального контекста, но обычно ограничивали свое внимание нуклеарной семьей. Их горячность была сродни энтузиазму первых поведенческих терапевтов, которые обнаружили силу подкрепления для изменения поведения, и такой же была их ограниченность. Да, наши действия формируются за счет того, что происходит в наших собственных семьях, и часто симптомы одного человека можно устранить, изменив интеракции в нуклеарной семье. А как же силы прошлого и настоящего, которые генерируют эти паттерны? Что вынуждает мужа дистанцироваться от эмоциональных требований семейной жизни? И что заставляет жену пренебрегать собственной жизнью, чтобы посвятить себя детям? Мюррей Боуэн нашел ответы — и решения — на эти вопросы в большой сети семейных отношений.

Семейная системная терапия Боуэна гораздо более всесторонне рассматривает человеческое поведение и проблемы любого подхода к лечению семьи. Она глубже проникает в сердца и умы членов семьи и охватывает более широкий семейный контекст, который сформировал и продолжает формировать жизнь семьи.

В то время как ни у кого не возникает сомнений в формирующем влиянии семьи на становление личности, многие люди полагают, что, покидая родительский дом, они тут же взрослеют: становятся независимыми взрослыми, освободившимися наконец от влияния своих родителей. Некоторые люди высоко ценят отдельное существование и воспринимают это как признак рос-

та, чтобы отделиться от родителей; другие желали бы оставаться ближе к дому, но считают его посещение болезненным. Поэтому они держатся от него подальше, чтобы защитить себя от разочарования и обид. Оказавшись вне сферы непосредственного конфликта, они забывают о разногласиях и отрицают их существование. Но, как открыл Боуэн, семья остается внутри нас. Везде, где бы мы ни были, мы несем в себе неразрешенную эмоциональную реактивность на своих родителей в виде ранимости, повторяя те же самые старые паттерны в каждом новом отношении, в которые вступаем. Как мы увидим, этот нерешенный конфликт с исходными семьями — самое важное незаконченное дело нашей жизни.

## Очерк о лидерах

Семейная системная терапия Боуэна — это модель, эволюционировавшая из психоаналитических принципов и практики. Мюррей Боуэн стал доминирующей силой семейного терапевтического движения с начала 1950-х гг. Он занял заметное положение не только благодаря факту, что был одной из родоначальных фигур в поле, но и в силу творческого и всестороннего характера своих идей.

Боуэн был старшим ребенком в большой, дружной сельской семье, проживающей в штате Теннесси. После медицинского института и интернатуры он пять лет отслужил в вооруженных силах. Там он познал повсеместно признанную психопатологию и под стать ей столь же повсеместно распространенное невежество в том, как иметь с ней дело, что вдохновило его на поиск дела жизни в психиатрии. Здесь, как чувствовал Боуэн, он мог бы заняться исследованием в основном неизведанной территории.

Придя в психиатрию, Боуэн направил свое внимание на загадку шизофрении. Получив полное психоаналитическое образование, включая тринадцать лет личного анализа, Боуэн стремился применить психоаналитические концепции к шизофрении. Он начал с расширения фокуса своего внимания с одного пациента на диады. Целью этой работы было углубленное понимание «материнско-детского симбиоза». Эти изыскания стали проводиться в клинике Менингера, где Боуэн проходил свое обучение, а потом остался в штате, проработав там до 1954 г. От-

туда он перешел в Национальный институт психического здоровья (НИПЗ), где стал первым руководителем отделения семьи. Одно из главных наблюдений, сделанное из исследования «материнско-детского симбиоза», заключалось в повторяющихся паттернах отношений: сменные циклы сближения и отдаления, тонко реагирующие на сдвиги эмоционального напряжения у матери или у ребенка, или отношений между ними. Предполагалось, что страх отделения вкупе со страхом объединения представляет базовую динамику. Оттолкнувшись от этого наблюдения, Боуэн пришел к понятию «тревожная привязанность» — форма патологической привязанности, подвижной тревогой, которая отключает разум и самообладание. Тревожная привязанность противоположна «функциональной привязанности», которая является центральным аспектом *дифференциации*.

Придя в НИПЗ, Боуэн расширил сферу своих изысканий, включив роль отцов, и принялся за разработку концепции *треугольников* как центрального блока формирования систем отношений. Из НИПЗ Боуэн в 1959 г. перешел на факультет психиатрии Джорджтаунского университета. В течение своего тридцатидесятилетнего периода работы в Джорджтауне Боуэн разработал свою исчерпывающую теорию семейной терапии, вдохновил целое поколение студентов и стал всемирно известным лидером движения семейной терапии. Он умер после затяжной болезни в октябре 1990 г.

Среди наиболее видных боуэновских учеников такие имена, как Филип Горин и Томас Фогарти. Они оба, пройдя обучение у Боуэна, вместе вошли в профессорский состав Комитета Эйнштейна по изучению семьи, где Израэл Цверлинг и Эндрю Фербер старались собрать представителей различных теорий и практик в поле семейной терапии. Находясь там, они воспитали целую плеяду учеников — Бетти Картер, Монику Мак-Голдрик (впоследствии Орфанидис), Эда Гордона, Эйлин Пиндагаст и Кэтрин Горин, которые вместе с Пегги Пэпп объединились с Горином и Фогарти в 1973 г., чтобы сформировать Центр по изучению семьи в Нью-Рошелле, штат Нью-Йорк. Под руководством Горина Центр по изучению семьи стал одним из ведущих учебных заведений по семейной терапии и практике.

Работая над магистерской степенью социального работника в колледже Хантера, Элизабет (Бетти) Картер не смогла найти себе занятие по специальности в групповой терапии и поэтому довольствовалась так называемой «семейной терапией» в Инсти-

туте Аккермана. Там вместе с сокурсницей Ольгой Сильверштейн она училась у Натана Аккермана технике, но не знаниям о том, как функционируют семьи. Потом она прочитала Мюррея Боуэна и открыла для себя целый новый мир. Она стала с жадностью учиться боуэновскому подходу, посещая почти все семинары, какие находила, и затем занимаясь у Фила Горина и Мэрилин Мендельсон в Эйнштейне.

В 1977 г. Картер оставила Центр по изучению семьи, чтобы возглавить основанный ею Вестчестерский семейный институт. Здесь к ней присоединились Моника Мак-Голдрик, Фридда Херц, Кен Теркельсон и другие. Горячая феминистка, она также является содиректором Женского проекта семейной терапии наряду с Пегги Пэпп, Ольгой Сильверштейн и Марианной Уолтере. Сегодня Бетти Картер является не только всеми уважаемым лидером семейной терапии и популярным преподавателем, но и активным клиницистом, специализирующимся на супружеской терапии и терапии с парами в повторном браке.

Моника Мак-Голдрик — другой терапевт боуэнианской традиции, которая, подобно ее подруге и коллеге Бетти Картер, представляет собой один из наиболее уважаемых голосов в поле. Мак-Голдрик — директор-учредитель Семейного института Нью-Джерси и член профессорского состава Медицинской школы Роберта Вуда Джонсона при университете Нью-Джерси. Она — популярный преподаватель, автор и лидер в области семейной терапии. В сфере ее интересов следующие проблемы: этническая или расовая принадлежность, генограммы, семейная терапия с одним человеком, семьи с повторным браком и семьи с двойной карьерой.

Многие из боуэновских учеников продолжали работать с ним в течение длительного времени, и среди них — Майкл Керр, Эдвард Бил, Эдвин Фридман, Джек Брадт, Джозеф Лорио, Чарльз Пэддок и Даниель Пейперо. Все они — важные представители традиции расширенных семейных систем, которые способствовали распространению боуэновских идей через преподавание и доклады, представляемые на ежегодном Джорджтауновском симпозиуме по семье.

Эдвин Фридман из Вашингтона был одновременно раввином и семейным терапевтом. Пройдя обучение у Мюррея Боуэна, он привнес плоды расширенной семейной системной перспективы в религиозную жизнь. Одна из его наиболее важных заслуг — введение современного понимания и компетентности в семейной системной теории в специализацию по работе с людьми.

ми, особенно по пасторскому консультированию. Фридман умер в 1996 г.

Доктор медицины Майкл Керр был долговременным учеником и соратником Боуэна, а начиная с 1977 г. — учебным директором в Джорджтаунском центре семьи. Керр, наверно, самый большой знаток и эрудит оригинальной теории и самый преданный ее сторонник из всех боуэновских учеников, что наглядно продемонстрировано в его книге «Семейный анализ» (Kerr & Bowen, 1988), где он блестяще представил теорию Боуэна.

В заключение мы должны упомянуть Джеймса Фреймоу, много лет являющегося одной из лидирующих фигур в семейной терапии. Хотя Фреймоу часто принимают либо за независимого практика, либо за последователя Айвена Божормений-Неги, он инкорпорировал в свою работу многие из боуэновских идей. Фреймоу, вероятно, лучше всего известен за свою устойчивую пропаганду групп супружеских пар.

Несколько ключевых публикаций этих годов представляют вехи развития боуэнианской семейной системной теории. Впервые Боуэн вывел концепции своей новой теории в важной статье «Использование семейной теории в клинической практике», опубликованной в 1966 г. Годом позже на Филадельфийской конференции, организованной Джеймсом Фреймоу, Боуэн публично представил первую организованную презентацию применения своей теории к личной семейной системе (Anonymous, 1972). В 1976 г. под редакцией Горина вышла классическая антология авторских статей, ставшая одной из наиболее ценных изданий по семейной терапии (Guerin, *Family Therapy: Theory and Practice*). В 1978 г. Боуэн собрал все свои статьи из различных профессиональных журналов и издал их в книге под названием «Семейная терапия в клинической практике». В 1987 г. Горин и его коллеги в Центре по изучению семьи издали книгу «Оценка и лечение супружеского конфликта» — одну из самых лучших и наиболее полезных книг, когда-либо написанных в семейной терапии. В следующем году Картер и Мак-Голдрик (Carter & McGoldrick, 1988) выпустили обновленное издание своей широко приветствуемой книги, посвященной жизненному циклу семьи. И наконец, публикация «Семейного анализа» Майкла Керра и Мюррея Боуэна в 1988 г. представила совершенный и полный расцвет боуэновских идей, а недавняя «Работа с треугольными отношениями» Горина и коллег (1996) стала чрезвычайно полезным руководством по клиническому применению этих идей.



## Теоретические положения

Ранние семейные терапевты были прагматистами, больше интересующимися действием, нежели пониманием, техникой, нежели теорией. Мюррей Боуэн был исключением. Боуэн, из всех самых больших интеллектуалов семейной терапии, был поборником ориентации на семью, а не на терапевтический метод, и, соответственно, его больше интересовала теория, нежели техника работы. С его точки зрения, большинство специалистов по психическому здоровью слишком увлекались ограниченной проблемой методологии, чтобы до конца понимать системную теорию. Собственная теория Боуэна является одной из наиболее тщательно проработанных и влиятельных в сфере системного семейного мышления.

Хотя боуэновская теория эволюционировала и расширилась, она всегда центрировалась вокруг двух уравнивающих жизненных сил: *сплоченность* и *индивидуальность*. В идеале эти две силы находятся в равновесии. Нарушение равновесия в сторону сплоченности называется по-разному — «слиянием», «склеивающей сплоченностью» или «недифференциацией» (Kerr & Боуэн, 1988). *Дифференциация* — способность к автономному функционированию — помогает людям избежать вовлеченности в реактивные полярности. Иначе эмоциональная реактивность приводит к поляризованным позициям: *преследователь* — *дистанцирующийся*, *активный функционер* — *пассивный функционер* и т. д. Понятия, которые использовал Боуэн, чтобы выразить это главное напряжение человеческого состояния, эволюционировали от *материнско-детского симбиоза* к *недифференцированной семейной эго-массе* и *слиянию/дифференциации*. Но центральная посылка этих словосочетаний заключается в том, что эту неразрешенную эмоциональную привязанность к семье следует разрешать, а не пассивно принимать или реактивно отвергать, чтобы появилась возможность для дифференциации зрелой, здоровой личности.

Боуэн выразил основные понятия своей теории в двух главных работах: «Использование семейной теории в клинической практике» (1966) и «Теория в практике психотерапии» (1976). В первой Боуэн привел шесть взаимосвязанных понятий, которые составляют его теорию: *самодифференциация*, *треугольники*, *эмоциональный процесс нуклеарной семьи*, *процесс семейной проекции*, *мультигенеративный процесс передачи* и *позиция сиблинга*. В 1970-х гг. он добавил два дополнительных понятия (Bowen, 1976): *эмоциональное отсечение* и *социальный эмоциональный процесс*.

## САМОДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ

Самодифференциация, краеугольный камень теории Боуэна, является одновременно и интрапсихическим и интерперсональным явлением. Интрапсихическая дифференциация — это способность отделять чувства от мысли. Недифференцированные люди едва проводят такое отличие; их интеллект так затопляется эмоциями, что они почти не способны к объективному мышлению. Их жизнь управляется наводняющими чувствами от тех вокруг них, к которым они либо вслепую прилипли, либо гневно отталкиваются. Но дифференцированный человек — не холодная рыба, которая только думает и никогда не чувствует. Он, напротив, умеет уравнивать мышление и чувства: он способен к сильной эмоциональности и спонтанности. Но он также способен и к объективности, которая приходит с умением сопротивляться прессу эмоциональных импульсов.

Отсутствие дифференциации между мышлением и чувством сопровождается отсутствием дифференциации между собой и другими. По причине того, что недифференцированные люди плохо способны мыслить ясно, они реагируют эмоционально — положительно или отрицательно — на предписания членов семьи или других авторитарных фигур. У этих людей слабая автономная идентичность. Вместо этого они склонны присоединяться к другим. Им сложно отделить себя от других, особенно в отношении важных вопросов. Если спросить у них, что они думают, они расскажут о своих чувствах; если спросить у них, каково их мнение, они повторяют то, что слышали. Они либо подчиняются, либо принимают псевдонезависимость через неподчинение. Дифференцированные люди, напротив, в вопросах занимают четкие позиции, потому что способны доходить до сути вещей, выбирают свои убеждения, а затем действуют исходя из этих убеждений. Это позволяет им входить в близкий контакт с другими, не подстраиваясь рефлексивно под них.

Горин определяет дифференциацию как процесс частичного освобождения из эмоционального хаоса семьи. Освободившийся осмысливает собственную роль как активного участника отношений систем, вместо того чтобы сваливать вину за проблемы на всех, кроме себя (Guerin, Fay, Burden & Kautto, 1987). Горин использует понятие *адаптивного уровня функционирования*, чтобы определять и оценить способность продолжать функционировать в ситуации напряжения. Адаптивный уровень функци-

онирования — это умение производить сознательное усилие, чтобы оставаться объективным и вести себя рационально, столкнувшись с давлением эмоциональности.

## ТРЕУГОЛЬНИКИ

Остановитесь на минуту, чтобы вспомнить о самых сложных отношениях в вашей семье. Вообще-то в этих отношениях почти непременно участвуют двое людей, о которых вы подумали, и одно или больше третье лицо. Фактически все эмоционально значимые отношения сопровождаются третьими лицами — родственниками, друзьями и даже воспоминаниями.

Чтобы понять треугольники, полезно помнить, что отношения не статичны. Любые пары в своих отношениях проходят циклы сближения и отдаления; когда они отдаляются, вероятнее всего, и возникают треугольники. Эти циклы отражают не только хорошие и плохие периоды отношений, но и потребность людей в независимости и связанности. Горин описывает два базисных процесса, функционирующих при формировании супружеских треугольников. В первом супруг (супруга), испытывающий наибольший дискомфорт, объединяется с кем-то, чтобы получить союзника. Так, расстроенность жены из-за отдаления мужа может усилить ее увлеченность одним из детей. Во втором процессе третья сторона (возможно, друг или ребенок), сочувствующая либо переживаниям одного из супругов, либо конфликту между ними, сама предлагает утешение. «Например, старшая дочь может попытаться сгладить сильный супружеский конфликт, поговорив с каждым родителем по отдельности или с тем из них, на кого она оказывает наибольшее влияние. Тем временем ее младший брат впитывает в себя напряжение своих родителей, либо справляется с ним при помощи антисоциальных поступков. Поведение отыгрывания тоже служит функцией объединения родителей для совместных усилий по разрешению общей проблемы поведения сына» (Guerin et al., 1987, с. 62).

Некоторые формы триангуляции кажутся настолько невинными, что мы едва обращаем внимание на их вредные последствия. Большинство родителей, по-видимому, не могут удержаться, чтобы иногда не пожаловаться своим детям друг на друга. «Ваша мать *всегда* опаздывает!»; «Ваш отец *никогда* никому не разрешает садиться за руль!» Эти обмены кажутся достаточно

безобидными. Но всякий раз, когда вы слышите историю, в которой кто-то является жертвой, а другой — злодеем, вы вовлекаетесь в треугольник.

Когда мы слишком долго или слишком часто выслушиваем чьи-то жалобы на кого-то, чувство лести из-за оказанного нам доверия уступает мучительному подозрению, что, наверно, мы должны сделать так, чтобы эти двое обратились друг к другу. Аналогичным образом, когда мы жалуемся одному другу на несправедливость другого, мы знаем, что должны поговорить с тем, с кем у нас конфликт. И мы бы на самом деле хотели — ну, если бы это не было слишком неловко. Среднестатистический человек примерно настолько же способен сопротивляться треугольникам, насколько среднестатистический кот готов устоять против птиц.

Если вас действительно кто-то беспокоит и вы не решаетесь поговорить об этом из страха, что вас не услышат, то вами овладевает побуждение поделиться с кем-то своими переживаниями. Когда высказываешься другу, получаешь облегчение. Но это также снижает вероятность того, что вы займетесь проблемой в ее зародыше. Триангуляция выпускает пар, но сохраняет конфликт. Проблема треугольников не в том, что плохо жаловаться или искать утешений, а в том, что большинство треугольников отвлекают, подрывая отношения.

Большинство проблем семьи являются треугольными, и именно поэтому при работе только с парами результаты бывают ограниченными. Обучение матери более приемлемым техникам дисциплинирования сына не решит проблему, если она чрезмерно увлечена мальчиком вследствие эмоционального дистанцирования ее мужа.

## **ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС НУКЛЕАРНОЙ СЕМЬИ**

Боуэновский взгляд на семью отличается от других моделей тем, что выделяет эмоциональную взаимозависимость, а не поведенческие или коммуникативные интеракции. Соответственно, акцентируются не детали того, как люди выстраивают свои отношения, а их способность регулировать эмоциональность и способы, которыми они канализируют тревогу.

Чем больше недифференцированы люди, тем меньше они способны справляться с тревогой и напряжением. «Эмоциональ-

ный процесс нуклеарной семьи» означает, что неметаболизированная тревога проецируется от индивидов на семью. Чем меньше была самодифференциация до брака, тем больше в нем будет тревоги и больше слияния между супругами. Поскольку эмоциональное слияние непостоянно, оно вызывает одно или больше из следующих явлений: (1) открытый супружеский конфликт; (2) реактивную эмоциональную дистанцированность; (3) физическую или эмоциональную дисфункцию у одного из супругов (обычно у более уживчивого); (4) проецирование проблем на одного или больше из детей. Интенсивность этих проблем связана с уровнем дифференциации, степенью эмоционального отсечения от исходных семей и объема давления на систему.

## ПРОЦЕСС СЕМЕЙНОГО ПРОЕЦИРОВАНИЯ

Понятие «процесс семейного проецирования» обозначает, что родители переносят свои проблемы на детей. Возьмем, к примеру, мужа, отсекшего себя от собственной исходной семьи, который всегда относится к своей жене весьма сдержанно. Вынужденная держаться от мужа на расстоянии вытянутой руки, жена направляет свою эмоциональную энергию на детей, как правило, особенно интенсивно на одного из них. Этот ребенок может быть старшим сыном или дочерью, самым младшим из них или, возможно, тем, кто больше всего похож на одного из родителей. Поскольку это снижает тревогу мужа, он подкрепляет чрезмерную увлеченность жены этим ребенком — прямо или косвенно через собственную безучастность.

Объект этого проективного процесса — ребенок, вокруг которого выстраивается жизнь матери, — достигает наименьшей самодифференциации и становится самым уязвимым в отношении проблем. Это не означает, что паттерны эмоционального функционирования *вызывают* физическую или эмоциональную дисфункцию; из этого следует, что данные эмоциональные процессы в семье оказывают главное влияние на способности индивида адаптироваться к другим факторам, которые усугубляют дисфункцию.

Поскольку мать сосредоточивает свою тревогу на ребенке, его функционирование больше не совершенствуется. Эта неразвитость создает возможность для того, чтобы мать чрезмерно

контролировала ребенка, что отвлекает ее от собственных неприятностей, но наносит ребенку эмоциональный вред. Инфантилизированный подобным образом, ребенок может в конечном счете развить симптомы психического нарушения, привлекая дополнительное родительское внимание и укрепляя семейный паттерн.

## **ПРОЦЕСС МУЛЬТИГЕНЕРАТИВНОЙ ПЕРЕДАЧИ**

Семейные эмоциональные процессы — уровни дифференциации, взаимосвязанные треугольники, слияния и эмоциональные отсечения — переходят от поколения к поколению. Передача дифференциации, например, происходит аналогично передаче симптомов через мультигенеративную взаимосвязанность эмоциональных полей между родителями и детьми. В каждом поколении ребенок, сильнее всех вовлеченный в слияние семьи, приходит к более низкому уровню дифференциации, а наименее вовлеченный достигает наиболее высокого уровня.

Когда женится человек (второе поколение), дифференцированный меньше своих родителей, он, как и его родители, выбирает партнера, имеющего примерно тот же уровень дифференциации. Затем эта пара устанавливает эмоциональную атмосферу новой семьи и включает в эту атмосферу своих детей. Если супруг дифференцирован меньше своих родителей, уровень его тревоги в новой семье, вероятно, будет выше. А раз тревога интенсивна, ее связывающие механизмы (супружеский конфликт, супружеская или детская дисфункция) будут более активными в этом поколении по сравнению с предыдущим. Конкретные способы, с помощью которых тревога оказывает связывающий эффект, определяют степень эмоционального отделения каждого ребенка в третьем поколении. Чем больше тревоги сосредоточивается на одном из детей, тем меньше этот ребенок будет способен регулировать свою эмоциональность и вырасти в зрелого и счастливого человека. Чем меньше тревоги фокусируется на детях, тем более вероятно, что они вырастут с большей дифференциацией, чем их родители. Таким образом, теория Боуэна идет дальше положения, что прошлое влияет на настоящее; оно определяет пути, по которым передаются эмоциональные процессы от поколения к поколению.

## ПОЗИЦИЯ СИБЛИНГА

Это понятие близко к толмановским. (Тоlтап, 1969) десяти личностным профилям детей, имеющих различные сиблинговые позиции. Боуэн полагал, что у детей образуются некоторые устойчивые качества личности, основанные на сиблинговых позициях в их семьях. В этой идее задействовано так много переменных, что диагностика сложна, но знание общих характеристик в сочетании с конкретной информацией о конкретной семье полезно для прогноза того, какая роль отведена ребенку в семейном эмоциональном процессе.

Боуэнская теория предлагает интересную перспективу на известное мнение о конкуренции сиблингов, отмечая треугольные осложнения отношений между сиблингами с их родителями. Скажем, мать озабочена тем, чтобы ее дети никогда не испытывали ревности, и поэтому считает себя обязанной сделать так, чтобы они чувствовали себя одинаково любимыми. (Как будто у нее есть причина волноваться, что действительность может быть другой.) Ее тревога трансформируется в действие, и она демонстративно обращается с ними совершенно одинаково — попытка абсолютной справедливости, которая обычно выдает тревогу, скрытую за ней. В ответ у сиблингов растет чувство, что их мать отвечает за создание у них ощущения одинаковой значимости и за смягчение любого страха неравенства. И тогда каждый ребенок становится чрезвычайно чувствительным к тому объему внимания, который он или она получает по сравнению со своими братьями или сестрами. Это кончается тем, что сиблинги постоянно соперничают и обижаются друг на друга — т. е. именно тем, что пыталась предотвратить мать. Более того, поскольку мать стремится контролировать самочувствие детей, она может вмешиваться в их поединки, чтобы улаживать их, таким образом лишая детей возможности самим улаживать свои отношения и давая им дополнительное основание чувствовать, что с ними обращаются неравноценно. («Почему это я должен идти в свою комнату? Он первый начал!»)

Таким образом, конфликт сиблингов, который часто объясняется как результат неизбежной конкуренции (как будто соперничество — единственные естественные отношения между братьями и сестрами), фактически является только одной стороной треугольника. (Конечно, интенсивность материнской озабоченности детьми связана и с другими треугольниками — качеством

и удовлетворением ее отношениями с друзьями, карьерой и мужем.)

Исследования Фрица Боера и его коллег из Лейденского университета в Нидерландах подкрепили этот триангуляторный взгляд на отношения сиблингов. Они показали, что дети узнают о пристрастном отношении не только к своим сиблингам, но и к себе; старшие дети (первенцы) сообщали о более позитивном обращении с собой со стороны младших сиблингов (рожденных вторыми), чем младшие к себе со стороны старших; сиблинги с братьями сообщали о большей конкуренции, чем сиблинги с сестрами; то, как дети воспринимали родительскую заботу, высоко коррелировало с их восприятием своих отношений с сиблингами — более негативно оцененные родительско-детские отношения совпадали с более негативно оцененными отношениями с сиблингами (Воег, 1990).

Важность порядка рождения недавно получила весомую поддержку от провокационной и захватывающей книги Франка Саллоуэя «Рожденный бунтовать» (Sulloway, 1996). Собрав биографические данные за пятисотлетнюю историю, Саллоуэй пришел к заключениям, которые поддержаны современным мультивариативным анализом более чем миллиона биографических фактов. Личность, утверждает он, — это репертуар стратегий, которые используют сиблинги, чтобы состязаться друг с другом, добиваться положения в семье и пережить испытания детства.

Первенцы отождествляются с властью и авторитетом сильнее, чем их сиблинги. Они используют свои превосходящие размер и силу, чтобы защитить собственный статус, и стараются минимизировать ценность наличия сиблингов, доминируя над ними. Они также склонны к большей самоуверенности и хорошо представлены среди нобелевских лауреатов и политических лидеров. (В 1920-х гг. Альфред Адлер предположил, что первенцы становятся «жаждущими власти консерваторами», поскольку борются против сиблингов, чтобы восстановить свое утраченное главенство в семье.) Уинстон Черчилль, Джордж Вашингтон, Эйн Рэнд и Раш Лимбо — тому примеры.

Как жертвы несправедливости в семье, рожденные последними больше склонны идентифицироваться с притесненными и ставят под сомнение существующее положение. Они больше открыты опыту, потому что эта открытость помогает им, как последним появившимся в семье, найти незанятую нишу. Из их рядов вышли храбрые путешественники, бунтари и еретики истории. Жанна д'Арк, Маркс, Ленин, Джефферсон, Руссо, Вирджиния



Вульф, Мэри Уоллстоункрафт и Билл Гейтс представляют рожденных последними.

То, что некогда предположили психологи развития, — единая семейная среда, — оказалось вовсе не таким. Хотя семья и может выглядеть единой средой, фактически она представляет собой множество микросред, совокупность ниш, состоящих из отличных точек зрения, исходя из которых сиблинги проживают одни и те же события совершенно по-разному.

## ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ОТСЕЧЕНИЕ

Эмоциональное отсечение представляет собой способ, каким люди справляются с недифференциацией (и связанной с ней эмоциональной напряженностью) между поколениями. Чем больше эмоциональное слияние между поколениями, тем больше вероятность отсечения. Некоторые люди ищут отделения, уезжая от своих родителей; другие добиваются этого через эмоции, избегая личных тем для разговора или всегда отгораживаясь от присутствующих третьих лиц.

Майк Николс (Nichols, 1986) описывает, как ошибаются некоторые люди в отношении эмоциональной зрелости, отсекаясь эмоционально: «Мы воспринимаем отделение от родителей как признак роста и измеряем свою зрелость независимостью от семейных отношений. Однако многие из нас по-прежнему реагируют на свои семьи так, будто они радиоактивны и способны причинить сильную боль. У Супермена может отнять его экстраординарную силу только одна вещь: криптонит — кусочек его родной планеты. Поразительное количество взрослых мужчин и женщин аналогичным образом становятся беспомощными даже при кратковременном посещении родителей» (с. 190).

## СОЦИАЛЬНЫЙ ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС

Это понятие обращается к факту, что эмоциональный процесс в обществе влияет на эмоциональный процесс в семьях — подобно фоновому влиянию, воздействующему на семьи вообще. Концепция социального эмоционального процесса описывает, как длительное возрастание социальной тревоги может привести к постепенному снижению функционального уровня

дифференциации в семьях. Керр и Боуэн (Kerr & Bowen, 1988) приводят пример того, как повышается показатель преступности населения в результате усиленного социального давления. Боуэн подтвердил, что сексизм и классовые и этнические предубеждения являются примерами неблагополучного социального эмоционального процесса, но был склонен преуменьшать важность этих тем для оценки и терапии семьи. Феминисты не одобрили этого; они пылко убеждены в том, что сексизм — это социальный эмоциональный процесс, который инфицирует семью, — и против него следует бороться, и бороться активно.

Моника Мак-Голдрик и Бетти Картер дополнили теоретические интересы боуэнианских терапевтов тендерной и этнической проблематикой. На их взгляд, нельзя игнорировать тендерные неравенства, не игнорируя некоторые социальные силы, которые удерживают мужчин и женщин в ловушках негибких ролей. Более того, они указали бы, что предыдущая сентенция наивна в своем допущении, что мужчины и женщины — одинаковые жертвы тендерных предубеждений. Женщины живут в ограниченных социальных условиях *и* с мужчинами, благодаря которым эти условия увековечиваются, с мужчинами, которые не замечают своего преимущества или ощущения силы над их женами и матерями, но которые, существуя в этих социальных условиях, считают их само собой разумеющимися, не отдавая себе отчета, что из-за этого им проще преуспевать в мире.

Мак-Голдрик также привлекала внимание к этническим особенностям семей. Ее книга «Этническая принадлежность и семейная терапия» (McGoldrick, Pearce, & Giordano, 1982) стала поворотным пунктом растущей сенситивности семейной терапии к этой проблеме. Непонимание, как культурные нормы и ценности отличают одну этническую группу от другой, таит в себе опасность, что терапевты будут навязывать собственные взгляды семьям с «дисфункциональными», но легитимно отличными перспективами. Некоторых читателей, вероятно, беспокоит, что многословные описания того, чем отличаются семьи различных этнических групп (например, McGoldrick, Preto, Hines, & Lee, 1990: «Попытка поговорить с ирландцем, не принимая во внимание его вину и потребность страдать, — бесполезное усилие»), способствуют этнической стереотипизации. Мак-Голдрик полагает, что семейным терапевтам важно развивать чувствительность к этническому многообразию, но важнее всего — не выяснять, что отличает одну группу от другой, а быть открытым для отличий.

## Нормальное развитие семьи

Начав изучать нормальные семьи в конце 1950-х гг., Боуэн обнаружил многие из тех же самых механизмов, которые ранее увидел в шизофренических семьях. Это убедило его, что нет дискретных категорий семей (шизофренические, невротические, нормальные) и что континуум изменения для всех семей одинаков — от эмоционального слияния к дифференциации. Тот факт, что в последние годы большинство боуэновских клинических контактов было с семьями профессионалов, вероятно, укрепил его убеждение, что семьи имеют больше сходств, чем различий.

Предполагалось, что оптимальное развитие семьи происходит при условии относительной дифференцированности ее членов, низкой тревоги и хорошего эмоционального контакта родителей с их родительскими семьями. Переход от подростковых к взрослым отношениям с родителями большинства людей прерывается фактом их отделения от родительского дома. Таким образом, преобразование остается незавершенным, и большинство из нас, даже будучи взрослыми, продолжают реагировать с подростковой чувствительностью на родителей и на кого-то другого, кто давит на те же кнопки. Нормально, но не оптимально, что люди меньше контактируют со своими родителями и сиблингами, чтобы избежать тревоги общения с ними. Перестав встречаться со своими родственниками, люди считают, что прежние трудности остались позади. Однако тяжесть незаконченного дела в виде неразрешенной чувствительности, проявляющейся в любых глубоких отношениях, в каких они участвуют, никуда не девается. Привыкшие игнорировать свою роль в семейных конфликтах, они не способны предотвращать рецидивы в новых отношениях. Следовательно, люди с большей дифференциацией, продолжающие поддерживать контакт с предыдущими поколениями, более стабильны, чем люди из спутанных или распутанных семей. Хотя в отсеченных семьях проблемы могут и не проявиться сразу, но они возникают в конце концов в будущих поколениях.

Другое наследие прошлого заключается в том, что эмоциональная привязанность между супругами становится такой же, какая была у каждого в исходной семье. Люди, которые в своих родительских семьях были относительно недифференцированными, формируя новую семью, остаются столь же недифференцированными. Те, кто справлялся с тревогой отчуждением и уходом, сделают то же самое в своих браках. Таким образом, Боуэн

был убежден, что дифференциация независимых людей, происходящая прежде всего в исходной семье, представляет собой нормальное развитие и предписана для терапевтической перестройки. Эта неизбежная связь с прошлым, на которой в боуэновском подходе сделан самый сильный акцент, чем в любом другом, является преобладающей чертой функционального развития семьи.

В «Концепции систем и измерениях личности» Фогарти (Fogarty, 1976a) выработал характеристики хорошо адаптированных семей: (1) Они уравновешенны и могут адаптироваться к изменениям; (2) Замеченные эмоциональные проблемы существуют во всей группе, а ее компоненты — у каждого члена; (3) Семьи объединяют представителей всех поколений; (4) При разрешении проблем они прибегают к минимуму слияния и минимуму дистанцирования; (5) Каждая пара способна справляться с проблемами между собой; (6) Расхождения во мнениях допускаются, даже поощряются; (7) Каждый человек взаимодействует со всеми на разумном и эмоциональном уровнях; (8) Они понимают, что каждый получает от себя и от других; (9) Каждый позволяет себе быть легкомысленным; (10) Сохранение положительного эмоционального климата важнее «правильных» или общепринятых поступков; (11) Каждый считает свою семью лучшей; (12) Члены семьи используют друг друга как источник обратной связи и усвоения новых навыков, а не как эмоциональную опору.

Критерием хорошо адаптированного человека по боуэновской системе является рациональная объективность и индивидуальность. Дифференцированный человек способен отделять мысль от чувства и быть независимым от нуклеарной и расширенной семей, оставаясь при этом с ними в контакте. Степень самодифференциации в значительной мере зависит от течения семейной истории, что является относительно детерминированной точкой зрения. Однако, как мы увидим, можно достичь более высокого уровня дифференциации через терапию семьи.

Бетти Картер и Моника Мак-Голдрик, как мало кто другой в семейной терапии, добились многого в изучении нормального семейного развития (Carter & McGoldrick, 1980). Они также были в авангарде тех, кто требовал особого внимания и корректирующих действий в отношении неравенства между мужчинами и женщинами в американских семьях (Carter & McGoldrick, 1988). Подобно другим в боуэнианской традиции, Картер и Мак-Голдрик подчеркивали, что, для того чтобы понять семью, следует

разобраться в том, что происходило по крайней мере в трех ее поколениях. И это есть действующее все время эмоциональное поле.

Вслед за работами Роджерса (Rodgers, 1960), Хилла (Hill, 1970) и Соломона (Solomon, 1973) Картер и Мак-Голдрик описали *жизненный цикл семьи* как процесс расширения, сокращения и перестройки системы отношений, функционально поддерживающий вход, выход и развитие членов семьи. Переходы от одной стадии жизненного цикла семьи к следующей требуют *изменения второго порядка* — изменения самой системы, — в то время как с проблемами внутри стадий обычно справляются *изменения первого порядка* — переделка системы без перестроения структуры.

В стадии *ухода из дома* первоочередной задачей повзрослевших детей является отделение от семьи без отсечения или реактивного бегства в заменяющее эмоциональное убежище. Это время для становления независимым перед соединением с другим человеком для формирования новой семьи. В стадии *соединения семей через брак* главной задачей является переход в состояние новой супружеской пары, но это не просто соединение двух личностей, скорее это преобразование двух целостных систем для создания третьей. В то время как проблемы в этой стадии могут создавать впечатление проблем главным образом между супругами, они также могут отражать их нежелание отделяться от исходных семей или крайности отсечения, что оказывает слишком сильное давление на пару. *Семьям с маленькими детьми* приходится приспосабливаться к тому, чтобы создавать пространство для детей, сотрудничать в задачах воспитания детей, сохранить брак перед лицом погружения в родительство и повторно выравнивать отношения с расширенной семьей. Оба родителя подвергаются испытанию, удовлетворяя детские потребности в заботе и контроле и действуя совместно, в качестве группы. Любой, прошедший через это, знает, что это чрезвычайно напряженная стадия, особенно для молодых матерей. На этой фазе жизненного цикла самый высокий показатель разводов.

Наградой для родителей, переживших предшествующие стадии, становится превращение их детей в подростков. *Подростковый возраст* — это время, когда дети больше не хотят быть похожими на мать и отца; они хотят быть собой. Они борются, чтобы стать независимыми личностями и вскрыть семейные границы. Но их борьба многого стоит. Родители, живущие своей жизнью и имеющие некоторую гибкость, приветствуют (или по крайней мере мирятся) свежий ветер обновления, проникающий в их се-

мью в этот период. Те же, кто настаивает на контроле за детьми, так, будто они все еще маленькие, вызывают болезненную эскалацию бунтарства, которое является нормальным для этого периода. На стадии *отпускания детей и последующей жизни* родители должны позволить своим детям уйти и начать жить собственной жизнью. Это может быть как освобождающим временем реализации возможностей, так и печально известным временем *кризиса среднего возраста* (Nichols, 1986). Родителям приходится не только иметь дело с переменами в жизни детей и в своей жизни, но и с изменениями в отношениях с собственными родителями, которым может потребоваться больше поддержки, или же во всяком случае с тем, что они больше не хотят вести себя как родители. Семьям *в более поздней жизни* нужно приспосабливаться к уединению, что означает и внезапную потерю профессии, и внезапное усиление близости пары. Когда муж и жена весь день дома, он внезапно может показаться слишком тесным. В последующей жизни семьям приходится справляться с ухудшением здоровья, болезнями, а затем смертью — величайшим компенсатором.

Самой значительной переменной в жизненном цикле, слишком распространенной, чтобы по-прежнему считать ее отклонением, является *развод*. С разводом теперь сталкиваются большинство американских семей: 50% разводятся один раз, 61% — дважды (Glick, 1984). Главные задачи разводящейся пары состоят в том, чтобы покончить с браком, но поддерживать сотрудничество в качестве родителей. Некоторые семьи после развода превращаются в семьи с родителями-одиночками — в большинстве случаев это матери с детьми, и в подавляющем большинстве они сталкиваются с ужасным финансовым напряжением. Другой вариант — повторный брак и формирование семей с мачехами или отчимами, что приносит целый ворох новых осложнений.

В работе Картер и Мак-Голдрик, посвященной жизненному циклу, чувствуется боуэновский акцент на мультигенеративных эмоциональных процессах и ссылка на различные неисторические подходы к семье (например, структурный и стратегический), которые подчеркивают важность стадий развития. Клиническая модель Горина больше говорит о стрессе, чем о стадиях развития. Она предполагает, что изменения жизненного цикла продуцируют у отдельных людей, в диадических отношениях и семье в целом возрастание запросов как в отношении функционирования, так и уязвимости. С целью клинической работы Горин предлагает рассматривать стресс, связанный с развитием, как «переход-

ный период», означающий любое прибавление, лишение или изменение в статусе члена семьи. Накопление переходных периодов — это «кластерный стресс». Периоды кластерного стресса из-за их характера — это время, когда возрастает уязвимость личностей и семьи в целом. Именно в эти периоды вероятнее всего и происходит формирование симптомов.

## Развитие расстройств поведения

Согласно боуэнианской системе предполагается, что симптомы — это следствие стресса, с которым человек оказывается неспособным справиться. Способность справляться со стрессом является функцией дифференциации: чем лучше дифференцирован человек, тем более он вынослив и более гибкими и устойчивыми являются его отношения. Чем хуже дифференцирован человек, тем меньше стресса требуется, чтобы возникли симптомы.

Если «дифференциацию» упростить до «уровня зрелости», то боуэновская формула о развитии симптома будет отличаться от обычной модели диатез-стресса, согласно которой болезнь развивается, если предрасположенный человек подвергается достаточному испытанию, тем, что дифференциация характеризует не только человека, но и его взаимоотношения. Таким образом, относительно незрелый человек, сумевший создать более или менее здоровый брак, рискует меньше, чем столь же незрелый человек, оставшийся одиноким или сформировавший нездоровые отношения. Симптомы развиваются, когда уровень тревоги превышает *системную* способность связать или нейтрализовать ее.

Но даже качества двусторонних отношений недостаточно объясняют развитие симптома, потому что если тревога проникает в парные отношения, то они автоматически перерастают в треугольные. Если вовлеченный в эти отношения третий человек остается нейтральным, то тревога уменьшается, и развитие симптома будет менее вероятно. Однако если он вовлекается в это эмоционально — принимает чью-то сторону (что лишает пару возможности проработать свои проблемы) или становится средоточием перенесенной эмоции (что приводит к перенасыщению тревоги), — то вероятность развития симптома возрастает (Guerin, Fogarty, Fay & Kautto, 1996).

Наиболее вероятно, что симптомы разовьются у самого уязвимого индивида (с точки зрения изоляции и слабой дифференциации) или же он окажется в центре конфликта отношений.

Механизмом этого отбора является процесс мультигенеративной передачи. Например, рассмотрим десятилетнего ребенка с поведенческими нарушениями в контексте генограммы из трех поколений. Из теории следует, что из всех детей в семье симптоматичный ребенок является самым включенным в процесс триангуляции и, таким образом, сильнее всего захвачен напряжением, существующим между родителями, или находится под наибольшим воздействием внешнего напряжения одного из родителей. Мультигенеративный процесс за этим симптоматичным комплексом, рассматриваемый как побочный продукт уровня родительской дифференциации от их исходных семей, отыгрывается и обостряется сначала внутри брака, затем передается через отношения между родителями (согласно Боуэну, обычно матерью) и симптоматичным ребенком.

Клиническая методология, следующая из этой формулировки, направлена на: (1) повышение способности родителей справиться со своей тревогой, а благодаря этому и с проблематичным поведением их ребенка, и (2) подкрепление уровня эмоционального функционирования родителей путем совершенствования их способности функционировать с меньшей тревогой в исходных семьях. При этом подходе можно рассматривать ребенка, а можно и не рассматривать. Исходный подход Боуэна заключался в том, что он успокаивал родителей и обучал их более эффективно обращаться с проблемой.

Горин и Фогарти модифицировали эту технику, сместив акцент на установление отношений с симптоматичным ребенком и работу с дисфункциональной борьбой и реактивным эмоциональным процессом в треугольниках нуклеарных семей. Работа с расширенной семьей откладывалась, если она не имела непосредственного и явного отношения к формированию и закреплению симптома. Другими словами, там, где Боуэн, как правило, прямо обращался к исходной семье, второе поколение боуэнянцев больше внимания уделяет нуклеарной семье и, вероятно, ожидает, чтобы начать работу с исходной семьей как способ подкрепления достижений и повышения качества личностного и семейного функционирования. Поведенческие нарушения у взрослых — например, повторное лишение работы, гнев, не поддающийся контролю, и различные варианты одержимости — состоянием, сексом или приобретениями — рассматриваются в контексте дисфункциональных треугольников между супругами и ребенком или взрослыми и ребенком, и планируются соответствующие клинические вмешательства.



Согласно Боуэну, поведенческие расстройства — умеренные или тяжелые — следуют из *эмоционального слияния*, передающегося от одного поколения к следующему. Эмоции затопляют интеллект, ухудшая рациональное функционирование и компетентность. Чем больше степень слияния, тем больше жизнь программируется примитивными эмоциональными силами, несмотря на обратные рационализации (Bowen, 1975). Более того, чем больше слияние между эмоциями и интеллектом, тем больше человек сливается с эмоциональными реакциями других людей. Эмоциональное слияние заключается в тревожной привязанности, которая открыто выражается или реактивно отвергается. И прилипший, зависимый человек, и отстраняющийся, изолированный — они оба одинаково захвачены эмоциональным слиянием, но просто по-разному это проявляют.

Эмоциональное слияние — это противоположность дифференциации. У сливающегося человека мало твердых взглядов и убеждений; признание и одобрение для него превыше всего, и решения он принимает, опираясь прежде всего на чувства, а не на рациональную мысль. Недифференцированному человеку важнее всего создать хорошее впечатление, и ему скорее всего свойственна либо догматичность, либо соглашательство.

Симптомы являются продуктом эмоциональной реактивности — острой или хронической. Они могут быть вызваны прессом управляемой тревоги сплоченности, вынуждающей соглашаться, либо разрушением слитых отношений, которые поддерживали функционирование человека (Kerr & Bowen, 1988). У недифференцированных людей может произойти уменьшение симптоматики (хотя необязательно ее разрешение), если они уйдут в безопасность зависимых отношений или будут избегать близости через дистанцирование. Из эмоционального слияния развиваются следующие паттерны симптоматики — несчастливые браки — с постоянными ссорами или эмоционально сдержанные; дисфункция у одного из супругов (сопровожаемая усиленным функционированием другого); или проецирование проблем на одного (или больше) из детей. Следующая клиническая иллюстрация продемонстрирует, как передается эмоциональное слияние исходной семьи.

После смерти отца м-р Клейн и его старшая сестра воспитывались матерью. Это была довольно зрелая и умная женщина, но после смерти мужа она полностью посвятила себя своим детям. Они были ее основным занятием, и формиро-

вание их судьбы стало главным ее жизненным проектом. Мать настаивала, чтобы дети соблюдали ее моральные принципы, упорно воспитывала их манеры, энергично требовала от них максимальной школьной успеваемости и сильно критиковала все, чем они хотели заниматься вне дома. Она не позволяла им контактировать с соседскими и школьными друзьями, так же как заниматься таким «пустым» времяпровождением, как игра в футбол или посещение школьных вечеринок.

В старшем подростковом возрасте м-р Клейн начал сопротивляться сильному контролю, которому подвергался со стороны матери. Его сестра так и не сумела вырваться на свободу и осталась одинокой, прожив всю жизнь с матерью. М-р Клейн, однако, решил стать самостоятельным. Но поскольку ему всегда говорили, что думать, куда идти и как себя вести, ему было трудно уехать и начать жить одному. Тем не менее благодаря своей решимости и энергичности он в конце концов в свои неполные двадцать один все же оставил дом, простившись с матерью. Он переехал в отдаленный город, начал работать и в конечном счете женился.

Женщина, на которой он женился, Лиза, происходила из большой, дружной семьи. Она и ее четыре сестры были очень привязаны друг к другу и оставались лучшими друзьями в течение всей жизни. У них были теплые и дружеские отношения с родителями; ни одна из сестер никогда не высказывала сомнения относительно этой модели семейной структуры.

Закончив среднюю школу, Лиза объявила, что хочет поступать в институт. Это противоречило семейной традиции, согласно которой дочери оставались дома и готовились к предстоящему замужеству и материнству. Таким образом между Лизой и родителями велась серьезная борьба; они хотели ее удержать, а она боролась за то, чтобы вырваться на свободу. В конце концов она уехала в колледж, но навсегда отделилась от своих родителей. Они ее простили, но не забыли того, как она нарушила семейную традицию.

После первой же встречи Лизу и м-ра Клейна потянуло друг к другу. Они оба были одинокими, и оба отсеки себя от своих семей. После короткого, страстного ухаживания они поженились. Медовый месяц не продлился долго. Так настоящему и не дифференцированный от своей властной матери, м-р Клейн был чрезвычайно чувствителен к любой попытке руководить им. Он выходил из себя даже при самом

незначительном усилии со стороны жены изменить его привычки. Слишком невыносимый многолетний диктат матери окончательно истончил его терпимость к контролю. Миссис Клейн, наоборот, страстно желала восстановить в своем браке ту близость, которая была в ее семье. Но чтобы сблизиться, ей с мужем пришлось бы заниматься совместными делами и завести общие интересы и привычки. Когда она делала попытки сближения, предлагая ему чем-нибудь заняться, он сердился и обижался, считая, что на его индивидуальность посягают. После нескольких месяцев конфликта в паре на некоторое время установилось относительное равновесие. М-р Клейн с большей энергией ушел в работу, где он чувствовал себя свободным и независимым, так что жене приходилось самостоятельно приспосабливаться к расстоянию между ними. Годом позже у них родился первый ребенок, Дэвид.

Оба были восхищены родительством, но то, что для м-ра Клейна было приятным прибавлением в семействе, для миссис Клейн стало средством удовлетворения ее отчаянной потребности в близости. Ребенок значил для нее все. В его младенчестве она была совершенной матерью — нежно любящей и заботливо удовлетворяющей каждую его потребность. Если он был голоден, она его кормила, если он мочил пеленки, она его перепеленывала, а когда он кричал — всякий раз, когда он кричал, — она брала его на руки. Когда м-р Клейн пытался подключаться к заботе о своем маленьком сыне, жена суежилась рядом, чтобы удостовериться, что он не делает чего-то «неправильного» с ее драгоценным младенцем. Конечно, это приводило м-ра Клейна в бешенство, и после нескольких ожесточенных ссор он постепенно оставил Дэвида в полное распоряжение своей жены.

Научившись ходить и говорить, Дэвид стал проказничать, как все дети. Он хватал все подряд, доставая до самых неожиданных мест, отказывался оставаться в своем манеже и капризничал всякий раз, когда у него что-то не получалось. Мать не выносила его плача. Она была не в состоянии ограничивать или контролировать этого драгоценного ребенка, в чьей любви она так ужасно нуждалась. Он плакал, когда она клала его спать в детскую кроватку. И хотя ей отчаянно требовалась некоторая передышка, а маленькому Дэвиду был необходим дневной сон, она настолько не могла выдерживать его крик, что спустя пять минут шла к нему и

уносила его вниз. Так появился паттерн, сохранившийся на всю жизнь.

Дэвид рос с холодным отцом и слепо любящей матерью, считая, что он центр вселенной. Он был уверен, что может получить все, что пожелает. Расстраиваясь, он всякий раз доходил до иступления. Как бы плохо ни шли дела в семье, в ней по крайней мере сохранялось что-то вроде равновесия. Отец отделился от жены и сына, но у него была работа. Мать отстранилась от мужа, но у нее был ребенок. Хотя тот и был упрямым и непослушным, но зато давал ей любовь, которой она жаждала. У Дэвида появились проблемы, когда он пошел в школу. Привыкший делать все по-своему, он не желал играть вместе с другими детьми или соблюдать общие правила. Его вспышки раздражения отнюдь не внушали школьным воспитателям или учителям любви к нему. Другие дети избегали его, и он рос почти без друзей. С учителями он отыгрывал войну своего отца против любых попыток контролировать его. Когда миссис Клейн слышала жалобы об отказе Дэвида выполнять требования школы, она вставала на сторону сына («Эти люди совсем не знают, как обращаться с творческим ребенком»). Так что она переводила его из одной школы в другую. Но везде возникали одни и те же конфликты.

У Дэвида сформировался чудовищный паттерн приспособления к школе и одноклассникам, но он сохранял чрезвычайно близкие отношения с матерью. В подростковом возрасте произошел кризис. Подобно своему отцу, Дэвид попытался найти независимые интересы вне дома. Однако он был гораздо менее способен к отсечению, чем отец, а мать оказалась столь же неспособной позволить ему уйти. Результатом стало начало затяжных конфликтов между Дэвидом и матерью. Даже споря и ссорясь, они все равно оставались центрированными друг на друге. Дэвид потратил больше времени, борясь с матерью, чем на какие-нибудь занятия вне семьи.

Хотя в конце концов Дэвид покинул дом в свои двадцать пять, он остался сильно ограниченным человеком. Он не умел позаботиться о себе и поэтому был вынужден довольствоваться то одной, то другой бесполезной и неинтересной работой. Так и не научившийся идти на компромисс или приспосабливаться к другим детям, он сталкивался с большими трудностями в заведении знакомств. Остальную часть

своей жизни он провел в одиночестве, вдали от всех, минимально приспособленный к существованию. Хуже всего, что он даже не нашел утешения в теплых отношениях со своей матерью.

История Дэвида иллюстрирует компоненты боуэновской теории поведенческих расстройств. Оба его родителя остались относительно недифференцированными от эмоционально слитых семей. Управляемые собственными эмоциональными потребностями, родители мистера и миссис Клейн слишком долго удерживали своих детей слишком близко к себе. Это слияние резко ограничивает независимое мышление и поведение. Из-за родительских сдерживаний трудно поступить иначе, чем рефлекторно уступить или противостоять им.

Как объяснила Бетти Картер (личное общение), симптомы вспыхивают, когда «вертикальные» проблемы тревоги и токсичные семейные темы, которые передаются сквозь поколения, пересекаются с «горизонтальными» стрессами, возникающими в переломные моменты жизненного цикла семьи. Таким образом, период наибольшей уязвимости у Дэвида наступил после того, как он унаследовал от своей матери неразрешенное слияние, которое пересеклось со стрессом его подростковой потребности в независимости.

За редким исключением, даже эмоционально слитые дети достигают момента, когда пытаются отделиться. Но отделение в таких случаях обычно сопровождается эмоциональным отсечением, а не зрелым освобождением от семейных уз. В детстве мы выстраиваем с нашими родителями детские отношения. Мы зависим от них, а они заботятся о нас, мы некритически принимаем большинство их установок и убеждений и ведем себя так, чтобы в большинстве случаев добиваться от них того, что нам нужно. Это обычно подразумевает некое сочетание хорошего поведения в терпеливом ожидании вознаграждения, с огорчениями, сопровождающими требования. Это детское поведение в основном не срабатывает во взрослом мире. Однако большинство из нас оставляют дом до перехода к паттерну «взрослый со взрослым» в отношениях с нашими родителями. Мы, да и они, только начинаем изменяться, когда наступает время уходить.

Кроткий, терпеливый ребенок может стать несколько более настойчивым и требовательным в подростковом возрасте. Вполне предсказуемо, что родители реагируют на это разочарованием

и гневом. Но вместо того чтобы переждать бурю, большинство людей обижаются и отстраняются. Происходит *эмоциональное отсечение*. Вместо того чтобы оставаться в семье достаточно долго для того, чтобы перевести отношения на взрослую основу, большинство людей решают, что единственный способ справиться с родителями — уехать от них. К несчастью, это только дает иллюзию независимости.

Дочь, которая не осталась с родителями после стадии хорошей девочки, вероятно, займет подобную позицию вне дома. Когда это не сработает, она может отреагировать всплывчиво — что тоже не сработает. Те, кто отсекает себя от родителей, чтобы минимизировать напряжение, остаются при своем детском поведении.

Согласно Боуэну, люди склонны выбирать партнеров с эквивалентными уровнями недифференциации. Это может проявляться совершенно по-разному — например, крайняя зависимость у одного и крайняя независимость у другого, но в основе — один и тот же уровень незрелости. Изучение резкого возрастания проблем после отсечения нуклеарных семей от расширенных (Kerr, 1971) в основном подтверждает боуэновскую точку зрения. Когда назревает неизбежный конфликт, каждый супруг осознает, каково участие эмоциональной незрелости, — но у другого. Каждый готов к изменению — в другом. Он обнаруживает, что ее обращение, с ним как с отцом вызывает в нем не только зависимость-прилипание, но и эмоциональные тирады и вспышки раздражения. Она понимает, что стоит ей о чем-то его попросить, как он уходит от близости, которую она считала такой привлекательной при уходе за ним. Он сбежал от своих родителей, потому что нуждался в близости, но не умеет обращаться с этой близостью. Столкнувшись с конфликтом, он снова бежит. К сожалению, то, что вызвало у них интерес друг к другу, может превратиться в то, из-за чего они охлаждаются друг к другу.

За этим следует супружеский конфликт, дисфункция у одного из супругов, нездоровая сверхзабоченность одним из детей или сочетание всего этого. Независимо от того, какова представляемая проблема, динамика одинакова: недифференциация в исходных семьях переносится в супружеские проблемы, которые, в свою очередь, проецируются на симптоматийного супруга или ребенка. Таким образом, проблемы прошлого поражают будущее.

## Цели терапии

Большинство людей, вероятно, признают, что нерешенные семейные проблемы, передающиеся через поколения, продолжают мучить нас в настоящем. Но большинство людей также предпринимают безнадежно сбивающую с толку попытку выявить базисный паттерн. Они составляют сложные генограммы и обнаруживают, что был великий дядя Фред и великая бабушка Харриет. И что же?

Исследование паттерна семейных проблем подразумевает, что следует обратить внимание на две вещи: *процесс* и *структуру*. Это ключ к терапии по Боуэну. Процесс связан с паттернами эмоциональной реактивности; структура — с паттернами взаимосвязанных треугольников.

Цель боуэнианской терапии состоит в том, чтобы снизить тревогу и увеличить самодифференциацию. Не хватает только пустяка: подлинное изменение в семейной системе требует перестройки закрытых семейных связей и детриангуляции, что создает условия для личностной независимости и роста. В лечении, которое напоминает психоанализ в естественных условиях, роль симптомов преуменьшается. Предполагается, что проблемы присущи системе, а не человеку и к изменениям в личности идут через изменение в отношениях с другими. Чтобы изменить систему и дать возможность членам семьи достигнуть более высокого уровня дифференциации, следует произвести модификацию в самом значимом треугольнике в семье — в том, который включает в себя супружескую пару. Чтобы выполнить это, терапевт создает новый треугольник — с самим собой и двумя основными членами семьи. Если терапевт находится в контакте с супругами, оставаясь все время эмоционально нейтральным, то супруги могут начать процесс детриангуляции и дифференциации, что коренным образом и окончательно изменит семейную систему.

По-видимому, специфические задачи терапии прогрессивно становятся все более неопределенными по мере возрастания размера единицы лечения. Изменения, которых ждут от личности, следует достаточно обстоятельно объяснять, включая конкретные подробности (ср. Ford & Urban, 1963); задачи для нуклеарных семей несколько менее конкретны. Когда Боуэн описывал задачи расширенной семьи (сопротивляющейся цели самодифференциации отдельного ее члена), он, по-видимому, считал, что достаточно обсудить установление прямых отношений и отказ от треугольников.

Сложный клинический подход Горина имеет более дифференцированный набор терапевтических задач, выведенных из чрезвычайно стройной модели, которая разрабатывалась для работы с проблемными детьми и подростками, супружеским конфликтом и дисфункциональными взрослыми. Общие цели Горина таковы: (1) помещение представляемой проблемы в контекст мультигенеративной системы при помощи построения полной и точной генограммы; (2) соединение с ключевыми членами семьи и работа над снижением их тревоги и уровня эмоционального возбуждения и тем самым снижением тревоги во всей системе; (3) определение параметров центрального симптоматийного треугольника, а также других значимых взаимосвязанных треугольников. Более специфические задачи определяются представляемой проблемой и тем, какая единица семьи (мать и ребенок, нуклеарная семья, супружеская пара, индивид) первой попадает под клинический фокус.

В работе с супружеским конфликтом Горин с коллегами (1987, 1996) оценивают прогресс, наблюдая за специфическими областями улучшения. Оцениваемые области соответствуют критериям, используемым Горином для измерения тяжести конфликта: критерий семейной системы, включающий эмоциональный климат, кластерный стресс и интенсивность триангуляции; критерий супружеской диады, включающий коммуникацию, протяженность отношений, близость, синхронность по типу преследователь — дистанцирующийся; личностный критерий, включающий в себя степень проекции в сравнении с центрированностью на себе и нейтрализацию чувства обиды и горечи. При работе с отдельным индивидом с использованием семейного системного формата Горин предлагает следующие задачи: работа над тревогой и депрессией путем увеличения функционального присоединения и свободы в действиях через мультигенеративный союз.

Моника Мак-Голдрик от лица феминисток утверждает, что нейтральный подход к супружеским отношениям недостаточен, если нужно помочь парам достичь компромисса. Поскольку супружеские отношения основываются на присущей им диспропорции, добросовестные терапевты должны осознавать неравенство и активно работать над тем, чтобы исправить это положение. Это означает введение проблемы тендерного неравенства, даже если она стоит не на первом месте в повестке дня пары:



«Большинству мужчин близость дается с трудом. Это часть их социализации. Мы начинаем сами признавать это и помогаем мужчинам измениться. Мы должны помочь им увидеть вредное воздействие доминирующей системы ценностей, которая затрудняет их эффективное отношение с семьей. В то же время нам следует помочь женщинам становиться эффективными в тех областях, где они неуспешны: обращение с деньгами, раздражение и участие в мире оплачиваемой работы и благосостояния». (McGoldrick, 1990)

Мак-Голдрик полагает, что экономическое неравенство между мужчинами и женщинами чрезвычайно влиятельно, и пренебрегает контекстом брака, не позволяя женщинам настаивать на изменениях, потому что им тяжелее быть материально самостоятельными. Деньги означают возможности для выбора. Таким образом, Мак-Голдрик убеждена, что важно воодушевлять женщин на развитие рабочей квалификации. Короче говоря, «гендерно-сенситивная терапия» расширяет лечебные задачи, даже когда семьи не выражают жалобы указанного контекста. Это означает, что внимание обращается на более широкий семейный контекст и на тендерные и классовые различия:

«Если положение жены в экономическом плане не жизнеспособно, то супружеская терапия может оказаться неосуществимой. Если она не в силах вступать в отношения с позиции равенства, претензия на договоренность может быть фарсом. Остерегайтесь того, что она захочет уйти, так и не достигнув какого-то осознания ограничений и своих возможностей.

Терапия с НИМ может включать рассмотрение его сновидений, ведение дневника, обучение тому, как сближаться с его детьми или друзьями.

Терапия с НЕЙ может включать обращение к ее резюме, курсы Дейла Карнеги или консультацию с экономистом и проведение отпуска от семейных обязанностей» (McGoldrick, 1990).

Бетти Картер так аргументирует тендерную сенситивность: «Супружеская терапия, игнорирующая сексизм, — все равно что реставрация шезлонгов на «Титанике».

## Условия для изменения поведения

Развитие способности отличать мышление от чувств и обучение использовать эту способность для решения проблем отношений — руководящий принцип боуэнианской терапии. Снижение тревоги и усиление самофокусировки — способности видеть и регулировать собственную роль в межличностных процессах — является ведущим механизмом изменений.

Понимание, а не действие — вот исцеляющее средство боуэновской терапии, и поэтому тот, кто думает в первую очередь о техниках, не сможет распознать два самых важных элемента. Атмосфера сеансов и позиция терапевта направлены на то, чтобы минимизировать эмоциональность. Терапевты формулируют такие вопросы, которые способствуют саморефлексии, и задают их каждому поочередно, вместо того, чтобы провоцировать семейный диалог, которому свойственна ненужная тенденция накалять атмосферу. Поскольку клиенты — не единственные, кто эмоционально реагирует на семейные драмы, боуэнианские терапевты стараются контролировать собственную реактивность и избегать триангуляции. Об этом проще сказать, чем выполнить. Ключ к сохранению детриангулированности заключается в том, что никогда нельзя вставать на чью-то сторону, а следует подталкивать каждую сторону к принятию большей ответственности за улучшение положения.

Если человек триангулирован, это означает, что он на чьей-то стороне. Всякий раз, когда поведению какого-то человека приписываются мотивы («Муж доминирует»), понимание процессов, выходящих за пределы одной личности, теряется. Вместо того чтобы становиться чьими-то сторонниками (открыто или как-то иначе), терапевты сопротивляются триангуляции, убеждая людей определять свои отличия от других. И поскольку взаимные обвинения в первую очередь затрудняют решение проблем, людям помогают увидеть свое процессуальное участие.

Терапевтам следует научиться принимать неизбежную эмоциональность семей, *не становясь реактивными*. «Обучение зависит от наличия мужества к тому, чтобы неоднократно принимать участие в эмоционально напряженных ситуациях и выдерживать тревогу и внутреннюю эмоциональную реактивность, связанные с этим участием. Эта тревога вызывается попыткой быть больше самим собой, и она прогрессивна, а не регрессивна» (Kerr & Wo-

wen, 1988, с. 130—131). Терапевты должны избегать автоматической услужливости или противодействия, доминирования, подчиненности или определения кого-то козлом отпущения. Другими словами, как членам семьи нужно научиться преодолевать эмоционально управляемые автоматические реакции — успокаивание, контроль или смещение фокуса, — так и терапевтам нужно делать то же самое.

Горин полагает, что если семья появляется в кризисный период, то нужно попросить их обсудить этот кризис, чтобы их волнение утихло. Горин называет это «охлаждением эмоциональной перегрузки» (Guerin & Pendagast, 1976). Начинающие семейные терапевты часто делают ошибку, пытаясь слишком быстро переключить внимание клиентов от того, что беспокоило их изначально, к тому, что представляет больший теоретический интерес для самих терапевтов. Поэтому, даже когда терапевт хочет, чтобы люди задумались о собственном участии в проблемах, он сперва благоразумно выслушивает их и выражает понимание к тому, что они чувствуют.

Боуэн отличался от большинства системных терапевтов убеждением, что значимое изменение не требует присутствия всей семьи<sup>1</sup>. Он полагал, что изменение инициализируется индивидами или парами, способными оказать воздействие на остальную часть семьи. Терапию можно описать как процесс, развивающийся изнутри наружу. Самодифференциация, которая начинается как персональный и внутренний процесс, является средством преобразования отношений и всей семейной системы.

Терапия не может требовать присутствия всей семьи, но *действительно* должна понять всю семью. Изучения нуклеарной семьи недостаточно. Боуэн подчеркивал важность расширенной оценки, что видно, например, из следующего высказывания: «Семейный терапевт может лечить обоих родителей и их шизофренического сына, но не придавать особого значения факту, что родители эмоционально отсечены от своих исходных семей. Отсечение родителей от прошлого подрывает их способность перестать фокусироваться на проблемах сына; и опять терапия будет неэффективна» (Kerr & Bowen, 1988, с. vii).

Часть процесса самодифференциации заключается в развитии личных отношений с каждым в расширенной семье. Влияемость этих связей может показаться таинственной — осо-

Хотя готовность понять индивидов стала банальностью среди фокусированных на решении и нарративных терапевтов, они не всегда исходят из системной перспективы.

бенно для людей, которые не считают, что их благосостояние зависит от семейных отношений. Однако если немного задуматься, то можно понять, что преумножение числа значимых отношений позволяет индивиду увеличить свою эмоциональную энергию. Вместо того чтобы сосредоточивать инвестирование на одном или двух семейных отношениях, оно распределяется на несколько. У Фрейда было сходное понятие об интрапсихическом уровне. В «Наброске научной психологии» Фрейд описал свою неврологическую модель психики. У незрелой психики мало выходов («катексис») для канализации психической энергии, следовательно, она лишена гибкости или у нее мало пропускной способности, чтобы задерживать реакции. Зрелая психика, наоборот, имеет много каналов реагирования, что наделяет ее большей гибкостью. Боуэновское понятие увеличенной эмоциональной семейной сети, как и модель Фрейда, подробно описано.

Поскольку мы учимся устанавливать отношения с семьей в детстве, мы умеем контактировать с ними как дети. Большинство из нас оставляют дом прежде, чем становятся взрослыми людьми, поэтому мы продолжаем реагировать на своих родителей, братьев и сестер по-детски. Более того, мы аналогично реагируем в любых новых отношениях, которые точно так же задевают нашу неизменившуюся чувствительность. Возврат в семью — в качестве взрослых — позволяет нам понять и изменить старые навыки. Это, в свою очередь, освобождает нас от отыгрывания детских реакций в будущих отношениях. Этот акцент на расширенной семье — одна из уникальных и характерных особенностей системной теории Боуэна.

Считается, что нерешенные напряжения в семьях приводят к образованию ряда накладывающихся друг на друга треугольников (Andres, 1971). Конфликт между двумя людьми переходит на третьего, который состоит в треугольнике. С возрастом напряжения может быть привлечен четвертый человек, минуя третьего. В семье с огромным напряжением и равной ему тенденцией к эмоциональному отсечению доступные треугольники будут в конечном счете исчерпаны, и семья перейдет к триангуляции с посторонними. В качестве постороннего может быть друг, священник, коллега или психотерапевт. Если чужой входит в контакт с двумя сторонами треугольника (например, матерью и отцом), этот человек тоже триангулируется или отходит в сторону (Bowen, 1976). Если чужой является терапевтом, то он может оставаться в контакте с парой, но избегать эмоциональной триангуляции.

Терапия с парами основывается на предпосылке, что напря-

жение в паре рассеивается, если она приходит к контакту с третьим человеком (к устойчивому треугольнику) — при условии, что тот человек остается нейтральным и объективным, а не впускается эмоционально. Таким образом, терапевтический треугольник может перевернуть коварный процесс поддерживающей проблеме триангуляции. Кроме того, изменение в любом треугольнике изменяет всю семейную систему.

Семейная терапия с индивидами основывается на предположении, что если один человек в семье достигает более высокого уровня дифференциации, то это позволяет другим членам семьи сделать то же самое. Боуэнианцы объясняют индивидам, что такое треугольники, а затем готовят их к возвращению в семьи, где они занимаются самодетриангуляцией, вырабатывают большую объективность и таким образом достигают постепенного уменьшения эмоциональной реактивности. Это, в свою очередь, оказывает терапевтическое воздействие на все системы, в которых участвуют эти индивиды.

## Техники

Боуэнианские терапевты считают, что понимание того, как функционируют семейные системы, гораздо важнее любой техники. Сам Боуэн говорил о «техниках» с презрением и болезненно воспринимал любого, полагающегося на шаблонные вмешательства, мало или совсем не понимая того, как функционируют семейные системы. Хотя и справедливо, что независимо от степени сосредоточенности на теории все терапевты должны что-то *делать*, боуэнианцы настаивают, что важно не позволить себе озабочиться специфическими методами — не увлечься поиском волшебного средства.

Если и *есть* волшебное средство боуэнианской терапии — обязательная техника, — то это «вопрос о процессе». Вопросы о процессе задаются для того, чтобы остудить людей, снизить их реактивную тревогу и подвести к осмыслению, но не того, как их расстраивают другие, а того, как они вовлечены в качестве участников интерперсональных паттернов.

При интервьюировании супружеской пары терапевт спросил мужа, давнего алкоголика, пытающегося избавиться от алкогольной зависимости: «Вы задумывались о том, что ваш алкоголизм заставляет страдать вашу жену и детей?»

Когда мужчина признал ответственность за свое пристрастие

и, казалось, искренне раскаялся, терапевт стал интересоваться о его продвижении к избавлению от привычки, снова используя вопросы о процессе, чтобы сосредоточиться на рациональном планировании и личной ответственности:

«Что так затрудняет сделать этот шаг?»

«Самолюбие».

«В чем оно проявляется?»

«Я становлюсь злым».

Обратите внимание, как эта линия вопросов исследует не только личный прогресс человека, но и то, как его проблемы сказываются на других членах семьи. Отношения происходят в системной паутине соединений, но каждый индивид отвечает за свое поведение.

Затем терапевт перешел к обсуждению роли жены в проблемах пары. «Так, вы заслуживаете лучшего, взяв на себя ответственность за пьянство и поведение, вызванное им? Вы думаете, ваша жена оценивает тот прогресс, который вы делаете?» И несколько минут спустя: «Доводилось ли когда-нибудь вашей жене говорить о том, что она сделала такого, что ваши отношения складываются плохо?»

Когда терапевт спросил жену, что она думает обо всем этом, она с расстроенным видом рассказала о том, как ей надоело выносить поведение своего мужа; вот теперь он уговаривает простить его и вернуться к нему. Хотя терапевту хотелось, чтобы она в конечном счете задумалась о собственной роли в процессе построения этих отношений, он начал с сочувствия ее переживаниям. «Так, он просто извел вас и вам надоело его попытки заставить вас изменить свое мнение?» Спустя несколько минут терапевт попытался перестроить жену на большую осмысленность и меньшую чувственность. «Не могли бы вы подытожить свои размышления о том, как вы пришли к этим заключениям?» А когда жена вновь вышла из себя и стала обвинять своего мужа, терапевт только слушал. Чуть позже он спросил: «Что вы делаете, сталкиваясь с этой дурной привычкой?»

«Я расстраиваюсь».

«Вы не знаете, что вы делаете такого, что заводит его?»

«Нет».

«Говорил ли он вам когда-нибудь об этом?»

Обратите внимание, как эта серия вопросов представляет попытку терапевта исследовать процесс отношений пары, когда он просит обоих партнеров подумать о том, что происходит между ними, углубить свое понимание собственного вклада в ситуацию и рассмотреть, что они планируют сделать, чтобы взять на себя ответственность за ее улучшение.

Последователи Боуэна тоже задают вопросы, но иногда идут дальше, бросая вызов, конфронтируя и объясняя. Так, Бетти Картер задает такие вопросы, которые помогают парам понять их ситуацию, но затем старается интенсифицировать процесс, ускоряя его объяснениями того, что сработает, а что нет, и заданиями, рассчитанными на то, чтобы вывести людей из треугольников. Например, она может попросить жену посетить свекровь или мужа — позвонить своей матери. Другой любимый прием Картер — воодушевлять людей на написание писем, обращенных к нерешенным проблемам в семье. Чтобы не дать превратиться написанию этого письма в простое отчитывание людей, клиентов привлекают к письму и помогают им исключить из него гнев и эмоциональную реактивность.

Горин разработал, возможно, больше клинических моделей, чем любой другой боуэнианец, в которых представлены конкретные методы для конкретных ситуаций. Его классификация супружеского конфликта по четырем стадиям тяжести с подробными рекомендациями для работы с каждой (Guerin et al., 1987) — самая продуманная демонстрация его хорошо проработанной техники.

Боуэн обучал многим методам, нацеленным на одни и те же цели. Но независимо от того, включает ли лечение нуклеарную семью, супружескую пару, индивида или множественные семейные группы, усилие всегда направляется на изменение целостной семейной системы.

## БОУЭНИАНСКАЯ СУПРУЖЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Боуэнианцы предпочитают по возможности все время работать с обоими родителями или партнерами. После того как терапевт присоединяется к паре, формируется терапевтический треугольник. Если терапевт избегает вставать на чью-то сторону,

пара вынуждена иметь дело друг с другом. По эмоциональному настроению сеансы должны быть достаточно живыми, чтобы быть значимыми, но достаточно сдержанными, чтобы быть объективными. Это достигается при помощи более или менее провокационных вопросов и путем регулирования объема интеракций между партнерами. Когда все спокойно, к противоречивым чувствам можно подходить более объективно, и партнеры могут разговаривать друг с другом рационально. Но когда чувства обгоняют мысль, лучше всего задавать вопросы, которые заставят пары больше думать и меньше чувствовать и разговаривать с терапевтом, а не друг с другом. Супруги, годами спорившие по одному и тому же поводу, часто с изумлением обнаруживают, что впервые по-настоящему услышали друг друга, когда слушали, как партнер разговаривал с терапевтом. Проще слушать, если не занимаешься планированием собственного ответа. Когда ситуацию охладить никак не удастся, Фогарти (Fogarty, 1976b) рекомендует встречаться с супругами на отдельных сеансах.

Вопреки распространенному убеждению, пары не решают свои проблемы, лишь разговаривая о них. Предоставленные самим себе, они склонны непродуктивно спорить, сваливая ответственность друг на друга, и жаловаться, вместо того чтобы договариваться. Изменение требует говорения *и* слушания. Из-за универсальной тенденции видеть только то, что сделал другой для возникновения проблемы, необходимы особые приемы, чтобы помочь членам семьи увидеть процесс, а не только содержание своих интеракций, разглядеть собственное участие в процессе, а не винить других и, наконец, измениться.

Горин (Guerin, 1971) рекомендует «замещающую историю» как средство, которое помогает членам семьи отойти на достаточное расстояние друг от друга, чтобы разглядеть собственное участие в семейной системе. В замещающей истории говорится о других семьях со сходными проблемами. Например, паре, слишком увлеченно нападающей друг на друга, чтобы слушать, можно сказать: «Наверное, ужасно тяжело, когда тебя не слушают. В прошлом году у меня была пара, которая никак не могла перестать спорить, чтобы начать слушать друг друга. Только после того как я разъединил их и они выпустили пар на нескольких индивидуальных сеансах, у них, кажется, появилась какая-то способность слушать то, что говорит другой».

Замещение можно также использовать в рамках опроса, чтобы не вызвать реакции раздражения или защиты. Вместо того



чтобы спрашивать у кого-то в расстроенном и злобном состоянии, когда, по его мнению, он сможет разделаться с этими чувствами, чтобы начать работать над изменением проблемной ситуации, — что может вызвать у него подозрение, что его чувства не принимаются, — терапевт мог бы задать такой вопрос: «Как вы думаете, люди могут совладать со злостью и расстроенным состоянием?» Или, если вопрос, почему вы не можете сделать то-то и то-то, вызывает у вопрошаемого защитную реакцию, то терапевт может спросить: «Что, по вашему мнению, так мешает людям сделать этот шаг?»

Горин также использует в качестве замещающих материалов фильмы. Если люди сохраняют надлежащую эстетическую дистанцированность, они могут настолько эмоционально включиться в кинофильм, что это оказывает воздействие, но в то же время они остаются достаточно отстраненными, чтобы быть объективными. Недостаточная дистанцированность во время терапевтического сеанса или слишком провокационного кинофильма дает эмоциональный опыт, лишенный рефлексии. Излишняя дистанцированность, как в лекции или в правоучительном фильме, не обеспечивает необходимой вовлеченности и не оказывает воздействия. Горин отобрал такие фильмы, как «Крамер против Крамера», «Война Роузов», «Я никогда не спою моему отцу», «Сцены из супружеской жизни» и «Вываться на свободу», чтобы использовать их как замещающие материалы, демонстрирующие семейные динамики, для стажеров и проходящих терапию семей.

Вооруженный знанием о треугольниках, терапевт стремится сохранять нейтральность и объективность. Это требует оптимального уровня эмоциональной дистанцированности, что, по словам Боуэна (1975), является положением, с которого терапевт может видеть и трагические, и комические аспекты взаимодействий в паре. Хотя проблемы других людей — не повод для смеха, чувство иронии может быть предпочтительнее напыщенной серьезности, так популярной в некоторых кругах.

Чтобы оставаться детриангулированным, нужно сохранять спокойный тон и говорить о фактах больше, чем о чувствах. Эта спокойная объективность со стороны терапевтов-боуэнианцев выражается и укрепляется через использование вопросов о процессе, нацеленных на то, чтобы прорваться через эмоциональную реактивность и установить контакт с рассудочностью членов семьи.

В то время, когда говорят партнеры, терапевт концентриру-

ется на *процессе* их интеракций, а не на обсуждаемых деталях. Концентрация на содержании обсуждения — признак того, что терапевт эмоционально втупан в проблемы пары. Может быть, и сложно не дать себя втянуть в жгучие темы, например о деньгах, сексе или дисциплине, но работа терапевта — не улаживать споры, а помогать парам делать это самим. Цель заключается в том, чтобы позволить клиентам выразить терапевту свои идеи, мысли и мнения в присутствии партнеров. Если кто-то срывается в слезы, терапевт остается спокойным и интересуется мыслями, которые вызвали эти слезы. Если пара начинает спорить, терапевт становится более активным, спокойно задавая вопросы сначала одному, а потом другому, направленные на их соответствующие мысли. Ежеминутные просьбы о детализированном описании событий — один из лучших способов подавить раскаленную эмоцию и освободить место для мысли.

Хотя Боуэн считал строгий нейтралитет обязательным, его последователи с феминистскими взглядами полагают, что важно обращаться к проблемам неравенства, даже если пары их не поднимают. Бетти Картер, поднимая тендерную проблематику, выясняет, кто чем занимается в семье и сколько времени каждый родитель проводит с детьми. Она спрашивает у каждого партнера, сколько он зарабатывает. Когда обнаруживается обычное расхождение, она спрашивает: «Как вы думаете, какую это играет роль в процессе принятия решений?»

Метафоры комплементарности полезны для выдвижения на передний план процесса, скрытого под содержанием семейных интеракций. Фогарти (1976b), например, описал динамику пар «преследователь — дистанцирующийся». Чем больше один преследует — настаивает на большем общении и сплоченности, — тем больше другой дистанцируется — смотрит телевизор, работает допоздна или сбегает к детям. Партнеры часто преследуют и дистанцируются в разных областях. Мужчины обычно дистанцируются в эмоциональном, а преследуют в сексуальном плане. Хитрость в том, чтобы, согласно Фогарти, «никогда не преследовать дистанцирующегося». Вместо этого нужно помочь преследователю исследовать свою внутреннюю пустоту. «Что есть в вашей жизни другого, кроме другого человека?» И для терапевтов важно не преследовать дистанцирующихся. Более вероятно, что дистанцирующийся сблизится с семьей, если все перестанут его преследовать.

Чтобы подчеркнуть потребность в объективности, Боуэн на-

зывал терапевтов «тренерами» или «консультантами». Он вовсе не подразумевал под этим холодность или безразличие, а скорее подчеркивал нейтральность, необходимую для того, чтобы избежать триангуляции. В традиционной терминологии это звучит как «справляться с переносом и контрпереносом». По аналогии с аналитиками, которые сами проходят анализ, чтобы распознать собственный контрперенос, Боуэн считал, что самодифференциация от собственной семьи — лучший способ избежать эмоциональной триангулированное™ с парами. Горин полагал, что самый лучший способ прийти к подлинному пониманию семейных идей заключается в том, чтобы попытаться это сделать в собственной семье (Guerin & Fogarty, 1972).

Чтобы помочь партнерам определиться в позициях самодифференциации, терапевту полезно встать на «я-позицию» (Guerin, 1971). Чем сильнее терапевт очерчивает свою автономную позицию по отношению к семье, тем проще членам семьи отделиться друг от друга. Они постепенно учатся спокойно излагать свои убеждения и взгляды и действовать в соответствии с ними, не критикуя других или не расстраиваясь слишком из-за их реакций.

Когда начинает дифференцироваться один партнер, у другого может нарушиться равновесие и он будет оказывать давление, чтобы вернуть прежний статус-кво (Carter & Orfanidis, 1976). Если спокойно переждать его эмоциональную контрреакцию, не уступая или не реагируя враждебно, оба партнера могут продвигаться к более высокому уровню дифференциации. Процесс происходит маленькими шажками, когда пары то обособляются, то спланиваются. В конечном счете, когда каждый достигает достаточно хорошо артикулированного «я», пара может прийти к взаимной заботе и уважению, вместо того чтобы продолжать пытаться переделать друг друга по своему образу и подобию.

После достижения парами достаточной гармонии и прогресса в самодифференциации Боуэн обучал их тому, как действуют эмоциональные системы, и поощрял их исследовать такие пути отношений в собственных семьях (Bowen, 1971). Он готовил их к этому, сперва время от времени ссылаясь соответствующим образом на их семьи. Если пары осознавали значение своего предыдущего семейного опыта для нынешних проблем, переход к фокусу на исходные семьи происходил более гладко.

Например, женщину, вжившуюся в роль эмоционального преследователя, можно попросить описать отношения с отцом, а

затем сравнивать их с ее нынешними отношениями с мужчинами. Ей, по-видимому, целесообразно перестать быть столь поглощенной мужем и детьми, и тогда терапевт поощряет ее установить связь с наиболее эмоционально дистанцированными членами ее исходной семьи — обычно таковым бывает отец. Идея здесь не в том, чтобы перевести ее присоединение от одного набора отношений к другому, а в том, чтобы помочь ей понять, что интенсивность ее потребности отчасти вызвана незаконченным делом прошлого. Когда человек понимает и начинает адресовывать неудовлетворенные желания к их источнику, это может помочь ему достичь более сбалансированных отношений в настоящем и больше фокусироваться на себе и собственных потребностях.

Керр (Kerr, 1971) предлагает терапевтам после обсуждения проблем отношений в нуклеарной семье иногда задавать вопросы о сходных паттернах в исходной семье. Если члены семьи увидят, что повторяют прежние паттерны, более вероятно, что они осознают свою эмоциональную реактивность. Не так давно Николе работал с парой, неспособной решить, что делать со своей умственно отсталой дочерью-подростком. Хотя у дочери было серьезное нарушение и она фактически была неуправляемой, мать никак не могла решиться на госпитализацию. Когда ее спросили, что сделала бы в этом случае ее мать, она без колебаний ответила, что ее многострадальная мать была бы истерзана виной от одной только мысли о госпитализации — «независимо от того, насколько страдали бы она и остальная часть семьи». Без комментариев.

Если терапия переходит в долгосрочный формат, то обучение становится более дидактичным. Знакомство с семейной системной теорией позволяет людям отслеживать паттерны, имеющие над ними власть, так что они могут освободиться от этих паттернов. Подобная информация полезна, если напряжение ослаблено, но сохраняется опасность того, что во время конфликтов и приступов тревоги это напряжение вновь прорвется. В таких ситуациях та или иная сторона в ссорящейся паре склонна искажать любые заявления о жизни семьи, чтобы закрепить свою позицию. Подобное воспламенение заставляет воюющих партнеров делать друг из друга «неправых», чтобы самим оставаться «правыми», потому что они «услышали» многое из сказанного терапевтом так, будто это направлено либо «за», либо «против» них. Но, успокоившись, они приходят к пониманию идеи — что-

бы одному быть правым, другому нужно ошибаться — и могут что-то усвоить из дидактических сессий. Во время изучения системной теории обоим партнерам дается задание посетить свою родину, чтобы продолжить процесс дифференциации в расширенных семьях. В течение этой фазы лечения — стадии тренировки, — по мнению Боуэна, редкие встречи не только возможны, но и желательны (1976). Уменьшение частоты сессий вынуждает людей становиться более изобретательными.

## **БОУЭНИАНСКАЯ ТЕРАПИЯ С ОДНИМ ЧЕЛОВЕКОМ**

Личный успех Боуэна в дифференциации от своей семьи убедил его, что отдельный высоко мотивированный человек может стать осью для изменения всей семейной системы (Anonymous, 1972). Впоследствии он сделал семейную терапию с одним человеком главной частью своей практики. Он использовал этот метод с одним супругом (супругой), когда другой отказывался от участия, или с одинокими взрослыми, проживающими вдали от родителей, либо если последние не посещали терапию. Кроме этих случаев, в которых Боуэн делал вид, что действует добровольно, он использовал этот подход шире со специалистами по психическому здоровью. Расширенная семейная работа с партнерами также является фокусом лечения пар, после того как существующая тревога и симптомы ослабляются.

Цель работы с индивидами та же самая, что и при работе с большими единицами: дифференциация. С индивидами фокус наводится на разрешение невротических паттернов в расширенной семье. Это означает развитие прямых персональных отношений, восприятие членов семьи как людей, а не как эмоционально наполненных образов, обучение самонаблюдению в треугольниках и, наконец, самодетриангуляция (Bowen, 1974).

Степень неразрешенной эмоциональной привязанности с родителями определяет уровень недифференциации. Чем значительнее степень недифференциации, тем экстремальнее усилия в достижении эмоциональной дистанции либо через защитные механизмы, либо через физическое расстояние. Человек может справиться с умеренной тревогой, оставаясь с родителями — молча или избегая персонального обсуждения, но, если тревога воз-

растает, он может посчитать необходимым выйти из комнаты или даже уехать из города. Однако сбежавший из дома настолько же эмоционально привязан, что и тот, кто остался и прибегает к механизму психологического дистанцирования, чтобы ограничить привязанность. Люди, избегающие контакта, нуждаются в близости, но не умеют с ней обращаться. Если напряжение возрастает и в других их близких отношениях, они снова бегут.

Два бесспорных признака эмоционального отсечения — это отрицание важности семьи и преувеличенная видимость независимости. Отсеченные люди хвастаются своим освобождением и нечастыми контактами со своими родителями. Противоположной эмоциональному отсечению является открытая система отношений, в которой члены семьи имеют подлинный, а не ограниченный эмоциональный контакт. Боуэнианская терапия разрабатывалась для того, чтобы увеличить протяженность и близость соединений с расширенной семьей. Фактически Боуэн считал результаты расширенной семейной работы важнее работы непосредственно с нуклеарной семьей (Bowen, 1974).

Существуют две предпосылки к самодифференциации в расширенной семье: некоторое знание о том, как функционирует семейная система, и сильная мотивация к изменению. Трудно выдержать напряжение работы над семейными отношениями без дистресса, и многие люди работают, когда припечет, — от одного кризиса до следующего (Carter & Orfanidis, 1976). Когда все спокойно, они расслабляются; когда проблемы снова всплывают, они делают новый рывок в сторону изменений.

Настоящий процесс изменения начинается через изучение расширенной семьи человека — того, кто создал семью, где они жили, что делали и к чему стремились. Большинство людей удивительно невежественны в истории своей семьи. Сбор базовых данных о семье — еще о бабушках и дедушках — адекватное начало. Полезным приемом организации этого материала является *гемограмма*.

Генограммы — это схематические диаграммы, включающие в себя членов семьи, их отношения друг с другом, возраст, даты брака, смерти и географические расположения. Мужчины обозначаются квадратами, женщины кругами, внутри которых вписывается их возраст. Горизонтальные линии указывают браки, над линией записывается дата брака; вертикальные линии соединяют родителей и детей. (Для более подробных пояснений см. McGoldrick & Gerson, 1985.) Возьмем для построения типич-

ной генограммы меня (Майка Николса); мне пятьдесят четыре года (на самом деле мне шестьдесят восемь, но давайте считать, что пятьдесят четыре), мою жену — ей пятьдесят шесть лет; мы поженились в 1968 г. (см. рис. 5.1).

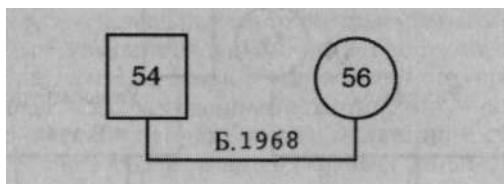


Рисунок 5.1.

Следующая схема показывает, что мы имеем двоих детей; дочери двадцать четыре года, сыну двадцать два, и что мы живем в Уильямсбурге, Виргиния (рис. 5.2).

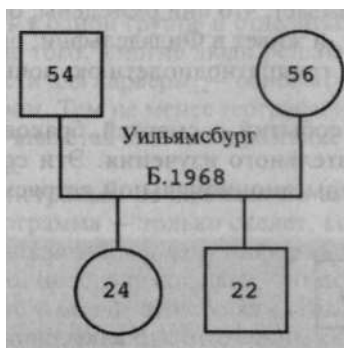


Рисунок 5.2.

Следующая генограмма увеличена, чтобы включить расширенную семью, начинающуюся с моей исходной семьи (см. рис. 5.3). Моему отцу — восемьдесят четыре года, матери — восемьдесят один, они живут в Вашингтоне; мой брат и его жена живут в Риджфилде, штат Коннектикут, у них трое детей.

Семья моей жены, представленная на рисунке 5.4, состоит из родителей, живущих в Чикаго, и брата, проживающего в Нью-

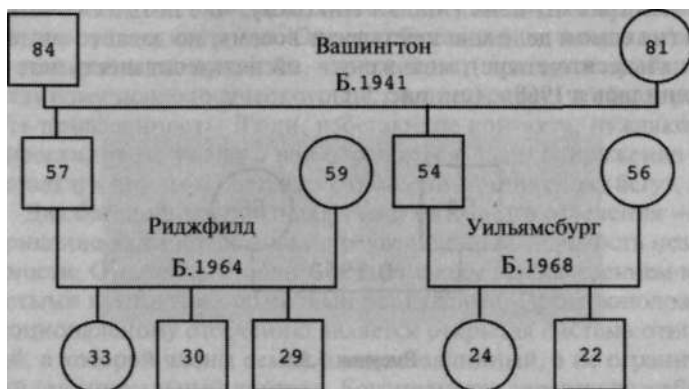


Рисунок 5.3.

Джерси. Двойная косая черта на линии, соединяющей брата и его Экс-жену, указывает, что они разведены; она повторно вышла замуж в 1988 г., и живет в Филадельфии; он живет со второй женой, имеющей тридцатидвухлетнюю дочь от предыдущего брака.

Даты важных событий — смертей, браков и разводов — заслуживают внимательного изучения. Эти события посылают сквозь семью волны эмоциональной встряски, что может от-

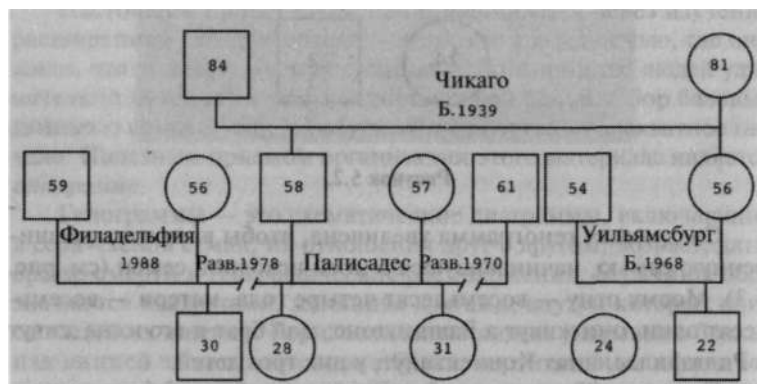


Рисунок 5.4.



крыть линии сообщения и способствовать контакту или окончательно перекрыть эти каналы; в последнем случае проблемы могут быть захороненными, и члены семьи простепенно окончательно отсекутся друг от друга. Развод может объединить семью или разобщить ее. В некоторых случаях новости о разводе напоминают семье, что разводящиеся партнеры являются отдельными личностями с эмоциональными потребностями, а не одной единицей. Иногда члены семьи обнаруживают, что проще по отдельности общаться с разведенными партнерами — освобожденными от хронической напряженности совместного существования разных по сути людей. В других случаях семьи встают на ту или другую сторону. Если одна сторона «права», а другая «не права», развод между двоими людьми может стать разводом между двумя сегментами семьи.

Другое, что еще важно знать о генограмме, — расположение различных групп в семейной системе. Кластеры семейных групп в одной области предполагают прочные семейные связи. В разорванных семьях эмоциональное отсечение иллюстрируется географическим расстоянием между семейными единицами. Конечно, можно жить в одной группе и отделяться эмоциональной дистанцией. Кроме того, многие люди решают поселиться там, где есть возможности для карьеры, — основание, мало связанное с семейным чувством. Тем не менее географическое распространение семьи часто является ключом к разгадке скрытых эмоциональных паттернов.

Заполнение генограммы не является ни самоцелью, ни простой задачей. Генограмма — только скелет, который нужно облепить плотью из относящейся к делу информации. Чтобы нарастить на кости мясо, необходимо знать, что искать. Даты, отношения и местоположения — это общая схема для исследования эмоциональных границ, слияния, отсечений, ключевых конфликтов, объема искренности и числа актуальных и потенциальных отношений в семье.

Если используются три параллельные линии, то указываются чрезмерно близкие (или слитые) отношения, зигзагообразная линия — это конфликт, пунктирная линия означает эмоциональное расстояние и разорванная линия указывает отчуждение (или отсечение). Часто становятся очевидными треугольные паттерны между тремя поколениями — как показано в сокращенной диаграмме семьи Зигмунда Фрейда (рис. 5.5).

Члены семьи могут знать кое-что из этого, но не все. Исследования Нисбетта и Уилсона (Nisbett & Willson, 1977) предпола-

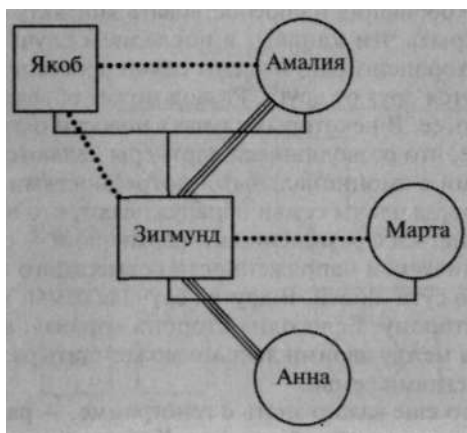


Рисунок 5.5.

гают, что отчеты людей о своем опыте часто отражают их личные теории атрибуции (что *должно быть*), а не точное наблюдение (что *есть*). Иногда «хорошие отношения» с родителями на поверку оказываются отношениями, в которых со слиянием и напряжением справляются при помощи тактик дистанцирования, как то: нечастые контакты, поверхностное общение или сплетни о других родственниках. Следовательно, полезно просить описывать, а не делать заключения. Нет нужды в вопросе «У вас хорошие отношения с родителями?». Лучше спрашивать: «Где живут ваши родители? Как часто вы с ними видите, пишете им, звоните? О чем вы говорите со своей матерью, когда остаетесь наедине? Вы проводите время только вдвоем с отцом?» Этот более подробный опрос выявляет характер личных отношений и существующих в системе треугольников.

Другие виды информации, которые помогают исследовать семью, включают в себя культурные, этнические и религиозные принадлежности; образовательные и экономические уровни; связи в обществе и социальных сетях; характер работы, которой занимаются члены семьи. Как индивид, отсеченный от своей расширенной семьи, склонен сливаться со своей нуклеарной семьей, так и семья, отсеченная от социальных связей, склонна запутываться в собственных эмоциях, ограниченная внешними ресурсами, чтобы развеивать тревогу и дистресс.

Человек, предпринявший поиски, чтобы побольше узнать о своей семье, обычно знает, где искать. Большинство семей имеет одного-двух членов, которые знают, кто есть кто и что есть что, — возможно, незамужняя тетка, глава рода или кузен, чрезвычайно центрированный на семье. Телефонные звонки, письма или, еще лучше, посещение этих семейных архивариусов дают много информации, а какая-то ее часть может привести к сюрпризам.

Сбор информации о семье тоже является великолепным средством, чтобы сделать второй шаг к дифференциации — установить прямые личные отношения с таким количеством родственников, с каким это возможно. Это означает вхождение в контакт и разговор лично с ними, и не о других людях или на безличные темы. Если это звучит просто, — попробуйте. Немногие из нас способны провести больше чем несколько минут в личном разговоре с некоторыми членами семьи, не начав немного беспокоиться. Когда это происходит, мы склонны отступать — физически или эмоционально или триангулироваться с другим человеком. Постепенное увеличение времени реальной личной беседы улучшит отношения и поможет самодифференцироваться.

Из установления прямых личных отношений с членами расширенной семьи извлекается огромная польза, но ее нужно испытать на себе, чтобы как следует оценить. В процессе открытия и углубления личных отношений вы обнаружите в семье эмоциональные силы. Некоторые семейные треугольники немедленно станут очевидными; другие проявятся только после тщательного исследования. Обычно мы обращаем внимание только на наиболее очевидные треугольники, будучи слишком эмоционально занятыми, чтобы быть хорошими наблюдателями. Мало кто способен быть объективным к своим родителям. Обычно мы с ними либо комфортно слиты, либо некомфортно реактивны. Нанесение частых коротких визитов помогает справиться с эмоциональной реактивностью, чтобы стать лучшим наблюдателем.

Многие из привычных эмоциональных реакций в семье препятствуют нашей способности понимать и принимать других; хуже того, они делают невозможным наше самопонимание и самоконтроль. Естественно рассердиться и обвинить людей, когда дела идут плохо. Дифференцированный человек, однако, способен отстраниться, проконтролировать эмоциональную реактивность и отрефлексировать, как улучшить дела. Боуэн (1974) называл это «подняться над обвинением и гневом» и говорил, что, однажды усвоенная в семье, эта способность пригодится потом в

жизни не один раз, чтобы справляться с эмоциональной неразберихой.

В конце концов, самодифференциация требует идентификации интерперсональных треугольников, в которых вы участвуете, и детриангуляции из них. Цель состоит в том, чтобы ваши отношения с людьми не заключались в сплетнях или принятии чьей-то стороны и контратаках или самозащитах. Боуэн считал, что самое лучшее время, чтобы заняться этим, — семейный кризис, но начинать можно в любое время.

Обычный треугольник закладывается одним родителем и ребенком. Представьте, будто при каждом вашем посещении родственников ваша мать отводит вас в сторону и начинает жаловаться на отца. Может быть, и приятно, когда вам доверяют. Возможно, вы фантазируете о спасении своих родителей — или по крайней мере матери. В действительности этот треугольник разрушителен для всех трех линий отношений: между вами и отцом, между отцом и матерью и, ах да, — между вами и матерью. В тре-

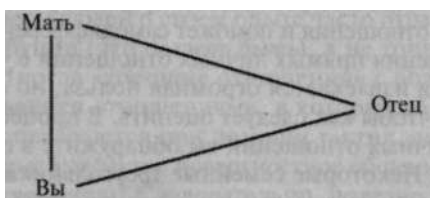


Рисунок 5.6.

угольниках есть одна близкая пара и два человека дистанцированы (рис. 5.6). Благожелательные отношения с матерью отчуждают отца. Это же снижает вероятность того, что она что-то предпримет в связи со своими жалобами на него.

И в конечном счете, хотя этот треугольник может внушить вам иллюзию близости с вашей матерью, это — суррогат близости. Да он и не защищает вашего отца от объяснения. Он только отодвигает вас от матери к отцу и расширяет пропасть между ними. Пока сохраняется триангуляция, личные и прямые открытые отношения развиваться не могут.

Как только вы увидите треугольник таким, какой он есть, вы сможете составить план действий, чтобы прекратить свое участие в нем. Основная идея заключается в следующем: сделать что-

нибудь — что угодно, только чтобы другие два участника начали работать над своими отношениями. Простейший и самый прямой подход заключается в совете, чтобы они занялись этим. В приведенном примере вы могли бы предложить своей матери обсудить собственные тревоги с вашим отцом, а сами отказались бы выслушивать большинство ее жалоб. Менее прямой, но более сильнодействующий подход — это сообщить отцу, что его жена жаловалась на него и вам непонятно, почему она сама не выскажет ему этого. Она обидится, но не навсегда. Более окольный ход — не просто соглашаться с жалобами матери, а еще и преувеличивать их. Если она говорит, что он грязнуля, вы говорите, что он полный разгильдяй; если она говорит, что он не слишком заботлив, вы говорите, что он совсем беспечен. Довольно скоро она начнет его защищать. Возможно, она решит проработать свои жалобы с ним, а может, и нет. Но в любом случае вы выйдете из треугольника.

Начав распознавать треугольники, вы поймете, что они вездесущи. Вот типичные примеры: вы жалуетесь коллегам на начальника; говорите кому-то, что ваш супруг не понимает вас; принижаете супруга перед детьми или смотрите телевизор, чтобы избежать разговора с семьей. Вырваться на свободу из треугольников не просто, но награда того стоит. Боуэн полагал, что дифференциация независимого «я» требует вступления в отношения с расширенной семьей, а затем прекращения участия в треугольниках. Награда заключается не только в обогащении этих отношений, но и в развитии вашей способности устанавливать отношения со всеми — с друзьями, товарищами по работе, пациентами и супругом (супругой) и детьми. Кроме того, если вы будете способны оставаться в эмоциональном контакте, но измените свою роль в семье — и сохраните это изменение, несмотря на давление семьи, — последней придется привыкнуть и приноровиться к вашему изменению.

Когда человек берется за себя, вероятно некоторая степень отвержения, потому что супруги, родители, коллеги или окружающие не одобряют этого. Отвержение, вызванное угрозой равновесию отношений, нацелено на восстановление этого равновесия (Kerr & Bowen, 1988).

Некоторые полезные рекомендации о том, как противостоять попыткам семьи заставить вас вернуться к непродуктивным, но привычным паттернам прошлого, представлены у Картер и Орфанидис (1976), Горина и Фогарти (1972) и Херца (Herz, 1991). Вы можете прочитать о том, как справляться с семейными на-

пряжениями путем разрешения своей эмоциональной чувствительности, в двух замечательных книгах Гарриеты Лернер — «Танец гнева» (Lerner, 1985) и «Танец близости» (Lerner, 1989).

Возврат в вашу исходную семью необходим, чтобы открыть закрытую систему. Иногда все, что требуется, — это посещение. Другое дело, когда нужно поднять захороненные проблемы, активизируя бездействующие треугольники, будоража эмоции в системе. Если вы не можете прямо подойти к отцу так, чтобы он не сбежал, подойдите к другим людям, с которыми он близок, активизируя таким образом треугольник. Если ваш отец напряжен наедине с вами, побудьте некоторое время наедине с матерью. Это, вероятно, пробудит в нем желание провести с вами вместе равное время.

При возврате желательно начать со вступления в закрытые отношения, прежде чем попытаться перестроить конфликтные. Не начинайте с попытки прекратить войну между собой и матерью. Начните с того, что навестите сиблинга или кузена, с которым не поддерживали отношений. Займитесь личными проблемами, но избегайте неразрешимых конфликтов. Если ваши контакты с некоторыми родственниками монотонны и предсказуемы, сделайте их более творческими. Те специалисты, кто продолжает работать со своими семейными отношениями после разрешения кризиса или первой вспышки энтузиазма в новом академическом интересе, могут достичь серьезных изменений в себе, в своих семейных системах и в собственной клинической работе.

## Оценка теории и результатов терапии

Заслуга боуэнианской теории в том, что она описывает и объясняет эмоциональные силы внутри нас, регулирующие то, как мы выстраиваем отношения с другими людьми. Единственное самое большое препятствие к пониманию друг друга — наша склонность эмоционально реагировать и защищаться, вместо того чтобы слушать и слышать друг друга. Подобно всему, связанному с отношениями, эта эмоциональность — улица с двусторонним движением: некоторые говорящие выражают себя с таким эмоциональным давлением, что слушатели неизбежно реагируют на это давление, вместо того чтобы слушать, что те пытаются сказать. Боуэнианская теория описывает эту реактив-

ность, относит ее происхождение к нехватке самодифференциации и объясняет, как уменьшить эмоциональность и перейти к зрелому самоконтролю — при помощи культивирования отношений во всей семье и обучаясь слушать, не защищаясь или не отказываясь от своих убеждений.

Тревога в боуэнианской теории — универсальное объяснение (того, почему люди зависят или избегают и почему они становятся эмоционально реактивными), напоминающее фрейдовскую теорию конфликта (которая объясняет все симптомы как результат тревоги, происходящей из конфликтов в связи с сексом и агрессией). Второе универсальное понятие боуэнианской системы — дифференциация. Поскольку дифференциация приблизительно синонимична зрелости, у студентов может возникнуть вопрос, а до какой степени суждение, что более дифференцированные люди функционируют лучше, является аргументированным? Принимая во внимание боуэнианскую традицию задавать вопросы, а не навязывать мнения, давайте возьмем это положение как открытый вопрос для рассмотрения.

Главный недостаток боуэнианского подхода заключается в том, что фокусирование на индивидах и их расширенных семейных отношениях пренебрегает возможностями работы непосредственно с нуклеарной семьей. Во многих случаях самый прямой способ решения семейных проблем — это примирить всех домочадцев и сделать так, чтобы они встретились и поговорили о своих конфликтах. Эти обсуждения могут быть шумными и непродуктивными, но квалифицированный терапевт может помочь членам семьи осознать, что они делают, и привести их к пониманию. Бывают случаи, когда пары или семьи настолько враждебны и защищаются, что их разговоры приходится прерывать, чтобы помочь индивидам добраться до обиды, спрятанной за защитами. В таких случаях, вероятно, полезно в обязательном порядке запретить членам семьи спорить друг с другом. Но такой подход, как боуэнианский, который поощряет терапевтов говорить по одному с каждым членом семьи, плохо использует возможности прямой работы с нуклеарными семьями в действии.

Статус расширенной семейной системной терапии и теории сохраняется не благодаря эмпирическим исследованиям, а элегантности теории Мюррея Боуэна, клиническим отчетам об успешном лечении и личной пользе, которые почувствовали те, кто поработал над самодифференциацией в своих родительских семьях. Исходное исследование Боуэна, посвященное шизофреническим семьям, было в большей мере клиническим наблюде-

нием, нежели контролируемым экспериментом. И в самом деле, Боуэн был явно равнодушен к эмпирическому исследованию (Bowen, 1976), предпочитая совершенствовать и интегрировать теорию и практику. О небольших эмпирических работах, выполненных в поле, можно услышать на ежегодных Джорджтаунских симпозиумах по семье. Там представляются оценки различных программ и отчеты по случающимся время от времени исследованиям. Одно из них — исследование Уинера — было достаточно любопытным и удостоилось публикации в книге «Семейный процесс» (Winer, 1971). Уинер описал работу с четырьмя семьями в множественной семейной терапии во главе с Мюрреем Боуэном. В ходе лечения автор отслеживал соотношение ссылок на себя и на других и количества самодифференцированных ссылок. Утверждения, рассматриваемые как самодифференцированные, означали включенное выражение собственного мнения, лишённое обвинений, действия по изменению или желательному изменению себя, а не других, различения мысли от чувств и демонстрацию осознания и направленности на цель. Были сделаны две значительные находки, обе из которых подкрепили боуэновскую позицию. Во-первых, в начале курса было меньше утверждений о себе; в большинстве случаев упоминались «мы» и «нас», что указывало на то, что супруги не дифференцируют отдельные позиции. Во-вторых, в ходе лечения произошла эволюция к более дифференцированным я-утверждениям. Сначала они занимали меньшую часть времени, но после нескольких сеансов дифференцированные утверждения стали преобладать.

Хотя исследование Уиннера и подтвердило эффективность боуэновской терапии для развития дифференциации, оно не проверило предпосылку, что самодифференциация синонимична положительному терапевтическому результату. Фактически это был символ веры Боуэну, что свидетельствует о некоторой циркулярности<sup>TM</sup>, присущей этой теории: симптомы говорят об эмоциональном слиянии, а слияние демонстрируется наличием симптомов (Bowen, 1966).

Боуэн неоднократно подчеркивал важность теории в клинической практике (Bowen, 1976) и поэтому призывал судить исходя из его теории. Поэтому нужно отметить, что, хотя его теория продуманна, непротиворечива и полезна, она в значительной степени представляет собой систему конструкций, основанных на клиническом наблюдении. Базисные принципы не подкреплены эмпирическим исследованием и, вероятно, фактически не поддаются доказательству или опровержению в контролируемом



эксперименте. О боуэнианской теории, как и о психоанализе, по-видимому, лучше судить не как об истине или заблуждении, а как о полезной или бесполезной. По зрелом размышлении она представляется чрезвычайно полезной.

Доказательство эффективности расширенной семейной системной терапии в значительной степени опирается на персональный опыт и клинические отчеты. Достижения терапевтов-боуэнианцев, очевидно, являются по крайней мере такими же, как у большинства других терапевтов: то есть трети пациентам становится хуже или не лучше, трети — несколько лучше и трети — значительно лучше.

Люди, занимающиеся терапевтическими системами, подвержены влиянию своего личного и эмоционального опыта, и Боуэн признавал и прямо говорил об этом больше, чем кто-либо другой (Anonymous, 1972). Его семья происходила из среднего класса, была свободной от симптомов и относительно спутанной, поэтому его методы, по-видимому, наиболее релевантны для такого типа семьи. Как и Боуэн, большинство других терапевтов, представленных в этой главе, тоже практикуют, прежде всего с пациентами из среднего класса.

Фил Горин и Том Фогарти известны не только своими вкладами в поддержание и обучение боуэнианской теории, но и усовершенствованием техники терапии. Они оба являются мастерами терапии. Бетти Картер и Моника Мак-Голдрик оказали большое содействие изучению того, как работают семьи: нормального жизненного цикла семьи, этнических особенностей и распространения проблемы тендерного неравенства. Поскольку они не только лечат, но и обучают семьи, некоторые их вмешательства представляют явный образовательный оттенок. Например, при работе с семьями со вторыми родителями Бетти Картер занимает позицию эксперта и обучает отчимов или мачех не пытаться встать на равную позицию с биологическим родителем. Им нужно заслужить моральный авторитет; а тем временем лучше всего срабатывает роль помощника биологического родителя. Как на боуэновский подход повлиял его личный опыт, так, по-видимому, и Картер с Мак-Голдрик стали семейными терапевтами в силу своего опыта работающих женщин и мнения о цене неравенства.

Все эти терапевты — прекрасные клиницисты; и они, и их студенты имеют преимущество работы с теориями, достаточно конкретными, чтобы обеспечивать ясные стратегии лечения. Особенно сегодня, когда семейная терапия стала столь модной, большинство людей, работающих с семьями, используют эклекти-

ческую мешанину из бессвязанных концепций и методов; они не склонны опираться на последовательную теорию или непротиворечивую стратегию. И вот плачевный результат: большинство семейных терапевтов втягиваются в эмоциональные процессы семей и увлекаются содержанием проблем. Кончается тем, что лечение становится поддерживающим и направляющим.

Семейные терапевты второго поколения, как Горин и Фогарти, достаточно сведущи в системной теории (боуэнианской для них), чтобы отойти от нее и сделать к ней дополнение, не утратив фокус. Однако семейные терапевты третьего поколения (ученики учеников) часто остаются без четкого теоретического подкрепления, и их работа страдает из-за этого. Любопытно, что ученики первых семейных терапевтов не были особенно творческими. Ни один из них не превзошел своих учителей. Эти наблюдения подчеркивают тяжелое положение студентов-выпускников, оказавшихся перед лицом множества подходов, часто представляемых с большим критицизмом, нежели с сочувствующим пониманием. Поэтому у них нет одного последовательного подхода. Вероятно, самый лучший способ стать эффективным клиницистом состоит в том, чтобы начать как ученик одной конкретной школы. Учитесь у специалиста — лучшего, которого сможете найти, — и погрузитесь в одну систему. После достижения мастерства в этом подходе и практики в ней в течение нескольких лет вы сможете начать изменять его, не теряя фокуса и направления.

## Резюме

Боуэновский концептуальный объектив был шире, чем у большинства семейных терапевтов, а его фактическая единица лечения — меньшей. Он всегда интересовался мультигенеративной семейной системой, даже если обычно работал с отдельными индивидами или парами. Первым представив «трехгенеративную гипотезу» шизофрении, он понимал, как взаимосвязанные треугольники соединяют одно поколение со следующим — подобно нитям, переплетенным в общей семейной ткани. Хотя терапевты-боуэнианцы уникальны в том, что посылают пациентов домой, чтобы они восстановили свои отношения с родителями, идея о межгенеративных соединениях была чрезвычайно влиятельной в поле.

По Боуэну, главная проблема семей — эмоциональное слияние; главная цель — дифференциация. Эмоциональное слияние

проистекает из инстинктивной потребности в других людях, но представляет собой нездоровое преувеличение этой потребности. Некоторые люди проявляют слияние непосредственно как потребность в сплоченности; другие маскируют ее под показной псевдонезависимостью. Человеку с самодифференциацией не нужно уединяться, он может оставаться в контакте с другими, сохраняя свою целостность. Аналогичным образом здоровая семья — это та, которая сохраняет жизнеспособный эмоциональный контакт между всеми поколениями.

В боуэнианской теории треугольник — универсальная единица анализа в принципе и на деле. Подобно Фрейду, Боуэн подчеркивал кардинальное значение ранних семейных отношений. Отношения между человеком и родителями описываются как треугольник и считаются наиважнейшими в жизни. Боуэновское понимание треугольников — один из наиболее значимых его вкладов в семейную терапию и одна из плодотворных идей в этой сфере.

Для Боуэна терапия логически вытекала из теории. Прежде чем сделать что-то значительное с семейными проблемами, нужно получить полное понимание того, как функционируют семейные системы. Поэтому, как лечебное средство предписывается: вернуться в прошлое, посетить родителей, бабушек и дедушек, тетю и дядю и научиться с ними жить.

Теория Боуэна поддерживает идею равновесия между сплоченностью и независимостью, а его практику отличает интеллектуальность. Он считал тревогу угрозой психическому равновесию, поэтому его подход к лечению часто кажется бесстрастным. Боуэн уходил от накала семейных конфронтаций к созерцанию истории семейных отношений. Точно также уход с поля игры на трибуну позволяет лучше разглядеть паттерны, но лишает возможности оказывать непосредственное воздействие.

Боуэновская модель переводит фокус с симптомов на динамику систем. Лечение не позволяет терапевтам пытаться «улаживать» отношения, а взамен воодушевляет клиентов пуститься в процесс самопознания длиною в жизнь. Однако это не вопрос обычной интроспекции, а реальное вступление в контакт с семьей. Для этих путешествий в самопознание клиенты снабжаются инструментами для понимания собственных паттернов эмоционального присоединения и разъединения.

Вот семь самых заметных в практике боуэнианской системной семейной терапии техник:

**1. Генограмма.** Еще в начале своей деятельности, в период работы в НИПЗ, Боуэн использовал то, что называл «семейной диаграммой», чтобы собирать и структурировать важные данные о мультигенеративной семейной системе. Горин в своей публикации 1972 г. переименовал семейную диаграмму в «генограмму», это название и прижилось. Основная функция генограммы заключается в организации данных в стадии оценки и отслеживании процессов отношений и ключевых треугольников в ходе терапии. Самое полное руководство по работе с генограммами представили Моника Мак-Голдрик и Рэнди Герсон в книге «Генограммы в оценке семьи» (McGoldrick & Gerson, 1985).

**2. Терапевтический треугольник.** Эта техника основана на теоретическом положении, что процессы конфликтных отношений внутри семьи активизируют ключевые, связанные с симптомом треугольники, стремясь восстановить стабильность. Семья тоже автоматически стремится включить терапевта в процесс триангуляции. Если она добивается этого, терапия заходит в тупик. И наоборот, если терапевт способен оставаться свободным от реактивных эмоциональных спутанностей — другими словами, сохранять детриангулированность, — семейная система и ее члены станут достаточно спокойными, чтобы начать работать над решением своих дилемм.

При лечении пар каждому супругу задается ряд вопросов о процессе, нацеленных на ослабление эмоциональности и воспитания объективной наблюдательности и осмысления. Некоторые усилия направляются на то, чтобы притормозить активность самого деятельного функционера в диаде, занимаясь более дистанцирующимся слабым функционером и создавая ему более безопасную обстановку для раскрытия и включения. Та же самая техника может использоваться с центрированными на ребенке семьями, когда терапевт занимает место в потенциальных треугольниках с симптоматичным ребенком и каждым родителем, и в треугольнике с обоими родителями. (Заметьте, насколько это напоминает попытку структурных семейных терапевтов заставить спутанных матерей отступить и включить выпутанных отцов. См. главу 8.)

**3. Эксперименты с отношениями.** Эксперименты с отношениями проводятся вокруг структурных перемен в ключевых треугольниках. Цель состоит в том, чтобы помочь членам семьи осознать системные процессы и научиться распознавать собст-

венное участие в них. Возможно, лучшие такие эксперименты разработал Фогарти для использования с эмоциональными преследователями и дистанцирующимися. Преследователей поощряют ограничить преследование, перестать требовать и уменьшить давление с целью эмоционального связывания — и посмотреть, что происходит в себе и в отношениях. Это упражнение задумывалось не в качестве волшебного средства (как надеются некоторые), а с тем, чтобы помочь прояснять включенные эмоциональные процессы. Дистанцирующимся предлагают вступать в контакт с другим человеком и сообщать ему личные мысли и чувства — другими словами, находить альтернативу уходу или капитуляции требованиям других.

**4. Тренировка.** Тренировка — боуэнианская альтернатива более личному и эмоционально включенному участию, распространенному в большинстве других форм терапии. Действуя как тренер, боуэнианский терапевт надеется не дать себе привязаться к пациентам или запутаться в семейных треугольниках. Тренировка не означает, что людям говорят, что делать. Это значит, что им задают вопросы о процессе, сформулированные таким образом, чтобы помочь клиентам понять семейные эмоциональные процессы и их роль в них. Цель — увеличить понимание, усилить фокус на себе и создать более функциональное присоединение к ключевым членам семьи.

**5. «Я-позиция».** Принятие личной позиции — говорить о том, что вы чувствуете, а не о том, что «делают» другие, — один из самых прямых способов, прерывающих циклы эмоциональной реактивности. Существует разница между высказыванием «Ты лентяй» и «Мне бы хотелось, чтобы ты мне больше помогал» или между «Ты всегда портишь детей» и «Я думаю, мы должны быть с ними поосторожнее». Эти высказывания сильно отличаются.

Терапевты-боуэнианцы не только поощряют клиентов принимать я-позиции, но и сами это делают. Например, после сессии с семьей мать отводит терапевта в сторону и по секрету говорит, что у ее мужа терминальная стадия рака, но ей не хочется, чтобы об этом узнали дети. Что делать? Займите я-позицию, скажите ей: «Я думаю, что ваши дети имеют право знать об этом». Как она поступит, конечно же, ей решать.

Другое положение боуэнианской терапии — что конфронтация увеличивает тревогу и уменьшает способность ясно мыслить и видеть возможности. В этом случае прибегают к прекрасному

средству, увеличивающему объективность, — фокус переводится на что-то другое и делается менее персональным и менее угрожающим. Из этого приема рождаются две связанные техники — множественная семейная терапия и замещающие истории.

**6. Составная семейная терапия.** В своей версии множественной семейной терапии Боуэн работал с парами, поочередно фокусируясь сначала на одной, потом на другой и минимизируя интеракции. Идея состоит в том, что одна пара может больше узнать об эмоциональном процессе, наблюдая за другой — за людьми, в кого они не вкладывали столько энергии, чтобы омрачить свое видение чувствами. Подобный подход использует Джеймс Прамоу.

**7. Замещающие истории.** Эта методика Горина, заключающаяся в показе фильмов и видеозаписей и рассказывании историй, чтобы показать членам семьи, как функционируют системы, минимизируя у них желание защищаться.

В заключение следует сказать, что, хотя изучающие семейную терапию, вероятно, оценивают различные подходы по тому, насколько они понятны и насколько полезными обещают быть, сам Боуэн считал, что самый важный его вклад заключается в том, что он показал, как натренировать человеческое поведение. Гораздо важнее методов и техник семейной терапии то, что Мюррей Боуэн значительно обогатил наше понимание того, как мы функционируем в качестве отдельных индивидов, какова наша семейная жизнь и как между собой связаны первое и второе.

## РЕКОМЕНДОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

Anonymous. 1972. Differentiation of self in one's family. In *Family interaction*, J. Framo, ed. New York: Springer.

Bowen M. 1978. *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.

Carter E. and Orfanidis M. M. 1976. Family therapy with one person and the family therapist's own family. In *Family therapy: Theory and practice*. P. J. Guerin, ed. New York: Gardner Press.

Fogarty T. F. 1976. Systems concepts and dimensions of self. In *Family therapy: Theory and practice*, P. J. Guerin, ed. New York: Gardner Press.

Fogarty T. F. 1976. Marital crisis. In *Family therapy: Theory and practice*, P. J. Guerin, ed. New York: Gardner Press.

Guerin P. J., Fay L., Burden S. and Kautto J. 1987. *The evaluation and treatment of marital conflict: A four-stage approach*. New York: Basic Books.

Guerin P. J., Fogarty T. F., Fay L. F. and Kautto, J. G. 1996. *Working with relationship triangles: The one-two-three of psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Guerin P. J. and Pendagast, E. G. 1976. Evaluation of family system and geogram. In *Family therapy: Theory and practice*, P. J. Guerin, ed. New York: Gardner Press.

Kerr M., E. and Bowen M. 1988. *Family evaluation*. New York: Norton.

## ССЫЛКИ

Andres P. D. 1971. An introduction to family systems theory. In *Georgetown Family Symposium*, vol. 1, F. Andres and J. Lorio, eds. Washington, DC: Department of Psychiatry. Georgetown University Medical Center.

Anonymous. 1972. Differentiation of self in one's family. In *Family interaction*. J. Framo, ed. New York: Springer.

Boer F. 1990. *Sibling relationships in middle childhood*. Leiden, the Netherlands: DSWO Press.

Bowen M. 1966. The use of family theory in clinical practice. *Comprehensive Psychiatry*. 7:345—374.

Bowen M. 1971. Family therapy and family group therapy. In *Comprehensive group psychotherapy*, H. Kaplan and B. Sadock, eds. Baltimore: Williams & Wilkins.

Bowen M. 1974. Toward the differentiation of self in one's family of origin. In *Georgetown Family Symposium*, vol. 1. F. Andres and J. Lorio, eds. Washington, DC: Department of Psychiatry, Georgetown University Medical Center.

Bowen M. 1975. Family therapy after twenty years. In *American handbook of psychiatry*, vol. 5, S. Arieti, ed. New York: Basic Books.

Bowen M. 1976. Theory in the practice of psychotherapy. In *Family therapy: Theory and practice*, P. J. Guerin, ed. New York: Gardner Press.

Carter B. and McGoldrick M. 1980. *The family life cycle*. New York: Gardner Press.

Carter B. and McGoldrick M. 1988. *The changing family life cycle: A framework for family therapy*, 2nd ed. Boston: Allyn and Bacon.

Carter E. and Orfanidis, M. M. 1976. Family therapy with one person and the family therapist's own family. In *Family therapy: Theory and practice*, P. J. Guerin, ed. New York: Gardner Press.

- Fogarty T. F. 1976a. Systems concepts and dimensions of self. In *Family therapy: Theory and practice*, P. J. Guerin, ed. New York: Gardner Press.
- Fogarty T. F. 1976b. Marital crisis. In *Family therapy: Theory and practice*. P. J. Guerin, ed. New York: Gardner Press.
- Ford D. H. and Urban H. B. 1963. *Systems of psychotherapy*. New York: Wiley.
- Click P. 1984. Marriage, divorce and living arrangements. *Jonriwi of Family Issues*. 5(1):7—26.
- Guerin P. J. 1971. A family affair. *Georgetown Family Symposium*, vol. 1. Washington, DC.
- Guerin P. J. 1972. We became family therapists. In *The book of family therapy*, A. Ferber M. Mendelsohn and A. Napier, eds. New York: Science House.
- Guerin P. J., ed. 1976. *Family therapy: Theory and practice*. New York: Gardner Press.
- Guerin P. G., Fay L., Burden S. and Kautto J. 1987. *The evaluation and treatment of marital conflict: A four-stage approach*. New York: Basic Books.
- Guerin P. J. and Fogarty T. F. 1972. Study your own family. In *The book of family therapy*, A. Ferber M. Mendelsohn and A. Napier, eds. New York: Science House.
- Guerin P. J., Fogarty T. F., Fay L. F. and Kautto J. G. 1996. *Working with relationship triangles: The one-two-three of psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Guerin P. J. and Pendagast E. G. 1976. Evaluation of family system and genogram. In *Family therapy: Theory and practice*. P. J. Guerin, ed. New York: Gardner Press.
- Herz E, ed. 1991. *Reweaving the family tapestry*. New York: Norton.
- Hill R. 1970. *Family development in three generations*. Cambridge, MA: Schenkman.
- Kerr M. 1971. The importance of the extended family. *Georgetown Family Symposium*, vol. 1, Washington, DC.
- Kerr M. and Bowen M. 1988. *Family evaluation*. New York: Norton.
- Lerner H. G. 1985. *The dance of anger: A woman's guide to changing patterns of intimate relationships*. New York: Harper & Row.
- Lerner H. G. 1989. *The dance of intimacy: A woman's guide to courageous acts of change in key relationships*. New York: Harper & Row.
- McGoldrick M. 1990. Gender presentation. Article in progress.
- McGoldrick M. and Gerson R. 1985. *Genograms in family assessment*. New York: Norton.
- McGoldrick M., Pearce J. and Giordano J. 1982. *Ethnicity in family therapy*. New York: Guilford Press.



McGoldrick M., Preto N., Hines P. and Lee E. 1990. Ethnicity in family therapy. In *The handbook of family therapy*, 2nd ed., A. S. Gurman and D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.

Nichols M. P. 1986. *Turning forty in the eighties*. New York: Norton.

Nichols M. P. and Zax M. 1977. *Catharsis in psychotherapy*. New York: Gardner Press.

Nisbett R. E. and Wilson T. D. 1977. The halo effect: Evidence for unconscious alteration of judgments. *Journal of Personality and Social Psychology*. 55:250—256.

Rodgers R. 1960. Proposed modification of Duvall's family life cycle stages. Paper presented at the American Sociological Association Meeting, New York.

Solomon M. 1973. A developmental conceptual premise for family therapy. *Family Process*. 72:179—188.

Sulloway F. 1996. *Born to rebel*. New York: Pantheon. Toman, W. 1969. *Family constellation*. New York: Springer.

Winer L. R. 1971. The qualified pronoun count as a measure of change in family psychotherapy. *Family Process*. 70:243—247.

## Глава шестая

# ЭМПИРИЧЕСКАЯ СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ

Эмпирическая ветвь семейной терапии возникла из психологии 1960-х гг., чтобы, подобно индивидуальной гуманистической терапии, выделить непосредственный опыт «здесь и сейчас». Качество текущего опыта представляло собой как критерий психического здоровья, так и фокус терапевтического вмешательства. Эмпирические терапевты полагают, что эмоциональное выражение является способом передачи опыта и средством личной и семейной реализации.

Наибольшая популярность эмпирической терапии пришлась на молодые годы семейной терапии, когда терапевты рассуждали о системе, но заимствовали техники из индивидуальной и групповой терапии. Эмпирические семейные терапевты многое почерпнули из гештальттерапии и групп встреч. Другие экспрессивные техники, например, *скульптура* и *рисунок семьи*, испытали влияние арттерапии и психодрамы. Поскольку эмпирическое лечение акцентирует чувствительность и чувственное выражение, оно не настолько удовлетворяет требованиям семейной терапии,

как подходы, имеющие дело с системами и поведением; поэтому в последнее время к эмпирическому подходу обращаются реже, а некоторые из его первых представителей, как Пегги Пэпп, перешли к более системной модели. Тем не менее эмпирический акцент на разблокировке искреннего эмоционального выражения в семьях является ценным противовесом редукционистскому когнитивному акценту фокусированного на решении и нарративного подходов.

Смерть Вирджинии Сатир и Карла Витакера лишила эту школу гениев-вдохновителей, но их влияние живет в работах Уолтера Кемплера, Августа Напье, Дэвида Кейта и Фреда и Банни Дуле. Эти и другие эмпиристы обучают и практикуют экспрессивные техники, которые любой семейный терапевт считает полезными. Кроме того, солидное клиническое и научное обоснование эмоционально фокусированной супружеской терапии Лесли Гринберг и Сьюзан Джонсон в настоящее время оживило эмпирический подход.

## Очерк о лидерах

Особенно выделяются два гиганта — лидеры эмпирической семейной терапии. Это Карл Витакер и Вирджиния Сатир. Витакер был старейшиной эмпирической семейной терапии, ведущим представителем свободного, интуитивного подхода, нацеленного на разрушение притворства и освобождение членов семьи, чтобы они стали собой. Он был среди первых, кто занимался психотерапией с семьями, и стал одним из наиболее восхищающих терапевтов поля. Ломающий устоявшиеся представления, даже иногда возмутительный, Витакер все же стал объектом уважения и поклонения во влиятельных кругах семейной терапии. Пусть он был их Пэком<sup>1</sup>, но он был одним из них.

Карл Витакер рос на молочной ферме в Реймондвилле, Нью-Йорк. Сельское уединение воспитывает застенчивость и вызывает уныние, но, возможно, оно и сформировало у Витакера меньшую связанность, по сравнению с большинством из нас, социальными условностями. После медицинской школы и ординатуры в акушерстве и гинекологии Витакер пришел к психиатрии,

Пэк — в англ. фольклоре озорной эльф, который выжимает в глаза спящим волшебный нектар, и они влюбляются в первого, кого увидят по пробуждении. — *Прим. ред.*

где немедленно увлекся психикой психотиков. К сожалению — или к счастью, — в давние 1940-е Витакер не мог довериться транквилизаторам, притупляющим галлюцинации пациентов; вместо этого он слушал и учился понимать мысли сумасшедших, но все же людей, мысли, которые остальная часть нас оставляет захороненными.

После работы в Медицинском колледже при университете Луисвилля и госпитале Окриджа Витакер принял руководство над факультетом психиатрии университета Эмори, где оставался с 1946-го по 1955 г., создав первоклассную программу. Столкнувшись с растущим давлением, требующим сделать факультет более психоаналитичным, Витакер и весь его факультетский состав ушли в отставку, чтобы сформировать Психиатрическую клинику в Атланте. Это была продуктивная и творческая группа, которая включала в себя Томаса Малона, Джона Уоркентина и Ричарда Фелдера. Эмпирическая психотерапия произошла из этого объединения, и группа опубликовала ряд чрезвычайно провокационных и вызывающих статей (Whitaker & Malone, 1953). В 1965 г. Витакер стал работать в Медицинской школе при университете Висконсина, а также вести частную практику в Мэдисоне. После своей отставки в конце 1980-х он много путешествовал, чтобы поделиться своей мудростью, опытом и самим собой на собраниях и семинарах. Его смерть в 1995 г. стала большой потерей. Среди наиболее известных последователей Витакера — Август Наппе, ныне имеющий частную практику в Атланте, и Дэвид Кейт, ныне состоящий в штате Нью-Йоркского университета в Сиракузах.

Другая главная вдохновляющая фигура среди эмпирических семейных терапевтов — это Вирджиния Сатир. Будучи одним из первых членов Института психических исследований (ИПИ), группы Пало-Альто, Сатир акцентировалась не только на коммуникации, но и на эмоциональном опыте, поэтому ее работу следует рассмотреть и в русле эмпирической традиции.

Вирджиния Сатир начала работать с семьями в частной практике в 1951 г. В 1955 г. ее пригласили в Психиатрический институт штата Иллинойс создать учебную программу для ординаторов (где одним из ее студентов был Айвен Божормений-Неги). В 1959 г. Дон Джексон пригласил Сатир присоединиться к ИПИ, где она стала первым учебным директором до своей отставки в 1966 г., после которой она возглавила Исаленский институт в Биг-Шуре, Калифорния.

Сатир стала прототипом терапевта-воспитателя в поле, увле-

ченного далекими от переживаний концепциями и стратегическими маневрами. Благодаря своей сердечности и искренности она необыкновенно притягивала к себе и оказывала на людей невероятное воздействие, путешествуя по всей стране со своими показами и семинарами. Способность Сатир манипулировать большой аудиторией на собственных эмпирических занятиях сделала ее самой прославленной гуманисткой семейной терапии.

В 1970-х гг. авторитет Сатир ослаб и она получала меньше признания, чем заслуживала как один из первопроходцев семейной терапии. Это было болезненным для нее. В 1974 г. в Вене-суэле на Собрании совета по семейному процессу между Минухиным и Сатир разгорелся спор о характере семейной терапии. Минухин утверждал, что это наука, требующая мастерства, а не только сердечности и доверия, и что главная работа заключается в восстановлении разбитых семей; Сатир придерживалась своей веры в целительную силу любви и взывала к спасению человечества через семейную терапию. Оказалось, что Минухин говорил от лица поля. Сатир почувствовала себя лишней. Она совсем отошла от семейной терапии и стала путешествовать по миру, проповедуя свой подход. Сатир умерла от панкреатического рака в 1988 г.

Еще один Калифорнией, который много писал об эмпирической семейной терапии, — это Уолтер Кемплер, привнесший многие идеи и техники гештальттерапии в свою работу с семьями. Он описал процедуры, широко применяемые в группах встреч и экзистенциально-гуманистической индивидуальной терапии, на которых коренится эмпирическая семейная терапия.

Фред и Банни Дул, первые содиректоры Бостонского института семьи, ввели в эмпирическую семейную терапию ряд экспрессивных техник. Они использовали невербальные средства коммуникации, такие, как *семейное пространство* и *семейная скульптура* (Duhl, Kantor & Duhl, 1973), а также *ролевые игры* и *кукольную семью* (Duhl & Duhl, 1981). Их подход, который они называли «интегративная семейная терапия», является смесью элементов психодрамы, эмпирической психотерапии, когнитивной психологии, структурной семейной терапии и поведенческой психотерапии.

Соучредителем Бостонского института семьи в 1969 г. вместе с Фредом Дулом был Дэвид Кантор. Его психодраматическое образование способствовало акцентированию в семейной терапии метафоры «семья как театр» (Kantor & Lehr, 1975).

Среди более современных эмпирических подходов к семей-

ной терапии — «эмоционально фокусированная супружеская терапия» Лесли Гринберга и Сьюзан Джонсон. Этот метод происходит от Перлза, Сатир и группы ИПИ (Greenberg & Johnson, 1985, 1986, 1988).

Мы сгруппировали в одной главе таких не поддающихся классификации индивидуалистов, как Вирджиния Сатир и Карл Витакер, потому что их объединяют свойственная им обоим спонтанность, творческий потенциал и рискованность.

Эмпиристы, разделяющие приверженность к свободе, индивидуальности и самореализации, в другом относительно атеоретичны. Кредо этого подхода — использование техник, чтобы людям открылся их внутренний опыт, а их семейные интеракции оттаяли. Достигнув пика популярности в 1960-х гг. (Nichols & Zah, 1977), эмпирические подходы сошли со сцены, уступив место новым терапевтическим направлениям, ориентированным на систему. Когда-то чувственное выражение занимало в психотерапии центральное положение; сегодня это место занято поведением и когницией. Психотерапевты обнаружили, что люди думают и действуют, но это вовсе не значит, что мы должны игнорировать непосредственный эмоциональный опыт, который представляет собой основной интерес эмпирической семейной терапии.

## Теоретические положения

Карл Витакер, наверно, лучше всех выразил взгляд эксперименталистов на теорию в своей «Помехе теории в клинической работе» (Whitaker, 1976a). Витакер описал охлаждающее, по его мнению, воздействие теории на интуицию и творческий потенциал. Теория полезна для новичков, считал Витакер, и его совет заключался в том, чтобы как можно скорее отказаться от нее, предпочтя просто быть самим собой. Он цитирует экзистенциальный афоризм Пауля Тиллиха «Бытие есть становление», чтобы подкрепить свое утверждение, что психотерапия требует открытости и спонтанности — не теории и техники, — и ссылается на факт, что технические подходы обычно не срабатывают у терапевтов второго поколения (как обнаружили многие, пытаясь подражать «простым» шагам структурной семейной терапии Минухина). Пытаясь копировать своих учителей, мы мешаем собственным творческим усилиям.

Витакер говорил, что терапевты, основывающие работу на теории, замещают беспристрастной технологией свое волнение,

и подразумевал, что теория — это убежище от вызывающего тревогу опыта участия в эмоциональной жизни семьи. Вместо того чтобы иметь храбрость просто «быть» с семьями и помогать им бороться с их проблемами, склонные к теоретизированию клиницисты используют теорию для создания дистанции якобы во имя объективности.

Витакер считал, что терапевты не нуждаются в теориях, чтобы справляться со стрессом и тревогой; все, что им нужно, — это поддерживающий котерапевт и всегда готовые помочь супервизоры. Короче говоря, вовсе не техника, а личная вовлеченность позволяет терапевтам делать свою работу как следует. Витакер был убежден, что, избегая теоретизирования, он вынуждает семьи создавать собственное теоретическое видение того, как им жить. Ему вторит Дэвид Кейт (Keith, 1988), который сообщает, что часто оставляет семьи томиться неопределенностью, вместо того чтобы упрощать им жизнь, давая конкретное направление. Это терапевтический паттерн, выстраиваемый вслед за благожелательным родительством, который заключается в глубоком уважении к способности людей находить собственные направления в жизни.

Но, конечно, отсутствие теории само по себе является теорией. Когда говорится, что терапия не должна сдерживаться теорией, это означает, что она должна быть свободной, творческой, открытой и спонтанной. Терапевты должны делиться своими чувствами, фантазиями и историями из личной жизни, если это то, что требуется, чтобы помочь семьям прийти к большему осознанию и сенситивности. Однако, несмотря на витакеровское презрение к теории, эмпирическая семейная терапия во многом дитя экзистенциальной, гуманистической и феноменологической традиций.

Такие философы, как Эдмунд Гуссерль и Мартин Хайдеггер (Heidegger, 1963), начали работать над клиническим значением экзистенциальной мысли. Их идеи были ассимилированы и усовершенствованы Людвигом Бинсвангером (Binswanger, 1967), который сформулировал новую теорию психотерапевтического процесса, сохранив при этом связь с психоаналитическим методом. То же самое можно сказать и о Медарде Боссе (Boss, 1963), создателе «дазейнализа», который тоже не соглашался с психоанализом скорее в теории, нежели в практике. Эти экзистенциальные психологи строили свои теории во многом как реакцию на осознанные недостатки психоанализа и бихевиоризма. Вместо *детерминизма* экзистенциалисты выделяли свободу и потребность находить сущность человеческой индивидуальности в

непосредственности опыта: Вместо того чтобы отталкиваться от прошлого, они видели в людях устремленность к будущему, мотивированность собственными ценностями и личными целями. Если психоанализ исходил из структуралистской модели психики, экзистенциалисты рассматривали личность как единое целое. И наконец, экзистенциалисты заменили позитивной моделью гуманизма пессимистичную, на их взгляд, психоаналитическую модель. По их мнению, люди должны стремиться к личной самореализации, вместо того чтобы довольствоваться частичным разрешением своих неврозов.

Эти новые идеи — которые Маслоу (Maslow, 1968) назвал «третьей силой психологии» — были транслированы в практику Виктором Франклом, Шарлоттой Бюлер, Фрицом Перлзом, Ролло Мэем, Карлом Роджерсом, Эугеном Гендлином, Сиднеем Жераром, Р. Д. Лэйнгом, Карлом Витакером и другими. Наиболее влиятельными из этих подходов были *логотерапия* Франкла (Frankl, 1963), *гештальттерапия* Перлза (Perls, 1961), *центрированная на клиенте терапия* Роджерса (Rogers, 1951) и *эмпирическая психотерапия* Гендлина (Gendlin, 1962). Кстати, именно Витакер и Малон (Whitaker & Malone, 1953) первыми использовали термин «эмпирическая психотерапия».

Концептуальные работы эмпирических терапевтов обычно содержат ряд свободно согласованных идей и формулировок мнений. Большинство из них мелиористично, а повествовательный язык зачастую скорее живописен, нежели ясен. Возьмем, к примеру, следующую цитату Витакера и Кейта (Whitaker & Keith, 1981):

«Метакоммуникация считается эмпирическим процессом, предложением участия, подразумевающим несомненную свободу вернуться к установленной ролевой безопасности, а не попасть в ловушку «будто бы» издевательского театра в миниатюре. Эта ловушка — контекст, который толкает сына на кражу автомобилей или дочь на кровосмесительную связь с отцом, в то время как мать играет роль мадам. Воображение и креативность семьи могут даже зайти так далеко, что семейные подгруппы или отдельные ее члены освобождаются, чтобы становиться нерациональными или безумными» (с. 190).

Как писала Вирджиния Сатир (Satir, 1972), «когда люди профессии говорят о человеке, они используют слишком много скучных слов, лишенных живой образности» (с. 21), так что она пред-

почитала простонародные и конкретные образы. Поэтому многие работы эксперименталистов больше пробуждают чувства, нежели проясняют.

Несмотря на недостаток изящных теоретических формулировок, имеется ряд базисных предпосылок, определяющих эмпирический взгляд на семью и ее лечение, — приверженность осознанию, самовыражению и самореализации личности. Витакер утверждал, что самореализация зависит от сплоченности семьи, а Сатир выделяла важность нормальной коммуникации с другими членами семьи, но они оба исходили из приверженности личностному росту. Более того, хотя и говорилось что-то о семейных системах (Satir, 1972), ранняя эмпирическая модель семьи больше напоминала демократическую группу, нежели систему со структурой и иерархией. (В более современных работах Витакера, Газа Напье и Дэвида Кейта это не совсем так.) Кроме того, ставился сильный акцент на гибкости и свободе в отношении семейных ролей и распределении власти. Считалось, что роли являются взаимными. Если один партнер — тихий, любящий уединение человек, то другой склонен быть общительным и весело проводить время. Лечение обычно планировалось так, чтобы помочь отдельным членам семьи найти для себя реализующие роли, не особенно заботясь о потребностях семьи в целом. Речь вовсе не идет о том, что потребности семьи очернялись, просто предполагалось, что они автоматически удовлетворяются по мере личностного роста. Хотя было время, когда семья изображалась как враг свободы и аутентичности (Laing & Esterson, 1970).

Дэвид Кейт после чтения предыдущего параграфа предложил (в личном письме) шире рассмотреть эмпирический взгляд на дилемму притязания индивида против притязаний семьи:

«Наше мышление индивидуалистично в той степени, что мне совершенно ясно, что я один знаю, каково быть в моей шкуре. Никто не знает, как я чувствую или как я думаю. Аналогичным образом я никогда не узнаю, как чувствует или думает кто-то другой. Между человеком и семьей существует диалектическое напряжение — это напряжение между зависимостью и независимостью. Придавать чрезмерное значение либо индивидуальности, либо взаимосвязанности семьи — значит исказить положение человека. Это напряжение трансцендируется только через опыт, а не через осмысление или теорию. Одно из моих базовых положений в работе с семья-



ми — что бы там ни было, но семья сама отвечает за себя. Вывод из этой идеи — что я с недоверием отношусь к семьям, потому что мне известно, что семьи жертвуют своими членами ради сохранения собственной целостности или же они спасают кого-то из них».

Теории о семье как о системе транслировались в техники, поощряющие коммуникацию и взаимодействие. Акцент на изменении интеракций подразумевал принятие любого уровня индивидуального опыта и понимание уже существующего. Именно в этом эмпирическая теория отличается (как и психоаналитическая) от большинства системных подходов. Здесь акцент ставится на расширяющемся опыте. Предполагается, что такое расширение на уровне личности — необходимая предпосылка, чтобы заложить новую почву для семейной группы.

В основе работы в эмпирической семейной терапии лежит предпосылка, что самый лучший способ оказать содействие личностному и семейному росту — освободить чувства и импульсы. На основе этого положения и строятся усилия по уменьшению защит и разблокировке глубинных слоев опыта.

## Нормальное развитие семьи

Эмпирические семейные терапевты присоединяются к гуманистической вере в естественное совершенство и мудрость неаккультуренных чувств и побуждений человека. Согласно этой точке зрения, люди начинают процветать, если оставить их в покое. Проблемы возникают в связи с тем, что эта врожденная склонность к *самоактуализации* (Rogers, 1951) сталкивается с социальным (Marcuse, 1955) и семейным (Laing & Esterson, 1970) противодействием. Общество проводит репрессивные меры по укрощению инстинктов человека, чтобы сделать их пригодными для продуктивной жизни группы. К несчастью, требуемый обществом самоконтроль достигается ценой «избыточного подавления» (Marcuse, 1955) и лишением эмоциональной жизнеспособности. Семьи оказывают дополнительный контроль, чтобы достигнуть покоя и тишины, увековечивая устаревшие *семейные мифы* (Gehrke & Kirschenbaum, 1967) и используя *мистификации* (Laing, 1967) для отчуждения детей от их опыта.

В идеальной ситуации эти контролирующие меры не избыточны, и дети растут в атмосфере поддержки, оказываемой их чувст-

вам и творческим импульсам. Родители слушают детей, принимают их чувства и подтверждают их опыт. Аффект оценивается и воспитывается; пылки переживания детей и выражение полного спектра эмоций поощряются (Pierce, Nichols, & DuBrin, 1983).

Психическое здоровье рассматривается как непрерывный процесс роста и изменения, а не статическое или гомеостатическое состояние. «Здоровая семья — та, которая продолжает свой рост вопреки любым проблемам, возникающим на ее пути» (Whitaker & Keith, 1981, с. 190). Кроме того, здоровая семья справляется с напряжением, объединяя ресурсы и разделяя проблемы, а не сваливая их все на одного члена семьи.

Эмпирические терапевты характеризуют нормальную семью как ту, которая поддерживает рост и опыт личности. Тем самым клиницисты могут невольно способствовать дихотомии между личностью и семьей: «плохие» семьи репрессируют индивидов; «хорошие» оставляют их в покое. Ни Карл Витакер, ни Вирджиния Сатир не попадались в эту ловушку, хотя Витакер казался амбивалентным в отношении необходимости организованной семейной структуры. Иногда он говорил, что иерархия и границы между поколениями нужны, а иногда акцентировался на творческой гибкости. Следующая цитата (Whitaker & Keith, 1981) демонстрирует его непостоянство в этом вопросе:

«Здоровая семья поддерживает разделение поколений. Мать и отец — не дети, а дети — не родители. Оба поколения функционируют в этих двух отдельных ролевых категориях. Члены одного поколения равны по положению. Однако остается невероятная свобода выбора в подборе ролей, и каждая роль доступна любому члену. Отец может превратиться в пятилетнего ребенка, мать может стать трехгодовалой, трехлетний малыш может стать отцом, отец может быть матерью — в зависимости от ситуации, когда каждый член семьи защищен подразумеваемой «как будто» оговоркой» (с. 190).

В любом случае Витакер воспринимал семью как интегрированное целое, а не как союз отдельных личностей. Другие эмпиристы, по-видимому, часто полагают, что целое — это меньше, чем сумма частей. Кемплер (Kempler, 1981), например, подчеркивает персональную ответственность, которая, по его мнению, заключается в том, что каждый человек максимально увеличивает свой потенциал. Некоторые называют это нарциссизмом (Lasch, 1978), но эмпиристы считают, что увеличение личных обяза-

тельств автоматически влечет за собой возрастание обязательств перед другими.

Нормальная семья, по Сатир (1972), — та, которая воспитывает своих членов. Отдельные члены семьи прислушиваются и заботятся друг о друге, позволяя им почувствовать, что их ценят и любят. Любовь свободно отдают и получают. Кроме того, члены семьи открыты и искренни друг с другом. «Говорить можно обо всем — о разочарованиях, страхах, обидах, злости, критике, так же как о радостях и достижениях» (Satir, 1972, с. 14).

Сатир также рассматривала гибкость и конструктивное решение проблем как качества здоровой семьи. Воспитывающие родители, говорила она, понимают, что изменение неизбежно; они принимают и используют это творчески. Ее описание «воспитывающей семьи» напоминает мир, который Норман Роквелл изобразил на обложке «Сатердей ивнинг пост»: теплый и приятный, но не совсем реальный для жизни. Возможно, идеализированную версию семейной жизни Сатир (1972) лучше принимать за предписание, а не описание здоровой жизни семьи.

Вообще, эмпирические терапевты описывают семью как место, в котором опыт проживается сообща. Функциональная семья поддерживает и поощряет самый разнообразный жизненный опыт; дисфункциональная семья сопротивляется осознанию и притупляет ответную реакцию. Живость индивидуального опыта каждого человека — основное мерило здоровой психики. Здоровые люди признают богатство своего опыта в каждый момент жизни. Это позволяет им отстаивать то, кем они являются и чего хотят, и принимать то же самое в других. Функциональные семьи достаточно бесстрашны, чтобы быть чувственными; дисфункциональные семьи напуганы и бесчувственны. Ни навыки решения проблем, ни конкретные семейные структуры не считаются настолько важными, как расширение открытого, естественного и непосредственного опыта. Здоровая семья предоставляет своим членам свободу быть собой.

## Развитие расстройств поведения

С эмпирической точки зрения корень семейных проблем — отрицание импульсов и подавления чувств. Дисфункциональные семьи застревают в самозащите и избегании (Kaplan & Kaplan, 1978). Говоря словами Салливана (Sullivan, 1953), они ищут *безопасности*, а не *удовлетворения*.

Такие семьи функционируют механически. Они представляют много жалоб, но их базовая проблема заключается в том, что они подавляют эмоции и желания. Лэйнг (Laing, 1967) охарактеризовал это как *мистификацию* опыта и возлагал ответственность за нее на родителей. Но родители, конечно, не злодеи, и процесс является круговым. Кемплер (1981) тоже говорил, что семейное давление, требующее преданности и согласия, мешает лояльности индивидов к самим себе. Можно предположить, что чрезмерная настойчивость несчастливых семей привела бы их к хаосу. И вот грустный результат — чувства никогда не признаются.

Согласно Витакеру (Whitaker & Keith, 1981), нет такой вещи, как брак, — просто два «козла отпущения» выпускаются из семей, чтобы увековечить самих себя. Каждый запрограммирован на то, чтобы повторить свою исходную семью; вместе они должны отработать свойственный этой ситуации конфликт. Чувствуя беспомощность и фрустрацию, они еще больше прилипают к тому, что им знакомо, усугубляя, а не улаживая свои проблемы. Каждый не приемлет то, как ведет себя другой. Когда пары существуют в этой борьбе за контроль, один может производить впечатление более больного, чем другой. Но, как считал Витакер (1958), степень нарушения у супругов почти всегда оказывается одинаковой, даже если поначалу кажется, что они в этом различаются. Пары, которые в конечном счете остаются вместе, достигают некоторого примирения. Независимо от того, что лежит в основе — компромисс или односторонняя уступка, это уменьшает прежний конфликт. Дисфункциональные семьи, боящиеся конфликта, жестко соблюдают свою структуру и режим, выработанные ими в совместной жизни. Пережив состояние расхождения, которое им не понравилось, они теперь прилипают к единению.

Дисфункциональные семьи отличаются тем, что поток их поведения засоряется невыраженными эмоциями, что лишает их гибкости и жизненности. Клиницисты видят зафиксированные треугольники и патологические коалиции, и любому будет видна их ригидность.

Избегание чувств определяется как причина и следствие семейной дисфункции. Кемплер (1981) перечисляет ряд приемов, которые обычно используют, чтобы избежать чувств: задавание вопросов вместо высказывания мнений; использование авторского «мы» («Мы волнуемся за Джонни»); изменение темы разговора. Внимание, которое уделяется этим защитным приемам в разговоре, отражает интерес эмпиристов к малым формам психологических проблем.

Эмпирические терапевты полагают, что атмосфера эмоциональной монотонности вызывает симптомы у одного или больше членов семьи. Однако, обращаясь с несомненным здоровьем как с клинической патологией, эмпиристы указывают на «нормальную» причинность, на которую другие могли бы не обратить внимания. Витакер (Whitaker & Keith, 1981) говорил о «синдроме одинокого отца», «синдроме материнской усталости от борьбы», «синдроме неверности» и «синдроме ребенка с родительскими функциями». Эти «нормальные» проблемы интересуют эмпирических семейных терапевтов наравне с симптомами идентифицированного пациента. Эмпирические терапевты также выделяют невидимые для культуры патологии типа тучности, пристрастия к курению и сверхурочной работы. Эти симптомы семейных проблем остаются «невидимыми», потому что расцениваются как нормальные.

Дисфункциональные семьи не способны к независимости или реальной близости. Они не знают себя и не знают друг друга. Коренная причина здесь — *отчуждение* от опыта, что Кемплер (1981) называет «астигматичным осознанием». Их коммуникация ограничена, потому что ограничено их осознание.

Витакер также говорил о семейной патологии как о результате безвыходного положения во время переходного периода в жизненном цикле или при столкновении с изменившимися обстоятельствами. Хотя эта идея отнюдь не нова, она не противоречит акценту эмпиристов на необходимость изменений и гибкость. Оставаться прежним перед лицом изменившихся обстоятельств — все равно что предпринять нечто сомнительное и активно разрушительное.

Описывая проблематичные семьи, Сатир (1972) обращала внимание на царящую в них атмосферу эмоциональной серости. Такие семьи холодны; кажется, будто эти люди остаются вместе по привычке или по необходимости. Взрослые не получают удовольствия от своих детей, и дети приучаются не ценить себя или не заботиться о родителях. Из-за отсутствия сердечности в семье эти люди избегают друг друга и погружаются в работу и другие занятия.

Необходимо отметить, что «дисфункция», описанная Сатир, — это не то, что представляется в диагностических руководствах. Сатир, как и другие в эмпирическом лагере, относилась к «нормальным» людям, ведущим жизнь тихого безумия, точно так же, как к людям с очевидными нарушениями, которые обычно попадают в клиники. Вот как пишет об этом Сатир (1972):

«Находиться рядом с этими семьями — печальный для меня опыт. Я вижу безысходность, беспомощность, одиночество. Я вижу бравату людей, пытающихся скрыть все это. Эти храбрецы по-прежнему орут друг на друга, ворчат или плачутся. Остальным уже все равно. Эти люди живут вместе год за годом, терпеливо снося свои страдания или в отчаянии перекладывая их на чужие плечи» (с. 12).

Сатир подчеркивала роль разрушительной коммуникации в подавлении чувств и называла четыре нечестных способа коммуникации людей: *обвинение, успокаивание, иррелевантность и чрезмерная рассудительность*. Что скрывается за этими паттернами неаутентичной коммуникации? Низкое самоуважение. Если мы чувствуем себя неуверенно, нам трудно говорить правду о своих чувствах, а также о боязни позволить другим честно сообщать нам, что чувствуют они.

## Цели терапии

Рост, а не стабильность является целью эмпирической семейной терапии. Избавление от симптома вторично по сравнению с возрастанием интегричности личности (конгруэнтности между внутренним опытом и внешним поведением), большей свободой выбора, меньшей зависимостью и расширением опыта (Malone, Whitaker, Warkentin & Felder, 1961). Проблемы, представляемые семьей, расцениваются как входной билет (Whitaker & Keith, 1981); реальной же считается проблема эмоциональной бесплодности.

Большинство эмпирических терапевтов сосредоточиваются на индивидах и их опыте больше, чем на семейной организации. Кемплер (1981) признавал свою приверженность индивиду: «Я считаю, что в первую очередь отвечаю за людей — за каждого индивида внутри семьи, — и только во вторую — за организацию, называемую «семья» (с. 27). Этот акцент на главенстве индивида над семьей не свойствен эмпирическим семейным терапевтам, лучше осведомленным в системной теории, — Карлу Витакеру, Дэвиду Кейту и Газу Напье.

Как и другие в экзистенциально-гуманистической традиции, эмпирические терапевты полагают, что путь к эмоциональному здоровью заключается в раскрытии глубинных уровней опыта. Вот что об этом писала Вирджиния Сатир (1972):

«Мы стремимся добиться трех типов изменения в семейной системе. Во-первых, каждый член семьи должен научиться конгруэнтно, полностью и честно сообщать о том, что видит и слышит, чувствует и думает о себе и других в присутствии других. Во-вторых, каждый человек должен, адресовываться и устанавливать отношения с позиции своей уникальности, так что решения принимаются исходя из исследования и переговоров, а не с позиции власти. В-третьих, инаковость должна быть открыто подтверждена и использована для роста» (с. 120).

Когда эмпирические методы применяются к лечению семейной системы (а не к индивидам, которых случай свел в семейные группы), цель личностного роста объединяется с целью достижения укрепленного семейного союза. Работа Карла Витакера отлично реализовала эту двойную цель. Согласно ему, личностный рост требует семейной интеграции, и наоборот. Связность и индивидуализация идут рука об руку. Действительно, часто бывает так, что родителям нужно сильнее сблизиться друг с другом, чтобы позволить детям оставить дом, так как многие из последних не могут этого сделать, пока не почувствуют, что их родители будут счастливы и без них.

Эмпиристы подчеркивают чувственную сторону человеческого характера: творческий потенциал, спонтанность и способность играть. Витакер настаивал на «безумии» — нерациональном, творческом переживании и функционировании как на собственно цели терапии. Если семьи позволяют себе стать немного безумными, полагал он, наградой им за это станет увлеченность, эмоциональность и спонтанность.

Описывая цели лечения, эмпирические клиницисты выделяли ценность самого опыта. Витакер (1967), например, воспринимал терапию в целом как процесс расширения опыта, который, как он полагал, ведет к росту.

Считается, что новый опыт для членов семьи уничтожает слияние, разрушает устойчивые ожидания и открывает осознание — и все это поддерживает индивидуализацию (Kaplan & Kaplan, 1978). Банни и Фред Дул (Duhl, 1981) писали, что они ставят терапевтической целью повышение чувства компетентности, здоровья и самоуважения. Подчеркивая самоуважение, Дул вторят Вирджинии Сатир (1964, 1988), которая полагала, что низкое самоуважение и разрушительная коммуникация, повин-

ная в нем, являются основными проблемами в несчастливых семьях.

Большинство семейных терапевтов считают, что усиление чувствительности и личностный рост служат более общей цели расширения семейного функционирования. Некоторые эмпирические семейные терапевты не говорят прямо о семейно-системной цели и посвящают ей относительно мало своих вмешательств; другие считают, что индивидуальный рост связан с семейным, и поэтому более целенаправленно содействуют семейной интеракции. Дул (1981) придерживаются идеи, что «новая и обновленная интеграция» внутри и между членами семьи взаимно подкрепляют задачи лечения. Витакер (1976а) полагал, что семьи приходят на терапию, потому что не способны к близости, а следовательно, не способны к индивидуализации. По его мнению, помогая членам семьи восстанавливать их потенциал проживания опыта, он также помогал им восстанавливать их способность заботиться друг о друге.

## Условия для изменения поведения

Одно из заблуждений новичков в семейной терапии заключается в том, что семьи — хрупкие создания и терапевты должны быть очень осторожны, чтобы не разрушить их. Требуется мало опыта, чтобы усвоить противоположное: наиболее дисфункциональные семьи настолько жестко структурированы, что необходим терапевтический динамит, чтобы изменить их. Эффективное лечение требует мощных вмешательств, эмпирические же семейные терапевты полагают, что эта сила исходит из эмоционального опыта.

Эмпирические клиницисты используют эвокативные (вызывающие чувства, воспоминания) техники и силу собственных личностей для создания терапевтических встреч. Жизненность, или витальность, терапевта как личности — одна главная сила терапии; жизненность *встречи* — другая. Предполагается, что этот сильный персональный опыт помогает устанавливать заботливые, прямые персональные отношения между всеми членами семьи. Газ Напье в «Испытании семьей» (Napier & Whitaker, 1978) дал хорошее описание того, что эмпирические терапевты думают о причинных изменениях. Это большой шаг вперед, когда члены семьи рискуют быть «более обособленными, дивергентными и



даже более сердитыми», а также «когда они рискуют сближаться и быть более сердечными». Вспышки гнева часто сопровождаются сближением и сердечностью, потому что невыраженный гнев, не позволяющий людям сближаться, также не позволяет им любить друг друга.

Поскольку предполагается, что чувственное выражение и сердечный опыт на сессиях являются ключевыми составляющими терапии, тревога стимулируется и высоко ценится. (Более интеллектуальным подходам, например, подходу Мюррея Боуэна, свойственно обратное.) Эмпирические терапевты то провоцируют, то оказывают теплую поддержку. Таким образом, они способствуют тому, чтобы семьи отваживались рисковать. Это позволяет им снимать защиты и открываться друг другу.

Предполагается, что *экзистенциальная встреча* является сущностной силой в психотерапевтическом процессе (Kempler, 1973; Whitaker, 1976a). Эти встречи должны быть взаимными; вместо того чтобы скрываться за ролью специалиста, терапевт должен быть настоящим человеком, который катализирует изменение, используя свое личное воздействие на семью. Вот что писал по этому поводу Кемплер (1968):

«В этом подходе терапевт в процессе интервью становится членом семьи, принимая в ней по возможности максимально полное участие, обнадеживающе доступный для оценки и критики, настолько же способный сам оценивать и критиковать. Он смеется, плачет и сердится. Он чувствует и делится своими смущением и беспомощностью. Он делится своим страхом самораскрытия, если эти чувства — часть его совокупной личности. Иногда он не может поделиться собой, но обнадеживает, что он по крайней мере способен сказать об этом» (с. 97).

А это слова Вирджинии Сатир:

«Некоторые терапевты полагают, что люди приходят на терапию, не желая изменяться; я не считаю, что это так. Они не думают, что *могут* изменяться. Вхождение в какое-то новое, незнакомое место — пугающее занятие. Только начиная работать с кем-то, я не заинтересована их изменениями. Мне интересно определить их ритм, суметь соединиться с ними и

помочь им войти в эти пугающие места. Соппротивление — это главным образом страх вхождения куда-то, где вас не было» (цит. по Simon, 1989, с. 38-39).

Для Сатир заботливость и принятие были ключевыми факторами, помогающими людям преодолеть страх, открыться опыту и друг другу. Именно готовность понять и принять людей, а не тревожное стремление изменить их дает возможность эмпирическим терапевтам помочь людям обнаружить и подтвердить глубоко спрятанные и плохо понятые страхи и желания.

Терапевтам рекомендуется обращать внимание на собственные реакции на семьи. Не чувствуют ли они тревогу, злость или скуку? Отследив эти реакции, о них следует рассказать семье. Витакер и его коллеги по Психиатрической клинике в Атланте (Whitaker, Warkentin, & Malone, 1959) первыми стали применять технику *полного* комментирования собственных чувств пациентам. Согласно Кемплеру (1965), «если проявлять как можно полное свою совокупную личность, а не играть роль терапевта, то образуется атмосфера, которая поощряет всех членов принимать наиболее полное участие как совокупных личностей» (с. 61).

Позиция такова: оставаясь «реальным человеком», открытым, честным и спонтанным, терапевт учит членов семьи делать то же самое. Как писал Витакер (1975), если терапевт сердится, то пациенты учатся справляться с гневом. Хотя это и неотразимая точка зрения, ее обоснованность опирается на предположение, что терапевт является достойной моделью — не только здоровой, зрелой личностью, но и тем, чьи инстинкты заслуживают доверия и полезны для семьи. Эмпирические терапевты сильно доверяют себе как барометрам, сверяясь с которыми члены семьи могут себя измерять.

Это привлекательная идея, и она, по-видимому, работает в руках опытных практиков, подобных Карлу Витакеру. Однако более молодым и менее опытным терапевтам было бы благоразумно не переоценивать благотворный эффект открытости своей личности, не недооценивать потенциал контрпереноса в своих эмоциональных реакциях на клиентов.

Эмпирические семейные терапевты разделяют гуманистическое убеждение, что люди от рождения здоровы, и если их предоставить самим себе, то в них просыпается креативность, интерес к жизни, любовь и они становятся продуктивными (Rogers, 1951; Janov, 1970; Perls, Hefferline & Goodman, 1951). Следовательно, цель терапии — разблокировка защит и раскрытие опыту.

Некоторые эмпирические терапевты больше внимания уделяют сопротивлению чувствам отдельных членов семьи, чем сопротивлению семейной системе изменению. Концепция Кемплера о взаимосвязанных семейных паттернах заключается в том, что они легко решаемы, если на них указать. «Часто бывает достаточно обратить внимание одного или больше членов семьи на паттерн, чтобы остановить их участие в нем, тем самым лишив возможности продолжаться этому взаимосвязанному поведению» (Kempler, 1981, с. 113). Кемплер полагает, что цель эмпирической терапии — завершить интерперсональную встречу. Он двигается к этой цели, просто помогая членам семьи проходить через безвыходные положения. Но, как справедливо в отношении групп встреч (Lieberman, Yalom, & Miles, 1973), эти изменения, вероятно, не закрепятся без повторения, проработки и некоторого когнитивного инсайта.

Дисфункциональные семьи имеют консервативные (гомеостатические) предпочтения; они выбирают безопасность, а не удовлетворение. Так как страсти непристойны, несчастливые семьи довольствуются тем, что приглушают их; эмпирические терапевты — наоборот. Клиницисты, подобно Витакеру, полагают, что важно быть эффективным, а не беречься. Поэтому он намеренно стремился дестабилизировать семьи, с которыми работал.

Как стресс открывает семейные диалоги и делает изменение возможным, так и терапевтическая регрессия позволяет членам семьи обнаружить и показать скрытые аспекты себя. Большинство подходов направлено на то, чтобы помочь членам семьи сообщить друг другу о том, что хранится у них в голове. Но это означает, что они только делятся осознанным чувством. У них становится меньше секретов друг от друга, но секреты от себя в виде неосознанных потребностей и чувств у них остаются. Эмпирические терапевты, наоборот, полагают, что увеличение уровней опыта отдельных членов семьи делает семейные интеракции более честными и проникновенными. Следующий пример показывает этот «выворачивающий» процесс изменения.

После первичной сессии, на которой была собрана необходимая информация, семья Л. обсуждала плохое поведение десятилетнего Томми. В течение нескольких минут миссис Л. и младшая сестра Томми по очереди перечисляли все «ужасные вещи», которые Томми творит дома. Пока шло это обсуждение, терапевт отметила, насколько кажется безучастным м-р Л. Хотя он покорно кивал, соглашаясь с жалобами

жены, он создавал впечатление скорее угнетенного, чем заинтересованного. Когда его попросили высказать свое мнение, он ответил очень коротко, так что терапевту показалось, что он мало что думает по этому поводу — по крайней мере сознательно. Терапевт не знала причины его слабого участия, но она почувствовала, что ее это раздражает, и решила сказать об этом.

Терапевт: (м-ру L.) Знаете что, вы меня бесите.

М-р L.: Что? (Он был потрясен; ни один его знакомый не позволял себе говорить ему такого.)

Терапевт: Я сказала, вы меня бесите. Ваша жена беспокоится и расстраивается из-за Томми, а вы сидите как истукан. Вы такая же часть этой семьи, как та лампа в углу.

М-р L. (немедленно вспыхивает): Вы не имеете права разговаривать со мной в таком тоне! Я много работаю для этой семьи. Кто, вы думаете, добывает для них хлеб? Я на ногах шесть дней в неделю и делаю грузовые поставки по всему городу. Весь день я должен выслушивать жалобы заказчиков по поводу и без повода. Потом я прихожу домой, и что я получаю? Еще больше жалоб: «Томми сделал то, Томми сделал се». Я устал от этого.

Терапевт: Скажите это снова и громче.

М-р L.: Я устал от этого! Я устал от этого!!

Этот обмен драматично преобразовал атмосферу сессии. Внезапно причина равнодушия м-ра L. стала ясной. Он был в ярости от постоянных жалоб своей жены на Томми. Она, в свою очередь, вымещала многие свои чувства к мужу на Томми — как следствие эмоциональная безучастность м-ра L. В последующих сеансах, поскольку м-р и миссис L. потратили много времени на обсуждение своих отношений, о плохом поведении Томми было слышно все меньше и меньше.

Следуя за своим эмоциональным импульсом, терапевт в этом примере усилила эмоциональную насыщенность сессии, раскритиковав члена семьи. Вызванной ее поступком тревоги было достаточно, чтобы вытащить на поверхность скрытую проблему. Как только проблема была раскрыта, членов семьи не потребовалось уговаривать, чтобы заставить их бороться с ней.

Хотя читатель может почувствовать себя неловко, представив терапевта, критикующего члена семьи, но это вполне обыч-

ная практика в эмпирической терапии. Что делает этот поступок менее опасным, чем он может показаться, — это присутствие других членов семьи. Когда в наличии вся семья, по-видимому, провокации терапевтов не так опасны и они меньше рискуют причинить пациентам вред или отпугнуть их от себя, чем при индивидуальной терапии. И как указывал Карл Витакер (1975), семьи реагируют на терапевта весьма позитивно, убедившись, что он искренне заботится о них.

Подчеркивая расширение опыта личности как средство для терапевтических изменений, современные эмпирические семейные терапевты начинают пропагандировать участие в лечении по возможности максимального количества членов семьи. Как эмпиристы, они верят в непосредственный личный опыт; как семейные терапевты, они полагаются на взаимосвязанность семьи.

Карл Витакер (1976b) полагал, что важно работать с тремя поколениями. Он добивался по крайней мере пары встреч с большой семейной сетью, включая родителей, детей, бабушек и дедушек, разведенных супругов. Приглашение членов этих расширенных семей — эффективный способ помочь им поддержать лечение, вместо того чтобы мешать или подрывать его.

Витакер полагал, что детей всегда нужно подключать, даже если они не представляют собой фокус проблемы. Он считал, что трудно работать без детей, которые, по его мнению, неопценимы в том, чтобы научить родителей спонтанности и честности. Преодолевая нежелание присутствия членов расширенных семей, Витакер приглашал их в качестве консультантов, «помогать терапевту», а не как пациентов. В этих интервью бабушек и дедушек просили о помощи, спрашивали об их впечатлении о семье (в прошлом, в настоящем) и иногда просили рассказать о проблемах в их браке (Napier & Whitaker, 1978). Родители могли увидеть, что их родители отличаются от того образа, который они интроецировали двадцатью годами ранее. Бабушки и дедушки, в свою очередь, могли начать понимать, что их дети уже взрослые люди.

Кроме того, что происходит обогащение информацией, которая становится доступной, когда собирается расширенная семья, малые перемены в большой семейной группе могут вызвать более серьезные последствия, чем большие изменения в одной подсистеме. Поскольку семейная терапия основана на предположении, что изменение системы — самый эффективный способ изменить индивидов, из этого следует, что кроссгенеративная группа хранит самый большой потенциал для изменений. (В дей-

ствительности реальная причина того, что многие семейные терапевты не задействуют расширенную семью, возможно, заключается в том, что у них не хватает нервов или сил, чтобы их собрать.)

## Техники

Согласно Уолтеру Кемплеру (1968), в эмпирической психотерапии нет техник, есть только люди. Эта сентенция лаконично суммирует эмпиристский акцент на целительной силе личности терапевта. Не столь важно, что делают терапевты, как то, что они собой представляют. Терапевты, способствующие открытости и аутентичности в своих пациентах, сами должны быть открытыми и аутентичными. Однако этот момент по крайней мере отчасти риторичен. Кем бы они ни *были*, терапевты должны что-то *делать*. Даже если то, что они делают, слабо структурировано или не слишком тщательно спланировано, это все равно поддается описанию. Более того, эмпирические терапевты обычно делают многое; они чрезвычайно активны, а некоторые (включая Кемплера) используют множество техник.

В действительности в отношении терапевтических техник эмпирических терапевтов можно разделить на две группы. Одни обращаются к высоко структурированным приемам, как то *семейная скульптура* и *хореография*, для стимуляции эмоциональной насыщенности терапии; другие, подобно Карлу Витакеру, полагаются на спонтанность, просто оставаясь собой. Витакер едва ли планировал раньше чем за несколько секунд до начала действия; и, конечно же, он не использовал структурированные упражнения или тактики. В основе обеих стратегий положено известное суждение, что терапия должна быть интенсивной, переводящей опыт в «здесь и сейчас».

Вирджиния Сатир имела замечательную способность к ясным и пронизательным коммуникациям. Подобно многим великим терапевтам, она была энергичным, динамичным человеком, решительно завладевая вниманием клиентов с самого первого сеанса. Куда бы она ни вела, клиенты следовали за ней. Но Сатир полагалась не только на спонтанность и личное самораскрытие. Она предпочитала активно разъяснять коммуникации, не давать людям жаловаться на прошлое, а обращать их к нахождению решений, поддерживать самоуважение каждого члена семьи, отмечать позитивные усилия (зادолго до того, как «позитивная коннотация» стала стратегическим приемом) и показы-

вать членам семьи при помощи примеров, как прикасаться друг к другу и быть нежными (Satir & Baldwin, 1983). Она была любящим, но волевым учителем.

Один из фирменных приемов Сатир — использование прикосновения. То был язык ее нежности. Она часто начинала с установления физического контакта с детьми, как показано в описанном ею случае «Камней и цветов».

Боб, проходящий курс реабилитации алкоголик, был отцом двух мальчиков — Аарона (четыре года) и Робби (два года). Их мать частенько обращалась с ними жестоко — сталкивала их с лестницы, прижигала сигаретами и привязывала под кухонной раковиной. Во время этого интервью она находилась под наблюдением психиатра и не виделась с детьми. Новая жена Боба, Бетти, испытала на себе жестокое обращение от своего прежнего мужа, тоже алкоголика. Она была беременна и боялась, что мальчики будут жестоки с ее ребенком. Они уже показали, что способны на гнев и насилие, — были случаи, когда они били и душили других детей. Боб и Бетти отыгрывали расстроенность и страх, реагируя на жестокое поведение мальчиков грубостью, которая только усугубляла положение.

В течение сессии Сатир продемонстрировала родителям, как нежно касаться детей и как твердо, но защищая, их сдерживать, если нужно остановить какие-то их действия. Она показала, чем отличается эта нежная твердость от грубого хватания или одергивания мальчиков в гневном состоянии.

Когда Боб заговорил с Аароном, держась от него на расстоянии, Сатир настояла, чтобы он подошел к нему и прикоснулся. Она посадила Аарона прямо перед Бобом и попросила, чтобы тот взял младшего сына за руки и говорил непосредственно с ним.

Следующие фрагменты сессии цитируются по книге Андреаса (Andreas, 1991).

Эти маленькие руки знают многое; их нужно переучивать. Что ж, начнем. Итак, оба этих юноши хорошо поработали, впрочем, как и вы. И я собираюсь поговорить с вашим терапевтом, чтобы он дал вам какую-то возможность немного передохнуть (от детей). Но вы никогда не теряйте случая для такого физического контакта. И еще я рекомендовала бы вам обоим выяснить, чего вы ожидаете.

Не могли бы вы (Боб) научиться у Бетти быстрее обращать внимание (на детей). Я хотела бы, чтобы вы умели

строить свои сообщения без «нельзя», без запретов — и эта сила в ваших руках, когда вы берете их... Я не знаю, смогу ли показать это вам, но дайте мне свою руку на минуту (тянется к предплечью Боба). Позвольте мне показать вам разницу. Возьмите мою руку так, будто собираетесь меня схватить. (Боб хватает ее за руку.) Так, хорошо. После того как вы это сделали, мои мускулы напряглись, и мне хочется дать вам сдачи. (Боб кивает.) Теперь возьмите мою руку так, будто хотите меня защитить. (Боб задерживает ее руку.) Хорошо. Теперь я почувствовала вашу силу, но у меня не появилось желания ответить вам тем же. (Боб соглашается.)

И вот что мне нужно от вас: вам предстоит проделать огромное *множество* таких касаний применительно к обоим детям. Когда все начинается (когда они распускаются), вы подходите — не говоря ни слова, — подходите к ним и только беретесь за них (показывает защитное удерживание за оба предплечья Робби), но внутренне вы должны знать, что не тянете их (Аарон грубовато дергает за локти Вирджинию и Робби), наподобие этого (показанного), а крепко беретесь за них (поглаживая руку Боба обеими руками) — вы видите разницу, да? Я покажу это и на вас (Бобу). Сначала я схвачу вас вот так (показывает). (Боб говорит «да».) Видите, вам хочется дать сдачи. Хорошо. Теперь на этот раз я собираюсь дать вам почувствовать некоторую силу (удерживает обеими руками его руку. Робби шлепает Вирджинию по руке). Но я не собираюсь просить, чтобы вы отомстили. Итак, этого достаточно для начала.

(Вирджиния поворачивается к Бетти и протягивает к ней свою руку.) Хорошо. Теперь я бы хотела проделать то же самое с вами. Так, возьмите мою руку действительно крепко (Бетти хватает руку Вирджинии, Аарон делает то же самое). Да, точно, — как будто вы действительно хотели задать мне нагоняй. Хорошо. Теперь покажите мне, как вы хотите оказать мне поддержку, но при этом еще и сдерживать меня. (Аарон тянется к руке Бетти, и Вирджиния берет свободной рукой руку Аарона.) Это чуть жестковато, жестковато.

Итак, в следующий раз, когда что-нибудь происходит, вы подходите и делаете этот контакт (Вирджиния показывает, удерживая Аарона за плечо), а затем мягко отпускаете. (Вирджиния берет за руки Аарона и отводит его от Бетти.) Аарон, я бы хотела, чтобы ты минутку постоял здесь, чтобы я могла показать кое-что твоей маме. (Аарон говорит «ладно».)



Теперь представим некий неожиданный момент, и я хватаю вас вот так (неожиданно обеими руками хватая руки Бетти). Вы видели, что вам хотелось сделать? (Бетти кивает.) Так, хорошо. Теперь я проделаю это по-другому. Я посылаю вам то же сообщение (Вирджиния твердо обеими руками берет за руку Бетти, глядя прямо ей в глаза и некоторое время не отводя взгляда), но делаю это вот так. Я смотрю на вас и посылаю вам прямое сообщение. В этот момент ваше тело не захочет негативно реагировать на меня. Оно почувствует, что его остановили, а не негатив. А сейчас я возьмусь за вас вот так. (Вирджиния одной рукой обнимает Бетти за спину, а другую кладет ей на плечо.) Или вот так (Вирджиния обеими руками обнимает Бетти и привлекает ее к себе). И теперь я довольно легко удержу вас.

После этой сессии Сатир так прокомментировала свою технику:

«В жизни этих детей произошло так много всего, что за них было просто страшно, о них можно было бы подумать, что они монстры. Так что одна из вещей, которые я хотела сделать, — это увидеть, что они способны отвечать касанием, используя для этого меня, — я заставила их дотронуться до моего лица. И это стало чем-то вроде зеркала для самой семьи — людей в семье. А после этого я дала им возможность, воодушевила их проделать то же самое с родителями. Взгляды, прикосновения, которые создают некую атмосферу, говорят такое, о чем не скажут никакие слова».

Являясь теоретическими эклектиками, эмпирические терапевты точно так же позаимствовали многие свои техники из ряда источников. Например, театральное и психодраматическое происхождение *семейной скульптуры* и *хореографии* совершенно очевидно. Аналогичным образом, работа Витакера с расширенной семьей, по-видимому, происходит из боуэновского подхода. Эмпирических семейных терапевтов также привлекали группы встреч (Kempler, 1968), техники гештальттерапии (Kaplan & Kaplan, 1978), психодрама (Kantor & Lehr, 1975) и арттерапия (Bing, 1970; Geddes & Medway, 1977).

Хотя все терапевты, рассматриваемые в этой главе, обращаются к эвокативным техникам, они отличаются тем, насколько сознательно они это делают. Одни планируют сессии с участием

одного или больше хорошо отработанных методов, в то время как другие намеренно избегают организованности; на первый план они выносят *нахождение с семьей*, а не *делание* чего-то. Карл Витакер был принципиальным сторонником последнего взгляда. Техники, полагал Витакер (Keith & Whitaker, 1977), — это продукт личности терапевта и котерапевтических отношений. Случаи из его практики демонстрируют игривый, неструктурированный подход. Если к нему приходили дети, Витакер становился родительской моделью, то с увлечением играя с ними, проявляя к ним нежное отношение, то жестко и властно дисциплинируя их. Находясь с Карлом Витакером, пациенты учились большей спонтанности и открытости и начинали чувствовать большую результативность.

Поскольку личную и интимную встречу Витакер ставил выше руководствуемого теорией или привязанного к технике подхода, неудивительно, что его стиль был одинаков при любой работе — с индивидами, супружескими парами или группами (Whitaker, 1958). Он прилежно избегал управления реальными жизненными решениями, предпочитая взамен открывать членам семьи их чувства и объединять их в совместном проживании опыта. Это может звучать банально, но это влиятельный и важный момент. Пока терапевты (или кто-то другой, аналогичный им) стремятся изменять людей, тяжело, очень тяжело, помочь этим людям почувствовать и понять их страхи и желания, а реально сопереживать им и вовсе не возможно.

Сравнение ранних работ Витакера (Whitaker, Warkentin & Malone, 1959; Whitaker, 1967) с его более поздними отчетами (Napier & Whitaker, 1978) показывает, что с годами, отданными им наблюдению семей, он изменился. Он начинал, будучи намеренно провокационным и странным. Он мог заснуть на сессии, а затем рассказать, что ему приснилось; он боролся с пациентами на руках; рассказывал о собственных сексуальных фантазиях. В более поздние годы он стал намного менее провокационным. По-видимому, это случается с терапевтами, когда к ним приходит зрелость, — они меньше хотят навязывать собственное направление и больше готовы понимать и сопереживать. В действительности чтение некоторых отчетов о ранней практике Витакера лишь заставляет задаваться вопросами, сколько там было искренней спонтанности, а сколько намеренного позерства; сколько делалось для отношений, сколько — для себя, а сколько — чтобы позабавить наблюдателей?

Поскольку лечению Витакера были свойственны интенсив-

ность и опора на личность, он считал важной совместную работу двух терапевтов. Наличие котерапевта, с которым можно разделять эмоциональное бремя и взаимодействовать, не дает терапевтам полностью погружаться в эмоциональное поле семьи. Вообще в семейной терапии есть тенденция активизации личных чувств терапевта к тем или иным типажам членов семьи. Беспристрастная, аналитическая позиция минимизирует такие чувства; интенсивное участие максимизирует их. Проблема контрпереноса заключается в том, что он не всегда осознается. Чаще всего терапевты распознают подобные чувства уже после завершения сессий. А у других контрперенос заметить проще. Возьмем, к примеру, случай доктора Фокса — женатого мужчины, специализирующегося в индивидуальной терапии, но иногда работающего с супружескими парами с проблемой дисстресса. В 75% таких случаев доктор Фокс поддерживает желание пары развестись, и значительная доля этих пациентов следуют его совету. Возможно, если бы доктор Фокс был счастлив в собственном браке или осмелился изменить его, он был бы менее склонен подводить своих пациентов к тому, к чему сам пойти не осмеливается.

Витакер и его коллеги из Психиатрической клиники в Атланте написали превосходный трактат о контрпереносе в семейной терапии (Whitaker, Felder & Warkentin, 1965), предлагающий терапевтам эмоционально вовлекаться в семьи, но не увлекаться ими. Терапевт, эмоционально вовлеченный в семьи, должен быть способным идентифицироваться с каждым членом семьи. Осмысление сходного опыта, который вам пришлось испытать, или вопрос к себе «А что бы мне захотелось или потребовалось, если бы я был на месте того человека?» облегчает процесс идентификации.

Чтобы минимизировать отыгрывание контрпереноса, Витакер советовал открыто делиться этими чувствами с семьей. Если чувства выражаются, менее вероятно, что семья проживет их, чем в том случае, когда эти чувства остаются скрытыми. Однако иногда даже терапевт может не осознавать подобных чувств. Именно тогда и нужен котерапевт. Очень часто последний распознает эти чувства в коллеге и может сказать ему об этом после сессии или противодействовать им в процессе. Хорошие инвестиции в котерапевтические (или командные) отношения предохраняют терапевтов от *индуцирования* (увлечения семьей). Терапевты, работающие с семьями без котерапевтов, могут обращаться к кон-

сультанту, чтобы тот помог им достигнуть эмоционального дистанцирования, необходимого для объективности.

Молодые терапевты особенно склонны критически относиться к родителям и сочувственно — к детям. Самая лучшая профилактика от такого контрпереноса — зрелость. Зрелый человек свободен, чтобы вступать в интенсивные отношения — личные и профессиональные, — не спутываясь или не реагируя на людей как на собственных родителей. Адекватное обучение, опыт и наблюдение тоже иммунизируют терапевтов от того, чтобы брать чью-то сторону. Кроме того, здоровая, приносящая удовлетворение семейная жизнь минимизирует вероятность того, что терапевт будет искать суррогат удовлетворения личных потребностей у пациентов.

Из-за своего интереса к актуальным мыслям и чувствам большинство эмпиристов избегают исторической и формальной оценок. Кемплер (1973) как-то заявил о своем пренебрежении к диагнозу: «Диагнозы — это надгробные камни к фрустрации терапевта, а обвинения, к примеру, в защите, сопротивлении и вторичной выгоде, — цветы, возложенные на могилу его захороненной неудовлетворенности» (с. 11). Суть, по-видимому, в том, что объективная дистанция, необходимая для формальной оценки, отдаляет терапевта от близких эмоциональных интеракций с семьями; более того, поскольку диагностическая терминология имеет тенденцию к уничижительности, она может разрядить враждебность, замаскированную под научную объективность.

Для большинства эмпиристов оценка происходит автоматически, по мере того как терапевт узнает семью. В процессе ознакомления и выработки эмпатических отношений терапевт узнает, что это за люди, с которыми он имеет дело. Витакер начинал с просьбы к каждому члену описать семью и то, чем они занимаются: «Расскажите о всей семье»; «На что похожа ваша семья?»; «Как она устроена?». Таким образом, он получал общую картину, составленную при участии каждого члена семьи и их восприятие семейной группы. Заметим также, что, направляя внимание членов семьи к структуре семьи в целом, он отводил его от идентифицированного пациента и его симптомов.

Кемплер, который вел семейную терапию в манере групп встреч, часто начинал, не произнося ни слова. Этот прием вызывает тревогу и создает атмосферу эмоциональной насыщенности. Однако есть нечто парадоксальное в подобном начале. Оно представляется недирективным, и создается впечатление, что таким образом терапевт децентрализуется, но это не так. В дей-

ствительности, когда терапевт ничего не говорит, он привлекает к себе внимание и занимает весьма контролирующую позицию. Любая претензия на то, что этот прием начала является признаком недирективного подхода, быстро улетучивается, если почтительно расшифровки стенограмм семейных терапевтов, работающих в стиле групп встреч (Kempler, 1981). Начинают ли они молча или с исследования конкретных содержательных областей — в любом случае они вскоре становятся чрезвычайно активными и директивными, задают вопросы, управляют диалогами и активно сталкивают уклоняющихся или защищающихся членов семьи.

Первые сеансы Витакера (Napier & Whitaker, 1978) были довольно структурированными и включали расследование семейной истории. В первых контактах с семьями он наблюдал за перестрелкой в «битве за структуру» (Whitaker & Keith, 1981). Он прилагал особые усилия, чтобы добиться достаточного контроля и суметь проявить максимальную терапевтическую силу. Он хотел, чтобы семья поняла, что терапевт — главный, и смирилась с мыслью о семейной терапии. Это начиналось с первого телефонного разговора. Витакер (1976b) настаивал, чтобы на терапии присутствовало максимально возможное количество членов семьи: он полагал, что необходимы три поколения, чтобы гарантировать, что бабушки и дедушки будут поддерживать, а не оппозиционировать терапии и что их присутствие позволит исправлять искажения. Если значимые члены семьи не могли присутствовать, Витакер мог отказаться от встречи с семьей. С какой стати начинать, когда все складывается против вас?

Эмпирические терапевты склонны конфронтировать с семьей с самого начала (Kempler, 1973). Их вмешательства обычно бывают творческими и спонтанными, а воздействия, которые оказывают эти вмешательства на терапевтический процесс, остаются за пределами осознания (Whitaker, 1967). Многие, по-видимому, вырабатывают искреннюю и личную привязанность к пациентам и без колебаний принимают сначала сторону одного члена семьи, а потом другого.

Если не среди всех семейных терапевтов, то по крайней мере среди всех эмпирических терапевтов Карл Витакер был самым откровенным сторонником того, чтобы терапевты использовали собственную личность как средство, вызывающее изменения. Для Витакера забота, настойчивость терапевта и его способность быть непредсказуемым были более эффективными инструментами, чем любые терапевтические техники. Он полагал, что муд-

рость терапевта, его опыт и креативность руководят его вмешательствами лучше, чем любой заранее составленный план или схема. (По-видимому, это лучше срабатывает у более знающих, опытных и творческих терапевтов.)

Эмпирические семейные терапевты способствуют оживлению и искренности семей, моделируя для них такое поведение. Они не указывают путь, а подводят к нему. И по большей части весьма провокационно. Витакер (Napier & Whitaker, 1978), например, справлялся у дочери (подросткового возраста) своих пациентов о ее мнении насчет интимной жизни родителей. Кемплер (1968) характеризовал терапевтов как катализаторов и активных участников семейных интеракций. В качестве катализатора терапевт выдвигает предложения и дает директивы. Типичные директивы заключаются в таких просьбах к членам семьи, как смотреть друг на друга, говорить громче, повторять некоторые утверждения или перефразировать высказывание, чтобы сделать его более эмоциональным. Кемплер (1968) приводит пример, когда мужа просили накричать на жену и на терапевта. Более того, это говорилось с издевкой, чтобы умышленно разозлить мужчину: «Скажи ей, пусть она проваливает ко всем чертям, — серьезно!» Решение стать активным участником семейной встречи в значительной степени зависит от собственных эмоций терапевта. Если он расстраивается или сердится, то может сказать об этом: «Мне невыносимы ваши разглагольствования!» Общепризнанная цель такой прямоты состоит в том, чтобы научить — на собственном примере — использовать «я-утверждения». Как писал Кемплер (1981), «выраженная эмпирически «яйность» терапевта олицетворяет эмпирическое вмешательство» (с. 156). Он часто бросает вызов и даже спорит с членами семьи, при этом открыто признавая, что по большей части просто снимает собственную фрустрацию.

Несмотря на свою прямоту, эти терапевты все же соблюдают некие рамки, за которые не выходят, оказывая на людей давление. Кемплер (1968) писал, что терапевты должны быть спонтанными, но не импульсивными. Большинство эмпиристов сходятся во мнении, что только очень сердечный и поддерживающий терапевт может позволить себе риск быть бесцеремонным и провокационным. Напье и Витакер (1978) тоже советовали не позволять себе «пускать все на самотек», к чему иногда прибегают некоторые, оправдывая ситуацию, когда члены семьи вовлекаются по их недосмотру в деструктивные ссоры. Попытка подра-

жать провокативности Витакера без его сердечности и ограничивающей власти может привести к беде.

Провоцируют ли эмпирические семейные терапевты или оказывают поддержку — обычно они это делают довольно активно и директивно. Вместо того чтобы дать членам семьи самим выработать собственные стили интеракции, они просто говорят им: «Скажите ему (или ей), что вы чувствуете!» или спрашивают: «Что вы теперь чувствуете?» Если лучший способ добиться внимания школьного учителя — дурно себя вести, то лучший способ привлечь внимание эмпирического терапевта — проявить признак эмоции, фактически не вызвав ее.

Терапевты отслеживают невербальные проявления чувств, обращают внимание, как протекают интеракции, отмечают, являются ли люди подвижными или зажатými, и стремятся выявлять подавленные эмоциональные реакции. Затем они прилагают усилия по фокусировке осознания (Kaplan & Kaplan, 1978). Направляя внимание к тому, что человек испытывает в настоящий момент, терапевт может индуцировать прорыв аффекта или разоблачение ранее сдерживаемого материала. Когда видно, что члены семьи заблокированы или срываются, терапевт фокусируется на тех, кто кажется наиболее возбужденным.

Терапевт: Я заметил, что ты смотришь на отца всякий раз, когда задаешь матери вопрос. Что бы это значило?

Джонни: А, думаю, ничего.

Терапевт: Это должно *что-то* значить. Давай! Что ты чувствовал?

Джонни: Ничего!

Терапевт: Ты должен был что-то почувствовать. Что?

Джонни: Ладно, иногда, когда мама мне что-нибудь разрешает, папа бесится. Но вместо того чтобы кричать на нее, он кричит на меня (слегка повышает голос).

Терапевт: Скажи ему об этом.

Джонни (сердито, терапевту): Отстань!

Терапевт: Нет, это важно. Скажи своему отцу, что ты чувствуешь.

Джонни (с надрывом кричит): Ты всегда пристаешь ко мне! Ты никогда не разрешаешь мне ничего делать!

В своей работе эмпирические терапевты используют огромное количество экспрессивных техник. У некоторых этот набор превращается в трофейный багаж эклектика, как видно из следующего замечания Банни и Фреда Дул (1981):

«Что касается нас, мы не стесняемся выбирать конкретную технику или методику, как некто выбирает инструмент из коробки с инструментами, т. е. мы подбираем нужный инструмент для конкретной работы, чтобы добиться изменения интеракции системы таким способом, который удовлетворяет всем участникам, цели и процессу» (с. 511).

В коробке с инструментами эмпирического семейного терапевта среди прочих техник хранятся: *семейная скульптура* (Duhl, Kantor & Duhl, 1973), *семейное кукольное интервью* (Irwin & Malloy, 1975), *семейная арттерапия* (Geddes & Medway, 1977), *объединенные семейные рисунки* (Bing, 1970) и *гештальттерапевтические техники* (Kempler, 1973). В снаряжение кабинетов эмпирических терапевтов также входят игрушки, игрушечные дома, глина, мягкие игрушки, карандаши для рисования, бумага и надувные дубинки.

Техника «*семейная скульптура*», которую разработали Дэвид Кантор и Фред Дул, заключается в том, что терапевт просит каждого члена семьи расположить других таким образом, чтобы получилась осмысленная сцена. Это графическое средство описания того, как каждый воспринимает свою семью с позиции пространства, положения и отношений. Семейная скульптура была любимым приемом Вирджинии Сатир, которая часто дополняла ее использованием веревок и повязок на глаза, чтобы драматически показать сдерживающие роли членов семьи, которыми они связывают друг друга (Satir & Baldwin, 1983). Далее приводится пример построения скульптуры. Терапевт просит м-ра N. составить из других членов семьи сцену, которая обычно происходит, когда он возвращается домой с работы.

М-р N.: Когда я прихожу домой с работы, да? Ладно. (Жене): Дорогая, встань у плиты.

Терапевт: Нет, не говорите ничего. Только расставляйте людей так, как вам хочется.

М-р N.: Ладно.

Он отводит жену туда, где как будто располагается кухонная плита, и рассаживает детей на полу кухни, будто бы они рисуют и играют.

Терапевт: Прекрасно, теперь по-прежнему без диалога, дайте им действие.

М-р N. дает указание жене, чтобы та притворилась, что готовит, но часто оборачивается, чтобы видеть, чем занимаются де-



ти. Детей он попросил, чтобы они притворились, что некоторое время играют, но затем начинают ссориться и жаловаться маме.

Терапевт: И что происходит, когда вы приходите домой?

М-р N.: Ничего. Я пытаюсь поговорить с женой, но дети начинают к ней приставать, она выходит из себя и просит, чтобы ее оставили в покое.

Терапевт: Хорошо, разыграйте это.

После того как семья изобразила описанную м-ром N. сцену, каждому стали понятны его чувства. Миссис N. разыгрывала, как она пытается готовить и утихомиривать детей. Дети, обрадовавшиеся этой игре, притворились, что ссорятся, и пытались побороть друг друга, чтобы добиться внимания матери. М-р N., «придя домой», обратился к жене, но дети мешали им, пока миссис N. наконец не отогнала их.

Позже миссис N. сказала, что не понимала, почему муж так отдалился. Ей казалось, что он просто приходит домой, здоровается и сразу же убирается к себе со своей газетой и бутылкой пива.

*Семейная скульптура, хореография или семейное пространство* (Jefferson, 1978) используются также для того, чтобы пролить свет на ту или иную сцену прошлого. Вот типичная инструкция: «Вспомните, как вы стояли перед своим домом в детстве. Зайдите в него и опишите все, что там обычно происходило». Идея состоит в создании живой картины с использованием людей и реквизитов, чтобы изобразить то, как человек воспринимает семейную жизнь. Это обостряет чувствительность и предоставляет терапевту полезную информацию. Вероятно, полезнее всего, если она предполагает изменения, которые затем разыгрываются. «Вам это нравится? Если нет, измените сцену по своему усмотрению. И если это действительно вас заботит, сделайте что-нибудь с этим между сессиями».

Другое экспрессивное упражнение — *семейная арттерапия*. Квиатковска (Kwiatkowska, 1967) давала семьям задание нарисовать ряд последовательно упорядоченных рисунков, включая «объединенные семейные каракули», когда каждый человек быстро рисует каракули, а затем вся семья объединяет полученное в единое изображение. Элизабет Бинг (Bing, 1970) просила семьи рисовать самих себя в качестве семей. Рубин и Магнуссен (Rubin & Magnussen, 1974) предлагали семьям сообща расписать стену или нарисовать двух-трехмерные семейные портреты.

Бинг (1970) описала *объединенный семейный рисунок* как средство разогрева и раскрепощения семьи для самовыражения. Дается следующая инструкция: «Нарисуйте то, как вы видите себя как семью». Возникающие в результате изображения раскрывают впечатления, которые ранее не обсуждались, или стимулируют рисующего человека понять что-то такое, о чем раньше он никогда не задумывался.

На рисунке семьи, сделанном одним отцом, сам он красовался в стороне, тогда как его жена и дети стояли перед ним, воздев руки. Хотя он изобразил факт, хорошо известный и его жене, и ему самому, они не обсуждали его открыто. После того как он показал свой рисунок терапевту, обсуждение стало неизбежным. В другом случае, когда терапевт попросил каждого участника нарисовать их семью, дочь-подросток никак не могла решить, что рисовать. Она никогда не думала о семье или своей роли в ней. Когда она начала работать, ее рисунок, казалось, стал появляться сам собой. Она удивилась, обнаружив, что нарисовала себя ближе к отцу и сестрам, чем к матери. Это вызвало между ней и ее матерью живое обсуждение их отношений. Хотя они проводили время вместе, дочь не чувствовала близости, потому что ей казалось, что мать обращается с ней как с ребенком, никогда не говорит с ней о своих делах и выказывает только поверхностный интерес к жизни дочери. Мать, в свою очередь, тоже удивилась и несколько не рассердилась тому, что ее дочь была готова установить с ней более равные отношения.

Еще одна проективная техника — *символический рисунок семейного жизненного пространства* (Geddes & Medway, 1977). Сначала терапевт рисует большой круг. Затем он просит семью представить внутри круга все, что есть в семье. Людей и организации, которые не считаются частью семьи, следует помещать вне круга. Каждый член семьи должен нарисовать маленький круг, представляя самих себя, и расположить его внутри семейного круга в позиции, связанной по смыслу с другими. По мере того как семья выполняет эти команды, терапевт отражает их восприятие: «О, вы чувствуете, что находитесь снаружи, вдалеке от всех»; «Похоже, тебе кажется, что твоя сестра ближе к родителям, чем ты».

В *семейных кукольных интервью* Ирвин и Маллой (Irwin & Malloy, 1975) просили одного из членов семьи придумать историю с использованием кукол-марионеток. Эта техника, изна-

чально использованная в игровой терапии с детьми, является средством для выражения конфликтов и альянсов. На деле ее полезность, вероятно, ограничена работой с маленькими детьми. Большинство взрослых сопротивляются выражению чего-то действительно личного при помощи такого детского средства. Даже скрытный восьмилетний ребенок понимает, что происходит, когда терапевт говорит ему «Расскажи мне историю».

*Ролевая игра* — еще один излюбленный прием. Ее использование основано на предпосылке, что для реальности переживания нужно их испытать и разоблачить перед всеми в настоящем. Воспоминание прошлых событий и рассмотрение обнадеживающих или устрашающих будущих можно сделать более непосредственными при помощи ролевого разыгрывания прямо на сессии. Кемплер (1968) поощрял родителей придумывать и разыгрывать в ролях сцены из детства. Мать могли попросить разыграть из себя маленькую девочку, а отца — представить себя мальчиком во власти той же дилеммы, над которой бьется сейчас его сын.

Банни Дул использует канат как крепеж, чтобы помочь парам невербально разыграть отношенческие проблемы, обойти отрепетированные и защитные высказывания. Иногда она предлагает парам перетягивать канат, а затем перестать его тянуть в некий выбранный момент, чтобы инсценировать чувства, связанные с борьбой и уступкой. Пусть это упражнение и выглядит несколько надуманно, как большинство упражнений групп встреч, но оно все же способно вызывать сильные чувства. Например, один из супругов как-то сообщил: «Мне совсем не хотелось отпустить!», а другой: «Я почувствовал, что победил, когда отпустил». Третий почувствовал себя угнетенным: «Я не мог победить; мне пришлось отпустить». Дул также считает, что инструкция партнерам «Тяните веревку с такой энергией, какую вы хотели бы вложить в эти отношения» является эвокативным способом инсценировать обязательство.

Эмпирические терапевты часто прерывают семейные диалоги, чтобы поработать с каждым по отдельности. Иногда могут выявляться эмоциональные блоки, или исследоваться воспоминания, или даже анализироваться сны. «Индивидуальная интрапсихическая работа может потребовать несколько минут, а может и всю сессию. В некоторых случаях на нее уходит львиная доля нескольких сессий» (Kempler, 1981, с. 203). Основание для индивидуальной работы — убеждение, что незаконченное дело препятствует аутентичной встрече человека с другими членами семьи.

Если упоминается кто-то, кого нет на сессии, терапевты могут прибегнуть к гештальттехникам «здесь и тогда» (Kempner, 1973). Например, ребенок говорит о бабушке; в этом случае его можно попросить обратиться к пустому стулу, который как будто бы олицетворяет деда. Эти техники доказали свою пользу в индивидуальной терапии (Nichols & Zax, 1977) тем, что усиливают эмоциональные переживания, переводя в фокус воспоминания и отыгрывая подавленные реакции. Нужны ли такие приемы в семейной терапии — открытый вопрос. В индивидуальной терапии пациенты разделены со значимыми фигурами в своей жизни, и ролевое разыгрывание может сблизить их с этими людьми. Но поскольку семейная терапия проводится в присутствии значимых лиц, кажется сомнительным, что необходимо разыгрывание ролей или другие фантазийные приемы. Если требуется эмоциональное действие, можно многого добиться, просто открыв диалог между членами семьи.

Витакер (1975) использовал технику, сходную с ролевой игрой, которую называл «психотерапия абсурда». Она заключается в усугублении неразумной реакции пациента, доведении ее до абсурда. Этот прием часто равносителен тому, чтобы заставить человека раскрыть карты, как видно из следующего примера:

Пациентка: Я не выношу своего мужа!

Терапевт: Почему бы вам не избавиться от него или не завести себе бойфренда?

Иногда это принимает вид язвительного поддразнивания, например притворного нытья в ответ на нытье ребенка. Это делается в надежде на то, что пациенты объективно дистанцируются, разделив дистанцирование терапевта, но есть опасность того, что подшучивание над ними может вызвать в них обиду.

## Оценка теории и результатов терапии

Если вы заметили, что большинство ссылок в этой главе относится к 1970-м гг., и пришли к заключению, что наибольшая популярность эмпирических техник пришлась на ранние дни семейной терапии, то вы будете правы. Большинство современных терапевтов держатся ближе к реальности семьи и меньше фоку-

сируются на индивидах и их эмоциональном опыте, чем на поведении, интеракциях и организации семьи. Структурированные упражнения (рисунок, скульптура, ролевая игра) могут быть эвокативными и захватывающими, и они позволяют терапевтам управлять сессией. Но если использовать такие приемы чаще, чем время от времени, то терапия лишится силы непосредственной работы с семейными диалогами, которые позволяют понять, как члены семьи взаимодействуют друг с другом в реальности. Эмоциональное переживание ради себя самого больше подходит для групп встреч, чем для семейной терапии.

Однако, после того как мы выразили сомнение в лечении, спланированном прежде всего вокруг техник на выявление чувств, позвольте теперь добавить, что в эмпирической терапии есть два весьма полезных и уместных аспекта. Хоть крайняя провокативность молодого Карла Витакера или Уолтера Кемплера и кажется более уместной для 1960-х гг., чем для настоящего времени, многим семейным терапевтам пошло бы на пользу, если бы они были более честными и прямыми с людьми, с которыми имеют дело. Слишком многие терапевты, по-видимому, придерживаются негласного принципа — что бы ты ни делал, никогда не говори ничего такого, что могло бы заставить кого-то на тебя рассердиться. Это опасение, иногда рационализируемое в виде уважения, удерживает многих терапевтов от конфронтации с членами семьи в связи с тем, что они ведут себя непродуктивно.

Второй урок, который семейные терапевты могли бы получить от своих коллег-эмпиристов, — это сдвиг к индивиду и его опыту как способ прорваться сквозь защитную перебранку членов семьи. Когда члены семьи спорят, они обычно руководствуются своими защитами. Вместо того чтобы сказать «Я обижен», они говорят «*Ты* меня бесишь»; вместо того чтобы раскаться самим, они критикуют поведение других. Эффективный способ остановить непродуктивную эскалацию спора, который никуда не ведет, — это уделить время для исследования аффектов каждого участника поочередно. Поговорив с каждым по отдельности о том, что они чувствуют — и откуда взялись такие чувства, — можно помочь члену семьи избавиться от защит, которые разобщают их, и заново их воссоединить на более искреннем уровне.

Большинство эмпирических семейных терапевтов не проявляют особого интереса к проверке своей результативности. То, что эмоциональное выражение производит изменение, считается само собой разумеющимся. Но справедливости ради следует отметить, что интерес к эмпирическому исследованию, как пра-

вило, отличает академиков от клиницистов больше, чем одну школу от другой. Причина, по которой поведенческие вмешательства получили больше подтверждений на практике, чем другие подходы, заключается в том, что просто большинство поведенческих терапевтов практикуют в академических учреждениях. Это да еще факт, что поведенческие результаты относительно проще поддаются измерению. Однако в дополнение к отчетам об успешных результатах, иллюстрированным многочисленными примерами (Napier & Whitaker, 1978; Duhl & Duhl, 1981), и описанию техник, чья эффективность в катализировании эмоционального выражения во время сессии была отмечена (Kempler, 1981), эмоционально фокусированная супружеская терапия получила весомое подтверждение на практике (например, Johnson & Greenberg, 1985, 1988).

Не так давно исследователи, изучающие эффективность эмпирических техник, стали фокусироваться на процессе, а не на результате терапии, руководствуясь предложением Элвина Марера (Mahrer, 1982). Предположив, что исследования результатов производят слабое впечатление на практиков (которые «знают», что делают), Марер рекомендует изучить «внутритерапевтические результаты» — т. е. то, какие виды вмешательств производят результаты внутри сеансов (эмоциональное выражение, более открытые коммуникации), к чему и стремятся терапевты.

Вслед за Марером (1982) и другими (Nichols & Zax, 1977), которые рассматривали такие «внутритерапевтические результаты» в индивидуальной терапии, Лесли Гринберг и Сьюзан Джонсон исследовали компоненты, влияющие на продуктивность сессий в эмоционально фокусированной супружеской терапии. Одна из их находок — то, что содействие рассерженному и критикующему партнеру в проявлении его (или ее) более теплых чувств характеризует самые лучшие сессии успешных случаев (Johnson & Greenberg, 1988), а такое внутреннее самораскрытие приводит к глубинному эмоциональному опыту и более продуктивным сессиям (Greenberg, Ford, Alden & Johnson, 1993).

Эмпирические семейные терапевты стремятся дать семьям, с которыми они работают, полезный опыт, но, по-видимому, не считают, что каждый член семьи должен очевидным образом измениться, чтобы подтвердить их усилия. Более того, изменения, как они полагают, часто происходят в малом, что трудно поддается измерению. Если по результатам эмпирической терапии семья стала бы контактировать с сыном-шизофреником более открыто, это считалось бы успехом.

## Резюме

Замысел эмпирической семейной терапии заключается в том, что изменение семьи происходит за счет изменений ее членов, т. е. направление эффекта полностью меняется, и это семейные терапевты обычно предвидят. Эмпиристы, как правило, работают с семьями как с группами индивидов, а не как с системами. Повышенная сенситивность и расширенное осознание — значимые цели лечения.

В дополнение к фокусированию на и«т/»персональном изменении эмпирическую семейную терапию также отличает приверженность к личностному росту в противовес нацеленности на решение проблем. Личностный рост и самореализация считаются врожденными человеческими склонностями, которые проявляются спонтанно, когда устраняются помехи и защиты. Таким образом, лечение нацелено на уменьшение защит внутри и между членами семьи. Эмпиристы отрицают привычки и автоматизмы. Чтобы ввести новшество и расширить опыт, терапевты используют свою живую, яркую личность наряду с многочисленными структурированными, экспрессивными техниками. Подобно лидерам групп встреч, эмпирические семейные терапевты действуют как *агенты-провокаторы* для интенсификации эмоционального осознания и выражения. Терапия воспринимается как экзистенциальная встреча, которой руководит терапевт, чье участие является полным и спонтанным. Вмешательства принимают форму самораскрытия, поддразнивания, язвительности, юмора, личной конфронтации, парадоксального умысла и моделирования.

Может показаться, что эти раскованные реакции могут отпугнуть пациентов, но подобный риск минимизируется благодаря присутствию других членов семьи (и часто котерапевтов). Тем не менее у любой терапии, которая уделяет большое внимание личностному самораскрытию терапевта, есть потенциал, что опыт самого терапевта станет более действенным, чем опыт пациентов. Следующий пример «терапевтической откровенности» взят у видного эмпирического семейного терапевта: «Я почти готов с вами работать. Я все еще думаю о предыдущей сессии, которая слишком меня взволновала» (Kempler, 1977, с. 91). Создается впечатление, что подобные замечания игнорируют потребности семьи. Они рационализируются тем, что дают терапевту возможность окончательно сфокусироваться на присутствующих. Возможно и так, но очевидно, что при этом они переключают внимание членов семьи от их опыта к опыту терапевта.

Эмпирическая терапия происходит от экзистенциального, гуманистического и феноменологического философских течений, откуда вышла идея, что личностное освобождение и самовыражение могут аннулировать девитализирующие эффекты культуры. Однако помимо этого эмпирической семейной терапии характерна относительная атеоретичность. Как следствие — подход со слабым осмыслением семейной динамики, просто заимствующий техники из других подходов.

Жизненность этого направления основана на техниках, поддерживающих и усиливающих насыщенность опыта. По мере взросления большинство из нас учатся сужать спектр наших переживаний. И действительно, защитное избегание любого беспокойства, вероятно, самая заметная мотивирующая сила в жизни большинства людей. Эмпирическая терапия берет семьи, ставшие невосприимчивыми к эмоциональному опыту, и возвращает в их жизнь некоторую остроту.

Лучшее в эмпирической терапии — это то, что она помогает людям раскрыть свою живость. Опыт реален. Терапия, суть которой заключается в том, что она заставляет людей прикоснуться к своим подлинным переживаниям, — бесспорно действенна. Более того, если такое личностное открытие происходит в контексте семьи, — это хорошая возможность для того, чтобы семейные отношения оживились благодаря аутентичным взаимодействиям между людьми, стремящимися к большей реальности.

Эмпирические терапевты действуют весьма активно, желая уменьшить защиты и усилить эмоциональный опыт. К сожалению, трудно быть активным, не становясь при этом директивным. Даже лучшие из лучших в этой традиции (Napier & Whitakere, 1978) не могут не указывать людям, какими им быть, вместо того чтобы просто помогать им выяснить, какие они. Более того, провокационные директивы типа: «Скажи ей, чтобы она проваливалась ко всем чертям!» (Kempler, 1968), по-видимому, часто вызывают послушное проявление эмоции, а не подлинные чувственные реакции. Если эмоциональное сопротивление действительно уменьшено, чувства проявляются без всяких указаний терапевта.

В эмпирической терапии акцент ставится на опыт, а не на понимание. Тем не менее практики-эмпиристы кажутся амбивалентными в своем отношении к полезности понимания и осознания. Большинство, подобно Витакеру (Whitaker, Felder & Warkentin, 1965), выделяют нерациональные силы в лечении, так что интеллектуальная сторона человеческой природы подчиняется ее чувственной стороне. Утверждение Витакера (Whitaker &



Keith, 1981), что инсайт не работает — понимание не изменяется, — является типичным. В другом месте его лечение описывается (Napier, 1977) как обеспечение сложного эмоционального опыта, а не «интеллектуальной бормотни». Однако исследования случаев эмпирической семейной терапии заполнены примерами, когда даются советы и предлагаются интерпретации. Создается впечатление, что психотерапевты любых убеждений столь же склонны давать советы и выносить оценки, как остальная часть человечества, и эмпирические семейные терапевты здесь не исключение. Дул (Duhl & Duhl, 1981), к примеру, признают необходимость инсайта для поддержания эмоциональных изменений и критикуют «вмешательство без просвещения».

Некогда идея, что семьи — это системы, была и новой, и спорной; сегодня это очередная ортодоксия. Теперь, когда маятник качнулся в направлении системного мышления, индивиды с их сокровенными радостями и болями упоминаются редко. И конечно, один из главных вкладов эмпирический семейной терапии — это напоминание нам не терять из виду человека в системе.

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Duhl B. S. and Duhl F. J. 1981. Integrative family therapy. In *Handbook of family therapy*. A. S. Gurman and D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.

Duhl F. J., Kantor D. and Duhl B. S. 1973. Learning, space and action in family therapy: A primer of sculpture. In *Techniques in family therapy*, D. A. Bloch, ed. New York: Grune & Stratton.

Greenberg L. S. and Johnson S. M. 1988. *Emotionally focused therapy for couples*. New York: Guilford Press.

Keith D. V. and Whitaker C. A. 1977. The divorce labyrinth. In *Family therapy: Full length case studies*, P. Papp, ed. New York: Gardner Press.

Kern pier W. 1981. *Experiential psychotherapy with families*. New York: Brunner/Mazel.

L a i n g R. D. and Esterson A. 1970. *Sanity, madness and the family*. Baltimore: Penguin Books.

N a p i e r A. Y. and Whitaker C. A. 1978. *The family crucible*. New York: Harper & Row.

Neill J. R. and Kniskern, D. P., eds. 1982. *From psyche to system: The evolving therapy of Carl Whitaker*. New York: Guilford Press.

Satir V. M. 1988. *The new people making*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Satir V. M. and Baldwin M. 1983. *Satir step by step: A. guide to creating change in families*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Whitaker C A. and Bumberry W. M. 1988. *Dancing with the family: A symbolic experiential approach*. New York: Brunner/Mazel.

Whitaker C A. and Keith D. V. 1981. Symbolic-experiential family therapy. In *Handbook of family therapy*, A. S. Gurman and D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.

## ССЫЛКИ

Andreas S. 1991. *Virginia Satir: The patterns of her magic*. Palo Alto: Science and Behavior Books.

Bartlett F. H. 1976. Illusion and reality in R. D. Laing. *Family Process*. 75:51—64.

Bing E. 1970. The conjoint family drawing. *Family Process*. 9:173—194.

Binswanger L. 1967. Being-in-the-world. In *Selected papers of Ludwig Binswanger*, J. Needleman^ ed. New York: Harper Torchbooks.

Boss M. 1963. *Psychoanalysis and daseinanalysis*. New York: Basic Books.

Duhl B. S. 1983. *From the inside out and other metaphors*. New York; Brunner/Mazel.

Duhl B. S. and Duhl F. J. 1981. Integrative family therapy. In *Handbook of family therapy*, A. S. Gurman and D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.

Duhl F. J., Kantor D. and Duhl B. S. 1973. Learning, space and action in family therapy: A primer of sculpture. In *Techniques of family psychotherapy*, D. A. Bloch, ed. New York: Grune & Stratton.

Frankl V. E. 1963. *Man's search for meaning*. New York: Washington Square Press.

Geddes M. and Medway J. 1977. The symbolic drawing of family life space. *Family Process*. 16:219—228.

Gehrke S. and Kirschenbaum, M. 1967. Survival patterns in conjoint family therapy. *Family Process*. 6:67—80.

Gendlin E. T. 1962. *Experiencing and the creation of meaning*. New York: Macmillan.

Greenberg L. S., Ford C, L., Alden L. and Johnson S. M. 1993. In-session change in emotionally focused therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67:78—84.

Greenberg L. S. and Johnson S. M. 1985. Emotionally focused couple therapy: An affective systemic approach. In *Handbook of family and marital therapy*, N. S. Jacobson and A. S. Gurman, eds. New York: Guilford Press.

Greenberg L. S. and Johnson S. M. 1986. Affect in marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. /2:1 — 10.

Greenberg L. S. and Johnson S. M. 1988. *Emotionally focused therapy for couples*. New York: Guilford Press.

Heidegger M. 1963. *Being and time*. New York: Harper & Row.

Irwin E. and Malloy E. 1975. Family puppet interview. *Family Process*. 34:179—191.

Janov A. 1970. *The primal scream*. New York: Dell.

Jefferson C. 1978. Some notes on the use of family sculpture in therapy. *Family Process*. 17:1>9—76.

Johnson S. M. and Greenberg L. S. 1985. Emotionally focused couples' therapy: An outcome study. *Journal of Marital and Family Therapy*. /7:313-317.

Johnson S. M. and Greenberg L. S. 1988. Relating process to outcome in marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. /4:175-183.

Kantor D. and Lehr W. 1975. *Inside the family*. San Francisco: Jossey-Bass.

Kaplan M. L. and Kaplan N. R. 1978. Individual and family growth: A Gestalt approach. *Family Process*. /7:195—205.

Keith D. V. 1988. The family's own system: The symbolic context of health. In *Family transitions: Continuity and change over the life cycle*, C. J. Falicov, ed. New York: Guilford Press.

Keith D. V. and Whitaker C. A. 1977. The divorce labyrinth. In *Family therapy: Full-length case studies*, P. Papp, ed. New York: Gardner Press.

Kempler W. 1965. Experiential family therapy. *The International Journal of Group Psychotherapy*. /5:57—71.

Kempler W. 1968. Experiential psychotherapy with families. *Family Process*. 7:88-89.

Kempler W. 1973. *Principles of Gestalt family therapy*. Oslo, Norway: Nordahls.

Kempler W. 1981. *Experiential psychotherapy with families*. New York: Brunner/Mazel.

Kwiatkowska H. Y. 1967. Family art therapy. *Family Process*. 6:37-55.

Laing R. D. 1967. *The politics of experience*. New York: Ballantine.

Laing R. D. and Esterson A. 1970. *Sanity, madness and the family*. Baltimore: Penguin Books.

Lasch C. 1978. *The culture of narcissism: American life in an age of diminishing expectations*. New York: Norton.

Lieberman M. A., Yalom I. D. and Miles, M. B. 1973. *Encounter groups: First facts*. New York: Basic Books.

Махрег А. Р. 1982. *Experiential psychotherapy: Basic practices*. New York: Brunner/Mazel.

Malone T. P., Whitaker C. A., Warkentin, J. and Felder, R. E. 1961. Rational and nonrational psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*. /5:212—220.

Marcuse H. 1955. *Eros and civilization*. New York: Beacon Press.

Maslow A. H. 1968. *Toward a psychology of being*, 2nd ed. Princeton. NJ: Van Nostrand.

Napier A. Y. 1977. Follow-up to divorce labyrinth, In *Family therapy: Full-length case studies*, P. Papp, ed. New York: Gardner Press.

Napier A. Y and Whitaker C. A. 1978. *The family crucible*. New York: Harper & Row.

Nichols M. P. and Zax M. 1977. *Catharsis in psychotherapy*. New York: Gardner Press.

Papp P. 1976. Family choreography. In *Family therapy: Theory and practice*, P. J. Guerin, ed. New York: Gardner Press.

Perls F. S. 1961. *Gestalt therapy verbatim*. Lafayette, CA: Real People Press.

Perls F. S., Hefferline R. E. and Goodman P. 1951. *Gestalt therapy*. New York: Delta.

Pierce R., Nichols M. P. and Du Brin J. 1983. *Emotional expression in psychotherapy*. New York: Gardner Press.

Rogers C. R. 1951. *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Rubin J. and Magnussen M. A. 1974. A family art evaluation. *Family Process*. 71185—200.

Satir V. M. 1964. *Conjoint family therapy*. Palo Alto: Science and Behavior Books.

Satir V. M. 1972. *Peoplemaking*. Palo Alto: Science and Behavior Books.

Satir V. M. 1988. *The new peoplemaking*. Palo Alto: Science and Behavior Books.

Satir V. M. and Baldwin M. 1983. *Satir step by step: A guide to creating change in families*. Palo Alto: Science and Behavior Books.

Simon R. 1989. Reaching out to life: An interview with Virginia Satir. *The Family Therapy Networker*. 13(1)36—43.

Simon R. M. 1972. Sculpting the family. *Family Process*. //49—51.

Sullivan H. S. 1953. *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.

Whitaker C. A. 1958. Psychotherapy with couples. *American Journal of Psychotherapy*. /2.18—23.

Whitaker C. A. 1967. The growing edge. In *Techniques of family therapy*, J. Haley and L. Hoffman, eds. New York: Basic Books.

Whitaker C. A. 1975. Psychotherapy of the absurd: With a special emphasis on the psychotherapy of aggression. *Family Process*. /4:1—16.

Whitaker C. A. 1976a. The hindrance of theory in clinical work. In *Family therapy: Theory and practice*, P. J. Guerin, ed. New York: Gardner Press.

Whitaker C. A. 1976b. A family is a four-dimensional relationship. In *Family therapy: Theory and practice*, P. J. Guerin, ed. New York: Gardner Press.

Whitaker C. A., Felder R. E. and Warkentin J. 1965. Countertransference in the family treatment of schizophrenia. In *Intensive family therapy*, I. Boszormenyi-Nagy and J. L. Framo, eds. New York: Harper & Row.

Whitaker C. A. and Keith D. V. 1981. Symbolic-experiential family therapy. In *Handbook of family therapy*, A. S. Gurman and D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.

Whitaker C. A. and Malone T. P. 1953. *The roots of psychotherapy*. New York: Blakiston.

Whitaker C. A., Warkentin J. and Malone T. P. 1959. The involvement of the professional therapist. In *Case studies in counseling and psychotherapy*, A. Burton, ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

## Глава седьмая

# ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ

Многие из инициаторов семейной терапии, такие, как Натан Аккерман, Ян Алгер, Мюррей Боуэн, Лайман Уинн, Теодор Лидз, Израэл Цверлинг, Айвен Божормений-Неги, Карл Витакер, Дон Джексон и Сальвадор Минухин, имели психоаналитическую подготовку. Но, будучи страстными и увлеченными новаторами, они отказались от старой психодинамики и обратились к новой динамике систем. Некоторые из них, например Джексон и Минухин, довольно далеко отошли от своих психоаналитических истоков. Другие, подобно Боуэну, Лидзу и Уинну, сохранили в своих работах явное влияние психоанализа.

В 1960-х и 1970-х гг. семейная терапия следовала взглядам Джексона и Минухина, не только игнорируя психоаналитичес-

кое мышление, но и очерняя его. Джексон (1967) даже объявил о смерти индивидуальности, а Минухин (1989) провозгласил: «Мы поняли, что вырванный из контекста индивид — это мифическое чудовище, иллюзия, созданная нашими психодинамическими представлениями». Семейные терапевты считали себя прогрессивными новаторами, очищающими эту область от закостенелых взглядов на психические расстройства, согласно которым все людские проблемы сосредоточены только в голове. Иногда они звучали немного самонадеянно, возможно, потому, что встречали сильное сопротивление со стороны психоаналитических кругов. В результате глубинная психология была, к сожалению, надолго отвергнута.

В 1980-х гг. произошел удивительный поворот: семейные терапевты вновь стали проявлять интерес к психологии индивида. Хотя, конечно, это возвращение психодинамики в семейную терапию не может сравниться по значимости с падением Берлинской стены, но для тех, кто помнил прежние противоречия, оно было довольно неожиданным.

Возрождение интереса к психоаналитическому мышлению было связано с привлекательными для семейных терапевтов изменениями в психоанализе, когда индивидуализм теории Фрейда уступил место теории объектных отношений и эго-психологии, уделявшим больше внимания человеческим взаимоотношениям. Также этому способствовали изменения в самой семейной терапии, особенно растущая неудовлетворенность механистическими элементами кибернетической модели. Среди книг, призывающих к соглашению между семейной терапией и психоанализом, были такие, как «Индивидуальная и семейная терапия: стремление к интеграции» (Sandler, 1979), «Объектные отношения: динамический мост между индивидуальным и семейным лечением» (Slipp, 1984), «Семейная терапия объектных отношений» (Scharff & Scharff, 1987); «Эго в системе» (Nichols, 1987).

Эти психодинамические подходы нашли множество сторонников, поскольку многие считали, что, хотя семейные терапевты открыли глубокие истины системных отношений, они необоснованно игнорировали факты глубинной психологии. Казалось бы, здесь заложен парадокс: если психоанализ — это теория и терапия отдельных личностей, а семейная терапия — это теория социальных систем и терапия семей, то как можно говорить о психоаналитической семейной терапии?

Ответить на этот вопрос можно, либо занимаясь с семьями психоаналитической терапией, как демонстрирует семейная те-

рапия объектных отношений Дэвида и Джил Шарффов, либо избирательно используя в системной семейной терапии психоаналитические инсайты, как предложено Николсом в работе «Я в системе». В любом случае вопрос о том, может ли существовать психоаналитическая семейная терапия, остается открытым.

## Очерк о лидерах

Мы можем выделить четыре четкие группы ученых, внесших свой вклад в психоаналитическую семейную терапию: психоаналитические предвестники, первые исследователи, воспитанные в духе психоанализа, те немногие, кто следовал идеям психоанализа, даже когда основное направление семейной терапии громко и ясно заявляло о своей оппозиции, а также те, кто находился в первых рядах современного движения за возрождение психоаналитической семейной психотерапии.

Семья интересовала Фрейда, но он рассматривал ее как среду, где люди в прошлом приобрели свои невротические страхи, а не как место, где эти страхи сохраняются в настоящем. Занимаясь случаем страдающего фобией Маленького Ганса, Фрейд (1909) больше интересовался анализом эдипова комплекса ребенка, чем попыткой понять его семью.

Более крупных успехов в психоаналитическом понимании семейной динамики добились детские психиатры, которые начали анализировать матерей вместе с детьми (Burlingham, 1951). Примером результатов этих исследований стало приведенное Аделаидой Джонсон (Johnson & Szurek, 1952) объяснение передачи *лакун суперэго* — т. е. пробелов личной морали, которые передаются от родителей к детям, например, когда детей приучают преуменьшать свой возраст, чтобы сэкономить пару долларов на билете в кино.

Впоследствии совместный анализ супругов заставил взглянуть на семью как на группу взаимосвязанных, интрапсихических систем (Oberndorf, 1938; Mittlemann, 1948; Martin & Bird, 1953). Понятие психической взаимосвязанности остается важной особенностью психоаналитического взгляда на семью (Sandler, 1989). Большинство современных семейных терапевтов рассматривают семью как функционирующую в рамках одного органического единства, тогда как психоаналитические терапевты занимаются сложными взаимоотношениями внутри семьи и между отдельными ее членами.

В 1930—1950-е гг. все большее число психоаналитических исследователей стали интересоваться проблемой семьи. Эрик Эриксон изучил социологические параметры эго-психологии. Наблюдения Эриха Фромма о борьбе за индивидуальность стали предвестниками последующих работ Боуэна о процессе дифференциации. Интерперсональная теория Гарри Стэка Салливана подчеркивала роль матери в формировании тревоги у ее детей. Кроме того, хотя Салливан и не занимался лечением семей, он превратил обстановку в больнице Шеппард и Энох Пратт в некий вид заменителя семьи для молодых больных шизофренией.

Психоаналитики, которые способствовали созданию семейной терапии, все дальше и дальше отходили от психодинамики, и еще сохранявшееся в их работах аналитическое влияние было намеренно преуменьшено. Деятельность Мюррея Боуэна, Лаймана Уинна, Теодора Лидза и Натана Аккермана вызывала всеобщее обсуждение, причем подход последнего к вопросу о семьях сохранил наибольшую связь с психоаналитической теорией.

В первые два десятилетия развития семейной терапии Натан Аккерман был ведущим семейным терапевтом на восточном побережье США. Студенты, среди которых был и Сальвадор Минухин, стремились попасть в Институт семьи в Нью-Йорке (теперь Институт Аккермана), чтобы наблюдать этого ведущего психотерапевта за работой. Его книга «Психодинамика семейной жизни», опубликованная в 1958 г., была первой работой, посвященной диагностике и лечению семей. Классические сторонники Фрейда полагали, что люди, которых они лечили, живут в стабильном окружении. Поскольку сновидения и фантазии считались самой короткой дорогой, ведущей к бессознательному, такие исследователи не считали нужным ничего знать о реальных семьях своих пациентов. Аккерман понял, что семьи редко являлись стабильными, надежными или предсказуемыми, однако их можно изменить к лучшему, а не подвергать изоляции (Ackerman, 1966). Поскольку люди живут совместно, их и лечить следует совместно.

Айвен Божормений-Неги, который также был психоаналитиком, основал крупный центр семейной терапии в Психиатрическом институте Восточной Пенсильвании в 1957 г. Его работы (Boszormenyi-Nagi & Framo, 1965; Boszormenyi-Nagi & Spark, 1973; Boszormenyi-Nagi & Ulrich, 1981; Boszormenyi-Nagi, 1987) заслуживают тщательного изучения всеми серьезными исследователями семейной терапии.

В 1940-х гг. Генри Дике (1963) организовал в Англии, в Тэ-



вистокской клинике отделение семейной психиатрии, в котором группы социальных психиатров пытались примирить семейные пары, направленные туда по решению суда о разводе. К началу 1960-х гг. Дике (1967) уже применял теорию объектных отношений к исследованию и решению супружеских конфликтов. Также работая в Тэвистоке, Джон Боулби (1949) считал совместные семейные интервью дополнением к индивидуальной психотерапии.

В 1950-х и 1960-х гг. в американском психоанализе доминировала эго-психология (которая сосредоточена на интрапсихических структурах), в то время как теория объектных отношений (которая прибегает к интерперсональному анализу) господствовала за океаном в Британии. Эдит Джекобсон (1954) и Гарри Стэк Салливан (1953) были самыми влиятельными учеными, которые способствовали переходу американской психиатрии на интерперсональные позиции. Менее хорошо известными, но более важными для развития семейной терапии стали исследования, проведенные в Национальном институте психического здоровья. Когда он открылся в 1953 г., Ирвинг Рикофф воспользовался возможностью уйти из больницы Честнут-Лодж, где он работал с хроническими шизофрениками, изолированными от семей, и под руководством Роберта Кохена разработал проект исследования семей шизофреников. К нему присоединились сначала Джулиана Дэй и Лайман Уинн, а затем Родни Шапиро и Джон Циннер. Эта группа опубликовала ряд серьезных работ, в которых вводились такие понятия, как *псевдовзаимность* (Wynne, Ruckoff, Day & Hirsch, 1958), *стереотипизация ролей* (Ruckoff, Day & Wynne, 1959), *оперирование диссоциациями* (Wynne, 1965) и *делинеация* (Shapiro, 1968). Но, вероятно, их самым важным клиническим вкладом было применение концепции *проективной идентификации* (из Мелани Кляйн) к семье как к группе (из работ Уилфреда Биона). Эта группа также подсказала психоаналитическим исследователям идею взглянуть на семью как на единицу для изучения, а клиницистам предоставила аналитический групповой, интерпретативный подход к семьям (Shapiro, 1979).

В 1960-х гг. Рикофф и Уинн ввели курс семейной динамики в Вашингтонской школе психиатрии, который привел к появлению программы обучения семейной терапии. К ним присоединились Шапиро, Циннер и Роберт Винер, а в 1975 г. были также приглашены Джил Сэвидж (ныне Шарфф) и Дэвид Шарфф. К середине 1980-х годов Вашингтонская школа психиатрии под руководством Дэвида Шарффа стала одним из ведущих центров

психоаналитической семейной терапии. В 1994 г. супруги Шарфф покинули ее и основали собственный институт. Характерной особенностью их работы является ориентированность на объектные отношения и откровенно психоаналитический подход к семье.

Психоаналитическая теория была также широко применена в семейной терапии такими исследователями, как Хэлм Штирлин (Stierlin, 1977), Робин Скиннер (Skynner, 1976), Уильям Мэйснер (Meissner, 1978), Арнон Бентовим и Уоррен Кинстон (Bentovim & Kinston, 1991), Фред Сандер (Sander, 1979, 1989), Майкл Николе (Nichols, 1987), Натан Эпштейн, Генри Грюнбаум и Клиффорд Загер. Подход к семейной терапии с точки зрения объектных отношений, предложенный Сэмюэлем Слиппом (Slipp, 1984, 1988), также имел большое значение и отличался от подхода Шарффов тем, что пытался объединить системные и психоаналитические концепции и методы.

## Теоретические положения

Практической сутью психоаналитической теории является способность признать и объяснить бессознательные импульсы и способы защиты от них, а, с учетом теории объектных отношений, также старые представления, искажающие настоящие взаимоотношения. Это не значит, что вместо семейных отношений будут анализироваться отдельные личности, это лишь дает знания о том, где нужно искать основные недостатки и страхи, которые мешают этим личностям коммуницировать зрело.

Чем глубже проникаешь в специфику психоаналитической теории, тем сложнее она становится и тем легче в ней запутаться. Рассмотрим ее основные положения.

## ПСИХОЛОГИЯ ВЛЕЧЕНИЙ ФРЕЙДА

Сутью человеческой природы являются влечения — сексуальные и агрессивные. Когда дети усваивают (порой ошибочно), что выражение таких основных импульсов приводит к наказанию, возникает внутренний конфликт, который выражается в таких неприятных эмоциональных реакциях, как тревога или депрессия. Тревога — это неприятное чувство, связанное часто с бессознательной мыслью о том, что любое стремление к удовле-

творению желания повлечет за собой наказание, например, если вы решите проявить свой гнев, ваш партнер может разлюбить вас. Депрессия — это неприятное ощущение, связанное часто с бессознательной мыслью о том, что несчастье, которого вы опасались, *уже произошло*, например, гнев, который вы давно продемонстрировали своей матери, привел к тому, что она перестала вас любить, и теперь никто не любит вас. Такой конфликт можно разрешить двумя путями — либо усилив сопротивление желанию, либо ослабив это сопротивление для получения некоторого удовлетворения.

## ЭГО-ПСИХОЛОГИЯ

Суть *эго-психологии* (Kohut, 1971, 1977) состоит в стремлении людей получить признание. Если в детстве наши родители демонстрируют нам, как высоко они нас ценят, мы усваиваем это и вырастаем сильными и уверенными в себе личностями. Однако если наши родители недостаточно выражают свое восхищение и принятие, тогда наше стремление добиться этого укореняется. Став взрослыми, мы то подавляем нашу жажду внимания, то позволяем ей вырваться наружу всякий раз, когда мы оказываемся среди чутких слушателей.

## ТЕОРИЯ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Психология влечений и эго-психология описывают основные мотивы и страхи человеческой природы, а также возникающий в результате этого конфликт. Психоанализ — это в основном изучение отдельных личностей и их элементарных мотивов (влечений и потребности в привязанности); семейная терапия — это изучение социальных взаимоотношений. Связью между ними является *теория объектных отношений*. Хотя детали этой теории кажутся довольно сложными, ее сущность проста: мы относимся к другим людям частично на основе тех ожиданий, которые сформировались на основании раннего опыта. В результате этих ранних взаимоотношений возникают *внутренние объекты* — мысленные образы себя и других, рожденные из переживаний и ожиданий. Сохранившиеся в бессознательном следы этих усвоенных объектов формируют сущность человека — от-

крытую систему, развивающую и сохраняющую свою идентичность с помощью социальных связей — настоящих и прошлых.

Первоначально Фрейд делал акцент на телесные потребности, особенно сексуальные. Хотя эти потребности и включают в себя других людей, они, в первую очередь, являются биологическими, а взаимоотношения отходят на второй план. Секс нельзя отрывать от объектных отношений, но сексуальные отношения могут быть более физическими, чем личностными. С агрессией, к которой Фрейд обратился позже, дело обстоит не совсем так, поскольку она не является органической потребностью. Как выразился Гантрип (Guntrip, 1971), агрессия — это реакция личности на «плохие» объектные отношения. Следовательно, когда Фрейд переключился в своих интересах от секса к агрессии, на первый план вышла интерперсональная сторона его мышления, связанная с объектными отношениями. В конце концов он перестал рассматривать тревогу как сдерживаемое сексуальное напряжение и стал считать ее реакцией эго на опасность — чаще всего потери любви или отвержения.

Мелани Кляйн соединила психобиологические термины и концепции Фрейда с собственными блестящими открытиями в психической жизни детей и сформировала мышление с позиции психодинамики объектных отношений. Теория Кляйн (Segal, 1964) сформировалась из ее наблюдений за развитием взаимоотношений младенцев с первым значимым для них объектом, а именно с матерью. Как утверждает Кляйн, впечатления младенца о матери не основываются исключительно на реальном опыте, а скорее просеиваются через его уже довольно богатую фантазиями жизнь. Чувства любви и ненависти у ребенка являются врожденными и испытываются еще до того, как появляются сами реальные объекты. С самого рождения восприятие реальных объектов отфильтровывается через искажения уже сформированного внутреннего мира.

Кляйн критиковали за неспособность довести собственные наблюдения до логических выводов — а именно что объектные отношения более связаны с развитием личности, чем инстинкты. Рональд Фербейн продвинулся дальше в направлении объектных отношений и отошел от психологии влечений. Его основная версия теории объектных отношений подчеркивала роль эго как стремящегося к объекту и преуменьшала роль инстинктов — делая любовь важнее секса.

Поскольку внутренние объектные отношения развиваются из самых первых и наиболее примитивных форм межличност-

ных отношений, неудивительно, что особо продвинулись в этом вопросе те, кто, как Кляйн и Фербейн, занимались лечением маленьких детей и страдающих нарушениями взрослых. В конце 1930-х и 1940-х гг. на основе своей работы с шизоидными пациентами (1952) Фербейн разработал концепцию расщепления (сплиттинга). Фрейд первоначально упоминал о расщеплении как о защитном механизме эго; он определял его как пожизненное сосуществование двух противоречивых позиций, которые не влияют друг на друга.

Взгляд Фербейна на расщепление заключается в том, что эго подразделяется на структуры, которые содержат (а) часть эго, (б) часть объекта и (в) аффект, связанный с взаимоотношениями. Внешний объект воспринимается одним из трех способов: (1) как идеальный объект, приводящий к получению удовлетворения; (2) как отвергающий объект, который вызывает гнев; или (3) как возбуждающий объект, который вызывает сильное желание. В результате усвоения расщепленных объектов структура эго становится (1) *центральной эго*, сознательным, адаптирующимся, удовлетворенным своим идеальным объектом; (2) *отвергающим эго*, бессознательным, негибким, фрустрированным своим отвергающим объектом; или (3) *возбуждающим эго*, бессознательным, негибким, стремящимся к соблазняющему, но не удовлетворяющему объекту. С точки зрения того, что вопрос о расщеплении еще не решен, объектные отношения сохраняют либо «полностью хорошее», либо «полностью плохое» качество.

Примитивное эго использует расщепление, чтобы хранить положительные и отрицательные образы отдельно друг от друга, сначала потому, что положительные и отрицательные переживания происходят в разное время, а потом как способ избежать тревоги. Расщепление, которое препятствует тому, чтобы тревога, связанная с отрицательными (агрессивными) образами, распространялась посредством эго, обычно пропадает на втором году жизни, когда усваиваются положительные и отрицательные образы. Однако, если расщепление имеет значительные масштабы, оно мешает усвоению этих образов и приводит к донкихотским сменам спокойствия и беспокойства, свойственным пограничным расстройствам.

Интернализация объектных отношений начинается на относительно примитивном уровне и по мере роста ребенка становится более сложной. *Интроекция* — это самая первая и наиболее примитивная форма усвоения. Ребенок воспроизводит и фиксирует свои взаимоотношения с окружающей средой путем

создания следов памяти, которые включают образы объекта, собственное взаимодействие с ним и связанный с этим аффект. Сюда же включаются хорошие и плохие внутренние объекты, в каждом из которых присутствуют образ объекта и образ «я». Так, если мать кричит, скапливаются образы плохой матери и недостойного «я». Интроекция — это грубая и всеобъемлющая форма усвоения, как будто фрагменты взаимодействия «я» с окружающими воспринимаются целиком.

*Идентификация*, как более высокий уровень усвоения, включает принятие роли. В отличие от самых первых интроекций при идентификации образы объекта и «я» уже четко дифференцированы. В результате идентификации ребенок принимает на себя определенные роли и ведет себя так, как его родители. Обратите внимание, например, как двухлетние малыши любят одеваться как мама или папа.

*Эго-идентичность* (Erikson, 1956) отражает наиболее усложненный уровень усвоения, синтез идентификаций и интроекций, который обеспечивает чувство согласованности и непрерывности «я». Эго-идентичность включает объединенную «я»-концепцию и целый мир изображений объектов. На высшем уровне развития, как утверждает Кернберг (Kernberg, 1976).

Гармоничный мир интериоризованных объектов, включающий не только такие важные фигуры, как члены семьи и близкие друзья, но также социальную группу и культурную идентичность, представляет собой постоянно развивающийся внутренний мир, обеспечивающий любовь, подкрепление, поддержку и руководство внутри системы объектных отношений эго. Такой внутренний мир, в свою очередь, придает глубину существующим взаимоотношениям с окружающими. В периоды кризиса, например потери, разлуки, отвержения, неудачи и одиночества, личность может временно вернуться к своему внутреннему миру; таким образом, интрапсихический и интерперсональный миры становятся связанными и укрепляют друг друга (с. 73).

В ходе своих наблюдений за младенцами и маленькими детьми Рене Шпиц и Джон Боулби подчеркивали их глубокую потребность в физической *привязанности* к одному постоянному объекту. Если эта примитивная потребность не удовлетворяется, наступает *анаклитическая депрессия* (Spitz & Wolf, 1946), т. е. уход от мира и переход к апатии. Как утверждает Боулби (1969), при-

вязанность не является просто вторичным явлением, возникающим в результате кормления, а основной потребностью всех живых существ. Если мы хотим стать уверенными в себе взрослыми, мы должны иметь надежную и нежную привязанность в детстве. Те, у кого нет такого опыта, не защищены даже от малейшего недостатка поддержки и могут развить хроническую зависимость или обособленность. Этим, говоря психологическим языком, объясняется генезис *спутанных* и *выпутанных* семей.

Маргарет Малер проводила наблюдения за детьми и описала процесс *отделения-индивидуализации*. В течение первого месяца жизни, который Малер назвала *аутической фазой*, младенцы заняты в основном своими физическими потребностями. Вторая, или *симбиотическая, фаза* длится приблизительно от двух до шести месяцев, и в это время хорошая мать ослабляет напряжение младенца, кормя его, меняя пеленки, держа на руках и улыбаясь ему. Чем больше ребенок получит заботы в этот период, тем выше будет впоследствии его самооценка. После этого ребенок начинает процесс постепенного отделения от матери, все более и более разрушая симбиотическое слияние с ней. В результате успешного отделения и индивидуализации формируется хорошо дифференцированная личность. Неспособность добиться этого нарушает развитие цельного «я» и дифференцированной идентичности, что приводит к слишком интенсивной эмоциональной привязанности к семье. В зависимости от серьезности и остроты неудачи отлучения у ребенка будут, вероятно, развиваться кризисы при достижении школьного и подросткового возраста или при подготовке покинуть дом, став взрослым.

Переключение внимания с влечений на объектные отношения также прослеживается в работах американских ученых Карен Хорни, Эрика Фромма и Гарри Стэка Салливана, уровень анализа которых был более социальным и культурным, чем глубинно аналитическим. В своей теории интерперсональной психиатрии Гарри Стэк Салливан (1953) подчеркивал, что личности взаимодействуют друг с другом на основе своих прошлых отношений с другими. Салливан отмечал решающее значение ранних взаимоотношений матери и ребенка на основе «я»-системы и «я»-динамики. Когда мать проявляет к ребенку теплоту и заботу, он чувствует себя хорошо, когда же мать игнорирует или фрустрирует потребности ребенка в нежности, он чувствует себя плохо; а когда ребенок подвергается крайней боли или фрустрации, он стремится к изоляции, чтобы избежать тревоги, которая в противном случае была бы невыносимой. Эти переживания со-

здают я-динамизмы: *хорошее «я»*, *плохое «я»* и *не «я»*, которые потом становятся частью реакции человека на будущие межличностные ситуации.

По теории Салливана, ребенок стремится к *безопасности* и *удовлетворению* и разрабатывает эго-систему, выведенную из ин-терперсональных отношений с родителями, отвергая те действия, которые вызывали у родителей тревогу. Так, степень тревоги родителей накладывает ограничения на здоровый рост и развитие ребенка.

Для понимания теории объектных отношений важно иметь в виду, что в психике находятся не сами объекты, а фантазии о них. Как указывала Эдит Джекобсон (1954), объект никогда не воспринимается таким, какой он есть в действительности, воспринимается лишь образ, который отражает субъективное ощущение объекта. Так, объектные отношения определяются не только тем, как объект ведет себя по отношению к субъекту, но и тем, как субъект воспринимает, а затем интегрирует это поведение. В романе «Братья Карамазовы» Достоевский, говоря от лица старца Зосимы, высказывает точно такую же точку зрения:

Из дома моих родителей я вынес лишь приятные воспоминания, поскольку нет воспоминаний более ценных, чем воспоминания раннего детства в родительском доме, тем более когда в семье царит любовь и гармония. На самом деле приятные воспоминания можно сохранить даже о плохом доме, пока ваше сердце способно найти там что-нибудь ценное.

Внутренний мир объектных отношений никогда четко не совпадает с действительным миром реальных людей. Это лишь приблизительное сходство, находящееся под сильным влиянием ранних образов объекта, интроекций и идентификаций. Этот внутренний мир постепенно взрослеет и развивается, становясь все больше и больше синтезированным и близким к реальности. Внутренняя способность индивида решать конфликты и справляться с неудачами тесным образом связана со зрелостью и глубиной внутреннего мира объектных отношений. Уверенность в наличии любви со стороны усвоенных «хороших» объектов приводит к уверенности в себе и окружающих.

Хотя об использовании этих идей речь пойдет ниже, мы все же не можем не упомянуть здесь Гейнса Кохута. После психологии влечений Фрейда не было ни одной теории, оказавшей столь



же мощное воздействие на психоанализ, как *психология «я»* Кохута. Он полагал, что в корне человеческих желаний заложено стремление к вниманию и восхищению. Ребенок, которому посчастливилось вырасти в семье с чуткими и понимающими родителями, будет спокойным и уверенным, способным к проявлению инициативы и к любви. Несчастливый ребенок, лишенный родительской любви, будет идти по жизни, остро ощущая недостаток внимания, в котором ему было отказано. Как мы увидим далее, идеи Кохута получили огромное практическое применение.

## Нормальное развитие семьи

Психоаналитическая модель нормального развития содержит концепции, взятые из теории объектных отношений, теории привязанности, теорий личности — и все эти концепции модифицируют и вносят что-то новое в теорию влечений Фрейда. Согласно моделям Фрейда, психологическое благополучие зависит от (а) удовлетворения инстинктов, (б) реалистичного контроля примитивных влечений и (в) координации независимых психических структур. Согласно теории объектных отношений, ключом к психологической согласованности является достижение и сохранение психической целостности посредством установления хороших объектных отношений.

Развитие ребенка не происходит в отрыве от мира межличностных коммуникаций. Для успешного взросления младенец нуждается в окружающей среде, которая бы этому способствовала. Эта среда не обязательно должна быть идеальной; достаточно, чтобы она была *средне ожидаемой, с достаточно хорошей материнской заботой* (Winnicott, 1965a). Нежные и отзывчивые родители признают полную зависимость ребенка от них; но с течением времени они поддерживают его растущую автономию и в конце концов способствуют тому, чтобы ребенок выстраивал собственную жизнь, создавая отношения с другими людьми.

Способность родителей обеспечить ребенку безопасное и надежное развитие *эго* зависит от того, чувствуют ли они себя в безопасности. Прежде всего мать должна быть достаточно бескорыстной и уверенной в себе, чтобы направить свою основную энергию на поддержку своего младенца и заботу о нем. Тот интерес, который она раньше проявляла к себе и своему браку, она теперь направляет на ребенка. По мере того как ребенок все мень-

ше и меньше нуждается в этом, мать постепенно начинает вновь испытывать интерес к себе и, тем самым, позволяет ребенку становиться независимым (Winnicott, 1965b). В то же время она вновь формирует интерес к собственной жизни.

Если с самого начала отношения ребенка с матерью полны любви и надежности, то он постепенно сможет отделиться от нее, сохранив, однако, ее любовь и поддержку в виде хорошего внутреннего объекта. В процессе этого большинство детей приобретают некий *промежуточный объект* (Winnicott, 1965b), для того чтобы облегчить потерю — мягкую игрушку или одеяло, за которые ребенок цепляется, когда он начинает понимать, что его мать — это отдельный объект, который может уйти. Игрушка, которую дает мама, успокаивает взволнованного ребенка: это напоминание о ней, которое останется и сохранит ее ментальный образ до тех пор, пока она не вернется. Когда мама желает ребенку спокойной ночи и уходит, он прижимает к себе плюшевого медвежонка и держит его до утра, когда мама появится вновь.

В результате хороших объектных отношений в младенчестве у ребенка формируется спокойная, уверенная и успешно дифференцированная личность. Маленький ребенок, получавший заботу и любовь надежных родителей, развивает чувство *постоянства объект-либидо* (Kernberg, 1966). Ребенок, которого любят, чувствует свою значимость, что делает его способным откладывать получение удовольствий, выносить фрустрацию и достигать правильного функционирования своего *эго*. Ребенок, имеющий большой запас хороших объектных отношений, постепенно становится способным одинаково хорошо переносить как близость, так и разлуку.

Личность ребенка постоянно обогащается и преобразуется, особенно в ключевые моменты развития, такие, как эдипов период, период достижения половой зрелости и подростковый период. Но на этом формирование личности не заканчивается (Erikson, 1959). Чувство идентичности продолжает корректироваться опытом зрелого возраста, особенно социальных отношений, развития карьеры и семейной жизни (Levinson, 1978; Nichols, 1986).

Как было продемонстрировано, ранняя привязанность матери и ребенка является ключевым аспектом здорового развития (Bowlby, 1969). Тесная физическая близость и *привязанность* к одному материнскому объекту являются необходимыми предпосылками для здоровых объектных отношений в детстве и зрелом возрасте. Младенец нуждается в состоянии полного слияния и

идентификации с матерью, что служит основой для будущего образования у него сильно сформированного личного «я».

Успешно пройдя аутическую и симбиотическую фазы, ребенок в возрасте примерно шести месяцев вступает в долгий период отделения-индивидуализации (Mahler, Pine & Bergman, 1975). Первые попытки отлучения являются пробными и кратковременными, например во время игры в «ку-ку». Вскоре ребенок начинает ползать и нетвердо ходить сначала от матери, а затем обратно к ней. Такие упражнения возможны, только если он осознает, что мать, как надежное убежище, всегда рядом для утешения и поддержки.

Необходимым и достаточным условием для успешности процесса отделения-индивидуализации является надежная любовь и поддержка. «Ожидаемое эмоциональное участие матери облегчает ребенку, начинающему ходить, развитие мыслительных процессов, проверку реальности и возможность справиться с ней...» (Mahler, Pine & Bergman, 1975, с. 79).

Как утверждает Отто Кёрнберг (Kernberg, 1966), самые первые интроекции возникают в процессе отлучения от матери. Если это отделение проходит успешно и безопасно, ребенок становится независимым. Мать должна суметь справиться с этим отлучением, чтобы признать растущую независимость своего ребенка. Если ребенок является чрезмерно зависимым и цепляется за мать в страхе быть отделенным от нее или если сама мать испытывает тревогу из-за потери симбиотических отношений или слишком отталкивает ребенка, этот процесс нарушается. В нормальной ситуации любящие родители являются объектами избирательной и частичной идентификации, при которой усваиваются только те черты, которые гармонируют с образом «я». Как отмечает Кёрнберг (1966):

На самом деле главным источником эмоциональной глубины и благополучия является обогащение личной жизни путем избирательных, частичных идентификаций с людьми, которых мы любим и которыми восхищаемся в реальности без необходимости интериоризировать весь их опыт (с. 243).

Для младенца родители не являются полностью отделенными от него личностями; они являются, по словам Кохута, «я»-объектами, воспринимаемыми как часть «я». В качестве такого «я»-объекта мать передает ребенку свою любовь с помощью прикосновений, тона голоса и ласковых слов, словно это чувства са-

мого ребенка. Когда она шепчет: «Мамочка любит тебя», ребенок усваивает, что (а) он является личностью и (б) его любят.

В эго-психологии считается, что для формирования надежного и связанного «я» родительская забота должна обладать двумя качествами. Первым является эмпатия — т. е. понимание и принятие. Внимательные родители обладают глубоким пониманием того, что чувствует их ребенок. Их подразумеваемое «Я вижу, что ты чувствуешь» подкрепляет внутренний опыт ребенка. Родители также являются образцами для идеализации. Малыш, который может признать, что «У меня замечательный папа (мама), а я часть его (ее)», имеет прочную основу для образования самооценки. В самом лучшем случае ребенок, который уже сформировал уверенность в своем «я», получает дополнительную энергию от отождествления с силой и энергией родителей.

Наиболее важным вкладом, сделанным в последнее время в психоаналитическое изучение нормального семейного развития, является работа Дэниеля Штерна (Stern, 1985). Штерн, психоаналитик и исследователь младенчества, детально изучил и проследил развитие у младенцев и маленьких детей чувства «я». *Загораждающееся чувство «я»* у младенца связано с первыми двумя месяцами жизни и возникает как чувство физического слияния и постоянства. Уже в этом возрасте младенец ощущает себя отдельной личностью — отдельным и интегрированным организмом, инициатором действий, испытывающим чувства и умеющим коммуницировать. В период от двух до шести месяцев младенцы укрепляют чувство *ядерного «я»* как отдельного, целостного, имеющего собственные границы физического организма, обладающего уверенностью в своей силе и значимости. Сначала чувство «я» является физическим «я», затем где-то между седьмым и девятым месяцами жизни младенцы начинают развивать второй организующий аспект — *интерперсональные связи*. Наиболее революционным открытием Штерна явилось то, что развитие ребенка не является постоянным процессом отлучения и индивидуализации. Скорее младенцы дифференцируют себя сразу после рождения, а затем продвигаются вперед через все более усложняющиеся формы связанности. От *настройки* (прочтения и разделения с ребенком его аффективного состояния) до *эмпатии*, привязанности, доверия и зависимости — все это потребует ребенку в течение его жизни.

Майкл Кан начал создавать теоретическую и клиническую основы для понимания отношений между сиблингами в течение

всей жизни (Bank & Kahn, 1982). Поскольку подсистема сиблингов имеет огромное разнообразие комбинаций и вариаций, Кан обнаружил, что концепции порядка рождения и фиксированных ролей являются редукционистскими (Kahn & Lewis, 1988). Отношения между сиблингами являются недостаточно используемым, но мощным средством, особенно в свете материальных затрат родителей.

С психоаналитической точки зрения судьба семейного развития во многом определяется ранним развитием отдельных личностей, которые составляют семью. Если родители являются зрелыми и здоровыми взрослыми, то семья будет счастливой и гармоничной.

Некоторые из самых интересных и продуктивных психоаналитических идей заключены в описании психодинамики брака. В 1950-х гг. супружеские отношения описывались как результат бессознательной фантазии (Stein, 1956). Мы вступаем в брак с партнером, обладающим рядом особенностей, которые имеются в действительности, и тех, которые мы надеемся найти. Интересно, что в последнее время психоаналитики говорят о частичном совпадении и взаимозависимости фантазий и мысленных представлений (Blum, 1987; Sander, 1989). Некоторые авторы называют это «взаимной проективной идентификацией» (Zinner, 1976; Dicks, 1967), другие — «невротической комплементарностью» (Ackerman, 1966), «супружеским сговором» (Dicks, 1967), «взаимной адаптацией» (Giovacchini, 1958, 1961) и «сознательными и бессознательными контрактами» (Sager, 1981). В 1989 г. один из наиболее глубоких современных психоаналитических семейных терапевтов Фред Сандер свел воедино аналитическую позицию следующим образом:

Итак, мы открыто отмечаем то, что первые авторы, начиная с Фрейда, только подразумевали, а именно совместное участие в невротических конфликтах. Угроза утраты объекта, потери любви, кастрации и неприятия суперэго — эти несчастья детства, бытующие во все времена и во всех культурах, — продолжают влиять на наши отношения с окружающими, особенно с теми, с кем мы живем и работаем. Подавление таких универсальных детских переживаний и конфликтов приводит к повторению их в коммуникации с теми значимыми (другими) людьми, которые вступают в подобные же или комплементарно бессознательные конфликты (с. 165-166).

«Контекстуальная терапия» Айвена Божормений-Неги, подчеркивающая этические параметры семейного развития, была самым важным вкладом в семейную терапию, сделанным психодинамическими семейными терапевтами. Божормений-Неги считает, что основной силой, сплачивающей семью и сообщество, является этика отношений. Там, где часто прибегают к иллюзии клинического нейтралитета, он напоминает о важности порядочности и справедливости.

Для партнеров по браку критерий здоровья, выдвинутый Надем, означает гармоничное сочетание прав и обязанностей. Обладая целостностью и комплементарностью своих потребностей, партнеры могут развить надежную систему «получения и отдачи». (Boszormenyi-Nagy, Grunebaum, Ulrich, 1991). Когда потребности приходят в столкновение, необходимы честные переговоры и достижение компромисса.

## Развитие расстройств поведения

Тогда как семейные терапевты, не ориентированные на психоанализ, считают, что проблемы заключаются в отношениях *между* людьми, психоаналитические терапевты выявляют проблемы *в* них самих. Согласно классической теории психоанализа, симптомы — это попытки справиться с бессознательными конфликтами и тревогой, которая свидетельствует о появлении подавленных импульсов. Поскольку ученые-психоаналитики переключили свое внимание от инстинктов на объектные отношения, вместо инфантильной зависимости и неполного развития *эго* ключевыми проблемами стали эдипов комплекс и подавленные инстинкты. Продиктованное страхом стремление уйти от объектных отношений, которое начинается в раннем детстве, считается сейчас самой глубокой причиной психологических проблем.

Еще одной важной причиной проблем взаимоотношений является формирование у детей искаженных представлений за счет приписывания одному человеку качеств, которыми обладает другой. Это явление, получившее название *перенос*, обнаружил Фрейд (1905), когда его пациентка Дора перенесла на него те чувства, которые она испытывала к своему отцу и другу семьи, а затем резко прервала лечение, когда оно уже было на грани успеха.

Другие ученые также отмечали аналогичные явления и называли их «поиски «козла отпущения» (Vogel & Bell, 1960); «оперирование ассоциациями» (Wynne, 1965); «слияние» (Boszormenyi-Nagi, 1967); «иррациональные ролевые задания» (Framo, 1970); «делинеация» (Shapiro, 1968); «симбиоз» (Mahler, 1952) и «семейный проективный процесс» (Bowen, 1965). Несмотря на расхождение названий, все они являются вариантами концепции Мелани Кляйн (1946) о *проективной идентификации*.

Проективная идентификация — это процесс, с помощью которого субъект воспринимает объект так, будто он содержит в себе элементы личности субъекта, и пробуждает в ответ такие чувства и поведение, которые согласуются с этими проективными восприятиями. В отличие от проекции проективная идентификация является действительно взаимодействующим процессом. Не только родители проецируют на детей собственные, вызывающие у них тревогу свойства, но и дети ведут себя так, что страхи их родителей оправдываются. Таким образом, их будут ругать и делать из них «козла отпущения», но также они будут удовлетворять свои агрессивные импульсы, как, например, в противоправном поведении (Jacobson, 1954); реализовывать свои бурные фантазии, получать умелое подкрепление от своей семьи и избегать страха быть отвергнутым за неподчинение (Zinner, Shapiro, 1972). Тем временем родители могут избежать тревоги, связанной с наличием у них определенных импульсов, испытать радость от проективных импульсов через своих детей, но все-таки наказывать их за их проявление. Таким образом, интрапсихический конфликт становится объективным, и родитель действует в качестве суперэго, наказывая своего ребенка за то, что тот действует, руководствуясь диктатом родительского Ид. Это одна причина, почему родители так остро реагируют: они боятся собственных импульсов.

Семья Дж. обратилась за психотерапевтической помощью по контролю противоправного поведения 15-летнего Поля. Будучи несколько раз арестованным за вандализм, Поль не испытывал никакого стыда и не мог понять своего непреодолимого влечения выступать против правил. В ходе терапии стало ясно, что у отца Поля таилось глубоко заложенное, но невыраженное возмущение теми социальными условиями, которые заставляли его работать на заводе целый день за низкую плату, в то время как «жирные коты ни черта не делали, но при этом разъезжали в «Кадил-

лаках». Когда терапевт осознал эту сильную, но подавляемую ненависть м-ра Дж. к власти, он также начал замечать, что при рассказах матери о последних «подвигах» Поля он слегка улыбался.

С точки зрения объектных отношений неадекватное отделение и индивидуализация, а также интроекция патологических объектов являются решающими показателями плохой приспособленности взрослых. И преждевременное, и запоздалое отделение создает трудности, которые приводят к длительным проблемам. Гантрип (1969) описал, как сепарационная тревога ослабляет эго:

Что бы ни было причиной опасности разлучения — отсутствие заботы или отделение, опасность состоит в том, что младенец, обладая в начале жизни примитивной и не вполне выраженной психикой, просто не может вынести потерю своего объекта. В отсутствие матери он не может надолго сохранить свою примитивную целостность и продолжать развивать сильное чувство идентичности и индивидуальности без таких объектных отношений. Страх разлучения с матерью является, таким образом, указанием на последний и самый сильный страх — потерю самого эго, деперсонализации и чувства нереальности (с. 128).

Неудачная попытка ребенка сформировать цельное эго и дифференцированную идентичность вызывает длительную и крайне эмоциональную привязанность к семье. Эта зависимая привязанность препятствует способности человека сформировать собственную социальную и семейную жизнь. Это, говоря языком объектных отношений, объясняет *спутанность*, характерную для многих симптоматичных семей (Minuchin, 1974).

Неспособность родителей признать, что их ребенок — это отдельное существо, может принять крайние формы, что приводит к очень серьезной психопатологии. Лидз (Lidz, Cornelison & Fleck, 1965) описал мать монозиготных близнецов, которая ставила обоим сыновьям клизму, когда у нее самой были проблемы с желудком. Часто серьезные личностные расстройства самих родителей мешают им признать потребность ребенка в независимости. Такие родители не могут вынести отделения или отклонения от установленных ими правил и слишком контролируют самостоятельные затеи ребенка. В результате ребенок не отделя-



ет свои потребности от потребностей родителей и становится крайне уступчивым, «идеальным» ребенком.

Видимая уступчивость у такого ребенка адаптивна, только пока он остается дома с родителями. Поэтому плохо дифференцированные дети сталкиваются с кризисом подросткового возраста, когда развивающееся стремление к независимости приходит в столкновение с инфантильной привязанностью. В результате ребенок может либо продолжать проявлять зависимость, либо оказать яростное неповиновение. Но подросток, который выступает против из-за неразрешенной потребности в зависимости, плохо подготовлен для зрелых социальных отношений. За видимостью гордой уверенности в себе глубоко скрывается страстное стремление к зависимости, и он склонен проявлять крайнюю эмоциональную реактивность. Когда такие подростки вступают в брак, они могут стремиться к постоянному принятию и/или автоматически отвергать контроль и влияние.

Жалобы супругов Б. были зеркальным отображением. Муж утверждал, что жена «требовательна и стремится всем распоряжаться», а она говорила, что муж «хочет все делать по-своему и никого не слушает». Изучение прошлого м-ра Б. показало, что он был младшим ребенком в дружной и сплоченной семье, где кроме него было еще двое детей. Он описывал свою мать как добрую и любящую женщину, но говорил, что она старалась излишне опекать его и мешала всем его попыткам проявить самостоятельность. Подчинившись такому же давлению, его старшие сестры приспособились и так и не вышли замуж, продолжая жить с родителями. М-р Б., однако, восстал против господства матери и в 17 лет уехал из дома, поступив служить на флот. Из его рассказов о службе в морском корпусе и удачных деловых предприятиях было ясно, что он чрезвычайно гордится своей независимостью.

Когда стала известной история успешного освобождения м-ра Б. от излишне контролирующей матери, оба супруга ясно поняли тенденцию мужа слишком остро реагировать на все, что ему казалось проявлением контроля. Более глубокий анализ показал, что, хотя м-р Б. решительно отрицал все то, что он называл «командованием», он все же страстно стремился к принятию. Очевидно, он приучился бояться своих глубоко запрятанных потребностей в зависимости и защитил

себя, создав видимость того, что «ему ничего ни от кого не надо». Тем не менее потребности сохранялись и сыграли важную роль при выборе им жены.

Большой вклад в современные психоаналитические представления относительно влияния патологических объектных отношений внесли работы Отто Кернберга и Гейнса Кохута, посвященные расстройствам пограничного характера и нарциссическим личностям. Хотя большинство из тех, кто обращается за психотерапией, не страдают такими серьезными расстройствами, многие из них подвержены подобной динамике.

Занимаясь пограничными расстройствами, Кернберг (1966) столкнулся с тем, что его пациенты, говоря о сторонах конфликта, то проявляли импульсы либидо или агрессии, то вели себя совершенно противоположным образом, защищались. Он сделал вывод, что их поведение было вызвано обособлением *эго-состояний*, благодаря *расщеплению эго*.

Суть позиции Кернберга состоит в том, что патология пограничного состояния — это нарушение объектных отношений, причиной которого является чрезмерная ярость, а такого рода расщепление служит защитой от нее. Пациенты, страдающие пограничным расстройством, склонны к внезапным вспышкам гнева, которые резко сменяются мягким, дружелюбным и зависимым поведением. Когда их доводят до ярости, то образ человека, вызывающего такую ненависть, соответствует их раннему образу матери, при этом себя они воспринимают отвергнутым или критикуемым маленьким ребенком.

Кохут (1971, 1977) описал развитие нарциссической патологии, которая может принимать крайние формы при серьезных личностных расстройствах, но в своем более мягком виде является одной из самых частых проблем человеческой природы. Если не полностью удовлетворить потребности ребенка в *отражении и идеализации*, он будет всю жизнь испытывать острый недостаток восхищения. Это стремление получить всеобщую любовь и обожание может проявиться в выставлении себя напоказ, что у многих людей связано с понятием «нарциссизм», но также может быть простым детским стремлением получить достойную оценку. Ребенок, который напрасно старался заслужить похвалу, становится взрослым, который то подавляет свою жажду внимания, то позволяет ей прорываться и обретать форму «все или ничего» в присутствии того, кто кажется ему отзывчивым. Если эгоизм означает безразличие к другим, то нарциссические лич-

ности полностью противоположны. Они чрезвычайно озабочены мнением других и испытывают необычную потребность быть любимыми и обожаемыми.

Когда доходит дело до выбора супруга, то, как уверяют нас психологи, любовь слепа. Фрейд (1921) писал, что, когда мы влюбляемся, переоценка объекта любви заставляет нас делать неправильные суждения, основанные на *идеализации*. «Кульминация» влюбленности отражает избыток нарциссического либидо, так что объект нашей любви становится заменителем нашего недостижимого эго-идеала. Естественно, наша идентичность начинается светиться в отраженном свете идеализированного спутника.

Еще одним фактором, осложняющим выбор супруга, является то, что мы учимся скрывать некоторые из наших реальных потребностей и чувств, чтобы завоевать признание. Дети склонны подавлять некоторые реальные нужды и чувства, которые, как они опасаются, могут привести к отвержению. Винникотт (1965a) назвал это явление *фальшивое «я»* — дети ведут себя как настоящие ангелы, притворяясь тем, кем они в действительности не являются. Но поскольку они только играют, их эмоциональным реакциям не хватает глубины и искренности.

В своей самой крайней форме фальшивое «я» приводит к шизоидному поведению (Guntrip, 1969); даже в менее серьезных проявлениях оно влияет на выбор супруга. Во время процесса ухаживания оба партнера полны желания угодить друг другу и поэтому выставляют себя в наилучшем свете. Мощные потребности в зависимости, нарциссизм и непокорные импульсы могут отойти на второй план до свадьбы; но потом супруги становятся прежними, со всеми своими недостатками.

Помимо того, что после свадьбы супруги начинают чувствовать себя свободнее, они могут опуститься на более ранние стадии развития. Пока подростки живут с родителями, они реагируют на фрустрацию незрело, например, обижаясь или атакуя. Такое поведение вряд ли будет принято их сверстниками, поэтому оно обычно подавляется вне семьи. Однако, когда такие люди вступают в брак и создают собственную семью, они начинают вести себя как подростки. Поэтому первые месяцы брака могут быть пробой пера.

И семьи, и отдельные личности переживают фиксацию и регрессию. Большинство семей справляются с этим нормально, если их не перенапрягать, в противном случае они увязают в жестких и дисфункциональных моделях (Barnhill & Longo, 1978).

Когда семья сталкивается со слишком большим напряжением, она склонна возвращаться на более ранний уровень развития. Количество стресса, которое может выдержать семья, зависит от уровня ее развития и типа связей, которые существуют между ее членами.

Как и отдельные личности, семьи могут проходить от одной стадии развития к другой, не решив полностью проблем переходного периода. Поэтому во время одной или нескольких стадий жизненного цикла в семье могут существовать разнородные связи (фиксации). Во время стресса семья не только повторно переживает старые конфликты, но и возвращается к старым моделям их разрешения.

Психиатры, и в особенности психоаналитики, подвергались критике (Szasz, 1961) за то, что избавляли людей от ответственности за их поступки. Заявить, что кто-то «реализовал» свои «подавленные» сексуальные стремления, вступив во внебрачную связь, означает, что этот человек не должен нести за это ответственность. Однако Айвен Божормений-Неги подчеркивает идею этической ответственности, которую несут члены семьи. Здоровые семейные взаимоотношения включают в себя этическое поведение по отношению к другим членам семьи и заботу об их благополучии и интересах. Божормений-Неги считает, что члены семьи обязаны сохранять *преданность* друг другу и, поддерживая друг друга, они приобретают достоинство. Чем больше справедливости и ответственности проявляют родители, тем более преданными будут их дети; однако в этом вопросе могут возникнуть конфликты, если ребенка вынуждают проявлять преданность одному родителю в ущерб другому (Boszormenyi-Nagy & Ulrich, 1981).

Вследствие *скрытой преданности* — т. е. бессознательных обязательств, которые берут на себя дети, чтобы помочь своей семье в ущерб собственному благополучию, — могут возникать патологические реакции. Например, ребенок может специально заболеть, чтобы объединить родителей в заботе о нем. Скрытая преданность вызывает проблемы, поскольку она не может быть рационально осознана и изучена.

Божормений-Неги считает, что симптомы развиваются, когда надежность взаимоотношений нарушается из-за отсутствия заботы и ответственности. Но, подчеркивая такие вопросы этики и взаимодействия, он не забывает о субъективном опыте и подсознательной динамике отдельных членов семьи (Boszormenyi-Nagy & Ulrich, 1981).

Попытка опровергнуть важность влечений, психического развития и внутренних переживаний не означает порочности самой теории. Наоборот, оказывается, что глубокую и всестороннюю суть психоаналитической теории необходимо изучать, развивать и усваивать вместе с другими ситуативными аспектами (с. 160).

Хотя многие теоретики психоанализа согласны, что вопрос о правах и обязанностях отдельных членов семьи является уместным, некоторые из них отмечали, что границы отдельной личности стираются из-за наличия неосознанных связей с другими членами семьи. Кернберг (1975), например, говорит, что стирание границ между «я» и другими является результатом проективной идентификации, поскольку часть проецируемого импульса все еще остается внутри эго.

Внешне брак кажется контрактом между двумя ответственными людьми. Однако, если посмотреть глубже, оказывается, что брак — это взаимодействие скрытых усвоенных объектов. Контракты в супружеских отношениях обычно описываются на языке теории поведения и теории коммуникаций; но трактовка супружеских соглашений, предложенная Сагером (1981), также включает подсознательные факторы. Каждый контракт имеет три уровня осознания: (1) сформулированный, хотя и не всегда услышанный; (2) осознаваемый, но не сформулированный, обычно из-за опасений гнева или неприятия и (3) бессознательный. Каждый ведет себя так, будто его партнер должен осознавать условия контракта, и испытывает горечь и гнев, если он не живет согласно этим принципам. Супруги, которые ведут себя подобным образом, не воспринимают друг друга реально; каждый хочет, чтобы другой соответствовал усвоенной модели, и наказывает его, когда эти нереальные ожидания не оправдываются (Dicks, 1963). Даже когда такое поведение встречает открытое сопротивление, с ним можно подсознательно смириться. Полезно подчеркивать права и обязанности личности (Boszormenyi-Nagy, 1972), но нужно учитывать, что на подсознательном уровне супружеская пара может выступать в качестве отдельной личности, где каждый супруг играет роль половины своего «я» и половины проективных идентификаций другого. Поэтому люди обычно вступают в брак с теми, чьи потребности комплементарны их собственным (Meissner, 1978).

Та же динамика прослеживается между родителями и детьми. Даже до момента своего рождения дети являются частью

своих родителей, существуя в их фантазиях (Scharff & Scharff, 1987). Ребенок, которого ждут с таким нетерпением, может превратиться в более преданный объект любви, чем супруг, в того, кто может исправить ошибки супруга, или в того, кто сможет улучшить отношения с родителями супруга.

Циннер и Шапиро (1972) придумали термин *делинеация* (от англ. delineation — очертание, изображение, описание. — *Прим. ред.*), означающий родительские действия и утверждения, которые сообщают детям представления родителей. Патогенные делинеации основываются скорее на защитных потребностях родителей, чем на реальном восприятии ими своих детей; более того, родители имеют сильную мотивацию поддерживать эти защитные делинеации вопреки тому, что делают их дети. Поэтому часто бывает так, что родители настойчиво продолжают считать своих детей плохими, беспомощными и больными — или блестящими, нормальными и бесстрашными — независимо от того, что происходит в действительности.

От таких искажений может страдать один ребенок в семье или все дети, но обычно «больным» или «пациентом» считается только один, обладающий такой чертой, которая является подходящей мишенью для проецированных эмоций родителей. Таких детей, однако, не следует рассматривать как беззащитных жертв. Они принимают участие в проективной идентификации, чтобы укрепить привязанность, смягчить бессознательное чувство вины или сохранить непрочный брак родителей. Часто имеющийся у ребенка симптом может символизировать отрицаемую эмоцию родителя. Ребенок, ведущий себя недостойным образом, может отражать подавленный гнев отца на свою жену; слишком зависимый ребенок может выражать страх матери перед независимой жизнью вне дома; а задира может компенсировать спроецированную неуверенность своего отца.

Интрапсихической динамике личности препятствуют психологические защитные механизмы, которые скрывают истинную природу чувств индивида. *Семейные мифы* (Ferreira, 1963) выполняют ту же функцию в семье, упрощая и искажая реальность. Штирлин (Stierlin, 1977) развил взгляд Феррейры на семейные мифы и определил их значение для оценивания семьи и проведения семейной терапии. Мифы защищают членов семьи от определенных болезненных истин и служат для того, чтобы помешать посторонним узнать неприятные факты. Типичным является миф о семейной гармонии, хорошо знакомый семейным терапевтам, особенно тем, кто работал с семьями, стремящимися к избега-

нию конфликтов. В своем крайнем проявлении этот миф принимает форму «псевдовзаимности» (Wynne, Ryckoff, Day & Hirsch, 1958), обнаруженной у семей шизофреников. Часто миф о семейной гармонии поддерживается с помощью проективной идентификации; одному члену семьи отводится роль «плохого», а все остальные продолжают утверждать, что они счастливы и хорошо адаптированы. Этим плохим может быть идентифицированный пациент, а иногда умерший родственник.

Семьи часто воспринимают посторонних, особенно терапевтов, как самозванцев, стремящихся разбудить болезненные и беспokoящие воспоминания. Чем больше семья боится таких распросов, тем больше она цепляется за семейные мифы. Терапевты не должны позволять вводить себя в заблуждение этими мифами, а также допустить ошибки и начать преждевременно устрани- нять их.

## Цели терапии

Целью психоаналитической семейной терапии является освободить членов семьи от бессознательных ограничений, так чтобы они могли коммуницировать друг с другом как с цельными здоровыми личностями. Ясно, что это слишком трудная задача. К семьям, переживающим кризис, подходят с пониманием и поддержкой для преодоления их непосредственных трудностей. Как только кризис преодолен, семейный терапевт-психоаналитик стремится провести с семьей долговременную реконструктивную психотерапию. Некоторые соглашаются на это, но большинство нет. Когда члены семьи настроены только на ослабление симптома, терапевт должен поддержать их решение о завершении процесса терапии, чтобы они не почувствовали себя неудачниками. Некоторые психоаналитические семейные терапевты намеренно планируют краткосрочное лечение. В этих случаях, так же как и в краткосрочной динамической психотерапии (Sifneos, 1972), считается необходимым сузить поле исследования, сфокусировав лечение определенным образом. Известным представителем краткосрочной психоаналитической семейной терапии является Кристофер Деар из госпиталя Модели в Лондоне. Некоторые психоаналитические семейные терапевты также занимаются семейной терапией, открыто ориентированной на решение кризисов (Umana, Gross & McConville, 1980).

Когда психоаналитические семейные терапевты решают заниматься разрешением кризисов, ставя своей единственной це-

лью устранение симптомов, их действия во многом напоминают действия других семейных терапевтов. В результате они больше сосредоточиваются на поддержке защитных реакций и облегчении коммуницирования, чем на анализе этих реакций и вскрытии подавленных потребностей. Однако в целом изменения в поведении, которые в других моделях считались бы целью лечения (например, возвращение в школу ребенка, испытывающего страх перед ней), рассматриваются психоаналитическими семейными терапевтами как побочный продукт разрешения скрытых конфликтов.

Легко сказать, что целью является изменение личности, гораздо труднее точно определить, что именно подразумевается под «изменением». То изменение, к которому чаще всего стремятся, определяется как отделение-индивидуализация (Katz, 1981) или дифференциация (Skynner, 1981); оба эти термина подчеркивают рост и автономию индивидов и, таким образом, отражают важное влияние теории объектных отношений. (Возможно, еще одной причиной важности отделения-индивидуализации является то, что спутанные семьи гораздо вероятнее будут обращаться за терапевтической помощью, чем изолированные или выпутанные семьи.) Терапевты, работающие с отдельными людьми, часто воспринимают индивидуализацию с точки зрения физического разделения. Таким образом, подростки и совершеннолетние могут проходить терапию изолированно от их семей, что способствует их большей независимости. Семейные терапевты, с другой стороны, считают, что эмоциональный рост и автономия лучше всего достигаются путем работы с эмоциональными связями внутри семьи. Вместо того чтобы отделять индивидов от их семьи, психоаналитические терапевты собирают семьи вместе, чтобы помочь им научиться независимости, а также сплоченности. Индивидуализация не требует разрыва отношений и не достигается таким способом. Приведенный ниже пример иллюстрирует, как цели психоаналитической семейной терапии были достигнуты при работе с отдельной семьей.

Через три месяца после отъезда на учебу в колледж у Барри Дж. произошел первый психотический срыв. В ходе кратковременного стационарного лечения выяснилось, что Барри не мог переносить отлучения от семьи без декомпенсации; поэтому врачи посоветовали, чтобы после выписки он жил отдельно от родителей, поскольку это способствовало бы его превращению в независимого взрослого человека.



Поэтому его направили в дом, где проживало несколько молодых людей, и дважды в неделю с ним проводились сеансы индивидуальной психотерапии. К сожалению, через два месяца у него произошел второй срыв, и его повторно поместили в больницу.

Когда подошло время выписки, больничный психиатр решил пригласить всю семью Барри, чтобы совместно обсудить планы его реабилитации после выхода из стационара. В ходе этой встречи выяснилось, что действующие внутри семьи мощные силы связывали Барри и затрудняли возможность его полного отделения. Родители Барри были приятными и успешными людьми, каждый из них был чрезвычайно привлекательным и услужливым, однако по отношению друг к другу они явно испытывали холодную ненависть. Эта враждебность явно прослеживалась в течение тех кратких минут интервью, когда они больше разговаривали друг с другом, чем с Барри. Лишь их совместная обеспокоенность судьбой младшего сына удерживала их от начала боевых действий, в ходе которых, как опасался Барри, один из них потерпит поражение.

Собравшийся после этого интервью консилиум предложил два варианта решения этого вопроса. Одна группа врачей, учитывая сильное влияние, которое оказывала на Барри семья, рекомендовала как можно дальше увести его от родителей и подвергнуть индивидуальному психотерапевтическому лечению. Они утверждали, что только такая изоляция даст ему надежду повзрослеть и стать независимой личностью. Другие были не согласны, заявляя, что только с помощью работы со всеми членами семьи можно разрешить проблему связи Барри и его родителей. После продолжительного обсуждения было решено использовать второй вариант решения.

Большая часть первых встреч семьи была преисполнена заботой родителей о Барри: вопросами о его жилищных условиях, работе, друзьях, проведением свободного времени, одежде — короче, всеми подробностями его жизни. Постепенно, с помощью психотерапевта, Барри смог ограничить ту часть своей жизни, которую могли контролировать родители. В результате их возможность вмешиваться в его жизнь стала ограниченной, и они смогли сосредоточиться на собственных взаимоотношениях. По мере того как Барри все ус-

пешнее справлялся со своими делами, его родители становились все более агрессивными по отношению друг к другу.

После сеанса, во время которого основное внимание уделялось взаимоотношениям родителей, терапевт порекомендовал им пройти несколько дополнительных сеансов, помимо регулярных семейных встреч. Поскольку теперь они смогли отвлечь свое внимание от проблем сына, они сосредоточили его друг на друге, сражаясь столь яростно, что стало ясно, насколько разрушительными являются их отношения и как они ухудшились в ходе психотерапии, вместо того чтобы стать лучше.

Через два месяца кровопролитных боев, в течение которых состояние Барри продолжало улучшаться, супруги Дж. подали на развод. После развода каждый из них стал гораздо счастливее, стал больше заниматься своими друзьями и карьерой и меньше волноваться о Барри. Ослабив свое давление на сына, каждый из родителей начал устанавливать с ним теплые и искренние отношения. Даже после развода они продолжали ходить вместе с Барри на сеансы семейной терапии.

Существовавшая первоначально напряженная симбиотическая связь между Барри и родителями постепенно уступила место более сбалансированным взаимоотношениям. Разрешение скрытых конфликтов и бессознательной преданности привело к настоящей автономии отдельных личностей — любящих, но не нуждающихся друг в друге, что является гораздо лучшим результатом, чем изоляция.

В контекстуальной терапии Божормения-Неги целью является установление равновесия между положительными и отрицательными сторонами взрослой жизни. Рост личности рассматривается как развитие способности отдавать и заботиться. Внимание к конфликтам, которые привели к несправедливости в прошлом, их признание и исправление считаются способствующими, а не препятствующими увеличению значимости личности.

Божормений-Неги придерживается общего для других психоаналитических семейных терапевтов положения, что развитие и ослабление симптомов происходят путем сталкивания с избегаемыми эмоциональными конфликтами. Контекстуальная терапия рассматривает терапевтическую роль ответственности для понимания навязывания своих проекций другим. Но восстановление избегаемых аспектов *эго* не может быть изолированным

или корыстным стремлением. Самораскрытие часто требует и обеспечивает пересмотр избегаемых или неравноправных взаимоотношений (Boszormenyi-Nagy, Grunebaum & Ulrich, 1991).

Цели контекстуальной терапии включают установление равновесия между автономией и взаимностью. Членам семьи оказывается помощь при столкновении и преодолении иррациональной, непродуктивной вины и при отстаивании своих прав. Однако сталкивание с реальной виной — основанной на действительном вреде, нанесенном другим людям, намеренно или без умысла, — считается необходимым для расширения ответственности внутри семьи. Таким образом, каждый человек стремится к реализации своих возможностей путем отстаивания своих прав и действуя в соответствии со своими обязанностями. Хотя помощь людям больше вкладывать в семейные отношения может показаться тем, кто не имеет таких проблем, роскошью, на самом деле это не так. Польза от внимания к этической роли взаимоотношений действительно помогает укрепить слабое эго.

## Условия изменения поведения

Как хорошо известно каждому студенту, психоаналитическая терапия действует посредством инсайта; но идея, что инсайт исцеляет, является обманчивым упрощением. Для успешного аналитического лечения инсайт необходим, но недостаточен. В ходе психоаналитической семейной терапии члены семьи расширяют свой инсайт, когда узнают, что их психологическая жизнь больше, чем их сознательный опыт, и приходя к пониманию и принятию подавленных частей своей личности. Так же как в индивидуальной терапии, успешные интерпретации должны ограничиваться предсознательным материалом — тем, который пациент уже почти осознает. (Интерпретации бессознательного материала вызывают тревогу, которая означает, что они будут отвержены.) Однако все инсайты, которые достигаются, должны быть проработаны (Greenson, 1967) — т. е. преобразованы в новые более продуктивные способы поведения и реагирования.

Некоторые исследователи (Kohut, 1977) даже предположили, что психоаналитическое лечение срабатывает не столько с помощью инсайта, сколько путем снижения защитных реакций — пациенты просто переживают и выражают подавленные части

своей личности. С этой точки зрения членам семьи может быть важнее выразить свои бессознательные потребности, чем научиться понимать их. Большинство терапевтов работают в обоих направлениях — т. е. поощряют инсайт и способствуют выражению сдерживаемых импульсов (Ackerman, 1958).

Психоаналитические терапевты поощряют инсайт, заглядывая в глубь поведения, туда, где скрыты мотивы, лежащие в его основе. В индивидуальной терапии сновидения и свободные ассоциации считаются *явным содержанием*, которое нельзя принимать буквально. Аналогичным образом явные взаимодействия членов семьи считаются замаскированными версиями скрытого за ними латентного содержания. Неаналитические терапевты принимают значение очевидных взаимодействий членов семьи; аналитические терапевты пытаются вскрыть другой материал, особенно тот, который спрятан, не осознается или находится в прошлом. Как утверждает Фрамо (1970): «Семья не может переживать глубокие или значимые изменения, если терапевт занимается только сиюминутными, происходящими в настоящее время взаимоотношениями между ее членами» (с. 158).

Вполне естественно, что семьи будут всеми силами сопротивляться проникновению в их самые сокровенные чувства. В конце концов, довольно сложно просить человека обнажить старые раны и беспокоящие эмоции. Психоаналитики подходят к этой проблеме, создавая обстановку доверия и медленно двигаясь вперед. Но в семейной терапии риск разоблачения гораздо выше. Членам семьи приходится не только признавать наличие у них болезненных чувств, но и делать это в присутствии тех самых людей, от которых они больше всего хотят эти чувства скрыть. Терапевт может предложить в качестве интерпретации идею, что мужчина ненавидит свою жену, потому что он винит ее в лишении его свободы утраченной юности. При индивидуальном лечении пациент может признать это довольно легко, удивиться, почему же он все это время подавлял свои чувства, и начать исследовать корни своих реакций. Но представьте, насколько труднее было бы признать наличие таких чувств в присутствии жены.

Поскольку пациенты семейной терапии, вероятно, будут обеспокоены вопросами публичного разоблачения и самозащиты, терапевты должны предоставить им значительную безопасность. Это необходимо и для раскрытия материала для анализа, и для работы с этим материалом во время сеансов. Когда достигнута атмосфера безопасности, семейный терапевт может начать

выявлять проективные механизмы и вновь возвращать их в супружеские взаимоотношения. Затем супруги могут повторно усвоить те части себя, которые они спроецировали на своих партнеров. Как только исчезает потребность полагаться на проективную идентификацию, они смогут признать и принять те страдающие комплексом вины либидозные и агрессивные части своего *эго*, которые давно откололись. Терапевт помогает супругам разрешить интроекции своих родителей, так чтобы они поняли, как имеющиеся у них трудности возникли из бессознательных попыток увековечить старые конфликты исходных семей. Это очень болезненная работа, которая не может происходить без постоянной поддержки компетентного терапевта. Николе (1987) подчеркивает необходимость в *эмпатии* для создания «климата контроля» для всей семьи.

Гантрип (1971) писал, что аналитики, которые уделяют внимание теории инстинктов, могут объяснять неудачи в лечении сильно выраженной сексуальностью и агрессивностью своих пациентов. Но с точки зрения объектных отношений такие неудачи скорее обуславливаются неспособностью терапевта обеспечить обстановку безопасности при лечении. Это означает, что терапевт должен слушать, а не вмешиваться; а члены семьи должны научиться воспринимать жалобы друг друга скорее как заявления о чувствах и стремлении к изменениям, чем как нападения, угрожающие целостности их *эго*.

Некоторым кажется, что идея *переноса* более подходит для индивидуальной терапии, где в отсутствие реальных взаимоотношений большая часть чувств, которые пациент испытывает по отношению к терапевту, должны быть вызваны фантазией. Зачем применять перенос в семейной терапии, где уже имеются реальные взаимоотношения? На самом деле перенос происходит во всех эмоционально значимых взаимоотношениях. Заново переживая и проигрывая повторяющиеся модели прошлого — по отношению к терапевту и членам семьи, человек начинает рассматривать их объективно и с помощью терапевта вырываться из патологического круга. Как утверждает Божормений-Неги (1972), семейная терапия является более плодотворной областью применения переноса, чем индивидуальная.

Когда начинающие семейные терапевты научатся видеть перед собой семью, а не отдельных индивидов, они обнаружат совершенно другой климат для терапевтического пере-

носа. Главной причиной этого является тот факт, что сами семейные взаимоотношения коренятся в сфере переноса, и терапевт может войти в уже существующую систему таких взаимоотношений, а не создавать ее заново в обстановке частных взаимоотношений с пациентом (с. 378).

Надельсон (Nadelson, 1978) писала:

Поскольку супружеский конфликт может рассматриваться как результат взаимного проецирования каждым партнером ранее усвоенных объектов и может, таким образом, превратиться в процесс решения прошлых конфликтов, терапевт должен понимать возможность того, что каждый супруг будет проецировать перенос как на своего партнера, так и на терапевта (с. 123).

Двумя важными проблемами семейной терапии являются вопросы о том, кто должен быть включен в процесс лечения и на кого должна быть направлена помощь. Некоторые подходы, например стратегический и поведенческий, сосредоточиваются на помощи одному идентифицированному пациенту, даже если при этом семья будет рассматриваться совместно. Большинство психоаналитических семейных терапевтов считают, что работа должна проводиться со всеми членами семьи; однако они имеют при этом в виду помощь отдельным личностям в росте и взрослении, а не всей семье как органическому целому. По утверждению Бланка (Blank, 1967): «Для того чтобы помочь отдельному индивиду или супружеской паре при семейном конфликте, нужно помочь каждому партнеру достичь более высокого уровня личностного развития» (с. 160).

Природа этого «более высокого уровня личностного развития» была определена и со структурной точки зрения, и с точки зрения объектных отношений. Например, Надельсон (1978) подчеркивала структурную цель подчинения инстинктивных мотивов господству *эго* и писала:

Конечной целью достижения результатов в психоаналитической семейной терапии является нейтрализация и интеграция агрессивных и либидозных потребностей, так что поведение становится более направленным на служение *эго* и менее подверженным влиянию импульсивного, интрапсихического конфликта (с. 146).

Когда агрессивные и либидозные импульсы объясняются и переживаются, они становятся осознанными. Как только члены семьи осознают их, они лучше могут распознавать их в своей жизни и, таким образом, преодолеть их патологическую контролируемую силу.

## Техники

Несмотря на всю сложность психоаналитической теории, психоаналитическая техника относительно проста. Существуют четыре основных метода: слушание, эмпатия, интерпретация и аналитическая нейтральность. Может показаться, что два из них — выслушивание и аналитическая нейтральность — не очень отличаются от методов, применяемых другими терапевтами, но это не так.

Слушание — это напряженное, но безмолвное действие, довольно редкое для нашей культуры. В основном мы скорее хотим, чтобы слушали нас, и поэтому невнимательно слушаем других. Особенно это наблюдается во время семейной терапии, когда терапевты чувствуют сильную потребность сделать что-то, чтобы помочь обеспокоенным семьям. Вот тут-то и проявляется важность аналитической нейтральности. Для установления аналитической обстановки необходимо сосредоточиться на выслушивании и понимании, не беспокоясь при этом о внесении изменений и решении проблем. Изменение может стать побочным продуктом понимания, но терапевт-аналитик воздерживается от вмешательства и выводов. Невозможно переоценить важность такого подхода для установления хорошего климата аналитического исследования.

Психоаналитический терапевт должен преодолеть свое желание успокаивать членов семьи, давать им советы или противостоять им, предпочитая этому упорное и молчаливое погружение в их переживания. Когда психоаналитики осуществляют вмешательства, они выражают эмпатию и понимание, чтобы помочь членам семьи раскрыться, и дают интерпретации, проясняющие скрытые и беспокоящие аспекты переживаний.

В основном психоаналитическая семейная терапия проводится с супругами, конфликт между которыми является отправной точкой для изучения интрапсихической и *интерперсональной* психодинамики. Возьмем, к примеру, супружескую пару, которая сообщила о ссоре, произошедшей за завтраком. Системный терапевт может попросить их поговорить друг с другом о том, что

случилось, в надежде понять из их интеракций, что они делали, чтобы не дать конфликту разрешиться. Внимание будет направлено на поведение и интеракции. Психоаналитический терапевт будет более заинтересован в помощи партнерам исследовать свои эмоциональные реакции. Почему они так рассердились? Что они хотят друг от друга? Чего они ждут? Откуда берутся эти чувства и ожидания? Вместо того чтобы пытаться разрешить спор, терапевт-аналитик скорее вмешается и задаст ряд вопросов о тех страхах и желаниях, которые лежат в его основе.

Сигналом к существованию интрапсихического конфликта является аффект, и, вместо того чтобы сфокусироваться на том, кто кому что сделал, аналитические терапевты сосредотачиваются на сильном чувстве и используют его в качестве отправной точки для тщательного исследования его истоков. Что вы чувствовали? Когда вы раньше испытывали такое же чувство? Возникло ли оно еще раньше? Что вы помните? Вместо того чтобы оставаться на плоскости отношений супругов в настоящий момент, терапевт должен изыскивать возможность проникнуть в вертикальный срез их внутренних переживаний и истории. Третья линия исследования включает терапевта и реакции переноса и контрпереноса.

Вслед за Салливаном большинство аналитических терапевтов воспринимают себя не отстраненными наблюдателями, а скорее участниками *интерперсональных* моделей лечения. Называя свой способ работы с пациентами «активным наблюдением», Салливан (1940) предвосхитил то, что семейные терапевты впоследствии назовут «кибернетикой второго порядка», согласно которой терапевты считаются участниками тех семейных систем, с которыми они работают.

Подводя итог, можно сказать, что работающие с семейными парами психоаналитики строят свои исследования в четырех направлениях: (1) внутренние переживания; (2) история этих переживаний; (3) то, как партнер вызывает эти переживания, и, наконец; (4) то, как обстановка сеанса терапии и участие терапевта может способствовать тому, что происходит между партнерами. Приведем небольшой пример.

Достигнув значительного взаимопонимания в ходе первых сеансов психотерапии, Эндрю и Гвен были все же обеспокоены своей неспособностью обсудить, а тем более решить спорный вопрос о покупке новой машины. Дело было не столько в самой



машине, сколько в том, как за нее платить, и именно это вызывало яростные разногласия. Эндрю хотел оплатить первый взнос из семейных сбережений, чтобы уменьшить ежемесячные выплаты. Это взбесило Гвен. Как мог Эндрю даже подумать о том, чтобы залезть в их сбережения? Разве он не понимал, что их совместный фонд получал в два раза больший процент, чем тот заем, что они должны были взять на покупку машины?

К сожалению, оба они были слишком заняты тем, чтобы изменить мнение друг друга, вместо того чтобы попытаться понять, что ими движет. Терапевт прервал их спор и спросил каждого, что они чувствуют и что их беспокоит. Его не интересовал вопрос урегулирования несогласия, хотя расспросы о чувствах, лежащих в основе ссоры, часто являются эффективным началом для достижения понимания и компромисса; он чувствовал, что такая бурная реакция свидетельствовала о том, что этот вопрос затрагивал ключевые проблемы семьи. Расспросы о внутренних переживаниях партнеров выявили, что Эндрю был обеспокоен бременем ежемесячных расходов. «Разве ты не видишь, — восклицал он, — если мы не сможем заплатить достаточный первый взнос, нам придется каждый месяц волноваться о взносах?»

Гвен была готова поспорить с этим, но терапевт остановил ее. Его больше интересовала история волнений Эндрю, чем попытки супругов убедить друг друга в чем-то.

Оказалось, что Эндрю всю жизнь испытывал страх оттого, что у него недостаточно денег. Достаточное количество денег для него означало не большой дом или роскошную машину, а сумму, необходимую на то, что может считаться достаточным, — хорошую одежду, ужин в ресторане, цветы, подарки. Свое стремление вознаградить себя скромными материальными благами Эндрю связывал с воспоминаниями о своем спартанском детстве. Его родители были детьми в период Великой депрессии и считали, что ужин в ресторане и покупка новой одежды, за исключением случаев крайней необходимости, были легкомысленной и бессмысленной роскошью. На более глубоком уровне воспоминания Эндрю об аскетизме его детства были лишь ширмой, за которой прятались отсутствие внимания и любви со стороны гордой и необщительной матери<sup>1</sup>. И поэтому он приучился баловать себя новой рубашкой или хорошим ужином в ресторане всякий раз, когда чувствовал себя слабым. Одной из главных осо-

В терминах Кохута, мать Эндрю выполняла неадекватную функцию *отображаемого «я»-объекта*.

бенностей Гвен была ее щедрая и экспрессивная натура. Она была любящей, ласковой и всегда готовой потворствовать желанию Эндрю купить что-то для себя.

Гвен связывала свою тревогу о том, что необходимо иметь какие-то сбережения на черный день, с воспоминаниями о ее отце, который был ненадежным кормильцем в семье. В отличие от родителей Эндрю ее родители тратили деньги с легкостью. Они обедали в ресторанах два-три раза в неделю, отдыхали на дорогих курортах и покупали дорогую одежду для всех членов семьи. Но, хотя отец Гвен легко тратил деньги, он остался в ее памяти человеком, которому не хватало дисциплины и предвидения делать мудрые инвестиции и успешно развивать свой бизнес. Хотя она не помнила об этом сознательно, казалось, что, хотя ее отец уделял ей много внимания и заботы, он никогда не воспринимал ее всерьез как личность<sup>1</sup>. Он относился к ней как «к папиной дочке», как к обожаемой, но незначительной, как к щенку или котенку. Поэтому она была настолько привязана ко всему, что ей казалось в Эндрю серьезным и дисциплинирующим, а также к тому большому вниманию, которое он уделял ей.

Как могли эти люди сформировать такие злобные жестокие реакции по отношению друг к другу? Не только тревожная потребность Гвен иметь банковские сбережения конфликтовала с потребностью Эндрю тратить деньги, но каждый чувствовал себя обманутым другим. Часть бессознательной сделки Гвен с Эндрю состояла в том, что она могла рассчитывать на него, как на надежную и прочную опору, и строить будущее. Часть его бессознательных ожиданий от нее состояла в том, что она будет потакать ему. Неудивительно, что они так бурно реагировали по данному вопросу.

А какова же роль терапевта во всем этом? Подумав, он понял, что слишком старался сгладить проблемы с этой парой. Руководствуясь своим желанием помочь им достичь семейного счастья, он контролировал уровень конфликта во время сеансов, активно вмешиваясь в качестве миротворца. В результате успех достигался дорогой ценой. Глубокие желания и обиды скорее отменялись в сторону, чем исследовались и разрешались. Возможно, терапевт думал, что он уловил страхи супругов по отношению к собственному гневу.

Каким образом мог терапевт использовать такие реакции контрпереноса? Следовало ли ему раскрыть свои чувства? Ска-

Отец Гвен был, выражаясь языком Ферберна, *возбуждающим объектом*.

зять, что контрперенос может содержать полезную информацию, — не означает сказать, что он непогрешим. Возможно, самым полезным будет обратиться к контрпереносу в поисках гипотез, которые нуждаются в подтверждении со стороны опыта пациентов. В описываемом случае терапевт признавал, что он слишком сильно пытался сгладить конфликт, и спрашивал Гвен и Эндрю, не боялись ли они, так же как и он, проявлять свой гнев.

\* \* \*

Подобно многим описаниям клинической работы, этот случай может показаться слишком уместным. Как мы могли так быстро перейти от споров Гвен и Эндрю о покупке машины к потребности мужа в отображаемом «я»-объекте и к потребности жены в объекте для идеализации? Часть объяснения содержится в неизбежно кратком отчете. Но также важно признать, что один из факторов, позволяющих психоаналитикам (или кому-то еще) заглянуть за видимость вещей, — это знание, куда смотреть. В этом отношении психоаналитические терапевты особенно хорошо оснащены, потому что они обладают полной всеобъемлющей теорией личности и поведения. Более того, как указывали некоторые авторы (Dare, 1979), психоаналитическое понимание полезно для развития полной картины семейной динамики, даже когда методы лечения заимствуются из других подходов.

Психоаналитический подход к семье отличается от большинства других диагностических формулировок тем, что, как мы обсуждали раньше, они фокусируются на интрапсихической динамике отдельных членов семьи; фактически, большинство психоаналитических концепций касаются отдельных личностей или пар. Но поскольку психоаналитические семейные терапевты занимаются более широкими системами взаимоотношений, они также должны рассматривать интерперсональную динамику семьи наряду с интрапсихической жизнью ее членов.

Ниже приведена краткая иллюстрация к начальной стадии психологической оценки семьи.

\* \* \*

После двух сеансов психотерапии с семьей Салли Г., которая страдала от боязни школы (школьной фобии), терапевт сделал предварительное заключение о динамике данной семьи. В дополнение к обычному описанию членов семьи, существующей

проблемы и их истории эта формулировка содержала оценку объектных отношений родителей и их бессознательные супружеские взаимоотношения.

Супруг был вначале очень привязан к своей жене как к объекту-либидо, который удовлетворял его сексуальные фантазии, включая вуайеризм. Его сексуальные чувства уравнивались тенденцией идеализировать жену. Поэтому его интимные отношения с ней носили характер глубокого противоречия и двойственности.

На другом уровне м-р Г. имел подсознательные ожидания, что она будет такой же долготерпимой и самоотверженной женщиной, как и его мать, поэтому он стремился получить от нее материнское утешение. Однако эти стремления к зависимости угрожали его мужскому достоинству, поэтому внешне он казался строгим и непокладистым, самоуверенным и ни в ком не нуждающимся. С другой стороны, та нежная забота, которую он проявлял к жене и детям, когда они болели, свидетельствовала о наличии внутри его зависимого внутреннего объекта. Но его родные должны были быть слабыми и уязвимыми, чтобы он смог преодолеть свои защитные реакции и косвенно удовлетворить свои детские потребности в зависимости.

Его супруга ожидала, что замужество даст ей идеального отца, кого она смогла бы любить, опекать и поддерживать. При таком подсознательном ожидании та ее сексуальность, которая привлекала мужчин, угрожала ее желанию быть в глазах окружающих маленькой девочкой. Как и ее муж, она испытывала противоречивые чувства к сексуальным отношениям. Будучи единственным ребенком, она всегда хотела быть первой. Она даже испытывала ревность, когда муж проявлял теплые чувства к Салли, и пыталась своей чрезмерной привязанностью к дочери сохранить расстояние между ней и отцом.

На уровне ее ранних образов «я»-объекта она была жадным и требовательным ребенком. Ее интроекция собственной матери предоставила ей модель отношения к фигуре отца. К сожалению, то, что действовало в отношениях ее родителей, не сработало в ее отношениях с мужем.

Таким образом, на уровне объектных отношений оба супруга чувствовали себя ущемленными детьми, желавшими получить заботу и внимание, не прося об этом. Когда их желания не удовлетворялись, они оба были охвачены чувством обиды и негодования. В итоге малейший повод вызывал у них обоих вспышки ярости, что приводило к бурным ссорам.

Когда Салли становилась свидетельницей шумных перебранок своих родителей, она боялась, что ее собственные враждебные и жестокие фантазии могут осуществиться. Хотя родители сами ненавидели усвоенные ими фигуры плохих родителей, они действовали по отношению друг к другу именно так. Дальнейшее вовлечение Салли в их конфликт свидетельствовало о том, что эго-границы между ней и матерью были стерты — как будто мать и дочь являлись одной личностью.

Таким образом, желание Салли остаться дома и не ходить в школу являлось ее отчаянной попыткой защитить, с одной стороны, мать и себя от нападок отца, а с другой стороны, обоих родителей от собственных спроецированных жестоких фантазий.

\* \* \*

Неаналитические клиницисты обычно занимаются оценкой явных взаимоотношений, а также сознательных надежд и ожиданий. С психоаналитической точки зрения такой подход является лишь поверхностным. В основе семейной жизни лежат подсознательные силы. Однако это не означает, что психоаналитические терапевты занимаются только психологией отдельных личностей. Динамика семьи — это нечто большее, чем простое суммирование динамики каждого ее члена. Отдельные индивиды могут вносить в семейную жизнь нарушенные объектные отношения, но только существование подсознательного соответствия членов семьи обуславливает их адаптацию.

Применив теорию объектных отношений к оценке семьи, Дике (1967) предложил три уровня оценки супружеских отношений: (1) культурные ценности и нормы — национальность, религия, образование; (2) центральные эго — личные нормы, сознательные установки и ожидания, привычки и вкусы; и (3) бессознательные силы, которые подавляются или отщепляются, включая влечения и потребности объектных отношений. Если любые два уровня супругов находятся в гармонии, то такая пара, по мнению Дикса, будет жить вместе даже при наличии постоянных конфликтов. Однако, если два или все три уровня супругов несовместимы, брак скорее всего кончится разводом.

Анализ Дикса помогает объяснить, почему многие пары продолжают оставаться вместе, несмотря на постоянные ссоры, и почему распадаются другие, казалось бы, счастливые пары. Очевидно, конфликтующие супруги, которые тем не менее продол-

жают жить вместе, удовлетворяют бессознательные потребности друг друга, и их объектные образы совпадают. Описывая одну такую пару, Дике (1967) писал:

На уровне оценки социальных ценностей я бы, без сомнений, назвал брак Кейс Тэн более живым, глубоким и «реальным», чем общепринятые лицемерные союзы, где даже собаке не позволяют не то что лаять, а даже голову поднять (с. 119).

Аналитики не откладывают лечение до тех пор, пока не изучат данный случай досконально; наоборот, до окончания лечения они не обязательно должны прийти к какому-то выводу. Однако, хотя аналитические терапевты могут продолжать разрабатывать и углублять свое понимание динамики на протяжении всего хода лечения, эффективная терапия не может продолжаться без некоторых формулировок динамики. Начинающие терапевты, которым не хватает теоретических знаний и опыта, иногда исходят из положения, что, если они просто будут сидеть и слушать, они все смогут понять. Это случается крайне редко в индивидуальной терапии и почти никогда в семейной терапии. Терапевту нужна гипотеза.

Прекрасным образцом развития психодинамического фокуса является работа Арнона Бентовима и Уоррена Кинстона в Великобритании (Bentovim & Kinston, 1991), которые предлагают пятиступенчатую стратегию для формулировки фокусной гипотезы:

1. Как члены семьи взаимодействуют относительно симптома и как это взаимодействие влияет на симптом?
2. Какова функция имеющегося симптома? (В семье Л. считали, что, если родители не сплотятся вместе, отстранив при этом своего сына, это приведет к сильному конфликту между ними.)
3. Какого несчастья опасаются в семье, что мешает им более открыто воспринимать конфликты? (Почему, например, в семье Л. избегают супружеского конфликта?)
4. Как текущая ситуация связана с прошлой травмой?
5. Как бы терапевт определил фокальный конфликт одной фразой? (Семья Л. не допускает в свои отношения сына, чтобы избежать распада брака, который произошел в семьях их родителей из-за конкурирующих отношений с детьми.)

После предварительной психодинамической оценки терапевт должен решить, кого включить в процесс лечения. Психоаналитические семейные терапевты работают с любыми возможными комбинациями членов семьи. Наиболее частым, однако, является работа с супружескими парами; большинство психоаналитических клиницистов предпочитают уделять внимание взрослому ядру семьи, потому что это согласуется с их вербальным и интеллектуальным уровнем.

С точки зрения объектных отношений (Dicks, 1963) брак — это взаимодействие скрытых внутренних объектов. Эти внутренние объекты, которые отражают родительские и супружеские взаимоотношения в семьях, где супруги родились и выросли, осознаются путем интерпретации бессознательных основ отношений между ними. Часто обнаруживается, что у супружеских пар преобладают *общие внутренние объекты* (Dicks, 1967), основанные на бессознательной ассимиляции родительских образов. Такие супруги воспринимают друг друга не как реальных людей, а как злых или любящих родителей, которых нужно либо мучить, либо идеализировать. (Еще одна версия этой точки зрения приводится Сандером (Sander, 1989).)

Некоторые аспекты внутренних объектов являются осознанными, легко выражаемыми и легко выявляемыми. Они основаны на непосредственной идентификации с сознательно воспринимаемыми родительскими моделями или на излишней компенсации негативных образов. Грубый и задиристый муж может, таким образом, компенсировать ощущение своей слабости, которое также было свойственно его отцу. Его поведение, казалось бы, говорит: «Вы не сможете обращаться со мной грубо, как с моим отцом». Такие сознательно удерживаемые образы объектов появляются независимо от терапевтической техники; однако, чтобы выявить бессознательные образы, психоаналитические терапевты обращаются к недирективным исследованиям.

Самыми типичными метафорами, с помощью которых описывается психоаналитическое лечение, являются «глубина» и «вскрытие». Все виды терапии нацелены на вскрытие чего-то. Нарративные терапевты начинают с проявления эмпатической открытости к переживаниям своих клиентов, а затем переключаются на главные вопросы, предназначенные не для понимания, а для изменения точек зрения. Даже поведенческие терапевты проводят недирективные интервью, чтобы выявить незамеченные возможности для подкрепления, прежде чем перейти к ди-

рективным установкам. Аналитическую терапию отличает то, что процесс открытия является длительным и направлен не только на сознательные чувства и мысли, но также на фантазии и сновидения.

\* \* \*

Дэвид Шарфф (1992) привел следующий пример использования сновидений в супружеской терапии. Лила и Клайв исполняли хорошо известные комплементарные роли, когда, чем больше она стремилась к близости, тем больше он отстранялся. В отличие от чисто системного терапевта Шарффа интересовала не столько синхронность их поведения, сколько лежащие в его основе внутренние переживания. Поскольку Клайв плохо представлял себе свою внутреннюю жизнь и сохранил мало воспоминаний о своем детстве, попытки терапевта понять, что же именно вызывало такое поведение, были безуспешными. Подсказку дал следующий сон.

Клайву приснился ребенок с пораненными ягодицами. Какая-то женщина, которая показалась ему медсестрой, должна была заботиться об этом ребенке, но, поскольку она не очень охотно это делала, Клайв вмешался и забрал у нее ребенка. Когда его спросили, на какие мысли натолкнул его этот сон, Клайв сказал, что у него возникла ассоциация перспективы иметь детей и взять на себя ответственность за них, если Лила недостаточно хорошо будет справляться. Согласившись с этим беспокойством, д-р Шарфф отметил, что сон также предполагал боязнь того, что произойдет что-то очень плохое, с чем Клайв не сможет справиться. Это вызвало воспоминание о случае, когда Лила была расстроена и плакала. Клайв пытался утешить ее, но, видя, что она не успокаивается, расстроился и ушел в другую комнату. Казалось, что этот сон мог также отражать боязнь Клайва проявить заботу о жене. Когда она расстроена, он может переоценивать глубину ее переживаний, и, поскольку он единственный, кто может позаботиться о ней, ответственность кажется ему очень большой.

Тогда вмешалась Лила и сказала, что, когда она расстраивается и он пытается утешить ее, ей приходится убеждать его, что с ней все в порядке и его действий вполне достаточно. Таким образом, даже когда ей нужно участие и утешение, она вынуждена заботиться о нем, чтобы не дать ему почувствовать себя чрезмерно вовлеченным. (Как показывает реакция Лилы, сновидения в супружеской терапии не только подсказывают, как спящий вос-



принимает себя и объект, но и то, как они рассказываются и воспринимаются во время сеанса, предоставляет дополнительную информацию о переплетении личностей партнеров.)

Когда Лилу спросили, что еще она думает по поводу сновидения Клайда, она, поколебавшись, ответила, что, по-видимому, он думает о ней как о ребенке. Это, в свою очередь, привело к интерпретации, что, относясь к Лиле как к ребенку, он воспринимал и себя самого как ребенка, которого глубоко ранят обиды детства. Этот инсайт, что постоянная боязнь Клайва оказаться в подчинении перед женщиной накладывалась на его детскую потребность быть нужным и на потери, испытанные им в детстве, оказался основным. Лиля стала воспринимать отчуждение Клайва не как отвержение ее самой, а скорее как признак его уязвимости. Следовательно, ее меньше стала волновать угроза быть брошенной, которую она теперь воспринимала скорее как собственное глубоко заложенное беспокойство, чем реальную возможность. Клайв тем временем начал понимать свою тревогу по отношению к эмоциональным потребностям жены не как следствие ее поступков, а как что-то, гнездящееся в нем самом, как свою уязвимость. В результате этого осознания он стал испытывать меньшую потребность избегать интимных и эмоциональных моментов.

\* \* \*

Психоаналитическая семейная терапия, несомненно, действует более активно, чем классический психоанализ; тем не менее она остается недирективным раскрывающим процессом. Важной частью психоаналитической техники работы как с отдельными личностями, так и с семьями является обучение минимальному вмешательству и тщательному исследованию собственных реакций для исключения неважных или основных вмешательств. Интерпретации не должны ни подбадривать, ни направлять людей; они должны способствовать появлению нового материала, забытого или вытесненного, и мобилизовать те чувства, которые ранее избегались (Dicks, 1967).

Помимо ограничения интерпретаций определенного материала, выявляемого пациентами, психоаналитические терапевты также ограничивают количество проведенных интерпретаций. Обычно их бывает две или три за время сеанса. Все остальное время терапевт занимается извлечением материала, при этом стараясь не быть директивным. Сеансы обычно начинаются с

того, что терапевт приглашает членов семьи обсудить имеющиеся у них заботы, чувства и мысли. Последующие встречи он может начинать либо молча, либо спрашивая: «С чего бы вы хотели сегодня начать?» Затем он откидывается на стуле и позволяет клиентам говорить, минимально направляя их и вмешиваясь в разговор. Вопросы ограничиваются лишь просьбой дать развернутое описание и разъяснение. «Не могли бы вы поподробнее рассказать об этом?» «Вы обсуждали вдвоем ваши чувства по этому поводу?»

Когда первоначальные ассоциации и спонтанные взаимодействия прекращаются, терапевт начинает медленно зондировать почву, выяснять историю, мысли и чувства людей, а также их представления о перспективе членов семьи. «Что думает ваш отец о ваших проблемах? Как бы он объяснил их?» Эта техника подчеркивает интерес аналитического терапевта к выводам и проекциям.

Хотя мы постоянно подчеркивали недирективный характер психоаналитической техники, этот подход далеко не пассивен. Пока члены семьи говорят обо всем, что у них на уме, терапевт активно анализирует весь материал и ищет производные влечений, защитных механизмов, эго-состояний и проявления переноса. Психоаналитические терапевты более, чем все другие, упорядочивают данные разговоров между членами семьи, приспособляя их к своей теории. Голые факты всегда двусмысленны; психоаналитическая теория организует их и делает значимыми.

Кроме приспособления полученных данных к теории психоаналитический терапевт также контролирует их путем исследования прошлого. Особое внимание уделяется воспоминаниям детства и ассоциациям, связанным с отношениями с родителями. Приведенный ниже эпизод показывает, как совершается переход от настоящего к прошлому.

\* \* \*

Говоря о главных причинах разочарования друг в друге, оба супруга С. жаловались, что другая сторона «не заботится обо мне во время болезни и не выслушивает мои жалобы в конце дня». Они не только обвиняли друг друга в недостатке «заботливости», но и стойко придерживались мнения, что они сами были понимающими и поддерживающими. Жалобы жены были типичными: «Вчера был совершеннейший кошмар. Ребенку нездорови-

лось, и он капризничал, а я сильно простудилась. Мне было плохо, а дел было очень много. Весь день я ждала, когда, наконец, Джон придет домой. Когда же он пришел, его, казалось, совсем не волновало, как ужасно я себя чувствовала. Он выслушал меня только минуту, а затем начал говорить мне что-то бессмысленное о своей работе». Муж, в свою очередь, рассказал ту же историю, только поменяв роли.

В этот момент терапевт вмешался и попросил обоих супругов описать свои отношения с их матерями. Повествования были очень разными, но очень показательными.

Мать мистера С. была женщиной неразговорчивой, для нее уверенность в себе, самопожертвование и беспрестанная борьба были важнейшими добродетелями. Хотя она любила своих детей, она сдерживала проявление ласки, привязанности и заботы, чтобы не «избаловать» их. Тем не менее мистер С. искал внимания матери и постоянно стремился к нему. Естественно, он часто получал отпор. Особенно болезненным воспоминанием был случай, когда он пришел домой в слезах после драки во дворе школы. Вместо утешения, на которое он надеялся, мать отругала его за то, что он «вел себя как ребенок». С годами он научился защищаться от таких отпоров, прячась за маской независимости и силы.

Со своей женой, второй важной женщиной в его жизни, мистер С. продолжал отстаивать свою жесткую защитную позицию. Он никогда не говорил о своих проблемах, но, поскольку продолжал тосковать по сочувствию и пониманию, он сильно обижался на жену за то, что она не вызывала его на откровенность. Он не хотел рисковать быть отвергнутым и попросить о поддержке, и это являлось самореализующим пророчеством, подтверждающим его ожидания: «Она не волнуется обо мне».

Прошлое миссис С. полностью отличалось. Ее родители были терпимыми и несдержанными. Они души не чаяли в своем единственном ребенке, выражая свою любовь постоянной тревогой и заботой о ее благополучии. Когда она была маленькой, малейшие ушибы и царапины становились предметом чрезмерного проявления родительской заботы. Она вступила в брак, привыкшая говорить только о себе и своих проблемах. Вначале ее муж был очарован. *Вот человек, которого действительно волнуют чувства*, думал он. Но когда он выяснил, что она не просила его рассказывать о своих заботах, начал обижаться и постепенно стал проявлять к ней меньше сочувствия. Это убедило ее: *он не беспокоится обо мне*.

\* \* \*

После того как вскрыты исторические корни происходящих семейных конфликтов, проводятся интерпретации того, как члены семьи продолжают восстанавливать прошлые, часто искаженные образы из своего детства. Данные для таких интерпретаций поступают из реакций переноса на терапевта или на других членов семьи, а также из действительных воспоминаний. Психоаналитические терапевты, работающие с семьями, меньше занимаются воспоминаниями о прошлом, чем возобновлением его влияния, проявляемого как перенос, и это происходит даже активнее, чем в работе с индивидуальными пациентами. По этой причине считается важным создать обстановку, в которой пациенты чувствовали бы себя достаточно безопасно, чтобы вновь пережить неразрешенные конфликты и восстановить образы ранних взаимоотношений.

Следующий случай демонстрирует, как терпимое принятие терапевта позволяет членам семьи постепенно отбросить свои защитные механизмы и обнажить основные конфликты и образы объекта, что предоставляет материал для различных интерпретаций.

\* \* \*

Супруги Х. были богаты, и их волновали безразличие, раздражительность и плохая успеваемость старшего сына. На первых двух сеансах вся семья держалась вежливо и с достоинством, каждый из ее членов играл легко опознаваемую роль. Алекс, идентифицированный пациент, рассказывал о своем унынии, разочаровании и отсутствии интереса к учебе, а его родители выражали свою обеспокоенность, то поддерживая, то критикуя его. Младшая сестра Алекса, Сюзан, живая, здоровая девочка, проявляла мало заботы о брате и обычно больше говорила о своей жизни вне дома.

Вначале все члены семьи были настолько сдержанны и так хорошо владели собой, что терапевт начал воспринимать реальность так, как они, а именно что все в семье было в порядке, кроме Алекса. Родители высказали было несколько несогласий по поводу того, как относиться к Алексу, но быстро подавили их. Однако постепенно, почувствовав себя в большей безопасности во время терапии — даже в большей безопасности, чем дома, — супруги Х. начали все более открыто высказывать несогласие

друг с другом. Во время этого терапевт не делал никаких интерпретаций, а сосредоточился на принятии их споров, лишь мягко пресекая их попытки отклониться от конфликта. Поскольку они чувствовали защиту со стороны терапевта, супруги дали полную волю своим яростным чувствам, и их споры стали все более и более злобными.

Обнаружив скрытый конфликт в этом супружестве и блокировав навязывание идентифицированному пациенту роли «козла отпущения», терапевт пошел по тому же пути, что и большинство неаналитических терапевтов. В этот момент он не просто ушел в сторону от обсуждения конфликта, но вместо этого стал исследовать истории их детства. Короче говоря, выявив наличие конфликта, он начал искать его генетические корни.

Из того, что нарисовал мистер Х., сформировался портрет мальчика, который научился успокаивать свою излишне придирчивую мать тем, что не сопротивлялся ей открыто. Более того, поскольку он не ожидал от нее положительной реакции, то, по возможности, старался избегать ее общества. Со своей стороны, миссис Х. рассказала о своих близких отношениях с властной матерью и постоянном презрении, которое она испытывала по отношению к отцу, который добился больших успехов на работе, но принимал крайне незначительное участие в ее воспитании.

Лишь после тщательного изучения этих ранних объектных отношений терапевт стал интерпретировать конфликтное поведение супругов. Он подчеркнул, что мистеру Х. приходилось успокаивать свою жену (как и мать), но он не ждал от нее никакого понимания и поддержки, поэтому отдалился от нее и начал щедро отдавать свою любовь детям. В первые годы замужества миссис Х. защищалась тем, что нападала сама: она требовала, чтобы муж проводил с ней больше времени, больше разговаривал и был более внимательным. Однако в конце концов она приняла его отчуждение (поскольку именно так поступала ее мать по отношению к отцу) и перенацелила свое гневное разочарование на сына. Короче говоря, эти двое явно зрелых взрослых человека бессознательно вели себя как дети: он как напуганный ребенок, прячущийся от строгой и критикующей матери, а она как избалованная девочка, взбешенная недостатком отношений со своим мужем.



В этом случае терапевт проанализировал и проинтерпретировал бессознательные объектные представления, которые играли важную роль в семейном конфликте. К тому же то, что он поощрял громкие споры супругов, превратило его в терпимую фигуру суперэго, которую можно было ввести в удерживающее окружение. Психоаналитические семейные терапевты понимают, что их влияние не ограничивается рациональным анализом, а включает также возобновление родительской заботы. Таким образом, в зависимости от того, как они оценивают потребности семьи, терапевты могут быть либо более контролирующими, либо более снисходительными.

Натан Аккерман был психоаналитическим семейным терапевтом, который хорошо осознавал свое личное влияние на семью. Его рекомендации относительно техники (Ackerman, 1966) были направлены на проникновение в защитные механизмы семьи для вскрытия скрытых конфликтов, связанных с сексом и агрессией. Прежде всего он отстаивал глубокое личное участие и заинтересованность в делах семьи. Его стиль поведения был дружеским и побуждающим. В отличие от традиционно сдержанных терапевтов Аккерман выстраивал с семьями очень личные отношения. В этой связи он писал (1961):

Очень важно с самого начала установить значимый эмоциональный контакт со всеми членами семьи, чтобы создать климат, при котором их можно взволновать и они будут реагировать в ответ (с. 242).

Установив контакт, Аккерман поощрял честное выражение чувств своих клиентов тем, что сам был искренним. Его непроизвольное добровольное раскрытие собственных мыслей и чувств вынуждало семью делать то же самое.

Аккерман полностью использовал свою харизму, но он не просто «был самим собой» во время сеансов. Он сознательно и намеренно использовал техники конфронтации, чтобы извлечь семейные секреты и конфликты из-за защитных укреплений. Он называл это «щекотанием защит».

Психоаналитические семейные терапевты подчеркивают, что большая часть того, что скрыто в семейных диалогах, удерживается не осознанно, а скорее вытесняется в подсознание.

Попытка добраться до этого материала вызывает сопротивление, часто проявляющееся в виде переноса. Фактически правильно будет сказать, что целью любого вида психоаналитической терапии является проанализировать сопротивление и с помощью переноса добраться из прошлого в настоящее.

В семье сопротивление является совместным и чаще проявляется более открыто, чем в индивидуальной терапии. Откровенные обсуждения семейных проблем обычно являются болезненными, и многие идут на все, чтобы избежать этого. Чаще всего такое сопротивление выражается в стремлении пройти курс или отдельные сеансы индивидуальной терапии, чтобы избежать разговора о семейных проблемах; в стойком желании разговаривать с терапевтом, а не с другими членами семьи; в стремлении избежать конфликтных тем; в навязывании роли «козла отпущения»; в прибегании к депрессии, чтобы избежать конфронтации; и в постоянном отказе обсуждать собственную роль в проблемных взаимоотношениях.

Большинство психоаналитических семейных терапевтов работают с сопротивлением, стараясь интерпретировать его при первом же проявлении. Техника семейной терапии при интерпретации сопротивления отличается от аналогичной техники в индивидуальной терапии. Основная цель индивидуальной терапии — постижение инсайта природы и смысла сопротивления. Поэтому обычно сопротивление интерпретируют только после того как оно станет очевидным для пациента. Более того, наиболее эффективные интерпретации дает сам пациент, а не терапевт. Например, индивидуальный терапевт может подождать три или четыре сеанса, а затем уже обсудить постоянные опоздания пациента. Если заговорить об этом после первого случая, пациент может занять защитную позицию, что затруднит исследование. Когда опоздание (или другая форма сопротивления) станет способом или манерой, терапевт попросит пациента поговорить о его значении.

Семейные терапевты интерпретируют сопротивление раньше и более непосредственно. Причиной этого является то, что сопротивление в семейной терапии с большей вероятностью может принять форму отреагирования, поэтому терапевтам необходимо как можно раньше ответить на сопротивление конфронтацией. Следующий случай иллюстрирует интерпретацию сопротивления.

\* \* \*

Супруги 3. десять лет терпели свой неудачный брак и несчастливые сексуальные отношения, чтобы сохранить ту хрупкую безопасность, которую он им давал. Неожиданно возникшая и нехарактерная любовная связь миссис 3. заставила супругов признать наличие в их браке проблем, и они обратились к семейному терапевту.

Хотя они больше не могли отрицать существование конфликта, оба супруга резко сопротивлялись открытому рассмотрению своих проблем. Их сопротивление отражало личное нежелание признать некоторые чувства и совместное нежелание откровенно обсуждать проблемы их отношений.

На первом сеансе оба супруга сказали, что их брак был «вполне нормальным», что миссис 3. переживает нечто вроде «кризиса среднего возраста» и что именно она нуждается в терапевтической помощи. Эта просьба о проведении индивидуальной терапии была явным признаком сопротивления, чтобы избежать болезненного исследования их семейной жизни, и терапевт прямо сказал об этом. «Мне кажется, мистер 3., что вы скорее стремитесь осудить свою жену, чем подумать, каким образом вы оба являетесь причиной своих трудностей. А вы, миссис 3., кажется, предпочитаете взять на себя всю вину, чтобы не противопоставить мужу свое недовольство и гнев».

Приняв интерпретацию терапевта и согласившись вместе разбраться в своем браке, супруги тем самым лишились одной формы сопротивления, как будто двоих неохотно сражающихся лишили одной лазейки. Во время следующих сеансов оба супруга яростно нападали друг на друга, но разговор шел только об измене жены и реакции на это мужа, а не о проблемах их взаимоотношений. Такие споры не были продуктивными, поскольку, как только мистер 3. чувствовал беспокойство, он нападал на свою жену, а когда она испытывала гнев, она становилась подавленной и виноватой.

Чувствуя, что их схватка ни к чему не приводит, терапевт сказал: «Ясно, что вы оба сделали друг друга несчастными и испытываете обиду. Но если вы не начнете говорить о конкретных проблемах вашего брака, у вас мало шансов добиться каких-либо результатов».

После этого миссис 3. неуверенно отважилась заявить, что ей никогда не нравился секс с мужем и она всегда хотела, чтобы он больше времени уделял любовной игре. В ответ он огрызнул-



ся: «Прекрасно, значит, секс был плохим, но разве это повод для того, чтобы выбросить десять лет брака и начать распутничать?» При этом миссис З. закрыла лицо руками и разрыдалась. После того как она успокоилась, терапевт вмешался и снова указал супругам на их сопротивление: «Кажется, мистер З., что всякий раз, когда вы волнуетесь, вы начинаете нападать. Что вас так беспокоит при обсуждении проблем секса?» Вслед за этим вплоть до конца сеанса супруги смогли поговорить о своем отношении к сексу во время всего брака. При этом мистер З. неоднократно набрасывался на жену с упреками, называя ее распутницей и блудницей.

Следующий сеанс миссис З. начала с того, что сказала, что она была подавлена и расстроена и проплакала всю неделю. «Я чувствую себя такой виноватой», — всхлипывала она. «Ты и должна чувствовать вину!» — резко ответил ее муж. Терапевт опять вмешался. «Вы используете измену жены как дубинку. Вы все еще боитесь обсудить настоящие проблемы вашего брака? А вы, миссис З., прикрываете свой гнев депрессией. Почему вы так сердиты? Чего не хватало вашему браку? Что вы хотели от него?»

Такая схема продолжалась еще несколько сеансов. Супруги, которые избегали обсуждать или даже думать о своих проблемах в течение десяти лет, использовали множество сопротивлений, чтобы эти проблемы остались не затронутыми во время терапии. Терапевт упорно указывал на их сопротивление и побуждал их обсудить определенные жалобы.

\* \* \*

Психоаналитические семейные терапевты пытаются достичь инсайта и понимания; они также побуждают семьи обсуждать свои дальнейшие действия по поводу обсуждаемых проблем. Эти усилия, являющиеся частью процесса проникновения, более заметны в семейной терапии, чем в индивидуальной. Например, Божормений-Неги считает, что членам семьи нужно не только объяснить их мотивацию, но и призвать отвечать за свое поведение. Он указывает (1987), что в контекстуальной терапии терапевт должен помочь людям осознать явно разрушительные ожидания, заключенные в скрытых лоялностях, а затем помочь им найти более позитивные пути проявить свою лояльность семье. Это уравнивает справедливость между членами семьи.

Аккерман также подчеркивал активное достижение инсайта

путем поощрения семьи конструктивно выражать свои агрессивные и либидозные импульсы, выявляемые в ходе терапии. Чтобы частично снять симптомы, импульсы должны стать осознанными; но при этом необходимо связать эмоциональные переживания с ростом самосознания, чтобы вся жизнь могла измениться. Видоизменение мышления и чувств — это главная задача психоаналитической терапии, но семейные терапевты также занимаются наблюдением и анализом изменений поведения.

## Оценка теории и результатов терапии

Слишком много семейных терапевтов игнорируют психологию в целом и психоаналитическую теорию в частности. Независимо от того, какие еще подходы использует терапевт, исследования психоаналитических терапевтов являются богатым источником.

Заявив об этом, мы также хотим сделать небольшое предостережение. Схоластические виды психоаналитической семейной терапии являются мощным оружием в руках опытных психоаналитиков. Однако многие терапевты, которые обычно приходят в уныние, слушая препирательства между членами семьи, обращаются к психоаналитическим методам как к средству пробиться через защитные споры. Прерывание семейных разногласий, чтобы выяснить чувства отдельных членов, — это прекрасный способ блокировать их. Но если терапевты будут открыто ставить себя в центр обсуждения (направляя весь разговор через себя) или если они будут излишне обращать внимание на отдельных членов семьи в ущерб семейным взаимоотношениям, тогда может быть утрачена сама сила семейной терапии — обращение к проблемам взаимоотношений, непосредственно к их источнику. Прерывание защитных споров, чтобы добраться до подлинных чувств, надежд и опасений, лежащих в их основе, идет на пользу. Но если эти дознания не сопровождаются пространными и свободными разговорами членов семьи друг с другом, такие исследования могут дать лишь иллюзию изменения, которое будет длиться, только пока присутствует терапевт, выступающий в качестве детектива и судьи.

Психоаналитические терапевты обычно противятся попыткам оценить их работу с помощью эмпирических стандартов.

Поскольку снятие симптомов не является целью, оно не может служить показателем успеха. А поскольку наличие или отсутствие бессознательного конфликта не является очевидным для внешнего наблюдателя, то вопрос об успешности или безуспешности анализа вынужденно зависит от субъективного клинического рассмотрения. Психоаналитические клиницисты, конечно, считают, что наблюдения терапевта полностью эффективны как средство для оценки действенности теории и лечения. Следующее высказывание Бланков (Blanck & Blanck, 1972) иллюстрирует эту точку зрения. Говоря об идеях Маргарет Малер, они писали:

Клиницисты, использующие ее теории, технически не оспаривают ни ее методологию, ни ее выводы, поскольку они могут подтвердить их клинически, и это та форма подтверждения, которая точно отвечает стремлению экспериментатора к реплицированию (воспроизводимости) как критерию научного метода (с. 675).

Другой пример этой точки зрения можно найти в работе Роберта Лэнгса (1982). «Окончательная проверка формулировки терапевта заключается в использовании его впечатлений как основы для вмешательства» (с. 186). Что же тогда определяет валидность и эффективность этих вмешательств? Лэнгс, колеблясь, отвечает: сознательные и бессознательные реакции пациента являются окончательной лакмусовой бумажкой. «Истинное подтверждение включает реакции пациента и в когнитивной и в интерперсональной сферах».

Так, значит, окончательной проверкой терапии являются реакции пациента? И да и нет. Во-первых, они открыты различным интерпретациям, особенно потому, что подтверждение можно найти не только в прямых реакциях, но и в бессознательно закодированных дериватах. Более того, эта точка зрения не принимает во внимание изменения в жизни пациента, происходящие за стенами кабинета. Иногда терапевты сообщают о результатах психоаналитической семейной терапии, но в основном как свободное изучение отдельных случаев. Одним из таких неподтвержденных сообщений является исследование Диксом (1967) результатов психоаналитической супружеской терапии в Тэвистокской клинике, в котором на основе случайной выборки он сделал вывод о 72,8% успешных случаев.

## Резюме

Психоаналитически обученные клиницисты были одними из первых, кто обратился к семейной терапии, но, когда они начали работать с семьями, многие из них сменили свои идеи глубинной психологии на идеи системной теории. С середины 1980-х годов наблюдается возобновление интереса семейных терапевтов к психодинамике, которая руководствуется теорией объектных отношений и эго-психологией. В этой главе мы кратко обрисовали основные моменты этих теорий и показали, как они применяются в психоаналитической семейной терапии, объединяющей глубинную психологию и системную теорию. Несколько практикующих специалистов (например, Kirschener & Kirschener, 1986; Nichols, 1987; Slipp, 1984) объединили элементы и той и другой теорий; другие разработали более открыто психоаналитические подходы (особенно Scharff & Scharff, 1987; Sander, 1989); но никто не добился настоящего синтеза.

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Ackerman N. W. 1966. *Treating the troubled family*. New York: Basic Books.

Boszormenyi-Nagy I. 1972. Loyalty implications of the transference model in psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*. 27:374—380.

Boszormenyi-Nagy I. 1987. *Foundations of contextual therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Dicks H. V. 1967. *Marital tensions*. New York: Basic Books.

Meissner W. W. 1978. The conceptualization of marriage and family dynamics from a psychoanalytic perspective. In *Marriage and marital therapy*. T. J. Paolino and B. S. McCrady, eds. New York: Brunner/Mazel.

Ncidelson C. C. 1978. Marital therapy from a psychoanalytic perspective. In *Marriage and marital therapy*, T. J. Paolino and B. S. McCrady, eds. New York: Brunner/Mazel.

Nichols M. P. 1987. *The self in the system*. New York: Brunner/Mazel.

Sander F. M. 1989. Marital conflict and psychoanalytic theory in the middle years. In *The middle years: New psychoanalytic perspectives*, J. Oldham and R. Liebert, eds. New Haven: Yale University Press.

Scharff D. and Scharff J. S. 1987. *Object relations family therapy*. New York: Jason Aronson.

Stern D. N. 1985. *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.

Zinner J. and Shapiro R. 1972. Projective identification as a mode of perception of behavior in families of adolescents. *International Journal of Psychoanalysts*. 55:523—530.

## ССЫЛКИ

Ackerman N. W. 1958. *The psychodynamics of family life*. New York: Basic Books.

Ackerman N.W. 1961. The emergence of family psychotherapy on the present scene. In *Contemporary psychotherapies*, M. I. Stein, ed. Glen-coe, IL: The Free Press.

Ackerman N. W. 1966. *Treating the troubled family*. New York: Basic Books.

Bank S. and Kahn M. D. 1982. *The sibling bond*. New York: Basic Books.

Barnhill L. R. and Longo D. 1978. Fixation and regression in the family life cycle. *Family Process*. 77:469—478.

Bentovim A. and Kinston W. 1991. Focal family therapy. In *Handbook of family therapy*, vol. II, A. S. Gurman and D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.

Blanck G. and Blaneck R. 1972. Toward a psychoanalytic developmental psychology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 20:668—710.

Blanck R. 1967. Marriage as a phase of personality development. *Social Casework*. 45:154—160.

Blum H. P. 1987. Shared fantasy and reciprocal identification: General considerations and gender disorder. In *Unconscious fantasy: Myth and reality*, H. P. Blum et al., eds. New York: International Universities Press.

Boszormenyi-Nagy I. 1967. Relational modes and meaning. In *Family therapy and disturbed families*, G. H. Zuk and I. Boszormenyi-Nagy, eds. Palo Alto: Science and Behavior Books.

Boszormenyi-Nagy I. 1972. Loyalty implications of the transference model in psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*. 27:374—380.

Boszormenyi-Nagy I. 1987. *Foundations of contextual therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Boszormenyi-Nagy I. and Framo J., eds. 1965. *Intensive family therapy: Theoretical and practical aspects*. New York: Harper & Row.

Boszormenyi-Nagy I. and Spark G. 1973. *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*. New York: Harper & Row.

Boszormenyi-Nagy I. and Ulrich D. N. 1981. Contextual

family therapy. In *Handbook of family therapy*, A. S. Gurman and D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.

Boszormenyi-Nagyl., Grunebaum J. and Ulrich D. 1991. Contextual therapy. In *Handbook of family therapy*, vol. II, A. S. Gurman and D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.

Bowen M. 1965. Family psychotherapy with schizophrenia in the hospital and in private practice. In *Intensive family therapy*, I. Boszormenyi-Nagy and J. L. Framo, eds. New York: Harper & Row.

Bowlby J. 1949. The study and reduction of group tension in the family. *Human Relations*. 2:123—128.

Bowlby J. 1969. *Attachment and loss*. vol. 1: *Attachment*. New York: Basic Books.

Burlingham D. T. 1951. Present trends in handling the mother-child relationship during the therapeutic process. *Psychoanalytic study of the child*. New York: International Universities Press.

Dare C. 1979. Psychoanalysis and systems in family therapy. *Journal of Family Therapy*. 7:137—151.

Dicks H. V. 1963. Object relations theory and marital studies. *British Journal of Medical Psychology*. 56:125—129.

Dicks H. V. 1967. *Marital tensions*. New York: Basic Books.

Dostoyevsky F. 1958. *The Brothers Karamazov*. New York: Penguin Books.

Erikson E. H. 1956. The problem of ego identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 4:56—121.

Erikson E. H. 1959. Identity and the life cycle. *Psychological Issues*. 7:1-171.

Fairbairn W. D. 1952. *An object-relations theory of the personality*. New York: Basic Books.

Fenichel O. 1945. *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Norton.

Ferreira A. 1963. Family myths and homeostasis. *Archives of General Psychiatry*. 9:457—463.

Flugel J. 1921. *The psychoanalytic study of the family*. London: Hogarth Press.

Framo J. L. 1970. Symptoms from a family transactional viewpoint. In *Family therapy in transition*, N. W. Ackerman, ed. Boston: Little, Brown & Co.

Freud S. 1905. Fragment of an analysis of a case of hysteria. *Collected papers*. New York: Basic Books. 1959.

Freud S. 1909. Analysis of a phobia in a five-year-old boy. *Collected papers*, vol. III. New York: Basic Books, 1959.

Freud S. 1921. Group psychology and the analysis of the ego. *Standard edition*, 7:1—22. London: Hogarth Press, 1955.

Freud S. 1923. The ego and the id. *Standard edition*. 79:13—66. London: Hogarth Press, 1961.

Friedman L. 1980. Integrating psychoanalytic object relations understanding with family systems interventions in couples therapy. In *Family therapy: Combining psychodynamic and family systems approaches*, J. Pearce and L. Friedman, eds. New York: Grune & Stratton.

Giovacchini P. 1958. Mutual adaptation in various object relations. *International Journal of Psychoanalysis*. 59:547—554.

Giovacchini P. 1961. Resistance and external object relations. *International Journal of Psychoanalysis*. 42:246—254.

Greenson R. R. 1967. *The theory and technique of psychoanalyses*. New York: International Universities Press.

Guntrip H. 1961. *Personality structure and human interaction*. London: Hogarth Press.

Guntrip H. 1969. *Schizoid phenomena, object relations theory and the self*. New York: International Universities Press.

Guntrip H. 1971. *Psychoanalytic theory, therapy and the self*. New York: Basic Books.

Jackson D. D. 1967. The individual and the larger context. *Family Process*. 6:139—147.

Jacobson E. 1954. *The self and the object world*. New York: International Universities Press.

Johnson A. and Szurek S. 1952. The genesis of antisocial acting out in children and adults. *Psychoanalytic Quarterly*. 27:323—343.

Kahn M. D. and Lewis K. G., eds. 1988. *Siblings in therapy: Life span and clinical issues*. New York: Norton.

Katz B. 1981. Separation-individuation and marital therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 18:195—203.

Kernberg O. F. 1966. Structural derivatives of object relationships. *International Journal of Psychoanalysis*. 47:236—253.

Kernberg O. F. 1975. Countertransference. In *Borderline conditions and pathological narcissism*. O. F. Kernberg, ed. New York: Jason Aronson.

Kernberg O. F. 1976. *Object-relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.

Kirschner D. and Kirschner S. 1986. *Comprehensive family therapy: An integration of systemic and psychodynamic treatment models*. New York: Brunner/Mazel.

Klein M. 1946. Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis*. 27:99—110.

Kohut H. 1971. *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.

Kohut H. 1977. *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.

- Langs R. 1982. *Psychotherapy: A basic text*. New York: Jason Aronson.
- Levinson D. J. 1978. *The seasons of a man's life*. New York: Ballantine Books.
- Lidz T., Cornelison A., Fleck S. 1965. *Schizophrenia and the family*. New York: International Universities Press.
- Mahler M. S. 1952. On child psychosis and schizophrenia: Autistic and symbiotic infantile psychoses. *Psychoanalytic Study of the Child*, vol. 7.
- Mahler M., Pine F. and Bergman A. 1975. *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.
- Martin P. A. and Bird H. W. 1953. An approach to the psychotherapy of marriage partners. *Psychiatry*. /6V123—127.
- Meissner W. W. 1978. The conceptualization of marriage and family dynamics from a psychoanalytic perspective. In *Marriage and marital therapy*, T. J. Paolino and B. S. McCrady, eds. New York: Brunner/Mazel.
- Minuchin S. 1974. *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin S. 1989. Personal communication. Quoted from *Institutionalizing madness*, J. Elizur and S. Minuchin, eds. New York: Basic Books.
- Mittlemann B. 1948. The counterpart analysis of married couples. *Psychoanalytic Quarterly*. 77:182—197.
- Nadelson C. C. 1978. Marital therapy from a psychoanalytic perspective. In *Marriage and marital therapy*, T. J. Paolino and B. S. McCrady, eds. New York: Brunner/Mazel.
- Nichols M. P. 1986. *Turning forty in the eighties*. New York: Norton.
- Nichols M. P. 1987. *The self in the system*. New York: Brunner/Mazel.
- Oberndorf C. P. 1938. Psychoanalysis of married couples. *Psychoanalytic Review*. 25:453—475.
- Ryckoff I., Day J. and Wynne L. 1959. Maintenance of stereotyped roles in the families of schizophrenics. *AMA Archives of Psychiatry*. 7:93-98.
- Sager C. J. 1981. Couples therapy and marriage contracts. In *Handbook of family therapy*, A. S. Gurman and D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.
- Sander F. M. 1979. *Individual and family therapy: Toward an integration*. New York: Jason Aronson.
- Sander F. M. 1989. Marital conflict and psychoanalytic therapy in the middle years. In *The middle years: New psychoanalytic perspectives*, J. Oldham and R. Liebert, eds. New Haven: Yale University Press.
- Scharff D. 1992. *Refining the object and reclaiming the self*. New York: Jason Aronson.



- Scharff D. and Scharff J. 1987. *Object relations family therapy*. New York: Jason Aronson.
- Scharff J., ed. 1989. *The foundations of object relations family therapy*. New York: Jason Aronson.
- Segal H. 1964. *Introduction to the work of Melanie Klein*. New York: Basic Books.
- Shapiro R. L. 1968. Action and family interaction in adolescence. In *Modern psychoanalysis*. J. Marmor, ed. New York: Basic Books.
- Shapiro R. L. 1979. Family dynamics and object relations theory. In *Adolescent psychiatry*, S. C. Feinstein and P. L. Giovacchini, eds. Chicago: University of Chicago Press.
- Sifneos P. E. 1972. *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Skygger A. C. R. 1976. *Systems of family and marital psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Skygger A. C. R. 1981. An open-systems, group analytic approach to family therapy. In *Handbook of family therapy*, A. S. Gurman and D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.
- Slipp S. 1984. *Object relations: A dynamic bridge between individual and family treatment*. New York: Jason Aronson.
- Slipp S. 1988. *Technique and practice of object relations family therapy*. New York: Jason Aronson.
- Spitz R. and Wolf K. 1946. Anaclitic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions early in childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*. 2:313-342.
- Stein M. 1956. The marriage bond. *Psychoanalytic Quarterly*. 25:238-259.
- Stern D. N. 1985. *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Stierlin H. 1977. *Psychoanalysis and family therapy*. New York: Jason Aronson.
- Sullivan H. S. 1940. *Conceptions of modern psychiatry*, New York: Norton.
- Sullivan H. S. 1953. *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Szasz T. S. 1961. *The myth of mental illness*. New York: Hoeber-Harper.
- Umana R. F., Gross S. J. and McConville M. T. 1980. *Crisis in the family: Three approaches*. New York: Gardner Press.
- Vogel E. F. and Bell N. W. 1960. The emotionally disturbed as the family scapegoat. In *The family*, N. W. Bell and E. F. Vogel, eds. Glen-coe, IL: Free Press.
- Winnicott D. W. 1965a. *The maturational process and the facilitating environment*. New York: International Universities Press.

Winnicott D. W. 1965b. *The maturational process and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. New York: International Universities Press.

Wynne L. C. 1965. Some indications and contradictions for exploratory family therapy. In *Intensive family therapy*, I. Boszormenyi-Nagy and J. L. Framo, eds. New York: Harper & Row.

Wynne L. C. 1971. Some guidelines for exploratory family therapy. In *Changing families*, J. Haley, ed. New York: Grune & Stratton.

Wynne L., Ryckoffl., Day J. and Hirsch S. 1958. Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*. 27:205—220.

Zinner J. 1976. The implications of projective identification for marital interaction. In *Contemporary marriage: Structure, dynamics and therapy*, H. Grunebaum and J. Christ, eds. Boston: Little, Brown & Co.

Zinner J. and Shapiro R. 1972. Projective identification as a mode of perception and behavior in families of adolescents. *International Journal of Psychoanalysis*. 5J/523—530.

## Глава восьмая

# СТРУКТУРНАЯ СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ

Структурная семейная терапия появилась в 1970-х гг. и сразу стала самым влиятельным направлением данной области. Это произошло не только из-за эффективности данного подхода, но также из-за ошеломляющей виртуозности ее основного выразителя, Сальвадора Минухина. Известный скорее как практик, чем как теоретик, Минухин сначала заработал себе репутацию, проводя яркие и захватывающие обучающие сеансы, но также он описывал семьи, как имеющие в своей основе организацию, дающую ясные основания для диагностики и лечения.

Одной из причин столь большой трудности проведения семейной терапии является то, что семья часто является собранием отдельных личностей, которые сильно, но непредсказуемо влияют друг на друга. Структурная семейная терапия предлагает каркас, который придает порядок и смысл этим воздействиям. Последовательные, повторяющиеся, организованные и предсказуемые модели семейного поведения предполагают наличие структуры, хотя, конечно, только в функциональном смысле. Эмоциональные границы и коалиции, составляющие семейную структуру, являются абстракциями; тем не менее концепция се-

мейной структуры позволяет терапевтам вмешиваться в нее систематическим и организованным образом.

Сальвадор Минухин в конце 1950-х гг. начал заниматься с семьями помещенных в интернат детей. В отличие от других семейных терапевтов он пришел в семейную терапию не из кабинета, где он только говорил и слушал; будучи детским психиатром, работающим с правонарушителями, ему всегда приходилось использовать действия и давление, а также понимать людей в определенной ситуации, поскольку даже те твердые и закоренелые хулиганы, с которыми он работал, были подвержены влиянию банды и семьи. Более того, если учесть то, где Минухин начал свою карьеру, неудивительно, что его всегда интересовали социальные вопросы.

Когда он впервые появился на сцене, то сразу же проявил себя несравнимым мастером методики. Но вероятно, его самым важным вкладом станет развитие теории семейной структуры и разработка ряда принципов для формулировки терапевтических методов. Семьи, которые обращаются за лечением, рассматриваются как попавшие в тупик из-за недостатка альтернатив: терапия призвана высвободить их от жестких привычек, создав возможность для развития новых структур. Этот подход был настолько успешным, что он господствовал в области семейной терапии в 1970-х гг., и Минухин помог превратить детскую воспитательную клинику в Филадельфии во всемирно известный комплекс, где тысячи семейных терапевтов обучались структурной семейной терапии.

## Очерк о лидерах

Минухин родился и вырос в Аргентине. Он служил военным врачом в израильской армии, а затем переехал в США, где вместе с Натаном Аккерманом обучался детской психиатрии в Еврейском попечительском совете в Нью-Йорке. Закончив обучение в 1952 г., Минухин вернулся в Израиль и стал заниматься перемещенными детьми, эта работа полностью убедила его в важности семьи. В 1954 г. он снова поехал в США и начал заниматься психоанализом в Институте Уильяма Алансона Уайта, где увлекся интерперсональной психиатрией Гарри Стэка Салливана. После окончания обучения Минухин получил работу в школе Уилтвик для малолетних правонарушителей, где предложил своим коллегам начать исследование семей. Другие семейные

терапевты, такие, как Натан Аккерман и Дон Джексон, работали с семьями среднего класса; и их подходы вряд ли подходили к неимущим семьям в Уилтвике. Поэтому Минухину пришлось разработать новые концепции и техники, применимые к данным семьям, одной из которых была идея *разыгрывания* — внесение проблемных ситуаций в лечебный кабинет, путем вынуждения семьи проигрывать их так, чтобы терапевт мог наблюдать за ними, а потом изменять. Большинство из техник Минухина были конкретными и активными, и именно эти качества стали основными характеристиками структурной семейной терапии.

В Уилтвике Минухин и его коллеги — Дик Ауерсвальд, Чарли Кинг, Браулио Монтальво и Клара Рабинович — учились проводить семейную терапию, одновременно формируя и разрабатывая ее. Для этого они установили одностороннее зеркало и по очереди наблюдали за работой друг друга. В 1962 г. Минухин совершил паломничество в «Мекку» семейной терапии — в Пало-Альто. Там он встретил Джея Хейли, и их начавшейся дружбе было суждено перерасти в крайне плодотворное сотрудничество. Спустя пару лет Минухин возобновил свои связи с Натаном Аккерманом, который с 1950-го по 1952 г. руководил его развитием как детского психиатра. Он считал, что Аккерман демонстрирует личную силу терапевта, страстно интересуясь жизнью семей, которыми он занимается. Тогда как большинство терапевтов являются просто наблюдателями, Минухин, подобно Аккерману, присоединяется к семьям, с которыми он проводит сеансы, и становится на время активным участником их драм.

Клинический и концептуальный успех работы Минухина с семьями в Уилтвике привел к появлению новаторской книги «Семьи трущоб», написанной в соавторстве с Монтальво, Гуэрни, Розманом и Шумером. Репутация Минухина как практика семейной терапии росла, и в 1965 г. он стал директором Филадельфийской детской воспитательной клиники. В то время она насчитывала около десяти членов, но Минухину удалось превратить ее в одну из самых крупных и престижных детских клиник в мире. Когда он покинул свой пост спустя десять лет, штат насчитывал три тысячи человек.

Коллегами Минухина в Филадельфии были Браулио Монтальво, Джей Хейли, Бернис Розман, Гарри Эпонт, Картер Умбаргер, Марианна Уолтере, Чарльз Фишман, Клу Маданес и Стивен Гринштейн, каждый из которых внес свой вклад в формирование структурной семейной терапии. Многие другие терапевты, которые сотрудничали с Филадельфийской клиникой, еще буду-

чи студентами или работая там, также повлияли на становление структурной терапии собственными идеями и стилями; сейчас эти структуралисты второго поколения работают по всей стране. К концу 1970-х гг. структурная семейная терапия стала наиболее влиятельной и широко практикуемой системой семейной терапии.

Работая с неимущими семьями в Уилтвике, Минухин говорил, что семейная терапия не приносила ему никакой рекламы. Она появилась, когда он превратил клинику в центр семейной терапии. И АПА и АМА задавали серьезные вопросы: «Подходила ли семейная терапия для подготовки детских психиатров? Прав ли Минухин, неортодоксально утверждая, что семейная и детская терапия должны быть тождественными?» Когда его обвинили в ереси и стали постоянно вызывать на собрания для обоснования своей точки зрения, Минухин ответил стратегически: он просто не приходил на них. Но важнее было то, что созданный им влиятельный институт позволил ему завоевать место семейной терапии в медицинском учреждении.

В 1976 г. Минухин оставил свой пост директора Филадельфийской клиники, но до 1981 г. оставался директором по обучению. Покинув Филадельфию, Минухин основал свой центр, где он продолжал практиковать и преподавать семейную терапию до 1996 г., после чего ушел в отставку и переехал в Бостон. Давно занимаясь проблемами нищеты и социальной справедливости, Минухин сейчас работает консультантом Массачусетского отделения психического здоровья по вопросам внутренних терапевтических программ. Недавно он выпустил свою девятую книгу «Овладение семейной терапией: пути роста и трансформации», в соавторстве с девятью своими подчиненными, в которой он излагает свои взгляды на состояние семейной терапии и обучение ей.

Подобно хорошим игрокам, играющим в одной команде с суперзвездой, некоторые коллеги Минухина не имеют заслуженной известности. Самым выдающимся из них является Браулио Монтальво, один из недооцененных гениев семейной терапии. Он родился и вырос в Пуэрто-Рико и, как и Минухин, всегда занимался лечением семей низших слоев общества. Подобно Минухину, он является блестящим терапевтом, хотя предпочитает более мягкий и ободряющий подход. Монтальво способствовал созданию Филадельфийской клиники, но его вклад менее известен, поскольку это скромный и тихий человек, предпочитающий работать за кулисами.

После отставки Минухина центр в Нью-Йорке был назван

его именем, и эстафета перешла к новому поколению. Сейчас штат сотрудников центра Минухина включает Эму Геннийович, Дэвида Гринана, Ричарда Холма и Вай-Юнг Ли. Их задачей является удержать ведущий центр структурной семейной терапии на передних рубежах данной области в отсутствие своего основателя.

Среди других известных студентов Минухина можно назвать Джорджа Колапинто, работающего сейчас в институте Аккермана в Нью-Йорке; Майкла Николса, преподающего в колледже Уильяма и Мэри; и Чарльза Фишмана, занимающегося частной практикой в Филадельфии.

## Теоретические положения

Известность структурной семейной терапии отчасти принесла слава Минухина как клинициста, прекрасные обучающие программы, предлагаемые в Филадельфийской детской воспитательной клинике, а отчасти ее простота и практичность.

Большинство терапевтов нетерпимо относятся к теориям, считая их абстракциями, которые стоит обойти, чтобы научиться техникам. Но все умные техники и впечатляющие вмешательства, которые можно почерпнуть из книг и от научных руководителей, представляют собой не что иное, как тактические маневры. Не имея карты, вы неминуемо заблудитесь, так и без точного плана вы погрязнете в деталях семейных дискуссий. Это часто происходит в индивидуальной психотерапии, когда терапевты становятся пассивными экспертами. Можно откинуться в кресле и неделями пассивно слушать, как мистер Джонс жалуется на свою жену. Пока он получает некоторое облегчение от своих жалоб, можно ничего не желать, а только слушать и сочувственно кивать. При работе с семьями гораздо труднее быть пассивным. Члены семьи не убеждены, что они являются пациентами, и не будут мириться с пассивным терапевтом. Они хотят действий! Они хотят решений! Они хотят, чтобы терапевт решил их проблемы. Семьи предъявляют проблему за проблемой, кризис за кризисом и требуют, чтобы терапевты сделали что-нибудь! Начинающие терапевты обычно увязают в содержании семейных проблем, как в болоте, потому что они не владеют теорией, которая помогла бы им увидеть и понять модели семейной динамики. Структурная семейная терапия предлагает план анализа процесса семейного взаимодействия. Таким образом, она предо-

ставляет основу для последовательных стратегий лечения, которые устраняют необходимость иметь для каждого случая определенную, обычно заимствованную у кого-то технику. Тремя основными понятиями структурной семейной терапии являются: *структура, подсистемы и границы*.

*Структура семьи*, т. е. организованная модель, в которой взаимодействуют члены семьи, — это детерминистская концепция, но она не определяет и не влияет на поведение; она описывает те последовательности, которые являются предсказуемыми. Поскольку семейные интеракции повторяются, они приводят к ожиданиям, которые образуют прочные модели. Когда такие паттерны установлены, поведение членов семьи становится мало разнообразным. Когда впервые плачет ребенок, или приходят родственники мужа или жены, или подросток опаздывает на школьный автобус, неясно, кому что делать. Поделить ли груз ответственности? Произойдет ли ссора? Будет ли один человек выполнять всю работу? Однако вскоре устанавливаются модели, распределяются роли, и все становится одинаковым и предсказуемым. Вопрос «Кто будет...» превращается в ответ «Она, вероятно...», а потом «Всегда она».

Структура семьи включает в себя набор скрытых правил, которые управляют интеракциями. Например, правило, что «члены семьи должны всегда защищать друг друга», будет проявляться по-разному в зависимости от ситуации и того, какие члены семьи участвуют в этом. Если сына-подростка надо рано поднять в школу, его будит мать; если мать не может водить машину, по магазинам ездит отец; вмешательство детей распыляет конфликт между родителями; и занятость родителей проблемами детей не дает им возможности проводить время друг с другом. Все эти последовательности одинаковы; они структурированы. Если изменить любую из них, может измениться лежащая в их основе система, но изменение основной структуры окажет цепную реакцию на все интеракции внутри семьи.

Структура семьи формируется под действием сил, которые частично универсальны, а частично уникальны. Например, все семьи имеют определенную иерархическую структуру, где взрослые и дети наделены определенной властью. Члены семьи также обычно выполняют общие и комплементарные функции, которые часто настолько укореняются, что их происхождение забывается, и они считаются скорее необходимостью, чем выбором. Если молодая мать, замученная капризами своего ребенка, расстраивается и жалуется мужу, он может отреагировать по-разному.

му. Возможно, он поддержит ее и разделит с ней заботы воспитания. Это создаст общую команду родителей. С другой стороны, если он решит (а его жена согласится), что она «переживает депрессию», ее могут отправить к психотерапевту за той эмоциональной поддержкой, в которой она нуждается. Это создаст структуру, в которой мать будет отстранена от своего мужа и привыкнет искать помощь за пределами семьи. Какой бы ни была модель, она будет постоянной и устойчивой к изменениям. Хотя имеются альтернативы, но семьи будут прибегать к ним лишь тогда, когда изменившиеся обстоятельства приведут к стрессу и дисфункции всей системы.

Когда семья приходит к психотерапевту, она не приносит ему свои готовые структурные модели, единственное, с чем она приходит, — это хаос и сумятица. Терапевту приходится выявить подтекст и убедиться, что он правильный, не навязанный ему, а обнаруженный им самим. Необходимы две вещи: системная теория, которая объясняет структуру, и наблюдение за семьей в действии. Одних фактов недостаточно. То, что семья имеет одного родителя и трех детей, или то, что у двух родителей проблемы со средним ребенком, ничего не говорит о ее структуре. Структура становится очевидной, лишь когда некоторое время исследуются действительные взаимоотношения между членами семьи.

Рассмотрим следующий пример. Мать приходит с жалобой на плохое поведение своего 17-летнего сына. Ее просят прийти на первый сеанс вместе с мужем, сыном и троими другими детьми. Во время сеанса мать начинает описывать ряд мелочей, свидетельствующих о непослушании сына. Он сердито реагирует, говоря, что никто его не понимает и его мать не проявляет к нему никакого сочувствия. Этот спонтанный диалог выявляет сильную связь между ними — которая не становится менее реальной и сильной только потому, что является конфликтной. Эти диадные отношения, однако, не отражают полностью содержание проблемы, поскольку в них не включен ни отец, ни трое других детей. Их тоже следует включить в общение, чтобы можно было наблюдать их роль в семейной структуре. Если отец встает на сторону жены, но кажется равнодушным, тогда, возможно, этим и объясняется такая поглощенность матери сыном. Если три младших ребенка склонны соглашаться с матерью и расценивать брата плохим, тогда становится ясно, что все дети близки с матерью — близки и послушны до определенного момента, а затем близки и непослушны.

Семьи обособливаются в *подсистемы* членов, которые объ-



единяются вместе, чтобы выполнять определенные функции. Каждый индивид — это подсистема. Диады или более крупные группы составляют другие подсистемы, определяемые возрастом, полом или общими интересами. Явные группировки, такие, как родители или подростки, иногда являются менее важными, чем скрытые коалиции. Мать и ее младший сын могут организовать настолько сплоченную подсистему, что все остальные члены семьи из нее исключаются. Другая семья может быть разбита на два лагеря, в одном из которых находятся мать и мальчики, а в другом — отец и девочки. Хотя определенные паттерны встречаются чаще других, варианты подгрупп бесконечны.

Каждый член семьи играет множество ролей в различных  $\pm$ . Мэри может быть женой, матерью, дочерью и племянницей. В каждой из этих ролей ей нужно вести себя по-разному и использовать многообразие интерперсональных выборов. Если она здравомыслящая и податливая, она сможет изменить свое поведение, чтобы приспособиться к различным подгруппам, в которых она функционирует. Если для матери считается нормальным читать нотации, то для жены или дочери это может привести к проблемам.

Отдельные личности, подсистемы и все семьи целиком разделены интерперсональными *границами*, невидимыми барьерами, которые регулируют объем их контактов с другими. Границы защищают автономию семьи и ее подсистем посредством регулирования *близости* и *иерархии*. Правило, запрещающее телефонные звонки во время обеда, устанавливает границу, которая защищает семью от внешнего вторжения. Когда маленьким детям разрешается свободно перебивать разговор родителей за столом, граница, разделяющая детей от родителей, минимальна. Подсистемы, которые недостаточно защищаются границами, ограничивают развитие интерперсональных навыков, достижимых в этих системах. Если родители всегда вмешиваются, чтобы уладить споры между детьми, дети никогда не научатся постоять за себя, и это будет мешать их отношениям со сверстниками.

Интерперсональные границы варьируются от жестких до диффузных (см. рис. 8.1). Жесткие границы крайне ограничительны и допускают мало контакта с другими подсистемами, что приводит к *выпутанности*. Выпутанные индивиды или подсистемы не просто независимы друг от друга, они изолированы. Это играет положительную роль, поскольку способствует автономии, росту и мастерству. Если родители не трясутся над своими детьми, говоря им, что делать, и решая за них их проблемы, дети бу-

|                 |                    |                   |
|-----------------|--------------------|-------------------|
| Жесткая граница | Четкая граница     | Диффузная граница |
| Высвобождение   | Нормальный уровень | Спутанность       |

Рисунок 8.1. Границы

дуг вынуждены развивать собственные ресурсы. С другой стороны, выпутанность ограничивает теплоту, привязанность и заботу. Прежде чем такие семьи смогут сплотиться, они вынуждены будут пережить сильный стресс. Если родители удерживают своих детей на расстоянии, привязанность является минимальной, и трудно вовремя заметить, что детям нужна поддержка и контроль.

Спутанные подсистемы предлагают высокое чувство взаимной поддержки, но ценой независимости и автономии. Родители в таких подсистемах являются любящими и заботливыми; они проводят много времени со своими детьми и многое для них делают. Однако дети при этом становятся зависимыми. Им некомфортно оставаться в одиночестве, и у них могут возникнуть проблемы во взаимоотношениях с людьми вне семьи.

Минухин описал некоторые черты семейных подсистем в своей самой доступной книге «Семьи и семейная терапия» (Minuchin, 1974). Семьи рождаются, когда двое людей объединяются, чтобы образовать супружескую подсистему. Двое любящих людей договариваются объединить свои жизни, будущее и ожидания; но требуется период сложного приспособления, чтобы они смогли закончить процесс ухаживания и создать функциональную супружескую подсистему. Они должны научиться аккомодироваться к потребностям друг друга и предпочтительным стилям интеракций. В нормальной паре каждый партнер что-то дает и что-то получает взамен. Он приучается аккомодироваться к ее желанию получать поцелуй при встрече и прощании. Она приучается оставлять его в одиночестве за чтением газеты или утренним кофе. Эти маленькие соглашения, умноженные тысячу раз, могут либо совершаться легко и безболезненно, либо только после напряженной борьбы. В любом случае этот процесс аккомодации скрепляет пару в отдельную единицу.

Супружеская пара должна также развить комплементарные модели взаимной поддержки. Некоторые из них временные и

позже могут быть полностью изменены — например, один работает, а другой заканчивает учебу. Другие модели более стабильны и долговечны. Традиционные стереотипы половых ролей могут также позволить парам достичь комплементарности, но за счет полностью развитого функционирования для каждого супруга. Возможно, женщине не придется самой открывать двери, зарабатывать деньги или косить газон; с другой стороны, возможно, ей придется ущемить собственный интеллект, пожертвовать своей независимостью и жить в тени мужа. Муж может взять на себя принятие всех решений, он не будет менять пеленки, и все его распоряжения будут выполняться, однако такие «мужские» привилегии могут привести к тому, что он не позволит себе плакать, никогда не испытает удовольствия от приготовления особенного блюда и не разделит с женой радость заботы с детьми.

Развитие индивидуальности может уменьшить преувеличенно комплементарные роли; умеренная комплементарность позволяет парам разделять функции, поддерживать и обогащать друг друга. Когда у одного супруга грипп и он плохо себя чувствует, ведение дел принимает на себя другой. Вседозволенность в отношении с детьми одного может быть уравновешена строгостью другого. Страстное отношение одного может помочь растопить ледяную сдержанность другого. Комплементарные паттерны, например преследующий — дистанцирующийся, активный — пассивный, доминирующий — подчиненный, имеются у большинства пар. Когда они настолько преувеличены, что создают дисфункциональную подсистему, то становятся проблематичными. Терапевты должны научиться поддерживать действенные структурные паттерны и отвергать только те, которые не эффективны.

Подсистема супругов также должна иметь границу, которая отделяет ее от родителей, от детей и от внешнего мира. Слишком часто, когда рождаются дети, муж и жена отказываются от того пространства, которое им нужно для поддержки друг друга. Жесткая граница, существующая вокруг пары, лишает детей необходимой им поддержки, но в нашей сосредоточенной вокруг детей культуре граница, разделяющая родителей и детей, часто в лучшем случае является неопределенной.

Рождение ребенка немедленно преобразует семейную структуру, поэтому необходимо разработать модель взаимоотношений между подсистемами родителей и ребенка, а затем видоизменять ее в соответствии с изменяющимися обстоятельствами. Четкая граница позволяет детям взаимодействовать с родителями, но не

включает их в подсистему супругов. Родители и дети едят вместе, играют вместе, и большая часть их жизни проходит вместе. Но существуют некоторые супружеские функции, которые нет необходимости делить с детьми. Муж и жена поддерживаются как любящая пара и развиваются как родители, только если у них достаточно времени, чтобы быть вместе — разговаривать, иногда обедать в ресторане, ссориться и заниматься любовью. К несчастью, настоятельные требования маленьких детей часто приводят к тому, что родители упускают из виду свою потребность в сохранении границы вокруг своих взаимоотношений.

Наличие четкой границы не только обеспечивает супружеской паре определенную частную жизнь, но и образует иерархическую структуру, в которой родители проявляют свое положение лидеров. Слишком часто эта иерархия нарушается сосредоточением на ребенке, и это оказывает влияние как на психотерапевта, так и на самих родителей. Родители, спутавшиеся со своим ребенком, склонны спорить с ним о том, кто в семье главный, и неправильно разделяют с ним ответственность за принятие родительских решений или совсем уклоняются от нее. Предоставлять самому ребенку выбор одежды или друзей — является знаком уважения и гибкости. Спрашивать ребенка, хочет ли он идти в школу, или пытаться убедить годовалого малыша, что играть на улице опасно, — это просто стирание линии авторитарности.

В книге «Узаконивайте сумасшествия» (Elizur & Minuchin, 1989) Минухин убедительно обосновывает системный взгляд на семейные проблемы, который, как он утверждает, выходит за рамки семьи, охватывая все общество. Ограничивая свое внимание только нуклеарной семьей, семейные терапевты страдают от близорукости, которая может привести к ложным решениям. Минухин убедительно доказывает, что, если семейные терапевты не научатся выходить за пределы ограниченного пространства, в котором они работают, и заниматься более крупными социальными структурами, они будут лишь топтаться на месте.

## Нормальное развитие семьи

Обычно считается, что нормальная семейная жизнь протекает счастливо и гармонично. Это миф. Нормальные семьи постоянно борются с жизненными проблемами. Нормальную семью отличает не отсутствие проблем, а наличие функциональной структуры для их успешного решения. Муж и жена должны научиться

приспосабливаться друг к другу, воспитывать своих детей, общаться с родителями друг друга, справляться со своей работой и быть адаптированными в своем обществе. Природа этой борьбы изменяется в зависимости от стадии развития семьи и ситуационных кризисов.

Когда двое женятся, структурными требованиями для нового союза становятся *аккомодация* и *установление границ*. На первое место выходит взаимная аккомодация к множеству деталей повседневной жизни. Каждый партнер старается организовать взаимоотношения привычным для него образом и заставить своего партнера смириться с этим. Каждый должен приспособиться к ожиданиям и потребностям другого. Супруги должны достичь согласия по основным вопросам, таким, как где жить и когда иметь детей; менее очевидным, но не менее важным является координирование каждодневных действий, например что смотреть по телевизору, что есть на ужин, когда ложиться в постель и чем там заниматься. Часто решение мелочей вызывает наибольшее раздражение. Супруги могут яростно спорить о том, кому выносить мусор или стирать белье.

Аккомодируясь друг к другу, супруги должны также обсудить характер границы между ними, а также границы, отделяющей их от внешнего мира. Диффузная граница возникает, когда они часто звонят друг другу на работу, когда ни у одного нет собственных друзей и занятий и если они рассматривают себя только как пару, а не как двух отдельных личностей. С другой стороны, если они мало времени проводят вместе, спят в разных комнатах, имеют разные банковские счета и каждый больше занят своей карьерой и общением с друзьями, чем собственным браком, это означает, что между ними установлена жесткая граница. Хотя ни один из этих показателей сам по себе не определяет спутанность или выпутанность, каждый из них предлагает ту модель, которая будет развиваться.

Обычно супруги приходят из семей, где существовали различные формы спутанности или выпутанности. Каждый супруг обычно стремится установить ту близость отношений, которая существовала в его родительской семье. Если эти модели были разными, возникает борьба, которая также может стать наиболее трудным аспектом нового брака. Он хочет играть в гольф с приятелями, она чувствует себя покинутой. Она хочет держаться за руки в кинотеатре и шептать ласковые слова, он хочет смотреть фильм. Он сосредоточен на своей карьере, она на своем браке.

Каждый считает, что другой ведет себя неправильно, неразумно и жестоко.

Супруги также должны определить границу, отделяющую их от исходных семей. Семья, в которых каждый из супругов вырос, должна сразу же отойти на второе место. Это также является сложным приспособлением и для молодоженов, и для их родителей. Каждая семья по-разному принимает и поддерживает этот новый союз.

Появление детей преобразует структуру новой семьи в *подсистему родителей* и *подсистему детей*. Обычно супруги имеют разные модели своего участия в воспитании малышей. Участие женщины в союзе из трех человек, вероятно, начинается с беременности, поскольку ребенок, находящийся внутри ее, является неизбежной реальностью. Ее муж, с другой стороны, возможно, начнет чувствовать себя отцом только после рождения ребенка. Многие мужчины не воспринимают свою отцовскую роль до тех пор, пока младенец не станет настолько взрослым, чтобы реагировать на них. Таким образом, даже в нормальных семьях дети являются потенциальной причиной стрессов и конфликтов. Жизнь матери обычно более радикально меняется, чем жизнь отца. Она многим жертвует и обычно нуждается в большей поддержке со стороны мужа. Тем временем муж продолжает заниматься своей работой, и ребенок является гораздо меньшим нарушением его жизни. Хотя он старается поддержать свою жену, но скорее всего некоторые из ее требований покажутся ему чрезмерными и необоснованными.

Семья заботится о психосоциальных потребностях своих детей и передает им свою культуру. Дети формируют двойственную идентичность в семье, чувство принадлежности и чувство автономии. Джон Смит является одновременно и Смитом и Джоном, т. е. частью семьи и отдельной личностью.

В разном возрасте детям нужны разные стили родительской заботы. В младенчестве им требуется руководство и контроль; в подростковом периоде — независимость и ответственность. Родительская забота, которая хороша для двухгодичного ребенка, может абсолютно не подходить пятилетнему или 14-летнему. Нормальные родители легко приспосабливаются к этим проблемам развития. Семья видоизменяет свою структуру, чтобы соответствовать новым условиям, росту и развитию своих детей, а также изменениям внешнего окружения.

Минухин (1974) предупреждает семейных терапевтов не принимать имеющиеся в семье огорчения и страдания за патологию.

Нормальная семья испытывает тревогу и стрессы, по мере того как ее члены приспосабливаются к росту и изменениям. Многие семьи ищут помощи на переходных этапах, и терапевты должны иметь в виду, что они могут просто находиться в процессе видоизменения своей структуры, для приспособления к новым обстоятельствам.

Все семьи сталкиваются с ситуациями, которые подвергают систему стрессу. Хотя не существует четкой линии, разделяющей здоровые семьи от нездоровых, можно сказать, что здоровые семьи изменяют свою структуру, чтобы приспособиться к измененным обстоятельствам, в то время как дисфункциональные семьи стремятся увеличить жесткость своих уже неэффективных структур.

## Развитие расстройств поведения

Семейные структуры должны быть достаточно стабильными, чтобы обеспечивать постоянство, и достаточно гибкими, чтобы приспособиться к изменению обстоятельств. Поведенческие расстройства возникают, когда негибкие семейные структуры не могут должным образом реагировать на различные ситуации и проблемы, связанные с развитием. Адаптивные изменения в структуре нужны, когда семья или один из ее членов сталкивается с внешним стрессом и когда достигаются переходные моменты роста.

Семейная дисфункция возникает из наличия стресса и неспособности перестроиться, чтобы справиться с ним (Colapinto, 1991). Стрессоры могут быть внешними (родитель уволен, семья переезжает) или связанными с развитием (ребенок вступает в подростковый возраст, родители уходят на пенсию). Неспособность семьи справиться с неблагоприятными факторами может быть обусловлена изъянами, существующими в их структуре, или просто их неумением приспособиться к изменившимся обстоятельствам.

В запутанных семьях границы жесткие, эмоциональная дистанция чрезмерна и семья не может в случае необходимости мобилизовать поддержку. Запутанные родители могут не осознавать, что ребенок подавлен или испытывает трудности в школе, до тех пор пока проблема не зайдет слишком далеко. В спутанных семьях, с другой стороны, границы размыты, диффузны и

члены семьи слишком остро реагируют и назойливо вмешиваются в дела друг друга. Такие родители создают сложности, препятствуя развитию у своих детей более зрелых форм поведения и вмешиваясь в их способность решать собственные проблемы.

В своей книге «Лечение семьи» Минухин и Николе (1993) описывают обычный пример спутанности, когда отец вмешивается в малейшие конфликты между своими сыновьями, — «как будто это Каин и Авель и ревность одного к другому может привести к убийству» (с. 149). Конечно, проблема состоит в том, что, если родители постоянно примиряют ссоры своих детей, дети никогда не научатся решать конфликты самостоятельно.

Хотя мы можем говорить о спутанных и выпутанных семьях, более точно и полезно говорить о спутанности и выпутанности определенных подсистем. Фактически эти понятия обычно являются взаимосвязанными, так что, например, отец, который чрезмерно погружен в свою работу, скорее всего меньше занимается своей семьей. «Часто встречается модель синдрома спутанной матери и выпутанного отца — модель, характерная для неблагополучных семей среднего класса, когда близость матери к детям заменяет близость к мужу» (Minuchin & Nichols, 1993, с. 121).

Феминисты критикуют понятие такого синдрома, поскольку отрицают то стереотипное разделение труда (когда отцу отводится инструментальная роль, а матери — экспрессивная), которое, по их мнению, отстаивает Минухин, говоря об иерархии. Кроме того, они волнуются о возможности обвинения матерей в создании культурно санкционированной структуры. Оба опасения законны, но предрассудки и обвинения объясняются равнодушным применением этих идей, а не самими идеями. Асимметричные взаимоотношения, какими бы ни были их причины, могут вызывать много проблем, хотя, конечно, не следует обвинять отдельных членов семьи или ожидать, что они односторонне исправят имеющееся несоответствие. Аналогичным образом потребность в иерархии не означает какого-то определенного разделения ролей; она лишь предполагает, что семья нуждается в какой-то структуре, каком-то родительском взаимодействии и какой-то степени дифференциации между подсистемами.

Иерархии могут быть слабыми и неэффективными, с одной стороны, и жесткими и деспотичными — с другой. В первом случае молодые члены семьи могут оказаться не защищенными из-за отсутствия руководства; во втором их рост как автономных



независимых индивидов может быть нарушен или может начаться борьба за власть. Если функциональная иерархия необходима для сохранения стабильности здоровой семьи, то для ее приспособляемости к изменениям необходима гибкость.

Наиболее общим выражением боязни изменений является *избегание конфликтов*, когда члены семьи уклоняются от обсуждения своих несогласий, чтобы защитить себя от боли суровой правды. Выпутанные семьи предотвращают конфликты тем, что избегают контакта друг с другом. Спутанные семьи в этом случае отрицают существование различий или постоянно пререкаются, что позволяет им давать выход своим чувствам и устраняет необходимость изменяться самим и урегулировать конфликты. Обычным выражением избегания конфликтов между партнерами является переключение внимания на детей, в этом случае «конфликты между супругами проигрываются на поприще родительства — и поскольку оба супруга тянут в разные стороны, жертвами становятся дети» (Minuchin & Nichols, 1993, с. 149).

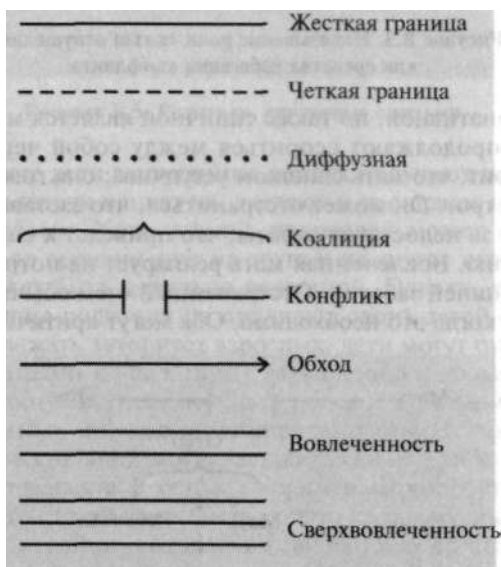


Рисунок 8.2. Символы семейной структуры

Структурные семейные терапевты используют несколько простых символов, чтобы графически изобразить структурные проблемы, и эти диаграммы обычно дают ясно понять, какие изменения требуются. На рис. 8.2 приведены некоторые символы, используемые для изображения структуры семьи.

Когда родители не способны урегулировать конфликты между собой, они переносят свое внимание на ребенка. Возникает проблема, которую часто отмечают семейные терапевты. Вместо того чтобы волноваться друг о друге, они волнуются о ребенке (см. рис. 8.3). Хотя это и уменьшает напряжение отца (F) и матери (M), но приносит в жертву ребенка (C) и поэтому является дисфункциональным.



Рисунок 8.3. Навязывание роли «козла опущения» как средства избегания конфликта

Альтернативной, но также типичной является модель, когда родители продолжают ссориться между собой через ребенка. Отец говорит, что мать слишком уступчива; она говорит, что он слишком строг. Он может отстраниться, что заставит ее критиковать его за недостаток заботы, что приведет к еще большему отстранению. Вовлеченная мать реагирует на потребности ребенка излишней заботой. Отстраненный отец обычно не реагирует, даже когда это необходимо. Оба могут критично относиться

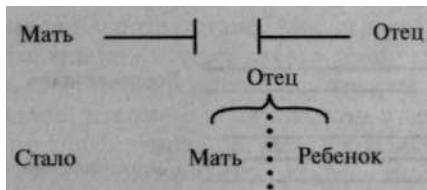


Рисунок 8.4. Коалиция матери и ребенка

ся к тактике друг друга, но оба увековечивают поведение другого собственным поведением. В результате возникает *коалиция поколений* между матерью и ребенком, которая исключает отца (рис. 8.4).

Некоторые семьи хорошо функционируют, когда дети маленькие, но не способны адаптироваться к необходимости дисциплины и контроля, когда ребенок вырастает. Родители могут быть особенно внимательными к своим детям, если у них есть причина волноваться об их здоровье, если они долгое время не могли завести ребенка или если у них мало интересов вне семьи, которые могут придать значение их жизни. Родители, которые не могут иметь собственных детей и решают усыновить ребенка, могут столкнуться с трудностями установления определенных рамок и ограничений. Они слишком много вкладывают в своего ребенка, чтобы проявить должное руководство (рис. 8.5).

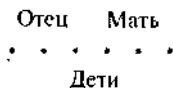


Рисунок 8.5. Родители, спутанные с детьми

Маленькие дети в спутанных семьях получают прекрасную заботу: их родители нянчат их, ласкают и поощряют всевозможными способами. Хотя у таких родителей может оставаться слишком мало времени друг на друга и на другие интересы, эта система может быть довольно успешной. Однако, если такие слепо любящие родители не приучают своих детей соблюдать правила и уважать авторитет взрослых, дети могут оказаться не подготовленными к успешному вступлению в школьный возраст. Привыкнув всегда поступать по-своему, они могут стать неуправляемыми и недисциплинированными. Некоторые последствия этой ситуации могут заставить семью прибегнуть к помощи психотерапевта. Ребенок, например, может бояться ходить в школу, и его страхи могут быть скрыто подкреплены «понимающими» родителями, которые позволяют ему оставаться дома (рис. 8.6). Такой случай называется школьной фобией, возрастающей, если позволить ребенку остаться дома более чем на несколько дней.

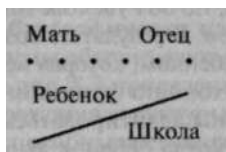


Рисунок 8.6. Школьная фобия

Дети в такой семье могут ходить в школу, но, поскольку они не научились приспосабливаться к другим детям, они могут стать отвергнутыми своими одноклассниками, что может вызвать у них депрессию и уход в себя. В иных случаях дети, спутанные с родителями, являются источником дисциплинарных проблем в школе, и администрация может призвать родителей обратиться за консультацией к терапевту.

Основное изменение состава семьи, требующее структурного приспособления, возникает, когда разведенные или вдовствующие родители вступают в повторный брак. Такие «смешанные семьи» должны либо перестроить свои границы, либо очень ско-

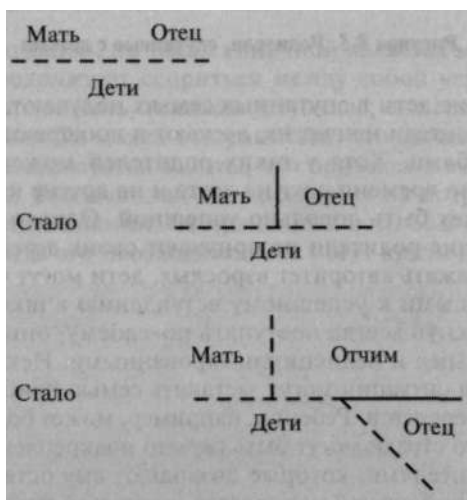


Рисунок 8.7. Развод и повторный брак

ро столкнуться с конфликтами переходного периода. Когда женщина разводится с мужем, она и ее дети должны сначала адаптироваться к структуре, которая устанавливает четкую границу, разделяющую разведенных родителей, но все же позволяющую отцу контактировать с детьми. Позже, если мать снова выйдет замуж, семья должна приспособиться к функционированию с новым мужем и отчимом (рис. 8.7). Иногда матери и детям трудно позволить отчиму выступать полноправным партнером в возникшей родительской подсистеме. Мать и дети уже давно установили правила интеракций и приспособились друг к другу. Новый родитель может быть воспринят скорее как посторонний человек, который должен научиться «правильному» порядку жизни, а не как новый партнер, который будет не только принимать существующие методы воспитания детей, но и предлагать свои (рис. 8.8). Чем больше мать и дети будут настаивать на под-

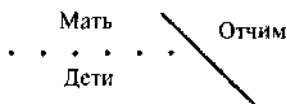


Рисунок 8.8. Неспособность принять отчима

держании своих привычных моделей, не видоизменяя их, чтобы включить туда отчима, тем больше фрустрации и гнева это будет у него вызывать. Это может привести к жестокому обращению с детьми или постоянным ссорам между родителями. Чем быстрее такие семьи начинают лечение, тем легче помочь им приспособиться к переменам. Чем дольше они ждут, тем более непреодолимыми становятся структурные проблемы.

Важным аспектом структурных проблем в семье является то, что симптомы, присущие одному члену семьи, не только отражают его отношения с остальными членами семьи, но и являются производной других отношений в семье. Если 16-летний Джонни подавлен, полезно будет узнать, что он спутан с матерью. Узнав, что она требует от него абсолютного повиновения и не дает ему развить собственное мышление или внешние отношения, можно объяснить его депрессию (рис. 8.9). Но это только

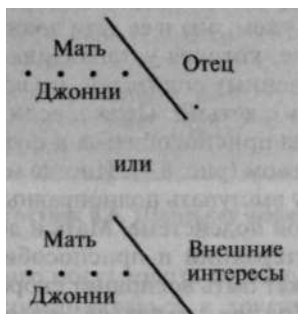


Рисунок 8.9. Слияние Джонни с матерью и отстраненность от внешних интересов

частичный взгляд на семейную систему, и поэтому недостаточное руководство для проведения лечения.

Почему мать спутана с сыном? Возможно, она выпутана с мужем, возможно, она вдова, у которой нет новых друзей, карьеры или других внешних интересов. Можно лучше всего помочь Джонни справиться с депрессией, если дать его матери возможность удовлетворить потребность в близости с мужем или друзьями.

Поскольку проблемы являются функцией всей семейной структуры, важно включить в работу всю группу. Например, если отец жалуется на плохое поведение сына, встреча с одним сыном не поможет отцу четко формулировать правила и эффективно применять их. Работа только с отцом и сыном также не поможет остановить мать от ущемления авторитета отца. Только наблюдая за интеракциями всех членов семьи, можно получить полное представление о ее структуре.

Иногда даже этого недостаточно. Структурная семейная терапия основана на признании важности контекста социальной системы. Семья не всегда может быть законченной или наиболее подходящей средой. Если у одного из родителей связь на стороне, эти отношения играют важную роль в контексте семьи. Наверное, нежелательно приглашать любовника или любовницу на сессии терапии, но важно признать структурный смысл внебрачных отношений.

В некоторых случаях семья не может являться наиболее под-

ходящим контекстом для решения имеющейся проблемы. Депрессия матери может быть обусловлена скорее ее отношениями на работе, чем дома. Проблемы сына в школе могут быть вызваны скорее структурным контекстом школы, чем семьи. В таких случаях структурные семейные терапевты работают с наиболее подходящим контекстом для устранения имеющихся проблем.

Наконец, некоторые проблемы можно рассматривать как проблемы индивида. Как писал Минухин (1974): «Патология может быть внутри пациента, в его социальном контексте или в обратной связи между ними» (с. 9). В другой работе Минухин (Minuchin, Rosman & Baker, 1978) говорил об опасности «отрицания индивида при выделении системы» (с. 91). Семейные терапевты не должны недооценивать возможность того, что некоторые проблемы могут быть соответствующим образом решены на индивидуальной основе. Терапевт не должен пренебрегать опытом отдельных личностей, хотя это легко сделать, особенно с маленькими детьми. Проводя беседу с семьей, чтобы посмотреть, как родители общаются с детьми, внимательный психотерапевт может заметить, что у одного ребенка имеется неврологическая проблема или неспособность к обучению. Эти проблемы необходимо определить и дать соответствующие направления для лечения. Обычно, когда у ребенка неприятности в школе, существует проблема либо в контексте семьи, либо школы. Обычно, но не всегда.

## Цели терапии

Структурные семейные терапевты считают, что проблемы обусловлены дисфункциональными семейными структурами. Поэтому терапия направлена на изменение структуры семьи, чтобы она смогла решить свои проблемы. Целью терапии являются структурные изменения, и решение проблемы — это побочный продукт этих изменений.

Идея о том, что семейные проблемы возникают в «дисфункциональных семейных структурах», привела к критике структурной семейной терапии как «патологического» подхода. Такие критики считают, что структурные карты дисфункциональной организации отражают наличие патологического ядра в семьях клиентов. Это неверно. Структурные проблемы обычно рассматриваются, как простая неспособность адаптироваться к изменению обстоятельств. Отнюдь не считая, что семьи патологичны по своей природе, структурные терапевты видят свою задачу в

активации скрытых адаптивных структур, которые уже имеются в репертуаре семей клиентов (Simon, 1995). Структурная семейная терапия руководствуется предположением, что семьи компетентны и их следует уважать.

Структурный семейный терапевт присоединяется к самой системе, чтобы помочь ее членам изменить свою структуру. Меняя границы и перестраивая подсистемы, терапевт изменяет поведение и переживания каждого члена семьи. Он не решает проблемы; это задача семьи, он лишь помогает ей в этом, видоизменяя ее функционирование. В этом отношении структурная семейная терапия похожа на динамическую психотерапию — решение симптома является не самоцелью, а результатом длительных структурных изменений. Аналитик модифицирует структуру сознания пациента; структурный семейный терапевт модифицирует структуру его семьи.

Симптоматичные изменения и улучшение функционирования семьи считаются связанными между собой целями. Наиболее эффективным способом изменить симптомы является изменение тех паттернов семьи, которые их поддерживают. Эффективно действующая семья является системой, которая поддерживает всех своих членов. Целью структурной семейной терапии является способствовать развитию этой системы, чтобы разрешить симптомы и вызвать развитие отдельных индивидов, сохраняя при этом взаимную поддержку всей семьи.

Ближайшими целями могут стать снятие симптомов, особенно угрожающих жизни, например анорексии (Minuchin, Rosman & Baker, 1978). Иногда для временного облегчения применяются поведенческие техники, внушение или манипуляция. Однако, если не достичь структурных изменений в системе семьи, кратковременное разрешение симптома может прекратиться.

В каждой семье цели терапии определяются имеющимися проблемами и природой их структурной дисфункции. Хотя каждая семья уникальна, существуют общие проблемы и типичные структурные цели. Наиболее важной общей целью является создание эффективной иерархической структуры семьи. Предполагается, что родители должны нести ответственность за своих детей и не относиться к ним как к равным. Часто целью становится помочь родителям функционировать вместе как сплоченная организованная подсистема. При наличии только одного родителя или, когда в семье много детей, старших, одного или нескольких, можно поощрять к выполнению роли помощников



родителя, но при этом также нельзя пренебрегать и их потребностями.

При работе со спутанными семьями целью является дифференциация ее членов и подсистем путем укрепления границ между ними. У выпутанных семей целью является повышение взаимодействия путем увеличения проницаемости границ.

## Условия изменения поведения

Структурная семейная терапия изменяет поведение, открывая альтернативные модели семейной интеракции, которые могут изменить семейную структуру. Задача состоит не в том, чтобы создать новые структуры, а в том, чтобы активизировать бездействующие. Если после активации пассивные модели становятся функциональными, они будут укрепляться, и семейная структура сможет трансформироваться. Когда новые модели интеракции будут регулярно повторяться и станут действительно эффективными, они смогут стабилизировать новую и более функциональную структуру.

Терапевт вызывает изменения, присоединяясь к семье, исследуя пластичность различных ее областей, а затем активизирует бездействующие структурные альтернативы. *Присоединение* позволяет терапевту проникнуть в семью; *аккомодация* к их стилю станет средством к достижению цели; а *реорганизация* действий преобразует структуру семьи. Если терапевт будет оставаться посторонним или использовать дистонические вмешательства, семья его отвергнет. Если же терапевт слишком глубоко проникнет в семью и будет использовать слишком синтонные вмешательства, семья ассимилирует их в ранее установленные модели взаимоотношений. В любом случае не произойдет никаких изменений структуры.

Чтобы произошло изменение, семья должна вначале принять терапевта, а затем отреагировать на его вмешательство как на новую ситуацию. Это увеличивает стресс, что, в свою очередь, нарушает равновесие гомеостаза семьи и, таким образом, открывает путь для структурной трансформации.

Присоединение и аккомодация считаются предпосылками реорганизации. Для того чтобы присоединиться к семье, терапевт должен выразить свое принятие членов семьи и уважение к ним и их действиям. Минухин (1974) сравнивал семейного тера-

певта с антропологом, который должен сначала войти в культуру, а затем уже приступить к ее изучению.

Чтобы войти в культуру семьи, терапевт делает пробные шаги по адаптации — то, что мы обычно делаем неосознанно, хотя и не всегда успешно. Если родители обращаются по поводу проблем своего ребенка, терапевт не должен сразу расспрашивать о взглядах ребенка. Это будет свидетельством недостатка уважения к самим родителям и может привести к отвержению терапевта. Только после того как терапевту удастся присоединиться к семье, можно попробовать прибегнуть к реорганизации — зачастую резкой конфронтации, которая является испытанием для семьи и приводит к изменениям.

Структурная терапия изменяет поведение путем рефрейминга (перестраивания) взглядов семьи на проблемы, существующие внутри системной модели. Семьи связывают свои проблемы с поступками членов семьи или с внешними обстоятельствами; структурные терапевты связывают эти проблемы с самой структурой семьи. Первой задачей является понять отношение семьи к имеющимся трудностям. Терапевт осуществляет это путем прослеживания того, как члены семьи формулируют, разъясняют эти проблемы, а также как они демонстрируют их. Затем семейный терапевт *реконструирует* их формулировку так, чтобы она основывалась на понимании семейной структуры.

Фактически все виды психотерапии используют рефрейминг. И отдельные пациенты, и семьи приходят к терапевту со своими взглядами на причину своих проблем — взглядами, которые обычно не помогли им решить эти проблемы, — а терапевт предлагает им новую и потенциально более конструктивную точку зрения. Уникальностью структурной семейной терапии является использование *разыгрывания* во время сеансов, чтобы способствовать рефреймингу. Это является необходимым условием структурной семейной терапии: наблюдение и видоизменение структуры семейных взаимоотношений в непосредственной обстановке сеанса. Как бы просто это ни звучало, это имеет важное значение для лечения. Структурные терапевты работают с тем, что происходит во время сеанса, а не с тем, что, по описанию членов семьи, происходит вне его, и не с контекстом семейных дискуссий. Действия во время сеанса, семейная динамика в процессе — вот чем занимаются структурные семейные терапевты.

Существуют два типа живого, внутрисеансного материала, на котором сосредоточен терапевт, — *разыгрывание* и *спонтанные поведенческие последовательности*. Разыгрывание происходит,

когда терапевт поощряет семью продемонстрировать то, как она решает определенную проблему. Обычно все начинается с того, что терапевт предлагает определенным подгруппам начать обсуждать какую-то проблему. В ходе этого обсуждения терапевт наблюдает за процессом. Такая работа требует трех операций. Сначала терапевт определяет или признает последовательность. Например, терапевт видит, что, когда мать разговаривает с дочерью, они разговаривают на равных, а младший брат остается исключенным. Затем терапевт прибегает к разыгрыванию. Например, он может сказать матери: «Поговорите об этом с детьми». Третьим, и самым важным, является руководство членами семьи для видоизменения разыгрывания. Если мать разговаривает с детьми так, что становится очевидным, что она не берет на себя должной ответственности за принятие важных решений, терапевт может направить ее на это, пока остальные члены продолжают разыгрывание. Все действия терапевта должны создавать новые возможности для более продуктивного взаимодействия членов семьи. Типичной ошибкой многих терапевтов является простая критика того, что происходит, навешивание ярлыков, вместо того чтобы предложить способы изменения.

Когда разыгрывание прерывается, терапевт вмешивается и либо комментирует то, что было не так, либо просто подталкивает членов семьи к продолжению. Например, если в ответ на предложение поговорить с 12-летней дочерью о ее чувствах отец начинает ругать ее, терапевт может сказать ему: «Поздравляю». Отец: «Что вы имеете в виду?» Терапевт: «Поздравляю; вы выиграли, она проиграла». Или терапевт может просто подтолкнуть взаимодействие, сказав отцу: «Хорошо, продолжайте говорить, но помогите ей больше выразить свои чувства. Она еще ребенок, она нуждается в вашей помощи».

Кроме работы с разыгрыванием последовательностей, структурные терапевты внимательно следят за спонтанными моделями, которые являются иллюстрацией семейной структуры. Проведение разыгрывания похоже на постановку пьесы; работа со спонтанными моделями напоминает высвечивание действия, которое происходит само собой. Фактически, наблюдая за такими моделями и видоизменяя их в самом начале терапии, терапевт избегает увязания в обычных непродуктивных способах семьи вести дела. Обращение к проблематичному поведению, как только оно проявляется на первом сеансе, помогает терапевту организовать ход сеанса, сделать ударение на процессе и видоизменить его.

Опытный терапевт интуитивно чувствует структуру семьи еще до начала беседы. Например, если семья приходит в клинику из-за проблемы «гиперактивности» ребенка, можно сделать определенные предположения относительно структуры семьи и о ее поведении на первом сеансе, поскольку «гиперактивное» поведение часто является функцией спутанности ребенка с матерью. Отношение матери к ребенку может быть результатом недостатка иерархической дифференциации внутри семьи; т. е. родители и дети относятся друг к другу как к равным, а не как к членам разных поколений. Более того, излишняя спутанность матери со своим «гиперактивным» ребенком, вероятно, является и результатом и причиной ее эмоционального отчуждения от мужа. Зная, что такая модель является обычной, терапевт может предвидеть, что во время первого сеанса «гиперактивный» ребенок начнет плохо себя вести, а мать будет неправильно к этому относиться. Вооруженный такой догадкой, терапевт может высветить (а не разыграть) такую модель, как только она проявит себя, и видоизменить ее. Если «гиперактивный» ребенок начнет бегать по комнате, а мать будет лишь делать ему замечания, а не прибегать к решительным действиям, терапевт может сказать: «Я вижу, что ваш ребенок полностью игнорирует вас». Этот вызов может заставить мать вести себя более компетентно. Терапевт может пойти дальше, сказав: «Ну сделайте же что-нибудь». Как только этот вопрос становится центром внимания, терапевту необходимо упорно заниматься им.

## Техники

В своей книге «Семьи и семейная терапия» Минухин (1974) учил семейных терапевтов видеть то, на что они смотрят. Через призму структурной семейной теории те семейные интеракции, которые раньше озадачивали и вызывали замешательство, сейчас становятся центром внимания. Там, где другие видели лишь хаос и жестокость, Минухин увидел структуру: семью, организованную в подсистемы со своими границами. Эта пользующаяся огромным успехом книга (с тиражом свыше 200 000 экземпляров) не только научила нас видеть *спутанность* и *выпутанность*, но также позволила надеяться, что их изменение было лишь вопросом использования *присоединения, разыгрывания и нарушения равновесия*. Минухин создал видимость того, что изменение семьи — это простое дело, однако это не так.

Любой, кто наблюдал Минухина за работой спустя десять или двадцать лет после выхода его книги, видел творческого терапевта, а не застывшего в своем развитии с 1974 г. Все еще существовали характерные конфронтации, типа «Кто главный в этой семье?», но вместе с тем было меньше разыгрываний, меньше управляемых диалогов. Мы бы также услышали фразы, заимствованные у Карла Витакера («Когда вы развелись со своей женой и женились на своей работе?»), у Маурицио Андолфи («Почему вы тоже не пишете на коврик?»), и другие. Минухин применяет в своей работе многие приемы. Для тех, кто знаком с его ранними работами, все это вызывает вопрос: можно ли его все еще называть структурным терапевтом? Вопрос, конечно, абсурдный, и мы поднимаем его, чтобы обратить внимание на один вопрос: структурная семейная терапия не являясь набором техник; это способ понять отношение к семьям.

Далее мы представим классические схемы структурной семейной техники, сделав предупреждение, что, как только терапевты овладеют основами структурной теории, они должны научиться преобразовывать подход так, чтобы он соответствовал их личному стилю. Применение особых вмешательств является искусством; терапевты должны изобрести и создать техники, которые подходят к стилю взаимоотношений каждой семьи и к личности терапевта. У каждого терапевтического сеанса есть свои своеобразные особенности. Для достижения успеха необходимо учитывать этот уникальный контекст. Имитирование техники кого-то другого является неэффективным, поскольку не подходит для семьи, а также сковывающим и не подходящим для самого терапевта.

В книге «Семьи и семейная терапия» Минухин (1974) перечислил три частично перекрывающиеся друг друга фазы в процессе структурной семейной терапии. Терапевт (1) присоединяется к семье и занимает позицию лидера; (2) выявляет лежащую в ее основе структуру; и (3) вмешивается, чтобы преобразовать эту структуру. Эта программа проста в том смысле, что она следует четкому и определенному плану, но невероятно сложна, поскольку эти задачи трудно выполнить и поскольку существует бесчисленное множество семейных моделей.

На практике структурная семейная терапия кажется органическим целым, созданным из реальных человеческих взаимоотношений терапевта с семьей. Если мы хотим, чтобы эти взаимоотношения были искренними и эффективными, действия терапев-

та нельзя запланировать заранее или отрепетировать. Хорошие терапевты не просто лаборанты. Стратегия терапии, наоборот, должна быть тщательно спланирована и в целом следует данным стадиям:

1. Присоединение и адаптация
2. Работа с интеракциями
3. Постановка диагноза
4. Выявление и видоизменение интеракций
5. Создание границ
6. Изменение равновесия
7. Борьба с непродуктивными предположениями

Первые три стратегии составляют первую фазу лечения. Без тщательного планирования и умелого выполнения этих важных действий терапия обычно не срабатывает. Когда мы начинаем, мы часто очень волнуемся и хотим начать лечение умело. Только когда все волнения проходят, мы осматриваемся, оцениваем ситуацию, а затем начинаем действовать соответствующим образом. К сожалению, такой вид стратегии намерстывания приводит к потере ценных позиций. Терапевт, который пренебрегает начальными действиями при лечении, может лишиться всяческих шансов добиться большого влияния.

Серьезная подготовка и эффективное начало нельзя путать с навязчивыми ритуалами, которые лишь могут обуздать волнение и истощить энергию. Прибытие на сеанс за десять минут до начала, перестановка мебели и пролистывание схем или книг по методике не следует путать с тщательным планированием.

## **ПРИСОЕДИНЕНИЕ И АККОМАДАЦИЯ**

Поскольку семьи твердо установили модели гомеостаза, эффективная семейная терапия требует сильного вызова и противостояния. Но нападки на привычный стиль жизни семьи будут бесполезными, если они не будут предприняты с позиции принятия и понимания. Семьи, как и мы с вами, сопротивляются усилиям изменить их со стороны тех людей, которые их не понимают и не поддерживают.

Индивидуальные пациенты обычно приходят на терапию, имея заранее установку на принятие авторитета терапевта. Обращаясь за помощью, человек молча соглашается пережить страда-

ния, ощущает потребность в помощи и готовность довериться терапевту. Семьи действуют по-другому.

Семья численно превосходит терапевта и имеет установленный способ действий. Семейный терапевт является непрошеным посторонним. В конце концов, почему он настоял на том, чтобы встретиться со всей семьей, а не с идентифицированным пациентом? Члены семьи ждут, что им будут указывать на неправильность их действий; и они готовы к защите. Семья превращается в группу «непациентов», которые волнуются и чувствуют себя выставленными напоказ; их установкой является сопротивляться, а не сотрудничать.

Сначала семейный терапевт должен обезоружить их и ослабить их тревогу. Это достигается проявлением понимания и принятия каждого члена семьи. Терапевт здоровается с каждым человеком по имени и устанавливает с ним дружеский контакт.

Эти первичные приветствия отражают уважение не только к членам семьи, но также к их иерархической структуре и организации. Терапевт проявляет уважение к родителям, принимая их авторитет как должное. Их, а не детей он просит первыми описать существующие проблемы. Если семья выбирает одного человека для выражения мнения всех, то терапевт отмечает это, но сначала не противится этому.

Детям также оказывается определенная забота и внимание. Их следует приветствовать мягко и задать простые и конкретные вопросы. «Привет, я такой-то, как тебя зовут? О, Шелли, какое красивое имя. В какую школу ты ходишь, Шелли?» Со старшими детьми постарайтесь избежать обычных лицемерных вопросов типа «А кем ты хочешь стать, когда вырастешь?». Попробуйте что-нибудь новенькое, вроде «Что тебе не нравится больше всего в школе?». Если ребенок хочет молчать, нужно ему «позволить» это. Дети в любом случае будут молчать, но терапевт, который примет их молчание, сделает важный шаг по направлению к вовлечению их. «А как ты относишься к этой проблеме? (Упорное молчание.) «Я вижу, ты не хочешь ничего говорить сейчас. Прекрасно, возможно, ты что-нибудь скажешь потом».

Неспособность терапевта к присоединению и аккомодации вызывает напряженное сопротивление, которое часто вменяют в вину семье. Может быть, очень удобно обвинять других, когда имеются проблемы, но это не улучшает положение вещей. Члены семьи могут быть названы «бунтарями», «сопротивляющимися» или «непокорными» и считаться «немотивированными»; но

гораздо более полезно будет предпринять дополнительные усилия для установления связи с ними.

Особенно важно присоединиться к влиятельным членам семьи, а также к недовольным. Особые усилия следует приложить к принятию точки зрения отца, который считает, что терапия — это ерунда, или сердитого подростка, который чувствует себя преследуемым преступником. Также важно через определенные промежутки времени приостанавливать разговоры с такими людьми, особенно когда страсти начинают накаляться.

Полезно начать с приветствия членов семьи, а затем спросить мнение каждого по существу имеющейся проблемы. Внимательно выслушайте и уясните их взгляды, отразив то, что вы услышали. «Я вижу, миссис Джонс, вы считаете, что Салли обеспокоена тем, что случилось в школе». «Итак, мистер Джонс, вы так же, как и ваша жена, видите некоторые проблемы, но не считаете, что это серьезно. Это так?»

## РАБОТА С ИНТЕРАКЦИЯМИ

Семейная структура проявляется в интеракциях членов семьи. Ее нельзя вывести ни из истории, ни из восстановления предыдущих обсуждений. Поэтому вопросы типа «Кто в ответе за это?», «А вы двое согласны?» или «Можете ли вы рассказать мне, что случилось во время вчерашнего спора?», как правило, не являются продуктивными. Семьи обычно описывают себя так, как им кажется, чем так, как происходит на самом деле.

Семейная динамика — это то, что случается, когда члены семьи взаимодействуют друг с другом, а не то, что происходит по их словам или то, что должно произойти по мнению терапевта. Они должны поговорить между собой, чтобы проявилась динамика. Когда это достигается, терапевт наблюдает, кто с кем разговаривает, в какие моменты, каким образом.

Принуждение членов семьи разговаривать друг с другом противоречит их ожиданиям, поэтому они всячески противятся этому. Они ожидают, что они представят свою проблему специалисту и получают указания, что им надо делать. Если их попросят обсудить что-то во время сеанса, они скажут: «Мы уже много раз об этом говорили»; или «Это ни к чему не приведет, он (или она) не будет слушать»; или «Но ведь это вы являетесь специалистом».

Если терапевт начинает с того, что дает каждому человеку возможность высказаться, то обычно один партнер будет гово-



речь что-то о другом, что может явиться трамплином для разыгрывания. Например, когда один родитель скажет, что другой слишком строг, терапевт может прибегнуть к разыгрыванию, сказав: «Она говорит, что вы слишком строги; вы можете что-нибудь ответить ей на это?» Выбор определенного аспекта для реакции скорее спровоцирует диалог, чем неясная просьба типа: «Почему бы вам вдвоем не поговорить об этом?»

Когда начинается разыгрывание, терапевт может выяснить многое о семейной структуре. Сколько времени могут два человека говорить без вмешательства, т. е. насколько четкая между ними граница? Нападает ли один, защищается ли другой? Кто занимает главную позицию, кто второстепенную? Вовлекают ли родители детей в свою дискуссию, т. е. насколько они спутаны?

Члены семьи демонстрируют свою спутанность тем, что часто перебивают друг друга, говоря за других членов семьи, выполняя за детей то, что они могут сделать сами, или постоянно споря. Если семья выпутана, то часто муж сидит безразлично, когда его жена плачет; или наблюдается полное отсутствие конфликта; удивительное пренебрежение важной информацией о детях; отсутствие заботы об интересах друг друга.

Если сразу же в начале первого сеанса дети начнут бегать по комнате, а родители безрезультатно протестовать, терапевту не нужно даже выслушивать описание того, что происходит в доме, чтобы увидеть неспособность к руководству. Если мать и дочь раздражаются тирадами по отношению друг к другу, а отец молча сидит в углу, необязательно спрашивать, какое участие он принимает в домашних делах. На самом деле расспрашивание может дать менее точную картину, чем то, что отражается произвольно.

## ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА

Семьи часто видят лишь те проблемы, которые имеются у идентифицированного пациента и определяются прошлыми событиями. Они надеются, что терапевт изменит этого индивида, при этом как можно меньше нарушив гомеостаз семьи. Семейные терапевты рассматривают симптомы идентифицированного пациента как выражение дисфункциональных моделей интеракций, затрагивающих всю семью. Структурный диагноз расширяет проблему, распространяя ее от отдельных членов на семейные системы, перемещая фокус с отвлеченных событий прошлого на те взаимоотношения, которые происходят в настоящем. Семей-

ный диагноз нужен для преобразования семьи таким образом, чтобы все члены семьи получили выгоду.

Даже семейные терапевты часто распределяют семьи по категориям согласно тем конструктам, которые скорее подходят к отдельным личностям, чем к системам. «Проблема этой семьи состоит в том, что мать слишком опекает детей»; или «Эти дети дерзкие и непокорные»; или «Он не принимает участия». Структурные семейные терапевты ставят диагноз, чтобы описать взаимоотношения всех членов семьи. Используя концепции границ и подсистем, описывается структура всей системы так, что указываются желаемые изменения.

Диагнозы основываются на наблюдении взаимоотношений во время первого сеанса. В дальнейшем эти формулировки уточняются и совершенствуются. Хотя, если к этому подойти рано, существует некоторая опасность подгонки семей под определенные категории, но еще большая опасность заключается в слишком долгом ожидании. Во время первого контакта мы видим людей наиболее четко и ясно. Позже, когда мы начинаем узнавать их лучше, мы привыкаем к их особенностям и больше их не замечаем.

Семьи быстро принимают терапевта в свою культуру. Семья, которая первоначально кажется хаотичной и спутанной, вскоре становится знакомой семьей Джонс. По этой причине важным является как можно быстрее разработать структурные гипотезы.

Фактически полезно высказать некоторые предположения относительно структуры семьи еще до первого сеанса. Это даст начало процессу активного мышления и определит платформу для наблюдения за семьей. Например, предположим, вы собираетесь встретиться с семьей, состоящей из матери, 16-летней дочери и отчима. Мать позвонила с жалобой на плохое поведение дочери. Какой, по вашему мнению, может быть структура и как вы проверите эту гипотезу? Хорошим предположением будет то, что мать и дочь переплетены, а отчим отстранен. Это можно проверить наблюдением за тем, склонны ли мать и дочь говорить в основном друг о друге во время сеанса — неважно, положительно или отрицательно. Выпутанность отчима будет подтверждена, если он и его жена не смогут вести разговор без вмешательства дочери.

Структурный диагноз принимает во внимание и ту проблему, которую имеет семья, и ту структурную динамику, которую демонстрируют все ее члены. В данном случае знания о том, что мать и дочь спутаны, недостаточно; надо также знать, какую

роль играет отчим. Если он более или менее близок с женой, но отдален от дочери, нахождение взаимно приятных совместных действий для отца и падчерицы поможет увеличить независимость девочки от матери. С другой стороны, если близость матери с дочерью оказывается функцией ее отстраненности от мужа, тогда в фокусе внимания должна быть супружеская пара.

Без формулировки диагноза и плана терапевт занимает защитную позицию и является пассивным. Вместо того чтобы знать, куда двигаться, и делать это намеренно, терапевт расслабляется и пытается совладать с семьей, погасить мелкие конфликты и помочь им успешно преодолеть ряд инцидентов. Постоянное осознание структуры семьи и сосредоточенность на одном или двух структурных изменениях помогают терапевту увидеть за различным содержанием те проблемы, которые члены семьи выносят на обсуждение.

## ВЫЯВЛЕНИЕ И ВИДОИЗМЕНЕНИЕ ИНТЕРАКЦИЙ

Когда члены семьи начинают общаться, возникают проблематичные взаимоотношения. Чтобы заметить их, нужно сосредоточиться на процессе, а не на содержании. Нельзя ничего выяснить о структуре, если слушать, кто в семье является сторонником наказания или кто говорит о других приятное. Структура семьи выявляется по тому, кто говорит что, кому и каким образом.

Возможно, муж жалуется: «У нас проблема с общением. Моя жена не хочет разговаривать со мной, она никогда не выражает свои чувства». Тогда терапевт стимулирует взаимодействие, чтобы посмотреть, что же происходит в реальности. «Ваш муж говорит, что это проблема общения, а что вы на это скажете? Поговорите с ним». Если, когда они будут разговаривать, муж станет вести себя деспотично и критично, в то время как жена будет все больше молчать, тогда терапевт поймет, в чем дело. Проблема не в том, что она не разговаривает, это лишь линейное объяснение, и не в том, что он ворчит и придирается к ней, это тоже линейное объяснение. Проблема состоит в том, что чем больше он ворчит, тем больше она отстраняется, а чем больше она отдаляется, тем больше он ворчит.

Прием состоит в том, чтобы выдвинуть этот паттерн на первый план и видоизменить его. Это может потребовать мощного вмешательства. Иногда необходимо использовать своеобразный

терапевтический динамит, чтобы освободить семьи от этих моделей равновесия. Для обеспечения такого вмешательства структурные терапевты используют *усиление*.

Во время беседы с семьей Минухин производит на нее драматичное и мощное впечатление. Он регулирует усиление своих сообщений, чтобы прорваться через возведенную семьей стену, которая отгораживает ее от вызовов их способу восприятия реальности. Когда Минухин говорит, члены семьи слушают.

Минухин проявляет властность, но его усиление не просто является функцией личности; она отражает ясность цели. Знание структуры семьи и серьезное стремление помочь семьям измениться способствуют мощному вмешательству. Семьи обычно реагируют на сообщения, сказанные с усилением, которое свидетельствует о точном знании цели.

Структурные терапевты добиваются усиления путем регулирования аффекта, повторов и продолжительности. Тон, громкость, скорость и выбор слов могут использоваться для повышения эмоционального напряжения утверждений. Это помогает, если вы знаете, что хотите сказать. Вот пример нетвердого утверждения: «Люди всегда озабочены собой, хотят видеть себя в центре внимания и ищут того, что могут получить. Разве для разнообразия не будет лучше, если каждый подумает, что он может сделать для других? Я имею в виду, думать о других людях и о своей стране». Сравните это утверждение с другим: «Спросите не о том, что может сделать для вас страна, а о том, что вы можете сделать для вашей страны». Слова Джона Кеннеди имели воздействие, потому что они были тщательно подобраны и четко высказаны. Семейным терапевтам не приходится выступать с речью или умело строить фразы, но иногда им действительно нужно говорить убедительно, чтобы четко изложить суть.

Эмоциональное усиление не является просто вопросом решительной четкой формулировки. Нужно знать, как и когда вести себя провоцирующим образом. Например, Майк Николе работал с семьей, в которой идентифицированным пациентом была 29-летняя женщина с анорексией. Семья, демонстрируя видимость сплоченности, обладала жесткой структурой; мать и ее страдающая анорексией дочь были спутаны, а отец выпутан. В этой семье один лишь отец открыто проявлял гнев, и это было частью официальной причины его исключения. Дочь боялась его гнева и открыто это признавала. Однако не так очевидно было то, что мать скрыто учит дочь избегать отца, потому что сама не умела

справляться с его гневом. Таким образом, дочь выросла в страхе перед отцом и мужчинами вообще.

В один момент отец рассказал, что чувствует себя отвергнутым своей дочерью; ему казалось, что это происходило из-за ее страха перед его гневом. Дочь согласилась: «Да, это его вина». Терапевт спросил мать, что она думает, и та ответила: «Это не *его* вина». Терапевт сказал: «Вы правы». Она продолжила, скрыв свои истинные чувства, чтобы избежать конфликта: «Это ничья вина». Терапевт ответил так, что привлек ее внимание: «Это неправда». Удивившись, она спросила, что он имеет в виду. «Это *ваша* вина», — сказал он.

Такая степень усиления была необходима для разрыва жесткой модели избегания конфликта, которая поддерживала деструктивный союз матери и дочери. Содержание здесь — кто действительно боится гнева — не так важно, как структурная цель: освободить дочь от ее чрезмерной связи с матерью.

Терапевты слишком часто ослабляют свои вмешательства, проявляя излишнюю мягкость, извиняясь или меняя тему. В индивидуальной терапии это является не такой большой проблемой, когда часто необходимо добиться интерпретаций от пациента. Семьи больше похожи на упрямого осла, которого иногда нужно бить по голове, чтобы привлечь его внимание.

Усиления можно также добиться путем увеличения продолжительности эпизода до того момента, когда дисфункциональный гомеостаз будет восстановлен. Типичным примером является управление капризами детей, которые обычно поддерживаются уступчивыми родителями. Многие родители пытаются не уступать, но делают это недостаточно долго. Как-то раз четырехлетняя девочка начала кричать, когда ее сестра вышла из комнаты, просясь пойти вместе с ней. Ее вопли были просто невыносимы, и родители скоро были готовы уступить ей. Однако терапевт настоял, чтобы они не позволили победить себя и «показали дочери, кто здесь главный». Она вопила полчаса и измучила всех в комнате, но в конце концов поняла, что на этот раз она своего не добьется, и успокоилась. Впоследствии родители смогли использовать то же увеличение продолжительности, чтобы отучить ее от этой крайне деструктивной привычки.

Иногда усиление требует повторения одной и той же темы в различных контекстах. Родителям, проявляющим инфантильность, возможно, придется приказывать не вешать пальто за своего ребенка, не отвечать за него, не отводить его в туалет и не делать множество другого, что он в состоянии сделать сам.

*Формирование компетентности* является еще одним методом видоизменения интеракций, а также критерием всей структурной семейной терапии. Усиление обычно используется, чтобы блокировать поток интеракций, формирование компетентности скорее изменяет направление этого потока. Путем выделения и формирования позитивных изменений структурные терапевты помогают членам семьи использовать функциональные альтернативы, которые всегда имеются в их репертуаре.

Типичной ошибкой, которую допускают начинающие семейные терапевты, является попытка способствовать надлежащему выполнению путем указания на ошибки. Это приводит к сосредоточению внимания на содержании, а не на процессе. Говорить родителям, что они делают что-то не так, или предлагать сделать что-то по-другому означает критику их компетентности. Какими бы хорошими ни были намерения, это все же некоторое унижение. Хотя такого вида вмешательства нельзя полностью избежать, более эффективным подходом будет указать им на то, что они делают правильно.

Даже когда люди почти все делают неэффективно, всегда можно найти то, что они делают успешно. Помогает умение выбрать подходящий момент. Например, в одной большой и хаотичной семье родители проявляли крайнюю неэффективность в контроле детей. В один момент терапевт повернулся к матери и сказал: «Здесь слишком шумно, вы бы не могли успокоить детей?» Зная, как трудно этой женщине контролировать своих детей, терапевт был готов немедленно прокомментировать любой ее шаг по направлению к эффективному управлению. Матери пришлось несколько раз крикнуть: «Тихо!», прежде чем дети на мгновение прекратили то, что они делали. Быстро, прежде чем дети возобновили свои действия, терапевт похвалил мать за то, что она «достаточно любит своих детей, чтобы проявить к ним твердость». Таким образом, было принято сообщение «Вы компетентный человек, вы знаете, как быть твердой». Если бы, прежде чем сказать матери, что ей нужно быть решительной, терапевт подождал, пока возобновится хаос, было бы передано сообщение «Вы некомпетентны».

Там, где это возможно, структурные терапевты избегают выполнять за членов семьи то, что они могут сделать сами. Здесь тоже сообщением является «Вы компетентны, вы можете это сделать». Некоторые терапевты находят оправдание тому, что берут на себя функции членов семьи, называя это «моделированием». Как бы это ни называлось, результатом является сообще-

ние о некомпетентности. Недавно одна молодая мать призналась, что она не знала, как сказать ее детям, что они пойдут к семейному терапевту, и просто сказала им, что они едут покататься. Думая помочь, терапевт потом объяснил детям, что «мама сказала мне, что у вас в семье какие-то проблемы, поэтому все мы собрались здесь, чтобы поговорить об этом и посмотреть, можем ли мы что-нибудь исправить». Это милое объяснение дает детям понять, почему они пришли сюда, но подтверждает некомпетентность матери сделать это самой. Если же вместо этого терапевт предложил ей: «А почему бы вам не сказать им об этом сейчас?» — то тогда матери, а не терапевту пришлось бы выступить в роли эффективного родителя.

## УСТАНОВЛЕНИЕ ГРАНИЦ

Дисфункциональная динамика семьи объясняется и поддерживается наличием чрезмерно жестких или диффузных границ. Структурные терапевты вмешиваются, чтобы перестроить границы, увеличив либо близость, либо расстояние между семейными подсистемами.

В крайне спутанных семьях вмешательства терапевта призваны укрепить границы между подсистемами и повысить независимость отдельных личностей. Членов семьи призывают говорить за себя, прерывания блокируются, а парам помогают закончить разговор без вмешательства других. Терапевт, который хочет поддержать систему sibлингов и защитить ее от ненужного вмешательства родителей, может сказать: «Сюзи и Шон, поговорите об этом, а все внимательно послушают». Если дети часто прерывают родителей, терапевт может потребовать от родителей укрепления иерархической границы словами: «Почему бы вам не заставить их замолчать, чтобы двое взрослых смогли обсудить это?»

Хотя структурная семейная терапия начинается с работы со всей семейной группой, последующие сеансы могут проводиться с отдельными личностями или подгруппами, чтобы укрепить границы вокруг них. Участвуя в отдельных сеансах, подросток, который чрезмерно опекается матерью, поддерживается как отдельная личность с собственными потребностями. Родители, которые настолько спутаны со своими детьми, что никогда не разговаривают друг с другом наедине, могут научиться это делать, если они встретятся с терапевтом отдельно.

Когда 40-летняя женщина обратилась за помощью по поводу депрессии, ее попросили прийти со всей семьей. Вскоре выяснилось, что она была перегружена заботой о четверых детях, и получала мало помощи от мужа и как супруга и как отца. Стратегия терапевта заключалась в том, чтобы укрепить границу между матерью и детьми и помочь родителям ближе стать друг другу. Это было выполнено несколькими этапами. Сначала терапевт присоединился к старшей 16-летней дочери и поддержал ее компетентность как потенциальной помощницы для матери. После этого девушка смогла взять на себя большую часть ответственности за младших и во время сеансов, и дома.

Освобожденные таким образом немного от заботы о детях, родители получили возможность больше общаться друг с другом. Однако они мало что могли сказать друг другу. Это не было результатом скрытого конфликта или гнева, а являлось показателем супружества немногословных мужа и жены с разными интересами. После нескольких бесплодных попыток приучить эту пару получать удовольствие от разговора друг с другом терапевт понял, что если для одних людей общение может быть приятным, то для других нет. Поэтому, чтобы поддержать связь между этими супругами, терапевт попросил их спланировать совместную поездку. Они выбрали катание на лодке по озеру. На следующий сеанс супруги пришли с сияющими лицами и рассказали, что прекрасно провели время без детей в компании друг друга. Впоследствии они решили каждую неделю проводить немного времени наедине.

Выпутанные семьи обычно избегают или обходят конфликты и, таким образом, сводят общение к минимуму. Структурный терапевт вмешивается, чтобы противостоять избеганию конфликта и блокировать его обход, чтобы помочь выпутанным членам семьи увеличить контакт друг с другом. Он создает во время сеанса границы, позволяющие членам семьи беспрепятственно обсудить свои конфликты. К тому же терапевт препятствует уходу от решения споров и разногласий.

Не выступая в качестве судьи, структурный терапевт создает условия, в которых члены семьи могут открыто смотреть друг другу в лицо и решать имеющиеся трудности. Когда начинающие терапевты сталкиваются с выпутанностью, они обычно думают о том, как повысить позитивное взаимодействие. Фактически выпутанность — это обычно способ избежать споров. Поэтому супруги, изолированные друг от друга, обычно нуждаются в стычках, что поможет им стать более преданными друг другу.



Большинство людей недооценивают ту степень, в которой их собственное поведение влияет на поведение окружающих. Это особенно видно в выпутанных семьях. Проблемы обычно рассматриваются как результат поступков других, а их решение, похоже, требует изменения окружающих. Часто можно слышать жалобы вроде: «У нас проблема с общением: он не рассказывает, что чувствует»; «Он не заботится о нас. Его волнует только его проклятая работа»; «Наша интимная жизнь отвратительна — моя жена фригидна»; «Как можно с ней разговаривать? Она только и делает, что жалуется на детей!». Каждое из этих утверждений предполагает, что возможность изменения имеется у другого человека. Это почти повсеместно принятый взгляд на линейную причинность.

Хотя большинство людей думают таким образом, семейные терапевты видят во взаимоотношении систем внутреннюю циркулярность. Он не рассказывает жене о своих чувствах потому, что она его постоянно ругает и критикует, а она это делает потому, что он не рассказывает ей о своих чувствах.

Структурные терапевты переводят семейные дискуссии с линейной перспективы на циркулярную, подчеркивая комплементарность отношений. Мать, которая жалуется на непослушание сына, приучают думать о том, что она сама делает, чтобы стимулировать или поддерживать такое его поведение. Тот, кто требует изменений, должен научиться изменить те способы, которыми он пытается добиться их. Жена, которая ругает мужа за то, что он не проводит с ней достаточно времени, должна научиться делать это времяпровождение более приятным для него. Мужу, который жалуется на то, что его жена никогда не слушает его, возможно, следует больше слушать ее, прежде чем она захочет ответить взаимностью.

Минухин делает упор на комплементарности, прося членов семьи помочь друг другу измениться. Когда достигаются положительные результаты, он обязательно поздравляет их, подчеркивая тем самым взаимосвязанность семьи.

## НАРУШЕНИЕ РАВНОВЕСИЯ

Создавая границы, терапевт стремится перестроить отношения между подсистемами. При нарушении равновесия целью является изменить отношения между членами одной подсистемы. Часто семьи заходят в тупик из-за того, что конфликтующие стороны сдерживают и уравнивают друг друга и в результате

застывают в бездействии. Нарушая равновесие, терапевт присоединяется к одному члену семьи или подсистеме и поддерживает их за счет других.

Это не что иное, как принятие чьей-то стороны, и создается впечатление, что нейтралитет — святая святых терапии — нарушается. Однако терапевт прибегает к этому, чтобы расшатать и перестроить систему, а не потому, что желает вынести суждение, кто прав, кто виноват. В конечном счете равновесие и справедливость достигаются, потому что терапевт по очереди встает на сторону разных членов семьи.

Например, когда семья Маклин обратилась за помощью по поводу «неуправляемого» ребенка, которого уже исключили из двух школ, Минухин раскрыл скрытый раскол между родителями, который не признавался и таким образом поддерживался в равновесии. Плохое поведение 10-летнего мальчика было ярко выраженным; он так яростно сопротивлялся и вопил, что отцу пришлось силой и пинками втащить его в кабинет. Тем временем его семилетний брат сидел спокойно и мило улыбался. Хороший мальчик.

Чтобы перенести внимание с «невыносимого» ребенка на проблему родительского контроля и сотрудничества, Минухин стал расспрашивать о младшем Кевине, плохое поведение которого проявлялось скрыто. Он писал на пол в туалете. По утверждению отца, это происходило по «невнимательности». Когда Минухин сказал, что «нельзя быть таким неметким», мать рассмеялась. Минухин поговорил с мальчиком о том, как волки метят свою территорию, и предложил ему расширить свою территорию, написав на все четыре угла гостиной.

Минухин: «У вас есть собака?»

Кевин: «Нет».

Минухин: «Ну, значит, ты и есть семейная собака».

В процессе обсуждения этого ребенка и реакции родителей на его поступок Минухин ярко выявил, что родители придерживались противоположных точек зрения и стремились подсесть друг друга.

Минухин: «Почему он это делал?»

Отец: «Я не думаю, что он делал это намеренно».

Минухин: «Может быть, он был в трансе?»

Отец: «Нет, я думаю, это просто неаккуратность».

Минухин: «Замысел, похоже, был ужасен».

Отец называл поведение ребенка случайным, а мать считала его вызывающим и демонстративным. Одна из причин, почему родители попали под влияние своих детей, состояла в том, что они не хотели открыто признать существование различий между собой. Различия сами по себе являются нормальными, но превращаются в отравляющие, когда один родитель пресекает попытки другого заниматься детьми. (Это трусливая месть за безадресные недовольства.) Мягкое, но настойчивое давление Минухина на супругов с целью заставить их поговорить о своей реакции, не касаясь при этом поведения детей, привело к выявлению давнишних, но редко затрагиваемых обид.

Мать: «Боб постоянно оправдывает поведение детей, потому что он не хочет вмешиваться и помогать мне находить решение проблем».

Отец: «Да, но когда я попытался помочь, ты меня все время критиковала. Поэтому я очень скоро перестал».

Подобно проявляемому фотографическому снимку, проявился конфликт между супругами. Минухин защитил родителей от смущения (а детей от нагрузки), попросив детей выйти из комнаты. Освобожденные от родительских обязанностей, супруги смогли посмотреть друг на друга как мужчина и женщина и поговорить о своих обидах и недовольствах. В результате выяснилась грустная история одиночества и выпутанности.

Минухин: «У вас двоих есть вопросы, по которым вы одиночны?»

Он сказал «да», она сказала «нет», он был склонен приуменьшать проблему, она — преувеличивать.

Минухин: «Когда вы развелись с Бобом и вышли замуж за своих детей?»

Она замолчала; он смотрел в одну точку, потом она тихо сказала: «Наверное, десять лет назад».

Затем последовал мучительный, но знакомый рассказ о том, как брак может потонуть в родительстве и его конфликтах. Конфликт не смог быть решен, потому что никогда не выходил на поверхность, поэтому трещина не затянулась, а, наоборот, разрослась.

С помощью Минухина супруги по очереди разговаривали о

своей боли и учились слушать. Путем нарушения равновесия Минухин заставил их вынести огромный груз давления, чтобы помочь им прорвать полосу безразличия, открыться друг другу, бороться за свои желания и, наконец, выступать вместе как муж и жена и как родители.

Знакомый образ терапевта — дружелюбного, благожелательного и относительно молчаливого — основан на аналитической модели выяснения смысла в течение неторопливого и тщательно продуманного процесса. Нарушение равновесия является частью борьбы за изменения, которая иногда принимает вид поединка. Когда терапевт говорит отцу, что он недостаточно принимает участия в семье, а матери, что она непреднамеренно исключает своего мужа, может показаться, что это терапевт вступает в поединок с семьей, что это он нападает на ее членов. Но реальный поединок происходит между терапией и страхом — страхом изменений.

## **БОРЬБА С НЕПРОДУКТИВНЫМИ ПРЕДПОЛОЖЕНИЯМИ**

Хотя структурная семейная терапия не является в первую очередь когнитивным видом лечения, те, кто ею занимается, иногда оспаривают то, как члены семьи воспринимают реальность. Изменение их отношения друг к другу вызывает альтернативные взгляды на реальность. Обратное положение тоже является правильным: изменение взглядов членов семьи на реальность позволяет им изменить свое отношение друг к другу.

Люди имеют привычку становиться теми, кем они себя описывают в своих повествованиях. Воспоминания содержат «нарративную» истину, и это оказывает больше влияния, чем «историческая истина». «Факты», представленные терапевту, являются частично исторической истиной, а частично искусственным созданием. Конструкции, которые являются общей реальностью всех членов семьи, олицетворяют взаимопонимание и общие предрассудки, некоторые из которых перспективны и полезны, а некоторые нет.

Когда родители шестилетней Кейси жаловались на ее поведение, они называли ее «гиперчувствительной» и «нервным ребенком». Такие ярлыки показывают, как родители относятся к своим детям, и имеют огромную контролирующую силу. Является

ли поведение ребенка действительно «дурным» или же это признак «нервности»? Что это: «каприз» или «крик о помощи»? Он помешанный или просто испорченный и кто в этом виноват? Что означает это определение? Много чего.

Иногда структурный семейный терапевт выступает как учитель, предлагая информацию и совет, основанные на обучении и опыте. Информацией можно поделиться, чтобы подбодрить обеспокоенных членов семьи, помочь им повести себя более компетентно или преобразовать их взаимоотношения. Когда члены семьи чувствуют замешательство из-за того, что они ссорятся по пустякам, может быть, полезно сказать им, что многие поступают так же. Иногда молодым родителям поможет простое предложение нанять няню и выйти погулять вдвоем.

Минухин иногда обучает семьи структуре. Это, вероятно, является маневром реорганизации, и его нужно выполнять так, чтобы сопротивление было минимальным. Он достигает этого, применяя сначала «похвалу», а потом «пинок». Если бы Минухин занимался с семьей, в которой мать говорит за своих детей, он мог бы ей сказать: «Вы очень помогаете мне» (похвала). А ребенку он бы сказал: «Мама лишает тебя голоса. Ты можешь и сам сказать за себя» (пинок). Таким образом, мать определяется и как полезная, и как мешающая (похвала и пинок).

Структурный терапевт также использует прагматический вымысел, чтобы предоставить членам семьи другие рамки для восприятия. Цель состоит не в том, чтобы обучить или обмануть, а в том, чтобы предложить мнение, которое поможет членам семьи измениться. Например, эффективным способом заставить измениться детей является сказать им, что их поведение подходит скорее для более младших, а не для них. «Тебе сколько лет?» — «Семь». — «А я думал, меньше; обычно в семь лет мама уже не водит детей в школу».

Парадоксы — это когнитивные конструкции, которые фрустрируют или смущают членов семьи и заставляют их искать альтернативы. Минухин мало использует парадоксы, но иногда полезно выразить скептицизм об изменении людей. Хотя это может оказать парадоксальное воздействие, вызывая у них стремление доказать, что вы не правы, это скорее не такая уж умная уловка, а лишь легкое констатирование правды. Большинство людей не меняются — они ждут, пока это сделают другие.

## Оценка теории и результатов терапии

Будучи директором Филадельфийской клиники, Минухин разработал высокопрагматичную приверженность исследованиям. В качестве администратора он понял, что исследования, демонстрирующие эффективные результаты, являются лучшим аргументом законности семейной терапии. И его изучение детей с психосоматическими симптомами, и изучение Стэнтоном наркоманов очень ясно показывают, насколько может быть эффективна структурная семейная терапия.

В своей книге «Семьи трущоб» Минухин и его коллеги (1967) описали структурные характеристики семей с низким социально-экономическим статусом и демонстрировали эффективность семейной терапии для этой категории населения. Перед началом лечения было обнаружено, что матери в семьях пациентов были либо излишне, либо недостаточно руководящими; в любом случае их дети были более проблемными, чем дети из контрольных семей. Эти наблюдения стали основой предложенной Минухиным классификации семей на *спутанные* и *выпутанные*. После прохождения терапии матери стали использовать меньше принуждения и контроля, однако стали более ясными и настойчивыми. В этом исследовании было обнаружено, что семь из одиннадцати семей добились улучшения после прохождения семейной терапии от полугода до года. Хотя при этом не использовалась контрольная группа, авторы сравнили свои результаты с обычными 50% успешных случаев в Уилтвике. Авторы также отметили, что ни одна из семей, оцененных как выпутанные, не показала изменений.

До сих пор самые убедительные эмпирические доказательства в пользу структурной терапии поступили из серии исследований детей с психосоматическими симптомами и взрослых наркоманов. Исследования, демонстрирующие эффективность терапии для серьезно больных детей, являются убедительными благодаря применению физиологических мер и драматичными из-за проблем, которые представляют угрозу для жизни. Минухин, Розман и Бэйкер (1978) приводят пример одного исследования, которое ясно продемонстрировало, как семейный конфликт может ускорить развитие кетоацидотического кризиса у детей с психосоматическим типом диабета. Исследователи сравнили три группы семей — с психосоматическими расстройствами, на-

рушениями поведения и нормальных — с точки зрения их реакции на серию стрессовых интервью. Во время первой беседы родители обсуждали семейные проблемы в отсутствие детей. Супруги из нормальных семей проявили самый высокий уровень конфронтации, в то время как представители психосоматических семей продемонстрировали целый ряд тактик для избежания конфликта. Затем терапевт заставлял родителей усилить уровень своего конфликта, в это время дети наблюдали за ними в одностороннее зеркало. Когда родители спорили, казалось, только дети с психосоматическими заболеваниями были действительно расстроены. Более того, явные страдания этих детей сопровождались сильным повышением содержания у них в крови свободных жирных кислот, что связано с кетоацидозом. На третьей стадии этих интервью пациенты присоединились к своим родителям. Родители из нормальных семей и семей с поведенческими расстройствами продолжали так же, как и раньше, а психосоматические — обошли свой конфликт, либо вовлекая в свое обсуждение детей, либо переводя разговор с себя на своих детей. Когда это произошло, уровень содержания свободных жирных кислот в крови родителей упал, а у детей продолжал подниматься. Это исследование убедительно подтвердило клинические наблюдения о том, что дети с психосоматическими проявлениями используют (и позволяют использовать себя) в качестве регулятора стрессов между своими родителями.

Минухин, Розман и Бейкер (1978) подвели итог лечения 53 пациентов с диагнозом невроза анорексии с помощью структурной семейной терапии. Пройдя курс лечения, который включал госпитализацию, за которой последовала амбулаторная семейная терапия, состояние 43 детей, страдающих анорексией, «значительно улучшилось», двух — «улучшилось», трех — «осталось без изменений», двух — «ухудшилось», а трое не закончили курс лечения. Хотя из этических соображений не было проведено контрольного лечения этих серьезно больных детей, 90% случаев улучшения являются крайне впечатляющим показателем, особенно по сравнению с обычным для этого расстройства 30%-ным уровнем смертности. Более того, положительные результаты при окончании курса лечения сохранялись в течение нескольких лет. Также было показано, что структурная семейная терапия является крайне эффективной при лечении психосоматических астматиков или сложных случаев диабета (Minuchin, Rosman, Liebman, Milman & Todd, 1975).

Хотя не имеется никаких эмпирических доказательств зна-

чительного превосходства одного терапевтического подхода по сравнению с другими, структурная семейная терапия доказала свою эффективность в ряде исследований, включая множество случаев, обычно считавшихся очень трудными. Дюк Стэнтон показал, что структурная семейная терапия может быть действенной для наркоманов и их семей. В исследовании, проведенном с надежным контролем, Стэнтон и Тодд (1979) сравнили семейную терапию с плацебогруппами и с индивидуальной терапией. Уменьшение выраженности симптомов было значительным; уровень положительных изменений более чем в два раза превышал то, что было достигнуто при других условиях, и эти положительные изменения сохранялись на протяжении последующих полугода и года.

Недавно структурная семейная терапия была успешно применена для установки более адаптивных родительских ролей в семьях героиновых наркоманов (Grief & Dreschler, 1993) и в качестве средства для снижения вероятности того, что молодые афроамериканцы и латиносы начнут употреблять наркотики (Santiseban et al., 1997). Другие исследования показывают, что структурная семейная терапия одинакова по эффективности с коммуникативными тренингами и тренингами управления поведением при снижении негативной коммуникации, конфликтов и явно выраженного гнева между подростками с диагнозом расстройства гиперактивности и дефицитом внимания и их родителями (Barkley, Guevremont, Anastopoulos & Fletcher, 1992). Структурная семейная терапия также оказалась эффективной для лечения подростковых расстройств, таких, как нарушение поведения (Szapocznik et al., 1989; Chamberlain & Rosicky, 1995), преступность (Alexander & Parsons, 1982) и анорексия (Campbell & Patterson, 1995).

## Резюме

Хотя, может быть, Минухин больше всего известен мастерством клинической техники, его структурная семейная теория стала одной из наиболее широко используемых концептуальных моделей этой области. Причина такой популярности этой теории в ее простоте, охвате и практичности. Основные структурные концепции — границы, подсистемы, группировки и комплементарность — легко воспринимаются и применяются. Они уделяют внимание личности, семье и социальному контексту и



предоставляют четко организованную структуру для понимания и лечения семей.

Минухин впервые создал свою технику, работая с дезорганизованными семьями, живущими в старой части города. Чтобы проникнуть в эти семьи, он разработал технику присоединения, а чтобы изменить их, он разработал конкретные и мощные техники переструктурирования. Это терапия действия, направленная на взаимодействие с семьями «здесь и сейчас», но предназначенная для изменения их основной скрытой структуры.

Одним из важнейших принципов этого подхода является то, что каждая семья обладает структурой, которая проявляется, только когда семья находится в действии. Согласно этой точке зрения, терапевты, которые не способны рассматривать структуру всей семьи целиком и вмешиваются только в одну подсистему, вряд ли добьются продолжительных изменений. Если излишняя опека матери над своим сыном является частью структуры, которая включает в себя ее отчужденность от мужа, никакая терапия, проведенная только с матерью и сыном, не может изменить положение дел в семье.

Подсистемы являются семейными единицами, основанными на функциях. Если лидерами в семье являются отец и дочь, тогда они составляют руководящую подсистему, а не муж и жена. Подсистемы ограничиваются и регулируются интерперсональными границами. В здоровых семьях границы достаточно четкие, чтобы защитить независимость и автономию, и достаточно проницаемые, чтобы обеспечить взаимную поддержку и привязанность. Спутанные семьи характеризуются диффузными границами; запутанные семьи — жесткими границами.

Структурная семейная терапия предназначена для решения существующих проблем путем изменения семейной структуры. Оценка, следовательно, требует присутствия всей семьи, чтобы терапевт мог наблюдать структуру, лежащую в основе интеракции ее членов. В процессе этого терапевтам следует провести различие между дисфункциональными и функциональными структурами. Семьи, где люди страдают, не должны рассматриваться как патологические. Там, где имеются структурные проблемы, целью является создание эффективной иерархической структуры. Это означает активацию бездействующих структур, а не создание новых.

Структурные семейные терапевты работают быстро, чтобы не быть «официально» принятыми в члены семьи, которой они занимаются. Сначала они делают все для того, чтобы приспособо-

биться к привычным для семьи способам поведения, чтобы избежать сопротивления. Завоевав доверие семьи, структурные терапевты поощряют семейные интеракции, занимая при этом нецентральное место. С этой позиции они могут наблюдать за тем, что происходит в семье, и поставить диагноз, который включает в себя проблему и структуру, которая ее поддерживает. Эти диагнозы выражаются с точки зрения границ и подсистем и легко анализируются как двухмерные отображения, используемые для предложения путей для изменений.

Успешно присоединившись к семье и поставив диагноз, структурные терапевты начинают активировать бездействующие структуры, используя техники, которые изменяют группировки и положение власти внутри и между подсистемами. Эти техники переструктурирования являются конкретными, действенными, а иногда драматичными. Однако их успех зависит как от присоединения и оценки, так и от эффективности самих техник.

Популярность и привлекательность структурной семейной терапии основана на ее теории и техниках лечения; ее центральное положение было усилено наличием исследовательских и учебных программ в данной области. Сейчас существует большое число исследований, которые оказывают значительную эмпирическую поддержку этому подходу. Более того, учебные программы детской воспитательной клиники в Филадельфии и Центра Минухина в Нью-Йорке способствовали появлению огромного количества практикующих семейных терапевтов во всем мире.

Хотя структурная семейная терапия так тесно связана с именем Сальвадора Минухина, что когда-то они были синонимами, может быть, стоит отделить автора от его метода. Когда мы думаем о структурной семейной терапии, мы обычно вспоминаем тот подход, который описан в книге «Семьи и семейная терапия», опубликованной в 1974 г. Эта книга точно представляет структурную теорию, но уделяет внимание только тем техникам, которым Минухин отдавал предпочтение в то время. Минухин-мыслитель всегда думал о семьях как о структурах. Он читал Талкотта Парсонса, Роберта Бэйлса и Джорджа Герберта Мида; в Израиле он видел, как дети из бесструктурных марокканских семей часто становились правонарушителями, в отличие от детей из структурированных йеменских семей. Минухин-терапевт всегда был оппортунистом, используя то, что действует. В 1990-х гг. в его работах прослеживается теория Карла Витакера и конструктивизм. У Витакера он заимствовал идею об оспаривании семейных ми-

фов и работы с ними с позиций страстной вовлеченности. Молодой Минухин следил за семьями и наблюдал их в действии; поэтому он так активно использовал разыгрывание. Зрелый Минухин, который видел тысячи семей, теперь действует быстрее: он меньше использует разыгрывание и обычно противостоит одной семье, основываясь на том, что он наблюдал в сотнях подобных случаев. Следует ли нам идти таким же путем? Да, как только мы будем обладать таким же опытом.

Минухин всегда был конструктивистом, хотя приходит он к этому интуитивно, а не из книг. Он бросает семьям вызов, говоря им по существу, что они не правы; их истории слишком узки, и он помогает им переписать их на те, которые эффективны. Минухина всегда интересовала литература и любое повествование, возможно, ему нравится доктрина конструктивизма просто потому, что она узаконивает его рассказывание историй. Однако, как он сам предостерегает, когда конструктивизм не основывается на структурном понимании или когда он игнорирует эмоциональную сторону людей, он может стать сухим интеллектуализмом. Минухин подошел близко к эклектизму в технике, но не в теории. Хотя как терапевт он изменился с 1974 г., его основной упор на семьи, описанный в структурной семейной теории, все еще действует и продолжает быть наиболее широко используемым способом понимания того, что происходит в нуклеарной семье.

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Colapinto J. 1991. Structural family therapy. In *Handbook of family therapy*, vol. II, A. S. Gurman and D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.

Minuchin S. 1974. *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Minuchin S. and Pishman H. C. 1981. *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Minuchin S., Lee W.-Y. and Simon G. M. 1996. *Mastering family therapy: Journeys of growth and transformation*. New York: Wiley.

Minuchin S., Montalvo B., Guerney B., Rosman B. and Schumer, F. 1967. *Families of the slums*. New York: Basic Books.

Minuchin S. and Nichols M. P. 1993. *Family healing: Tales of hope and renewal from family therapy*. New York: The Free Press.

Minuchin S., Rosman B. L. and Baker L. 1978. *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

## ССЫЛКИ

- Alexander J. and Parsons B. 1982. *Functional family therapy*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Barkley R., Guevremont D., Anastopoulos A. and Fletcher, K. 1992. A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 60:450—463.
- Campbell T. and Patterson J. 1995. The effectiveness of family interventions in the treatment of physical illness. *Journal of Marital and Family Therapy*. 27:545-584.
- Chamberlain P. and Rosicky J. 1995. The effectiveness of family therapy in the treatment of adolescents with conduct disorders and delinquency. *Journal of Marital and Family Therapy*. 27:441 — 459.
- Colapinto J. 1991. Structural family therapy. In *Handbook of family therapy*, vol. II. A. S. Gurman and D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.
- Elizur J. and Minuchin S. 1989. *Institutionalizing madness: Families, therapy and society*. New York: Basic Books.
- Grief G. and Dreschler L. 1993. Common issues for parents in a methadone maintenance group. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 70:335-339.
- Minuchin S. 1974. *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin S., Baker L., Rosman B., Liebman R., Milman L. and Todd T. C. 1975. A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Archives of General Psychiatry*. 32:1031 — 1038.
- Minuchin S. and Fishman H. C. 1981. *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin S., Lee W-Y. and Simon G. M. 1996. *Mastering family therapy: Journeys of growth and transformation*. New York: Wiley.
- Minuchin S., Montalvo B., Guerney B., Rosman B. and Schumer, F. 1967. *Families of the slums*. New York: Basic Books.
- Minuchin S. and Nichols M. P. 1993. *Family healing: Tales of hope and renewal from family therapy*. New York: The Free Press.
- Minuchin S., Rosman B. and Baker L. 1978. *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Santiseban D., Coatsworth J., Perez-Vidal A., Mitrani V., Jean-Gilles M. and Szapocznik J. 1997. Brief structural/strategic family therapy with African American and Hispanic high-risk youth. *Journal of Community Psychology*. 25:453—471.
- Simon G. M. 1995. A revisionist reading of structural family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. 27:17—26.

Stanton M. D. and Todd T. C. 1979. Structural family therapy with drug addicts. In *The family therapy of drug and alcohol abuse*, E. Kaufman and P. Kaufmann, eds. New York: Gardner Press.

Szapocznik J., Rio A., Murray E., Cohen R., Scopetta M., Rivas-Vazquez A., Hervis O., Posada V. and Kurtines W. 1989. Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57:571 — 578.

## Глава девятая

# КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Когда в 1970-х гг. бихевиористы стали впервые работать с семьями, они использовали принципы теории научения, чтобы помочь родителям видоизменить свое поведение и научить супружеские пары коммуникативным навыкам и решению проблем. Появившиеся в результате методические и основные подходы оказались довольно эффективными при работе с отдельными поведенческими проблемами у детей и с хорошо мотивированными супругами. Однако, поскольку поведенческие терапевты опирались на индивидуальную психологию, они мало занимались вопросом о том, как неправильное поведение и плохая коммуникация связаны с проблемами взаимоотношений.

Помимо того, что поведенческие терапевты были не знакомы с динамикой систем, они обычно работали в университетах, тогда как семейная психотерапия Хейли, Минухина и Боуэна впервые возникла в независимых клиниках. Поэтому, несмотря на все полезные методы, имевшиеся на вооружении у поведенческой семейной психотерапии, в 1970—1980-х гг. она оставалась сравнительно изолированной от семейной терапии в целом. За последние десять лет в ней произошли коренные изменения — поведенческий подход стал уделять все больше внимания семейной динамике и познанию. К сожалению, развитие когнитивно-поведенческой семейной терапии оказало мало влияния на всю область, и эта ситуация непременно изменится, если учесть то внимание, которое уделяется сейчас взаимному обогащению различных подходов.

## Очерк о лидерах

Поведенческая терапия появилась благодаря исследованиям русского физиолога Ивана Павлова, посвященным условным рефлексам, что привело к развитию теории *классического обусловливания*. При этом *безусловный стимул*, например еда, который вызывает рефлекторную *безусловную реакцию*, например слюноотделение, сочетается с *условным стимулом*, например с колокольчиком. В результате этот условный стимул начинает вызывать ту же самую реакцию (Павлов, 1932, 1934). Впоследствии Джон Б. Уотсон применил принципы классического обусловливания при экспериментальном воздействии на фобию в случае «Маленького Альберта» (Watson & Raynor, 1920), а Мэри Ковер Джонс успешно излечила аналогичную фобию в случае «Питера» (Jones, 1924).

В 1930—1940-х гг. теория Павлова использовалась при разрешении многочисленных клинических проблем. Несмотря на это, считалось, что классическое обусловливание имеет ограниченную практическую ценность. Затем, в 1948 г., Джозеф Вольпе ввел понятие *систематической десенсибилизации*, что привело к большим успехам при лечении фобий и вызвало огромный интерес к поведенческой терапии. По теории Вольпе (1948), тревога — это стойкая реакция вегетативной нервной системы, которая возникает при классическом обусловливании. Систематическая десенсибилизация устраняет тревогу с помощью *реципрокного торможения*, путем сочетания реакций, несовместимых с тревогой, с теми стимулами, которые ранее вызвали эту реакцию. Например, если бы Индиана Джонс боялся змей, Вольпе сначала научил бы его глубокому расслаблению, а затем заставил представить себе, как он приближается к змее, проходя через многочисленные стадии. Всякий раз, когда Индиана начинал испытывать тревогу, ему давали команду расслабиться. Таким образом, тревога, вызванная мысленным представлением змей, постоянно погашалась. Систематическая десенсибилизация оказалась действенным методом по уменьшению тревоги и еще более эффективным, когда включала в себя реальную практику приближения к объекту или ситуации, вызывающим страх (*десенсибилизация в естественных условиях*).

Теория классического обусловливания была применена к решению семейных проблем, в основном в области расстройств, основанных на тревоге, включая агорафобию и половые дисфункции. Инициатором ее стал Вольпе, а затем эту работу про-

должили Мастере и Джонсон (Masters & Johnson, 1970). Эффективное поведенческое лечение энуреза также развивалось при использовании классического обусловливания (Lovibond, 1963).

Самое большое влияние на поведенческую семейную терапию оказала теория *оперантного обусловливания* Скиннера. Термин *оперантный* относится к произвольным реакциям, в противоположность непроизвольным или рефлекторным. Частота оперантных реакций определяется их последствиями. Реакции, которые *положительно подкрепляются*, будут повторяться более часто, а те, которые *наказываются* или игнорируются, будут *угасать*. В 1953 г. Скиннер опубликовал свою имевшую большое влияние книгу «Наука и человеческое поведение», в которой он изложил поведенческий подход ко всей человеческой деятельности.

Ученый, занимающийся оперантным обусловливанием, внимательно наблюдает за намеченным поведением, а затем определяет его степень и частоту. Потом, чтобы закончить *функциональный анализ* поведения, экспериментатор или терапевт отмечают последствия поведения для определения *вероятности подкрепления*. Например, если терапевта интересуют капризы, которые устраивает ребенок, он начнет с наблюдения за тем, когда они произошли и каковы были последствия. Типичным результатом может быть, что ребенок начинал капризничать всякий раз, когда его родители не выполняли его просьбы, и что родители часто уступали, если капризы длились долго. Таким образом, родители подкрепляли то самое поведение, которое они меньше всего желали. Чтобы устранить капризы, их научат игнорировать или наказывать их. Более того, им объяснят, что уступка, даже не регулярная, будет сохранять капризы, потому что поведение, которое частично или *периодически подкрепляется*, труднее всего погасить. Если бы ребенок осознавал такую зависимость, он мог бы подумать: «Они не дают мне того, что я хочу, но, если я буду продолжать капризничать, они в конце концов уступят, если не в этот раз, то в следующий».

Скиннер, который впервые использовал термин «поведенческая терапия», убедительно доказал, что поведенческие проблемы можно рассматривать непосредственно, а не как симптомы скрытого конфликта. Первый профессиональный журнал в этой области, «Исследования поведения и терапия», появившийся в 1963 г., публиковал исследования, демонстрирующие яркие и впечатляющие изменения поведения. Главным вопросом, который возникал в те дни, был: «Насколько постоянными

являются эти изменения?» Да, терапевты могли сформировать новые модели поведения, но будут ли эти изменения длительными? На языке теории научения это является проблемой *генерализации*, которая важна для любой формы терапии. Поведенческие терапевты считают, что это скорее проблема, которую нужно решать, а не вопрос, который нужно обсуждать. Они стремились обобщить свои результаты, сменив кабинет на естественную обстановку (дом или школу), применяя естественные подкрепители, используя членов семьи в качестве терапевтов и постепенно стирая зависимость от внешних обстоятельств.

Среди первых сообщений об эффективности поведенческой терапии для решения семейных проблем стало успешное вмешательство Уильямса (Williams, 1959) с целью уменьшить капризы ребенка во время укладывания спать. Родителям была дана инструкция нежно и ласково положить ребенка в постель, закрыть дверь спальни и не обращать внимания на его последующие протесты. Ключевым принципом здесь является *угасание*.

Оперантное обусловливание особенно эффективно при работе с детьми, потому что родители имеют значительный контроль над подкрепителями и наказанием. Бодмен (Boardman, 1962) учил родителей успешно использовать наказание при работе с агрессивным антисоциальным поведением их пятилетнего ребенка. Вольпе (1958) описывал, как использовать супругов в качестве терапевтов при работе с тревогой. Риели и Вольф (Risley & Wolf, 1967) учили родителей оперантному подкреплению речи у их аутичных детей. Выражаясь техническим языком, эти родители обучались устранению зависимостей, которые поддерживали девиантное поведение, и использованию различных зависимостей для вызывания и поддержки моделей поведения, несовместимых с девиантным поведением. Проще говоря, их обучали игнорировать неприемлемое поведение и вознаграждать подходящее поведение.

Хотя нельзя назвать ни одной фигуры, в полной мере ответственной за развитие поведенческой семейной терапии, трое ученых сыграли в этом важную роль: психолог Джеральд Паттерсон, психиатр Роберт Либерман и социальный работник Ричард Стюарт. Джеральд Паттерсон в университете штата Орегон был самым влиятельным ученым в разработке поведенческого родительского тренинга. Паттерсон и его коллеги поняли, что семейные отношения, наблюдаемые в лаборатории или кабинете, совсем не соответствовали поведению в естественном домашнем окружении. В результате они разработали методы выборки пери-



одов семейных отношений дома, обучали родителей принципам теории социального научения, создали программные пособия и разработали тщательную стратегию устранения нежелательного поведения и замену его желательным. Среди других выдающихся имен в этой области можно назвать Энтони Грациано, Рекса Форхенда, Даниэля и Сюзан О'Лири и Роджера Макаули из Белфаста, Ирландия.

Второй главной фигурой в развитии поведенческой семейной терапии был Роберт Либерман. В своей работе «Поведенческие подходы к семейной и супружеской терапии» (1970) он изложил принципы применения структуры оперантного научения к решению семейных проблем у четырех взрослых пациентов, страдающих депрессией, трудноизлечимыми головными болями, чувством социальной неполноценности и супружескими разногласиями. Помимо использования управления зависимостью реципрокных подкрепителей, Либерман ввел в семейную терапию концепции Бандуры и Уолтерса (1963) *о репетиции ролей и моделировании*.

Третье главное влияние на поведенческую семейную терапию оказал подход Ричарда Стюарта (1969) о *заключении взаимовыгодных контрактов*. Вместо того чтобы сосредоточиться на способах изменения нежелательного поведения одного члена семьи, Стюарт занимался тем, как можно увеличить взаимообмен позитивным поведением, применяя принцип *реципрокности*.

В своих первых работах Стюарт (1969) перенес оперантные принципы, которые использовались для изменения поведения детей, на супружеские пары, испытывающие дистресс. Он применил парадигму реципрокного подкрепления, при которой супруги учились: (а) перечислять те виды поведения, которые они хотели получить друг от друга; (б) отмечать частоту, с которой супруг демонстрировал желаемое поведение; и (в) определять то, на что будет обмениваться желаемое поведение. В этой ранней работе в качестве подкрепителей использовались символические знаки, а взаимный обмен был основан на письменных контрактах.

Ранние работы по поведенческой семейной терапии почти полностью зависели от оперантного обусловливания. Это оказалось наиболее успешным там, где поведенческие проблемы можно определить с точки зрения довольно прямолинейных обменов «стимул — реакция».

Эд Каткин (Katkin, 1978) сообщил об успехе *техники составления графика* при лечении жены, страдающей паранойей и рев-

ностью. При этом пациента просят вести точную запись проблемного поведения. Тактикой Каткина было попросить жену отмечать частоту своих иррациональных обвинений. Этот подход иллюстрирует ранние попытки подойти к семейным проблемам через лечение отдельных личностей. Он также иллюстрирует неповеденческие техники — в этом случае технику парадоксального намерения.

Другие ранние использования поведенческой терапии при лечении супружеских пар включали обучение партнеров формированию друг у друга позитивного поведения (Liberman, 1970) и анализ последствий собственного поведения, а также обучение тому, как прерывать последовательности негативных взаимодействий (Friedman, 1972). Взаимные усилия по изменению поведения приобрели еще большую структуру после начала применения поведенческих контрактов — письменных соглашений на обмен желаемым поведением (Rapaport & Harrell, 1972).

В течение 1970-х годов поведенческая семейная терапия развивалась в трех основных направлениях: родительский тренинг, поведенческая супружеская терапия и терапия сексуальных отношений. В настоящее время ведущими фигурами поведенческой супружеской терапии являются Роберт Вайсе, Ричард Стюарт, Майкл Кроуе, Ян Фалун, Норман Эпштейн и Гайола Марголин. Вайсе воспринял развитие супружеской терапии от Джеральда Паттерсона и стал особенно известен своими многочисленными исследованиями оценки и лечения супружеских разногласий.

Еще два фактора увеличили популярность и влияние поведенческой терапии. Во-первых, многие неповеденческие семейные терапевты избирательно включают в свою работу поведенческие вмешательства. Хорошим примером этого было использование Минухиным (Minuchin, Rosman & Baker, 1978) оперантного обусловливания при работе с нервной анорексией. Во-вторых, произошло сближение между моделями обусловливания типа «стимул — реакция» и когнитивными теориями (например, Mischel, 1973; Barton & Alexander, 1981; Epstein, Schlesinger & Dryden, 1988; Dattilio, 1998). Сейчас многие поведенческие терапевты начинают учитывать роль различных «внутренних» процессов, таких, как установки, мысли и чувства. *Когнитивно-поведенческая терапия* включает в себя подходы, возникшие из работ Альберта Эллиса (Albert Ellis, 1962) и Аарона Бека (Aaron Beck, 1976), которые подчеркивают необходимость изменения установки для обеспечения и поддержания изменения поведения. Среди лиде-

ров когнитивно-поведенческой семейной терапии можно назвать Дональда Баукома из Университета Северной Каролины, Нормана Эпштейна из университета штата Мэриленд и Фрэнка Даттилио, ученика Аарона Бека. Кроме того, семейная системная теория оказывает все большее воздействие на поведенческих семейных терапевтов. Джеральд Паттерсон, некогда чисто оперантный бихевиорист, изучал системную теорию с Сальвадором Минухиным; как впервые показано в статье, опубликованной в журнале «Семейный процесс» (1982), работа с сопротивлением стала главным направлением поведенческой семейной терапии; и в последних работах о состоянии этой области (например, Falloon, 1988; Dattilio, 1998) очень внимательно рассматривается динамика семейных систем.

## Теоретические положения

Центральной посылкой поведенческой терапии является то, что *поведение поддерживается его последствиями*. Из этого следует, что оно будет сопротивляться изменениям, если новое поведение не будет сопровождаться более вознаграждающими последствиями (Patterson, 1971b). Разработка последствий поведения, а также факторов, которые его выявляют, требует понимания *стимулов и подкреплений*.

Реакции обычно подразделяются на *респондентные* или *оперантные*. Респондентные реакции находятся под контролем выявления стимулов, и их последствия обычно не влияют на частоту их появления. Оперантные реакции — это виды поведения, которые не выявляются автоматически каким-то стимулом, но чье появление находится под влиянием их последствий. С точки зрения системной теории различие между респондентными и оперантными реакциями является нечетким. Оперантные реакции — это причины, а респондентные — это следствия. С линейной точки зрения это важное различие, но, когда мы думаем с точки зрения круговых причинных последовательностей, польза этого разделения пропадает. Если жена ворчит, а муж отдаляется от нее, то где причина, а где следствие? Является ли ворчание оперантным или респондентным поведением? (Каждый супруг может дать вам ответ, и оба ответа будут разными.)

Возможно, некоторые реакции нельзя принять за оперантные — совершить действие, чтобы получить что-то взамен, — просто потому, что люди не осознают подкрепляющую силу воз-

награждения. Например, хныканье обычно подкрепляется вниманием, хотя люди, дающие подкрепление, могут этого не понимать. Фактически целый ряд нежелательных видов поведения, включающих ворчание и капризы, подкрепляются вниманием. Внимание может быть неприятным, например крики, и это то, что чаще всего получает ворчливая супруга или капризничающий ребенок. Таким образом, реакции часто сохраняются в условиях, которые являются контринтуитивными.

*Подкрепление* — это последствия, которые влияют на степень проявления поведения, либо усиливая, либо ослабляя его. Последствия, которые усиливают поведение, называются *подкрепителями*, а те, которые ослабляют его, известны как *наказание*. Среди подкрепителей есть (а) *положительные подкрепители*, т. е. положительные или вознаграждающие последствия, и (б) *отрицательные подкрепители*, неприятные последствия, к которым привела реакция. Таким образом, родители могут положительно подкреплять уборку ребенком комнаты, вознаграждая его после этого, или отрицательно подкреплять его, ворча до тех пор, пока он этого не сделает.

Наказание может принимать форму (а) *аверсивного контроля*, например ругань или порка, или (б) *устранения позитивных последствий*, например принуждение стоять в углу или не выходить из дома в течение недели. Наказание и негативное подкрепление часто путают, но они имеют совершенно различный смысл.

Угасание происходит, когда за реакцией не следует никакого подкрепления. Отсутствие внимания, как многие знают, часто является лучшей реакцией на нежелательное поведение. Причина, по которой многие не доверяют этому, заключается в том, что воздержание от реакции редко приводит к *немедленному* прекращению нежелательного поведения. Это происходит потому, что большинство моделей поведения частично или периодически подкреплялось, и поэтому нужно время, чтобы их погасить.

Взаимосвязь реакции и ее последствий определяет те *вероятности*, которые управляют этой реакцией. *Схемы подкрепления* описывают отношение между реакцией и появлением последствий. Когда подкрепление происходит нерегулярно, реакция больше сопротивляется затуханию. Возможно, вы можете привести пример схемы подкрепления, имеющей такую регулярность, что даже нескольких случаев его отсутствия было бы достаточно, чтобы вы поняли, что подкрепления больше не произойдет.

Хотя очень легко понять, как можно подкрепить простые реакции, гораздо труднее научиться более сложным реакциям,

включая те, которых нет в репертуаре человека. Одним из способов добиться этого является последовательное приближение, или *формирование*. Например, родители могут сформировать у ребенка навык игры в футбол, уделяя этому внимание и высоко оценивая постепенное развитие у ребенка навыков этой игры. Нежелательное поведение также может формироваться, как в тех семьях, где дети получают внимание, только когда демонстрируют раздражительное и разрушительное поведение. (Поведение детей и непокорных супругов также может привести к формированию у других членов семьи резкого тона, если другие методы воздействия ни к чему не приводят.)

Помимо формирования, для обучения сложному поведению также используется *моделирование* (Bandura, 1969). Люди часто учатся, подражая другим, особенно если модели воспринимаются как успешные или престижные и если их поведение явно приведет к подкрепляющим последствиям (Bandura & Walters, 1963). Моделирование может использоваться терапевтом или членом семьи, который демонстрирует желательное поведение, которое затем имитируется другим членом семьи. Степень научения во время моделирования зависит от уровня внимания намеченного члена семьи, от его способности воспринимать и тренировать новое поведение и от возможности его воспроизведения. Моделирование может быть эффективным способом сократить долгий и утомительный процесс научения путем проб и ошибок. (Представьте себе, что вы пытаетесь научить кого-нибудь, как быть приятным, не показывая при этом, как это делать.)

Многим людям поведенческая терапия кажется бессмысленной и механистической. Кажется, что, говоря о «графиках подкрепления» и «контролирующем поведении», поведенческие терапевты игнорируют мысли и чувства. Хотя это, может быть, и касалось ранних бихевиористов, сегодня это далеко не так. Поведенческие терапевты все больше и больше осознают, что люди не только действуют, но думают и чувствуют, а также осознают сложности, вытекающие из простого переобучения пациентов поведению. Наиболее часто это понимание обретает форму усилий по соединению чистого бихевиоризма типа «стимул — реакция» (Skinner, 1953) и когнитивных теорий (Mahoney, 1977). Внутренние события, такие, как когниции, вербализации и чувства, сейчас признаются в качестве посредников или стимулов при контроле поведения.

Главным принципом когнитивного подхода является то, что толкование поведения других людей сильно влияет на нашу ре-

акцию. Среди самых беспокойных *автоматических мыслей* находятся те, которые основаны на *произвольных выводах*, т. е. искаженных убеждениях, сформированных, в свою очередь, очень схематично и являющихся ключевыми представлениями о мире и том, как он действует. Эти убеждения создают большие проблемы, так как, пока они не осознаются, они оказывают влияние на то, как мы общаемся и реагируем друг на друга.

Когда поведенческие терапевты переключили свое внимание с отдельных изолированных личностей на семейные взаимоотношения, они стали опираться на *теорию социального обмена* Тибо и Келли (Thibaut & Kelley, 1959). Согласно ей люди стремятся как можно больше увеличить «награды» и как можно больше снизить «затраты» во взаимоотношениях. В применении к супружеству эта экономика поведения дает основу для понимания взаимности, развивающейся между супругами. В успешном браке оба партнера работают над тем, чтобы довести до максимума взаимные вознаграждения, при этом сводя к минимуму затраты. В противоположность этому при несчастливом браке партнеры слишком заняты попыткой защитить себя от возможных обид, чтобы думать о том, как сделать друг друга счастливыми. Каждый человек может снизить затраты в отношениях, если будет придавать им меньше значения (например, прибегать к отчуждению) или если будет переключаться на негативное подкрепление и наказание. Как утверждают Тибо и Келли, поведенческий обмен следует норме реципрокности, так что негативная или позитивная стимуляция от одного человека обычно вызывает соответственное поведение со стороны другого. Удовольствие порождает удовольствие, а недоброжелательность приводит к недоброжелательности.

В годы своего зарождения когнитивная терапия сосредоточивалась скорее на отдельных личностях, чем на взаимоотношениях. Это отражается в ранних сообщениях о проведении поведенческой супружеской терапии, когда терапевты проводили сеансы с каждым супругом отдельно (Goldiamond, 1965) или занимались только одним из них. Например, в двух из трех случаях супружеской терапии, описанных Лазарусом (1968), терапии подвергалась только жена. Обычно женам предлагался тренинг десенсибилизации и уверенности в себе, чтобы помочь им установить более сбалансированные и эффективные взаимоотношения со своими мужьями. Другие терапевты обучали жен принципам подкрепления и угасания, чтобы они смогли видоизменить поведение своих мужей (Goldstein, 1971; Goldstein & Francis, 1969).

Когда бихевиористов призвали заняться детьми, они сразу же приступили к индивидуальной работе с ними. Позже, как и системные теоретики, они стали рассматривать и других людей из их окружения как часть единой проблемы. Но в отличие от них многие бихевиористы продолжают руководствоваться линейной точкой зрения. Поведение родителей считается причиной поведения детей. Более того, несмотря на доводы против (Gordon & Davidson, 1981; Liberman, 1970), единица анализа скорее *двоична*, чем *троична*. Внимание уделяется изменению отношений между родителем (обычно матерью) и ребенком или между супругами, при этом совсем не учитывается влияние других членов семьи. Гордон и Дэвидсон (1981) признают, что отклоняющееся поведение ребенка может быть связано с другими семейными проблемами, но предполагают, что этот факт сильно преувеличен системными теоретиками.

Клинический опыт показывает, что отклоняющееся поведение ребенка возникает в семьях и при наличии размолвок между супругами, и при отсутствии их. Одно лишь наличие проблем во взаимоотношениях супругов может быть, а может и не быть причинно связано с проблемами ребенка (с. 522).

С точки зрения системной теории, такое положение кажется наивным; авторы явно не могут признать, что в семье может не быть открытых супружеских разногласий, потому что родители перенесли их на ребенка, сформировав треугольные взаимоотношения.

## Нормальное развитие семьи

Бихевиористы преуменьшали роль прошлого в пользу анализа настоящих последствий поведения. В результате поведенческие семейные терапевты мало что могут сказать о развитии нормального или отклоняющегося от нормы поведения. Вместо этого они сосредоточиваются на текущем положении дел. Более того, большая часть описаний ими здоровых семейных отношений вытекает из наблюдений за семьями, испытывающими дистресс. Однако исследователи поведения начали непосредственно определять характеристики успешных браков (Jacobson, Waldron & Moore, 1980; Markham, 1981; Wills, Weiss & Patterson, 1974).

Согласно теории поведенческого обмена (Thibaut & Kelly,

1959), хорошими можно назвать те отношения, где получение и отдача уравновешены, иными словами, высокая степень выгоды соизмеряется с затратами. Если остановиться на этом определении, мало что можно добавить к повседневным практичным понятиям семейной удовлетворенности. Например, Вайсе и Исаак (1978) обнаружили, что привязанность, общение и забота о ребенке являются самыми важными элементами удовлетворения браком. Ранее, в одном из первых поведенческих анализов супружеской удовлетворенности, Виде, Вайсе и Паттерсон (1974) обнаружили, что наличие неудовольствия в этой связи было важнее удовольствия. Они обнаружили, что обмен неприятными реакциями уменьшал удовлетворенность браком в большей степени, чем приятные реакции повышали ее. Следовательно, хорошие отношения — это те, в которых происходит обмен приятным поведением и, что более важно, сведено до минимума неприятное поведение. Другими словами, хорошие взаимоотношения находятся под позитивным подкрепляющим контролем.

Поскольку бихевиористы сосредоточены на внешнем поведении, они обычно рассматривали преимущества семейной жизни с точки зрения очевидных и реальных событий. Поэтому они редко замечали тот факт, что бессознательные преимущества являются самыми важными источниками удовлетворения и стабильности в семейной жизни. Более того, модель поведенческого обмена может недооценивать важность оценки человеком собственной значимости. Некоторые люди могут быть удовлетворены небольшим перевесом выгоды по сравнению с затратами, потому что они не считают, что «достойны» большего. Кроме того, на оценку преимуществ собственной семейной жизни влияют предыдущие модели (особенно родители) и представления об идеальном партнере. Некоторые люди не удовлетворены, несмотря на то что их супруги ведут себя вознаграждающим образом. Возможно, для этих людей внутренние представления о том, какой «должна быть» супружеская жизнь, более важны, чем действительное поведение их партнеров. На языке теории социального научения, существует необходимость рассмотреть не только стимулы, данные другими членами семьи, но также и то, как эти стимулы воспринимаются. Уделяя больше внимания когнитивным переменным, поведенческие терапевты будут больше принимать в расчет эти идеи.

Коммуникативные навыки, т. е. способность разговаривать, особенно о своих проблемах, считаются бихевиористами наибо-



лее важным качеством хороших взаимоотношений (Gottman, Markman & Notarius, 1977; Jacobson, Waldron & Moore, 1980). (К тому же это то качество, которое четко прослеживается и легко наблюдается.) Хорошее общение увеличивает вознаграждение, которое дают отношения, тем, что ведет к эффективному стимульному контролю поведения. Оно позволяет членам семьи лучше различать проявления поведения и повышает их способность к пониманию и оказанию поддержки. Коммуникативные навыки прогнозируют уровень супружеской удовлетворенности (Markman, 1981).

Время от времени все супружеские пары попадают в конфликтные ситуации, и поэтому главным навыком поддержания семейной гармонии является навык урегулирования конфликтов (Gottman & Krokoff, 1989). Семьи, обращающиеся к психотерапевту, часто выражают желание освободиться от проблем. К сожалению, проблемы — это часть нашей жизни. Благополучные семьи не свободны от проблем, но обладают способностью справляться с ними по мере их появления. Понимая это, поведенческие терапевты выделяют в качестве критериев успешности брака наличие навыков решения проблем и способность решать конфликты (Jacobson & Margolin, 1979).

Если отношения между супругами хорошие, они могут открыто говорить о своих конфликтах. Они сосредотачиваются на проблемах и правильно их оценивают, кроме того, они обсуждают то поведение, которое их волнует. Они описывают собственные чувства и скорее просят партнера изменить что-то в своем поведении, чем просто критикуют его и жалуются. «Мне так одиноко, и я бы хотела, чтобы мы чаще ходили куда-нибудь и были вместе» — такая фраза чаще вызовет положительную реакцию, чем «Тебя никогда не волнует то, что нужно мне! Ты думаешь только о себе!». Помимо формулировки своих проблем скорее как просьбы, чем как нападения, члены благополучных семей слушают и стараются понять точку зрения друг друга.

Многие полагают, что хорошие взаимоотношения возникнут сами собой, если люди хорошо подходят друг другу и любят друг друга. Однако бихевиористы настойчиво подчеркивают необходимость развивать навыки взаимоотношений. Хорошие браки, считают они, не заключаются на небесах, а являются продуктом усвоения эффективного практического поведения. Якобсон (1981) назвал хорошими взаимоотношениями те, в которых партнеры поддерживают высокую степень вознаграждений.

Успешные супружеские пары эффективно адаптируются к требованиям повседневной близости. В частности, они усиливают подкрепления путем обновления сфер позитивного обмена. Супруги, которые полагаются лишь на ограниченное количество и разнообразие подкрепителей, вынуждены испытывать отрицательные последствия пресыщения. В результате с течением времени их взаимоотношения лишаются своей основной подкрепительной ценности. Успешные супруги справляются с этим неизбежным разрушением подкрепления путем внесения разнообразия в свои совместные действия, формирования новых общих интересов, расширения репертуара своей сексуальной жизни и развития коммуникации до такой степени, чтобы продолжать интересоваться друг друга (с. 561).

## Развитие расстройств поведения

Бихевиористы рассматривают симптомы как приобретенные реакции, которые были произвольно усвоены и подкреплены. Они не стремятся найти в них смысл и не утверждают, что конфликт между супругами приводит к возникновению проблем у детей. Вместо этого они сосредотачиваются на самих симптомах и ищут те реакции, которые подкрепляют проблемное поведение.

На первый взгляд может показаться маловероятным, что члены семьи способны подкреплять нежелательное поведение. Зачем родителям подкреплять вспышки раздражительности и капризы своего ребенка? Зачем жене усиливать отчуждение мужа, если это причиняет ей столько боли? Ответ лежит не в наличии какого-то сложного и запутанного повода для страданий, а в простом факте, что люди часто непреднамеренно подкрепляют как раз те реакции, которые причиняют им наибольшие страдания.

Естественно, легче заметить, как другие становятся причиной своих проблем. Сколько раз вы видели, как родители пугают своих детей наказанием, к которому они никогда не прибегают. И многие из нас до сих пор помнят, как наши родители не вознаградили нас за определенные навыки и достижения. Местный торговый центр, сцена американской семейной жизни, является

хорошим местом для наблюдения за тем, как измученные родители не наказывают своих детей за плохое поведение и не поощряют их за хорошее. И хотя это довольно сложно, следует понаблюдать за самим собой и посмотреть, как часто вы используете подкрепление для формирования определенного поведения у людей, составляющих ваше социальное окружение.

Также можно заметить, что «наказания» могут иметь результат, полностью противоположный тому, на что они были направлены. Рассмотрим следующий сценарий.

Пятилетняя Сэнди спокойно играет, в то время как ее отец читает газету. Через несколько минут она с шумом сбрасывает игрушки со стола. Отец отрывается от газеты и просит ее не шуметь. Спустя некоторое время она начинает петь; отец снова призывает ее вести себя тише. Наконец она поднимает такой шум, что отец отбрасывает газету, врывается в ее комнату и начинает читать ей длинную лекцию о том, как нужно играть в тишине и не беспокоить родителей.

Что может Сэнди усвоить из этого эпизода? То, что, если она будет шуметь, она привлечет внимание отца.

Родители обычно реагируют на проблемное поведение своих детей тем, что начинают их ругать и читать морали. Эти реакции могут показаться наказанием, но фактически они могут выполнять усиливающую роль, потому что внимание, даже рассерженного родителя, является мощным социальным подкрепителем (Skinner, 1953). Верность этого подтверждается разумным советом: «Не обращайтесь на это внимания, и все исчезнет само собой». Проблема в том, что многие родители испытывают трудности с игнорированием нежелательного поведения. Отметим, например, как быстро дети понимают, что определенные слова вызывают бурную реакцию. Более того, даже когда родители решают не обращать внимания на неправильное поведение, они обычно не делают этого последовательно. Это может даже ухудшить положение, поскольку *периодическое подкрепление* больше всего сопротивляется затуханию (Ferster, 1963).

Кроме поведенческих проблем, неумышленно подкрепляемых родительским вниманием, есть и другие, которые сохраняются потому, что родители не осознают, как эффективно использовать наказание. Они прибегают к угрозам, которые не выполняют; они так долго продолжают наказывать, что ребенок не связывает наказание с плохим поведением; они используют такие мягкие

наказания, что они не дают желаемого результата; или используют столь суровые наказания, что ребенок начинает испытывать страх и тревогу, вместо того чтобы научиться различению.

Системные теоретики сочли бы предыдущее обсуждение неполноценным, поскольку оно основано на линейном взгляде на причинность: дети продолжают вести себя неправильно, потому что их родители используют неэффективные возможности подкрепления. Хотя многие поведенческие семейные терапевты действительно руководствуются линейной моделью, некоторые из них попытались предложить более сложный взгляд на вещи. Например, Либерман (1972) описал семью как систему *взаимосвязанного реципрокного поведения*; Джеральд Паттерсон привел модели *реципрокного подкрепления* в семьях. Рассмотрим поведение матери и дочери в универмаге.

Маленькая девочка просит у мамы купить ей конфету, но мама отказывается. Ребенок начинает капризничать и плакать, и мама говорит: «Если ты думаешь, что я куплю тебе конфету, когда ты так себя ведешь, то ты глубоко ошибаешься!» Но ребенок капризничает все больше и больше, плача все громче и громче. Наконец измученная и рассерженная мать уступает, говоря: «Ну хорошо, если ты успокоишься, я куплю тебе печенье».

Очевидно, что ребенок получил подкрепление за то, что он прекратил капризничать. Не столь очевидно, но мать также получила подкрепление за то, что уступила, — в том, что ребенок успокоился после того как ему пообещали печенье. Таким образом, спираль нежелательного поведения сохраняется путем реципрокного подкрепления.

Поведенческие семейные терапевты описали ряд неправильных моделей подкрепления в случае семейных разногласий. Азрин, Настер и Джонс (Azrin, Naster & Jones, 1973) привели следующие причины семейных конфликтов:

1. Слишком слабое подкрепление от брака
2. Слишком мало потребностей подкрепляются супружеством
3. Супружеское подкрепление больше не приносит удовлетворения
4. Новые виды поведения не подкрепляются

5. Один супруг дает больше подкрепления, чем получает взамен
6. Супружество препятствует внебрачным источникам удовлетворения
7. Общение по поводу возможных источников удовлетворения не приносит результата
8. Аверсивный контроль превалирует над позитивным подкреплением

Использование *аверсивного контроля* часто считается решающим фактором несчастливого брака. В дисфункциональном супружестве партнеры реагируют на проблемы попыткой аверсивного контроля, т. е. руганью, плачем, отчуждением или угрозами. Редко такие супруги будут стремиться к созданию положительных альтернатив. Поэтому в результате они начинают испытывать друг к другу все более и более негативные чувства. Если кто-то криком хочет заставить вас перестать что-то делать, вы, вероятно, почувствуете расстройство и тревогу; и хотя наверняка поймете, что от вас требуется, но вряд ли захотите приложить усилия, чтобы порадовать этого человека. А может быть, и не поймете, настолько вам будет тревожно и горько.

В конфликтных браках имеется меньше вербальных и инструментальных обменов вознаграждающим поведением и больше наказывающим (Stuart, 1975). Супруги обычно реагируют на использование партнером наказания тем, что поступают точно таким же образом, и в результате возникает порочный круг (Patterson & Reid, 1970). Партнеры вступают в брак, ожидая, что получат от супружества больше вознаграждений, чем от жизни в одиночку. Брак предоставляет огромные возможности обмена вознаграждениями, и успешно функционирующие супруги получают друг от друга многие награды. Однако, когда не происходит такого обмена, система вознаграждений переключается с положительного на аверсивный контроль. Если муж не замечает щедрости жены по отношению к нему и не отвечает ей взаимностью, она вскоре начнет требовать свою долю вознаграждений. К сожалению, как заметил Вайсе (1978): «Принудительные вознаграждения, как и выпрошенные комплименты, теряют свою ценность» (с. 189).

Люди, испытывающие нарушенные взаимоотношения, часто демонстрируют плохие навыки решения проблем (Vincent, Weiss & Birchler, 1975; Weiss, Hops & Patterson, 1973). Когда они обсуждают какой-то вопрос, то часто меняют тему разговора;

они формулируют свои желания и недовольства неясно и критично; они отвечают на жалобы встречными жалобами. Следующий обмен демонстрирует уход от существа проблемы, а также взаимные жалобы и брань, столь типичные для всех проблемных браков.

«Я бы хотел поговорить о тех сладостях, которые ты постоянно даешь детям». — «Каких сладостях?! Ты обвиняешь меня, а сам постоянно что-то жуешь. А что ты делаешь для детей? Ты просто приходишь домой и начинаешь жаловаться. Почему бы тебе не оставаться на работе? Нам с детьми гораздо лучше живется без тебя».

Как утверждают Паттерсон и Райд (1970), взаимообмен также существует и в отношениях между родителями и детьми. Родители, которые отвратительно ведут себя по отношению к ребенку, получают в ответ то же самое. Это также относится и к негативному подкреплению. И дети, и родители вырабатывают модели подкрепления, которые оказывают мощное контролирующее действие. Если дети осознанно воспринимают такие зависимости, их можно назвать «манипулятивными», но чаще они столь же невнимательны к последствиям своего поведения, как и их родители.

Чаще анализ поведения указывает на недостаток подкрепления адаптивных стремлений в конфликтных семьях. Старинная поговорка «Только скрипучее колесо получает смазку», кажется, применима к таким семьям. Депрессии, головные боли и капризы обычно вызывают беспокойность и, следовательно, больше привлекают внимание, чем нормальное общественное поведение. Так как это неосознанный процесс, то члены семьи часто находятся в заблуждении относительно собственного участия в поддержании недостаточно адаптированного поведения. Поведенческие терапевты считают, что, поскольку отклоняющееся от нормы поведение является приобретенным и поддерживается теми же процессами, что и нормальное, лечить его можно непосредственно, не обращаясь к лежащим в его основе причинам.

Согласно когнитивным бихевиористам, схемы, которые порят отношения, приобретаются в процессе их развития в наших семьях. Некоторые из этих дисфункциональных убеждений являются предположениями о различии семейных ролей, а другие касаются семейных отношений в целом. Эти схемы лежат в ос-

нове наставлений, самонадеянных прогнозов, чтения мыслей, ревности и отсутствия доверия, которые могут отравить взаимоотношения тем, что искажают реакцию членов семей на реальное поведение друг друга.

## Цели терапии

Цели поведенческой терапии однозначны и немногочисленны: изменение определенных моделей поведения для устранения имеющихся симптомов. При этом мало внимания уделяется изменению систем или их росту и развитию. Считается, что изменение симптома приведет не к замене его другим, а к началу позитивного витка в поведении, и это изменение вызывается специальными техниками, предназначенными для формирования желательного альтернативного поведения.

Поведенческий семейный терапевт приспособливает лечение к каждой отдельной семье; целью является устранить нежелательное поведение или усилить позитивное поведение, как его определяет семья (Azrin, Naster & Jones, 1973). Иногда может понадобиться вновь определить цель семьи по уменьшению негативного поведения с точки зрения увеличения позитивного и несовместимого поведения (Umana, Gross & McConville, 1980) или прибегнуть скорее к интерперсональному лечению, чем к лечению, сосредоточенному на одном индивиде. Но это главным образом стратегии, направленные на решение существующей проблемы, а не более широких задач.

Супружеские пары часто ставят целью уменьшение неприемлемого поведения, но эта стратегия избегания боли только уменьшает неудовлетворенность, не увеличивая при этом положительные чувства (Weiss, 1978, с. 206).

Основными целями поведенческой терапии являются повышение степени вознаграждающих взаимодействий путем развития положительных изменений поведения, снижение степени связанности и неприемлемого контроля и обучение более эффективному коммуницированию и навыкам решения проблем (Gurman & Knudson, 1978).

Цели поведенческой терапии можно сформировать с помощью клиентов и обстановки, в которой она происходит. Поведенческая супружеская терапия, например, наиболее часто проходит в университетских обучающих клиниках, терапевтами час-

то являются выпускники, и большая часть лечения проводится на экспериментальной основе. Клиентами в таких условиях часто являются молодые и обеспеченные люди; и клиенты и терапевты имеют примерно одинаковые возраст, мировоззрение и ценности. Неудивительно, что терапия в таких условиях часто становится совместным усилием людей, которые чувствуют себя равными, и поэтому происходит равное количество обучения. В случаях поведенческой семейной терапии многие вмешательства принимают форму интерпретаций, предназначенных для развития сознательного инсайта. Например, Либерман (1972) сообщал о своей работе с супружеской парой, где жена обращала на себя внимание мужа, только когда у нее начинала болеть голова. Либерман объяснил супругам динамику этого; после этого муж начал уделять внимание ее уместному поведению как жены и матери, не обращая внимания на головную боль. Звучит просто, не правда ли?

Это лишь демонстрирует то, что поведенческие терапевты стремятся не только к снятию симптомов, но и к обучению семей навыкам и развитию понимания, чтобы они могли сами в будущем решать свои проблемы. Эта точка зрения поддерживается Робертом Вайссом (1978), который предполагает, что многие формы поведенческой семейной терапии более занимаются профилактикой, чем лечением.

## Условия для изменения поведения

Основной посылкой поведенческой терапии является то, что, если изменить вероятности подкрепления, изменится само поведение. Поведенческая семейная терапия стремится решить определенные намеченные семейные проблемы с помощью признания целей поведения, техник теории социального научения для достижения этих целей и использования социальных подкрепителей для облегчения этого процесса. Одни значимые члены семьи обучаются, чтобы воспользоваться техниками управления обстоятельствами для влияния на других членов семьи и для обеспечения правильных последствий желаемого поведения.

Критериями поведенческой семейной терапии являются (1) тщательная и детальная оценка для определения основной частоты проблемного поведения и обеспечения точной обратной



связи об успехе лечения; и (2) определенные стратегии, предназначенные для видоизменения обстоятельств подкрепления в каждой отдельной семье.

Тщательное наблюдение считается предпосылкой попытки контролировать поведение. Первой задачей терапевта является наблюдать и отмечать частоту и длительность проблемного поведения, а также предшествующие состояния стимула и последующие подкрепления. Это позволяет терапевту сконструировать индивидуальную программу тренинга.

Переход из комнаты для игр и кабинета в естественную среду дома и класса позволил поведенческим терапевтам обнаружить, что некоторые из их ранних представлений о детской агрессии были в корне ошибочными. В отличие от положений Скиннера наказание все-таки имеет долговременные последствия. Данные показывают, что подкрепление положительного поведения, например сотрудничество и уступчивость, не приводит к снижению антисоциального поведения. Применение наказания (таймаут, потеря очков) вызывает долговременное ослабление антисоциального поведения (Patterson, 1988).

Кроме того, поведенческие семейные терапевты теперь понимают, что способ подкрепления семейных проблем часто довольно сложен (Falloon, 1991). Помимо реакций подкрепления, которые следуют немедленно за определенным проблемным поведением, в его поддержании могут играть роль более слабые подкрепители. К ним может относиться молчаливое одобрение агрессивного поведения, особенно мужчинами в семье, сопровождаемое моделированием этого поведения. Порка ребенка за драки на примере демонстрирует жестокость, которую родитель хочет устранить. К тому же поведение, которое одобряется сверстниками или другими группами вне семьи, может быть, довольно трудно изменить дома, особенно если терапевт не примет этот широкий контекст во внимание.

Основным подходом в поведенческой семейной терапии является оперантное, а не классическое обусловливание (за исключением лечения сексуальных нарушений), и упор делается на изменение диадных взаимоотношений (родитель — ребенок или супруг — супруга). Это внимание к диадным отношениям отличается от триадного подхода, свойственного системным семейным терапевтам. Хотя поведенческие семейные терапевты (Liberman, 1970; Falloon & Lillie, 1988) оспаривали это различие, мы считаем, что в этом и состоит главная разница между поведенческими и неповеденческими семейными терапевтами.

Хотя в центре внимания остается изменение поведения, все больше и больше поведенческих семейных терапевтов признают роль когнитивных факторов в решении проблем взаимоотношений. В своем классическом исследовании Марголин и Вайсе (1978) впервые продемонстрировали эффективность когнитивного компонента для поведенческой супружеской терапии, сравнив лечение супругов, при котором использовался строго поведенческий подход, с группой, которая также получала когнитивный компонент. Лечение, включавшее в себя когнитивные техники реорганизации, по нескольким параметрам оказалось значительно более эффективным, чем чисто поведенческая супружеская терапия.

В течение 1980-х гг. когнитивные техники стали все более известными, когда поведенческие терапевты поняли, что прямолинейный поведенческий подход не смог обратиться к усложняющейся динамике супружеских и семейных взаимоотношений. Постепенно стало ясно, что сила поведенческой терапии заключалась в решении определенных поведенческих проблем, таких, как плохое общение или поведение отреагирования в противоположность решению более сложных проблем, поставленных динамикой дисфункциональных семей (Sanders & Dadds, 1993; Goldenberg & Goldenberg, 1991).

Когнитивный подход впервые привлек внимание как дополнение к супружеской и семейной терапии, ориентированной на поведение (Margolin, Christensen & Weiss, 1975). Помимо работы Эллиса (1977), исследование Марголина и Вайсса (1978) вызвало пристальный интерес к применению когнитивных техник к работе с дисфункциональными парами (Baucom & Epstein, 1990; Baucom & Lester, 1986; Beck, 1988; Dattilio, 1990; Dattilio & Padesky, 1990; Doherty, 1981; Ellis и др., 1989; Epstein, 1992; Finchman, Bradbury & Beach, 1990; Schindler & Vollmer, 1984; Weiss, 1984). Этот интерес к когнитивно-поведенческому подходу в супружеской терапии играет важную роль в тех событиях, которые содействуют семейным отношениям (Alexander & Parsons, 1982). Важная роль когнитивных факторов не только для определения нарушения отношений, но и для обеспечения изменения поведения стала темой особого интереса (Epstein, Schlesinger & Dryden, 1988; Alexander, 1988; Dattilio, 1993).

Хотя супружеские и семейные терапевты еще много десятилетий назад начали понимать, что когнитивные факторы очень важны для ослабления дисфункциональных отношений (Dicks,

1953), потребовалось некоторое время, чтобы познание было формально включено в качестве основного компонента лечения (Munson, 1993).

Бартон и Александер, которые называют свой подход функциональной семейной терапией (Barton & Alexander, 1981; Morris, Alexander & Waldron, 1988), указывают, что члены несчастливых семей склонны приписывать свои проблемы отрицательным качествам других членов семьи, например лени, безответственности, плохому сдерживанию импульсов. Такие взгляды препятствуют терапевтическим изменениям, поскольку облачают вину в конкретную форму, так что никто не может измениться. Такие негативные и несовершенные взгляды вызывают у членов семьи чувство ограниченной возможности контролировать собственную жизнь. В конце концов, что может сделать один человек, чтобы изменить присущие другому «лень», «безответственность» или «несдержанность»? Когнитивно-поведенческие терапевты считают, что, для того чтобы изменение поведения стало возможным, необходим атрибутивный сдвиг, но, в свою очередь, необходимо изменение поведения, чтобы подкрепить новые и более продуктивные атрибуции.

В целом бихевиористы преуменьшают «искусство» терапии, воспринимая ее скорее как техническую процедуру, зависящую в основном от применения теории научения. Некоторые ученые утверждали, что изменение произойдет, если применить имеющиеся бихевиоральные принципы независимо от личности индивида или стиля терапевта (Stuart, 1969; Hawkins, Peterson, Schweid & Bijou, 1966). Но современные поведенческие терапевты сейчас понимают, что успешное лечение требует сложных навыков и большого такта. По утверждению Яна Фаллуна (1991), оказывающий поддержку терапевтический союз, необходимый для эффективного лечения, сохраняется путем проявления уважения к семье, твердой приверженности согласованному времени, месту и фокусу терапии (это означает не переключение с родительских на супружеские проблемы без согласия на то супругов), а также путем признания того, что члены семьи делают все, что от них зависит. «Роль терапевта состоит не в борьбе с некомпетентностью этих усилий, а в облегчении их для преодоления явных недостатков и улучшения эффективности реакций членов семьи» (Falloon, 1991, с. 85). Фаллун советует терапевтам снизить конфронтацию, принуждение и критику и сосредоточиться

вместо этого на подкреплении усилий, которые предпринимают члены семьи.

Традиционно, бихевиористы мало интересовались сопротивлением, несмотря на то что системные теоретики установили, что любая постоянная социальная система противится изменениям или изнутри, или снаружи. Хотя поведенческие терапевты в последнее время признали важность сопротивления (Birchler, 1988), большинство из них обычно предполагали, что люди, обращающиеся к психотерапевту, способны проявлять рациональные, совместные усилия для изменения. Как писали Спинке и Бирчлер (Spinks & Birchler, 1982):

Большинство бихевиористов рассматривают так называемый феномен сопротивления как результат неэффективной работы со случаем, т. е. сопротивление является признаком того, что модель лечения или терапевт оказались неудачными, а не то, что клиентам свойственно сопротивляться изменениям или не изменяться (с. 172).

Когнитивно-поведенческие терапевты стали больше интересоваться сопротивлением (Birchler, 1988), но их взгляд на него отличается от взгляда системных семейных терапевтов в двух отношениях. Во-первых, они считают, что сопротивление — это скорее свойство отдельной личности, чем гомеостатическая тенденция систем. Во-вторых, они предполагают, что, хотя члены семьи могут иметь убеждения или ожидания, которые мешают изменениям, эти убеждения относительно просты, они легко пересматриваются и переоцениваются. Как только внимание сосредоточивается на интересах индивида, терапия может продолжаться. Такой счастливый оптимизм кажется немного наивным, хотя, с другой стороны, он лучше подходит для тех системных терапевтов, которые полагают, что члены семьи слепо руководствуются механистическими силами, которым они бессильны сопротивляться.

Когда в 1970-х и 1980-х гг. поведенческие семейные терапевты накопили больше опыта, они стали все чаще включать в свою работу принципы и техники системной теории. Например, Джеральд Паттерсон изучал структурную семейную терапию Минухина, а Гари Бирчлер объединил системную теорию и поведенческую супружескую терапию (Birchler & Spinks, 1980; Spinks & Birchler, 1982). По утверждению Бирчлера, непосредственная

поведенческая семейная терапия является открыто структурированной и не способна заниматься основополагающей динамикой взаимоотношений.

Важным принципом поведенческого семейного лечения является тот факт, что изменение поведения лучше достигается, когда усиливается позитивное поведение, чем когда ослабляется негативное. Хотя, как мы уже видели, для того чтобы устранить антисоциальное поведение агрессивных людей, может понадобиться прибегнуть к наказанию, поведенческие терапевты обычно пытаются свести принуждение до минимума, применяя аверсивный контроль или угасание. Считается, что большинство проблемных семей уже в избытке использует эти подходы. Поэтому только положительное подкрепление последовательно и широко используется в поведенческой семейной терапии.

Поведенческие семейные терапевты прямо организуют ситуации подкрепления в семьях, с которыми они работают, и могут сами давать подкрепление, когда члены семьи выполняют их инструкции. Как только новые виды поведения установлены, терапевты рекомендуют клиентам использовать периодическое положительное подкрепление, а затем постепенно заменить материальные подкрепления социальными. Руководствуясь таким прямым контролем, терапевты обучают членов семьи, как наблюдать и изменять их случаи подкрепления для сохранения их первоначальных достижений, используя при этом методы самоконтроля.

Теория научения, возможно, появилась из наблюдения за белыми крысами в лабораторных лабиринтах, но применение ее к работе с семьями — это совершенно другое дело. В поведенческой семейной терапии важно не делать упрощенных предположений о том, что может быть вознаграждением, а что наказанием. Вместо этого важно исследовать интерперсональные последствия поведения. Терапевт должен выяснить, что является подкрепителем для каждого человека и для каждой семьи, а не считать, что существуют универсальные подкрепители. Кроме того, целый ряд различных видов поведения может быть направлен на получение одного и того же вознаграждения. Например, ребенок может то капризничать, то хныкать, то швырять вещи, но все это будет подкрепляться родительским вниманием. Следовательно, чтобы понять, как помочь семьям измениться, терапевт должен переключить внимание с поведения на его последствия.

# Техники

## ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ТРЕНИНГ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

Большинство семейных терапевтов начинают с положения о том, что проблема заключается в семье, а не в отдельной личности, поэтому вся семья должна решать ее сообща. С другой стороны, поведенческие терапевты принимают точку зрения родителей, что проблема заключается в ребенке, и обычно встречаются только с одним родителем (легко догадаться, с каким) и ребенком, хотя некоторые поведенческие терапевты (Gordon & Davidson, 1981) рекомендуют проводить сеансы с обоими родителями и даже старшими детьми.

Клиенты также ожидают, что терапия станет неким видом обучения, и поведенческие терапевты обычно ведут себя как педагоги (Liberman, 1972). Таким образом, с самого начала поведенческие семейные терапевты используют модель, которая согласуется с типичными взглядами родителей на природу их проблем и те решения, которые принесут пользу.

Первые работы Паттерсона, Риели, Вольфа и других специалистов, занимавшихся детьми с нарушениями, сочетали в себе разнообразные обучающие программы для привития родителям поведенческих навыков. С помощью инструктажа и программных пособий родители обучались применению принципов социального научения для устранения капризов, ночного недержания мочи, аутичного поведения, гиперактивности, непослушания, фобий, агрессивного поведения и проблем с приготовлением уроков и приучением к опрятности. Преимуществом этого обучения было получение знаний о том, как подкреплять поведение при решении различных проблем. Недостатком было то, что, когда терапия сводится только к обучению, терапевты не могут вскрыть и разрешить конфликты, приводящие к сохранению проблем и вызывающие их. Кроме того, как заметили Фаллун и Лилли (1988),

большинство из этих тренингов проводилось в рабочих группах с большим количеством родителей профессионалами, обладающими ограниченными терапевтическими навыками и пониманием принципов поведенческой терапии. В ре-

результате основа поведенческой терапии — анализ поведения и оценка определенных целей — часто упускалась из виду (с. 10).

Таким образом, преимущество поведенческой терапии — быть прямым подходом с простыми стратегиями — стало недостатком в руках терапевтов, которые неверно полагали, что если принципы подкрепления просты, то и сама терапия может быть простой. Но это не так.

Поведенческие терапевты утверждают, что их отличает не столько набор техник, сколько применение экспериментальных принципов к клиническим проблемам и тщательная проверка результатов методов. Либерман (1972) выразил эту мысль, назвав тактику терапии «экспериментами по изменению поведения», и в различных работах можно найти множество поведенческих техник, а также эмпирических демонстраций их применения. Фактически поведенческий тренинг для родителей успешно применялся в работе с почти любым типом детских поведенческих проблем (Graziano, 1977; O'Dell, 1974; McCauley, 1988). Грациано (1977) разбил эти проблемы на шесть категорий: (1) соматические симптомы (припадки, проблемы с едой, приучение пользоваться туалетом); (2) комплексные синдромы (повреждение мозга, отсталость, психозы); (3) негативизм и агрессивность (гиперактивность, драки, физическое и вербальное насилие); (4) страхи и фобии (школьная фобия, боязнь громких звуков); (5) расстройства языка и речи (избирательный мутизм); (6) обычные проблемы с поведением в домашних условиях (уборка комнаты, постоянное хныканье, проблемы с одеванием).

Многочисленные техники, разработанные для решения этих проблем, можно свести в три основные категории: оперантное обусловливание, респондентное обусловливание и когнитивно-аффективные техники. На сегодняшний день самым распространенным подходом является оперантное обусловливание, когда используемые подкрепители могут быть материальными или социальными. На самом деле улыбки, похвала и внимание могут оказаться столь же эффективными, как деньги или сладости (Bandura, 1969). Оперантные техники можно, в свою очередь, подразделить на *формирование, использование символических наград, заключение взаимовыгодных контрактов, управление ситуацией и тайм-аут*. Формирование (Schwartzgebel & Kolb, 1964) состоит из подкрепления изменений небольшими шагами, которые постепенно приближаются к намеченной цели. *Использование симво-*

*лических наград* (Baer & Sherman, 1969) означает, что для поощрения ребенка за успешное поведение используется система баллов или звездочек. В этом очень популярном подходе дети получают награду после накопления большого количества символов. *Заключение взаимовыгодных контрактов* (Stuart, 1971) включает соглашение с родителями о принятии необходимых изменений вслед за изменениями, происшедшими у их детей. *Управление ситуацией* (Schwartz, 1967) заключается в использовании или прекращении использования наград и наказаний в зависимости от поведения ребенка. *Тайм-аут* (Rimm & Masters, 1974) — это наказание, при котором детей заставляют стоять в углу или отправляют в свою комнату.

Техники респондентного обусловливания включают модификацию физиологических реакций. Здесь наиболее часто используются систематическая десенсибилизация (Wolpe, 1969), тренинг уверенности в себе (Lazarus, 1971), терапия по выработке отвращения (аверсивная терапия) (Risley, 1968) и лечение сексуальных расстройств (Masters & Johnson, 1970). Большинство из них (особенно последняя) используется в первую очередь при работе со взрослыми, но также применяются для обучения родителей использованию их со своими детьми. Некоторые часто используемые когнитивно-аффективные техники включают прерывание мыслей (McGuire & Vallance, 1964), рационально-эмотивную терапию (Ellis, 1962), моделирование (Bandura, 1969), повторную атрибуцию (Kanfer & Phillips, 1970) и самомониторинг (Rimm & Masters, 1974).

Как и другие формы поведенческой семейной терапии, тренинг для родителей начинается с проведения обширного сбора данных и их оценки. Хотя сами методики отличаются в разных клиниках, большинство оценок основано на модели поведения, предложенной Канфером и Филлипсом (Kanfer & Phillips, 1970) и названной SORKC, где S означает стимул, O — состояние организма, R — намеченная реакция, а KC — природа и проявление последствий. Следующий пример иллюстрирует применение этой оценочной модели.

В случае, если родители жалуются, что их сын изводит их просьбами дать ему что-нибудь вкусненькое до еды, а потом начинает капризничать, если ему отказывают, капризы будут считаться намеченным поведением (R), состоянием организма (O) будет слабый голод или, вероятнее всего, скука. Стимулом (S) может оказаться вид печенья в вазочке,



а природой и проявлением последствий (КС), возможно, будет периодическая уступка родителей, особенно если ребенок закатывает слишком сильную истерику.

Как и любая другая полезная диагностическая схема, модель SORKC сразу же начинается с предложения различных решений. В простых случаях, таких, как описанный выше, применение этой модели является прямолинейным, но все становится гораздо сложнее в случае наличия длинных последовательностей взаимосвязанного поведения, и терапевты должны исследовать взаимное влияние поведения на каждого члена семьи. Рассмотрим следующий пример.

Супруги Дж. жаловались, что двое их маленьких детей плохо ведут себя за столом — капризничают и шумят. Наблюдение в домашних условиях показало, что, когда мать начинала кричать на детей, призывая их успокоиться, они начинали хныкать и стоять у ее стула.

При такой картине легко можно применить модель SORKC. Но представьте, что это лишь часть более сложной ситуации.

Утром супруг пытается разбудить жену любовными ласками, но она, уставшая от занятия детьми, поворачивается на другой бок и продолжает спать. Обиженный муж уходит на работу, отпуская в ее адрес ряд нелестных замечаний. Чувствуя себя отверженной, она проводит целый день, играя с детьми, чтобы успокоиться. Когда приходит время готовить ужин, она уже испытывает от них раздражение и усталость. Муж приходит домой после тяжелого рабочего дня и пытается примириться с женой, обнимая ее. Она реагирует лишь небрежно, потому что занята у плиты. В это время дети и муж стремятся привлечь ее внимание, каждый хочет что-то ей рассказать. Наконец она не выдерживает. «Разве ты не видишь, что я занята?» — кричит она мужу. Он уходит в свой кабинет и мрачно сидит там, пока обед готовится. Так же как жене трудно выразить свой гнев на детей и она переносит его на мужа, так и мужу трудно направить свой гнев на жену, и он переносит его на детей. За столом он кричит на них по малейшему поводу, а они начинают хныкать и льнут к матери. Она сажает одного на колени, а второго поглаживает по голове.

В этой длинной, но довольно типичной последовательности событий что будет стимулом, а что реакцией? Очевидно, эти понятия становятся замкнутым кругом и будут использоваться в зависимости от того, как их воспринимает наблюдатель.

Оценка в поведенческом тренинге для родителей включает определение, наблюдение и фиксирование частоты того поведения, которое должно быть изменено, а также тех событий, которые предшествуют ему и следуют за ним. Проведение интервью, обычно с матерью, позволяет определить проблему и список потенциальных подкрепителей. Наблюдения могут проводиться либо с использованием одностороннего зеркала, либо во время визита домой. Основные данные, собранные до начала терапии, могут фиксироваться либо самим терапевтом, либо членами семьи. Обычно родителей обучают выделять проблемное поведение, наблюдать и отвечать его возникновение и фиксировать частоту проявления различных событий, которые могут служить стимулами и подкрепителями.

Родителям, как правило, трудно четко определить конкретное проблемное поведение, вместо этого их жалобы строятся путем объяснения причины и следствия проблем личностными чертами ребенка. «Проблема с Джонни — это его лень — застенчивость, враждебность, гиперактивность или дерзость». Терапевты реагируют на это тем, что проверяют эти описания, соотнося их с конкретным поведением и устанавливая картину взаимоотношений между родителями и ребенком. Вопрос «Что из поступков Джонни указывает на его лень?» помогает четко выявить проблему. Когда за этим следует вопрос: «А что предпринимаете вы в ответ на его действия?», возникает картина взаимоотношений. Выяснение деталей дает информацию о частоте, интенсивности, длительности и социальных последствиях проблемного поведения. Также применяются анкеты и памятки, ориентированные на выявление поведения. Они предоставляют информацию, которая осталась не замеченной во время интервью. Конечным пунктом этой стадии оценки является выбор поведения, которое будет изменяться.

Стадия измерения и функционального анализа состоит из реального наблюдения и фиксирования намеченного поведения, а также его предпосылок и последствий. Это могут делать родители дома или терапевт в клинике, но все больше и больше это выполняется терапевтами в естественной обстановке (Arlington, Sullaway & Christensen, 1988).

На следующей стадии терапевт планирует определенный ход лечения, соответствующий потребностям данной семьи. Здесь учитываются такие факторы, как степень возможности проведения естественного контроля; наличие серьезных интерперсональных проблем у родителей, которые могут помешать их совместной работе; возможные психологические проблемы одного из родителей, которые могут препятствовать проведению тренинга; и, возможно, большая эффективность и экономичность применения других форм лечения.

Неповеденческие терапевты считают, что возможный конфликт между родителями является самым важным фактором. Бихевиористы сильно различаются по степени своего отношения к наличию родительского конфликта. Большинство преуменьшают его роль, как иллюстрирует следующее высказывание (Gordon & Davidson, 1981):

В нескольких случаях мы наблюдали родителей, чьи супружеские отношения характеризовались сильной неприязнью друг к другу, однако они сумели отложить в сторону свои расхождения и конструктивно работать вместе, чтобы помочь своему ребенку (с. 526).

Когда оценка завершена, терапевт решает, какие виды поведения следует подкрепить, а какие — преуменьшить. Для усиления поведения применяется *принцип Примака* (Premack, 1965): поведение, имеющее высокую степень вероятности (особенно приятные занятия), начинает служить в качестве подкрепителя поведения с низкой вероятностью появления. Если раньше считалось, что подкрепители должны удовлетворять какую-нибудь базисную потребность, например голод или жажду, то теперь известно, что наиболее часто выбираемые виды поведения (если предоставить широкую возможность выбора) могут служить подкрепителями того поведения, к которому прибегают реже. Следующий пример показывает, как принцип Примака может использоваться в тренинге для родителей.

Миссис П. утверждала, что она не может заставить своего пятилетнего сына Адама убирать по утрам свою комнату. Несмотря на то что она пыталась вознаграждать его сладостями, деньгами и игрушками, ничего не помогало. Функциональный анализ поведения Адама показал, что, когда ему предоставили выбор, он предпочел смотреть телевизор, ка-

таться на велосипеде и играть в луже за домом. Когда эти занятия были поставлены в зависимость от уборки комнаты, он быстро научился это делать.

Чтобы усилить желаемое поведение, использовалось большое количество материала и социальных подкрепителей, но, как демонстрирует принцип Примака, чтобы обладать эффективностью, подкрепитель должен вызывать у ребенка интерес. Хотя деньги и сладости кажутся мощными наградами, они не могут сравниться у некоторых детей с возможностью поиграть в грязи.

Когда выбрано эффективное вознаграждение, родителей обучают формировать желаемое поведение путем подкрепления последовательного приближения к конечной цели. Их также обучают постепенному повышению критериев подкрепления и немедленному подкреплению после появления желаемого поведения<sup>1</sup>. Если ребенок постоянно демонстрирует нужную реакцию, подкрепление должно стать периодическим, чтобы увеличить длительность желаемого поведения.

Интересно, что, хотя родителей учат применять к детям принципы оперантного обусловливания, поведенческие терапевты обычно не применяют эти же принципы к родителям. Вместо этого они полагаются на положение о том, что процесс тренинга является от природы подкрепляющим. Однако, как показывает приведенное ниже высказывание, есть и исключения (Rinn, 1978).

Желательно, если терапевт будет как можно более подкрепляющим (например, с помощью похвалы, улыбок, оживленного голоса) всякий раз, когда семья выполнит домашние задания и процедуры. Терапевты, которые не придают особого значения важности сбора данных, склонны подкреплять недостаточные данные, представленные членами семьи (с. 378).

Техника торможения использует условное наказание и утасание. Наиболее часто применяемой техникой ослабления поведения является *тайм-аут* от положительного подкрепления. Это означает игнорирование или изоляцию ребенка, после того как он поведет себя плохо. Такая процедура оказалась эффективной

Важность непосредственного подкрепления делает тайм-аут эффективным видом наказания, а сведение наказания лишь к нотациям является крайне неэффективным.

при решении целого ряда детских проблем (Forehand & MacDonough, 1975). Исследования показали, что наиболее действенным является перерыв на пять минут (Pendergrass, 1971). Детей сначала предупреждают, чтобы дать им шанс проконтролировать свое поведение, а затем уже применяют тайм-аут. Другими техниками ослабления поведения являются словесный упрек, игнорирование и изоляция. Самым неэффективным способом изменения поведения ребенка оказалось простое повторение команд (Forehand, Roberts, Doleys, Hobbs & Resnick, 1976). Аверсивная стимуляция условно-реактивных проявлений (LeBow, 1972) мало используется при работе с семьями, хотя она доказала свою эффективность при непосредственной работе с детьми (Jacobson & Martin, 1976).

Из-за неудобства применения подкрепления сразу после демонстрации желаемого поведения очень большую популярность получила система символических наград. За проявление желаемого поведения ребенку начисляются очки, за нежелательное поведение эти очки снимаются (Christophersen, Arnold, Hill & Quilitch, 1972). Выше описанные принципы поведенческого тренинга для родителей более четко прослеживаются в следующем примере.

\* \* \*

Двадцатипятилетняя домохозяйка и мать двоих маленьких детей, миссис Ф., пришла в клинику с жалобой на головную боль и истерики. Первое интервью показало, что она находится в подавленном состоянии, и, хотя у нее наблюдались симптомы расстройства зависимой личности, был сделан вывод, что депрессия была в основном реакцией на трудности управления детьми. Пятилетняя Сюзи была робкой, редко играла со сверстниками и часто капризничала. Восемилетний Роберт был более общительным, но плохо учился в школе. Между собой дети постоянно ссорились, и мать испытывала чувство депрессии и негодования, решая их проблемы.

Функциональный анализ поведения показал, что застенчивость Сюзи привела к тому, что она стремилась получить больше внимания от матери. Всякий раз, когда Сюзи отказывалась поиграть с другими детьми, матери приходилось тратить много времени, чтобы успокоить ее. Терапевт выбрал в качестве первой намеченной реакции не застенчивость, а социальное поведение и дал миссис Ф. указание подкреплять все усилия Сюзи по налаживанию общения и игнорировать ее, когда она избегала соци-

ального контакта. Теперь всякий раз, когда Сюзи предпринимала хотя бы малейшую попытку общения с детьми, мать немедленно вознаграждала ее вниманием и похвалой. Когда же девочка предпочитала сидеть дома, мать не обращала на нее никакого внимания и занималась собственными делами. Миссис Ф. сообщила, что Сюзи, «кажется, преодолела свою робость».

Достигнув этого начального успеха, терапевт почувствовал, что настало время помочь матери подойти к более сложной проблеме с капризами ребенка. Поскольку девочка вряд ли стала бы капризничать в клинике или когда терапевт приходил к ним домой, он попросил мать в течение недели вести учет всех случаев появления капризов. Оказалось, что обычно Сюзи начинала капризничать, когда один из родителей отказывал ей в сладостях или других прихотях, например телевизоре. Кроме того, капризы особенно часто происходили в конце дня, когда Сюзи (и ее родители) уставали. На вопрос, как родители реагировали на эти истерики, миссис Ф. ответила: «Что мы только не делали! Иногда мы пробовали не обращать на нее внимания, но это невозможно: она визжит и кричит, пока мы не сможем больше этого выносить. Иногда мы шлепаем ее или даем ей то, что она хочет, просто чтобы заставить ее замолчать. Иногда, после того как мы отшлепаем ее, она так сильно плачет, что мы позволяем ей смотреть телевизор до тех пор, пока она не успокоится. Это обычно срабатывает».

Выслушав это описание, терапевт как можно мягче объяснил, каким образом родители непреднамеренно подкрепляли истерики ребенка, и сказал им, что им придется делать, чтобы прекратить их. Супругам Ф. были даны инструкции в течение следующей недели игнорировать вспышки гнева у ребенка всякий раз, когда они происходили. Если это случалось поздно вечером, Сюзи просто укладывали спать; если она продолжала плакать и капризничать, ее оставляли одну, пока она не успокаивалась. Только после этого родители начинали разговаривать с ней и спрашивать, что случилось. На следующей неделе миссис Ф. сообщила, что истерик действительно стало меньше, кроме одной ночи, когда они приняли новый и более тревожный характер. Когда Сюзи сказали, что она не сможет посидеть подольше и посмотреть телевизор, она начала кричать и плакать, как обычно. Вместо того чтобы уступить, мать отвела девочку в комнату и велела ей лечь спать. Однако, поняв, что родители не собираются обращать на нее внимание, как они и делали раньше, Сюзи начала визжать и разбивать все вещи в своей комнате. «Это было

ужасно, она совершенно вышла из себя. Она швыряла на пол все, что попадалось ей под руку, даже разбила маленькую лампу в виде собачки, которую я ей подарила. Мы просто не знали, что делать, и в тот раз позволили ей посмотреть телевизор». Опять терапевт объяснил последствия такого поступка и сказал матери, что теперь всякий раз, когда Сюзи приступит к разрушающим действиям, родители должны держать ее до тех пор, пока она не успокоится.

На следующем сеансе миссис Ф. рассказала, как Сюзи опять «вышла из-под контроля». На этот раз, вместо того чтобы уступить, родители держали ее, как им было велено. Мать поразилась тому, насколько яростной и долгой была эта истерика. «Но мы помнили, что вы говорили, мы ни за что не должны были уступить!» Потребовалось двадцать минут, но наконец Сюзи успокоилась. Это оказалось последним случаем столь яростного поведения во время истерики. Тем не менее она продолжала время от времени выходить из себя в течение нескольких следующих недель психотерапии. По утверждению миссис Ф., те несколько капризов, которые имели место, происходили в разных местах или в условиях, отличных от обычных эпизодов дома (где, как Сюзи уже знала, подкрепления не произойдет). Например, один случай произошел в универсаме, когда ей не купили конфету. Однако к этому времени мать была абсолютно убеждена в необходимости оставить детскую истерику без подкрепления, что она и сделала. Поскольку ее смущал тот шум, который подняла ее дочь в общественном месте, она посчитала необходимым вывести ее из магазина. Но она посадила Сюзи в машину и сделала все, чтобы эта поездка не стала для девочки приятной. После этого капризы почти полностью прекратились.

Затем терапевт обратил внимание на плохую успеваемость Роберта. Внимательная оценка показала, что мальчик редко делал дома уроки и всякий раз говорил, что ему ничего не задано. Поговорив с учителем, терапевт обнаружил, что детям обычно давали задание и что они должны были делать уроки в течение получаса или часа. Миссис Ф. выбрала среди занятий сына то, что он делал чаще всего, а именно просмотр телепередач, и сделала его зависимым от выполнения Робертом домашнего задания. В течение первых нескольких недель такого распорядка мать каждый день звонила учительнице и проверяла содержание домашнего задания. Но скоро необходимость в этом отпала. Вскоре приготовление уроков вошло у Роберта в привычку, и к концу учебного года вместо двоек он стал приносить домой чет-

верки и пятерки. На этом уровне дела пошли намного лучше, и миссис Ф. почувствовала, что семья больше не нуждается в помощи.

Контрольный сеанс, проведенный осенью, показал, что дела продолжают идти хорошо. Сюзи стала более общительной и уже несколько месяцев не закатывала истерик. Роберт хорошо учился в школе, хотя начал оставлять некоторые сложные задания невыполненными. В этой связи терапевт посоветовал матери использовать систему символических наград, и через короткое время были достигнуты отличные результаты.

\* \* \*

Этот пример иллюстрирует такую форму поведенческого тренинга для родителей, при котором терапевт встречается с матерью и инструктирует ее, как использовать принципы оперантного обусловливания. Другой разновидностью является наблюдение за взаимоотношениями ребенка и родителя через одностороннее зеркало в клинике. Таким образом, терапевт может непосредственно следить за происходящим. При таком подходе родителей можно научить, как играть с детьми, как дисциплинировать их и как договариваться с ними. Иногда наблюдающий терапевт может общаться с родителями через дистанционный микрофон, так называемый «жучок в ухе».

Описанные выше техники особенно эффективны с маленькими детьми и младшими школьниками. С подростками гораздо чаще используется метод *заключения взаимовыгодных контрактов* (Alexander & Parsons, 1973; Rinn, 1978). Контракты заключаются так, чтобы каждый член семьи получил что-то посредством компромисса. Родителей и детей просят определить, какое поведение они хотели бы изменить друг у друга. Эти просьбы составляют ядро первоначального контракта. Чтобы помочь членам семьи прийти к соглашению, терапевт моделирует, подсказывает и подкрепляет: (а) четкую связь содержания и чувств; (б) четкое представление о требованиях, что, в свою очередь, приводит к (в) переговорам, когда каждый получает что-то в обмен за некоторые уступки со своей стороны.

Александр и Парсонс (1973) рекомендуют начать с легких вопросов, пока семья обучается принципам заключения контрактов. Успешность решения простых проблем усилит желание семьи перейти к решению более сложных проблем. Некоторые родители неохотно ведут переговоры со своими детьми по во-



просам, «которые они должны делать и так, без ожидания награды». Фактически такие родители правы, и им нужно помочь понять разницу между правилами (которые не обсуждаются) и привилегиями (которые можно оговорить).

Поведенческий тренинг для родителей также проводится в рамках общих тренинговых программ, которые предназначены для профилактического обучения. Содержание этих программ варьируется от общих принципов оперантного поведения до специальных техник для решения определенных проблем. Многие из этих программ включают обучение тому, как изображать намеченное поведение графически или схематически. Родителей также учат, как устанавливать и обеспечивать соблюдение правил, а также необходимости быть последовательными. Обучение использованию позитивного подкрепления включает в себя помощь родителям в повышении частоты и разнообразия применяемых подкрепителей. Помимо усиления проявлений поведения, которое дети уже демонстрируют, родителей учат развивать новые виды поведения с помощью формирования, моделирования, обучения и подсказки.

## **ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ СУПРУЖЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ**

Как и в других формах поведенческой терапии, супружеская терапия начинается с тщательной структурной оценки. Этот процесс обычно включает в себя клинические интервью, оценку определенных намеченных видов поведения и стандартные опросники оценки супругов. Наиболее широко используются Шкала супружеского приспособления Локка — Уоллеса (Locke-Wallace Marital Adjustment Scale; Locke & Wallace, 1959), состоящая из 23 пунктов, охватывающих различные аспекты супружеского удовлетворения, включая коммуникацию, сексуальные отношения, привязанность, социальные действия и ценности. Шкалы оценок используются для описания и определения количества наиболее серьезных проблем супругов. Вайсе и его коллеги из Программы супружеских исследований штата Орегон просят супругов в течение недели отмечать «приятное» и «неприятное» поведение своего партнера.

Оценки призваны отразить силу и слабость супружеских взаимоотношений и то, каким образом происходит обмен наградами и наказаниями. Оцениваются несколько навыков взаимоотно-

ношений, включая способность решать проблемы; наличие подкрепляющей ценности друг друга; умение выделять необходимые подкрепители; компетентность в вопросах секса, воспитания детей, решения финансовых проблем, распределения ролей и принятия решений.

Интервью используются для определения и разработки намеренного поведения, которое было выявлено с помощью структурной оценки. Также во время интервью предпринимаются некоторые попытки понять этиологию описываемых супругами проблем, а также обнаружить другие проблемы, помимо тех, которые отмечали сами супруги. В целом, однако, поведенческие супружеские терапевты преуменьшают роль интервью (Jacobson & Margolin, 1979) в пользу письменных опросников и прямого наблюдения за взаимоотношениями супругов. Якобсон (1981) предлагает план предварительной оценки (см. таблицу 9.1).

*Таблица 9.1. Предварительная оценка для проведения супружеской терапии*

#### **А. Сильные стороны и навыки взаимоотношений**

- Каковы основные сильные стороны данных отношений?
- Какими именно особенностями супругов можно объяснить их приверженность своему браку?
- Какими способностями обладает каждый супруг, чтобы подкреплять поведение другого?
- Какие виды поведения одного высоко оцениваются вторым?
- Какие совместные дела выполняют супруги в настоящее время?
- Каковы их общие интересы?
- Какие способности и навыки супругов позволяют решать основные задачи взаимоотношений: способность к решению проблем, оказание поддержки и понимания, способность эффективно осуществлять социальное подкрепление, их сексуальные способности, умение воспитывать детей, способность решать финансовые вопросы, выполнение домашних обязанностей, межличностные навыки взаимодействия с внесемейным окружением?

#### **Б. Существующая проблема**

- Каковы основные жалобы и как они могут быть представлены в виде конкретных поступков?

- Какие виды поведения наблюдаются слишком часто или в неподходящее время?
- В каких условиях возникают эти виды поведения?
- Какие подкрепляющие стимулы поддерживают эти виды поведения?
- Какие виды поведения наблюдаются реже, чем хотелось бы, или не проявляются в подходящее время с точки зрения каждого из супругов?
- В каких условиях каждый супруг хотел бы наблюдать такое поведение?
- Каковы последствия этих видов поведения?
- Как развивались имеющиеся на сегодняшний день проблемы?
- Имеется ли согласие по вопросу о том, кто должен принимать важные решения по различным аспектам взаимоотношений?
- Какие решения принимаются совместно, а какие в одностороннем порядке?

## **В. Секс и привязанность**

- Испытывают ли супруги физическое влечение друг к другу?
- Удовлетворены ли они качеством, интенсивностью и разнообразием своих сексуальных отношений?
- Если сексуальные отношения сейчас вызывают проблемы, то было ли время, когда они приносили взаимное удовольствие?
- Какие виды сексуального поведения являются причиной имеющейся неудовлетворенности?
- Удовлетворены ли супруги качеством и количеством не связанных с сексом физических проявлений нежности?
- Имеются ли у супругов внебрачные сексуальные отношения?
- Если да, то известно ли об этом другому супругу?
- Какова история существования внебрачных связей у супругов?

## **Г. Планы на будущее**

- Обратились ли супруги к психотерапевту с целью улучшить свои отношения, расстаться или принять решение о целесообразности сохранения отношений?
- Что побуждает каждого супруга поддерживать отношения, несмотря на имеющиеся проблемы?
- Какие шаги предпринял каждый в направлении развода?

#### **Д. Оценка социального окружения**

- Какие альтернативы имеющимся отношениям есть у каждого из супругов?
- Насколько они устраивают каждого?
- Выражает ли социальное окружение (родители, другие родственники, друзья, коллеги по работе, дети) поддержку существующим отношениям или скорее поощряет их расторжение?
- Имеются ли у кого-нибудь из детей собственные психологические проблемы?
- Каковы предполагаемые последствия развода для детей?

#### **Е. Индивидуальное функционирование каждого из супругов**

- Имеются ли у супругов серьезные эмоциональные или поведенческие проблемы?
- Имеется ли у супругов психиатрический анамнез? Какой именно?
- Обращались ли они к психотерапевту ранее, вместе или индивидуально? Что это была за терапия? Каковы результаты?
- Каков прошлый опыт поддержания близких отношений у каждого из супругов?
- В чем отличие настоящих отношений от предыдущих?

После завершения оценки поведенческий терапевт представляет супругам анализ их отношений на языке теории социального научения. При этом он делает все, чтобы подчеркнуть положительное, стремясь поддержать позитивные ожидания и возможность сотрудничества (Jacobson, 1981). Супруги склонны говорить о своих целях, используя термины отрицания, стремясь уменьшить аверсивное поведение партнера: «Я хочу, чтобы он меньше спорил со мной» или «Она слишком много ворчит». Многие испытывают трудности при описании того поведения, которое они хотят усилить у своих супругов. Чтобы помочь им в этом, некоторые терапевты (Azrin, Naster & Jones, 1973) дают им задание составить список приятных вещей, которые их партнер делает в течение недели. Анализ этих списков на последующем сеансе дает возможность подчеркнуть важность установления позитивной обратной связи.

Поскольку нарушенные супружеские отношения считаются результатом низкой степени положительного подкрепления

(Stuart, 1969; Patterson & Hops, 1972), основной стратегией поведенческой супружеской терапии является повышение позитивного контроля и уменьшение степени аверсивного контроля. Эта стратегия используется и во время общения клиентов в клинике, и в их домашних заданиях. Второй важной стратегией является улучшение коммуникации, что, в свою очередь, облегчает супругам возможность решать проблемы. Стюарт (1975) приводит пять стратегий вмешательства, которые характеризуют поведенческий подход к лечению проблемных браков. Во-первых, супругов учат выражать свои мысли ясными фразами, описывающими поведение, а не туманными критическими замечаниями. Во-вторых, их обучают новым методам поведенческого обмена, подчеркивая положительный, а не аверсивный контроль. В-третьих, супругам помогают улучшить коммуницирование между собой. В-четвертых, их поощряют устанавливать четкие и эффективные способы совместного проявления власти и принятия решений. В-пятых, супругов обучают стратегиям решения будущих проблем как средства сохранения и увеличения всего того, что было достигнуто в ходе терапии.

В начале своей работы Стюарт (1969) применял оперантный метод обмена символическими знаками в качестве вознаграждения за желаемое поведение. Таким образом, один супруг мог накопить «кредитный баланс» путем демонстрации высокой частоты поведения, желательного для других членов семьи, и потом обменять его на вознаграждающее поведение со стороны других. В дальнейшем этот подход был усовершенствован, и взаимный обмен стал основываться не на символах, а на заключении письменных контрактов. Хотя большая часть работы Стюарта посвящалась супружеским разногласиям, предложенные им взаимовыгодные контракты и принципы повышения взаимно положительного подкрепления среди членов семьи широко применялись поведенческими семейными терапевтами (Patterson, 1971b).

Методы поведенческого обмена призваны помочь супругам увеличить частоту желательного поведения. Партнерам советуют выражать свои желания и недовольства конкретными и описывающими поведение фразами. Самым типичным приемом является попросить каждого супруга перечислить три вещи, которые бы он хотел чаще получать от своего партнера. Это может создать основу для совершения сделки, иными словами, *quid pro quo*, или «услуга за услугу». Обмениваясь, таким образом, недвусмысленными похвалами, супруги подспудно учатся влиять друг на друга с помощью положительного подкрепления. Альтернатив-

ной тактикой является попросить каждого супруга подумать о том, что хотел бы получить его партнер, выполнить это и посмотреть, что случится. Вайсе и его коллеги учат супругов проводить «дни любви», когда один из них удваивает свое внимательное поведение по отношению к другому (Weiss & Birchler, 1978). Стюарт (1976) призывает супругов чередовать «дни заботы друг о друге», когда один из них всевозможными средствами демонстрирует свою заботу о другом.

Главной целью всех этих методик является помочь супругам установить *обоюдность*, или *реципрокность подкрепления*, основанную на вознаграждающем поведении вместо принуждения. Позитивный контроль, вне всяческих сомнений, является более приятным и эффективным, чем аверсивный. Однако концепция реципрокности подкрепления подразумевает симметричные взаимоотношения. Хотя такая модель может характеризовать некоторые пары, она явно не подходит для всех. Несправедливость и неравенство в браке являются самыми сложными проблемами американских семей. Мужья так же не смогут мирно договориться со своими женами о распределении обязанностей в семье, как и богатые страны никогда не будут помогать бедным по доброй воле.

Поведенческие терапевты пытаются помочь супругам самим научиться просить то, что им хочется, а не ждать, пока партнер догадается об этом. Фактически терапия стала уделять внимание не моделям подкрепления, а скорее коммуникации и решению проблем (Weiss, 1978). В отличие от некоторых других супружеских терапевтов бихевиористы подчеркивают такую коммуникацию, которая направлена скорее на соглашение, чем на выражение. Акцент всегда делается на заключение соглашений, а не на выражение чувств. Из-за этого некоторые критики (Gurman & Kniskern, 1978) полагают, что поведенческие супружеские терапевты пытаются обрывать споры и выражение гнева в стремлении к хладнокровному решению проблем. И в действительности Якобсон (1981) рекомендует супругам не пытаться решить проблему спорами, а отложить ее обсуждение на установленное время. «Супруги сообщают, что если они откладывают обсуждение проблемы, то, когда они вновь возвращаются к ней в заранее определенное время, она оказывается тривиальной» (Jacobson, 1981, с. 579). Вероятно, это правда, но, с другой стороны, такая отсрочка дает возможность супругам пересмотреть линию защиты и подавить имеющиеся чувства, а не устранить их. Гневные чувства свидетельствуют о том, что мы живы, подавить их означает ли-

шить себя энергии и, следовательно, свести на нет все взаимоотношения.

В тщательно продуманном лонгитюдном исследовании Готтман и Крокофф (Gottman & Krokoff, 1989) обнаружили, что обмен несогласиями и гневными чувствами, который часто считался деструктивным для супружеских отношений, в общем, может не приносить вреда. Хотя такие модели были связаны с непосредственным неудовлетворением, они прогнозировали улучшение супружеских отношений через три года. Защита, упрямство и уход от решения конфликта, с другой стороны, приводили к долговременному ухудшению супружеских отношений. Пассивная уступчивость может создать видимость гармонии, но она не срабатывает в конечном счете, поскольку многие доминирующие супруги внезапно обнаруживают, что их «всегда и во всем согласные» партнеры становятся «такими критичными».

Решение конфликта может вызвать беспокойство у супругов, но оно часто является важной прелюдией к выяснению и решению проблем. Гнев, сопровождающий прямое выражение неудовлетворенности, может быть болезненным, но также он может быть благотворным. Готтман и Крокофф заключают (1989): «Если жена начинает решать вопрос о своем недовольстве супружеством, факты говорят о том, что ради долговременного улучшения супружеского удовлетворения она должна сообщить мужу о причинах своего недовольства и предоставить ему возможность открыто выразить свое несогласие и гнев» (с. 51). Другими словами, конфронтация эффективна, только если она не заставляет партнера защищаться. Здесь важна не просто честность, а честность, выраженная так, что партнер может ее выдержать.

Тренинг коммуникативных навыков может проводиться в группах (Ely, Guerneu & Stover, 1973; Hickman & Baldwin, 1971; Pierce, 1973) или индивидуально. Тренинг включает инструктирование, моделирование, ролевую игру, структурированные упражнения, репетицию поведения и обратную связь (Jacobson, 1977; Patterson, Hops & Weiss, 1973; Stuart, 1976). Супругов приучают быть конкретными, формулировать свои просьбы положительными фразами, реагировать на критику непосредственно, а не встречными жалобами, говорить не о прошлом, а о настоящем и будущем, слушать не перебивая, делать как можно меньше карательных заявлений и не задавать декларативных вопросов (O'Leary & Turkewitz, 1978).

Как только супругов научат коммуницированию, которое будет способствовать решению проблем, их знакомят с принци-

пами *заключения взаимовыгодных контрактов*. Это означает изменение чего-то в своем поведении, что приведет к аналогичным действиям партнера. В поведенческой супружеской терапии существуют две формы заключения контрактов. Первая — это контракт *quid pro quo* или «услуга за услугу» (Knox, 1971; Lederer & Jackson, 1968), при котором один супруг соглашается изменить что-то после того как партнер изменит что-то в своем поведении. Каждый супруг конкретизирует желаемые изменения поведения и с помощью терапевта оговаривается контракт. В конце сеанса составляется список и подписывается каждым супругом. Как утверждают Раппапорт и Харрелл (Rappaport & Harrell, 1972), письменные соглашения действуют как справка, устраняя необходимость полагаться на память; их можно легко видоизменить, они действуют как пометки (различительные стимулы), напоминающие супругам о соглашении, и символизируют готовность партнеров к изменениям. Такой контракт может выглядеть следующим образом:

Дата \_\_\_\_\_

На этой неделе я согласен:

- (1) приходить с работы не позже 6 часов вечера
- (2) играть с детьми полчаса после ужина

Подпись мужа

В зависимости от вышеперечисленных изменений я согласна:

- (1) ходить с мужем играть в боулинг раз в неделю
- (2) не подавать на ужин еду, оставшуюся с прошлого дня

Подпись жены

Альтернативной формой заключения контракта является контракт *доброй воли*, при котором оба супруга соглашаются изменить что-то в своем поведении вне зависимости от поступков другого (Weiss, Hops & Patterson, 1973). Независимые изменения каждого супруга подкрепляются независимо. В приведенном выше примере муж, который приходит домой каждый вечер не



позже 6 часов и играет с детьми после ужина, может вознаградить себя, купив к концу недели новую рубашку, или получить награду от своей жены, которая почешет ему спину.

*Тренинг навыков решения проблем* используется для тех ситуаций, когда проблемы слишком конфликтны или сложны для простых соглашений по поведенческому обмену. Ключом к успешному решению проблем является создание установки сотрудничества. Прежде чем приступить к переговорам, проводится тщательное и конкретное определение имеющихся проблем. Только когда супруги придут к соглашению относительно определения проблемы, они смогут эффективно приступить к обсуждению ее решения. За один раз должна обсуждаться только одна проблема. Каждый супруг начинает с пересказывания того, что сказал другой, и их учат избегать выводов о причинах — особенно выводов, носящих злобный характер. Их также побуждают избегать словесных оскорблений и других аверсивных реакций. При определении проблемы наиболее эффективно начать с позитивного заявления; вместо того чтобы сказать: «Ты никогда...», супругов учат говорить: «Я ценю, когда ты... и еще я хочу, чтобы...»

Поведенческие терапевты очень активны во время этих обсуждений, обучая клиентов структурным методикам решения проблем и предоставляя обратную связь. Обсуждения часто сопровождаются замечаниями типа: «Вы только что прервали его»; «Всякий раз, когда она обращается с просьбой, вы меняете тему разговора» или «Когда вы обвинили ее в создании этой проблемы, вы оба начали спорить, вместо того чтобы обсуждать имеющийся вопрос».

Проблема, возникающая из такой активности и директивное™ поведенческих супружеских терапевтов, заключается в том, что супруги могут понять, что именно они делают не так, но у них не будет достаточно независимой практики, чтобы исправить положение. Существует реальная опасность, что такой директивный подход сделает супругов зависимыми от терапевта, который будет судить их перебранки. Чтобы избежать установления таких зависимых отношений, большинство неповеденческих семейных терапевтов не занимают центральное место в разговоре, чтобы предоставить своим клиентам независимость и самостоятельность (Minuchin, 1974; Abies & Brandsma, 1977; Guerin, Fay, Burden & Kautto, 1987). Поведенческие терапевты подчеркивают необходимость снять зависимость путем посте-

пенного ослабления лечения, так чтобы уменьшить свое влияние.

По мере того как мы вступаем в XXI век, методы, применяемые большинством поведенческих супружеских терапевтов, немного отличаются от тех, которые описывались Стюартом (1969) и Либерманом (1970). Заключение взаимовыгодных контрактов остается основой лечения, при этом повышается качество и количество взаимоприятных поступков и уменьшается частота проявлений негативной коммуникации и споров. Самым важным шагом вперед в поведенческом лечении является все большее использование и совершенствование когнитивно-поведенческих методов (Epstein, Schlesinger & Dryden, 1988; Dattilio, 1998).

Модель когнитивного вмешательства (Beck, 1976) постулирует, что связующим звеном между эмоциями и поступками являются определенные когниции. Понимание этих когниций (*убеждений, установок и ожиданий*) позволяет установить факторы, вызывающие и поддерживающие дисфункциональные эмоциональные и поведенческие модели, которые семьи приносят на терапию. «Функциональная семейная терапия» Бартон и Александра (1981) предполагает, что члены проблемных семей обычно приписывают свои сложности негативным чертам характера; и поэтому целью терапевта является предоставить им новую информацию, которая заставит их прибегнуть к новым эмоциональным и поведенческим реакциям, чтобы поддержать когнитивную согласованность. На практике это сводится к поискам и конфронтации с умозаключениями, которые сковывают людей.

## **КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПОДХОД К СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ**

Как уже упоминалось выше, когнитивная супружеская терапия развилась из поведенческого подхода, сначала как его дополнительный компонент, а потом как более полная и всесторонняя система вмешательства. То же самое произошло и с когнитивной семейной терапией. Мансон (1993) заметил, что существует по крайней мере восемнадцать разных видов когнитивной терапии, используемой различными практиками. Поэтому мы ограничим наше обсуждение теми подходами, которые предлагаются рационально-эмотивными (Ellis, 1978, 1982; DiGiuseppe & Zeeve, 1985) и когнитивно-поведенческими теориями (Beck, 1988; Wright &

Beck, 1993; Epstein, Schlesinger & Dryden, 1988; Dattilio, 1993, 1994, 1998; Teichman, 1984, 1992).

Раационально-эмотивный подход к семейной терапии, как было сформулировано Альбертом Эллисом (1978), сосредоточивается на индивидуальном восприятии и интерпретации происходящих в семье событий. Рационально-эмотивный терапевт помогает членам семьи увидеть, каким образом нелогичные убеждения и искажения служат основой их эмоционального дистресса. Предлагается «теория А-В-С», согласно которой члены семьи приписывают свои проблемы (С) определенным активирующим событиям в семье (А) и учатся искать иррациональные убеждения (В), которые затем пересматриваются. Целью является видоизменить убеждения и ожидания, поместив их на более рациональную основу (Ellis, 1978). Задачей терапевта является научить членов семьи, что эмоциональные проблемы вызываются иррациональными убеждениями и что, изменив эти обреченные на провал идеи, они могут улучшить общее качество своей семейной жизни.

Занимаясь рационально-эмотивной терапией, немного трудно отделить подход от личности ее создателя. Эллис не просто бросал вызов убеждениям своих клиентов, но и разрушал их своим влиятельным сарказмом. Необязательно имитировать резкий стиль Эллиса, чтобы воспользоваться его инсайтами. Однако справедливости ради нужно сказать, что рационально-эмотивные терапевты обычно удовлетворяются тем, что учат людей теории общих утверждений, нежели исследуют их более личные и прочно удерживаемые исходные убеждения. Не делается почти никакого упора на вскрытие «центральных схем» (более глубоких положений) или на глубинное осознание семейной системной динамики.

Когнитивно-поведенческий подход, который уделяет равное внимание когнициям и поведению, становится еще более широким и всеохватывающим, когда более детально сосредоточивается на моделях семейного взаимодействия и согласуется с элементами, взятыми из системного подхода (Epstein, Schlesinger & Dryden, 1988; Leslie, 1988). В этих рамках семейные отношения, когниции, эмоции и поведение рассматриваются как взаимно влияющие друг на друга, так что когнитивный вывод может вызвать эмоцию и поведение, а они, в свою очередь, повлиять на когницию. Тейхман (Teichman, 1992) детально описывает реципрокную модель семейных взаимоотношений, предполагая, что когниции, чувства, поведение и обратная связь окружения нахо-

дятся в постоянном взаимодействии и иногда служат для поддержания дисфункции семейной единицы.

Когнитивно-поведенческий подход к семье является последовательным и совместимым с системной теорией и включает в себя предпосылку того, что члены семьи одновременно влияют и подвергаются влиянию друг друга. Следовательно, поведение одного члена семьи вызывает поведение, когниции и эмоции у других членов, что, в свою очередь, приводит к появлению возвратных когниции, поведения и эмоций у него самого (Epstein & Schlesinger, 1996). По мере того как этот процесс завершается, растет изменчивость и непостоянство семейной динамики, что делает семью уязвимой к негативным спиралям конфликта. Если увеличивается число вовлеченных членов семьи, увеличивается сложность динамики, что дает толчок процессу эскалации. Эпштейн и Шлессингер (1991, 1996) приводят четыре способа того, как когниции, поведение и эмоции членов семьи могут взаимодействовать и приводить к критической точке:

1. Собственные когниции, поведение и эмоции человека относительно семейного взаимодействия (например, человек сам замечает, что отдаляется от остальных членов семьи)
2. Поступки отдельных членов семьи по отношению к нему
3. Совместные (и необязательно последовательные) реакции на него нескольких членов семьи
4. Характеристика отношений между другими членами семьи (например, два других члена семьи обычно поддерживают мнения друг друга)

Все это служит стимулами или комбинациями стимулов во время семейных взаимодействий и часто укореняется в семейных моделях и постоянных стилях интеракции.

Когнитивная терапия, изложенная Аароном Беком (1976), делает сильный упор на схемы, или, как это называлось по-другому, на «базисные убеждения» (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; DeRubeis & Beck, 1988). Терапевтическое вмешательство нацелено на положения, посредством которых члены семьи интерпретируют и оценивают друг друга, и на эмоции и поведение, вырабатанные в ответ на эти положения. Тогда как когнитивно-поведенческая терапия не предполагает, что все семейное поведение полностью вызывается когнитивными процессами, она подчеркивает, что когнитивная оценка играет значительную роль во

взаимоотношениях, существующих между событиями, когнциями, эмоциями и видами поведения (Epstein et al., 1988). В процессе когнитивной терапии реорганизация искаженных представлений имеет основное значение для изменения дисфункционального поведения.

Понятие схем также очень важно в применении когнитивно-поведенческой терапии к семьям. Подобно тому как люди поддерживают свои базисные убеждения о себе, своем мире и своем будущем, они поддерживают убеждения о своей семье. Некоторые когнитивно-поведенческие терапевты уделяют более сильное внимание выяснению когний между отдельными членами семьи, а также тому, что можно назвать «семейными схемами» (Dattilio, 1993, 1998). Это совместные представления о семье, сформированные в результате многих лет объединенного взаимодействия членов семейной единицы. Фрэнк Даттилио полагает, что отдельные индивиды поддерживают два отдельных набора схем о своей семье: схемы, связанные с родительской семьей, и схемы, связанные с семьей в целом. Оба типа схем оказывают огромное влияние на то, как люди думают, чувствуют и ведут себя в семейной обстановке. Эпштейн, Шлессингер и Драйден (1988) предполагают, что эти схемы являются «давними и относительно стабильными положениями, которые человек имеет об устройстве мира и о своем месте в нем» (с. 13). Швებель и Файн (1992) уточнили термин *семейных схем* в применении к семейной модели и определили его следующим образом:

Это все когний, которые имеет человек относительно собственной семейной жизни и семейной жизни в целом. В этот набор когний включаются схемы о семейной жизни, установки о том, почему те или иные события происходят в семье, представления о причинах происхождения этих событий и о том, что должно существовать внутри семейной единицы (Baucom & Epstein, 1990). Семейная схема также содержит идеи о том, какими должны быть супружеские отношения, какие проблемы следует ожидать в браке и как их нужно решать, как нужно строить и сохранять хорошую семью, какого рода ответственность должен иметь каждый член семьи, какие последствия должны возникнуть при ослаблении чувства ответственности и невыполнении ролей и какие затраты и награды должен ожидать каждый от своего супружества (с. 80).

Даттилио утверждает, что родительская семья каждого из партнеров играет ключевую роль в формировании непосредственной семейной схемы. Представления, как сознательные, так и бессознательные, усвоенные из родительской семьи, способствуют созданию общей схемы, которая, в свою очередь, приводит к развитию схемы настоящей семьи. Эта семейная схема передается и применяется при воспитании детей и, смешиваясь с личными мыслями и восприятиями окружения и жизненного опыта, претерпевает дальнейшее развитие. Семейная схема подвергается изменениям, когда во время семейной жизни происходят важные события (например, смерть, развод и т. д.), и она также продолжает развиваться в ходе обычного ежедневного опыта.

Позже такие теоретики, как Бауком (1981) и Эпштейн (1982), расширили когнитивный подход, применив его к супружеским парам и лечению супружеских разногласий. Эти авторы достигли кульминации своих исследований в книге «Когнитивно-поведенческая супружеская терапия» (Baucom & Epstein, 1990). Примерно в то же самое время Даттилио (1989) и Даттилио и Падески (Dattilio & Padesky, 1990) представили чисто когнитивный подход к супружеской терапии. Параллельно этому появились работы Эллиса и его сотрудников (1989), которые применили рационально-эмотивный подход к супружеской терапии. Бек (1988) описал свой когнитивный терапевтический подход к работе с супружескими парами в популярной книге «Любви никогда не хватает», которая представила когнитивный подход общественному мнению.

В конце 1980-х и начале 1990-х гг. когнитивно-поведенческий подход стал более широко применяться в семейной терапии. Среди первых работ, которые непосредственно обратились к этому вопросу, были книги под редакцией Эпштейна, Шлессингера и Драйдена (1988), а также небольшая работа Хьюбера и Барута (1989). Этот подход был разработан дальше в серии последовательных статей Швебеля и Файна (1992в), Даттилио (1993в, 1994в, 1997) и Тейхмана (1992). Совсем недавно Даттилио (1998) создал основной сборник историй болезней, в котором обсуждается сочетание когнитивно-поведенческих стратегий с другими формами семейной терапии супружеских пар. Эта важная работа демонстрирует совместимость когнитивно-поведенческой терапии с широким набором форм.

Когнитивно-поведенческая семейная и супружеская терапия все еще находятся в периоде становления и нуждаются в ре-

зультативных исследованиях, которые бы подтвердили их эффективность в качестве особых форм терапевтического лечения. Однако они обещают стать основными теоретическими подходами.

## ЛЕЧЕНИЕ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Введение Вольпе (1958) принципа *систематической десенсибилизации* способствовало значительному прогрессу в области лечения сексуальной дисфункции. Как утверждает Вольпе, большинство сексуальных проблем являются результатом обусловленной тревоги. Ее терапия состоит из обучения супругов во время прохождения ими серий возрастающих по своей интимности встреч, при этом избегая мыслей об эрекции или оргазме. Вторым часто оказывающимся эффективным поведенческим подходом стал *тренинг уверенности в себе* (Lazarus, 1965; Wolpe, 1958). Во время этого тренинга социально и сексуально подавленных индивидов поощряют признавать и выражать свои потребности и чувства.

Несмотря на то что эти поведенческие средства часто приносили пользу, настоящим прорывом в этой области стала публикация подхода Мастерса и Джонсона (1970). За ним последовали работы тех ученых, которые применили и расширили их основную методику (Lobitz & LoPiccolo, 1972; Kaplan, 1974, 1979).

Хотя существует различие в деталях, имеется общий подход к лечению, которому следует большинство сексопатологов. Как и во всех других поведенческих методах, первым шагом является тщательная и скрупулезная оценка. Она включает в себя полное медицинское обследование, чтобы исключить органические проблемы, и подробные интервью для определения природы дисфункции и установления целей лечения. При отсутствии органических проблем лучше поддаются терапии такие случаи, где имеется недостаток информации, дефицит техник и дефицит сексуальной коммуникации. Те, кто страдает от преждевременной эякуляции, вагинизма или отсутствия оргазма, обычно хорошо реагируют на кратковременное лечение (от пяти до двадцати сеансов); случаи неспособности к эякуляции, отсутствия эрекции и длительного отсутствия сексуального желания обычно наиболее трудны для решения (Heiman, LoPiccolo & LoPiccolo, 1981).

Вслед за Мастерсом и Джонсоном терапевты были склонны сводить сексуальные проблемы в одну категорию — тревога, ко-

торая мешала способности супружеских пар расслабиться и испытать возбуждение и оргазм. Хелен Сингер Каплан (1979) указывала, что существует три стадии сексуальной реакции и, следовательно, три типа проблем: расстройства желания, расстройства возбуждения и нарушения оргазма. Расстройства желания распределяются от «низкого уровня полового влечения» до полового отвращения. Лечение этих проблем часто достигает успеха, если клиенты настроены на лечение. Методика заключается в (а) компенсации тревоги и (б) помощи клиентам определить и подавить негативные мысли, которые мешают сексуальному желанию. Расстройства возбуждения включают в себя понижение эмоционального возбуждения и трудности в достижении и поддержании эрекции или способности к расширению и выделению смазки. При этих проблемах часто помогает сочетание техник релаксации и обучение супругов сосредоточению на физических ощущениях и ласках, а не на волнениях о том, что будет потом. Нарушения оргазма включают такие, как расстройства регуляции (например, преждевременный или задержанный), насыщенности и условий возникновения (например, некоторые испытывают оргазм только во время мастурбации). Проблемы с оргазмом могут быть либо хроническими, либо ситуативными. Преждевременная эякуляция обычно хорошо подвергается лечению; терапия отсутствия оргазма у женщин может дать хорошие результаты, если при этом женщину обучать практиковаться самостоятельно и фантазировать.

По окончании оценки клиентам объясняют ту роль, которую играет обусловленная тревога в проблемах, связанных с сексом, и им рассказывается, как она развивается и сохраняется в их сексуальных взаимоотношениях. Таким образом, инсайт и изменение установки являются основной частью терапии этого «поведения». Проблемы могут возникать не только из-за неосведомленности супругов, но и из-за несовместимости их установок по поводу секса с целями лечения. Джон Банкрофт, который использует поведенческий подход в лечении сексуальных проблем, заметил (1975), что «изменение установок является важной частью лечения, которое, к сожалению, игнорировалось поведенческими терапевтами» (с. 149). Каплан (1974) широко использует психодинамическую теорию и технику при работе со стойкостью установок. Установки можно изменить, если показать клиентам противоречия между их установками и реальностью; если искусно



поощрять изменения поведения (иногда чувства следуют за телом) и если способствовать катарсическому выражению чувств.

Хотя терапия сексуальных нарушений должна быть приспособлена для решения конкретных проблем, большинство видов лечения начинаются с *фокусирования на чувственности*. На этой фазе клиентов учат, как нужно расслабляться и получать удовольствие от прикосновений друг к другу. Им дается указание прийти домой и найти время, когда они оба будут довольно спокойны и ничто не будет отвлекать их внимание, а затем лечь в постель обнаженными. Затем они по очереди ласкают друг друга. Тот, кто получает ласки, должен расслабиться и сосредоточиться на чувстве прикосновения. Позже он должен сказать своему партнеру, какие именно прикосновения ему приятны, а какие нет. Сначала супругов учат не касаться друг друга в чувствительных областях груди и гениталий, чтобы избежать чрезмерной тревоги.

После того как они научились расслабляться и обмениваться нежными и приятными ласками, супругов поощряют быть более интимными, но останавливаться всякий раз, когда партнер начнет испытывать тревогу. Таким образом, упор на чувственность становится формой *десенсибилизации в естественных условиях*. Супруги, которые испытывают крайнюю тревогу и страх перед «занятием сексом» (что иногда сводится к нескольким лихорадочным минутам толчков и учащенного дыхания), учатся преодолевать свои страхи, постепенно делая свои взаимные ласки все более интимными. Когда тревога уменьшится, а желание возрастет, их призывают перейти к обмену все более интимными прикосновениями. В процессе этого супругов также учат общаться и говорить о том, что им нравится, а что нет. Например, женщина, вместо того чтобы терпеть что-нибудь неприятное до тех пор, пока она полностью не выйдет из себя и прекратит занятие сексом, должна научиться мягко направить своего партнера: «Нет, не так, а вот как». Сексопатологи также подчеркивают необходимость не испытывать тревоги по поводу инициации или отказа от сексуального контакта. Супругов учат, как приступать к сексу, избегая при этом двусмысленности и плохого распределения времени, что приводит к скованности, тревожности и в конечном счете страху.

После того как упражнения по выработке чувственности прошли успешно, терапевт приступает к техникам работы с определенными проблемами. У женщин наиболее обычными половыми аномалиями являются трудности оргазма (Kaplan, 1979).

Эти проблемы часто связаны с недостатком информации. Возможно, женщина и ее партнер ожидают, что она будет стабильно испытывать оргазм во время полового акта без дополнительной стимуляции клитора. У мужчин наиболее частой проблемой является преждевременная эякуляция, в ходе лечения которой прибегают к *технике сжатия* (Semans, 1956), когда женщина стимулирует пенис, пока мужчина не почувствует побуждения к эякуляции. В этот момент она плотно сжимает уздечку (в основании головки) тремя пальцами до тех пор, пока это побуждение не угаснет. Затем она возобновляет стимуляцию, пока не понадобится очередное сжатие.

Техники работы с отсутствием эрекции призваны уменьшить тревогу во время сексуальных отношений и повысить возбуждение. Они включают в себя десенсибилизацию тревожности у мужчины; обсуждения, при которых партнеры описывают свои ожидания; повышение разнообразия и длительности любовных ласк; *технику поддразнивания* (Masters & Johnson, 1970), когда женщина то начинает, то прекращает стимуляцию; и начало полового акта с того, что женщина направляет незарегистрированный пенис во влагалище.

Успешная терапия сексуальных расстройств обычно приводит к значительному улучшению сексуальной жизни супругов, но не настолько, как они представляли себе, исходя из своих фрустрированных ожиданий, которые прежде всего и были частью их проблемы. Как и в любой другой форме директивной терапии, специалисту важно постепенно уменьшить свое участие и контроль. Терапевтические успехи объединяются и возрастают, когда пересматриваются достигнутые изменения, прогнозируются будущие возможные трудности и заранее планируется, как будут разрешаться проблемы, согласно принципам, усвоенным во время лечения.

## Оценка теории и результатов терапии

Поведенческая терапия возникла и развилась из исследовательской традиции, поэтому неудивительно, что поведенческая семейная терапия является самой тщательно изучаемой формой семейного лечения. Почти все сообщения о проведении поведенческой семейной терапии сопровождаются некой оценкой

результата, и имеются сотни сообщений об успехах проведения тренинга для родителей, лечения супружеских пар и лечения сексуальных расстройств. Однако в основном изучаются отдельные случаи, как жизненные, так и экспериментальные. Они помогают обосновать эффективность поведенческого подхода к семейной жизни, но это скорее рассматривается как демонстрация работы, а не исследования. К тому же имеется множество контролируемых экспериментальных исследований поведенческой семейной терапии. Гордон и Дэвидсон (1981) подвели итог изучению эффективности поведенческого тренинга для родителей и обнаружили, что большинство мер дало положительные результаты во многих случаях. Они сообщали о сотнях документально доказанных успешных случаях решения проблем у большого количества трудных детей. Критерии оценки результата при изучении тренинга для родителей обычно основываются на подсчетах, проведенных как родителями, так и наблюдателями частоты проявления социального и отклоняющегося поведения. Исследователи обнаружили, что более обеспеченные семьи достигают значительно лучших результатов поведенческого тренинга для родителей (O'Dell, 1974). Это неудивительно, учитывая большое внимание данного подхода к обучению.

Типичным результатом является улучшение намеченного поведения; однако для ненамеченного проблемного поведения наблюдаются только незначительные изменения. Очевидно, сама постановка проблемы определяет ее решение, при этом лишь минимально затрагивается общее функционирование семьи. Более того, улучшение не распространяется из дома в другую среду, например в школу (Gurman & Kniskern, 1978). Наконец, терапевтические достижения обычно резко убывают в период после окончания лечения до проведения контрольной проверки.

Литература по бихевиоризму также содержит большое количество эмпирических исследований супружеской терапии. Они обычно проводятся во время краткого курса лечения (приблизительно девять сеансов), и наиболее обычными критериями успеха являются оценки наблюдателей и самоотчеты супругов. Гурман и Книскерн (1978) обнаружили, что шесть из семи сравнительных исследований способствовали проведению поведенческой семейной терапии. Эти результаты подтверждают эффективность такого подхода; однако, как отмечали авторы, поведенческая терапия все еще относительно не опробована на парах, имеющих серьезные супружеские проблемы. Откорректировав свое иссле-

дование, Гурман и Книскерн (1981) получили аналогичные результаты и пришли к выводу, что поведенческая супружеская терапия столь же эффективна для решения не очень серьезных супружеских проблем, сколь и небихевиоральные подходы.

Несколько исследований показали, что наиболее эффективным компонентом при любой форме супружеской терапии является улучшение коммуникативных навыков (Jacobson, 1978; Jacobson & Margolin, 1979). Исследования Якобсона явно свидетельствуют об эффективности его подхода, основанного на наблюдениях за коммуницированием супругов и их самоотчетах о достижении удовлетворенности своим браком. Либерман и его коллеги (1976) обнаружили, что в плане объективного улучшения супружеских коммуникаций поведенческая супружеская терапия, проведенная в группах, оказалась более эффективной, чем групповая супружеская терапия, ориентированная на достижение инсайта. Однако эти два подхода не отличаются в плане увеличения удовлетворенности супружескими отношениями. О'Лири и Туркевиц (1978) продемонстрировали, что методика поведенческого обмена особенно эффективна при работе с молодыми супружескими парами; более пожилые лучше реагируют на тренинг коммуникативных навыков.

Несмотря на бурный рост общественного и профессионального интереса к терапии сексуальных расстройств, все еще имеется недостаточное количество успешно проконтролированных исследований ее эффективности. В тщательном обзоре Хоган (1978) обнаружил, что большая часть работ состоит из бесконтрольного изучения клинических случаев. В этих сообщениях ведется лишь подсчет успехов и неудач, но не представлены меры до и после лечения, детальное описание техник, иные источники подтверждения, кроме терапевтов, и данные контрольной проверки. Более того, поскольку большинство из этих отчетов были сделаны одними и теми же терапевтами, невозможно определить, что же все-таки оценивается — техники терапии сексуальных расстройств или навыки этих конкретных терапевтов. Согласно более поздним сообщениям, такое положение дел не особо изменилось к 1990 г. (Crowe, 1988; Falloon & Lillie, 1988).

Наибольшие успехи в терапии сексуальных расстройств были достигнуты при лечении вагинизма, дисфункции оргазма и преждевременной эякуляции. Вагинизм — спазматическое сокращение мышц влагалища — успешно излечивался в 90—95% случаев (Fuchs et al, 1973). 85—95% женщин, никогда не испыты-

вавших оргазм, добились этого после лечения, однако если ограничиться лишь теми, кто предварительно достигал оргазма во время полового акта, то степень успешности относительно мала, от 30% до 50% (Heiman, LoPiccolo & LoPiccolo, 1981). Стабильно высока успешность лечения преждевременной эякуляции с использованием техники сжатия — 90—95%.

Среди мужчин, никогда не достигавших эрекции, степень успешности колеблется от 40% до 60%, хотя, по утверждению Майкла Кроуе (1988), эта проблема гораздо чаще, чем мы думаем, имеет медицинское объяснение. У тех, кто когда-то достигал эрекции, а потом начал испытывать трудности, степень успешности лечения достигает 60—80% (Heiman, LoPiccolo & LoPiccolo, 1981). Замедленная эякуляция и неспособность ее достижения встречаются относительно редко; следовательно, сообщений о таких случаях довольно мало. Среди них уровень успешности колеблется от 50% до 90% (Heiman, LoPiccolo & LoPiccolo, 1981). Лечение индивидов с низким уровнем интереса к сексу является относительно новым (Kaplan, 1979), но, очевидно, такие случаи хорошо поддаются лечению (LoPiccolo & LoPiccolo, 1978).

Терапия сексуальных нарушений оказывается эффективным подходом к некоторым очень волнующим проблемам. Большинство наблюдателей (Gurman & Kniskern, 1981) соглашаются, что ее следует рассматривать как альтернативное лечение при наличии явных жалоб супругов на свою сексуальную жизнь.

Кажется, что три области исследования семейного вмешательства вскоре перейдут на новую более прогрессивную ступень развития. Это детские поведенческие расстройства (Patterson, 1986; Morris, Alexander & Waldron, 1988), супружеский конфликт (Follette & Jacobson, 1988) и шизофрения среди взрослых (Falloon, 1985).

## Резюме

Хотя поведенческие терапевты начали применять свои техники при решении семейных проблем, они в основном делали это, исходя из линейной перспективы. Считается, что поведенческие проблемы вызываются дисфункциональными моделями подкрепления между родителями и детьми или между супругами. Следовательно, поведенческая семейная терапия используется для обучения родителей тому, как применить теорию научения к контролю за детьми, для помощи супругам заменить авер-

сивный контроль положительным и для декомпенсации тревожности у партнеров с сексуальными проблемами. Поведенческие семейные терапевты мало внимания уделяют комплексным или круговым семейным интеракциям.

Семейные симптомы воспринимаются как приобретенные реакции, произвольно усвоенные и подкрепленные. Лечение обычно ограничено по времени и сосредоточено на симптоме. Поведенческий подход к семьям основан на теории социального научения, которая является сложной и комплексной моделью, согласно которой поведение приобретается и поддерживается своими последствиями и может быть исправлено изменением этих последствий.

Систематический анализ бихевиористами поведения и их упорное стремление к технически надежным вмешательствам ясно дает понять, что одной личности терапевта недостаточно, чтобы помочь людям измениться. Бихевиористы не верят, что терапевтам надо быть каким-то — доброжелательным, открытым и настойчивым, — скорее они должны делать что-то. Требуется не личный стиль, а личные навыки.

Важным дополнением к теории социального научения является теория обмена Тибо и Келли, по которой люди стремятся к получению максимального вознаграждения при минимальных затратах. Социальное поведение во взаимоотношениях поддерживается высоким соотношением выгоды по сравнению с затратами и пониманием, что альтернативные отношения предлагают меньше выгоды и больше затрат (сравнительный уровень альтернатив). С этой точки зрения супружеские и семейные конфликты возникают, когда отсутствуют оптимальные усилия поддержания поведения или когда применяются дисфункциональные методы изменения поведения. В проблемных семьях реципрокность заменяется принуждением.

Основными целями поведенческой семейной терапии является повышение частоты обмена «вознаграждениями», уменьшение авersiveного обмена и обучение коммуникативным навыкам и решения проблем. К выделенному поведению применяются определенные техники; в процессе этого семьи также обучаются общим принципам управления поведением.

Внимание бихевиористов к изменению последствий проблемного поведения объясняет и сильные, и слабые стороны поведенческой семейной терапии. Сосредоточиваясь на имеющихся проблемах, бихевиористы смогли разработать поразительное множество эффективных техник. Даже такие трудно излечимые

проблемы, как делинквентное поведение у детей и серьезная половая дисфункция, смогли быть решены с помощью поведенческого подхода. С другой стороны, поведение является лишь одной частью индивида, а проблемный индивид является лишь частью семьи. Любая форма терапии должна заниматься всем человеком, который не только действует, но также думает и чувствует. Различные виды терапии могут сосредоточиться только на одной из этих трех человеческих функций (психоанализ занимается мышлением, а бихевиоризм — поведением), однако успешная терапия должна воздействовать на все три одновременно. Нельзя просто обучить людей, как измениться, если их сковывает не выявленный конфликт.

Несчастливость может быть связана с жалобами на поведение, но устранение этих жалоб может не устранить несчастливость. Терапия может успешно излечить симптом, но не помочь семье. Установки и чувства могут измениться вместе с поведением, но это необязательно. Также может быть недостаточно научиться коммуникативным навыкам, чтобы решить реальный конфликт. Членам семьи может быть мало одного только изменения поведения, если их конечная цель почувствовать себя лучше. «Да, он теперь помогает мне по дому, — может согласиться один из родителей, — но я не думаю, что он при этом испытывает большое желание. Он все равно не является частью семьи». Поведение — это не единственное, что волнует семьи, испытывающие дистресс, и, чтобы реагировать на все их потребности, терапевты должны одновременно заниматься когнитивными, эмоциональными и поведенческими вопросами.

Хотя поведенческие семейные терапевты признают необходимость видоизменить интерперсональные интеракции, они обычно ограничивают свое внимание взаимоотношениями двоих людей и склонны признавать взгляд семьи на наличие проблемы лишь одного члена (или пары). Фактически при поведенческом лечении детей не уделяется никакого внимания роли супружеских конфликтов, а поведенческие супружеские терапевты редко обсуждают роль, которую играют дети или другие члены семьи в проблемах между супругами.

Бихевиористы почти никогда не занимаются семьей в целом, они лишь уделяют внимание тем подсистемам, которые они считают центральными для намеченного поведения. К сожалению, отказ от проведения терапии со всей семьей и даже от уделения ей внимания может иметь губительные последствия. Терапевтическая программа по уменьшению агрессивности сына по отно-

шению к матери вряд ли поможет, если отец стремится поддержать эту агрессивность или если не принимаются в расчет гневные чувства отца к матери. Более того, если вся семья не вовлекается в процесс изменений, новое поведение может не получить подкрепления и не сохраниться.

Несмотря на эти недостатки, поведенческая семейная терапия разработала сильные техники для разрешения детских и супружеских проблем. Более того, ее слабости могут быть исправлены расширением фокуса осмысления и размахом лечения через включение всей семьи как системы. Хотя некоторые поведенческие терапевты могут быть не информированы о круговых интеракциях и системной структуре, польза их методики от этого не уменьшается.

Возможно, наиболее сильной стороной поведенческой терапии является ее настойчивое внимание к наблюдению за тем, что происходит, и к оценке изменений. Бихевиористы разработали множество надежных и действенных методов оценки и применили их к первоначальному анализу, планированию лечения и контролю его хода и результатов. Вторым важнейшим шагом вперед стал постепенный переход от устранения или подкрепления отдельных «выделенных» видов поведения к обучению общим когнитивным и коммуникативным навыкам, а также навыкам решения проблем. Третьим важным достижением современной поведенческой системной терапии являются модульные терапевтические вмешательства, организованные для удовлетворения конкретных и изменяющихся потребностей отдельной личности и семьи в целом.

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Barton C, and Alexander J. F. 1981. Functional family therapy. In *Handbook of family therapy*. A. S. Gurman and D. P. Kniskern. eds. New York: Brunner/Mazel.

Bornstein P., and Bornstein M. 1986. *Marital therapy: A behavioral-communications approach*. New York: Pergamon.

Dattilio F. M. 1998. *Case studies in couple and family therapy: Systemic and cognitive perspectives*. New York: Guilford Press.

Dattilio F. M., and Reinecke M. 1996. *Casebook of cognitive-behavior therapy with children and adolescents*. New York: Guilford Press.

Epstein N., Schlesinger S. E., and Dryden W. 1988. *Cognitive-behavioral therapy with families*. New York: Brunner/Mazel.



- Falloon I. R. H. 1988. *Handbook of behavioral family therapy*. New York: Guilford Press.
- Falloon I. R. H. 1991. Behavioral family therapy. In *Handbook of family therapy*, vol. II, A. S. Gurman and D. P. Kniskern, eds. New York, Brunner/Mazel.
- Gordon S. B., and Davidson N. 1981. Behavioral parent training. In *Handbook of family therapy*, A. S. Gurman and D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.
- Jacobson N. S., and Margolin G. 1979. *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner/Mazel.
- Kaplan H. S. 1979. *The new sex therapy. Active treatment of sexual dysfunctions*. New York: Brunner/Mazel.
- Masters W. H., and Johnson V. E. 1970. *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- Patterson G. R. 1971. *Families: Application of social learning theory to family life*. Champaign, IL: Research Press.
- Sanders M. R., and Dadds M. R. 1993. *Behavioral family intervention*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Stuart R. B. 1980. *Helping couples change: A social learning approach to marital therapy*. New York: Guilford Press.
- Weiss R. L. 1978. The conceptualization of marriage from a behavioral perspective. In *Marriage and marital therapy*, T. J. Paolino and B. S. McCrady, eds. Brunner/Mazel.

## ССЫЛКИ

- Abies B. S., and Brandsma S. J. 1977. *Therapy for couples*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Alexander J. E., and Barton C. 1976. Behavioral systems therapy with families. In *Treating relationships*, D. H. Olson, ed. Lake Mills, IA: Graphic Publishing.
- Alexander J. R., and Parsons, B. V. 1973. Short-term behavioral intervention with delinquent families: Impact on family process and recidivism. *Journal of Abnormal Psychology*. 51:2X9—225.
- Alexander J., and Parsons, B. V. 1982. *Functional family therapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Alexander P. 1988. The therapeutic implications of family cognitions and constructs. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2:219—236.
- Anderson C. M., and Stewart S. 1983. *Mastering resistance*. New York: Guilford Press.
- Arrington A., Sullaway M., and Christensen, A. 1988. Behav-

ioral family assessment. In *Handbook of behavioral family therapy*, I. R. H. Falloon, ed. New York: Guilford Press.

Azrin N. H., Naster J. B., and Jones, R. 1973. Reciprocity counseling: A rapid learning-based procedure for marital counseling. *Behavior Research and Therapy*. //365—383.

Baer D. M., and Sherman J. A. 1969. Reinforcement control of generalized imitation in young children. *Journal of Experimental Child Psychology*. 1:37—49.

Bancroft J. 1975. The behavioral approach to marital problems. *British Journal of Medical Psychology*. 48/147—152.

Bandura A. 1969. *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Bandura A., and Walters R. 1963. *Social learning and personality development*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Barton C., and Alexander J. F. 1975. Therapist skills in systems-behavioral family intervention: How the hell do you get them to do it? Paper presented at the annual meeting of the Orthopsychiatric Association, Atlanta.

Barton C., and Alexander J. F. 1981. Functional family therapy. In *Handbook of family therapy*, A. S. Gurman and D. P. Kniskern. eds. New York: Brunner/Mazel.

Baucom D. H. 1981. Cognitive-behavioral strategies in the treatment of marital discord. Paper presented at the annual meeting of the Association of the Advancement of Behavior Therapy, Toronto, Canada.

Baucom D. H., and Epstein N. 1990. *Cognitive-behavioral marital therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Baucom D. H., and Lester G. W. 1986. The usefulness of cognitive restructuring as an adjunct to behavioral marital therapy. *Behavior Therapy*. //7:385—403.

Beck A. T. 1976. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck A. T. 1988. *Love is never enough*. New York: Harper & Row.

Beck A. T., Rush J. A., Shaw B. F., and Emery G. 1979. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Birchler G. R. 1988. Handling resistance to change. In *Handbook of behavioral family therapy*, I. R. H. Falloon, ed. New York: Guilford Press.

Birchler G. R., and Spinks S. H. 1980. Behavioral-systems marital therapy: Integration and clinical application. *American Journal of Family Therapy*. 8:6—29.

Boardman W. K. 1962. Rusty: A brief behavior disorder. *Journal of Consulting Psychology*. 26:293—297.

Christophersen E. R., Arnold C. M., Hill D. W., and Quilitch H. R. 1972. The home point system: Token reinforcement pro-

cedures for application by parents of children with behavioral problems. *Journal of Applied Behavioral Analysis*. 5:485—497.

Crowe M. 1988. Indications for family, marital, and sexual therapy. In *Handbook of behavioral family therapy*, I. R. H. Falloon, ed. New York: Guilford Press.

Dattilio F. M. 1989. A guide to cognitive marital therapy. In *Innovations in clinical practice: A source book*. vol. 8, P. A. Keller and S. R. Heyman, eds. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

Dattilio F. M. 1990. Cognitive marital therapy: A case study. *Journal of Family Psychotherapy*. 7:15—3 Г.

Dattilio F. M. 1993. Cognitive techniques with couples and families. *The Family Journal*. 7:51—65.

Dattilio F. M. 1994. Families in crisis. In *Cognitive-behavioral strategies in crisis interventions*, F. M. Dattilio and A. Freeman, eds. New York: Guilford Press.

Dattilio F. M. 1997. Family therapy. In *Casebook of cognitive therapy*, R. Leahy, ed. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Dattilio F. M. 1998. *Case studies in couple and family therapy: systemic and cognitive perspectives*. New York: Guilford Press.

Dattilio F. M., and Padesky, C. A. 1990. *Cognitive therapy with couples*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

De Rubeis R. J., and Beck A. T. 1988. Cognitive therapy. In *Handbook of cognitive-behavioral therapies*, K. S. Dobson, ed. New York: Guilford Press.

Dicks H. 1953. Experiences with marital tensions seen in the psychological clinic. In *Clinical Studies in Marriage and the Family: A symposium on methods*. *British Journal of Medical Psychology*. 26:181 — 196.

DiGiuseppe R. 1988. A cognitive-behavioral approach to the treatment of conduct disorder in children and adolescents. In *Cognitive-behavioral therapy with families*, N. Epstein S. E. Schlesinger and W. Dryden, eds. New York: Brunner/Mazel.

DiGiuseppe R., and Zeeve C. 1985. Marriage: Rational-emotive couples counseling. In *Clinical applications of rational-emotive therapy*, A. Ellis and M. Bernard, eds. New York: Springer.

Doherty W. J. 1981. Cognitive processes in intimate conflict: 1. Extending attribution theory. *American Journal of Family Therapy*. 9:5—13.

Ellis A. 1962. *Reason and emotion in psychotherapy*, New York: Lyie Stuart.

Ellis A. 1977. The nature of disturbed marital interactions. In *Handbook of rational-emotive therapy*, A. Ellis and R. Greiger, eds. New York: Springer.

Ellis A. 1978. Family therapy: A phenomenological and active-directive approach. *Journal of Marriage and Family Counseling*. 4:43—50.

Ellis A. 1982. Rational-emotive family therapy. In *Family counseling and therapy*, A. M. Home and M. M. Ohisen, eds. Itasca, IL: Peacock.

Ellis A., Sichel J. L., Yeager R. J., DiMattia D. J., and DiGiuseppe R. 1989. *Rational emotive couples therapy*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.

Ely A. L., Guernsey B. G., and Stover L. 1973. Efficacy of the training phase of conjugal therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 10:201—207.

Epstein N. 1992. Marital Therapy. In *Comprehensive casebook of cognitive therapy*, A. Freeman and F. M. Dattilio, eds. New York: Plenum.

Epstein N. 1982. Cognitive therapy with couples. *American Journal of Family Therapy*. 10:5—16.

Epstein N., Schlesinger S. E., and Dryden W., eds. 1988. *Cognitive-behavioral therapy with families*. New York: Brunner/Mazel.

Epstein N., and Schlesinger S. E. 1991. Marital and family problems. In *Adult clinical problems: A cognitive-behavioral approach*, W. Dryden and R. Rentoul, eds. London: Routledge.

Epstein N., and Schlesinger S. E. 1996. Cognitive-behavioral treatment of family problems. In *Casebook of cognitive-behavior therapy with children and adolescents*, M. Reinecke F. M. Dattilio and A. Freeman, eds. New York: Guilford Press.

Falloon I. R. H. 1985. *Family management of schizophrenia: A study of the clinical, social, family and economic benefits*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Falloon I. R. H., ed. 1988. *Handbook of behavioral family therapy*. New York: Guilford Press.

Falloon I. R. H. 1991. Behavioral family therapy. In *Handbook of family therapy*, vol. II, A. S. Gurman and D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.

Falloon I. R. H., and Liberman R. P. 1983. Behavioral therapy for families with child management problems. In *Helping families with special problems*, M. R. Textor, ed. New York: Jason Aronson.

Falloon I. R. H., and Lillie F. J. 1988. Behavioral family therapy: An overview. In *Handbook of behavioral family therapy*, I. R. H. Falloon, ed. New York: Guilford Press.

Ferster C. B. 1963. Essentials of a science of behavior. In *An introduction to the science of human behavior*, J. I. Nurnberger, C. B. Ferster and J. P. Brady, eds. New York: Appleton-Century-Crofts.

Fincham F. D., Bradbury T. N., and Beach S. R. H. 1990. To arrive where we began: A reappraisal of cognition in marriage and in marital therapy. *Journal of Family Psychology*. 4:167—184.

Follette W. C., and Jacobson N. S. 1988. Behavioral marital

therapy in the treatment of depressive disorders. In *Handbook of behavioral family therapy*, I. R. H. Falloon, ed. New York: Guilford Press.

Forehand R., and McDonough T. S. 1975. Response-contingent time out: An examination of outcome data. *European Journal of Behavioral Analysis and Modification*. 7:109—115.

Forehand R., Roberts M. W., Doleys D. M., Hobbs S. A., and Resnick P. A. 1976. An examination of disciplinary procedures with children. *Journal of Experimental Child Psychology*. 27:109—120.

Friedman P. H. 1972. Personalistic family and marital therapy. In *Clinical behavior therapy*, A. A. Lazarus, ed. New York: Brunner/Mazel.

Fuchs K., Hoch Z., Paldi E., Abramovici H., Brandes J. M., Timor-Tritschl., and Kleinhaus M. 1973. Hypnosesensitization therapy of vaginismus: Part I. «In vitro» method. Part II. «In vivo» method. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 27:144-156.

Goldenberg I., and Goldenberg H. 1991. *Family therapy: An overview*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Goldiamond I. 1965. Self-control procedures in personal behavior problems. *Psychological Reports*. 77:851—868.

Goldstein M. K. 1971. Behavior rate change in marriages: Training wives to modify husbands' behavior. *Dissertation Abstracts International*. 32(18):559.

Goldstein M. K., and Francis B. 1969. Behavior modification of husbands by wives. Paper presented at the National Council on Family Relations, Washington, DC.

Gordon S. B., and Davidson N. 1981. Behavioral parent training. In *Handbook of family therapy*, A. S. Gurman and D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.

Gottman J., and Krokoff L. 1989. Marital interaction and satisfaction: A longitudinal view. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57:47-52.

Gottman J., Markman H., and Notarius C. 1977. The topography of marital conflict: A sequential analysis of verbal and nonverbal behavior. *Journal of Marriage and the Family*. 39:461—477.

Graziano A. M. 1977. Parents as behavior therapists. In *Progress in behavior modification*. M. Hersen, R. M. Eisler, and P. M. Miller, eds. New York: Academic Press.

Guerin P. J., Fay L., Burden S. L., and Kautto J. B. 1987. *The evaluation and treatment of marital conflict: A four-stage approach*. New York: Basic Books.

Gurman A. S., and Kniskern D. P. 1978. Research on marital and family therapy: Progress, perspective and prospect. In *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. S. L. Garfield and A. E. Bergin, eds. New York: Wiley.

Gurman A. S., and Kniskern D. P. 1981. Family therapy outcome research: Knowns and unknowns. In *Handbook of family therapy*. A. S. Gurman and D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.

Gurman A. S., and Knudson R. M. 1978. Behavioral marriage therapy: A psychodynamic-systems analysis and critique. *Family Process*. 17:121-138.

Hawkins R. P., Peterson R. F., Schweid E., and Bijou S. W. 1966. Behavior therapy in the home: Amelioration of problem parent-child relations with a parent in the therapeutic role. *Journal of Experimental Child Psychology*. 499-107.

Heiman J. R., LoPiccolo L., and LoPiccolo J. 1981. The treatment of sexual dysfunction. In *Handbook of family therapy*, A. S. Gurman and D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.

Hickman M. E., and Baldwin B. A. 1971. Use of programmed instruction to improve communication in marriage. *The Family Coordinator*. 20:121-125.

Hogan D. R. 1978. The effectiveness of sex therapy: A review of the literature. In *Handbook of sex therapy*, J. LoPiccolo and L. LoPiccolo, eds. New York: Plenum Press.

Huber C. H., and Baruth L. G. 1989. *Rational-emotive family therapy: A systems perspective*. New York: Springer.

Jacobson N. S. 1977. Problem solving and contingency contracting in the treatment of marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 45:92-100.

Jacobson N. S. 1978. Specific and nonspecific factors in the effectiveness of a behavioral approach to the treatment of marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 46:442-452.

Jacobson N. S. 1981. Behavioral marital therapy. In *Handbook of family therapy*. A. S. Gurman and D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.

Jacobson N. S., and Margolin G. 1979. *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner/Mazel.

Jacobson N. S., and Martin B. 1976. Behavioral marriage therapy: Current status. *Psychological Bulletin*, 82:540-556.

Jacobson N. S., Waldron H., and Moore D. 1980. Toward a behavioral profile of marital distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 48:670-703.

Jones M. C. 1924. A laboratory study of fear: The case of Peter. *Journal of Geriatric Psychology*. 1:308-315.

Kanfer F. H., and Phillips J. S. 1970. *Learning foundations of behavior therapy*. New York: Wiley.

Kaplan H. S. 1974. *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions*. New York: Brunner/Mazel.

Kaplan H. S. 1979. *Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Katkin E. S. 1978. Charting as a multipurpose treatment intervention in family therapy. *Family Process*. /7:465—468.

Keefe F. J., Kopel S. A., and Gordon S. B. 1978. *A practical guide to behavior assessment*. New York: Springer.

Kimmel C, and Van der Veen F. 1974. Factors of marital adjustment in Locke's Marital Adjustment Test. *Journal of Marriage and the Family*. 36:57—63.

Knox D. 1971. *Marriage happiness: A behavioral approach to counseling*. Champaign, IL: Research Press.

Lazarus A. A. 1965. The treatment of a sexual inadequate male. In *Case studies in behavior modification*, L. P. Ullmann and L. Krasner, eds. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Lazarus A. A. 1968. Behavior therapy and group marriage counseling. *Journal of the American Society of Medicine and Dentistry*. /5:49—56.

Lazarus A. A. 1971. *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill.

LeBow M. D. 1972. Behavior modification for the family. In *Family therapy: An introduction to theory and technique*, G. D. Erickson and T. P. Hogan, eds. Monterey, CA: Brooks/Cole.

Lederer W. J., and Jackson D. D. 1968. *The mirages of marriage*. New York: Norton.

Leslie L. A. 1988. Cognitive-behavioral and systems models of family therapy: How compatible are they? In *Cognitive-behavioral therapy with families*, N. Epstein S. E. Schlesinger and W. Dryden, eds. New York: Brunner/Mazel.

Lieberman R. P. 1970. Behavioral approaches to family and couple therapy. *American Journal of Orthopsychiatry*. 40:106—118.

Lieberman R. P. 1972. Behavioral approaches to family and couple therapy. In *Progress in group and family therapy*, C. J. Sager and H. S. Kaplan, eds. New York: Brunner/Mazel.

Lieberman R. P., Levine J., Wheeler E., Sanders N., and Wallace C. 1976. Experimental evaluation of marital group therapy: Behavioral vs. interaction-insight formats. *Acta Psychiatrica Scandinavia Supplement*.

Lobitz N. C, and LoPiccolo J. 1972. New methods in the behavioral treatment of sexual dysfunction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. J:265—271.

Locke H. J., and Wallace K. M. 1959. Short-term marital adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Journal of Marriage and Family Living*. 21:251—255.

LoPiccolo J., and LoPiccolo L. 1978. *Handbook of sex therapy*. New York: Plenum.

Lovibond S. H. 1963. The mechanism of conditioning treatment of enuresis. *Behavior Research and Therapy*. 1:17—21.

Madanes C. 1981. *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Mahoney M. J. 1977. Reflections on the cognitive learning trend in psychotherapy. *American Psychologist*, 32:5—13.

Margolin G., Christensen A., and Weiss R. L. 1975. Contracts, cognition and change: A behavioral approach to marriage therapy. *Counseling Psychologist*. 5:15—25.

Margolin G., and Weiss R. L. 1978. Comparative evaluation of therapeutic components associated with behavioral marital treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 46:1476—1486.

Markman H. J. 1981. Prediction of marital distress: A 5—year follow up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 49:760—762.

Masters W. H., and Johnson V. E. 1970. *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown & Co.

McCauley R. 1988. Parent training: Clinical application. In *Handbook of behavioral family therapy*. I. R. H. Falloon, ed. New York: Guilford Press.

McGuire R. I., and Valleron M. 1964. Aversion therapy by electric shock: A simple technique. *British Medical Journal*. 7:151 — 153.

Meichenbaum D. 1977. *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum.

Minuchin S. 1974. *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Minuchin S., Rosman B. L., and Baker L. 1978. *Psychosomatic families*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Mischel W. 1973. On the empirical dilemmas of psychodynamic approaches: Issues and alternatives. *Journal of Abnormal Psychology*. 82:335.

Morris S. B., Alexander J. R., and Waldron H. 1988. Functional family therapy. In *Handbook of behavioral family therapy*, I. R. H. Falloon, ed. New York: Guilford Press.

Morton T. L., Twentyman C. T., and Azar S. T. 1988. Cognitive-behavioral assessment and treatment of child abuse. In *Cognitive-behavioral therapy with families*, N. Epstein S. E. Schlesinger, and W. Dryden, eds. New York: Brunner/Mazel.

Munson C. E. 1993. Cognitive family therapy. In *Cognitive and behavioral treatment: Methods and applications*, D. K. Granvold, ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

O'Dell S. 1974. Training parents in behavior modification: A review. *Psychological Bulletin*. 81:418—433.

O'Leary K. D., O'Leary S., and Beeher W. C. 1967. Modifica-



tion of a deviant sibling interaction pattern in the home. *Behavior Research and Therapy*. 5:113-120.

O'Leary K. D., and Turkewitz H. 1978. Marital therapy from a behavioral perspective. In *Marriage and marital therapy*, T. J. Paolino and B. S. McCrady, eds. New York: Brunner/Mazel.

O'Leary K. D., and Wilson G. T. 1975. *Behavior therapy: Application and outcome*. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall.

Patterson G. R. 1971a. Behavioral intervention procedures in the classroom and in the home. In *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. A. E. Bergin and S. L. Garfield, eds. New York: Wiley.

Patterson G. R. 1971b. *Families: Application of social learning theory to family life*. Champaign. IL: Research Press.

Patterson G. R. 1986. The contribution of siblings to training for fighting; A microsocial analysis. In *Development of antisocial and prosocial behavior: Research, theories, and issues*, D. Olweus, J. Block, and M. Radke-Yarrow, eds. Orlando. FL: Academic Press.

Patterson G. R. 1988. Foreword. In *Handbook of behavioral family therapy*, I. R. H. Falloon, ed. New York: Guilford Press.

Patterson G. R., and Hops H. 1972. Coercion, a game for two. In *The experimental analysis of social behavior*, R. E. Ulrich and P. Mountjoy, eds. New York: Appleton-Century-Crofts.

Patterson G. R., Hops H., and Weiss R. L. 1973. Asocial learning approach to reducing rates of marital conflict. In *Advances in behavior therapy*, R. Stuart R. Liberman and S. Wilder, eds. New York: Academic Press.

Patterson G. R., and Reid J. 1970. Reciprocity and coercion; two facets of social systems. In *Behavior modification in clinical psychology*, C. Neuringer and J. Michael, eds. New York: Appleton-Century-Crofts.

Patterson G. R., Weiss R. L., and Hops H. 1976. Training in marital skills: Some problems and concepts. In *Handbook of behavior modification and behavior therapy*, H. Leitenberg, ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Pavlov I. P. 1932. Neuroses in man and animals. *Journal of the American Medical Association*. 99:1012-1013.

Pavlov I. P. 1934. An attempt at a physiological interpretation of obsessional neurosis and paranoia. *Journal of Mental Science*. 70:187-197.

Pendergrass V. E. 1971. Effects of length of timeout from positive reinforcement and schedule of application in suppression of aggressive behavior. *Psychological Record*. 21:75-80.

Pierce R. M. 1973. Training in interpersonal communication skills with the partners of deteriorated marriages. *The Family Coordinator*. 22:223-227.

Premack D. 1965. Reinforcement theory. In *Nebraska symposium*

*on motivation*, D. Levine, ed. Lincoln, NB: University of Nebraska Press.

Rappaport A. F., and Harrell J. A. 1972. A behavior-exchange model for marital counseling. *Family Coordinator*. 27:203—213.

Rimm D. C., and Masters J. C. 1974. *Behavior therapy: Techniques and empirical findings*. New York: Wiley.

Rinn R. C. 1978. Children with behavior disorders. In *Behavior therapy in the psychiatric setting*, M. Hersen and A. S. Bellack, eds. Baltimore: Williams & Wilkins.

Risley T. R. 1968. The effects and side effects of punishing the autistic behaviors of a deviant child. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 7:21-34.

Risley T. R., and Wolf M. M. 1967. Experimental manipulation of autistic behaviors and generalization into the home. In *Child development: Readings in experimental analysis*, S. W. Bijou and D. M. Baer, eds. New York: Appleton.

Romanczyk R. G., and Kistner J. J. 1977. The current state of the art in behavior modification. *The Psrylwtherapy Bulletin*. /7:16—30.

Sanders M. R., and Dadds M. R. 1993. *Behavioral family intervention*. Boston, MA: Allyn and Bacon.

Satir V. 1967. *Conjoint family therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavioral Books.

Schindler L., and Vollmer M. 1984. Cognitive perspectives in behavioral marital therapy: Some proposals for bridging theory, research and practice. In *Marital interaction: Analysis and modification*, K. Hahlwag and N. S. Jacobson, eds. New York: Guilford Press.

Schwebel A. I., and Fine M. A. 1992. Cognitive-behavioral family therapy. *Journal of Family Psychotherapy*. 3:73—91.

Schwitzgebel R. 1967. Short-term operant conditioning of adolescent offenders on socially relevant variables. *Journal of Abnormal Psychology*. 72:134-142.

Schwitzgebel R., and Kolb D. A. 1964. Inducing behavior change in adolescent delinquents. *Behaviour Research and Therapy*. 9:233-238.

Semans J. H. 1956. Premature ejaculation: Anew approach. *Southern Medical Journal*. 49:353—357.

Skinner B. F. 1953. *Science and human behavior*. New York: Macmillan.

Spinks S. H., and Birchler G. R. 1982. Behavior systems marital therapy: Dealing with resistance. *Family Process*. 22:169—186.

Stuart R. B. 1969. An operant-interpersonal treatment for marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 33&75—682.

Stuart R. B. 1971. Behavioral contracting within the families of

delinquents. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 21-11.

Stuart R. B. 1975. Behavioral remedies for marital ills: A guide to the use of operant-interpersonal techniques. In *International symposium on behavior modification*, T. Thompson and W. Docken, eds. New York: Appleton.

Stuart R. B. 1976. An operant interpersonal program for couples. In *Treating relationships*, D. H. Olson, ed. Lake Mills, LA: Graphic Publishing.

Teichman Y. 1984. Cognitive family therapy. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2:1—10.

Teichman Y. 1992. Family treatment with an acting-out adolescent. In *Comprehensive casebook of cognitive therapy*, A. Freeman and F. M. Dattilio, eds. New York: Plenum.

Thibaut J., and Kelley H. H. 1959. *The social psychology of groups*. New York: Wiley.

Umana R. F., Gross S. J., and McConville, M. T. 1980. *Crisis in the family: Three approaches*. New York: Gardner Press.

Vincent J. P., Weiss R. L., and Birchler G. R. 1975. A behavioral analysis of problem solving in distressed and nondistressed married and stranger dyads. *Behavior Therapy*. 6:475—487.

Watson J. B., and Raynor R. 1920. Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*. 3:1—14.

Weiss R. L. 1978. The conceptualization of marriage from a behavioral perspective. In *Marriage and marital therapy*, T. J. Paolino and B. S. McCrady, eds. New York: Brunner/Mazel.

Weiss R. L. 1984. Cognitive and strategic interventions in behavioral marital therapy. In *Marital interaction: Analysis and modification*, K. Hahlweg and N. S. Jacobson, eds. New York: Guilford Press.

Weiss R. L., and Birchler G. R. 1978. Adults with marital dysfunction. In *Behavior therapy in the psychiatric setting*, M. Hersen and A. S. Bellack, eds. Baltimore: Williams & Wilkins.

Weiss R. L., Hops H., and Patterson G. R. 1973. A framework for conceptualizing marital conflict, a technology for altering it, some data for evaluating it. In *Behavior change: Methodology, concepts and practice*, L. A. Hamerlynch, L. C. Handy, and E. J. Marsh, eds. Champaign, IL: Research Press.

Weiss R. L., and Isaac J. 1978. Behavior vs. cognitive measures as predictors of marital satisfaction. Paper presented at the Western Psychological Association meeting, Los Angeles.

Williams C. D. 1959. The elimination of tantrum behavior by extinction procedures. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 59:269.

Wills T. A., Weiss R. L., and Patterson G. R. 1974. A behavior-

ioral analysis of the determinants of marital satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 42:802—811.

Wodarski J., and Thyer B. 1989. Behavioral perspectives on the family: An overview. In *Behavioral family therapy*, B. Thyer, ed. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Wolpe J. 1948. An approach to the problem of neurosis based on the conditioned response. Unpublished M.D. thesis. University of Witwatersrand, Johannesburg, South Africa.

Wolpe J. 1958. *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Wolpe J. 1969. *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.

Wright J. H., and Beck A. T. 1993. Family cognitive therapy with inpatients: Part II. In *Cognitive therapy with inpatients: Developing a cognitive milieu*. J. H. Wright, M. E. Thase, A. T. Beck and J. W. Ludgate, eds. New York: Guilford Press.

# Часть III

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ

### Глава десятая

## СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ ВСТУПАЕТ В XXI ВЕК

В 1960—1970-х гг. терапия семейных отношений из кардинально нового эксперимента превратилась в реальную действительность, упроченную собственными журналами, конференциями и преданными последователями. В отличие от других движений, образовавшихся вокруг одной главной теории или одного новатора (психоанализ, бихевиоризм) или по профессиональному признаку (психология, психиатрия, социальная работа), семейная терапия не страдала отсутствием ведущих фигур и теорий, которые привлекали последователей из многих смежных областей.

Системноориентированные модели семейной терапии диаметрально отличались одна от другой и равно отстояли от положений как психоанализа, так и бихевиоризма (хотя и тот и другой обладали собственными представительными моделями семейной терапии). Границы между моделями были нерушимы. Если, например, вы, будучи структуралистом, встречали на конференции кого-то, кто интересовался Боуэном или Сатир, то маловероятно, чтобы ваш разговор продолжался долго.

Семейную терапию в 1970-е гг. можно уподобить автомобильной промышленности в ее лучшую пору. Точно так же как три большие автомобильные компании, состязаясь друг с другом, доминировали на мировом рынке, так и четыре или пять самых солидных моделей семейной терапии процветали, конкурируя между собой. В результате как автомобилестроители, так и школы семейной терапии проявили шовинизм и самодовольство, что типично для организаций, находящихся на подъеме, т. е. организаций, которые из-за своего преуспевания имеют мало

побудительных мотивов подвергать сомнению собственные представления или установившиеся порядки.

«Семья», в которой пыталась разобраться каждая из этих школ, почти не обладала индивидуальными чертами. Большинство описаний касались нуклеарной семьи с двумя родителями; мало внимания уделялось этническим, классовым, расовым различиям, сексуальной ориентации или семейным разновидностям (семьям с одним родителем, с приемными родителями, с отчимом или мачехой) и еще меньше — авторитарным различиям между мужчинами и женщинами в семьях.

В то время семейные терапевты считали себя экспертами, призванными преодолеть гомеостатические тенденции семей, реорганизовать их структуру или переделать так, чтобы они могли лучше понимать свои проблемы. В своем энтузиазме поисков моделей интеракции семейные терапевты часто упускали из виду личный жизненный опыт отдельных членов семьи и рассматривали выражения ими чувств как отклонения от истинных — укладывающихся в систему — положений. Как и терапевты, которые, занимаясь отдельным человеком, игнорировали семейную систему, семейные терапевты, ослепленные магией семьи, не учитывали влияния более крупных систем, таких, как общины, школы, общественные организации и институты, группы равных по положению людей, рабочие коллективы, а также упускали из виду общие проблемы нашей культуры.

## Стирание границ

В 1980-е и 1990-е гг. семейная терапия претерпела постепенную, но драматическую трансформацию, наподобие нахального подростка, полагающего, что все может и ни в ком не нуждается, но превратившегося в скромного взрослого человека, знающего пределы своих возможностей и не стесняющегося попросить других о помощи. Сегодня трудно найти терапевта, который назвал бы себя чистым структуралистом, или бихевиористом, или стратегистом. Границы между различными школами размылись. Большинство терапевтов теперь свободно заимствуют идеи из многих течений, не все из которых можно отнести к семейной терапии. Доклады на конференции будут скорее касаться не общих методик, а тех аспектов предмета обсуждения, где не существует четких границ между школами. Такие темы, как мульт-

тикультурализм, управляемая медицина или общение с неблагополучными семьями, помогают терапевтам проникнуть в тот реальный мир, с представителями которого они каждый день сталкиваются в своих тесных кабинетах.

Семейный терапевт из Филадельфии Чарльз Фишман сказал: «Много лет назад мы по привычке думали, что если мы правильно рассчитаем наше вмешательство, то сможем изменить многие семьи; мы высокомерно заявляли, что «создадим среду», необходимую для улучшения жизни семьи. Но сейчас я думаю, что мы были слишком слабы и утомлены, чтобы довести дело до конца» (цит. по Wylie, 1992). То, что терапевты не в состоянии этого сделать, особенно ясно тем, кто работает с многопроблемными городскими семьями, в которых насилие и отчаяние сильнее надежды. Когда пять или десять общественных организаций вмешиваются в жизнь семьи, а семья сталкивается с сокрушающей нищетой и расизмом, словесная терапия может показаться весьма слабым средством. Признание ограниченности своих возможностей заставило семейных терапевтов переосмыслить свою роль.

Теперь терапевты общаются с семьями не как эксперты, уверенные в своей способности решить их проблемы, а скорее как партнеры, стремящиеся мобилизовать все свои возможности. Эти возможности сдерживаются не только структурой семьи, но и упомянутыми выше общественными силами. Семейные терапевты все лучше понимают, что, будучи не в силах изменить социальные условия или даже базовую структуру семьи, они могут помочь ее членам пересмотреть убеждения, в соответствии с которыми те живут. Таким образом, способность к познанию предвещает изменение поведения. В связи с этим семейные терапевты меньше сосредоточиваются на динамике семьи и больше интересуются той системой жизненных установок, которую несет в себе каждый член семьи. Они не считают необходимым собирать всю семью и стремятся уделить внимание отдельной личности. Наука совершила полный круг: сначала проблемы отдельных личностей рассматривались как отвлекающие от темы развития семьи, теперь же они считаются ключом к переменам.

Что вызвало столь серьезный сдвиг? В какой-то мере это изменение позиции объясняется смертью или уходом на покой родоначальников старого подхода и отсутствием достойных фигур, способных их заменить. Безусловно, данная трансформация была также вызвана крепнувшим среди клиницистов осознанием

того, что схоластические модели сковывают их, заставляя чувствовать себя отдаленными от пациентов и от тех трудностей, с которыми они сталкиваются. К тому же семейная терапия оказалась одной из многих общественных наук, поставленных с ног на голову революцией постмодернизма.

## Постмодернизм

Когда в 1980-х гг. был брошен вызов предубеждениям и умолчаниям, наступила беспокойная пора в развитии данной сферы деятельности. Изменения, описанные в этой главе, происходили параллельно с изменениями во многих других областях, и в течение этого периода пошатнулись многие упрочившиеся истины. Это время скептицизма и переоценки ценностей называется эпохой постмодернизма.

Чтобы понять суть постмодернизма, нужно кое-что знать о модернизме. Модернизм возник в начале XX века как оптимистическая, прагматическая замена романтизма, предполагающего существование в мире невидимых и непознаваемых сил. Благодаря достижениям науки в начале XX века у людей создалось ощущение, что суть вещей, пока не познанная, может быть открыта с помощью объективных научных наблюдений и измерений. Мир рассматривался как механизм, работающий по законам, которые еще предстоит открыть. Таким образом, модернизм нуждался в широкомасштабных теориях (и их обобщенных изложениях), которые могли бы объяснить поведение человека. Если бы такие универсальные законы были открыты, человечество смогло бы контролировать окружающую среду, и проблемы были бы решены, потому что все и вся было бы понятно и управляемо. Эта модернистская перспектива определила подход родоначальников семейной терапии к их пациентам как к кибернетическим машинам, которые можно раскодировать и потом заново запрограммировать. Терапевт был экспертом, способным отличить «работающую» семью от «неработающей». Для поисков требовавших починки неисправностей использовались структурные и стратегические планы, применявшиеся вне зависимости от того, как видели ситуацию сами семьи. Факты, не соответствовавшие теориям, отвергались, и слишком часто терапевты доверяли своим технологиям больше, чем переживаниям пациентов.

Постмодернизм был реакцией на высокомерие модернизма. Чтобы почувствовать, что такое постмодернизм, постарайтесь



припомнить тот день, когда вы впервые поняли, что ваши родители знают не все. Неожиданно оказалось, что они предлагают мнения в качестве фактов, а кое-что просто выдумывают. Вы утратили безопасный мир, где существовала истина, которую ваши родители знали, и приобрели мир неопределенности, где не существует абсолютов и где ваша истина может оказаться ничуть не лучше какой-либо другой.

Эта постановка под сомнение авторитетов продолжается в нашей культуре на протяжении последних двух или трех десятилетий. Мы не только теряем веру в ценность научных, политических и религиозных истин, но даже начали сомневаться в возможности достижения когда-либо абсолютной истины. Это огромный сдвиг в сознании по сравнению с эпохой модерна, когда мы предполагали, что истина существует, и страстно защищали тех, кто ею владеет. Уолтер Труэтт Андерсон в книге «Реальность не такова, какой она была когда-то» (Anderson W. T., 1990) пишет: «Большинство конфликтов, раздиравших заканчивающуюся сейчас эру модерна, происходили между различными системами верований, каждая из которых претендовала на обладание истиной: одна вера против другой, капитализм против коммунизма, наука против религии. Все стороны полагали, что существует некто, обладающий подлинной реальностью, твердо установленной истиной, находящейся вне пошлых человеческих предположений» (с. 2). В семейной терапии структуральная истина противостояла психодинамической: Боуэн против Сатир.

Модернисты не только верили, что истина может быть познана, но и считали, что могут быть открыты универсальные принципы, объясняющие любое поведение человека. В этом модернисты были эссенциалистами — они заглянули внутрь явления в поисках его сущности. Попытки идентифицировать эти универсальные факторы и сущности захватили большинство областей науки — от медицины и генетики до физики и математики. Этот поиск сути вещей способствовал редуцированию времени, когда история и ее контекст игнорировались из-за убеждения, что сущность пребывает в самой вещи (Doherty, 1991).

Теория относительности Эйнштейна подорвала нашу веру в физику Ньютона. Маркс оспорил право одного класса господствовать над другим. В 1960-е гг. мы потеряли доверие к истеблишменту и, благодаря наркотикам и восточным религиям, ощутили, что существуют другие реальности, кроме тех, что доступны обыденному сознанию. Феминистское движение бросило вызов патриархальным представлениям о полах, считавшимся

законами природы. В результате сжатия мира мы предстали взорам народов различных культур, и нам пришлось пересмотреть наши соображения относительно «примитивных» и «экзотических» верований. Вместо этого мы были вынуждены взглянуть на нашу реальность всего лишь как на один из многих способов видения мира.

В 1980-х гг. скептицизм все более возрастал и становился ведущей силой, тревожащей устои всех человеческих начинаний. В литературе, юриспруденции, образовании, архитектуре, религии, политологии, искусстве и психологии общепринятые нормы были «демонтированы». Это значит, что они были представлены как общественные условности, созданные людьми под влиянием их извращенных целей и мотивов. Французский философ Мишель Фуко интерпретировал принятые во многих сферах принципы, представленные в качестве объективной реальности, как предания, увековеченные для поддержания властных структур и приглашения альтернативных мнений.

## Конструктивизм

В связи с постмодернистским положением об отсутствии реальностей представлять интерес стали только точки зрения на то, как рождаются предположения, организующие жизнь людей. Постмодернистские психологические школы задавались вопросом, как люди осмысляют свою жизнь и как они создают реальность. Одно из этих течений в психологии, называемое *конструктивизмом*, занялось семейной терапией в 80-х гг. и оказало на нее сильное влияние.

Конструктивизм оказался тем рычагом, который поколебал веру семейной терапии в объективную реальность — веру в то, что наблюдаемое нами в семьях действительно в них существует. Конструктивизм — философия, выросшая из определенных концепций нейробиологии, например из убеждения Матураны и Варелы (Maturana & Varela, 1980) в том, что живые системы являются самообслуживающимися нервными устройствами, которые могут не иметь опыта прямого общения со средой; из напоминания фон Фёрстера (von Foerster, 1981) о том, что наблюдатели оказывают воздействие на изучаемые ими системы; из «радикального конструктивизма» фон Глассерфильда (von Glasserfeld, 1984), утверждающего, что мы никогда не познаем реальный

мир, а сможем иметь только наше внутреннее представление о нем. Эти идеи были привнесены в семейную терапию Полом Вацлавиком (Watzlawick, 1984), Полом Деллом (Dell, 1985) и Линн Хоффман (Hoffman, 1985, 1988).

Конструктивизм утверждает, что реальность не существует как «мир вне нас», а, наоборот, является умственным построением наблюдателя. Для терапии это означает, что терапевты не должны считать то, что они видят в семьях, объективно реальным. Вместо этого они должны осознать, что наблюдаемое ими — результат ряда их частных предположений, касающихся людей, семей, проблем и их взаимодействия. Другими словами, мы должны быть менее уверены в ценности наших наблюдений и более тщательно изучать исходные предположения.

Эта озабоченность влиянием заранее сложившихся мнений терапевтов на их наблюдения породила усиленный интерес к системам убеждений в целом. Благодаря влиянию Бейтсона семейная терапия приняла термин *эпистемология* как синоним системы убеждений, перспективы или отображения мира (хотя данный термин, строго говоря, относится к тому разделу философии, который занимается развитием знания). Семейная терапия всегда проявляла некоторый интерес к изменению смысловых значений, как об этом свидетельствуют прежняя популярность технических приемов рефрейминга и высокая оценка использования приема «создания подходящей для работы реальности». Но эти изменения смысловых значений были первичными средствами на пути к изменению поведения, остававшемуся главной целью.

Вместо того чтобы сосредоточить внимание на схемах взаимоотношений в семье, конструктивизм обратился к исследованию и переоценке исходных посылок, которые люди нагромождали вокруг этой проблемы. Осмысление как таковое стало основной целью. Расширяя это положение, некоторые авторы предлагали отказаться от случайной ориентации на системы семьи и вместо этого заняться изучением общих систем осмысления, с прочно вкрапленными в них проблемами. К данному процессу могли бы подключиться как члены семьи, так и помощники, в том числе терапевт (Anderson, Goolishian и Winderman, 1986).

Мысль о том, что система наших понятий влияет на увиденное, может не показаться откровением студентам-философам, а в семейной терапии это было банальностью с самого начала:

Бейтсон часто цитирует высказывание Альфреда Коржибского (1942): «Карта — не территория». Но вплоть до этого философского кризиса многие структурные и стратегические семейные терапевты действовали так, словно их карты были территориями. По этой причине конструктивизм оказал глубокое влияние на клиническую теорию и практику в 80-е гг. XX века.

Одним из следствий конструктивизма является то, что он заставил терапевтов более деликатно общаться с семьями. Например, многие из уловок семейных терапевтов-структуралистов, такие, как нарушение равновесия или создание усиления, требуют высокого уровня уверенности в правильности корректирования чьих-либо установок. Если терапевт начнет колебаться, напряженность будет утеряна, и теоретически семейный гомеостаз восстановится сам собой. Если терапевт полагает, что его суждение — всего лишь один из многих семейных сюжетов, то избежать колебаний очень сложно. Линн Хоффман (1988) так описывает свою первую реакцию на конструктивизм: «Кто-то вдруг перестает понимать, как «научить» терапии, а еще меньше — как ею «заниматься». Кто-то теряет статус, а кто-то — положение эксперта» (с. 124).

Серьезное восприятие конструктивизма означает, что мы больше не можем оценивать теории по тому, насколько они соответствуют объективной реальности. Вместо этого мы способны только оценивать, как они помогают нам вписаться в наше окружение, т. е. насколько эти теории полезны, этичны и экологически чутки. Добавим еще и то, что полезная теория не обязательно должна быть была одна — таких теорий может быть много.

Такие мысли вносят нотку смирения в данный клинический трактат. Прежде чем проникнуться верой в то, что наш любимый терапевтический подход наиболее точно отражает реальность, мы начинаем рассматривать его как один из многих потенциально полезных рассказов о людях. Мы также теряем наш статус экспертов. Наши семьи-пациенты больше не являются «гомеостатическими системами со сложными родственными отношениями», а их отдельные члены перестают быть «пограничными личностями» или «взрослыми детьми алкоголиков». Напротив, эти ярлыки смотрятся как заголовки рассказов, которые мы приносим в кабинет специалиста. Наши пациенты тоже приносят свои повествования, которые могут быть в большей или меньшей степени поучительными, чем наши, но всегда в такой же мере правдивы.

## Разговорные и коллаборативные подходы

В 1980-х и 1990-х гг. несколько теоретиков преобразовали конструктивистскую философию в коллаборативный подход. Этот подход демократизировал традиционную иерархию терапевт — пациент. Харлин Андерсон и почивший Гарри Гулишиан, Линн Хоффман и Том Андерсен были едины в своем противостоянии кибернетической модели и ее механистическим выводам. Эти постмодернисты сосредоточились более на заботе, чем на лечении.

Они тщательно избегали устоявшейся методики, заключающейся в манипулировании языком, и вместо этого поддерживали сочувственные разговоры, из которых вытекали новые значения. Харлин Андерсон (1993) пишет:

Согласно этой концепции терапии, терапевт не является болтливым редактором повествования пациента и не использует язык как псевдориторический инструмент редактирования. Терапевт скорее говорит с пациентом на языке терапии, менее иерархичной, более эгалитарной, обладающей обратной связью, уважительной и человеческой, а также позволяющей терапевту почувствовать образ жизни и глубину переживаний данного человека... (с. 21).

Главной задачей этих теоретиков было сдвинуть терапевта с позиции ответственного эксперта и сформировать более равное партнерство с пациентом. Делая это, они надеялись укрепить семьи и направить терапию на совместный поиск выбора и понимания.

Поскольку эти теоретики пренебрегали техническими приемами, их подход трудно описать. Это скорее отношение, чем метод. Следовательно, лидеры этого движения больше описывали свою точку зрения по поводу терапии, чем реальные действия. Этими лидерами являются: *Харлин Андерсон* (директор Института семьи в Галвестоне), которая сотрудничала с *Гарри Гулишианом* много лет, до его смерти в 1991 г. Вместе они составляли авангард движения от кибернетической метафоры к постмодернистской концентрации на языке.

*Линн Хоффман*, работавшая со своей командой в Нортхемптоне, в штате Массачусетс, на протяжении всей своей долгой ка-

рьеры отстаивала новые течения в семейной терапии. Начав как стратегический терапевт, она была потрясена миланской моделью и с энтузиазмом последовала за Андерсон и Гулишианом. Том Андерсен, норвежский психиатр, является другим ветераном миланского движения, не приемлющим иерархических, агрессивных акцентов многочисленных моделей терапии. В ходе того, что он называет «процессом рефлексии», он высказывается откровенно, ничего не скрывая от своих пациентов и открыто обсуждая вместе с командой свои реакции на то, что говорит семья. Этот подход *рефлексирующей команды* (Andersen, 1991) стал широко распространенным аспектом коллаборативной модели терапии через консенсус. Наблюдатели смотрят на семью из-за одностороннего зеркала, после чего выходят, чтобы обсудить свои впечатления о ней, в то время как семья и терапевт наблюдают и слушают. Затем семье предлагается высказать свою реакцию, а команда снова наблюдает. Этот процесс создает открытую среду, в которой семья ощущает себя частью большой команды, а команда, в свою очередь, сильнее сопереживает семье, прямо взаимодействуя с ней.

Эти теоретики разделяли убеждение, что пациенты слишком часто остаются не услышанными, потому что терапевты скорее осуществляют терапию для них, чем вместе с ними. Как признавал Том Андерсен, «важным, но крайне трудно осуществимым оказалось стараться слушать, что говорят пациенты, а не составлять мнение о том, что они говорят. Просто слушайте, что они говорят» (с. 321). Харлин Андерсон рекомендует (1991) терапевтам занимать позицию «ничего не знаю», которая ведет к настоящему разговору с пациентом, в котором «для решения проблемы применяется эрудиция как терапевта, так и пациента» (с. 325).

Коллаборативные или сотрудничающие с пациентом терапевты проводят различие между подобными разговорами и ненаправленным, эмпатическим роджеровским стилем общения, потому что они не только размышляют над услышанным, но также высказывают идеи и мнения, хотя всегда лишь предварительные. Как и в других постмодернистских подходах, вопросы первичны. Харлин Андерсон объясняет:

Вопросы в разговоре задаются с позиции неведения и являются основным инструментом терапевта. Они подразумевают реагирующее или активное слушание, которое требует полного включения в повествования пациентов, погружения в их разговоры, бесед с ними об их заботах и попыток

уловить текущее повествование, а также то, что придает ему форму. Вопросы не вытекают из ранее сложившихся предположений о том, каким должно быть повествование. Вопросы в разговоре, таким образом, не создаются с помощью технических приемов и методов и не извлекаются из заготовленного вопросника. Каждый вопрос проистекает из честной, непоколебимой позиции терапевта не делать выводов слишком быстро, из незнания (с. 330—331).

Этот отрывок характеризует постмодернизм разговорного подхода — презрение к великим теориям (Хоффман, например, выдвигает идею о том, что не существует паттернов человеческих действий) и нежелание претендовать на эрудицию. Как заметила Харлин Андерсон, этот подход «предполагает, что знания, опыт и ценности у терапевта не более истинны, чем у пациента, и не более решающи» (Hofrman-Hennessay и Davis, 1993).

Описывать этот разговорный, коллаборативный подход сложно, потому что его формулы не существует, а опубликованные данные редки (de Shazer, 1991). Харлин Андерсон сообщает об одном случае из своей практики (1993), и мы постараемся передать ее рассказ в виде краткого резюме, иллюстрирующего работу Харлин в тот конкретный день. Она консультировала терапевта, чья тринадцатилетняя пациентка Анна неоднократно убегала из дома и дралась с матерью и старшими сестрами. Сначала Андерсон поговорила со всеми вместе: с Анной, ее матерью и терапевтом, расспрашивая о том, что их беспокоит. Обращаясь к пациентам с просьбой обсудить их проблемы и заботы, Андерсон пыталась «расчистить пространство для близкого друга», т. е. демонстрировала, что ее интересуют и волнуют переживания и будущее пациентов, а это, в свою очередь, вызвало их любопытство.

Анна и ее мать изложили свои точки зрения на побеги Анны и другие проблемы, в то время как Андерсон внимательно слушала, обращаясь лишь за пояснениями и уточнениями. Как и можно было предположить, Анна и ее мать перебивали друг друга и спорили между собой до тех пор, пока Анна не начала плакать. Тогда Андерсон предложила поговорить с матерью, в то время как Анна и терапевт будут наблюдать за ними через зеркало. Мать рассказала о своей личной трагедии: о том, как она пристрастилась к наркотикам, как стала матерью-одиночкой с двумя детьми, как потеряла работу, а также о произошедшем у нее нервном срыве и потере попечительства над детьми на девять меся-

цев. Она сообщила, что большую часть этого времени Анна провела на улице и, приобретая таким образом независимость, не хочет ею жертвовать.

В течение разговора Андерсон вставляла сочувственные комментарии и задавала вопросы. Она сказала матери: «Итак, вы, похоже, три леди с характерами. Это у вас наследственное?» Затем она спросила, какой бы могла стать Анна, не случись многих из этих неприятностей, и что нужно для того, чтобы стычки с Анной носили более мирный характер. После того как мать ответила, что хотела бы видеть больше приятного от девочек, а они обе — авантюристки, Андерсон сказала: «Что ж, в каком-то смысле речь идет о том, как сохранить дух приключений, дух независимости и в то же время не быть разрушительницами самих себя или опасными для других».

Затем Андерсон говорила с Анной, а из-за зеркала смотрела мать. Анна назвала причины побегов, а Андерсон попросила ее поставить себя на место матери и представить себе, что бы сделала она. Анна оказалась способна это сделать и тоже рассказала ей о многих своих неприятностях и спорных проблемах. Андерсон закончила беседу, не дав никакого совета, и поблагодарила за встречу. Много месяцев спустя терапевт сообщил, что эта консультация принесла много положительных результатов.

При анализе этой встречи становится очевидным, что действия Андерсон не отличались радикально от того, что сделали бы многие хорошие терапевты: рефлексировать, сопереживать, предлагать позитивные формулировки опыта здесь и сейчас — другими словами, давать пациентам почувствовать, что их повествования услышаны, и помогать им выслушать рассказы друг друга. Отличие заключается в том, что многие терапевты считают это недостаточным. В какой-то момент они, полагая, что получили нужную им информацию, вмешиваются в происходящее более энергично, отбрасывают установку незнания и становятся экспертами. Вероятно, наиболее трудным аспектом данного подхода является дисциплина: нужно проявлять заботу, а не лечить, слушать, а не поучать.

Есть, конечно, вопросы и проблемы, которые могут возникнуть вокруг этого подхода. Его релятивизм вызывает опасение, что кто-нибудь может неумышленно подыгрывать семьям в отрицании или сведении к минимуму их проблем. Анна, например, неоднократно выражала тревогу из-за одного эпизода, в котором у нее «в голове помутилось», т. е. во время драки с матерью у нее произошла диссоциация, и она боялась, что в ходе какого-



нибудь будущего столкновения она может кого-нибудь убить. Андерсон не исследовала этот эпизод, который послужил бы красным сигналом для терапевтов, знакомых с эффектами, производимыми оскорблениями. Для конструктивистов концентрация внимания на этом сигнале могла бы повести к проясняющему патологию разговору, они стараются таких разговоров избегать.

С другой стороны, эти теоретики пытались оживить семейную терапию. Слишком долгие годы страстного увлечения технологией в данной сфере деятельности иссушили ее сердце. Андерсон, Гулишиан и Андерсен позволили нам снова стать человечными, сочувствующими, скромными и откровенными. Тот факт, что это было большим сдвигом, не является тем, чем следовало бы гордиться семейной терапии.

## Герменевтическая традиция

Коллаборативные подходы не составили новой школы семейной терапии. Они скорее поспособствовали обнародованию нового способа размышлений о том, как следует понимать человека. Открывшаяся перспектива лежит в традиции подхода к знанию, который проистекает из библейских исследований, называемых *герменевтикой* (от греч. — «интерпретация»).

До того как эта наука появилась в семейной терапии, герменевтики успели потрясти психоанализ. В 80-х гг. такие теоретики, как Дональд Спенс, Рой Шафер, Поль Рикёр, увели аналитиков от фрейдистского представления о том, что существует одна правильная и всеобъемлющая интерпретация симптомов, сновидений и фантазий пациента. Аналитический метод, доказывали они, является не археологическим или реконструктивным, а конструктивным и синтетическим и организует все, что укладывается в его схемы (Mitchel, 1993).

В герменевтической перспективе все, что известно терапевту, не просто обнаружено или выявлено в процессе свободного ассоциирования и анализа или законоположения и оценки, а организовано, выстроено и подогнано друг к другу одним терапевтом или в сотрудничестве с пациентом или семьей. Понимание жизненного опыта, включая собственный, никогда не является всего лишь результатом наблюдения, постижения или расшифровки. Фрагменты жизненного опыта, не имеющие ясного значения, становятся понятны только в процессе их организации,

выделения характерных особенностей и придания им этого значения и важности.

Хотя в герменевтическом толковании изначально нет ничего демократического, его критика эссенциализма шла рука об руку с подобной же критикой авторитаризма. Таким образом, в семейной терапии герменевтическая традиция казалась прекрасной составляющей усилий, направленных на то, чтобы сделать лечение более коллаборативным.

Нелегко отказаться от определенности, однако для многих терапевтов еще тяжелее отказаться от роли того, кто вырабатывает официальную сюжетную линию повествования, в пользу роли человека, уважающего право пациента выдвигать собственную полезную версию событий. Многое требуется от слушателя, который, для того чтобы стать по-настоящему открытым для слов рассказчика, должен забыть о собственных установках и, хотя бы на время, войти в мир другого человека. Сделав это, слушатель может найти свои убеждения сомнительными и изменить их. Весьма немногие терапевты готовы пойти на риск, поскольку имеют твердые убеждения относительно таких вещей, как воспитание детей, жестокое обращение, пристрастие к наркотикам и сексуальность, — убеждения, которые служат основой рефлексивных суждений и скорее побуждают к вмешательству, чем к пониманию.

Эта проблема становится очевидной при столкновении культур. Возьмем, например, насильственный тест на женскую девственность в Турции (Fowers & Richardson, 1996). С точки зрения американского среднего класса это выглядит варварством. Однако, для того чтобы понять этот ритуал контекстуально, вам придется пренебречь своей к нему антипатией и своими домыслами по поводу стоящих за ним мотивов (например, патриархальным доминированием над женщинами) и попытаться понять тот смысловой ряд, в который включен этот ритуал.

В ходе общения с турком вы можете узнать о его вере в святость тела, в важность ограничения полового акта браком и в ответственность мужчин за уважение и защиту женского тела как носителя жизни. Маловероятно, чтобы понимание этой веры убедило вас одобрить или принять данную практику, но у вас может возникнуть новое отношение к точке зрения турка, что, в свою очередь, подтолкнет его к тому, чтобы выслушать ваше мнение. Однако, выслушав вашу убежденную речь о важности равенства полов и праве личности на интимную жизнь, он, вероятно, укажет вам на множество социальных бед (подростковая

беременность, господство секса и слабость родственных связей в нашей культуре и т. п.). Смысл такого разговора не в том, что вы с турком перемените свои фундаментальные взгляды, а в том, что вы, быть может, разойдетесь, чувствуя, что вас поняли, и обладая новыми точками зрения на ваши убеждения и на убеждения других.

Перемещенный в сферу клинической практики и нацеленный на сотрудничество терапевт навсегда откажется от презумпций, для того чтобы искренне понять внутренний мир пациента. Городская мать-одиночка, которая ожесточенно бранит своего десятилетнего сына и награждает его шлепками, вероятно, с большим вниманием будет прислушиваться к мнению своего терапевта о телесных наказаниях, если увидит, что он демонстрирует неподдельное понимание реальностей ее мира.

## Социальный конструктивизм

Конструктивизм сосредоточивается на том, как индивиды создают собственные реальности, а семейная терапия всегда подчеркивала силу взаимодействия. В результате еще одна постмодернистская психология, называемая «социальным конструктивизмом», влияет теперь на многих семейных терапевтов. Ее главный пропагандист, Кеннет Джёген (Gergen, 1985, 1991a, 1991b), придает особое значение силе социального взаимодействия в деле создания смыслового значения для людей. С точки зрения социального конструктивизма, мы не только неспособны постичь объективную реальность; те реальности, которые мы конструируем, накрепко связаны с теми языковыми системами, в которых мы существуем. Одно ключевое положение теории гласит, что мы находимся под сильным воздействием культурных норм, не анализируемых нами и принимаемых как нечто само собой разумеющееся. Джёген оспаривает мнение о том, что мы являемся самостоятельными личностями, обладающими независимыми взглядами, и предполагает, что наши убеждения весьма пластичны и радикально меняются с изменением нашего социального окружения. Джёген (1996) вопрошает: «Не являются ли все фрагменты личности остатками взаимоотношений и не претерпеваем ли мы постоянных изменений, двигаясь от одной связи к другой? Конечно, во времена постмодернизма реальное существование отдельной личности, обладающей собственными ценностями, эмоциями, способностями к здравым умозаключе-

ниям, стремлениями и тому подобным, становится невероятным. Ощущение того, что реально и что хорошо, возникает из взаимоотношений» (с. 28, 32).

Джёген оспаривает прежние взгляды на «я», обогатившие теорию семейной терапии. Люди не имеют врожденных ресурсов, которые терапевты могут извлечь, наоборот, они, как губки, впитывают то, что говорится вокруг. В той же мере люди не ограничиваются жизненным опытом раннего детства. Их личности могут измениться, будучи помещенными в новую «разговорную» окружающую среду.

С точки зрения Джёгена (Gergen, 1991a), вследствие того, что наше «я» подобно губке, мы можем быть легко перенасыщены множеством посланий, бомбардирующих нас каждый день. «Возникающие технологии наполняют нас голосами человечества — как созвучными нам, так и чуждыми. По мере того как мы впитываем их различные ритм и смысл, они становятся частью нас, а мы — частью их» (с. 6). В результате мы теряем ощущение связности бытия и чувствуем себя раздираемыми в разные стороны, попадая в состояние, которое, как предполагает Джёген, порождает несогласующиеся и разобщенные связи. Кроме того, мы начинаем использовать критерии, разработанные нашими экспертами по культуре, для определения самих себя. Например, Джёген (1991a) утверждает: «Когда психиатры и психологи стараются объяснить неадекватное поведение, они вырабатывают технический словарь недостающих терминов. Как только люди усваивают эту лексику, они начинают определять себя и других этими терминами» (с. 15).

Существуют несколько клинических импликаций данного взгляда. Одно из них состоит в том, что мышление каждого человека обуславливается его общественным окружением; никто не владеет истиной, а все истины — просто социальные построения. Эта идея побуждает терапевтов помочь пациентам распознать культурные корни своих убеждений, даже те, которые были им даны от природы. Вторая импликация заключается в том, что терапия является лингвистическим упражнением: если терапевтам удастся подвести пациентов к новым истолкованиям их проблем, то проблемы раскрываются. «Индивид рассматривается как участник множественных родственных отношений, а его ПРОБЛЕМА всего лишь как одна из проблем, постольку поскольку она входит в какое-то из этих отношений» (Gergen, 1991a, с. 51). Третья установка: терапия должна быть сотрудиической. Так как ни терапевт, ни пациент не выкладывают сразу всей правды, то

новые факты всплывают в ходе бесед, если обе стороны разделяют мнения и уважают взгляды друг друга. Четвертая: подверженность людей влиянию существующих между ними отношений способствует тому, что, как только терапевт добивается значимости в глазах пациента и преуспевает в совместном создании новых, более эффективных истолкований проблемы, процесс терапии заканчивается. Отсюда следует, что он может быть довольно коротким.

## Нарративная революция

Социальный конструктивизм горячо приветствовали те терапевты, которые пытались переместить фокус исследований в большей степени на изменение их смысла, чем на изменение самой деятельности. Он укрепил их позицию идей о том, что работа терапевта заключается в совместном с семьями создании новых реальностей, а не в направлении или консультировании этих семей. Социальный конструктивизм также послужил основой для интригующего подхода, который занял центральное место в 90-х гг. XX века, — для *нарративной терапии* (подробно описанной в главе 12).

Нарративная метафора сосредоточивается на том, как опыт создает ожидания и как ожидания придают форму опыту путем создания организующих повествований. Нарративные терапевты следуют Джёгену, рассматривая «я» как социально созданный феномен. Считается, что осознание человеком собственного «я» возникает тогда, когда межличностные беседы интернализуются как мысленные разговоры.

В постмодернистском мире то, что мы имеем, — это точки зрения и их результаты. Для нарративного терапевта главным вопросом является не истина, а то, какие точки зрения пригодны и ведут ли они к наиболее предпочтительным для пациента результатам. Проблемы содержатся не в личностях (как считали психоаналитики) или отношениях между ними (как считали теоретики семейных систем), а скорее в точках зрения на индивидов и складывающиеся вокруг них ситуации. Нарративная терапия становится процессом, помогающим людям пересмотреть те повествования, которыми они живут.

Сходным образом социальный конструктивизм снабдил разумным обоснованием тех терапевтов, которые хотели привнести вопросы социальной справедливости в свою клиническую ра-

боту. Если, как подразумевает теория, люди являются губками, впитывающими витающие вокруг них послания, то из этого следует, что ненависть к себе, пессимизм и пассивность, обезоруживающие многих пациентов, могут быть связаны с внутренне усвоенными отравляющими культурными нарративами в соответствии с их значением. Современная популярность нарративной терапии частично связана с использованием ею социального конструктивизма, для того чтобы высветить влияние патриархата, гетеросексуализма, расизма, принадлежности к общественному классу, а также материализма (все это острые для семейной терапии темы, которые рассматриваются далее в этой главе) на представление членов семьи, о себе. Целью нарративных терапевтов является раскрытие этих внутренне усвоенных нарративов, с тем чтобы они могли быть заменены более ободряющими жизненными повествованиями.

## • Ответ семейной терапии управляемой медицине: терапия, фокусированная на решении проблем

Фокусированная на решении проблем терапия — еще одна новая модель, которой предстоит занять выдающееся положение в семейной терапии 1990-х гг.. Стив де Шазер и его коллеги (см. главу 11) восприняли идеи социального конструктивизма и конструктивизм в несколько ином, более прагматичном аспекте. Если реальность личности обычная социальная конструкция — продукт языка, тогда целью терапии является простое изменение того пути, которым эта личность выражает проблему. Будучи описанной иным образом, проблема исчезает, поскольку она существовала в том виде, в каком ее описывал данный человек. «Язык есть реальность» (Berg & de Shazer, 1993, с. 7). Фокусированные на решении проблем терапевты не заинтересованы в разоблачении культурных нарративов. Все, что они хотят, — это переориентировать людей с заикливания на своих проблемах на идентификацию решений. К какому бы решению семья ни пришла — все благо, при условии, что она им удовлетворена. Забавно, что, хотя и фокусированная на решении, и нарративная терапия заявляют о своем происхождении от сходных философий, модель де Шазера так же релятивистична, как модель Уайта — политизирована.

Целью данного подхода является как можно быстрее переключить пациентов с «разговора о проблемах» (пытаясь понять их проблемы) на «разговор о решениях», заостряя внимание на том, что срабатывает или может сработать в будущем. Идея состоит в том, что сосредоточение на решениях само по себе часто устраняет проблему. Нацеленные на решение терапевты разработали ряд ясно очерченных технических приемов, предназначенных для создания у пациентов ориентированного на будущее продуктивного умонастроения.

Подводя пациентов к разговору о решениях, терапевты старались оставаться направленными на сотрудничество в том смысле, чтобы не навязывать им своих решений, а доверять пациентам в поисках собственного пути. Они приняли доверительный взгляд на людей, сосредоточиваясь на их возможностях и успехах.

Направленная на решение модель в контексте данной главы интересна еще по одной причине. В 1980-х гг. ее популярность быстро росла в течение того периода, когда бюджеты страховых агентств резко сократились и управляемая медицина стала урезать количество сеансов, которые оплачивались частнопрактикующим специалистам. Это вызвало громадный спрос на краткий, формальный, здравомыслящий подход, а подход, фокусированный на решении, полностью этому отвечал. Без управляемой медицины этот фокусированный на решении подход мог бы так и остаться интересным ответвлением стратегической терапии. Но, поскольку всем приходилось иметь дело с новой формой медицины, он стал весьма популярным не только среди семейных терапевтов, но и среди клиницистов всех направлений.

## Феминизм и семейная терапия

Феминистки первыми обратили внимание семейной терапии на пагубные последствия культурных подходов к семьям и наших теорий о семьях. С помощью своей конструктивной критики, начало которой было положено статьей Рейчел Хеа-Мастин в 1978 г., семейные терапевты-феминистки не только выставляли напоказ тендерные предубеждения, присущие существующим моделям, но и пропагандировали тот стиль терапии, который, как у Андерсон и Гулишиана, был коллаборативным и придающим значение смыслу. Феминизм и постмодернизм не являются, однако, полностью совместимыми. Терапевты-фемин-

нистки не выступают в пользу нейтральности и сомневаются в том, что семья, опутанная патриархальными ценностями (как это происходит сейчас), найдет собственные решения. Для феминисток не все реальности созданы равнозначными.

Критика феминисток разбудила семейную терапию самым грубым образом. Нараставшая в 70-е гг. популярность семейной терапии привила чувство самодовольства. Семейные терапевты были тем прогрессивным авангардом, который собирался революционизировать психотерапию. Им не приходило в голову, что они все время оставались слепы к сексизму. Луи Брейверман (Braverman, 1988) признавал:

Пока мы мыслили системно и не «покупались» на традиционный долговременный подход к лечению, мы считали, что находимся далеко впереди других оказывающих помощь профессионалов. Поэтому, в то время как модальности других терапевтических построений и лечение в 1970-х гг. были отмечены критикой, которая подвергала сомнению традиционные психодинамические теории и практику, мы, семейные терапевты, как страусы, совали голову в песок (с. 6).

## АПОЛИТИЧНАЯ МАШИНА

Головы были вынуты из песка в начале 1980-х гг., и мы принялись рассматривать модель функциональной семьи и нашу священную системную теорию. Становился все очевиднее и болезненнее тот факт, что кибернетика и функционализм завели нас не туда. Кибернетика побуждала нас смотреть на систему семьи как на поврежденный механизм. Джудит Майерс Эйвис (Avis J. M., 1988) описала эту семейную машину следующим образом:

...работает в соответствии со специальными системными правилами и оторвана от социального, экономического и политического контекста. Наблюдая семью вне контекста, семейные терапевты локализуют дисфункцию семьи всецело в семейных интерперсональных отношениях, игнорируя более широкие формы дисфункции, имеющие место в семье, и не замечая связей между ними и социальным контекстом (с. 17).



Механистическая философия кибернетики сузила наше видение и заставила нас не замечать параллелей между дисгармонией в нашей культуре и нашими семьями.

Кроме того, бейтсоновская версия кибернетики была противопоставлена использованию метафор власти. Бейтсон заявлял, что односторонний контроль систем невозможен, потому что все элементы непрерывно влияют друг на друга в бесконечных звеньях обратной связи. Если все части системы равно вовлечены во взаимодействие с проблемами, то некого винить. Эта идея имела большую привлекательность для семейных терапевтов, потому что члены семьи зачастую подставляют друг друга под указательный палец терапевта и не различают собственных шагов в этом хороводе.

Для феминисток, однако, эта идея равной ответственности за проблемы выглядела «подозрительно похожей на сверхсложную версию обвинения жертвы и попытки объяснить статус-кво» (Goldner, 1985, с. 33). Эта критика была отчасти уместна касательно преступлений против женщин, таких, как избиения, инцест и изнасилование, в отношении которых психологические теории долгое время использовались для обвинения женщины в том, что она или спровоцировала, или допустила совершение преступления (James и MacKinton, 1990).

## ОБВИНЕНИЕ МАТЕРИ

Дисфункциональная семья, которая наиболее часто упоминается семейными терапевтами как составляющая проблем, включает в себя периферийного (но доминирующего) отца, чрезмерно загруженную проблемами мать и симптоматийного ребенка, вовлеченного во взаимоотношения родителей. В течение многих лет психодинамические терапевты обвиняли сверхучастливую мать в появлении симптомов у ее ребенка. Очевидным достижением терапевтов было то, что они показали, как недостаточное внимание отца добавляет забот матери, поэтому терапевты попытались ослабить нагрузку на мать, подставив на ее место отца. Это, однако, не оказалось таким уж благом для женщин, как можно было предположить, потому что к ним по-прежнему относились негативно. Матери оставались так же опутаны проблемами и неумелы, но теперь появилось новое решение — привлечь доброго папу к спасению ребенка.

Что, по утверждению феминисток, терапевты не разглядели

и не смогли помочь увидеть семьям своих пациентов, так это то, что «архетипическое «семейное дело» глубоко завязшей в нем матери и периферийного отца более понятно не как клинический случай, а как продукт исторического процесса, формировавшегося двести лет» (Goldner, 1985, с. 31). Женщины чрезмерно вовлечены в проблемы, неуверенны, вынуждены контролировать себя, эмоционально изолированы, не достигают цели и сверхэмоциональны не вследствие психической патологии, а потому, что поставлены в такие условия и обречены обществом на эмоционально изолированное, экономически зависимое и перенасыщенное ответственностью положение в семье, положение, которое сводит с ума.

Чуткие к вопросам пола терапевты помогают семьям преобразоваться так, чтобы никто — ни мужчины, ни женщины — не попадал в такое положение. Так, вместо того чтобы и дальше понижать непрочную самооценку матери с помощью замены ее периферийным отцом (который, вероятно, с самого начала критично относится к ее родительскому опыту), семейный терапевт-феминистка может помочь семье изменить правила и роли, которые принижают мать и выводят из круга забот отца. В течение этого процесса отцов могут побуждать к тому, чтобы они становились более вовлеченными в родительские дела — не потому, что мать в них некомпетентна, а потому, что это сфера ответственности отца, и потому, что это позволит матери начать выходить из ее сводящего с ума положения (Ault-Riche, 1986; Goodrich, Ramage, Ellman и Halstead, 1988; Walters, Carter, Papp и Silverstein, 1988; McGoldrick, Anderson и Walsh, 1989).

## ВЗГЛЯД ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ПОЛА

Феминистки не просто просят терапевтов, чтобы те, работая с семьями, были более чуткими в вопросах пола. Они скорее утверждают, что проблемы пола или, более точно, патриархата пронизывают работу терапевтов, хотя они и условились не замечать их. Вследствие этого феминистки верят, что пол должен быть для семейных терапевтов первостепенной организующей концепцией, наряду с концепцией поколения (Goldner, 1988, 1993; Luepnitz, 1988).

Только когда терапевты посмотрят на вещи сквозь призму пола, они перестанут винить матерей и смотреть на них так, словно те ответственны за все изменения. Только тогда они бу-

дуг способны полностью противостоять бессознательной склонности считать женщин в первую очередь ответственными за воспитание детей и ведение домашнего хозяйства, полагать, что для поддержки карьеры мужа они должны пренебречь собственной и что нужно выйти замуж или по крайней мере иметь друга жизни (Anderson, 1995). Только тогда терапевты смогут отказаться от опоры на такие традиционно мужские черты, как рационалистичность, независимость и дух соревнования, а также на их стандарты здоровья и прекратят чернить или игнорировать такие черты, традиционно поощряемые в женщинах, как эмоциональность, воспитательные способности и фокусированность на взаимоотношениях.

Феминистская революция в семейной терапии не просто заставляет семейных терапевтов использовать какие-то новые концепции и технические приемы. Она требует от них быть личностями и побуждает взглянуть на собственные отношения и жизнь, выйдя из профессиональной тиши своих кабинетов. Она заставляет пересмотреть ценности и структуру нашего общества и подумать, как можно помочь увековечить или изменить их. Она лишает блеска ореолы родоначальников семейной терапии и ставит под сомнение ее фундаментальное построение — системную теорию.

Как можно предположить, поначалу феминистскую критику не приветствовали и не воспринимали как упрочившиеся модели. С начала до середины 1980-х гг. существовал период поляризации и напряженности между терапевтами-мужчинами и терапевтами-женщинами, потому что феминистки пытались преодолеть «порог глухоты» устоявшихся институтов. К 1990-м гг. этот порог был перейден. Основные положения феминизма больше не дебатировались, и семейная терапия эволюционирует в сторону более коллаборативной, но социально просвещенной формы.

## Насилие в семье

В начале 1990-х гг. семейная терапия впервые обратила пристальное внимание на темную сторону семейной жизни. Возможно, этого не происходило до тех пор, пока благодаря другим аспектам феминистской критики не было решено, что семейная терапия готова совершить такой шаг (другие профессионалы занимались проблемами избиения жен и сексуальными оскорблениями в течение многих лет). В конце 1980-х гг. книги и статьи

на эти темы начали появляться в литературе основного направления семейной терапии (с. g., Controneo, 1987; Trepper & Barret, 1989; Dell, 1989; Goldner, Penn, Shneiberg & Walker, 1990; Friedrich, 1990; Markowitz, 1992; Schwartz, 1992, 1993; Barret & Trepper, 1992; Sheinberg, 1992; Canavan, Higgs & Meyer, 1992; Serra, 1993; Calof, 1992; Gorman-Smith & Tolan, 1992; Goulding & Schwartz, 1995). Но только в 1991 г. семейная терапия была лишена возможности коллективно отрицать широкое распространение оскорблений мужчинами женщин в семьях. Это грубо-насильственное пробуждение было вызвано тремя выступлениями, прозвучавшими на пленарных заседаниях на ежегодной встрече Американской академии семейной терапии, позднее опубликованными в «Журнале супружеской и семейной терапии» (Avis, 1992; Kaufman^ 1992; Bograd, 1992).

Джудит Майерс Эйвис (1992) привела массу обескураживающей статистики, касающейся таких вещей, как количество женщин, испытавших сексуальные оскорбления до восемнадцати лет (37%), процент оскорбителей-мужчин (95%), число женщин, каждый год испытывающих оскорбления от живущих с ними мужчин (1 из 6%), процент учащихся в колледжах студентов мужского пола, принуждавших девушек к занятию сексом против их воли (25%), и тех, которые сказали, что совершили бы изнасилование при условии гарантии от обнаружения и наказания (20%). Вновь критикуя теории семейной терапии, призывающие к нейтральности терапевта, и мысль о том, что вид оскорбленных частично провоцировал оскорбления, она сделала следующий вывод:

До тех пор пока мы готовим терапевтов на системных теориях без уравнивания этой подготовки пониманием не нейтральной динамики власти, мы продолжаем производить семейных терапевтов, тайно стоваривающихся о поддержании мужской власти и становящихся опасными для женщин и детей, с которыми работают (с. 231).

Газ Кауфман (Kaufman, 1992) подогрел напряженность риторики:

Конструктивисты и системные теоретики должны знать следующее: насилие придерживается старой ньютоновой физики массы, скорости, количества движения и инерции — это когда кулаком бьют в лицо и ломают кости. Мы не слы-

шим о насилии в семьях, с которыми работаем, потому что никогда не задаем нужных вопросов в нужном месте нужным людям. Мы похожи на сотрудников Красного Креста, которые при посещении лагеря военнопленных спрашивают: «Ну, как здесь с вами обращаются?» — в то время как охранники стоят рядом (с. 236 — 237).

Мишель Боград (Bograd, 1992) заканчивает серией вопросов, обобщающих некоторые из основных проблем семейной терапии 1990-х гг.:

Как нам, занимаясь насилием в семье, сбалансировать реалистичный взгляд на мир с оценками человеческой безопасности и правами мужчин и женщин на свободное волеизъявление и защиту? Когда клиническая полезность нейтральности становится ограниченной или контрпродуктивной? Когда убеждение необходимо для того, чтобы изменить процесс? Как мы можем, противостоя насильнику, показать ему деструктивную природу его поведения, не осуждая его? Насколько решительно и эмоционально мы должны пользоваться нашими оценками для достижения терапевтических результатов, одновременно стараясь сохранить внимательное и уважительное отношение к членам семьи при борьбе с насильственным травматизмом? (с. 248—249).

Доклады носили спорный характер из-за отвержения традиционной точки зрения семейной терапии, согласно которой насилие в семье, как и большинство других семейных проблем, является результатом взаимодействующего влияния всех членов семьи. Традиционный системный взгляд, теперь критикуемый, состоял в том, что насилие вызывается рядом взаимных провокаций и становится эскалацией, хотя и неприемлемой, того эмоционально деструктивного поведения, которое характеризует большинство браков. Более того, группе терапевтов было заявлено, что они сами, вероятно, включены в эту проблему, потому что извиняют или преуменьшают значение избиения жен. Буйные мужчины, с этой точки зрения, не теряют контроля над собой, а обретают его и останавливаются только тогда, когда им грозит ответственность.

Хотя эти доклады вызвали сетования по поводу их излишней заигрывательности и стереотипизации мужчин (Meth, 1992; Erickson, 1992; Combric-Graham, 1991), они прозвучали звонком к

пробуждению. Домашнее насилие (давайте называть вещи своими именами — избиение жен и детей) является одной из основных проблем общественного здравоохранения, столь же острой, как алкоголизм и депрессия.

По мере того как семейные терапевты становятся более восприимчивыми к проблеме домашнего насилия, все больше семей открывают свои грязные секреты, которые раньше миновали кабинет терапевта незамеченными. Выслушивая истории об избиениях и приставаниях, семейные терапевты узнают о разрушающих последствиях воздействия на людей травм и страхов. Они будут менее удовлетворены теми методиками, с помощью которых решали все проблемы за десять сеансов, заявляя, что давние травмы или оскорбления не имеют отношения к современным проблемам или решениям. Они будут больше знать о социальной и политической атмосфере насилия в нашей культуре.

## Мультикультурализм

Постмодернистское движение было вызвано отчасти развитием событий в США. Во-первых, примерно с 1960-х гг. пришло постепенное понимание того, что в нашей культуре существуют проблемы, а наш взгляд на мир, быть может, не так уж и разумен. Это подорвало наш этноцентризм и сделало нас более терпимыми к другим точкам зрения. Во-вторых, благодаря возросшей иммиграции и контактам с мировыми средствами массовой информации мы стали более открыты для культур, исповедующих совершенно другие принципы и стили жизни. Это привело к изменению имиджа нашей страны с плавильного тигля, в котором растворяются все этнические различия, на сотейник, где различные группы находятся рядом, но не теряют своих оригинальных особенностей. Теперь мы стараемся стать обществом, которое ценит своеобразие.

Постмодернистский плюрализм повел очередное наступление на удобное для нас представление о том, как должно выглядеть общество. То изображение «здоровой семьи», которое мы унаследовали от пионеров семейной терапии, содержало в себе не только патриархальные, но и этноцентристские предрассудки. То, что принадлежавшие к среднему классу американские терапевты рассматривали как дисфункциональную семью, могло быть просто другой семьей. А имевшиеся различия вовсе не обя-

зательно были проблемными из-за того, что не совпадали с нормами американского среднего класса.

Моника Мак-Голдрик и ее коллеги (McGoldrick, Pearce & Giordano, 1982)' нанесли один из первых ударов по нашему этноцентризму, издав книгу, каждая глава которой описывала характерные ценности и структуру какой-либо этнической группы. Благодаря этой книге и целому потоку других, связанных с данной темой книг (е. г., Falicov, 1983, 1998; Boyd-Franklin, 1989; Szapocznik & Kurtines, 1989; Saba, Karrer & Hardy, 1989; Mirkin, 1990; Breunlin, Schvartz & Mac Kune-Karrer, 1992; Ingoldsby & Smith, 1995; Okun, 1996; McGoldric, 1998) мы теперь более ясно ощущаем важность знания некоторых характеристик той этнической группы, из которой происходит семья, и не считаем ее членов больными только потому, что они другие. К примеру, многие неамериканские семьи среднего класса придерживаются строгого правила, что член семьи должен думать прежде всего о благе семьи, а не о своем благе. Плавая по старым картам, семейные терапевты были бы склонны рассматривать подобную самоотверженную преданность семье как патологию — демонстрацию нехватки отличительных черт, доказательство вовлеченности или сверхзащищенности — и поставили бы ее под сомнение. Теперь же, встречаясь с подобным взглядом на семью, терапевты более склонны учитывать или даже использовать вместе с семьей этническое наследие семейных убеждений.

Когда семейные терапевты пытались преодолеть этноцентризм, им пришлось по-новому взглянуть на многое, что до этого они считали патологией. Например, Силия Фаликов (Falicov & Brunder-White, 1983) воспользовалась работой антрополога Френсиса Хсу, желая показать, что во многих культурах диада «муж и жена» вовсе не является руководящей. Вместо этого главенствующими зачастую бывают диады из смешанных поколений: в одних культурах — муж — сын, а в других — жена — сын. Поэтому были подготовлены терапевты — специалисты по этим коалициям между поколениями, способные распознать корень семейной проблемы, который мог оказаться весьма обычным для семьи данной культуры. Такого же рода критику можно применить ко многим другим представлениям о семейной жизни, таким, как важность демократического — в противоположность авторитарическому — родительского стиля, открытого, экспрес-

В более позднем издании этой книги описывается вдвое больше этнических групп.

сивного коммуницирования и поощрения в детях духовной автономии вместо слепой преданности семье.

Моника Мак-Голдрик пишет:

Этнопринадлежность кроит по своему образцу наше мышление, чувства и поведение как явно, так и тайно, хотя обычно она действует вне нашего сознания. Она играет главную роль в определении того, что нам есть, как работать, как завязывать отношения, отмечать праздники и осуществлять ритуалы и что чувствовать по поводу жизни, смерти и болезни (с. 335).

Одно дело для терапевтов уважать этнические корни убеждений семьи пациента и их структуру, а другое, также важное, помочь семьям оценить то, как хорошо это наследие сочетается с их современным окружением (Breulin, Schwartz & Mac Kune-Karrer, 1992; Schwartz, 1995). Например, если семья, структурированная так, чтобы наилучшим образом подходить к стабильному, однородному, тесно сплетенному этническому сообществу, чувствует себя изолированной в американском пригороде, где проживает средний класс, то ей грозят неприятности. Простое содействие семьям в понимании их проблемы как вытекающей из недостаточной приспособляемости может помочь им найти новые решения.

В 1990-х гг. мультикультурализм стал преобладающей темой семейной терапии. Это отражено в повестках дня конференций основных организаций, работающих в данной сфере, например: «Социальное, культурное и экономическое многообразие», «Культура, власть и семья» и др. Популярность этих тем представляется долгожданным повышением внимания к вопросам этнопринадлежности. Тем не менее имеются еще некоторые проблемы такого плана, которые должны быть решены.

1. Этническая принадлежность — только один из многих факторов, влияющих на систему семейных воззрений. Другие факторы, такие, как географическое положение, религия, раса, экономический класс, степень культурности и уровень образования, могут быть затенены излишним вниманием к этнопринадлежности (Breunlin, Schwartz & Mac Kune-Karrer, 1992; Fallcov, 1995). Например, неимущая семья из Гватемалы может иметь много больше общего с бедной семьей из Чикаго, чем с богатой из Гватемалы. Разглядывать такую семью исключительно сквозь гватемальские очки •\*• значит подгонять людей под один шаблон



и проглядывать другие подходы к их мировоззрению. Терапевты могут также не иметь возможности вступить с ними в контакт потому, например, что в США терапевтов из Гватемалы довольно мало, зато бедность за плечами у многих.

2. Придание слишком большого значения этнопринадлежности может привести терапевтов к преувеличению различий между ними и их пациентами, что затруднит терапевтический контакт. Несмотря на обширное разнообразие нашей социализации, все мы принадлежим к человеческому роду, и никак не иначе. Мы должны с почтением относиться к тому, что нас различает, но у нас есть и общие свойства, для которых нет границ в нашем происхождении и которые могут обеспечить нам подлинное сопереживание и взаимопонимание. Эти общие черты могут стать менее заметны, если какой-либо источник различий будет выпячиваться на передний план.

Кроме того, этнически сфокусированный подход к пониманию семей дорого обходится терапевтам в том смысле, что предполагает изучение ими основных сведений обо всех этнических группах, с которыми им предположительно придется работать. Силия Фаликов (Falicov, 1995) упрощает задачу терапевта с помощью сравнительного подхода. Вместо того чтобы запоминать подробности, касающиеся десятков этнических групп, терапевты выбирают ключевой параметр семьи — ее жизненный цикл, например, — и выясняют, как различные условия, в которых развивалась семья (общественный класс, религия, этническая принадлежность, место жительства — сельская местность, пригород, город и т. д.), воздействовали на ее жизненные оценки при смене жизненных циклов.

Например, мнения протестантской англо-американской семьи, принадлежащей к среднему классу, о том, когда дети должны покидать семью, достаточно предсказуемы исходя из включенности семьи в три вышеупомянутых контекста. Воззрения этой семьи на уход детей из дома будут отличаться от мнений сельской, рабочей, римско-католической американской семьи, где, вероятнее всего, полагают, что дети должны оставаться в родительском доме до вступления в брак. Это происходит потому, что в семьях, жизненные ценности которых формировались в контексте малой географической или экономической мобильности (рабочий класс, Мексика), а дети были вынуждены помогать семье выжить (сельская местность), меньше стимулов для детей покидать родительское гнездо и больше причин удерживать их дома. Если терапевты научатся понимать, как контексты

очерчивают типичные семейные структуры и ценности, тогда многие аспекты семейной жизни станут предсказуемы благодаря знанию этих контекстов, из которых этнический является далеко не единственным.

Однако среди всех этих разговоров о предсказуемости следует помнить, что в большинстве семей с радостью «просветят» того терапевта, который выкажет подлинный интерес к их ценностям и обычаям. Способность быть пытливым и уважительным даст терапевту гораздо больше, чем энциклопедическое знание того, что можно ожидать от семей разного рода.

Мультикультурализм, безусловно, имеет преимущество перед этноцентризмом. Тем не менее в высвечивании различий существует опасность создания нового этноцентризма вокруг выделяемой группы. Сегрегация, даже во имя этнической гордости, изолирует людей и воспитывает предубеждение. Может быть, «плюрализм» является лучшим термином, чем «мультикультурализм», потому что подразумевает баланс между этнической идентичностью и связью с большей группой.

Кроме того, существует постоянная напряженность между релятивистской точкой зрения, гласящей, что мы не должны внедрять наши ценности в практику других культур, и этической позицией, в соответствии с которой определенные установления являются универсально деструктивными и подлежащими искоренению. Например, если воззрение или поведенческая схема в иной культуре нормативна, означает ли это, что она полезна и ее не стоит ставить под сомнение? Многие культуры столь же патриархальны, как и наша. Должны ли мы относиться с уважением к доминированию мужа над женой только потому, что так принято в их стране? Даже если культура семьи допускает применение ремня для воспитания детей, не должны ли мы вмешаться? Другими словами, можем ли мы стать столь боязливы в навязывании наших культурных воззрений, чтобы прощать несправедливость и насилие? Мак-Голдрик (1993) принимает решительно антирелятивистскую позицию по этому вопросу:

Даже если мы научимся понимать значение культурных различий и ограничений какого-либо рассматриваемого образования, бессмысленно говорить, что только потому, что некая культура исповедует определенную ценность или воззрение, она является священной и неприкосновенной. Мы не должны уваливать от ответственности за сложную этическую позицию, которой требует от нас клиническая работа.

Все культурные обычаи не являются этическими в равной степени. Мы не должны использовать понятия о нейтральности или необъяснимости для того, чтобы уклониться от посвящения себя тем ценностям, в которые мы верим (с. 357).

Вопросы эти сложны и трудны. Так как мы не можем диктовать терапевтам, где провести границу терпимости, мы должны дать им мужество провести ее хоть где-нибудь. Решение в том, чтобы найти достойные пути предоставления пациентам альтернативных перспектив или помочь им отыскать эти перспективы в самих себе. Коллаборативный подход, описанный выше, предоставляет терапевтам и пациентам с различной этнической принадлежностью один из методов, пользуясь которым можно изучать различия друг друга на основе взаимного уважения.

## Раса

Если в 1980-х гг. понятие об этнопринадлежности разбило существовавший в семейной терапии недифференцированный образ семьи, то тема расизма никак не затрагивалась вплоть до 1990-х гг. На заре развития семейной терапии афроамериканским семьям уделялось некоторое внимание (е. г., Minuchin и др., 1967), но в течение многих лет эта наука, как и вся страна, пыталась забыть о данной группе населения и о том давлении расизма, которое ей приходилось выдерживать. Терапевты афроамериканских семей, такие, как Ненси Бойд-Франклин (Boyd-Franklin, 1993) и Кен Харди (Hardy, 1993), вывели эти темы из тени в поле зрения науки. Постепенно мы перешли от игнорирования расы как предмета обсуждения к рассмотрению ее в виде специфической заботы терапевтов, работающих с семьями национальных меньшинств, а сравнительно недавно вплотную занялись влиянием расизма на все семьи, охваченные нашей деятельностью.

Пробуждение осознания проблемы напоминает те стадии, которые семейная терапия прошла, прежде чем полностью принять критику феминисток, но в некотором смысле оно даже еще тяжелее, потому что белым терапевтам приходится изо всех сил доказывать, что они не расисты. Моника Мак-Голдрик (1998b), одна из наиболее голосистых феминисток, так описывает свою реакцию на конфронтацию со своими цветными коллегами:

Неожиданно я оказалась именно той, кто защищается, унижается и оправдывается. Я чувствовала, что говорю другим примерно то же, что сама слышала от мужчин по поводу феминизма: «Вы были так милы. Почему вы сердитесь? Это испортит наши отношения. Я же не имела никакого отношения к расизму, рабству или сегрегации. Моих предков так же угнетали, как и ваших. Я бы хотела все изменить, но у меня нет такой власти». Я пыталась исключить себя из категории угнетателей точно таким же способом, каким, я много раз слышала, это делали мужчины — защищая свое поведение ссылками на добрые намерения или говоря, что они сами являются жертвами преследований, что они безвластны и что лично они к женщинам относятся благожелательно (с. 223).

Реакция людей, приверженных социальной справедливости так же, как Мак-Голдрик, показывает, насколько трудно в большинстве своем белым семейным терапевтам воспринимать проблемы расизма серьезно<sup>1</sup>.

Вызов состоит в том, чтобы прислушаться к крикам о расизме и попытаться понять, о чем кричат, не ставя себя в положение защищающегося. Белые терапевты могут уходить от этих проблем и изолировать себя до такой степени, что расизм будет казаться им не имеющим отношения к их жизни и практике. Небелые терапевты и пациенты не могут позволить себе такой роскоши.

Кен Харди (1993) описывает тот маскарад, в котором живут многие черные профессионалы, и узы, которые они чувствуют:

Для того чтобы белые не смотрели на нас как на нарушителей спокойствия, мы подавляем ту часть себя, которая чувствует боль и терпит оскорбления от окружающего нас расизма, развивая вместо этого «институциональное «я» — приспособленческий фасад спокойного профессионализма, рассчитанный на то, чтобы не досаждать белым. Будучи знакомыми только с нашими «институциональными «я»», белые люди не оценивают по достоинству то чувство мгновенной связи и

Согласно обследованию 1993 г. менее 2% студентов-выпускников программ, патронируемых Американской ассоциацией семейной терапии меньшинств (AAMFT), были афроамериканцами, а членами Американской академии семейной терапии (AFTA) — представителями меньшинств — менее 5% (Green, 1998), хотя любой из присутствовавших на последних встречах Академии может признать ощутимый и долгожданный рост этого показателя.

молчаливой солидарности, которое соединяет черных людей. Мы объединены одними и теми же идеями, которые, когда мы растем, внушаются детям в большинстве черных семей: «Вы родились в одной из наиболее презируемых групп в мире. Вы не можете доверять белым людям. Вы — личности. Будьте гордыми и никогда, даже ни на минуту, не допускайте мысли, что белые люди лучше вас (с. 52—53).

Игнорирование наших расовых позиций может повредить пациенту. В качестве примера Лора Марковиц (1993) рассказывает, как она лечилась у черной женщины.

Я помню, как много лет назад я лечилась у симпатичной белой женщины, которая все время концентрировала мое внимание на том, почему я такая сердитая, и на моих родителях как на неполноценных личностях. Мы никогда не рассматривали ни моего отца как неимущего черного мужчину, ни мою мать как неимущую черную женщину, ни ту среду, в которой они выживали и растили нас. Годы спустя я увидела цветного терапевта, и первое, что я от нее услышала, было: «Давайте-ка посмотрим, что там с вашими родителями». Это был радостный момент: увидеть, что мой отец был не ужасным типом, который нас ненавидел, а тем, кто выжил, существуя в удивительно трудных условиях. Я смогла обнять его и смогла понять, почему раздражаюсь, вместо того чтобы упрекать себя за это (с. 29).

По мере того как население США продолжает эволюционировать, а белые кабинеты терапевтов становятся менее белыми<sup>1</sup>, все более растет необходимостью должным образом оценить влияние расизма на жизни наших пациентов и противостоять расовым стереотипам нашей культуры. Например, принято считать, что трудности с академическими достижениями афроамериканцев связаны с качествами этой группы: они-де не слишком сообразительные или не ценящие образование. Роберт Джей Грин (1998) цитирует работу антрополога Джона Огбу (1989), что дело не в качествах не слишком успешной группы, а в исторической связи между этой группой и доминирующей, что и обуславливает разницу. В США преуспевают в учебе те культурные мень-

В 1995 г. Калифорнийское отделение семейной терапии меньшинств установило, что, хотя 94% терапевтов были белыми, две трети их клиентов были цветными (Green, 1998a).

шинства, которые, как многие группы выходцев из Азии, прибыли сюда добровольно, чтобы избежать угнетения или нищеты, и в истории которых не было доминирования белых европейцев.

В Японии у одной группы азиатских иммигрантов дела идут неважно — у корейцев, Япония имеет долгую историю дискриминации корейцев. В отличие от них выходцы из Вест-Индии хорошо учатся в США, но плохо — в Англии, которая колонизировала Вест-Индию. Подобные примеры показывают, что семейный терапевт должен выяснить при своей подготовке и что эффективность работы любой группы находится в прямой зависимости от окружающих условий.

В нашей культуре историческое угнетение афроамериканцев, коренных обитателей Америки и американцев мексиканского происхождения еще и сегодня дает о себе знать, поскольку большинство белых терапевтов с трудом ухватывают суть дела. Как пишет Грин (1998a):

...когда белые фантазируют по поводу расизма, они склонны описывать его, в первую очередь приводя драматические и жестокие примеры ненависти или агрессии (например, избивание Родни Кинга). Но для них гораздо сложнее вообразить обычные акты бытовой дискриминации, включающие в себя тонкие бессловесные намеки, и еще более двусмысленные свидетельства предубежденности, которые и ложатся в основу жизненного опыта цветных людей (с. 103).

Белым также трудно осознать, как много дверей открылось перед ними благодаря их цвету кожи, и представить, как тяжело давит расизм на людей с другим цветом кожи.

Бойд-Франклин (1993) описывает затруднительные ситуации, в которые попадают афроамериканские семьи. Например, какие заповеди родители должны дать своим детям в отношении расизма, с которым те столкнутся? «Родители должны быть очень внимательны, чтобы, с одной стороны, дать детям наставления, с помощью которых те могли бы понять, что такое расизм, а с другой стороны, внушать своим детям веру в то, что они могут многого достичь, несмотря на неравенство, и преодолеть расизм, не будучи отравленными яростью и горем» (с. 363). Афроамериканские семьи преодолевают не только барьеры, стоящие на пути к успехам, но и страх, разочарование и безнадежность, создаваемые этими препятствиями.

Итак, терапевты, работающие с цветными семьями, должны

понимать их симптомы, нежелание заниматься лечением и дистанцирование или враждебность (особенно если терапевт белый) в контексте их окружения и истории негативного взаимодействия с белыми людьми, включая тех многих агентов социальной службы, с которыми им приходилось сталкиваться. Кроме того, терапевт должен узнать сильные и слабые места семьи в ее окружении, а если семья изолирована, помочь ей это окружение создать.

Наконец, терапевт должен заглянуть в самого себя и определить свое отношение к расе. В этом отношении некоторые авторы рекомендуют курсы обучения, которые идут дальше нравоучительных лекций о личных эмпирических впечатлениях, т. е. курсы, противостоящие нашим демонам расизма (Pinderhughes, 1989; Boyd-Franklin, 1989; Green, 1998b).

## Нищета и социальный класс

Деньги и социальные классы — это темы, которые большинство и пациентов, и терапевтов обсуждают с большой готовностью. В нашей культуре неприличие экономического неуспеха связывается распространенной индивидуалистической этикой, утверждающей, что люди сами ответственны за свои успехи или их отсутствие. Так что если вы бедны, то вы сами и виноваты. Самое тяжелое из всех тех несчастий, с которыми сталкиваются неимущие (постоянная борьба за то, чтобы свести концы с концами, и вечный страх, что этого не удастся сделать, нехватка средств на воспитание детей или невозможность вести достойную жизнь вследствие этой борьбы, страх перед тем, что в семье среднего класса считается мелкими неприятностями (поломка машины, болезнь ребенка), а в неимущей — может выбить почву из-под ног, повседневная жизнь в опасных, пропитанных насилием сообществах с травмирующими симптомами, полная стрессов и отупляющая работа или порочный круговорот жизни на пособие, такие реакции на безнадежность, как пристрастие к наркотикам или подростковая беременность), — так вот, самое тяжелое несчастье — это нести позор бедности на фоне той процветающей Америки, которую они видят по телевизору.

Несмотря на снижение доходов, вызванное системой управляемой медицины, большинство терапевтов способны поддерживать умеренно комфортный образ жизни среднего класса. Они плохо представляют себе те трудности, с которыми сталкиваются

их неимущие пациенты, и разрушающее психологическое воздействие таких условий жизни. Если неимущие пациенты не являются на прием или не соблюдают указаний, терапевты могут быстро приобрести на них тот же взгляд, что и большинство остальных представителей своей культуры, т. е. считать их людьми равнодушными и безответственными. Зачастую неимущие сами начинают видеть себя такими, и отрицательная самооценка становится главным из жизненных препятствий.

Как мы можем противостоять этой тенденции — думать, что неимущие просто не могут перестать быть такими? Во-первых, терапевтам нужно самим набраться знаний о том, что значит быть неимущим в Соединенных Штатах. Недавно Барбара Эренрайх (1999), журналистка, чьи книги и статьи положили хорошее начало пониманию этой проблемы, в течение месяца попыталась пожить в шкуре бывшего безработного на пособии, поступившего на работу. Поселившись на трейлерной стоянке и работая официанткой, она фактически осталась ни с чем после расходов, которые и так свела к самому минимуму. Она пишет:

Как бывшие безработные и матери-одиночки могут выжить (и выживают!) на низкооплачиваемой работе, мне трудно представить. Может быть, они додумываются, как втиснуть свою жизнь — включая воспитание детей, стирку, любовь и принятие пищи — в ту пару часов, которая у них остается между двумя работами. Может быть, они устраиваются жить в своих грузовиках (что и делали, как она обнаружила, несколько ее товарищей), если у них есть хотя бы один. Все, что я поняла, — я не способна работать на двух работах, и прожить на одну зарплату я тоже не могу. Причем у меня были преимущества, немыслимые для вечных бедняков: здоровье, жизнеспособность, исправная машина, и не было детей, о которых нужно заботиться или поддерживать... За реформой системы благотворительности стояла мысль, что, дескать, самая скромная работа морально возвышает и психологически поддерживает. В действительности она чаще полна оскорблений и стрессов (с. 52).

Если, например, терапевт предписывает неимущей работающей матери проводить больше времени с детьми, она может почувствовать себя непонятой и обиженной и больше не придет на прием. Если же, с другой стороны, терапевт внимательно выслушает ее рассказ о том, как сильно она хочет проводить больше



времени с детьми, но у нее не выходит, и поможет ей не винить себя в своих бедах, объяснив социополитические причины ее трудностей, то ей, возможно, станет легче и она почувствует, что и в ее мире существует сострадание. Дело в том, что Америка — страна неравных возможностей. Ее экономика предусматривает неравенство, которое для любого делает крайне трудным выход из бедности и удерживает в ней почти каждого четвертого (Walsh, 1998). Нарративист Джоди Клаймен (1998) уверен:

Основанное на сотрудничестве исследование классовых отношений внутри и вне терапии ставит под сомнение психическую ограниченность класса... Семьи, которым отказали в ссуде или займе на учебу, могут указать источником своих трудностей экономическую систему, а не собственные неудачи. Подробные расспросы о квалификации и работе, необходимой для того, чтобы поддерживать скудное хозяйство на плаву, могут фокусироваться на достоинствах и опыте выживания, а не на самобичевании или беспомощности... Понимание своего классового положения помогает семьям создать внушающие самоуважение семейные хроники и использовать семейные и общественные ресурсы по-новому. Такая позиция противостоит опыту изоляции, стыда и скванности, которые породили идеологи правила «жертва всегда виновата» (с. 58, 59).

Если вы не стыдитесь своих неприятностей, то вам гораздо легче просить о помощи. Обретение помощи — нелегкое дело для неимущих семей, отчасти потому, что редкие терапевты понимают, как преступление и насилие в юности связано с травмой и оскорблением в детстве. Терапия этой части населения направлена в основном на контролирование или принуждение родителей контролировать поведение детей, чем на помощь в их излечении. Но очевидность связи между давнишней обидой и более поздним преступлением неопровержима. Только тогда, когда терапевт начнет относиться к этим антиобщественным шенкам как к людям, которым пришлось пережить — так же как и совершить — насилие, порочный круг будет разорван.

В наши дни не только неимущие семьи несут бремя стыда и неуверенности в будущем. Чувство несостоятельности пронизывает и семьи среднего класса. По мере того как корпорации все чаще предлагают только работу с частичной занятостью и без льгот и увольняют работников неожиданно и безжалостно, се-

мейная жизнь вообще, за исключением богатейших слоев, чревата экономической ненадежностью. Средний семейный доход за последние два десятилетия снизился до такой степени, что молодые семьи не могут надеяться прожить так же хорошо, как их родители, даже на две зарплаты, необходимые для того, чтобы поддерживать очень скромный уровень жизни (Rubin, 1994). И тем не менее терапевты должны быть способны помочь членам семьи бросить вызов их внутренним диалогам на тему «Я неудачник» с помощью расширения их кругозора включением тех политических тенденций, которые все настойчивее отделяют богачей от всех остальных жителей нашей страны.

## Проблемы геев и лесбиянок

Проблемы геев и лесбиянок достигли сознания семейных терапевтов тем же путем, что и расовая проблема. В конце 80-х гг., после долгого периода игнорирования и отрицания, семейная терапия начала поворачиваться лицом к явлению, которое охватило ощутимый процент населения (Crawford, 1998; Goodric и др., 1988; Krestan, 1988; Roth и Murply, 1986; Roth, 1989; Carl, 1990; Markowitz, 1992; Hersch, 1991; Dahlheimer и Feigal, 1991; Laird, 1993; Sanders, 1993). Выпуск в 1996 г. специализированного клинического справочника (Laird и Green, 1996) и журнала («В семье» под редакцией Лоры Марковиц) показывает, что эти проблемы покинули наконец закулисы семейной терапии.

Первые знаки усиления внимания к заботам геев и лесбиянок включали специальное издание журнала по сетевой семейной терапии (*Family Therapy Networker*, январь 1991 г.) и впечатляющий отчет Американской академии семейной терапии под заглавием «Любовь, которая осмеливается произносить свое имя» (1992). Возможно, однако, что важнейшим признаком изменения отношения к теме в данной научной сфере является второе издание книги «Процессы в нормальной семье» (1993); этот влиятельный труд включает главу о семьях геев и лесбиянок, тогда как первое издание, выпущенное десятью годами ранее, такой главы не включало. То, что семьи геев и лесбиянок теперь рассматриваются как семьи нормального типа, — большое новшество в сфере нашей деятельности и в нашей культуре.

Тем не менее многие традиционные терапевты игнорируют эту литературу и мало узнают (если узнают) в аспирантуре о под-

ходах к проблемам геев и лесбиянок, несмотря на то что если они нечасто работают с пациентами — откровенными геями и лесбиянками, то ведь многие из патронируемых ими семей борются с семейной поляризацией, не желая иметь ребенка-гея или лесбиянку. Чтобы не нанести вреда этим семьям или другим пациентам, геям и лесбиянкам, терапевты должны изучать их видение сексуальности и понимать, с чем сталкиваются их пациенты в гомофобном мире.

Достижение гармоничных отношений парами геев и лесбиянок может быть более затруднительным не потому, что они от роду более патологичны, чем традиционные пары, но потому, что наше общество ставит перед ними больше препятствий. После детства, полного смущения, стыда и страха разоблачения многие геи и лесбиянки отвергаются своими семьями, как только открывают свою тайну. Родители часто чувствуют себя виноватыми, частично из-за того, что психоанализ их прошлого обвиняет их в гомосексуальности детей. Реакция родителей варьирует от отрицания, самообвинений и страха за будущее детей до враждебности, насилия и отрицания отцовства (LaSada, 1997). Терапевтам следует помнить, что гей или лесбиянка, быть может, годами боролись с собой, прежде чем познали свою сущность, и их родителям после первого шока также потребуется некоторое время, чтобы переварить услышанное. Семейная терапия часто бывает полезной в исправлении вреда, нанесенного семейным отношениям в течение какого-то периода после признания.

Таким образом, в то время как гетеросексуальные пары поддерживаются и ободряются семьями в их стремлении быть вместе, пары геев и лесбиянок часто имеют противоположный опыт. Родительское и семейное непринятие может иметь весьма вредное влияние на отношения геев и лесбиянок (Swarts, 1989). Несмотря на увеличение терпимости к ним в некоторых слоях нашего общества, геи и лесбиянки продолжают испытывать унижения, дискриминацию и даже насилие из-за своей сексуальной ориентации. Недостаток социальной поддержки может способствовать напряженности связей в отношениях геев и лесбиянок, порождая стрессы, ревность и гнет изоляции.

Вместо того чтобы исследовать влияние этого давления и напряженности, многие терапевты (даже считающие себя терпимыми) продолжают подталкивать своих пациентов — геев и лесбиянок заглядывать в свое прошлое в поисках причин своей гомосексуальности или пытаются исправить их «сексуальные от-

клонения». Многие терапевты питают невольное предубеждение к гомосексуальным парам, имеющим детей в результате усыновления или искусственного оплодотворения.

Мы надеемся, что скоро придет день, когда семьи геев и лесбиянок, как и афроамериканцев и других маргинальных групп, будут изучаться семейными терапевтами, чтобы узнать не только о проблемах, с которыми эти группы сталкиваются, но и о том, как они выживают и развиваются на фоне столь большого неравенства. Например, геи и лесбиянки часто создают «семьи по выбору», который осуществляют в среде дружеских сообществ (Johnson & Keren, 1998). Как предположила Джоун Лэрд (1993), этим семьям есть чему поучить нас «в таких вопросах, как отношения между полами, родительские обязанности, приспособление к натянутым отношениям с нашим обществом, а в особенности как быть сильным и гибким» (с. 284). Вопрос в том, готовы ли мы учиться.

## Духовность

На протяжении большей части XX столетия психотерапевты тщательно остерегались занесения духовности и религии в свои кабинеты. Мы хотели выглядеть респектабельными клиницистами и опасались соотнесения с тем, что наука считала иррациональным и недоказуемым. Мы хотели также оставаться вне морализирования, стремясь быть нейтральными, чтобы пациенты сами определяли свою судьбу. Наконец, мы неохотно интересовались духовными предпочтениями семей, боясь, что это может показаться вмешательством. Эти страхи были так распространены в семейной терапии, что обзор более трех тысяч статей в наших журналах дал менее 1 % позитивных упоминаний о религии (Kelly, 1992).

В 1990-х гг., когда дети беби-бума ощутили духовные искания, свойственные среднему возрасту, и все возрастающее число людей находили современную жизнь разобщающей и пустой, духовность и религия вспомнились как противоядия отчужденности и попали на обложки как «Тайма», так и «Ньюсуика». В то же время после долгого молчания о духовности начали писать семейные терапевты (Brothers, 1992; Burton, 1992; Prest и Keller, 1993; Butler и Harper, 1994; Griffith и Griffith, 1994; Aponte, 1994; Doherty, 1996; Anderson и Worthen, 1997; Walsh, 1999).

Некоторые сдвиги в этой области подготовили почву для но-

вой тенденции. В 80-х гг. семейная терапия сместила центр внимания с поведенческих рядов на системы воззрений и смысла, организующие поведение. Некоторые из наиболее сильных организующих семейных воззрений были направлены на поиски смысла жизни и представления о высшем бытии, тем не менее терапевты в большинстве своем никогда не касались подобных материй. В течение многих лет важная часть семейной жизни оставалась в их кабинетах запретной темой.

Но возможно ли исследовать духовный мир семьи без приобретения сторонников или забывая о миссии терапии, направленной на решение проблем? Гавайский терапевт Пол Пёрселл говорит, что не только возможно, но и необходимо. Он полагает, что ответы людей на такие масштабные вопросы и степень соответствия их образа жизни этим ответам глубоко связаны с их эмоциональным и физическим здоровьем. Он считает, что люди нуждаются в том, чтобы чувствовать себя связанными не только со своими супругами и детьми, но и с чем-то большим: со своими предками, с высшей силой, с объясняющей системой, которая придает смысл их жизням, давая почувствовать, что они любимы.

Дуглас Андерсон и Дан Уортен (Anderson & Worthen, 1997) рекомендуют терапевтам «слушать жалобы пар или изучать симптомы так, словно это крик души; задавать себе вопросы вроде «Что отражает данный симптом в смысле неосуществившегося духовного языка данной личности?» (с. 6). Там, где семейная терапия рассматривает симптомы индивида как отражение трещины в семье, ориентированные на духовность семейные терапевты оценивают проблему как проявление недостатка соответствия с чьей-либо космологией.

Возможно, что наиболее полезным для большинства клиницистов является придание данным движением особого значения использованию терапевтом духовной практики содержания его или ее души, открытой для того, чтобы приобрести сочувствие, признание и любовь пациентов. Многие формы медитации имеют подобные цели. Сопереживание и способность не судить как качества, которым терапевтам необходимо научиться, некоторые клиницисты стали рассматривать скорее как внутренне присущие качества, которые могут быть реализованы через духовную практику.

Будет интересно посмотреть, как этот новый, духовный, акцент будет воздействовать на семейную терапию. Нарративные терапевты с почтением изучают верования человека, поэтому

включение вопросов о высшей силе или смысле жизни выглядит естественным способом дополнить его рассказ о себе. Тем не менее нежелание что-либо навязывать или страх попасть в неловкое положение из-за чьих-то воззрений, по всей вероятности, воспрепятствуют превращению духовности в центральную тему в ближайшем будущем.

## Приспособление лечения к населению и его проблемам

Вызревание семейной терапии как поля деятельности отражено в ее литературе. В начале развития семейной терапии большинство написанного касалось какой-либо из четырех или пяти школ (структурной, стратегической, эмпирической, боуэнианской), сочинялось их основоположниками и было приложимо к семье в целом. В 1980-х гг. появились книги, в которых основное внимание уделялось тому, как осуществлять семейную терапию множества специфических проблем и семейных констелляций. Тот факт, что многие из этих книг не тяготеют к какой-либо конкретной школе, показывает, что семейная терапия переросла школьную стадию и, следовательно, стала менее ограниченной и более содержательной.

Имеются книги о работе с семьями наркоманов (Stanton, Todd & Associates, 1992; Kaufman, 1985; Barth, Pietrzak & Ramier, 1993), алкоголиков (Steiglass, Bennet, Wolin & Reiss, 1987; Бепко & Крестан, 1985; Wegscheider-Cruse, 1985; Treadway, 1989; Elkin, 1990; Berg & Miller, 1992; Brown & Lewis, 1998;), одержимых обжорством (Root, Fallon & Friedrich, 1986; Schwartz, 1995) и друг другом (Trepper & Barret, 1989; Friedrich, 1990; Madanes, 1990; Combrinck-Graham, 1995).

Кроме того, есть книги о врачевании семей с родителями-одиночками (Morales & Walker, 1984), семей с отчимами и мачехами (Visher & Visher, 1979, 1988), разводящихся семей (Sprenkle, 1985; Wallerstein & Kelly, 1980; Ahrons & Rogers, 1989; Emery, 1994), смешанных семей (Hansen, 1982; Sager & др., 1983), семей в переходном положении между этими состояниями (Pittman, 1987; Falicov, 1988), а также обо всех комбинациях отношений внутри семей (Walters, Carter, Papp & Silverstein, 1988).

Есть книги о семьях с маленькими детьми (Zilbach, 1986; Combrinck-Graham, 1988; Wachtel, 1994; Gil, 1994; Freedman, Ep-

ston & Lobovits, 1997; Selekman, 1997; Smith & Nylund, 1997; Bailey, 1999); о неблагополучных подростках (Mirkin & Koman, 1985; Price, 1996; Micucci, 1998; Henggeler и др., 1998; Sels, 1998), о взрослой молодежи (Haley, 1980), о проблемах между родными братьями и сестрами (Bank & Kahn, 1982; Kahn & Lewis, 1988), так же как и книги о нормальных семьях (Walsh, 1982, 1993) и, наконец, о преуспевающих семьях (Beavers & Hampson, 1990).

Имеются книги о работе с семьями шизофреников (Anderson, Reiss & Hogarty, 1986), семьями с биполярным расстройством (Miklowitz & Goldstein, 1977), семьями со СПИДом (Walker, 1991; Boyd-Franklin, Steiner & Boland, 1995), семьями, пережившими травму (Figley, 1985), хроническую болезнь или недееспособность (Rolland, 1994; McDaniel, Hepworth & Doherty, 1992), с теми, кто тяжело переживает смерть близких (Walsh & McGoldrick, 1991), с семьями, где есть недееспособный ребенок (Seligman & Darling, 1996) или приемный ребенок (Reitz & Watson, 1992), с неимущими семьями (Aponte, 1994; Minuchin, Colapinto & Minuchin, 1998) и семьями различного этнического состава или констелляции (Boyd-Franklin, 1989; Okun, 1996; McGoldrick, Giordano & Pearce, 1996; Lee, 1997; Falicjv, 1998).

Вдобавок к этим специализированным книгам сфера семейной терапии расширила свой охват и системное мышление за пределы семьи, с целью включить воздействие на нее более обширных систем, таких, как другие помогающие агенты, социальные агентства и школы (Schwartzman, 1985; Berger, Jurkovic & Associates, 1984; Imber-Black, 1988; Minuchin, 1984; Elizur & Minuchin, 1989), влияние отсутствия семейных ритуалов и их использование в терапии (Imber-Black, Roberts & Whiting, 1988) и социополитический контекст, в котором семьи существуют (Mirkin, 1990; Berger Gould & DeMuth, 1994; McGoldric, 1998).

Об этой тенденции следует сделать одно замечание: многие из этих специализированных подходов перерастают модели семейной терапии. Их авторы могут иметь особую профессиональную ориентацию, но эта ориентация в достаточной степени отходит на задний план перед тем характерным обстоятельством, что книга может быть прочитана терапевтами другой ориентации и не вызвать ощущения соперничества. И в самом деле, две недавно вышедшие полезные книги для начинающих семейных терапевтов имеют чисто практический характер и не связаны с какой-либо школой (Taibbi, 1996; Patterson и др., 1998), а две другие включают материалы различных школ, но главное внимание

уделяют специфическим проблемам или случаям (Dattilio, 1998; Donovan, 1999). Таким образом, в противоположность 1960-м и 1970-м гг., в течение которых последователи какой-либо отдельной модели читали мало литературы, выходящей вне рамок данной школы, и с нетерпением ждали очередного приношения от ее лидеров, тенденция к большей специализации в области содержания, чем следования модели, сделала семейную терапию более плюралистичной в эту эпоху постмодернизма.

Немногие темы более важны в современной семейной терапии, чем нынешняя настоятельная необходимость создания лечебных подходов к особым группам населения. Если когда-то терапевты подгоняли семьи к своим моделям, то теперь «одномерные» терапии менее жизнеспособны. Семейным терапевтам пришлось спуститься с башен их учебных заведений и попытаться справиться с запутанными проблемами реального мира. Группы новаторов создают подходы к специфическим проблемам. Например, Институт Аккермана является местом разработки проектов, направленных против инцеста и насилия в семье; Центр Минухина имеет программу лечения беременных женщин-наркоманок и членов их семей, а Институт семьи в Чикаго располагает проектом, направленным на прекращение избиения жен.

## Эмпирически обоснованные программы лечения

В то время как семейная терапия 90-х гг. направлялась в основном постмодернистским недоверием к традиционной науке, группы серьезных клиницистов и исследователей занимались неприкрыто модернистским изучением семьи и проблем семейной терапии. Некоторые из них многие годы борются за развитие таких методов семейной терапии, которые эффективны при работе с многопроблемными семьями и семьями с буйным и антисоциальным поведением. Финансируемые крупными федеральными субсидиями, они стремятся тщательно проверять результаты своих вмешательств и использовать эти знания для совершенствования своего подхода. Проводя строгие, поддающиеся количественному определению исследования, они идут против постмодернистского течения изыскательского скептицизма.



Поскольку постмодернисты-скептики уверены, что нет такой вещи, как объективность, они утверждают, что исследования существуют для того, чтобы поддерживать утвердившиеся знания и оттеснять альтернативы на их периферию. Они полагают, что, поскольку каждая теория или модель является просто очередной сказкой о семье или терапии, не лучшей, чем любая другая, нет смысла их сравнивать или проверять. Кроме того, те методы, которые проверяют эти исследователи, в основном касаются аспектов поведенческой и/или структурной семейных терапий, которые новая волна терапевтов объявила модернистскими и устаревшими.

В результате многие проекты осуществляются в сравнительной неизвестности для большинства терапевтов. Это достойно сожаления, так как, что бы ни говорили постмодернисты, исследования жизненно необходимы для будущего семейной терапии. На семейных терапевтах лежит обязанность оценивать эффективность их методов и обращаться к наиболее трудным проблемам общества. Кроме того, их экономическое будущее зависит от способности демонстрировать третьей стороне — плательщикам — эффективность семейной терапии. Мы надеемся и верим, что малая известность этих проектов является временной и по достижении результатов и их обнародовании они приобретут то влияние, которого заслуживают.

Наиболее известным из этих исследовательских проектов является проект, возглавляемый Джеральдом Паттерсоном, два десятилетия работающим над усовершенствованием своих поведенческих методов в Орегонском центре общественных знаний, в Юджине. Другими заметными лидерами этого движения являются Хосе Шапочник и Говард *Лиддл (Liddle Я.)* в Университете штата Майами, Джим Александер в Университете штата Юта, Скотт Хенгглер в Медицинском колледже штата Южная Калифорния, в Чарльстоне, и Пат Толан и Дебора Горман-Смит в Иллинойском университете, в Чикаго.

По иронии судьбы эти группы хорошо известны и высоко ценятся вне сферы семейной терапии. На них ориентируются в своей деятельности наши национальные политики. Эти исследователи создают семейной терапии хорошую репутацию в более широких кругах людей, занимающихся психическим здоровьем, репутацию, которую дискредитируют эксцентричные методы и заявления о не подтвержденных практикой результатах, о которых говорится в этой книге.

## Медицинская семейная терапия и психологическое просвещение

Традиционно семейная терапия ориентировалась на ликвидацию признаков болезни и решение проблем. В 1990-х гг. появилась новая концепция семейной терапии. В большей степени, чем лечение медицинских или психиатрических синдромов, целью является максимализация функциональных способностей и способностей справляться с проблемами пациентов и их семей. Это представляет собой переход от идеи о том, что проблемы порождает семья, к идее о том, что проблемы, как природные бедствия, могут возникать в семье неожиданно.

Это движение имеет два связанных источника. Первый, называемый *психопросветительской семейной терапией*, происходит из работы с пациентами-шизофрениками и их семьями. Второй — *медицинская семейная терапия* — развился в результате помощи семьям в борьбе с хроническими заболеваниями, такими, как рак, диабет и сердечные заболевания.

Медицинский и психопросветительский подходы не включают в себя идеи о том, что семья вызывает эти синдромы, поэтому члены семьи, с которыми осуществляется работа, не чувствуют себя виноватыми. Однако сторонники этих подходов разделяют то мнение, что семьи могут оказывать сильное влияние на ход этих болезней, и пытаются сотрудничать с членами семьи с целью обеспечить максимальную совместимость и минимизировать расхождения с семьей.

### ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ И ШИЗОФРЕНИЯ

Поиск причин шизофрении и средств ее лечения в семье был начат семейной терапией в 50-х гг. По иронии судьбы четырьмя десятилетиями позже психопросветительская методология, которая не ставила перед собой таких целей, может помочь шизофреникам лучше, чем другие подходы.

Психопросветительская модель появилась из-за неудовлетворения подходами как традиционной семейной терапии, так и психиатрии. Кэрол Андерсон, Дуглас Райе и Джеральд Хогарти (1986) сетовали:

Мы обвиняли друг друга, самих пациентов, их родителей и прародителей, государственную власть и общество в том, что они вызывают эти расстройства, и в том, что слишком часто эти болезни имеют ужасный ход. Когда надежда и деньги истощались, мы зачастую вырывали шизофреников из их семей, обрекая их на экзистенциальный кошмар «человеческих кладовок», существование в одноместных комнатах отелей и, ближе к недавним временам, на прозябание на улицах или аллеях американских городов (с. vii).

Семейные терапевты, в их попытках понять предполагаемые функции шизофренических симптомов или заставить членов семьи открыть свои глубоко скрываемые чувства, устраивали занятия, вызывающие сильнейший эмоциональный накал, который провоцировал взаимные упреки и защитную реакцию. Заметив частые отклонения в поведении пациентов и повышенную тревожность в их семьях после таких занятий, Андерсон и ее коллеги (1986) «начали задумываться, а не была ли «реальная» семейная терапия, по сути дела, антитерапией» (с. 2).

Психиатрия, с другой стороны, сделала главную ставку на медикаментозное лечение и почти не интересовалась семьей пациента. Психиатры считали, что высокий уровень рецидивов связан главным образом с тем, что пациенты прекращали принимать медикаменты. Когда появились доказательства того, что соблюдение медикаментозного режима необязательно предотвращает рецидивы, было еще раз рассмотрено окружение пациентов. Некоторые исследования позволили сделать вывод, что после госпитализации лучше всего чувствовали себя больные шизофренией, вернувшиеся к тем домашним очагам, в которых возникало наименьшее количество стрессовых ситуаций. Группа британских ученых, включавшая в себя Джорджа Брауна, Джона Уинга, Джулиана Леффа и Кристину Вон, сосредоточилась на том, что они назвали «выраженной эмоцией» (ВЭ) в семьях шизофреников, в частности не критике, враждебности и чрезмерной эмоциональной вовлеченности (Brown et al., 1962; 1972). Исследования подтверждали, что пациенты, возвращавшиеся в семьи с высоким уровнем ВЭ, имели рецидивы чаще, чем те, которые возвращались в дома с низким уровнем ВЭ (Brown et al., 1972; Vaughn & Leff, 1976; Vaughn, 1984).

Эти наблюдения показали, что шизофрения — это нарушение мышления, включающее биологическую уязвимость неизвестного происхождения, которая делает людей высокореактив-

ными и легко поддающимися стрессу. Очевидно, что, когда члены семьи излишне критичны или навязчивы, пациент-шизофреник не может выдержать такой коммуникации и перегружается, что ведет к декомпенсации.

Придя к подобным выводам, три различные группы исследователей в конце 1970-х — начале 1980-х гг. начали экспериментировать со способами уменьшения стресса для пациентов-шизофреников в наиболее привычной для них среде — в домах их родителей. Майкл Голдстейн, возглавив группу в Калифорнийском университете (Goldstein et al., 1978), создал емкую, структурированную методику, сосредоточенную на предупреждении наиболее часто встречающихся в семье стрессовых ситуаций и гашении конфликта вокруг пациента. Придерживаясь исследований Голдстейна, группы, возглавляемые Иеном Фаллуном в Университете Южной Калифорнии (чья модель была изначально поведенческой) и Кэрол Андерсон в Западном институте психиатрии, в Питсбурге, экспериментировали с психопросветительскими моделями.

Андерсон и ее коллеги (1986) сосредоточивают основное внимание на разрушающем влиянии шизофрении на систему семьи, а не на возможном воздействии предшествующих семейных характеристик на возникновение или поддержание синдрома. Они рассматривают изоляцию и сложное положение многих семей шизофреников как очевидное следствие смятения, безысходности и тревоги, которую испытывают члены семьи.

Таким образом, хотя члены семьи, быть может, и способствуют менее чем оптимальному течению шизофренической болезни своего ребенка, то это не потому, что их системе нужны ее характерные проявления, а потому, что болезнь истощила все ресурсы семьи и породила дисфункциональные схемы.

Следовательно, психопросветители пытаются не только помочь семьям изменить свои представления о больных и взаимоотношения с ними, но также устранить тот вред, который мог быть причинен семьям равнодушными профессионалами. Вместо того чтобы предоставлять информацию, поддерживать и формировать чувство контроля, в котором нуждаются эти семьи во время кризиса, многие профессионалы игнорируют членов семьи, за исключением моментов сбора сведений о пациенте и семье, т. е. о том, что, собственно, разладилось. Скрытый смысл такого рода расспросов только добавляет чувства вины, стыда и смущения, которое и так испытывают члены семьи. Неудивительно, что многие семьи или, махнув рукой, отдают своих боль-

ных в распоряжение этих самоуверенных профессионалов, или вступают с ними в ожесточенные стычки.

Психопросветители, наоборот, стараются установить партнерские отношения сотрудничества, в которых члены семьи чувствуют опору, что и дает им силы заниматься больным. После любых контактов с профессионалом семьи должны жить с чувством собственной значимости в процессе лечения, а также с ощущением того, что они не одиноки, что заботливые помощники погружены в их проблемы. Андерсон и ее коллеги обнаружили, что с целью достижения такого рода партнерских отношений они должны перевоспитать профессионалов, чтобы те оставили мысль о том, что семья становится причиной шизофрении или что ей нужен этот шизофреник; они должны искать и подчеркивать сильные стороны семьи и делиться с семьей существующей информацией о шизофрении.

Именно это предоставление информации является образовательным элементом психологического *просвещения*. Андерсон и ее коллеги уверены, что сведения о природе и протекании шизофренического заболевания помогают членам семьи развить чувство владения предметом и становятся путем к пониманию и предчувствию часто хаотичного и явно неуправляемого процесса. В прошлом такая информация слишком часто скрывалась из-за невнимания или антагонистического отношения к семьям, а также из-за нежелания приводить их в уныние пессимистическими прогнозами по поводу шизофрении. Однако, поскольку на семью обычно ложатся главные заботы о больном, целесообразно, чтобы члены семьи были наиболее информированы.

Одним из ключевых способов вмешательства психопросветителя является понимание уровня ожиданий членов семьи пациента и смягчение их воздействия на него. Например, целью первого года лечения после эпизода острого расстройства является предупреждение рецидивов и постепенное вовлечение пациента в работы по дому. Члены семьи должны относиться к пациенту как к человеку, перенесшему тяжелую болезнь, которому предстоит длительный период выздоровления. Пациенту может быть необходим долгий сон, уединение и ограниченная активность в течение некоторого времени после приступа. Иногда он выглядит беспокойным и у него бывают трудности с концентрацией внимания. Предвидя подобный ход событий, психопросветитель пытается предупредить конфликт между пациентом и членами семьи, причиной которого являются нетерпение или

чувство безнадежности, возникающее у них при недостижении нереальных целей.

Психопросветительский подход Андерсон очень походит на метод структурной семейной терапии, за тем исключением, что структурные недостатки семьи толкуются как *результат*, а не как *причина* представляемой проблемы.

Учужд в этой терапии уже знакомо: укрепление связей между поколениями, поощрение родителей вместе работать над дисциплиной, смягчение их роли по отношению к детям, открытие границ семьи для окружающего мира и развитие поддерживающих связей, побуждение родителей реанимировать свой брак и достижение того, чтобы члены семьи не говорили с пациентом как с больным и не вели себя с ним соответственно.

Кроме того, модель Андерсон не избегает соприкосновения с проблемами, существующими в жизни членов семьи, причем напрямую не связанными с шизофренией. Последователи этой методики находят, что супружеские конфликты, сложности в отношениях пациента с братьями и сестрами, депрессия — явления обычные и можно влиять на способность семьи к реорганизации с целью помощи пациенту. Однако они осторожны и обращаются к этим проблемам только тогда, когда семья сама просит о помощи или когда такие проблемы явно препятствуют улучшению состояния пациента. Опасность вмешательства без приглашения семьи заключается в том, что ее члены могут начать испытывать чувство вины и внутреннего сопротивления, как если бы терапевт подозревал их в том, что их проблемы являются причиной шизофрении. Андерсон и ее коллеги (1986) писали, что эти сторонние проблемы находят свое разрешение без прямого вмешательства, по мере того как семья перестраивается, чтобы помочь больному.

Является ли психопросветительская модель эффективной? Ответ зависит от того, что следует называть успехом. По стандартам психологического просветительства, исследования свидетельствуют об огромном успехе. Например, в своей научной работе Андерсон и ее коллеги (1986) пишут:

Среди проходивших лечение (90 человек) в течение года после освобождения из больницы у 19%, подвергавшихся только семейной терапии, возникали психотические рецидивы. Среди получивших индивидуальную поведенческую терапию перенесли рецидивы 20%, но ни один из пациентов, входивших в группу семейной терапии с одновременным при-

менением обучения социальным навыкам, не испытал рецидива. В обоих видах лечения достигался значительный эффект, в противоположность 41% рецидивов при химиотерапии и оказании обычной поддержки (с. 24).

Другие исследования продемонстрировали равно впечатляющие результаты (Falloon и др., 1982; Leff et al., 1982). Казалось бы, почти не возникает сомнений в том, что психологическое просвещение лучше других подходов к шизофрении может отсрочить наступление рецидива и повторное помещение в больницу. Однако для многих терапевтов вопрос состоит в том, хотят ли они успокоиться на достижении такого рода ограниченной цели.

Андерсон и ее коллеги (1986) высказали мысль о том, что данная методика не должна ограничиваться лечением шизофрении, но может быть применена к кое-каким хроническим проблемам, и Андерсон (1988) описала ее использование для лечения депрессии. Многие в работе с пагубными привычками основано на моделях организаций Анонимных алкоголиков и Взрослых детей алкоголиков и вполне укладывается в эту систему психологического образования. Алкоголизм считается болезнью; он оказывает воздействие на семьи, и исходя из этого семьи просвещают, входят в их положение и поддерживают (Steinglass и др., 1987).

## МЕДИЦИНСКАЯ СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ

Если рассматривать шизофрению как хроническое заболевание, тогда психопросветительную семейную терапию следует рассматривать как особую форму медицинской семейной терапии. Ее терапевты работают с семьями, борющимися с хроническими заболеваниями или недееспособностью, во многом так же, как мы описывали это, касаясь семей шизофреников. Стилль этой работы, однако, менее оспаривается, потому что найдется мало людей, которые взяли бы утверждать, что рассеянный склероз, диабет или паралич вызываются семейным окружением, что они не должны лечиться медикаментозно или могут быть исцелены с помощью семейной терапии. Таким образом, семьи, с которыми работают медицинские семейные терапевты, с самого начала менее стыдливы и склонны занимать защитную позицию и больше стремятся помогать профессионалам, чем семьи шизофреников.

Начало медицинской семейной терапии положил Дон Блоч,

который основал журнал «Медицина семейных систем» в 1982 г., с целью соединить психологический и биомедицинский аспекты охраны здоровья. Этот журнал теперь называется «Семьи, системы и здоровье» (*Families, Systems and Health*. Dept. CC-7, P.O. Box 20838, Rochester, NY 14602—0838). Он создан для того, чтобы отразить расширяющийся спектр инициатив, стремящихся охватить все аспекты охраны здоровья. В начале 1990-х гг. это направление вполне созрело, задавая тон с помощью трех книг (McDaniel, Hepworth и Doherty, 1992; Ramsey, 1989; Rolland, 1994). Теперь оно разрослось в целую новую парадигму, известную под названием *коллаборативная охрана здоровья семьи*, с большими ежегодными конференциями, начавшимися в 1996 г., и теперь насчитывающую 14 отчетов о заседаниях и более чем 50 семинарах. Хорошо известные специалисты медицинской семейной терапии — Джон Ролланд, Билл Догерти, Лорейн Райт, Сюзан Мак-Дениел и Томас Кемпбелл — представляют свои работы наряду с экспертами в медицине, по уходу за больными, патронажу и больничному администрированию. Надеждой и перспективой этого движения является создание новых специализаций для семейных терапевтов, а также превращение в новую модель для затратно-эффективной и гуманной национальной системы здравоохранения.

Специалисты медицинской семейной терапии работают в тесном сотрудничестве с педиатрами, семейными врачами, специалистами по реабилитации и медсестрами. Они выступают за то, чтобы в период постановки диагноза семьи получали обычную консультацию с целью выявления своих ресурсов в отношении болезни или нарушения дееспособности. Они ссылаются на растущее количество исследований, предполагающих сильную связь между динамикой семьи и клиническим ходом многих медицинских состояний (Campbell, 1986), и на недавние исследования, показывающие, что семейная терапия оказывает положительное влияние на психическое здоровье и применение мер охраны здоровья (Law & Crane, в печати) как на свидетельство того, что консультирование и сотрудничество могут быть весьма продуктивны.

Когда-то семейную терапию упрекали в нежелании признавать влияние таких факторов, как пол, этническая принадлежность и раса; теперь же специалисты медицинской семейной терапии обвиняются в игнорировании влияния хронических заболеваний. Например:



Женщина с рассеянным склерозом, госпитализированная по поводу депрессии, наблюдалась семейным терапевтом на встречах с ее мужем и тремя дочерьми. Семейный терапевт не обратил внимания на рассеянный склероз пациентки и сосредоточился на истинной, лежащей в основе проблеме, т. е. крайне запутанных отношениях дочерей с матерью (McDaniel, Hepworth & Doherty, 1992, с. 23).

В результате две дочери отказались оказывать помощь, свалив все на младшую сестру, которая и так была обременена своими семейными обязанностями, и оставили ее единственной опорой борющихся с болезнью родителей.

Хроническое заболевание часто оказывает разрушающее влияние. Оно овладевает жизнями больного и членов его семьи, лишая здоровья, надежды и душевного спокойствия. Как говорит Питер Стайнгласс, «оно иногда похоже на террориста, который появляется на крыльце, врывается в дом и требует отдать все, что есть у семьи» (цит. по McDaniel и др., 1992, с. 21).

Как мы можем помочь семье справиться с этим ужасным воздействием? Джон Ролланд (1994) изобрел полезную схему, которая поясняет, как свойства болезни или недееспособности взаимодействуют со свойствами семьи. Он указывает, что болезнь может иметь несколько качественно различных состояний: начало (внезапное или постепенное), ход {стабильный, прогрессивное ухудшение или непредсказуемый рецидив}, степень потери трудоспособности (от нулевой до глубокой) и исход (повлияет ли он на продление жизни или, возможно, будет иметь результатом внезапную смерть). Различные болезни составляют различные комбинации этих качеств и в зависимости от комбинации предъявляют различные требования к семье. Например, если вследствие несчастного случая член семьи слепнет, возникает неожиданный кризис, за которым следует период стабилизации, но это не укорачивает жизненной перспективы и не ведет к полной недееспособности. С другой стороны, если личность оказывается в сильной степени подверженной депрессии, то семья сталкивается с постепенным наступлением болезни на человека в прогрессивном ее виде, что ведет к недееспособности и смерти.

Требования, предъявляемые болезнью, взаимосвязаны со свойствами семьи, такими, как жизненный цикл семьи и роль, которую играет ее член, пораженный болезнью; ресурсы лидерства в семье и степень изоляции, а также их уверенность в серьезности болезни и в том, кто может оказать помощь, основан-

ную на этнической принадлежности и истории болезни. Будучи поставленным в известность об этих факторах, терапевт может помочь семье подготовиться к борьбе с болезнью или, если болезнь существует в семье уже многие годы, уловить перспективу в грядущем ее расколе и запутанных обстоятельствах. Терапевт помогает семьям пересмотреть их взгляды и возможности, с тем чтобы болезнь не возобладавала над ними.

В заключение можно сказать, что психопросвещение и медицинская семейная терапия, о которых шла речь в этой главе, включают в себя многие элементы, которые совместно образуют показательную тенденцию: уверенное движение от конфронтации с семьями, к сотрудничеству партнерству с ними. В настоящее время терапевты скорее обращены к поиску сильных сторон семьи, чем к их недостатку, и ищут пути освобождения семьи от чувства вины и ощущения порицания, которые сопровождают имеющиеся у них проблемы. Медицинская терапия представляет собой естественное и важное сотрудничество между терапевтами, психиатрами и семьями, что, видимо, и обеспечивает будущее семейной терапии.

## «Я» в системе

И (словно было недостаточно всех тех революционных изменений, которые мы перечислили в этой главе) пуристам семейных систем был брошен вызов в виде нового интереса к внутренней жизни человека. Маятник, откачнувшийся в начале 80-х гг. от внутриспсихических, индивидуальных моделей психотерапии, пошел назад, несмотря на постмодернистское презрение к идее о том, что у нас есть отдельное «я», которое может быть исследовано и описано. Причин для этого было много.

Первая из них связана с развитием. Семейная терапия стала восприниматься достаточно серьезно, как важная дисциплина, так что отпала необходимость поддерживать положение «наши против ваших». Как ребенок, ставший взрослым, бросает новый взгляд на своих родителей, которых когда-то отвергал, семейная терапия стала достаточно сильной и уверенной в себе, чтобы признать, что, может быть, и не существует ответов на все вопросы и психологические соображения тоже могут быть важны.

Вторая причина — увеличивающийся приток психодинамически подготовленных клиницистов в семейную терапию из-за ее возросшей популярности и снизившейся поляризации по от-

ношению к психотерапевтическому истеблишменту. Этот прилив создал растущую необходимость в моделях, которые могли бы послужить мостом между «я» и системой.

И, наконец, некоторые течения психоанализа эволюционировали до такой степени, что стали выглядеть более совместимыми с семейной терапией. Классическая фрейдистская теория влечения мало доверяла проблемам человеческого окружения и, следовательно, слабо подтверждала необходимость работы с семьей. Фрейд учил нас, что человеческая натура движима бессознательными силами, скрытыми глубоко внутри психики. Как теория объектных отношений, так и эго-психология большее внимание уделяли взаимодействию с семьей.

Суть теории объектных отношений очень проста: мы связаны с людьми в настоящем на основании ожиданий, сформировавшихся под влиянием предыдущего опыта. Для теоретиков, ориентированных больше на внутриперсональные объектные отношения, таких, как Рональд Фербрейн и Дональд Винникотт, межперсональная связанность заменила побуждения (агрессию и принцип удовольствия) как движущую силу человеческой личности.

Теория объектных отношений гласит, что прошлое живо в памяти и что оно влияет на жизни людей больше, чем они это сознают. Начиная с наших детских связей с теми, кто с нами нянчился, мы формируем в нашем уме образы, называемые *внутренними объектами*, которые создают то, с помощью чего мы воспринимаем мир. Будучи-взрослыми, мы реагируем на других людей исходя больше из того, как сильно эти люди напоминают нам эти внутренние объекты, чем из реальных характеристик людей.

В применении к семейной терапии это значит, что те дисфункциональные схемы, которые идентифицировал семейный терапевт, часто поддерживаются внутренними объектными связями ключевого члена семьи. Через процесс, называемый *проективной идентификацией*, образы определенных внутренних объектов проецируются на членов семьи, которые вынуждены отбиваться от этих проекций. Терапевты объектных семейных отношений интерпретируют эти проекции на семью таким образом, чтобы ее члены больше знали о тех невидимых силах, которые стоят за их несчастливыми взаимоотношениями, и были в большей степени способны изменить их.

В 1980-х гг. был написан ряд книг об объектных отношениях и семейной терапии (Nichols, 1987; Luepnitz, 1988; Wachtel &

Wachtel, 1986; Kirschner & Kirschner, 1986; Slipp, 1984; Scharff & Scharff, 1987). К тому же эго-психология Хайнца Когута (1971, 1977) революционизировала мир психоанализа и, косвенно, семейную терапию. Когут заменил фрейдовский свирепый ид в сердцевине человеческой природы на незащитное «я» и убедил нас, что наши жизни крутятся вокруг стремления к самореализации и жажды признания. Недавно Билл Пинсоф (Pinsof, 1996) попытался интегрировать эго-психологию в системно обособленную семейную терапию.

Эти идеи имеют важную связь с природой отношений между терапевтом и пациентом. Терапевт должен воспитывать и сопереживать (для того чтобы создать безопасную, теплую атмосферу, которую называют «*поддерживающая*»), а не дистанцироваться и быть пассивным и нейтральным экспертом. Это трудный и неоднозначный путь как для психоанализа, так и для семейной терапии.

Попытка создания союза более интерперсонально ориентированных психоаналитических теорий с семейной терапией — дело серьезное. Эти модели до сих пор содержат концепции и положения, не вписывающиеся в системное мышление, и различные авторы трактуют эту проблему по-разному. Одни призывают отказаться от системной теории и заменить ее объектными отношениями как основой для семейной терапии. Другие пытаются использовать оба подхода, но как бы по отдельности и использовать их последовательно или в дополнение друг друга. Третьи же пытаются интегрировать концепции и методы этих двух парадигм, а это все равно что попытаться скрестить животных различных пород.

Одна модель взялась за другую задачу. Вместо того чтобы пытаться работать с несоответствиями между объектными отношениями и системным мышлением, Ричард Шварц (1987, 1995) распространил системные принципы и методы на внутриспсихический процесс, применяя их к взаимодействию внутренних слабовыраженных личностей. Изучая этот процесс, он наткнулся на новый, имеющий психическое основание метод работы и полезный для терапии язык, а также на способ плавно перейти от вопросов семьи к внутренним убеждениям человека (см. главу 13).

Многие семейные терапевты считают этот возврат к отдельной личности регрессом. Им кажется, что открытие системных концепций и методик было откровением и светом в конце туннеля. Там, где были только хаос и смятение, теперь можно увидеть треугольники, нарушение границ и последствия круговых

интеракций. Идея снова нырнуть в психическую сферу, будучи спасенными из нее семейной терапией, весьма плохо пахнет.

Мы согласны, что в этой перетряске есть свои опасности. Легко потеряться в привлекательной личной жизни индивида и опять же минимизировать важность внешнего контекста. Легко испугаться истории патологических интеракций из предыдущей жизни пациентов и недооценить их современную способность изменяться. Легко утомиться от сложности попыток понять то множество душ, которое составляет семью. Однако мы не должны забывать, что, хотя семьи работают как системы, индивидуальности-то все равно действуют сами по себе, и они, как вы, может быть, замечали, могут быть иногда довольно мужественными.

## Управляемая медицина

Хотите верьте, хотите нет, — несмотря на все достижения семейной терапии, наибольшее влияние на нее на пороге XXI века имеет не что иное, как клиническая теория. Управляемая медицина, эта попытка страховых компаний и других регулирующих органов понизить стоимость услуг по поддержанию психического здоровья, нанесла сильный удар по каждому из аспектов практики семейной терапии. Компании по управляемой медицине во все возрастающей степени контролируют не только доступ к пациентам, но и методы терапии, которую те получают, сроки лечения и гонорары терапевтов.

Поскольку целью таких компаний является снижение затрат, они заинтересованы в эффективном лечении и мотивировании терапевтов работать как можно быстрее. В результате модель краткосрочной терапии, такой, как фокусированная на решение проблем, процветает, в то время как долговременные модели, вроде психоаналитической или боуэнианской, в равной степени прозябают. Если говорить о тех, кто поумнее, некоторые из наиболее просвещенных компаний по управляемой медицине в действительности благоволят семейной терапии, так как понимают, что клиницисты, которые наблюдают и лечат людей в их социальном окружении, с большей вероятностью не допустят того, чтобы они попали в больницу.

Во времена первой волны управляемой медицины считалось несомненным, что семейным терапевтам, чтобы отловить клиентов, придется «выйти на панель». Однажды заполучив направленного к ним пациента, они должны были испрашивать разре-

шения ответственного администратора на продолжение сеансов и находить оправдания своему лечебному методу. Мало-помалу компании по управляемой медицине приходят к выводу, что такой микроменеджмент слишком дорог и антагонистичен, поэтому вторая волна управляемой медицины предусматривает поощрения для терапевтов, добровольно снижающих цены. Это подразумевает предоставление «поголовных» контрактов, в соответствии с которыми некая группа терапевтов соглашается за оговоренную ежегодную плату оказывать услуги, касающиеся психического здоровья, определенной группе людей. Эта система устраняет нужду в администраторах, потому что терапевты знают: чтобы сделать деньги, им нужно как можно сильнее урезать свои услуги. И хотя эта система поголовного учета и может отбить у терапевтов охоту предлагать некоторые необходимые услуги, они по крайней мере будут бороться со своей совестью, а не с какими-то безликими незнакомцами.

До появления управляемой медицины семейные терапевты или занимались частной практикой, или служили в агентствах социальных услуг, субсидируемых федеральным правительством или правительствами штатов и местной администрацией. Рекомендации на прием основывались в первую очередь на репутации, и их было сравнительно много. Терапевты никак не ограничивались в своих подходах к лечению или количестве интервью и могли гарантировать пациенту конфиденциальность. Они получали хорошие деньги и чувствовали себя профессионалами. Теперь это вспоминается как давний сон.

Если система групповой терапии станет распространенной, это будет означать, что индивидуальных терапевтов не останется, так как пациенты будут обслуживаться только теми специалистами, которые работают с группами и могут обеспечить нужные услуги. Одно это изменение представляет собой революцию в семейной терапии, как переход от строительства коттеджей к строительству многоквартирных домов, где выгода первостепенна, а сотрудничество затруднительно. Как только компании по управляемой медицине учуяли огромную выгодность этого дела, гонорары или заработная плата, которую они выплачивали терапевтам, немедленно понизились.

Контракты предоставляются предпочтительно группам тех специалистов, которые предлагают полезность, доступность, дешевизну и приемлемость (Heath, 1995), а не тем, которые известны своими новшествами или высоким качеством терапии. Терапевты имеют большие портфели заказов и мало надзора. Воз-

можно, худшим аспектом этой революции является уничтожение творческих коллективов, которые генерировали новые взгляды на человека и на то, как ему помогать. У терапевтов больше нет ни времени размышлять, ни пространства для экспериментов. В результате будет страдать не только терапия, но, более того, культура, потому что от инноваций в психотерапии зависит то, насколько общество понимает и как относится к своим членам.

Терапевты отреагировали по-разному. Некоторые смотрят на управляемую медицину как на позитивную или, по крайней мере, неизбежную корректировку ситуации, которая не поддается контролю. Они считают, что до ее появления психотерапия была безответственной и эксплуататорской и не имела причин сдерживать растущие цены. Эти терапевты научились улаживать компании по управляемой медицине и имеют кучу работы, хотя и меньше зарабатывают за час. Другие пытаются выжить, расширяя маркетинговую деятельность за счет клиентов, которые могут раскошелиться на месте, и выискивая другие пути применения своих дарований, такие, как посредничество при разводах, консультирование бизнесменов, школ и судов, преподавание и ведение семинаров, работа в департаментах трудовых ресурсов. Тем не менее третьи активно борются с захлестывающей волной управляемой медицины, организуясь в группы, предлагающие свои альтернативы, питая прессу потоком страшных историй об этой системе и возбуждая антитрестовские процессы<sup>1</sup>. Эти борцы верят, что в конце концов потребителям и политикам прискучит недостаток выбора и качества и они снова будут на коне.

Окончательный вердикт о судьбе семейной терапии в XXI веке еще не вынесен. Несмотря на огромные доходы, ждущие тех, кто хочет ограничить услуги терапевтов, налицо растущее недовольство этими ограничениями и глухое признание того, что во многих случаях амбулаторная семейная терапия сберегает деньги, которые в ином случае были бы потрачены на госпитализацию, явившуюся результатом семейного кризиса. Маловероятно, что мы вернемся к вольным золотым денькам, и, возможно, так оно и лучше. Вероятно, однако, что потребители поймут, что не получают той помощи, в которой нуждаются, и возникнут новые альтернативы, чтобы удовлетворить их требования, и эти новые альтернативы будут более приятны как клиентам, так и терапевтам.

Одной из таких групп является Национальная коалиция профессионалов психического здоровья и потребителей (тел. (516) 424-5232).

## Резюме

Божественная колесница семейной терапии, на протяжении двух десятилетий подбиравшая новообращенных и преодолевавшая сопротивление «генералов от психотерапии», теперь уперлась в стену и рыщет из стороны в сторону. Стена представляет собой ряд острых критических выступлений со стороны лиц, прикосновенных к данной сфере деятельности: феминисток, постмодернистов, конструктивистов, социальных конструктивистов, мультикультуралистов и тех, кто имеет дело с насилием и дурным обращением, геями и лесбиянками, неимущими и хроническими больными.

Хотя критики и расходились в деталях своих претензий, основное их содержание было одним и тем же: оригинальные методики слишком узки, иерархичны, патриархальны, бихевиористичны и патологичны. От терапевтов требовали стать более уважительными, сотрудничающими, восприимчивыми к этническому происхождению, расе, классу, полу и сексуальной ориентации и интересующимися больше верованиями и ценностями, чем простыми действиями и интеракциями. Харизматический терапевт, мастер своего дела, который мог быстро ухватить суть дела и преобразовать дисфункциональные схемы семьи, был развенчан жалостливым собеседником, располагавшим кое-какими предположениями и задававшим кучу вопросов. Пока, Рембо, привет, мистер Роджерс.

Божественная колесница превратилась в гостеприимный вагон. Мы стали гораздо дружелюбнее относиться к группам, с которыми поначалу воевали и по отношению к которым испытывали чувство превосходства, например к психоаналитикам, психиатрическому истеблишменту, медицинским сообществам и программам «двенадцать шагов». И, что удивительно, мы со всеми уживаемся! Крепости, воздвигнутые вокруг оригинальных моделей, опустили их подъемные мосты. Терапевты теперь заимствуют концепции и методы различных школ и даже других наук.

Этот новый интерес к сотрудничеству вместо конфронтации или рекомендациям семьям не ссориться — отражение зрелости семейной терапии. «Основоположники» поначалу относились к семье как к сильному противнику — «гомеостатическому», «резистентному» — отчасти потому, что подходили к ней с укоренившимися предубеждениями. Твердо решив спасти семейных «козлов отпущения», они смотрели на матерей как на врагов, которых необходимо победить, а отцов воспринимали как перифе-



рийные фигуры, на которые можно не обращать внимания. Человеческие системы боятся и противятся изменениям, особенно когда члены этой системы чувствуют, что их куда-то толкают или осуждают. Семейные терапевты спровоцировали сопротивление и увидели — «вот и доказательство!» — что семьи упрямы.

Каждый успех содержит в себе семена своей чрезмерности. Семейные терапевты научили нас вглядываться в прошлое отдельных личностей в поисках того, что объединило их в семью — организацию взаимосвязанных жизней, управляющуюся строгими, но неписаными правилами. По ходу дела они создали некую механистическую сущность — систему семьи, а потом начали с ней бороться. Большинство сомнений, переформировавших семейную терапию в последние годы, было реакцией на этот механистический подход.

Лучшим результатом постмодернистской революции было то, что мы отказались от нашего статуса экспертов великих теорий и оказались способными обрести наши сердца. Семейная терапия стала человеческой; больше, чем когда-либо ранее, уделяется внимания отношениям «терапевт — пациент». Наука открывает для себя то, о чем такие теоретики, как Карл Роджерс, Дональд Винникотт, а в нашей области Вирджиния Сатир, говорили много лет назад: для того чтобы измениться, человеку нужно чувствовать себя востребованным и уважаемым. Это терапевтическая установка, некогда рассматриваемая как «телячьи нежности», теперь называется сотрудничеством.

Мостом семейной терапии в XXI век является коллаборативный социальный конструктивизм. Как когда-то первопроходцы переместили центр внимания с отдельных людей на семью, этот недавний переход от действия к беседе и от спора к сотрудничеству открывает мир новых возможностей. Несколько следующих глав покажут, как захватывающи эти возможности. Однако, как бывает со многими революционными движениями, это не только подвижка вперед, но и уход от старого, системного мышления и внимания к динамике семьи. Отказ от старых метафор может оказаться необходимым для полного использования новых возможностей. Вполне вероятно, что маятник качнется назад.

Между тем важно помнить, что, хотя постмодернистская, конструктивистская революция была горячей темой для газет прошлого десятилетия, семейные терапевты, практикуя менее тенденциозные подходы (бихевиоральный, психоаналитический, структурный, стратегический, боуэнианский, эмпирический и интегральный), продолжали свою работу. Мы надеемся,

что эти методики не оставались статичными. Существующим разработкам, проистекающим из этих традиций, уделяется меньше внимания, потому что они не находятся в русле новых движений, однако они не менее значимы. Хотя для данного поля деятельности важно задействовать целинные участки, важно также разработать новые идеи и методы, хотя бы на несколько лет вперед. Каждому полю требуются агрономы и земледельцы. Семейная терапия имеет много одних и мало других.

Коллаборативное движение подняло новые вопросы о стиле руководства терапевта. Некоторые адвокаты позиции неэксперта перевертывают старую иерархию с ног на голову, ставя мнения семьи выше мнения терапевта. Существует опасность того, что, пытаясь избежать навязывания своей точки зрения семье, терапевты утратят свою ведущую роль (Atkinson, 1992; Nichols, 1993). Авторитарная позиция прошлого произошла из уверенности в том, что терапевтам необходимо заставить семью измениться. Великим достижением прошлых десятилетий явилось понимание того, что, когда мы не заставляем семьи меняться, а создаем такой климат, в котором проблемы могут быть исследованы способами, вызывающими меньший отпор или разделение на противоположные лагеря, семьи способны изменить себя сами.

Несмотря на то что терапевты больше не являются технократами изменения семьи, это не означает, что они не должны быть экспертами. При сотрудничестве с семьей необходимо быть лидером и специалистом, но иного рода. Лидерство не подразумевает нажима, противостояния или манипулирования людьми; оно подразумевает создание такой атмосферы, в которой можно без опаски затрагивать любые трудные темы. Проявлять сотрудничество с семьей не означает быть пассивным и соглашаться со всем, что говорят клиенты, а также позволять их конфликтам накаляться или оставаться невыявленными.

И, наконец, следует сказать, что как семейная терапия в последние годы не стояла на месте, так этого не происходило и с семьей. Современная семья развивается и испытывает стрессы. От комплементарной модели 1950-х гг. мы пришли к ее сбалансированной версии, но еще не привыкли к ней. Возможно, пришло время задать вопрос и начать отвечать на него: в то время как американская семья переживает трудный этап перемен, какие концепции предлагает семейная терапия, чтобы помочь нам понять семью и определить, что нам делать с многообразием форм семьи XXI века?

Семейная терапия — привлекательная и сложная сфера дея-

тельности отчасти потому, что она постоянно развивается. Это как погода в Чикаго: если она вам не нравится — ничего не делайте, только подождите пять минут, и она изменится. Мы надеемся, что эта глава дала некоторое предварительное представление о том, что нас ждет в XXI столетии, но кто знает — а вдруг налетит очередной философский шторм и снова полностью изменит климат.

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Andersen T. 1991. *The reflecting team*. New York: Norton.
- Anderson C. M., Reiss, D., and Hogarty, B. 1986. *Schizophrenia and the family: A practitioner's guide to psychoeducation and management*. New York: Guilford Press.
- Anderson H. 1997. *Conversation, language, and possibilities*. New York: Basic Books.
- Avis J. M. 1992. Where are all the family therapists? Abuse and violence within families and family therapy's response. *Journal of Marital and Family Therapy*. 18:225—232.
- Doherty W. 1991. Family therapy goes postmodern. *Family Therapy Networker*. 25:36—42.
- Fowers B., and Richardson F. 1996. Why is multiculturalism good? *American Psychologist*. 57:609—621.
- Gergen K. 1985. The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*. 40:266—275.
- Goldner V. 1985. Feminism and family therapy. *Family Process*. 24:31-47.
- Goodrich T. J., ed. 1991. *Women and power: Perspectives for family therapy*. New York: Norton.
- Hare-Mustin R. T., and Marecek J. 1988. The meaning of difference: Gender theory, postmodernism and psychology. *American Psychologist*. 43:455—464.
- Held B. S. 1995. *Back to reality: A critique of postmodern theory in psychotherapy*. New York: Norton.
- Krestan J., and Bepko C. 1980. The problem of fusion in the lesbian relationship. *Family Process*. 79:277—289.
- Laird J., and Green R. J. 1996. *Lesbians and gays in couples and families: A handbook for therapists*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Luepnitz D. 1988. *The family interpreted: Feminist theory in clinical practice*. New York: Basic Books.
- McDaniel S., Hepworth J., and Doherty W. 1992. *Medical family therapy*. New York: Basic Books.

- McGoldrick M., Anderson C., and Walsh R., eds. 1989. *Women in families: A framework for family therapy*. New York: Norton.
- McGoldrick M., Giordano J., and Pearce J. 1996. *Ethnicity and family therapy*, 2nd, ed. New York: Guilford Press.
- McGoldrick M., ed. 1998. *Re-visioning family therapy*. New York: Guilford Press.
- Rolland J. 1994. *Helping families with chronic and life-threatening disorders*. New York: Basic Books.
- Walsh E., ed. 1993. *Normal family processes*, 2nd, ed. New York: Guilford Press.
- Walsh F. 1999. *Spirituality in families and family therapy*, New York: Guilford Press.

## ССЫЛКИ

- Ahrons C., and Rogers R. 1989. *Divorced families: Meeting the challenges of divorce and remarriage*. New York: Norton.
- Andersen, T. 1991. *The reflecting team*. New York: Norton.
- Anderson T. 1993. See and hear, and be seen and heard. In *The new language of change*, S. Friedman, ed. New York: Guilford Press.
- Anderson C. M. 1988. Psychoeducational model different than paradigm. *Family Therapy News*. 19:3.
- Anderson C. M. 1995. *Flyingsolo*. New York: Norton.
- Anderson C. M., Reiss D., and Hogarty G. E. 1986. *Schizophrenia and the family: A practitioner's guide to psychoeducation and management*. New York: Guilford Press.
- Anderson D. A., and Worthen D. 1997. Exploring a fourth dimension; Spirituality as a resource for the couple therapist. *Journal of Marital and Family Therapy*. 23:3—11.
- Anderson H. 1993. On a roller coaster: A collaborative language systems approach to therapy. In *The new language of change*, S. Friedman, ed. New York: Guilford Press.
- Anderson H. 1997. *Conversation, language, and possibilities*. New York: Basic Books.
- Anderson H., Goolishian H., and Winderman L. 1986. Problem determined systems: Toward transformation in family therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*. 5:14—19.
- Anderson H. and Goolishian H. 1988. Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*. 27:371—394.
- Anderson W. T. 1990. *Reality isn't what it used to be*. San Francisco: Harper & Row.
- Aponte H. 1994. *Bread and spirit: Therapy with the new poor*. New York: Norton.

- Atkinson B. 1992. Aesthetics and pragmatics of therapy revisited. *Journal of Marital and Family Therapy*. 20:389—393.
- Ault-Riche M., ed. 1986. *Women and family therapy*. Rockville, MD: Aspen.
- Avis J. M. 1988. Deepening awareness: A private study guide to feminism and family therapy. In *Women, feminism, and family therapy*, L. Braverman, ed. New York: Haworth Press.
- Avis J. M. 1992. Where are all the family therapists? Abuse and violence within families and family therapy's response. *Journal of Marital and Family Therapy*. 18:223-230.
- Bailey E. 1999. *Children in therapy: Using the family as a resource*. New York: Norton.
- Bank S., and Kahn M. 1982, *The sibling bond*. New York: Basic Books.
- Barrett M. J., and Trepper T. 1992. Unmasking the incestuous family. *Family Therapy Networker*. 16:39—46.
- Barth R., Pietrzak J., and Ramier M. 1993. *Families living with drugs and HIV*. New York: Guilford Press.
- Beavers W., and Hampson R. 1990. *Successful families: Assessment and intervention*. New York: Norton.
- Берко С., and Крестан J. 1985. *The responsibility trap*. New York: The Free Press.
- Berg I. K., and Miller S. 1992. *Working with the problem drinker*. New York: Norton.
- Berg I. K., and de Shazer S. 1993. Making numbers talk: Language in therapy. In *The new language of change*. S. Friedman, ed. New York: Guilford Press.
- Berger Gould B., and DeMuth D. 1994. *The global family therapist*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Bograd M. 1992. Values in conflict: Challenges to family therapists thinking. *Journal of Marital and Family Therapy*. 18:243—253.
- Boyd-Franklin N. 1989. *Black families in therapy: A multisystems approach*. New York: Guilford Press.
- Boyd-Franklin N. 1993. Race, class, and poverty. In *Normal family processes*, P. Walsh, ed. New York: Guilford Press.
- Boyd-Franklin N., Steiner G., and Boland M. 1995. *Children, families, and HIV/AIDS*. New York: Guilford Press.
- Braverman L., ed. 1988. *Women, feminism, and family therapy*. New York: Haworth Press.
- Breunlin D., Schwartz R., and Mac Kune-Karrer B. 1992. *Metaframeworks: Transcending the models of family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Brothers B. J., ed. 1992. *Spirituality and couples: Heart and soul in the therapy process*. New York: Haworth Press.

- Brown G. W., Birley J. L. T., and Wing J. K. 1972. The influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychology*. 72:241—258.
- Brown S., and Lewis V. 1999. *The alcoholic family in recovery*. New York: Guilford Press.
- Burton L. A., ed. 1992. *Religion and the family*. New York: Haworth Press.
- Butler M. A., and Harper J. M. 1994. The divine triangle: God in the marital system of religious couples. *Family Process*. 33:277—286.
- Calof D. 1992. Adult children of incest and child abuse: Holograms of the trance generational family. *American Family Therapy Academy Newsletter*. Winter, 35—40.
- Campbell T. 1986. Family's impact on health: A critical review and annotated bibliography. *Family Systems Medicine*. 18:29—42.
- Canavan M., Higgs D., and Meyer W. 1992. The female experience of sibling incest. *Journal of Marital and Family Therapy*. 18:129—142.
- Carl D. 1990. *Counseling same-sex couples*. New York: Norton.
- Combrinck-Graham L., ed. 1989. *Children in family contexts*. New York: Guilford Press.
- Combrinck-Graham L. 1991. Review of the Plenary, «Violence: The dark side of the family.» *AFTA Newsletter*. 45.12—14.
- Combrinck-Graham L. 1995. *Children in families at risk*. New York: Guilford Press.
- Controneo M. 1987. Women and abuse in the context of the family. *Journal of Psychotherapy and the Family*. 7:81—96.
- Crawford S. 1988. Cultural context as a factor in the expansion of therapeutic conversation with lesbian families. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*. 7:2—10.
- Dahlheimer D., and Feigal J. 1991. Bridging the gap. *Family Therapy Networker*. 75:44—53.
- Dattilio F. 1998. *Case studies in couple and family therapy*. New York: Guilford Press.
- Dell P. 1985. Understanding Bateson and Maturana. *Journal of Marital and Family Therapy*. 11:1—20.
- Dell P. 1989. Violence and the systemic view: The problem of power. *Family Process*. 28:1—14.
- de Shazer S. 1991. *Putting difference to work*. New York: Norton.
- Doherty W. 1991. Family therapy goes postmodern. *Family Therapy Networker*. 75:36—42.
- Doherty W. 1996. *The intentional family*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Donovan J. M., ed. 1999. *Short-term couple therapy*. New York: Guilford Press.

- Ehrenreich B. 1999. Nickel-and-dimed: On (not) getting by in America. *Harpers*, Jan. 37—52.
- Elizur J., and Minuchin S. 1989. *Institutionalizing madness: Families, therapy and society*. New York: Basic Books.
- Elkin M. 1990. *Families under the influence*. New York: Norton.
- Emery R. 1994. *Renegotiating family relationships: Divorce, child custody, and mediation*. New York: Guilford Press.
- Erickson B. 1992. Feminist fundamentalism: Reactions to Avis, Kaufman and Bograd. *Journal of Marital and Family Therapy*. 18:263—267.
- Falicov C. 1983. *Cultural perspectives in family therapy*. Rockville, MD: Aspen.
- Falicov C. 1988. *Family transitions: Continuity and change over the life cycle*. New York: Guilford Press.
- Falicov C. 1995. Training to think culturally. *Family Process*. 34:373-388.
- Falicov C. 1998. *Latino families in therapy*. New York: Guilford Press.
- Falicov C, and Brudner-White L. 1983. The shifting family triangle: The issue of cultural and contextual relativity. In *Cultural perspectives in family therapy*, C. Falicov, ed. Rockville, MD: Aspen.
- Falloon R. H., Boyd J. L., McGill C. W., Razani J., Moss H. B., and Gilderman A. M. 1982. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia. *New England Journal of Medicine*. 306:1437-1440.
- Figley C. 1985. *Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder*. New York: Brunner/Mazel.
- Foucault M. 1984. *The history of sexuality*. Great Britain: Peregrine Books.
- Fowers B., & Richardson P. 1996. Why is multiculturalism good? *American Psychologist*. 51:609—621.
- Freedman J., Epstein D., and Lobovits D. 1997. *Playful approaches to serious problems*. New York: Norton.
- Friedrich W. 1990. *Psychotherapy of sexually abused children and their families*. New York: Norton.
- Gergen K. 1985. The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*. 40:266—275.
- Gergen K. 1991a. *The saturated self*. New York: Basic Books.
- Gergen K. 1991b. The saturated family. *Family Therapy Networker*. 17:26-35.
- Gill E. 1994. *Play in family therapy*. New York, Guilford Press.
- Goldner V. 1985. Feminism and family therapy. *Family Process*. 24:31-47.
- Goldner V. 1988. Generation and gender: Normative and covert hierarchies. *Family Process*. 27:17—33.

- Goldner V. 1993. Power and hierarchy: Let's talk about it. *Family Process*. 52:157—162.
- Goldner V, Penn P., Sheinberg M., and Walker G. 1990. Love and violence: gender paradoxes in volatile attachments. *Family Process*. 29:343-364.
- Goldstein M. 1988. Correction on views offered by awardee. *Family Therapy News*. 19:7—9.
- Goldstein M. J., Rodnick E. H., Evans J. R., May P. R., and Steinberg, M. 1978. Drug and family therapy in the aftercare treatment of acute schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 35:1169—1177.
- Goodrich T. J., Rampage C, Ellman B., and Halstead K., 1988. *Feminist family therapy: A casebook*. New York: Norton.
- Gorman-Smith D., and Tolan P. 1992. Ethics and empirical basis of treatment of adult survivors of childhood sexual abuse. *American Family Therapy Academy Newsletter*. Winter, 41—44.
- Goulding R., and Schwartz R. 1995. *Mosaic mind; Empowering the tormented selves of child sexual abuse survivors*. New York: Norton.
- Green R., J. 1998a. Race and the field of family therapy. In *Re-visioning family therapy*. M. McGoldrick, ed. New York: Guilford Press.
- Griffith J. L., and Griffith M. E. 1994. *The body speaks*. New York: Basic Books.
- Haley J. 1980. *Leaving home*. New York: McGraw-Hill.
- Hansen J. C. 1982. *Therapy with remarriage families*. Rockville, MD: Aspen.
- Hardy K. 1993. War of the worlds. *Family Therapy Networker*. 17:50-57.
- Heath A. 1995. The future of family therapy in Illinois. *Illinois Family Therapist*. 16:7—10.
- Henggeler S., Schoenwald S., Borduin C, Rowland M., and Cunningham P. 1998. *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Guilford.
- Hersch P. 1991. Secret lives. *Family Therapy Networker*. 15:36—43.
- Hoffman L. 1985. Beyond power and control: Toward a second-order family systems therapy. *Family Systems Medicine*. 17:381—396.
- Hoffman L. 1988. A Constructivist position for family therapy. *Irish Journal of Psychology*. 9:110—129.
- Hoffman-Hennessy L., and Davis, J. 1993. Tekka with feathers: Talking about talking. In *The new language of change*. S. Friedman, ed. New York: Guilford Press.
- Imber-Black E. 1988. *Families and larger systems: A family therapist's guide through the labyrinth*. New York: Guilford Press.
- Imber-Black E., Roberts J., and Whiting R. 1989. *Rituals in families and family therapy*. New York: Norton.



Ingoldsby B., and Smith S. 1995. *Families in multicultural perspective*. New York: Guilford Press.

James K., and MacKinnon L. 1990. The «incestuous family» revisited: A critical analysis of family therapy myths. *Journal of Marital and Family Therapy*. 16:71—88.

Johnson T., and Keren M. 1998. The families of lesbian women and gay men. In *Re-visioning family therapy*, M. McGoldrick, ed. New York: Guilford Press.

Kahn M., and Lewis K. G. 1988. *Siblings in therapy*. New York: Norton.

Kaufman E. 1985. *The power to change*. New York: Gardner Press.

Kaufman G. 1992. The mysterious disappearance of battered women from family therapists' offices. *Journal of Marital and Family Therapy*. 18:31—41.

Kelly E. 1992. Religion in family therapy journals: A review and analysis. In *Religion and the family*, L. A. Burton, ed. New York: Haworth Press.

Kirschner D. A., and Kirschner S. 1986. *Comprehensive family therapy: An integration of systemic and psychodynamic models*. New York: Brunner/Mazel.

Kliman J. 1998. Social class as a relationship: Implications for family therapy. In *Re-visioning family therapy*, M. McGoldrick, ed. New York: Guilford Press.

Kohut H. 1971. *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.

Kohut H. 1977. *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.

Korzybski A. 1942. *Science and sanity: An introduction to non-Aristotelian systems and general semantics*, 2nd., ed. Lancaster, PA: Science Books.

Krester J. 1988. Lesbian daughters and lesbian mothers: The crisis of disclosure from a family systems perspective. *Journal of Psychotherapy and the Family*. 5:113—130.

Krester J., and Bekko C. 1980. The problem of fusion in the lesbian relationship. *Family Process*. 19:277—289.

Laird J. 1993. Lesbian and gay families. In *Normal Family processes*, 2nd, ed., P. Walsh, ed. New York: Guilford Press.

Laird J., and Green R. J. 1996. *Lesbians and gays in couples and families: A handbook for therapists*. San Francisco: Jossey-Bass.

LaSala M. 1997. The need for a thick skin: Coupled gay men and their relationships with their parents and in laws. *Dissertation Abstracts International*. 58:4444—A.

Law D. D., and Crane D. R. In press. The influence of marital and

family therapy on utilization of health care in a health maintenance organization. *Journal of Marital and Family Therapy*.

Lee E. 1997. *Working with Asian Americans*. New York: Guilford Press.

Left J., Kuipers L., Berkowitz R., Eberlein-Fries R., and Sturgeon D. 1982. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*. /47.121 — 134.

Leupnitz D. 1988. *The family interpreted: Feminist theory in clinical practice*. New York: Basic Books.

Madanes C. 1990. *Sex, love and violence*. New York: Norton.

Markowitz L. 1992. Reclaiming the light. *Family Therapy Networker*. /6:17—24.

Maturana H., and Varela F. 1980. *Autopoiesis and cognition: The realization of living*. Boston: D. Reidel.

McDaniel S., Hepworth J., and Doherty W. 1992. *Medical family therapy*. New York: Basic Books.

McGoldrick M. 1993. Ethnicity, cultural diversity, and normality. In *Normal family process*, F. Walsh, ed. New York: Guilford Press.

McGoldrick M., ed. 1998a. *Re-visioning family therapy*. New York: Guilford Press.

McGoldrick M. 1980. Belonging and liberation: Finding a place called «home». In *Re-visioning family therapy*, M. McGoldrick, ed. New York: Guilford Press.

McGoldrick M., Anderson C, and Walsh F., eds. 1989. *Women in families: A framework for family therapy*. New York: Norton.

McGoldrick M., Giordano J., and Pearce J. 1996. *Ethnicity and family therapy*, 2nd, ed. New York: Guilford Press.

McGoldrick M., Pearce J., and Giordano J. 1983. *Ethnicity and family therapy*. New York: Guilford Press&

Meth R. 1992. Marriage and family therapists working with violence: Strained bedfellows or compatible partners? A commentary on Avis, Kaufman, and Bograd. *Journal of Marital and Family Therapy*. 18:257—261.

Micucci J. 1998. *The adolescent in family therapy*. New York: Guilford Press.

Miklowitz D., and Goldstein M. 1997. *Bipolar disorder: A family-focused treatment approach*. New York: Guilford Press.

Minuchin P., Colapinto J., and Minuchin S. 1998. *Working with families of the poor*. New York: Guilford Press.

Minuchin S. 1984. *Family kaleidoscope*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Minuchin S., Montalvo B., Guerney B., Rosman B., and Schumer F. 1967. *Families of the slums*. New York: Basic Books.

Mirkin M. P., and Roman S. L., eds. 1985. *Handbook of adolescents and family therapy*. Gardner Press.

Mirkin M. P. 1990. *The social and political contexts of family therapy*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.

Mitchell S. 1993. *Hope and dread in psychoanalysis*. New York: Basic Books.

Morawetz A., and Walker G. 1984. *Brief therapy with single-parent families*. New York: Brunner/Mazel.

Nichols M. P. 1987. *The self in the system*. New York: Brunner/Mazel.

Nichols M. P. 1993. The therapist as authority figure. *Family Process*. 32:163—165.

Ogbu J. 1989. Cultural models and educational strategies of non-dominant people (1989 Catherine Molony Memorial Lecture). New York: City College Workshop Center.

Okun B. 1996. *Understanding diverse families*. New York: Guilford Press.

Patterson J., Williams L., Graul-Grounds C, and Chamow L. 1998. *Essential skills in family therapy*. New York: Guilford Press.

Pinderhughes E. 1989. *Understanding race, ethnicity and power: The key to efficacy in clinical practice*. New York: The Free Press.

Pinsof W. M. 1996. *Integrative problem-centered therapy*. New York: Basic Books.

Pittman F. 1987. *Turning points: Treating families in transition and crisis*. New York: Norton.

Prest L., and Keller J. 1993. Spirituality and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. 19: 37—148.

Price J. 1996. *Power and compassion: Working with difficult adolescents and abused parents*. New York: Guilford Press.

Ramsey R. N., ed. 1989. *Family systems in medicine*. New York: Guilford Press.

Reitz M., and Watson K. 1992. *Adoption and the family system*. New York: Guilford Press.

Rolland J. 1994. *Helping families with chronic and lifethreatening disorders*. New York: Basic Books.

Root M., Fallon P., and Friedrich W. 1986. *Bulimia: A systems approach to treatment*. New York: Norton.

Rosenau P. M. 1992. *Post-modernism and the social sciences*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Roth S. 1989. Psychotherapy with lesbian couples: Individual issues, female socialization, and the social context. In *Women in families*, M. McGoldrick, C. Anderson and F. Walsh, eds. New York: Norton.

Roth S., and Murphy B. 1986. Therapeutic work with lesbian cli-

ents: A systemic therapy view. In *Women and family therapy*, M. Ault-Riche and J. Hansen, eds. Rockville, MD: Aspen.

Rubin L. 1994. *Families on the faultline*. New York: HarperCollins.

Saba G., Karrer B., and Hardy K. 1989. *Minorities and family therapy*. New York: Haworth Press.

Sager C., Brown H. S., Crohn H., Engel T., Rodstein E., and Walker L. 1983. *Treating the remarried family*. New York: Brunner/Mazel.

Sanders G. 1993. The love that dares not speak its name: From secrecy to openness in gay and lesbian affiliations. In *Secrets in families and family therapy*, E. Imber-Black, ed. New York: Norton.

Scharff D., and Scharff J. 1987. *Object relations family therapy*. New York: Jason Aronson.

Schwartz R. C. 1987. Our multiple selves. *Family Therapy Networker*. //.-23-31, 80-83.

Schwartz R. C. 1992. Rescuing the exiles. *Family Therapy Networker*. /6:33-37, 75.

Schwartz R. C. 1993. Constructionism, sex abuse, and the self. *American Family Therapy Academy Newsletter*. Winter, 6-10.

Schwartz R. C. 1995. *Internal family systems therapy*. New York: Guilford Press.

Schwartzman J. 1985. *Families and other systems: The macrosystemic context of family therapy*. New York: Guilford Press.

Seligman M., and Darling R. B., 1996. *Ordinary families, special children: A systems approach to childhood disability*, 2nd, ed. New York: Guilford Press.

Selekman M. 1997. *Solution-focused therapy with children*. New York: Guilford Press.

Sells S. 1998. *Treating the tough adolescent*. New York: Guilford Press.

Serra P. 1993. Physical violence in the couple relationship: A contribution toward the analysis of the context. *Family Process*. 52:21-34.

Sheinberg M. 1992. Navigating treatment impasses at the disclosure of incest: Combining ideas from feminism and social constructionism. *Family Process*. 33:201-216.

Slipp S. 1984. *Object relations: A dynamic bridge between individual and family treatment*. New York: Jason Aronson.

Smith C., and Nylund D. 1997. *Narrative therapies with children and adolescents*. New York: Guilford Press.

Smith H. 1989. *Beyond the post-modern mind*. Wheaton, IL: Theosophical Publishing House.

Sprenkle D. 1985. *Divorce therapy*. New York: Haworth Press.

Stanton M. D., and Todd T. 1982. *The family therapy of drug abuse and addiction*. New York: Guilford Press.

- Steinglass P., Bennett L., Wolin S. J., and Reiss D. 1987. *The alcoholic family*. New York: Basic Books.
- Swartz V. 1989. Relational therapy with lesbian couples. In *The intersystem model of the Marriage Council of Philadelphia*, G. Weeks, ed. New York: Brunner/Mazel.
- Szapocznik J., and Kurtines W. M. 1989. *Breakthroughs in family therapy with drug abusing and problem youth*. New York: Springer.
- Taibbi R. 1996. *Doing family therapy*. New York: Guilford Press.
- Treadway D. 1989. *Before it's too late: Working with substance abuse in the family*. New York: Norton.
- Trepper T. S., and Barrett M. J. 1989. *Systemic treatment of incest: A therapeutic handbook*. New York: Brunner/Mazel.
- Vaughn C., and Left J. 1976. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Psychology*. /5:157-165.
- Vaughn C. E., Snyder K. S., Jones S., Freeman W. B., and Falloon I. R. H. 1984. Family factors in schizophrenic relapse: Replication in California of British research on expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*. 41:\ 169—1177.
- Visher E., and Visher J. 1979. *Stepfamilies: A guide to working with stepparents and stepchildren*. New York: Brunner/Mazel.
- Visher E., and Visher J. 1988. *Old loyalties, new ties: Therapeutic strategies with stepfamilies*. New York: Brunner/Mazel.
- von Foerster H. 1981. *Observing systems*. Seaside, CA: Intersystems Publications.
- von Glasersfeld H. 1984. An introduction to radical constructivism. In *The invented reality*, P. Watzlawick, ed. New York: Norton.
- Wachtel E. 1994. *Treating troubled children and their families*. New York: Guilford Press.
- Wachtel E. F., and Wachtel P. L. 1986. *Family dynamics in individual psychotherapy: A guide to clinical strategies*. New York: Guilford Press.
- Walker G. 1991. *In the midst of winter: Systemic therapy with families, couples, and individuals with AIDS infection*. New York: Norton.
- Wallerstein J., and Kelly J. 1980. *Surviving the break-up: How children and parents cope with divorce*. New York: Basic Books.
- Walsh F. 1982. *Normal family processes*. New York: Guilford Press.
- Walsh F. 1993. *Normal family processes*, 2nd, ed. New York: Guilford Press.
- Walsh F. 1998. *Strengthening family resistance*. New York: Guilford Press.
- Walsh F., ed. 1999. *Spirituality in families and family therapy*. New York: Guilford Press.

Walsh F., and McGoldrick M., eds. 1991. *Living beyond loss: Death in the family*. New York: Norton.

Walters M., Carter B., Papp P., and Silverstein O. 1988. *The invisible web: Gender patterns in family relationships*. New York: Guilford Press.

Watzlawick P., ed. 1984. *The invented reality*. New York: Norton.

Wegscheider-Cruse S. 1985. *Choicemaking: Forcodependents, adult children and spirituality seekers*. Pompano Beach, FL: Health Communications.

Wylie M. S., 1992. The evolution of a revolution. *Family Therapy Networker*. 76.16—29, 98—99.

Zilbach J. 1986. *Young children in family therapy*. New York: Brunner/Mazel.

## Глава одиннадцатая

# ОТ СТРАТЕГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ К ТЕРАПИИ, ОРИЕНТИРОВАННОЙ НА РЕШЕНИЕ: ЭВОЛЮЦИЯ КРАТКОСРОЧНОЙ ТЕРАПИИ

В этой главе мы прослеживаем эволюцию терапии: от стратегической до ориентированной на решение проблемы. Хотя модели, появившиеся в ходе развития, значительно различаются по концепции и методам, все они сходятся на (1) краткосрочности терапии и (2) неожиданности и глубине изменений.

В первой части главы мы опишем три модели: модель *Института психических исследований (ИПИ)*, *метод стратегической терапии* Джея Хейли и Клу Маданес и *подход миланской системной школы*; вторая часть будет посвящена популярному в наши дни *подходу, ориентированному на решение*.

## Модель ИПИ, стратегическая и миланская системная модели

Стратегическая и системная школы применили идеи Грегори Бейтсона непосредственно к семейной психотерапии, в результате чего появились креативные способы вызывать изменения и побеждать сопротивление. В 1970-х — начале 1980-х гг.

эти методики завладели умами специалистов, но в 1990-е семейные психотерапевты отказались от модели «психотерапевт как эксперт-стратег» в пользу другой: «психотерапевт как партнер» — и упомянутые методы вышли из употребления. Однако эти подходы обладают современным пониманием семейной динамики и набором эффективных техник, которые могут утеряться, если мы примем в семейной терапии более «щадающий» вариант.

## Очерк о лидерах

К ведущим представителям школы стратегической психотерапии относятся Джей Хейли, в настоящее время проживающий в Ла Джолла, штат Калифорния, и Клу Маданес из Роквилла, штат Мэриленд, а также сотрудники Института психических исследований (ИПИ) в Пало-Альто, включая Пола Вацлавика, Ричарда Фиша и ныне покойного Джона Уикленда.

Учителями Джея Хейли были люди, внесшие самый значительный вклад в развитие семейной терапии: Грегори Бейтсон, Милтон Эриксон и Сальвадор Минухин. Влияние этих первопроходцев четко прослеживается в модели Хейли, которая более, чем какая-либо из описываемых в данной главе, вобрала в себя разные направления, возникавшие в ходе развития семейной терапии.

В 1967 г. Хейли оставил ИПИ и присоединился к Минухину и Браулио Монтальво, работавшим в Филадельфийской детской воспитательной клинике.

Минухин воздал должное Хейли за помощь в формулировании многих принципов, развитых в работе «Семьи и семейная терапия» (Minuchin, 1974), а Хейли, в свою очередь, проповедовал структуру семьи по Минухину. С первой работы, посвященной описанию подхода Минухина, — «Терапия, ориентированная на решение проблемы» (Haley, 1976), — Хейли использовал структурный подход к организации семьи как контекст приложения своих стратегических техник.

В начале 1970-х Хейли уехал из Филадельфии в Вашингтон, чтобы организовать клинику вместе с Клу Маданес. Маданес, известная как одна из наиболее творческих терапевтов в этой области, начинала свою деятельность в 1966 г. научным ассистентом в ИПИ. В 1971-м она была приглашена на должность супервизора в филадельфийскую клинику, где работала вместе с Хейли, Минухиным и Монтальво. В 1974 г. Хейли и Маданес открыли

Институт семейной психотерапии, в котором Хейли проработал до своего недавнего выхода на пенсию.

Хейли и Маданес являются столь значительными фигурами в семейной психотерапии, что часто затмевают своих адептов. Среди других выдающихся представителей школы стратегической психотерапии следует назвать Джеймса Кейма (Колорадо) и Джерома Прайсиса (Мичиган), специализирующихся на работе с трудными подростками, и Пэт Дорган (Глочестер, штат Виргиния), сочетающую модель стратегической психотерапии с моделью психического здоровья общества.

И ПИ занимал ведущее место в исследовательской и практической деятельности все первое десятилетие существования семейной терапии. Он начал свою работу в 1959 г., когда Дон Джексон, директор и основатель, собрал энергичных и творческих сотрудников, интересующихся проблемами коммуникации, семейной психотерапией и шизофренией. Среди них были Жюль Рискин, Вирджиния Сатир, Джей Хейли, Джон Уикленд, Пол Вацлавик, Артур Бодин и Джанет Бивин. Хейли и Уикленд принесли с собой в ИПИ кибернетические концепции Бейтсона и клинический гений Милтона Эриксона.

Эта группа начала одну из первых официально принятых программ подготовки специалистов для работы в области семейной психотерапии, провела первые исследования семейной интеракции, внесла значительный вклад в литературу по семейной терапии, включая книги «Объединенная семейная терапия» В. Сатир (1964); «Прагматика человеческих коммуникаций» Вацлавика, Бивин и Джексона (1967); «Стратегии психотерапии» Хейли (1963).

Позднее ИПИ принял под свою крышу других влиятельных авторов, пишущих о проблемах семейной терапии: Карлоса Слуцки, директора Института и редактора журнала «Семейный процесс» в 1980-х гг., Джеймса Койна, использовавшего модель ИПИ для понимания и лечения депрессии, и Стива де Шазера, расширившего первоначальную модель с целью создания подхода, ориентированного на решение проблемы (о чем мы будем говорить во второй части главы).

В 1967 г. при ИПИ открылся Центр краткосрочной терапии под руководством Ричарда Фиша, в число его сотрудников вошли Джон Уикленд, Пол Вацлавик и Артур Бодин. Их целью была разработка самых быстрых методов лечения психических расстройств. В результате появился активный подход, сфокусированный на представлении симптома и ограниченный десятью



сеансами. Этот подход, известный как модель ИПИ, описан в книге «Изменение: принципы формирования и решения проблемы» (Watzlawick, Weakland & R. Fisch, 1974), популяризирующей стратегическую психотерапию, и в труде «Тактика изменения: практика краткосрочной терапии» (Fisch, Weakland, Segal, 1982).

Группа ИПИ и вся сфера семейной терапии понесла болезненную утрату в 1995 г., когда от бокового амиотрофического склероза (болезни Лоу Герига) скончался Джон Уикленд. Спокойный, тихий, неназойливый человек, всегда внимательный и заботливый, всегда изобретательный, он никогда не сдавался. Как его не хватает...

Модель ИПИ и работа Хейли оказали основное влияние на членов миланской группы: Мару Сельвини Палаццоли, Луиджи Босколо, Джанфранко Цеччина и Джулиану Прату. Сельвини Палаццоли была известным итальянским психоаналитиком и специализировалась на проблемах, связанных с расстройством питания, до тех пор, пока, разочаровавшись в результатах своей работы, ориентированной на отдельных пациентов (Selvini Palazzoli, 1981), она не открыла для себя работы теоретиков, упомянутых выше. Сельвини Палаццоли начала разрабатывать свой подход к семейной терапии. В 1967 г. она руководила группой из восьми психиатров, которые первоначально пытались приложить идеи психоанализа к работе с семьями. Позднее они обратились к теориям Бейтсона, Хейли и Вацлавика. В 1971 г. Сельвини Палаццоли, Босколо, Цеччин и Прата (сторонники системного подхода) организовали в Милане Центр изучения семьи, где и была разработана «миланская модель».

В 1980 г. миланская группа претерпела еще одно изменение: Босколо и Цеччин занялись практической деятельностью, а Палаццоли и Прата продолжили исследовательскую работу. Обе группы организовали отдельные центры с новым персоналом и разными подходами: женщины сосредоточились на изучении деструктивных игр, которые, по их мнению, вызывают серьезные нарушения в вовлеченных семьях; а мужчины постепенно отходили от стратегического направления и проявляли все больший интерес к изменению системы убеждений в процессе разговорных вопросов. Этот отход от паттернов интеракций в сторону системы установок и убеждений способствовал развитию метода, фокусированного на решение проблемы и нарративного подхода, которые преобладали в 1990-е гг.

Профессиональная эволюция Линн Хоффман происходила

параллельно развитию стратегически-системного направления семейной психотерапии. В 1960-х гг. она сотрудничала с Хейли, в 1977 г. пришла в Институт Аккермана, где экспериментировала в области стратегической терапии, а позднее стала сторонницей миланской модели (Hoffman, 1981). Впоследствии Линн Хоффман переехала в Амхерст (штат Массачусетс) и сменила миланскую модель на коллаборативный подход, основанный на идеях социального конструктивизма и нарративных принципах (см. главу 12).

Институт Аккермана был своего рода инкубатором как для стратегической, так и для миланской модели. Среди выдающихся сотрудников института следует отметить Пегги Пэпп (Papp, 1980, 1983), обогатившую своим творчеством стратегическое направление, Джоэла Бергмана (Bergman, 1985), разработавшего ряд оригинальных стратегий для работы с проблемными семьями, Пегги Пени (Репп, 1982, 1985), развившую миланскую модель циклических опросов, и Ольгу Сильверштейн, получившую известность благодаря клиническому мастерству.

Карл Томм (Tomm, 1984a, 1984b, 1987a, 1987d), канадский психиатр из Калгари (Альберта), является наиболее известным интерпретатором миланской модели в Северной Америке. Недавно под влиянием Майкла Уайта (см. главу 12) Томм развил собственные идеи о влиянии психотерапевта на семью. Джозеф Эрон и Томас Лунд (Eron & Lund, 1993, 1996) из Кингстона (Нью-Йорк) попытались модернизировать стратегическую психотерапию путем интеграции нарративного подхода, основанного на принципах конструктивизма. Наконец, Ричард Рабкин (Rabkin, 1977), сторонник эклектического и социального подхода, практикующий в Нью-Йорке, испытал на себе влияние всех создателей стратегического направления и, в свою очередь, оказал влияние на них.

## Теоретические положения

Сторонники стратегической психотерапии более заинтересованы в изменении поведения, чем в понимании его, и потому пишут больше о технике, чем о теории. Отличительная черта стратегической психотерапии — выработка новых стратегий, направленных на решение проблем. Как у большинства клиницистов, их теории проще и прагматичнее, чем у академических исследователей. Хейли часто говорил, что клиницисты нуждаются

в простых картах, указывающих направление их вмешательства, тогда как исследователи могут придерживаться более сложных планов, так как им не приходится добиваться изменений.

Поскольку на теоретиков стратегического направления существенно повлияли работы Милтона Эриксона, представим вначале те аспекты его теории, которые стали основными положениями стратегической терапии. Эриксон смело нарушил традицию, преобладавшую в то время в психиатрии. В отличие от психоаналитиков, считавших, что не следует прямо воздействовать на симптомы, так как они являются лишь проявлением более глубоких конфликтов, Эриксон направлял свою деятельность непосредственно на симптом или проблему. Он стремился выявить детали, касающиеся влияния симптома и контекста, в котором он существует, с тем чтобы найти средство для его изменения (Haley, 1981).

Вместо того чтобы рассматривать бессознательное как котел, в котором бурлят опасные импульсы, Эриксон видел в нем источник мудрости, который при освобождении от сознательного подавления помог бы решить проблему и исцелить симптомы. Таким образом, он невысоко ценил традиционные попытки способствовать достижению инсайта посредством интерпретации или «экспедиций» в прошлое, потому что в интерпретации и исследовании прошлого участвует сознательное «я» психотерапевта и клиента. Эриксон считал, что глубоко внутри себя пациенты знают, что им делать — они просто не имеют доступа к этой мудрости. Одним из способов добраться до нее является ломка привычных моделей поведения и мышления, потому Эриксон разработал множество умных способов поведения человека, когда он просто вел себя по-иному в контексте старого поведения — или же сохранял старое поведение в новом контексте.

В те времена, когда психотерапия предусматривала неспешный процесс, Эриксон, убедившись на опыте гипнотерапии, что люди способны к быстрым изменениям, стремился сделать терапевтический процесс по возможности кратким. Кроме того, он брал на себя ответственность за результат. Причины неудач не объяснялись «сопротивлением»: свою задачу Эриксон видел в том, чтобы обойти или использовать сопротивление. Многие из того, что называется «парадоксальными» техниками, родилось из гипнотических принципов Эриксона, направленных на то, чтобы обратить сопротивление на пользу (Haley, 1981). Так, во время погружения в транс гипнотерапевт может не указывать клиенту на его сопротивление, а вместо этого, например, пред-

ложит ему держать глаза широко открытыми до тех пор, пока веки не станут невыносимо тяжелыми.

Благодаря переводам работ Эриксона, выполненным Хейли и Уиклендом, идеи о быстром изменении и использовании сопротивления стали краеугольным камнем стратегической семейной терапии. Эти радикальные взгляды на природу терапии и изменения были объединены с кибернетическими концепциями, которые Бейтсон предложил блестящей группе теоретиков клинической психотерапии, работавших в Пало-Альто в конце 50-х — 60-е гг. Из кибернетики теоретики стратегического направления позаимствовали концепцию петли позитивной обратной связи и применили ее к проблемным семейным интеракциям. Сотрудники группы И ПИ перевели эту концепцию в простой, но действенный принцип формирования проблемы: на своем жизненном пути семьи встречаются со многими трудностями, а вот обернется ли трудность «проблемой», требующей вмешательства, зависит от реакции на нее членов семьи (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974). Иными словами, семьи зачастую предпринимают не выходящие за рамки здравого смысла, но неверно направленные попытки преодолеть трудности и, обнаружив, что проблема остается или усложняется, прибегают к тем же способам решения, и т. д. То есть образуется порочный круг.

Например, рождение сестренки Джонни воспринял как угрозу его роли в семье, что выразилось в неуравновешенном поведении. Отец мальчика попытался с помощью наказаний заставить Джонни вести себя так, как положено в его возрасте. Строгость отца укрепила веру сына в то, что сестренку родители любят больше, чем его, и он повел себя как маленький ребенок. Отец же относился к сыну все более сурово, и Джонни стал мрачным, замкнутым и отдалился от семьи. — Это и есть нарастающий виток петли позитивной обратной связи: семейная система реагирует на отклонение в поведении одного из ее членов с помощью обратной связи, которая предполагает уменьшение этого отклонения (*негативная обратная связь*), а фактически такая реакция дает эффект усиления отклонения (*позитивная обратная связь*).

В этой ситуации нужно подвести отца к тому, чтобы он пересмотрел попытку решения проблемы. Если бы отец смог утешить Джонни и помочь ему увидеть, что тот по-прежнему занимает много места в сердцах родителей, мальчик успокоился бы. Однако система управляется неписаными правилами, допускающими только одну интерпретацию поведения Джонни — как не-

уважительное. Для того чтобы отец пересмотрел попытку решения проблемы, должно измениться управляющее правило.

Таким образом, теоретики ИПИ, в частности Дон Джексон, позаимствовали из кибернетики еще и интерес к *семейным правилам* — основополагающие предпосылки, управляющие функционированием системы. В качестве примера кибернетической системы приведем термостат, у которого есть регулировка (правила), определяющая возможный диапазон отклонений системы до того, как активизируется позитивная обратная связь в виде нагревания или кондиционирования воздуха. В большинстве семей неписанные правила регулируют все виды поведения, и большинство правил оказывает добрую услугу. Когда же правило устанавливает жесткие рамки для попыток решения проблемы, как описано выше, то измениться должно не просто поведение (отцовские дисциплинарные воздействия), а правило, руководящее этим поведением (отцовская *интерпретация* поведения Джонни). Если внутри системы изменяется только поведение или интеракции, то это — *изменение первого порядка*. Если меняются правила системы, управляющие интеракциями, — это *изменение второго порядка* (Watzlawick et al., 1974). Как же можно изменить правила? Один способ, на который делают акцент сотрудники группы ИПИ, — *эторефрейминг*, т. е. изменение отцовской интерпретации поведения Джонни (не отсутствие уважения, а страх утратить родительскую любовь; не плохое поведение, а огорчение или печаль).

Таким образом, ИПИ предлагает вполне простой подход к проблеме: во-первых, выявить повторяющиеся одни и те же петли позитивной обратной связи, которые поддерживают проблему, во-вторых, определить правила (или рамки), поддерживающие сложившиеся интеракции; и, в-третьих, найти способ изменить эти правила. Интерес психотерапевтов в этом случае сводится к краткосрочным последовательностям интеракций внутри проблемы; они не рассматривают другие потенциальные семейные проблемы за пределами этих последовательностей до тех пор, пока семья не идентифицирует их как проблемы. При таком минималистском подходе к нормам поведения сотрудники группы ИПИ, в отличие от Хейли или членов миланской группы, не размышляют о том, какое действие могут оказывать симптомы одного из членов семьи или о проблемных семейных границах и коалициях.

Хейли, со своей стороны, привнес в теорию Эриксона и в идеи, взятые из кибернетики, функционалистский элемент, касаю-

щийся интерперсональных аспектов поведения. Позднее он добавил и структурные концепции, с которыми познакомился в годы работы с Минухиным в Филадельфии. Хейли удлинил последовательности интеракций, которые считал важными для понимания проблемы, включив в них не только взаимоотношения, складывающиеся вокруг проблемы (в них вовлечены зачастую лишь два человека), но и взаимодействия, затрагивающие по меньшей мере трех человек и более продолжительные по времени. Так, например, Хейли отметил бы, что всякий раз, когда между отцом и Джонни вспыхивает ссора, мать защищает мальчика, критикуя мужа за резкость. Он заметил бы также, что замечания матери, адресованные отцу, усиливают возбуждение Джонни, потому что теперь он пытается отвлечь родителей от развивающегося между ними конфликта и обратить их внимание на себя.

Исходя из своего интереса к более распространенным последовательностям интеракций, Хейли рассматривает и разные уровни правил, управляющих ими. Он придает особое значение правилам, связанным с семейной иерархией, и считает, что причина большинства проблем кроется в дисфункциональной семейной *иерархии*. По мнению Хейли, «расстройство индивида усиливается в прямой зависимости от числа нарушений в функционировании иерархической структуры, в которой он существует» (Haley, 1976, с. 117). Очевидно, что между родителями Джонни нет согласия по поводу дисциплины и воспитания сына, и поэтому ребенок существует в условиях нарушенной семейной иерархии, а кроме того, может оказаться, что бабушка и дедушка также подрывают авторитет отца, и в этом случае будут нарушены границы уже двух поколений.

Хейли (Haley, 1980) изучал также продолжительные проблемные последовательности интеракций в семьях, когда расстройства возникают у совершеннолетних детей. В таких последовательностях продолжительностью в несколько месяцев или лет родители начинают спорить между собой, и это до такой степени расстраивает взрослого члена семьи, принадлежащего к младшему поколению, что у него (нее) проявляются симптомы расстройства. Тогда родители объединяются в попытке справиться со странными симптомами и, возможно, госпитализируют младшего члена семьи как пациента с выраженной симптоматикой. В больнице пациенту становится лучше, и он делает шаги в направлении автономии. Родители, неспособные сосредоточиться на пациенте, расстроены и снова спорят, что приводит к возвращению симптомов, и т. д. Правило, управляющее

такой дисфункциональной последовательностью, заключается в том, что брак родителей не сможет сохраниться, если они окажутся наедине друг с другом. Хейли постарался изменить это правило, показав родителям, что, действуя вместе, они смогут контролировать ситуацию и помочь своему больному ребенку. Добрые чувства, возникающие благодаря успешному исправлению семейной иерархии, создают условия для спокойного отношения родителей к разнице в своих характерах.

Итак, к оценке и постановке терапевтических целей Хейли подходит со структурных позиций: исправление семейной иерархии и устранение организационных проблем, поддерживающих дисфункциональные последовательности интеракций. Именно обдуманый подход и постепенное — шаг за шагом — движение к цели составляют суть его стратегии. Книга «Терапия, ориентированная на решение проблемы» (Haley, 1976) содержит одну из самых полезных идей Хейли: изменения в семье происходят поэтапно, и некоторые стадии далеки от идеала — до тех пор, пока не будет сформирована здоровая структура, подобно тому как сломанная рука должна в течение некоторого времени оставаться в гипсе, после чего нужно выполнять специальные упражнения, чтобы восстановилась ее деятельность. Так, например, Хейли предположил бы, что, прежде чем родители Джонни достигнут согласия и направят совместные усилия на решение проблемы Джонни, семья, возможно, пройдет через стадию, когда отец и сын сблизятся и исключат мать из своих взаимоотношений. Или же родителям придется направить совместные действия только на достижение согласия касательно дисциплины, оставив в стороне супружеские трения, прежде чем они достигнут стадии, на которой смогут обратиться к собственным проблемам.

Подход Хейли можно назвать «терапия с планированием вперед». Он помог психотерапевтам понять важность разработки стратегии для всего курса терапии, равно как и предвидения реакции семьи на события в ее жизни. Также поощрял планирование каждого сеанса и разработал модель проведения первого сеанса для семей, проходящих через несколько стадий (Haley, 1976).

И, наконец, еще одно отличало Хейли от его коллег из ИПИ, старавшихся избегать приписывания мотивировок поведению, которое они наблюдали. Хейли рассматривал человеческие взаимоотношения как интерперсональную борьбу за власть и контроль. На семейные паттерны он смотрел с позиций функционализма, изучая, каким требованиям могли бы соответствовать проблемы в рассуждении индивида или семьи. Чтобы оценить

последствия проблемы, Хейли часто прибегал к технике Эриксона: предписанию испытания, с тем чтобы цена, в которую обходится поддержание проблемы, перевешивала цену отказа от нее. В качестве иллюстрации этой техники рассмотрим знаменитый маневр Эриксона с назначением человеку, страдающему бессонницей, заводить будильник на ночное время, чтобы он просыпался и в течение нескольких часов мыл пол в кухне. Хейли старался представить всю терапию как основанную на испытаниях, предполагая, что люди меняются, чтобы избежать многих испытаний, непременно предстоящих им, пока они находятся на положении клиентов (Haley, 1984).

Клу Маданес (Madanes, 1981, 1984) также выделяет аспект проблемы, касающийся функции симптома, в частности, *неконгруэнтной иерархии*, которая формируется, когда дети используют свои симптомы, чтобы руководить родителями. Например, когда дочь видит, что мать находится в подавленном настроении, она может спровоцировать ссору, которая подтолкнет мать к активным и компетентным действиям. Многие в работе Маданес направлены на отыскание творческих подходов, используя которые дети могли бы помочь своим родителям так, что не пришлось бы пускать в ход симптомы.

Впоследствии Маданес конкретизирует свои мысли. Она пишет: «Обо всех проблемах, с которыми мы встречаемся в психотерапии, можно сказать, что они порождаются противоборством любви и насилия» (Madanes, 1990, с. 5) — и описывает стратегии трансформирования насилия в любовь. Маданес распределила семейные проблемы по категориям в соответствии с четырьмя основными мотивами членов семьи, затронутых проблемой. Первое — это желание *доминировать и контролировать*, и с этим стремлением Маданес соотносит такие симптомы, как склонность к правонарушениям и поведенческие проблемы. Второй мотив — желание *быть любимым*, и с ним ассоциируются психосоматика, депрессия, тревога и расстройства питания. Третий мотив — желание *любить и защищать других*, с ним соотносятся такие симптомы, как угрозы суицида, жестокое обращение, пренебрежение, навязчивые состояния и расстройство мышления. Последняя категория мотивов — желание *покаяться и простить*, и Маданес считает, что в семьях, где присутствует такая мотивация, существуют проблемы инцеста, развратные сексуальные и садистские действия.

Для каждой категории мотивов Маданес рекомендует определенные стратегии, способствующие семейным изменениям.



Так, например, для первой категории (доминирование и контроль) она предлагает подводить родителей к согласованным действиям и общей заботе о проблемном ребенке. Если же проблема соотносится с третьей категорией (любовь и защита), детям можно предложить искать разные способы проявления бережного отношения к родителям и заботы о них. Разработав эти рекомендации, Маданес предложила более стройную структуру вмешательств в стратегической терапии, чем та, что была доступна прежде.

Мара Сельвини Палаццоли и ее миланские коллеги (1978) изучали работы Бейтсона, группы ИПИ и Хейли и работали с семьями пациентов, страдающих шизофренией или анорексией. Как и Хейли, они сосредоточились на борьбе за власть в семейных интеракциях, а также на защитной функции симптомов для всей семьи. Миланская группа (Сельвини Палаццоли, Жанфранко Цеччин, Луиджи Босколо и Джулиана Прата) удлинители последовательность семейных интеракций, исследуемую в процессе обследования и оценки, и распространили ее за пределы последовательностей длительностью в несколько месяцев, описанных Хейли (Haley, Leaving Home, 1980). В своих интервью они задавали вопросы об истории семьи, иногда охватывая несколько поколений в поисках свидетельств в подтверждение гипотезы о том, каким образом симптомы детей становятся необходимыми. При этом часто приходится сталкиваться с искусно сплетенной сетью тайных семейных союзов и коалиций, охватывающей и расширенные семьи. Психотерапевты зачастую приходят к выводу, что пациент способствует развитию симптомов для защиты других членов семьи, с тем чтобы сохранить хрупкую структуру семейных союзов.

При том что различные стратегические модели имеют некоторые общие теоретические положения, каждая модель охватывает свой диапазон семейного феномена и сосредоточивается на последовательностях семейных интеракций разной длительности (Breunlin & Schwartz, 1986). Модель ИПИ ориентирована исключительно на кратких повторяющихся интеракциях, окружающих проблему, и не проявляет большого интереса к структурным построениям. Хейли тоже изучал короткие последовательности интеракций, но интересовался и теми, которые длились месяцы и годы и отражали хронические структурные проблемы. Члены миланской группы проявляли интерес к некоторым из этих более длительных последовательностей интеракций и к тому, как из поколения в поколение в семьях эволюционирует структура союзов, порождающая симптомы.

## Нормальное развитие семьи

Члены группы ИПИ страстно оспаривали понятие нормы и заняли так называемую «ненормативную» позицию. «Под ненормативным подразумевается то, что мы не пользуемся критериями для вынесения суждения о здоровье или нормальности индивида или семьи. Мы не рассматриваем никакой конкретный способ функционирования, отношений или жизни как проблему, пока клиент не выражает свое недовольство им» (Fisch, 1978). Таким образом, ограничивая свою задачу устранением предъявленной проблемы, группы ИПИ не выказывают отношения к тому, как семьям следовало бы себя вести. Подобный релятивизм имеет глубокие корни. Еще в 1967 г. Дон Джексон написал очерк под названием «Миф о нормальности», в котором утверждал, что, поскольку не существует универсальной модели здоровья или нормы, было бы ошибкой навязывать какую-то модель клиенту.

Помимо отрицания нормативных целей психотерапевты ИПИ считают, что здоровые семьи являются достаточно гибкими, чтобы модифицировать те попытки решения проблемы, которые не работают. Эта гибкость нужна не только при встрече с повседневными трудностями, но и чтобы управлять развитием семьи в переходные моменты (Weakland et al., 1974). Кроме того, подразумевается, что успешно развивающиеся семьи воспринимают трудности, не преувеличивая и не преуменьшая их, а также избегают фиксации внимания на ненужных вещах, например на «разрыве между поколениями».

Члены миланской группы также заняли ненормативную позицию (Selvini Palazzoli, et al., 1978). Однако их теория о том, что в системы взаимоотношений, поддерживающих проблему, обычно вовлечены скрытые коалиции поколений, подразумевает наличие в семьях четких границ между поколениями. Кроме того, члены миланской группы стремились сохранить «нейтральность» по отношению к семьям (Selvini Palazzoli et al., 1980), которая позднее была определена как «любопытность» (Cecchin, 1987). Психотерапевты, занимающие такую позицию, не применяют заранее готовые модели. Вместо этого они задают вопросы, которые помогают семье разобратся изнутри и выявить скрытые «игры во власть»; они убеждены, что семья самостоятельно реорганизуется наилучшим образом, даже если способ ее реорганизации не согласуется с какими-то нормативными схемами.

В отличие от релятивизма, свойственного вышеописанным

подходам, семейная теория Хейли основана на предположениях о нормальном (или, по крайней мере, функциональном) поведении семьи. Хейли стремится помочь семьям реорганизоваться в то, что он считает функциональной структурой. Нормативная схема, которой пользуется Хейли, аналогична схеме с четкими границами поколений и иерархией, которую использовали Минухин и структуралисты (см. главу 8). Однако Хейли выделял вертикальные элементы структуры — чье положение выше и чье ниже в соответствии с семейной иерархией, — тогда как Минухин подчеркивал важность горизонтальных аспектов. В концепции Минухина о спутанности и выпутанности большое значение придается тому, какова степень близости или отдаленности между членами семьи и как их относительная близость влияет на развитие проблем. Хейли и Маданес учили своих студентов обращать внимание на путаницу и несоответствия в семейной иерархии и на эпизоды, когда один родитель или прародитель становится на сторону ребенка после того, как другой попытался усилить дисциплину. Хейли (1973) также подчеркивал влияние на семейную структуру этапа жизненного цикла семьи — в частности, этапа отделения от родительской семьи.

## Развитие расстройств поведения

Стратегическая психотерапия предлагает три основные теории, объясняющие, как развиваются проблемы. Первая теория — кибернетическая.. Трудности оборачиваются хроническими проблемами вследствие многократного принятия ложно направленных решений, что способствует эскалации позитивной обратной связи (Watzlawick et al., 1974). Вторая теория — структурная: проблемы появляются из-за изъянов в семейной иерархии. И, наконец, функциональная теория: проблемы возникают, когда люди пытаются косвенным образом защищать друг друга или управлять друг другом и их проблемы начинают участвовать в функционировании системы. Группа ИПИ ограничила свою деятельность рамками первой теории, тогда как другие стратегические модели учитывают все три теории.

Чтобы разобраться в различиях, рассмотрим следующий пример. С некоторых пор 16-летний Томми стал проявлять нежелание выходить из дома. Психотерапевт из ИПИ может спросить его родителей, как они пытались заставить сына выйти на улицу. Он сосредоточится на попытках решения проблемы,

предпринимаемых родителями, считая, что эти попытки, вероятно, поддерживают поведение Томми, и на их объяснении, полагая, что родительское толкование проблемы Томми может способствовать увязанию в одних и тех же попытках ее решения.

Сторонник стратегической терапии в стиле Хейли заинтересуется предпринятыми попытками решения проблемы, семейной жизнью родителей, тем, каким образом Томми оказался вовлечен в борьбу между родителями или другими членами семьи, а также защитной функцией проблемы Томми. Этот психотерапевт будет исходить из предположения, что поведение Томми может быть фрагментом последовательности интеракций в дисфункциональном треугольнике (состоящем из матери, отца и Томми), что и поддерживает его симптомы. Далее можно предположить, что последовательность интеракций в треугольнике приводится в действие неразрешенными конфликтами между родителями. Сторонник стратегического направления в стиле Маданес также проявит интерес к этому треугольнику и, кроме того, к тому, как поведение Томми могло бы защитить одного или другого родителя от столкновения с какой-то угрозой. Такое защитное поведение может рассматриваться как поддерживающее проблему.

Сторонники миланской модели не станут уделять слишком много внимания предпринимаемым попыткам решения проблемы, но станут расспрашивать о прошлых и настоящих взаимоотношениях в семье. Таким образом, психотерапевты миланской школы стараются разобраться в хитроумном сплетении семейных альянсов, зачастую представленных разными поколениями и отражающих семейную «игру». Подобная игра ставит Томми в положение, когда ему придется использовать свои симптомы, чтобы защитить других членов семьи. В ходе терапевтического процесса может обнаружиться, например, что если бы Томми, повзрослев, решил жить отдельно, то мать оказалась бы втянутой в борьбу за власть, которую ведут между собой ее родители. Пока же ей удавалось избегать этого благодаря ребенку, на котором сосредоточивалось все ее внимание. А еще, не преуспев в жизни, Томми мог бы защитить своего отца от стыда за то, что сын превзошел его, — что и сделал отец Томми по отношению к своему отцу.

Из вышеприведенных рассуждений можно заключить, что, хотя все школы рассматривают проблемы в контексте последовательностей интеракций членов семьи, разница между подходами в том, какие последовательности — с точки зрения числа чле-

нов семьи и длительности взаимодействия — привлекают внимание психотерапевтов. Модель ИПИ ориентирована на короткие последовательности с участием лишь нескольких членов семьи. Миланская группа изучает длительные, исторически сложившиеся последовательности с участием многих членов семьи. Хейли и Маданес выбрали среднюю позицию: их интересуют как краткие, так и длительные последовательности интеракций, в которые вовлечены по крайней мере три члена семьи.

## Цели терапии

Группа ИПИ гордится своим минимализмом. Как только предъявленная проблема решена, терапия заканчивается. Даже если психотерапевт видит наличие других проблем, но семья не предлагает их обсудить, они остаются за пределами терапевтического процесса. Такую минималистскую позицию психотерапевты из ИПИ оправдывают утверждением, что их клиенты не больны, а просто увязли в проблемах, а потому цель терапевтического процесса — помочь семьям двигаться вперед, а не реконструировать всю семейную структуру.

Сторонники модели ИПИ пренебрежительно относятся к открытым формам психотерапии с менее ясными целями, что и отражено в саркастическом замечании: «Психотерапевт ни в коей мере не должен поощрять разговоры о конечной цели терапевтического процесса, поскольку иначе семья будет знать, когда закончить лечение» (Fisch, 1973, с. 601). Члены группы ИПИ гордятся тем, что помогают семьям сформулировать четкие и достижимые цели, так что каждый знает, когда и каким образом завершится лечение. Они часто убеждались, что главное лечение осуществляется именно в процессе подведения клиентов к постановке ясных поведенческих целей, потому что именно тогда клиенты вынуждены сформулировать свои смутные амбиции и неудовлетворенность. Кроме того, побуждая клиентов к определению достижимых целей, сотрудники ИПИ помогают людям освободиться от утопических мечтаний, с которыми они часто приходят к психотерапевту и которые неизбежно привели бы их к разочарованию.

Модель ИПИ — поведенческая и по целям, и потому, что в фокусе внимания находятся наблюдаемые паттерны интеракций, тогда как интрапсихические процессы тщательно обходятся стороной. На пути к более крупной цели — решению пробле-

мы — ближайшей целью является изменение поведенческих реакций людей на их проблемы. Более конкретно, как уже говорилось ранее, психотерапевты из ИПИ пытаются прервать стереотипную, повторяющуюся замкнутую петлю обратной связи. Чтобы добиться поведенческих изменений, они могут попробовать «переструктурировать проблему» и в этом смысле ввести когнитивный элемент. Но любое когнитивное изменение будет все-таки служить первичной цели — изменению поведения.

В работе Труды Клекнер и ее коллег содержится ответ тем, кто считает, что сторонники стратегического направления игнорируют эмоции:

Не то чтобы приверженцы стратегической психотерапии пренебрегали чувствами — они просто не рассуждают о них друг с другом, не описывают в своих работах, не обсуждают со студентами... вместо этого они стараются заставить клиентов выражать эмоции так, чтобы это приносило им удовлетворение в повседневной жизни (Kleckner, 1992, с. 9).

И снова акцент делается на прагматический аспект использования выражения эмоций для изменения поведенческих интеракций.

Подход Хейли также является поведенческим и даже в большей степени, чем модель группы ИПИ, преуменьшает значение инсайта. Хейли всегда презрительно относился к психотерапевтическим методам, где клиентам помогали понять, почему они поступают так, а не иначе, и мало делали для того, чтобы заставить их поступать по-иному. Своей главной целью в большинстве случаев Хейли считает реорганизацию структуры семьи, в частности, семейной иерархии и границ между представителями разных поколений, но, поскольку он проводит терапию поэтапно, существуют и промежуточные цели. Однако в отличие от структурной семейной психотерапии все эти структурные цели непосредственно связаны с существующей проблемой. Например, для улучшения взаимоотношений расходящихся во взглядах родителей бунтующего подростка сторонник структурного направления может предложить родителям обсудить свои супружеские разногласия, тогда как Хейли подвел бы их к разговору о том, что мешает им выработать единый подход к сыну. И только после того как будет до некоторой степени решена проблема, касающаяся сына, Хейли позволяет перевести беседу в плоскость супружеских отношений.

Склонность Хейли к разделению терапевтического процесса на этапы распространилась и на конкретные сеансы. Согласно его рекомендациям, формат первого сеанса должен включать несколько стадий: стадию формирования терапевтических отношений, цель которой в том, чтобы семья чувствовала себя удобно; стадию, на которой определяется проблема и члены семьи высказывают свое мнение о ней; и стадию, на которой члены семьи беседуют о проблеме друг с другом (Haley, 1976).

Интерес Хейли к стадиям процесса и его систематический подход отражают этические взгляды сторонников стратегической психотерапии, а именно: ответственность за изменения лежит на психотерапевте. Они считают, что психотерапевт не должен объяснять терапевтические неудачи недостаточной мотивацией клиента, вместо этого ему следует найти способ выработки у него мотивации. В одном ряду с этим стоит и вопрос об ответственности за разработку специальных техник для всех видов проблем, а также за организацию этапов и стадий терапевтического процесса. Таким образом, в своих публикациях сторонники стратегического направления стараются не задерживаться на теории и подробно описывать техники.

Маданес (1990) распространила цели стратегической психотерапии за рамки направленных на проблему или даже структурных подходов, с тем чтобы охватить такие ориентированные на внутренний рост клиента задачи, как достижение равновесия, гармонии и любви. По ее мнению, «цель терапии в том, чтобы привести в жизнь людей гармонию и равновесие. Любить и быть любимыми, находить удовлетворение в работе, жить полной жизнью и получать удовольствие — все это есть часть необходимого равновесия» (Madanes, 1990, с. 13). В этом Маданес отошла от канонов стратегической психотерапии и приблизилась к идеям Вирджинии Сатир и других представителей эмпирического направления. Свою терапию Маданес стала называть «стратегическим гуманизмом», подчеркивая этим гибкость его положений.

Стратегическая и миланская школы разошлись в конечном итоге именно в вопросах о целях терапии и ответственности. В начале своей деятельности миланская группа находилась под сильным влиянием моделей Хейли и ИПИ (Selvini Palazzoli, Ceschin & Prata, 1978). Впоследствии психотерапевты миланской группы распространили свою деятельность на всех членов семьи, участвующих в поддержании проблемы, при этом основной задачей по-прежнему считали поиск эффективных техник прерывания семейных игр. Разработанные ими приемы отличались от пред-

лагаемых школами стратегической психотерапии техник тем, что были менее поведенческими и предназначались для того, чтобы можно было выявить игры и переформулировать мотивы странного поведения. При том что подход миланской школы по сравнению со стратегической психотерапией меньше ориентировался на проблему и больше сосредоточивался на изменении системы семейных взглядов и убеждений, первоначально он был столь же манипулятивным: ответственность за изменения лежала на терапевте, перед которым стояла задача преодолеть сопротивление.

Когда в начале 1980-х гг. миланское объединение разделилось на две группы, это положение стратегической психотерапии сохранила Сельвини Палаццоли и члены группы, корорую она впоследствии сформировала. Однако она занимала сдержанную позицию в течение 1980-х гг., пока занималась исследованием своей гипотезы и разрабатывала новый стратегический подход (Selvinl Palazzoli, 1986). Целью этой терапии было выявление и прерывание тех «грязных игр», в которые члены семьи, имеющие собственные нарушения, играют друг с другом. Позднее она вовсе отказалась от краткосрочной стратегической модели и в настоящее время занимается долгосрочной психотерапией, уделяя больше внимания инсайту у индивидуальных клиентов (Selvini, 1993).

После раскола миланской группы Луиджи Босколо и Джанфранко Цеччин перешли от свойственного стратегическому направлению манипулирования семьями к сотрудничеству с ними, чтобы сформулировать системную гипотезу относительно их проблем. Психотерапия стала в большей степени экспедицией, в которую пускается психотерапевт, не имея конкретных целей или стратегии, с верой в то, что самоанализ позволит семьям предпочесть изменение бессознательному повторению непродуктивных паттернов поведения. Психотерапевт был освобожден от ответственности за какой бы то ни было конкретный исход и занял заинтересованную позицию по отношению к семьям (Cecchin, 1987), а не позицию вмешательства, свойственную сторонникам стратегического направления.

Продолжая движение в этом направлении, Босколо и Цеччин в отличие от своих предшественников, работавших в области стратегической терапии, совершенно по-иному смотрят на цели и установки психотерапевтов. Идея сотрудничества оказалась тем соединительным мостом, который в 1990-е гг. привел многих представителей стратегической терапии и миланской школы в нарративную психотерапию.



## Условия изменения поведения

Как уже говорилось выше, для стратегической школы ИЛИ основное условие решения проблем — смена попыток решения определенных проблем. Считается, что, увидев результаты изменения жестких поведенческих реакций, клиенты начинают выбирать более гибкие стратегии решения. Когда это происходит, семьи достигают изменения второго порядка — изменения правил, определяющих их реакцию на проблемы.

Например, Джилл протестует против установленного отцом «комендантского часа», и отец запрещает ей пользоваться машиной. В ответ на это девушка убегает из дома. Вмешательством первого порядка на этом этапе могла бы быть помощь отцу в нахождении более эффективного наказания для укрощения строптивой дочери. Используя вмешательство второго порядка, можно порекомендовать отцу продемонстрировать дочери свою растерянность и печаль, косвенно давая ей понять, что он отказывается от попыток контролировать ее. В результате Джилл не будет чувствовать себя жертвой отцовского произвола, а проявит к нему заботу и внимание и станет более благоразумной. Отец усваивает урок: когда предпринятая попытка решения проблемы оказывается неудачной, нужно попробовать что-то другое. Это и есть изменение второго порядка — изменение правил, определяющих образ взаимодействия отца и дочери.

Клиенты иногда не нуждаются в информации о своих проблемах или в понимании того, как они возникают. Семьи могут не нуждаться в реорганизации семейных отношений — особенно тех, которые не вовлечены явно в существующую проблему. Возможно, им просто нужно сделать что-то по-новому, даже если это противоречит здравому смыслу, — как следование тому совету, который был дан отцу Джилл. Зачастую кажется, что изменения второго порядка возникают в результате выбора явно нелогичных решений. Это происходит потому, что большинство логичных или продиктованных здравым смыслом решений были уже опробованы семьями до того, как они обратились к психотерапевту. И им не нужно повторять пройденное — нужна гибкость при выборе решения.

Для достижения желаемого эффекта психологу нужно суметь убедить клиентов попробовать поступить совершенно по-новому. В этих случаях сторонники стратегического направления дают директивы, которым клиенты должны следовать между сессиями. Так как предлагаемые рекомендации противоречат ин-

туции клиента, психотерапевт должен суметь свести к минимуму сопротивление.

В соответствии с этим психотерапевты ИПИ стараются выяснить, кто из членов семьи является «заказчиком», т. е. у кого наиболее высокая мотивация на изменение положения вещей. Часто «заказчиком» оказывается вовсе не человек с проблемой, а иногда даже кто-то из внесемейного окружения. Во многих случаях психотерапевт работает прежде всего или даже исключительно с «заказчиком», полагая, что наиболее эффективной будет работа с самой мотивированной личностью и что проблема рассеется, если изменения добьется только один человек в системе.

Хейли согласился бы с многими из этих пунктов. По его мнению (Haley, 1976), если говорить людям, что они делают неправильно, это не поможет им измениться, а лишь усилит сопротивление — то же самое верно относительно очищающего воздействия выражения чувств. Хейли полагал, что изменение поведения влечет за собой изменение чувств и восприятий, а не наоборот. Маданес писала: «Если проблему можно решить таким образом, чтобы семья не знала, как и почему это произошло, это будет удовлетворительное решение» (Madanes, 1980, с. 79). В этой связи представляется любопытным, что Маданес, Хейли и сотрудники группы ИПИ всецело полагались на технику рефрейминга, с помощью которой психотерапевт старается изменить представление клиента о его проблемах. Сторонники стратегического направления, вероятно, могли бы объяснить такое несоответствие тем, что рефрейминг содействует изменению поведения и фактически приводит к изменению восприятия или чувств клиента. Согласно Хейли, до тех пор, пока люди не обретут новый опыт в связи с проблемой, они не смогут взглянуть на нее по-иному.

С течением времени члены миланской группы поставили поведенческие идеи с ног на голову. С самого начала они были заинтересованы скорее в том, как добиться от семей, чтобы те увидели вещи по-иному (с помощью техники рефрейминга, получившей название «позитивной коннотации», о которой речь впереди), чем как заставить членов семьи вести себя по-другому. Чем дальше, тем больше они (в частности, Босколо и Цеччин) убеждались в том, что поведение изменяется осмысленно, так как обнаружили, что, помогая людям исследовать системную эволюцию их проблем, можно добиться нового отношения к проблемам. Это привело к созданию нового направления в психоте-

рапии, в котором мало директив, но много вопросов к клиентам, направленных на то, чтобы помочь членам семьи пересмотреть свои трудности. Такой переход от поведения к смыслу открыл дорогу конструктивизму и нарративному движению (см. главу 12).

## Техники

Стратегическая психотерапия имеет в своем арсенале больше техник, чем любое другое направление семейной терапии. Сторонники стратегического подхода, поддерживая традицию Эриксона, приспособляли способы вмешательства к особенностям личности и деталям проблемы. В результате, вместо того чтобы представить общий метод, который может быть адаптирован для разных ситуаций, литература, посвященная этому подходу, изобилует описаниями уникальных в конкретной проблеме вмешательств. Так, например, Дункан Стентон, делая обзор литературы, посвященной стратегическому направлению вплоть до 80-х гг., нашел описания вмешательств для более чем сорока различных синдромов или видов проблем, охватывающих все — от подросткового непослушания до шизофрении и привычки сосать большой палец. Поток техник, ориентированных на конкретные проблемы, не иссяк, хотя в ведущих журналах по семейной психотерапии появляется все меньше статей с их описанием. С появлением «Журнала стратегической и системной психотерапии» (*Journal of Strategic and Systemic Therapies*, в настоящее время выходит под названием *Journal of Systemic Therapies*) авторы статей по вопросам стратегической и системной психотерапии, не утратив плодovitости, стали ограничиваться рамками своего журнала с меньшей аудиторией.

Хотя поток литературы, описывающей конкретные индивидуальные техники, не иссяк, с середины 1970-х гг., когда были сформулированы основные теоретические принципы и разработаны техники стратегического направления (наиболее известные работы: Fisch, Weakland & Segal, 1982; Papp, 1983; Coyne, 1987; Coyne, Kahn & Gotlib, 1987; Haley, 1984; Madanes, 1984; Stanton & Todd, 1982), ни концепции, ни метод стратегической психотерапии не претерпели существенных изменений (второго порядка). Мы расскажем об основных методах, предложенных Хейли, группой ИПИ и миланской группой.

## ПОДХОД ИПИ

Сотрудники Центра краткосрочной психотерапии **ИПИ** придерживаются шестиэтапной процедуры лечения:

1. Ознакомление с программой лечения.
2. Опрос и определение проблемы.
3. Оценка поведения, способствующего поддержанию проблемы.
4. Постановка целей лечения.
5. Выбор и осуществление вмешательства.
6. Завершение процедуры.

Прежде всего клиенты заполняют анкету с вопросами, касающимися основных демографических данных. Далее психотерапевт объясняет, что сеансы записываются на пленку и проводятся в присутствии наблюдателей, указывает на преимущества участия в терапевтической процедуре нескольких профессионалов. Клиентам рассказывают также, что максимальная длительность лечения — десять сеансов, стимулируя таким образом ожидание изменений.

После предварительных разъяснений психотерапевт просит клиента дать четкое определение главной проблемы. Члены группы **ИПИ** полагают, что для достижения цели клиенту нужно назвать одну главную проблему. Если клиент не очень уверенно формулирует проблему («Похоже, мы просто не ладим») или ссылается на предположительную причину («Отца угнетает работа»), психотерапевт помогает перевести их рассказ о проблеме в плоскость постановки четкой и конкретной цели с помощью вопросов (например: «Какими, по-вашему, будут первые признаки того, что дела пошли на лад?»).

Когда проблема и цели получили четкое поведенческое определение, психотерапевты группы **ИПИ** начинают задавать вопросы о неудачных попытках решения, которые, возможно, содействовали поддержанию проблемы. Так, например, муж, который ругает жену за то, что она уделяет ему слишком мало времени, может добиться лишь того, что жена еще больше от него отдаится; родители, критикующие поведение сына в попытке заставить его прекратить ссоры с сестрой, могут лишь подкрепить его уверенность в том, что сестру они любят больше; у мужа, выполняющего все просьбы жены, чтобы убедить ее в своей любви,

может нарастать раздражение, вплоть до ненависти. В целом решения, поддерживающие существование проблемы, можно разбить на три категории:

1. Решение заключается в том, чтобы просто отрицать существование проблемы; действенные меры нужны, но они не принимаются. Например, родители не предпринимают никаких действий, несмотря на все новые доказательства того, что их сын-подросток испытывает сильную тягу к наркотикам.
2. Решение направлено на то, что в действительности проблемой не является; меры принимаются, когда этого не следует делать. Например, родители наказывают сына за то, что он занимается мастурбацией.
3. Предпринятые меры есть попытка решить проблему внутри структуры, что делает решение невозможным; действие предпринимается, но не на нужном уровне. Например, муж покупает все более дорогие подарки для своей жены, тогда как она нуждается в его любви и искренней привязанности (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974).

Каждая из названных групп неудачных попыток решения проблемы предполагает конкретную стратегию. В первом случае клиент должен действовать; во втором — приостановить действия; в третьем — действовать по-новому. Подобрав стратегию изменения последовательностей интеракций, способствующую поддержанию проблемы, психотерапевт должен убедить клиентов в том, как важно следовать этой стратегии, и, чтобы склонить их к принятию своих директив, он осуществляет рефрейминг проблемы. Таким образом, новые формулировки, предлагаемые группой ИПИ, отличаются от психодинамических интерпретаций тем, что они направлены не на достижение инсайта или обучение, а лишь на то, чтобы обеспечить содействие. Такой прагматический подход позволяет свободно использовать любые доводы в пользу директивы психотерапевта. Так, он может сказать разгневанному, переживающему свою отлученность от семьи подростку, что, когда отец называет его дрянным мальчишкой и выставляет из дома, он демонстрирует единственный известный ему способ выказать любовь к сыну. Такое бесцеремонное переформулирование в стиле «все сойдет» подвергается критике как грубое трюкачество (Flaskas, 1992). В последнее время многие

сторонники стратегического направления внимательнее относятся к убеждениям своих клиентов и стараются проявить большую чуткость при построении новых формулировок.

Убежденность в отсутствии какой бы то ни было абсолютной «истины» не равнозначна отрицанию или высокомерному игнорированию «субъективных истин». Полезность любых «истин», используемых для конструирования моделей, которые предлагаются для рассмотрения клиенту или семье, зависит главным образом от того, как выглядят эти модели с точки зрения людей, вовлеченных в терапевтический процесс. ...Работать плодотворно, проявляя уважение к клиентам, — значит прежде всего внимательно и заботливо слушать, что говорят члены семьи (Cade & O'Hanlon, 1993, с. 116).

Как уже говорилось выше, для того чтобы изменить последовательности интеракций, поддерживающих проблему, психотерапевты стратегического направления часто стараются добиться от членов семей поступков или мнений, противоречащих здравому смыслу. Такие техники получили название *парадоксальных вмешательств*: в некоторых случаях люди должны для достижения своих целей совершать поступки, явно противоречащие этим целям (Frankl, 1960; Haley, 1973, 1976; Hare-Mustin, 1975; Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974).

Вацлавик и его коллеги (Watzlawick et al., 1974), например, описали случай с молодой супружеской парой, обеспокоенной стремлением родителей обращаться с ними как с детьми. Несмотря на то что муж вполне достаточно зарабатывает, родители продолжают посылать им деньги и дорогие подарки, не разрешают оплачивать хотя бы частично счет в ресторане и тому подобное. Психотерапевты стратегического направления помогли супругам преодолеть это затруднительное положение, посоветовав поменьше проявлять свою компетентность и самостоятельность; не доказывать родителям, что они не нуждаются в их помощи, а, напротив, показывать свою беспомощность и зависимость от них до такой степени, что это наконец вызовет недовольство родителей и они пойдут на попятный. Эта форма парадокса есть *стратегия отступления от позиции* (Rohrbaugh et al., 1981) в том смысле, что супружеская пара добивается изменения последовательности интеракций, приняв позицию родителей относительно своей зависимости и преувеличив эту зависимость до абсурда.

Техники, которые обычно считаются парадоксальными, яв-

ляются предписанием симптомов, согласно которому семье предлагают закрепить положение, которое их не устраивает. В определенных обстоятельствах подобное предписание может быть дано в надежде на то, что, действуя в соответствии с директивами, семья будет вынуждена полностью изменить свои неудачные решения. Если страдающему от депрессии Джонни предписывают впадать в депрессию по несколько раз в день, а семью просят поощрять его уныние, то семья больше не будет предпринимать безуспешных попыток подбодрить Джонни, и он не будет чувствовать себя виноватым из-за того, что несчастен. Майкл Рорбаух и его коллеги (Rohrbaugh et al., 1981) назвали это *парадоксом, основанным на уступчивости*, так как психотерапевт хочет, чтобы семья действовала в соответствии с директивами.

В других случаях психотерапевт может прописать симптом в тайной надежде, что клиенты взбунтуются против его директив. Он может посоветовать Джонни не выходить из состояния депрессии, потому что тогда он поможет брату (а между братьями соперничество) почувствовать свое превосходство. Это называется *вмешательством, основанным на неповиновении*, так как в данном случае психотерапевт хочет, чтобы клиент воспротивился его директивам, и поэтому структурирует деятельность таким образом, чтобы добиться полного неповиновения со стороны Джонни.

Еще бывают случаи, когда психотерапевт может *предписать симптом* в надежде, что благодаря этому будет разоблачена система семейных взаимоотношений, способствующая поддержанию проблемы. Психотерапевт говорит, что Джонни следует по-прежнему находиться в депрессии, потому что таким образом он будет привлекать к себе внимание матери, а это, в свою очередь, отвлечет мать от ожидания знаков любви со стороны отца, поскольку отец все еще эмоционально привязан к своей матери и т. д. Так как Рорбаух не упомянул такое вмешательство, мы назовем его *парадоксом, основанным на разоблачении*, который чаще ассоциируется с миланской моделью, чем с моделью ИПИ.

Итак, мы видим, что новая формулировка или довод, сопровождающие парадоксальную директиву, играют довольно важную роль. Они могут иметь разное содержание и выражаться разным языком, в зависимости от того, чего добивается психотерапевт: согласия, неповиновения или разоблачения.

Рорбаух описал еще одну группу парадоксальных директив, разработанных для контроля над сопротивлением. Большинство семей входят в терапевтический процесс с двойственным отношением к проблеме и изменениям, необходимым для ее устране-

ния. Когда психотерапевт убеждает семью произвести изменения, двойственность выражается в том, что члены семьи могут отнестись к этому с опаской, что усиливает их сопротивление. Если бы психотерапевт упредил опасения, рассказав о возможных опасностях изменения, и удержал семью от попыток слишком быстрого изменения, опасение уступило бы место желанию добиться изменения. Поэтому члены группы ИПИ часто используют такие *техники сдерживания*, как вопросы о негативных последствиях изменения, беседы о том, что торопиться не следует, и предупреждение о возможных рецидивах после наступления улучшения.

Чтобы не вступать в борьбу за власть, психотерапевты **ИПИ** избегают авторитарности. Позиция «человека, не имеющего преимуществ» предполагает равенство и способствует ослаблению тревоги и сопротивления клиентов. Не все психотерапевты стратегического направления могут искренне придерживаться такой позиции, однако она вполне соответствует сдержанности и скромности покойного Джона Уикленда. Дымя своей трубкой, Уикленд удерживал клиентов от поспешного изменения, предупреждая, что это трудное дело. Подобное вмешательство подкрепляло и свободную от авторитарности позицию психотерапевта.

Хотя одни сторонники стратегического направления продолжают использовать парадоксальные техники, другие либо отказались от них, видя в этом трюкачество, либо представили их в юмористическом свете, откровенно рассказывая о своих намерениях.

Сейчас мы редко прибегаем к техникам со скрытыми уловками, если вообще пользуемся ими. И все же у нас нет намерения вставать в позу ханжи, который полагает себя «святее всех святых» и критикует действия прежних психотерапевтов. В конце концов, мы ведь тоже были в их рядах. Просто дело в том, что наши представления о терапии с течением времени претерпели эволюцию. Так же как и большинство наших коллег, мы уже не смотрим на терапию таким критическим взглядом, как смотрели раньше (Cade & O'Hanlon, 1993, с. 157).

## ПОДХОД ХЕЙЛИ И МАДАНЕС

Описывать подход Джея Хейли труднее, так как он приспособивал его к потребностям каждого отдельного случая. Если понятие «стратегический» подразумевает систематический (модель **ИПИ**), оно подразумевает еще и искусство, свойственную



стратегиям Хейли. Как и в других стратегических подходах, определяющей техникой является использование директив. Однако директивы Хейли — это не уловки, предназначенные для того, чтобы перехитрить семьи или круто изменить то, что они делают. Его директивы скорее представляют собой глубоко продуманные предложения, почерпнутые из долгого опыта.

Хейли верит, что для успешного завершения терапевтического процесса необходим правильный старт (Haley, 1976), поэтому уделяет большое внимание начальному этапу лечения. Независимо от того, кто представлен как пациент, Хейли начинает с опроса всех членов семьи. Его подход к первому интервью строго структурирован и включает четыре стадии: стадия формирования отношений, стадия определения проблемы, стадия взаимодействия и, наконец, стадия постановки цели. Эти стадии с четкими инструкциями по каждой предлагают надежную структуру процесса для молодых психотерапевтов, которые хотели бы знать, что им делать во время их первого сеанса.

Начиная терапию, семьи зачастую чувствуют себя неуютно и замкнуто. Члены семьи могут не понимать, почему они здесь и чего им ожидать; они опасаются, что психотерапевт будет винить их в их проблемах. Поэтому Хейли учит терапевтов использовать первые минуты начального сеанса для того, чтобы помочь всем расслабиться. Он считает очень важным поприветствовать каждого члена семьи и убедиться в том, что все они чувствуют себя комфортно. Он ведет себя как хозяин, делающий все, чтобы гости почувствовали его теплый прием. Начиная с легкого разговора на общие темы, Хейли наблюдает за поведением каждого члена семьи и тем, как они взаимодействуют.

После этой короткой *социальной стадии* Хейли переходит к делу на *стадии определения проблемы*. Прежде чем приступить к выяснению позиций членов семьи, он представляет себя, повторяет, что ему известно, и объясняет, что попросил прийти всех членов семьи потому, что ему хотелось бы услышать все мнения. Затем Хейли просит каждого рассказать о своем видении проблемы. Он уделяет внимание конкретным деталям, например, кому говорить первым. Поскольку матери, как правило, занимают центральное положение в обсуждении, а отцы менее активны, Хейли предлагает вначале обращаться к отцу, чтобы усилить его заинтересованность. Это предложение хорошо иллюстрирует стратегические маневры Хейли, которые начинаются с первого контакта и определяют ход последующих встреч.

Хейли внимательно слушает, как каждый член семьи опреде-

ляет проблему и свою вовлеченность в нее, следя за тем, чтобы родственники не перебивали друг друга, а говорили по очереди. На этой стадии он наблюдает реакции каждого члена семьи и ищет ключ к пониманию семейных треугольников и иерархии, но рекомендует психотерапевтам воздерживаться от собственных комментариев во время наблюдения, ибо в противном случае семья может занять защитную позицию. Все наблюдения накапливаются в ожидании дальнейших подтверждений и создают основу для последующих вмешательств. Хейли показывает, что проблема, которая представлена как существующая только у одного члена семьи, затрагивает всю систему семейного взаимодействия. Так, например, мать говорит, что все дело в Джонни и его депрессии. Слушая каждого члена семьи, Хейли отмечает, что родители расходятся во мнении о том, как лучше помочь Джонни, и он учитывает их разногласия, которые, безусловно, не могут помочь сыну, это еще один аспект проблемы.

После того как каждый получил возможность высказаться, Хейли предлагает членам семьи обсудить их мнения между собой. На этой стадии — *стадии взаимодействия* — психотерапевт может не только слушать, но и наблюдать обмен мнениями по поводу проблемы. Пока родственники разговаривают друг с другом, Хейли следит за тем, какие коалиции существуют в семье и против кого они направлены; функциональна ли семейная иерархия; могут ли родители успешно сотрудничать друг с другом или между ними идет борьба за влияние; как пациент реагирует на конфликт между членами семьи. На этой стадии психотерапевт выступает в роли антрополога, изучающего паттерны семейных интеракций.

Иногда Хейли заканчивает первый сеанс заданием для членов семьи. На последующих сеансах директивы играют центральную роль в процессе, ориентированном на решение проблемы. Директивы обычно отличаются по форме от простых советов — советы помогают редко, разве что клиенту случается упустить какие-то сведения или проблема незначительная. По словам Хейли, совет, как правило, неэффективен, потому что люди не всегда контролируют свои действия.

Смысл директивы не в том, что нужно непременно исполнить предписанное, а в том, что она инициирует процесс переговоров с клиентами. Соответственно существует два вида директив: прямые и косвенные. Выбор зависит от возможностей и авторитета психотерапевта в конкретном случае. Косвенные директивы часто парадоксальны: клиенту предписывают симптоматийное

поведение, а семье — проблемную последовательность интеракций.

Чтобы «сконструировать» действенную директиву, психотерапевт должен узнать, какие ранее принятые решения оказались неудачными, а для привлечения членов семьи к выполнению задания нужно убедить их в том, что каждый член семьи выиграет от сотрудничества и что они достаточно компетентны, чтобы попробовать что-то новое. Психотерапевтам настоятельно рекомендуется найти способы повышения у членов семьи уверенности в себе (Madanes, 1990).

Следующие два задания взяты из книги Хейли «Терапия, ориентированная на решение проблемы». Супруги, не имевшие обыкновения демонстрировать друг другу привязанность, получили задание вести себя как любящая пара, чтобы научить сына проявлениям любви. В другом случае речь шла о матери, которая, будучи не в состоянии контролировать поведение своего 12-летнего сына, решила отправить его в военное училище. Поскольку мальчик не имел представления о том, как трудна жизнь в военном училище, Хейли предположил, что было бы хорошо, если бы мать помогла сыну подготовиться к новым условиям. Мать и сын согласились с этим. Хейли дал матери задание учить сына стоять по стойке «смирно», быть вежливым, просыпаться рано поутру и заправлять постель. И мать, и сын следовали этим инструкциям в форме игры: мать была в роли сержанта, а сын — в роли рядового. Через две недели поведение сына настолько улучшилось, что мать больше не чувствовала необходимости отсылать его из дома.

Маданес (1981) использовала в этом случае наблюдение: люди часто совершают поступки, не свойственные им в обыденной жизни, если их действия облечены в форму игры, для этого разработан целый ряд *техник симуляции*. Один такой прием заключается в том, что ребенка с психосоматическими проблемами просят понарошку пожаловаться на симптом, а родителям предлагают изобразить, как они ему помогают. Теперь, когда симулированный симптом выполняет в семье ту же функцию, ребенок может отказаться от настоящего симптома. Ниже приводим изложение двух случаев, описанных Маданес (1981) и иллюстрирующих игровую технику.

В первом случае мать обратилась за помощью из-за того, что ее десятилетнего сына мучили ночные кошмары. В семье были еще две старшие дочери и братишка-младенец. Маданес предположила, что мальчик беспокоится о своей матери, женщине материально не обеспеченной, плохо говорящей по-английски и по-

терявшей двух мужей. Так как у мальчика были ночные кошмары, психотерапевт попросил всех членов семьи рассказать свои сны. Кошмарные видения посещали только мать и сына. Материнским кошмаром было то, что кто-то вот-вот вломится в дом. А мальчику снилось, что на него нападает ведьма. Когда Маданес спросила мать, что она делает, когда мальчика мучают кошмары, мать ответила, что она берет ребенка к себе в кровать и велит ему молиться богу, и объяснила, что считает кошмары делом рук дьявола.

Команда психотерапевтов высказала предположение, что ночные кошмары мальчика являются как метафорическим выражением материнских страхов, так и попыткой помочь ей. Пока мальчик испытывает страхи, его мать должна быть сильной. К сожалению, в попытке защитить сына она еще больше напугала его разговорами о боге и дьяволе. Таким образом, их взаимная попытка помочь друг другу оказалась непродуктивной.

Членов семьи попросили разыграть ситуацию: они дома, мать боится, что кто-то может вломиться в дом. Мальчика попросили защитить мать, а мать должна была сделать вид, что нуждается в помощи сына. Поначалу у семьи возникли трудности в проигрывании ситуации, так как мать готова была напасть на воображаемого грабителя прежде, чем сын мог прийти ей на помощь. В таком ее поведении крылось сообщение, что она способна постоять за себя и не нуждается в сыновней защите. После того как эту сцену сыграли правильно и сын атаковал грабителя, состоялось обсуждение представления. Мать рассказала, что ей было трудно исполнять свою роль, поскольку она способна защитить себя. Маданес отпустила семью домой, дав им задание разыгрывать это представление каждый вечер в течение недели. Если мальчик начнет кричать во сне, мать должна была разбудить его и снова проиграть с ним эту сцену. Им объяснили, что это важно делать, даже несмотря на позднее время или усталость. Вскоре ночные кошмары сына прекратились.

Во втором случае мать обратилась к психотерапевту по поводу неконтролируемых вспышек гнева у ее пятилетнего сына. Поговорив несколько минут с семьей, Маданес попросила мальчика симулировать такую вспышку, чтобы показать ей, как это выглядит. Мальчик ответил: «Запросто. Я — Громила Джексон!» Он выпятил грудь, размял мышцы, скорчил жуткую гримасу и начал с криком пинать мебель. Маданес попросила мать показать, что она обычно делает в таких ситуациях. В ответ мать тихим голосом велела сыну успокоиться. Безрезультатно. Она показала, как

выставляет сына в другую комнату, что безуспешно пытается делать дома. Затем Маданес спросила мать, хорошо ли удалось сыну притвориться. Мать ответила, что — да.

Маданес попросила мальчика повторить сцену. На этот раз он прикинулся Франкенштейном, напрягся и придал лицу выражение, подобающее чудовищу. После этого Маданес поговорила с мальчиком о Громиле и Франкенштейне и поздравила мать с тем, что она воспитала ребенка с таким богатым воображением.

В продолжение беседы Маданес дала матери и сыну задание, чтобы они разыграли две сценки. В первой мальчик буянит, изображая Громилу Джексона, мать старается водворить его в детскую, затем они закрывают дверь, обнимаются и целуют друг друга. Во второй приступ гнева разыгрывает мать, а мальчик целует и обнимает ее. По инструкции психотерапевта, обе сценки следовало разыгрывать каждый день — утром, перед уходом мальчика в школу, и вечером. После каждого «представления» мать должна была угощать сына молоком с печеньем — как бы в награду за хорошую работу. Таким образом произошел ее переход от положения человека беспомощного к положению авторитетному: она отвечает за то, чтобы сын был вознагражден за представление. Неделью спустя мать зашла к психотерапевту, чтобы сказать, что терапия им больше не нужна, так как сын ведет себя хорошо и вспышки гнева прекратились.

Оба приведенных случая отражают важные элементы стратегического подхода: изучение последовательностей, окружающих проблему, и использование директив, направленных на их изменение. Как и Хейли, Маданес более всего интересуют последовательности интеракций, имеющие отношение к семейной иерархии. Однако в отличие от Хейли, директивы которого направлены на исправление дисфункциональной семейной иерархии, Маданес с помощью своих директив предоставляет детям и родителям новые, доставляющие им удовольствие возможности проявить заботу и защитить друг друга.

В своей работе Хейли одним из приоритетов считает помощь родителям в объединении усилий для того, чтобы они могли контролировать действия своих неуправляемых детей. Это иллюстрируют стратегии, рекомендуемые им для построения отношений с переживающими острое расстройство молодыми людьми в возрасте от 17 до 21 года и описанные в книге «Покидая дом». Родители должны отложить в сторону личные обиды и совместно планировать и воплощать в жизнь тщательно структурированный, достаточно авторитарный дисциплинарный режим для

детей, как если бы они еще не вышли из подросткового возраста, до тех пор, пока те не вернутся к нормальному поведению. Хейли считает, что, добиваясь от родителей совместных действий, направленных на благо ребенка, он прерывает последовательность, в которой конфликты между родителями поддерживают проблемное поведение детей, так как с помощью такого поведения дети стремятся отвлечь внимание родителей от их разногласий и обратить его на себя.

Хотя Хейли полагал, что за проблемой ребенка часто стоит проблемный брак, он тем не менее предостерегал коллег от слишком быстрого переключения на разбор супружеских отношений и считал, что в некоторых случаях их и вовсе не следует касаться. По его мнению, семьи часто охраняют эти отношения и беспокоятся, если возникает угроза их нарушения, а вот если удастся подвести их к идее совместных действий на благо ребенка, то одновременно супруги могут внести изменения и в свои взаимоотношения, даже без явного терапевтического вмешательства. Если в отношениях родителей возникают сложности, они спокойнее справятся с ними, если они уже объединили усилия в желании помочь ребенку. Все это укрепляет решимость Хейли концентрироваться на представленной проблеме до тех пор, пока она не начнет решаться.

Позднее Хейли вернулся к основным стратегическим идеям Эриксона в книге «Терапия испытанием», где привел описание многих конкретных случаев, когда клиентам предписывали «испытание симптомом». «Если человеку станет труднее сохранять симптом, чем отказаться от него, он от него откажется» (Haley, 1984, с. 5). Например, клиенту предписывается вставать посреди ночи и усердно заниматься физическими упражнениями всякий раз, когда накануне проявлялся симптом. Еще клиенту могут порекомендовать сделать подарок человеку, с которым у него не ладятся отношения, например теще или свекрови, бывшему супругу (супруге) — каждый раз, когда симптом дает о себе знать. Как видно из приведенных примеров, «испытание» предполагает выполнение действий, которых клиенту делать не хочется, но может пойти ему на пользу. Испытания организуются таким образом, чтобы клиенты чувствовали, что заключают договор между собой, а не с психотерапевтом.

Следуя положениям структурной психотерапии, касающимся цели, Хейли использовал испытания для изменения семейной структуры. Например, 16-летний подросток засовывал себе в

задний проход разные предметы, а затем исторгал их, оставляя уборку грязи на мачеху. При этом отец занимал периферическое положение. По предписанию Хейли (1984) после каждого такого эпизода отец должен был выводить сына во двор и заставлять его копать яму в три фута глубиной и три фута шириной, куда сын должен был закапывать всю эту грязь. Несколько недель спустя Хейли отметил устранение симптома, а отец стал больше внимания уделять сыну, что способствовало усилению близости между мачехой и отцом.

Современная форма психотерапии (Хейли и Маданес), называемая стратегическим гуманизмом, по-прежнему использует директивы, основанные на гипотезах, вырабатываемых психотерапевтом. В этом гуманистический стратегический подход отклоняется от современной тенденции в семейной психотерапии, предполагающей сотрудничество клиентов и психотерапевта. Однако директивы, которые дают Хейли и Маданес, более ориентированы на усиление способностей членов семьи к любви и сопереживанию, нежели к установлению контроля друг над другом. И в этом проявляется движение от конструирования иерархической системы к поиску путей установления гармонии. Выражение эмоций, таких, как раскаяние, скорбь, любовь и эмпатия, играет значительно большую роль в новой форме стратегической терапии, чем в ее более ранних вариантах. В поведении психотерапевтов также проявились более выраженные гуманистические тенденции. Эмпатическое внимание к клиентам получило такое же признание, как и способность формировать эффективные директивы.

Великолепный пример соединения человеческих чувств и технологии, присущего гуманистическому стратегическому подходу, демонстрирует работа Джеймса Кейма (Keim, 1998) с семьями, в которых существует проблема «бунтующих» детей. Кейм начинает с того, что успокаивает встревоженных родителей, говоря им, что они не виноваты в оппозиционных настроениях своих детей. Затем объясняет, что у родительского авторитета есть две стороны: требование дисциплины и заботливое воспитание. Чтобы укрепить родительский авторитет, избегая при этом борьбы за власть, Кейм поощряет родителей к проявлению симпатии и поддержки. Родитель, утешающий ребенка на языке взаимопонимания, может точно так же руководить им, как и родитель, постоянно указывающий ребенку, что ему делать. Далее, после того как удастся успокоить ребенка — особенно благодаря

ломке стереотипа поведения, когда бунтующий ребенок управляет настроением в семье, оспаривая каждое слово родителя, — Кейм обучает родителей устанавливать правила и следить за их соблюдением. Подобная стратегия позволяет родителям воспитывать своих бунтующих детей без мелодраматических страстей.

## МИЛАНСКАЯ МОДЕЛЬ

Первоначальная миланская модель была ультрастратегической и отличалась жесткими стандартами. Сессии проводили два психотерапевта (мужчина и женщина) при участии других членов психотерапевтической команды в качестве наблюдателей. Изначально психотерапевтический процесс был ограничен десятью сессиями, как и в модели ИПИ, сессии проводились в среднем один раз в месяц. Поначалу такая частота сессий была обусловлена тем, что многим семьям приходилось приезжать в центр Милана издалека. Позднее, однако, члены миланской группы пришли к заключению, что длительные интервалы между сессиями идут на пользу дела. Если бы семьи приезжали каждую неделю, эффект от парадоксальных вмешательств мог бы ослабиться, поскольку для полноценного реагирования семьям нужно больше времени.

Стандартный формат сессии состоит из пяти элементов: предсессионное обсуждение, сессия, промежуточное обсуждение, вмешательство и послесессионное обсуждение.

Во время предсессионного обсуждения команда формулирует первоначальную гипотезу относительно предъявляемой семейной проблемы... Во время собственно сессии члены команды подтверждают, уточняют или меняют гипотезу. Через сорок минут после начала собственно сессии члены психотерапевтической команды удаляются для обсуждения гипотезы и выбора формы вмешательства. Затем психотерапевты, ведущие сессию, возвращаются к семье и проводят вмешательство, используя либо технику позитивной коннотации проблемной ситуации, либо в форме ритуальных предписаний, направленных на изменение поведения... Наконец, члены команды встречаются после сессии, чтобы проанализировать реакции членов семьи и спланировать следующую сессию (Boscolo, Cecchin, Hoffman, Penn, 1987, с. 4).



Как следует из этого описания, основными техниками вмешательства были либо ритуальное предписание, либо позитивная коннотация.

*Позитивная коннотация* является наиболее заметным новшеством, введенным миланской группой. Заимствованный из техники рефрейминга, когда симптому предписывается защитная функция (например, мальчика просят продолжать предаваться унынию, чтобы отвлечь родителей от супружеских разногласий), прием позитивной коннотации не предполагает, что члены семьи выигрывают от симптоматического поведения пациента. Миланская группа обнаружила, что можно «перехитрить» сопротивление, если модель поведения конструируется не для защиты конкретных людей, но для сохранения семейного равновесия или жестких правил. И в самом деле, поведение каждого члена семьи часто формировалось таким образом, что служило поддержанию системы.

Терапевтическая команда вырабатывала гипотезы о том, как симптомы пациента согласуются с семейной системой, и после перерыва в сессии они сообщали эту гипотезу семье вместе с предписанием, что ситуация не должна меняться. Джонни следует продолжать приносить себя в жертву, по-прежнему предаваясь унынию для того, чтобы убедить семью, что он не станет злоупотреблять властью, как его дед. Матери нужно поддерживать ее вовлеченность в проблемы Джонни, чтобы он мог почувствовать значимость своей жертвы. Отцу нужно продолжать критиковать отношения между матерью и Джонни с тем, чтобы у матери не появилось искушение отвернуться от мальчика и все внимание обратить на мужа.

Предписания ритуальных действий используются для того, чтобы вовлечь всю семью в последовательность действий, противоречащих жестким семейным правилам и мифам или представляющих их в гиперболизированном виде. Например, нуклеарная семья испытывает сильное давление со стороны членов расширенной семьи (семейного клана). Членам нуклеарной семьи дается предписание через день после обеда обсуждать свои дела за закрытыми дверями. Во время обсуждения каждый член семьи должен в течение пятнадцати минут говорить о семье. В то же время им нужно было удвоить свою учтивость и лояльность по отношению к другим членам клана. Гиперболизируя свою лояльность расширенной семье и одновременно нарушая правила лояльности (встречи в узком кругу и разговоры о семейном кла-

не), семья может исследовать и ослаблять или отменять правило, поддерживающее дисфункциональную систему.

Ритуальные действия используются также для драматизации позитивной коннотации. Так, каждому члену семьи может быть предписано ежедневно перед сном выражать благодарность пациенту за его проблемы (Boscolo et al., 1987). Кроме того, миланская группа разработала набор ритуалов, которые выполнялись с учетом режима четных и нечетных дней (Selvini Palazzoli et al., 1978b). Например, семье, в которой родители не могут разобраться в своих родительских функциях, могут сказать, что по четным дням недели за поведение пациента отвечает отец, а мать ведет себя так, как будто ее и нет рядом. По нечетным дням недели ответственность переходит к матери, и отец не вмешивается. В этом случае опять прерывается жесткая последовательность семейных интеракций, и членам семьи приходится по-новому реагировать друг на друга.

Позитивная коннотация и предписание ритуалов являются мощными и стимулирующими вмешательствами. Для того чтобы поддерживать взаимодействия в семье с помощью описанных методов, чрезвычайно важно правильно строить взаимоотношения психотерапевта и семьи. К сожалению, члены миланской группы воспринимали терапевтический процесс как борьбу за власть между психотерапевтами и семьями. Они советовали сохранять нейтральные отношения, имея в виду, что не следует становиться на сторону одного из членов семьи. Подобная *нейтральность* часто интерпретировалась практикующими психотерапевтами как дистанцирование, и зачастую, осуществляя такие драматические вмешательства, они производили впечатление людей равнодушных; неудивительно, что это раздражало клиентов и те больше не приходили.

В конце 1970-х — начале 1980-х гг. в миланской группе произошел раскол из-за разногласий о природе терапевтического процесса. Сельвини Палаццоли сохранила верность стратегической модели и директивным техникам, хотя и перестала использовать парадоксальные директивы. Вместо этого она и Джулиана Прата начали эксперименты с особым видом ритуалов, названных инвариантным предписанием и назначаемых каждой семье, с которой они работали.

Сельвини Палаццоли (1986) считала, что пациенты с психотическим расстройством и анорексией оказались жертвами «*грязной игры*», борьбы за власть — поначалу между их родителями, — в которую пациенты были втянуты, и в дальнейшем их симпто-

мы использовались в попытке нанести поражение одному родителю в пользу другого. При применении инвариантного предписания родителям давалась директива сказать детям, что у них есть свой секрет. Они должны были уходить вдвоем, соблюдая тайнственность и не предупреждая других членов семьи. Эта терапия продолжалась до тех пор, пока симптом у пациента не устранялся.

В начале 1990-х гг. Сельвини Палаццоли заново пересмотрела свой подход. На сей раз она отказалась от краткосрочной стратегической психотерапии (включая и технику инвариантного предписания) в пользу долговременной семейной терапии (Selvini, 1993). Таким образом, она прошла по полному кругу, начав с психодинамического направления, затем, отказавшись от работы с индивидами, сосредоточилась на паттернах семейных интеракций и наконец вернулась к долговременной психотерапии, в которой подчеркивается значение инсайта и в фокусе опять индивид. Этот новый подход сосредоточивается на понимании отрицания семейных тайн и глубоких переживаний из поколения в поколение. В этом смысле подход если не технически, то концептуально связан с ее предыдущими моделями.

Босколо и Цеччин также отошли от стратегических методов вмешательства в сторону работы в коллаборативном стиле. Эта форма возникла из крепнущего убеждения в том, что ценность миланской модели была не столько в директивах (позитивная коннотация и ритуалы), являвшихся основным элементом модели, сколько в самом процессе интервьюирования. Они сосредоточили свой подход на *технике циркулярного опроса*, клиническом воплощении положения Бейтсона о двойном описании. Циркулярный опрос разработан для того, чтобы децентрировать клиентов, поощряя их взглянуть на себя в контексте отношений и взглянуть на эти отношения с точки зрения других членов семьи. Например, психотерапевт может спросить: «Как ваш отец охарактеризовал бы отношения вашей матери с вашей сестрой, если бы он мог свободно говорить об этом?» Циркулярные вопросы структурируют таким образом, чтобы в ответ человек давал описание отношений.

По мере того как члены семьи, отвечая на вопросы о паттернах интеракций, отказываются от узкой линейной перспективы, становится очевидной циркулярная природа проблем. В дальнейшем Пегги Пени и Карл Томм усовершенствовали циркулярные вопросы и составили их каталог (Репп, 1982, 1985; Tomm, 1987a, 1987b). Босколо (Boscolo & Bertrando, 1992) по-прежнему сохраняет большой интерес к потенциальным возможностям

этого подхода. В качестве примера вернемся к семье Джонни и вообразим следующую беседу между психотерапевтом и разными членами семьи.

Вопрос: Кого больше всего огорчает депрессия Джонни?

Ответ: Мать.

Вопрос: Как мать пытается помочь Джонни?

Ответ: Она часами разговаривает с ним и старается все для него делать.

Вопрос: Кто больше всего поддерживает мать в ее стараниях помочь Джонни?

Ответ: Психиатр, который выписывает ему лекарства.

Вопрос: Кто не согласен с таким поведением матери?

Ответ: Отец. Он думает, что Джонни не следует позволять делать все, что он хочет.

Вопрос: Кто согласен с отцом?

Ответ: Мы все думаем, что Джонни слишком балуют. С ним обращаются как с маленьким. Бабушка тоже так думает. Дедушка, вероятно, согласился бы с мамой, но он умер.

Вопрос: Депрессия Джонни началась до или после смерти дедушки?

Ответ: Я думаю, вскоре после.

Вопрос: Если бы дедушка не умер, что было бы в семье иначе, чем теперь?

Ответ: Ну... Мама и бабушка не ссорились бы так часто, потому что бабушка не жила бы с нами. А мама не была бы такой печальной все время.

Вопрос: А если мама и бабушка не будут так много ссориться, как будет себя чувствовать Джонни, что ты об этом думаешь?

Ответ: Пожалуй, он не был бы таким унылым, но тогда он, наверное, снова начал бы ссориться с папой.

Просто благодаря вопросам проблема Джонни приобретает новые очертания. Из психотической она становится скорее симптоматической, свидетельствующей о сложных изменениях в семейной структуре.

Босколо и Цеччин хорошо понимали, что эффективность подобных вопросов зависит от атмосферы, в которой протекает беседа. Если психотерапевт придерживается канонов стратегической психотерапии (использует процесс опроса для того, чтобы

подтолкнуть клиента к определенному результату), то ответы членов семьи могут быть сдержанными и неполными из-за ощущения, что психотерапевт преследует какие-то свои цели. С другой стороны, если психотерапевт задает циркулярные вопросы с искренней заинтересованностью, словно присоединяясь к семье в исследовании их проблемы, создается атмосфера, в которой семья может прийти к новому пониманию своих трудностей (Сесчин, 1987). В более поздних работах Цеччин (Cecchin, Lane & Ray, 1993) высказал предположение, что, сохраняя заинтересованность, психотерапевту следует сохранять и долю «непочтительности». При этом «непочтительность» означает, что психотерапевт избегает привязанности к какой-то одной модели и системе взглядов и помогает самим семьям относиться с меньшим почтением к тем убеждениям, которые их ограничивают. В этом Цеччин сближается с представителями постмодернистского нарративного направления, направляющими свои усилия на деконструкцию системы взглядов клиента (см. главу 12).

## ДРУГИЕ НОВОВВЕДЕНИЯ

Стратегические психотерапевты первыми ввели в психотерапию *командный метод работы*. Поначалу члены группы ИПИ приглашали членов команды наблюдать за ходом сеанса через одностороннее зеркало, с тем чтобы потом совместными усилиями разрабатывать стратегию, как это делали их коллеги из миланской группы. Пегги Пэпп (Papp, 1980) и ее коллеги из Института Аккермана ввели членов команды непосредственно в терапевтический процесс, отведя им роль хора из греческой трагедии, который реагирует на происходящее. Например, члены команды могут в стратегических целях не соглашаться с психотерапевтом. Наблюдая сцену дебатов между членами команды и ведущим сеанс психотерапевтом относительно того, нужны ли семье изменения, члены семьи могут почувствовать, что все стороны их неоднозначной ситуации были учтены и обсуждены в ходе терапевтической сессии. Открытое взаимодействие команды с психотерапевтом и даже членами семьи во время сессии способствовало развитию новых подходов, в которых вся команда открыто присутствовала в комнате, где проводился сеанс, и обсуждала семью, а семья наблюдала за этим обсуждением (Andersen, 1987).

Джим Александер, сторонник поведенческой психотерапии, из-за недовольства ограничениями, налагаемыми его исключи-

тельной бихевиоральной ориентацией, обратился к идеям стратегической терапии. В результате появилась *функциональная семейная психотерапия* (Alexander & Parsons, 1982) (см. также главу 9). Сторонники функциональной семейной психотерапии полагают, что большинство форм семейного поведения является попытками достижения определенной степени близости. С помощью рефрейминга они помогают членам семьи увидеть поведение друг друга в благоприятном свете. Кроме того, они помогают членам семьи разработать программу контроля над непредвиденными обстоятельствами, для того чтобы можно было непосредственно добиться той степени близости, которая им нужна. Функциональная семейная психотерапия представляет собой интересную комбинацию стратегического и бихевиорального подходов и в отличие от многих стратегических школ придерживается этических принципов бихевиорального направления, предполагающих, что вмешательство основывается на серьезных исследованиях.

Карлос Слуцки внес ряд новшеств в теорию и практику стратегической терапии, включая новый подход к супружеской терапии — тема, к которой редко обращались сторонники стратегического направления (Sluzki, 1978). Некоторые авторы объединили стратегический и структурный подходы. Дункан Стентон (Stanton, 1981) начинает свою работу с прямого использования структурных техник и обращается к стратегическим вмешательствам только в тех случаях, когда семья сильно сопротивляется его попыткам реструктуризации. После того как с помощью парадоксальных стратегических вмешательств удастся уменьшить сопротивление, он возвращается к структурному методу. Маурицио Андольффи (1979, Andolfi & Zwerling, 1980; Andolfi, Angelo & di Nichilo, 1989) поступает по-другому. Он начинает с применения стратегического метода и заканчивает структурным подходом. Андольффи удерживает семьи с серьезными дисфункциональными расстройствами от изменения до тех пор, пока не улучшится состояние идентифицированного пациента и члены семьи не станут для него более доступными. После этого он обращается к структурному методу. В отличие от других сторонников стратегического направления Андольффи очень активно личностно вовлекается в терапевтический процесс. Его дерзкие вмешательства напоминают стиль его наставника Карла Витакера. Именно этот яркий и энергичный стиль привлек многих американских семейных психотерапевтов в Рим для обучения у Андольффи.

## Оценка теории и результатов терапии

Стратегические подходы достигли пика своей популярности в начале 1980-х гг. Это были умные предписательные и систематические подходы. Их качества ценили специалисты, которые зачастую испытывали растерянность от эмоций клиентов в ходе лечения. В середине 1980-х гг., однако, манипулятивные аспекты стратегической психотерапии подверглись критике. Оспаривались механистические взгляды на семью, согласно которым члены семьи рассматривались как слепые марионетки, действовавшие в рамках некоей системы, а также авторитарная модель психотерапии, в которой будто бы только «ох какой умный» психотерапевт может дергать за веревочки. Также критиковались хитроумные приемы стандартных техник. Однако разные хитрости никогда не были неотъемлемой чертой стратегических моделей. Например, сосредоточенность группы ИПИ на изменении решений, не дающих результата, представляется вполне разумной. Люди действительно увязают в своих привычках, если упорно следуют саморазрушительным (деструктивным) стратегиям. Если в чьих-то руках блокирование повторяющихся стереотипных решений выражается в механическом использовании парадоксальных техник, то винить следует не первоначальную идею, а способ ее воплощения.

Сторонники стратегической психотерапии старались сохранять жизненность своего подхода, извлекая уроки из прошлых ошибок. Вот слова Кейда и О'Хенлона:

Начинающие специалисты часто чрезмерно концентрируются на технике, на конструировании «умных» вмешательств, уделяя недостаточное внимание уважению, пониманию, принятию. В этом до некоторой степени, вероятно, повинны авторы краткосрочных стратегических подходов, и мы в том числе, поскольку зачастую слишком озабочены техниками и вмешательствами и недооцениваем важность базовых представлений и ценностей, мудрости, цельности и сдержанности... Сторонники краткосрочной стратегической психотерапии не слишком преуспели в демонстрации кропотливой, трудоемкой, иногда изнуряющей подготовительной работы, которая часто предшествует «блистательным» вмешательствам, или в представлении большого числа слу-

чаев, когда значительные изменения достигались упорной и профессиональной работой, а не ярким драматическим действием (Cade & O'Hanlon, 1993, с. 18).

В результате эволюции семейной психотерапии и движения в сторону сотрудничества с семьей первоначальная миланская модель повторила судьбу динозавров, но две ведущие стратегические школы — группа ИПИ в Пало-Альто и вашингтонская школа, организованная Хейли и Маданес, — выжили, сумев адаптироваться к новым условиям. Они, стремясь соответствовать духу постмодернистского направления 1990-х гг., интегрировали другие идеи. Например, в 1993 г. Хейли и Маданес встретились на представительной конференции с Минухиным, чтобы обсудить интеграцию структурного и стратегического подходов. Кроме того, Хейли опубликовал книгу бесед со своим помощником о психотерапии, в которой очевидна эволюция его мысли (Grove & Haley, 1993), и книгу с описанием новых примеров из практики и расшифровок стенограмм сеансов (Haley, 1996). В то же время появилась еще одна книга, демонстрирующая продолжающееся влияние модели ИПИ на область семейной психотерапии (Weakland & Ray, 1995). Кроме того, некоторые авторы интегрировали стратегические концепции группы ИПИ и нарративные подходы (Eron & Lung, 1993, 1996). Они объединили бихевиоральные инсайты кибернетической модели с когнитивными идеями нарративной терапии и стремлением к сотрудничеству с клиентами, также присущим последней. Приятно видеть эволюцию стратегического мышления, так как даже в эпоху постмодернизма по-прежнему остается место для продуманных стратегий решения проблем и терапевтического направления.

Что же случилось с миланской моделью? Ранняя работа миланской группы изобиловала интересными описаниями случаев, свидетельствующими о поразительных результатах в лечении нервно-психической анорексии, шизофрении и склонностей к правонарушениям (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1978, 1980). Позднее, однако, члены первоначальной группы выразили некоторые сомнения относительно этой модели, имея в виду, что она оказалась не такой эффективной, как поначалу ожидалось (Selvini Palazzoli, 1986; Selvini Palazzoli & Viaro, 1988; Boscolo, 1983).

При обсуждении своих неутешительных результатов в работе с миланской моделью одна группа процитировала негативные отзывы клиентов на «позицию терапевтической нейтральности»



(Machal, Feldman & Sigal, 1989). Семьи зачастую чувствовали, что психотерапевты были холодными и отстраненными, а команда — безликой. Кажется, что сквозь все попытки терапевтов положительно повлиять на действия членов семьи прослеживалась позиция антагонизма, рекомендуемая в работе «Парадокс и контрпарадокс». Такое впечатление, что нам следует снова и снова повторять давно пройденный урок: у людей возникают сложности с изменениями, если они не чувствуют внимательно-го и заботливого к себе отношения.

Значительная часть весьма скромных исследований эффективности стратегической психотерапии выполнена недостаточно скрупулезно. По сравнению с любыми другими моделями, приведенными в этой книге, информация о стратегической психотерапии передается через описание конкретных практических случаев. Почти все статьи и книги о стратегической терапии — а их сотни — включают по крайней мере одно описание успешной техники или терапевтического результата. Таким образом, оказывается, что стратегическая психотерапия располагает богатым собранием эпизодов, свидетельствующих об эффективности направления (стоит заметить, однако, что люди имеют тенденцию не описывать те случаи, когда они потерпели неудачу).

Некоторые авторы с большой тщательностью исследовали результаты своей деятельности. В книге «Изменение» (Watzlavick et al., 1974), со страниц которой стартовала модель ИПИ, Вацлавик и его коллеги дают описания 97 телефонных бесед с клиентами, проведенных через три месяца после лечения, и отмечают, что 40% опрошенных сообщили о полном излечении, 32% — о значительном, но частичном улучшении и 28% — об отсутствии изменений. Хейли сообщил о результатах применения его модели «отделения от семьи» к молодым людям от 17 лет до 21 года, страдающим шизофренией, согласно которым в период от двух до четырех лет после окончания лечения 3 из 14 пациентов были повторно госпитализированы, а один пациент даже совершил самоубийство.

Некоторые ранние исследования результатов использования методов, основанных на идеях стратегической семейной психотерапии, добавили популярности этому направлению. В своем классическом исследовании Лэнгсли, Мачотка и Фломенхафт (Langsley, Machotka & Flomenhaft, 1971) пришли к выводу, что кризисная семейная психотерапия, имеющая много общего как с моделью ИПИ, так и с моделью Хейли, радикально снизила потребность в госпитализации. В тщательно выверенном иссле-

довании Александра и Парсонса (Parsons & Alexander, 1973) говорится о том, что их функциональная семейная психотерапия оказалась более эффективной при работе с группами правонарушителей, чем клиент-центрированный подход. Стэнтон и Тодд (Stanton & Todd, 1982) продемонстрировали эффективность подхода, объединяющего структурную психотерапию и стратегическую семейную психотерапию Хейли при лечении героиновой зависимости. Результаты их исследования оказались впечатляющими: с помощью семейной психотерапии удалось вдвое увеличить продолжительность абстиненции по сравнению с тем, чего добивалась программа.

Отходя от привычки излишне полагаться на техники и манипуляцию и двигаясь в сторону психотерапии, проводимой совместно с семьями, а не по отношению к семьям, мы не должны упускать из виду ценные аспекты стратегической психотерапии, такие, как четкая терапевтическая цель, предвидение реакции семьи на вмешательства, выявление и отслеживание последовательностей интеракций, творческое использование директив. Стратегическая психотерапия развивается в направлении установления более теплых отношений с клиентами, она жива и находится в добром здравии.

## Резюме

Стратегическая психотерапия, развившаяся из гипнотерапии Эриксона и кибернетических взглядов Бейтсона, дала жизнь комплексу эффективных процедур для решения психологических проблем. Их стратегические подходы отличаются друг от друга некоторыми деталями теории и практических техник, но все они едины в ориентации на проблему, прагматической направленности на изменение поведенческих последовательностей, а также в том, что ответственность за результат берет на себя психотерапевт. Сторонники стратегического направления тщательно избегают инсайта и понимания, предпочитая директивы, предназначенные для изменения способа взаимодействия членов семьи.

Модель ИПИ тяготеет к тому, чтобы оставаться строго в рамках взаимодействия, — ее задача в том, чтобы отслеживать последовательности интеракций вокруг проблемы с последующим вмешательством, а не в размышлениях о чувствах и намерениях участников взаимодействия. Хейли и Маданес интересуют-

ся мотивами. Хейли — исходя преимущественно из желания контролировать других, Маданес — исходя из желания любить и быть любимой. Кроме того, в отличие от членов группы ИПИ Хейли и Маданес ввели в свои модели структурные цели и не ограничивают усилия просто решением проблемы. Они убеждены в том, что для эффективного лечения часто необходимо структурное изменение с акцентом на исправление семейной иерархии.

Как и Хейли, члены миланской группы первоначально понимали большое значение мотивов членов семьи. Они старались разобраться в сложных играх с участием представителей разных поколений, ведущихся вокруг проблемы. Ими разработаны эффективные вмешательства — позитивная коннотация и предписание ритуалов, — для того чтобы можно было выявить или прервать эти игры и изменить значение проблемы. Позднее, после разделения группы, Сельвини Палаццоли, пройдя несколько стадий профессионального развития, пришла к собственному долгосрочному методу, основанному на семейных тайнах (умолчаниях). Чеччин и Босколо отошли от идеи работы с использованием какого-то одного вмешательства и проявили интерес к процессу, в ходе которого задаются вопросы. Они видят в этом процессе способ подвести семьи к новому взгляду на вещи. Этим они проторили дорогу популярным в наши дни разговорному и нарративному подходам.

## Психотерапия, фокусированная на решении проблемы

Психотерапия, фокусированная на решении проблемы, сегодня очень популярна, и, пожалуй, именно она является направлением сегодняшнего дня. Благодаря сочетанию прагматического минимализма, когнитивной направленности и легко осваиваемых техник этот подход является наиболее привлекательным для учебных семинаров, а обещание быстрых решений обеспечило любовь к ней практикующих специалистов. И действительно, отвечая на вопрос о направлении психотерапевтической деятельности, многие из тех, кто обращается за лицензией на практическую деятельность, называют терапию, фокусированную на решении проблемы, независимо от того, обучались они этому методу или нет. Поток книг по психотерапии, фокусированной на

решении проблемы, может служить еще одним доказательством ее популярности. Есть литература и о самой модели (de Shazer, 1988, 1991, 1994; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989; Walter & Peller, 1992; Furman & Ahola, 1992; Cade & O'Hanlon, 1993; O'Hanlon & Martin, 1992; Miller, Hubble & Duncan, 1996), и о варианте этой модели для семейных пар (Weiner-Davis, 1992; Hudson & O'Hanlon, 1992), и о вариантах ее для случаев алкоголизма (Berg & Miller, 1992).

Что же, помимо привлекательного названия, сделало подход, ориентированный на решение проблемы, столь популярным? Он возник из стратегической психотерапии (в частности, из модели ИПИ), но вместе с тем он и отличается от нее. Подход, ориентированный на решение проблемы, сохраняет характерное для стратегических школ отсутствие особого интереса к истории проблем пациента и поискам подлежащей патологии, а также приверженность к краткосрочности терапии, но отходит от фокусировки на проблемах. Тогда как стратегические терапевты ведут с клиентами разговор о взаимодействиях, окружающих проблемы, стараясь выяснить, какие из предпринятых попыток решения проблемы оказались неэффективными, психотерапевты, исповедующие метод ориентации на решение проблемы, стремятся добиться от клиентов, чтобы они сконцентрировались на тех решениях, которые оказались эффективными. На первый взгляд такое смещение может показаться несущественным, но это далеко не так.

## Очерк о лидерах

Большинство представителей терапии, фокусированной на решении проблемы, в то или иное время работали в Центре краткосрочной семейной терапии в Милуоки (ЦКСТ). Этот частный учебный институт был основан в 1979 г., после того как группа специалистов из Милуокского центра — приверженцев модели, не удовлетворенных ограничениями, принятыми в центре, — вышла из него и основала ЦКСТ. Первоначально группа состояла из супругов Стива де Шазера и Инзу Берг. Де Шазера считают основоположником психотерапии, фокусированной на решении проблемы, хотя ныне он мало занимается работой в клинике, предпочитая отдавать свое время исследовательской работе и написанию книг. Ранее де Шазер работал в Пало-Альто в составе группы ИПИ, и на него большое влияние оказали идеи краткосрочной психотерапии.

Инзу Берг известна прежде всего как клиницист, но и она внесла существенный вклад в теоретическое обоснование психотерапии, фокусированной на решении проблемы. Она обучала этому методу психотерапевтов во всем мире и разработала в рамках этой системы методику для решения проблем алкоголизма (Berg & Miller, 1992).

Среди других видных фигур, внесших существенный вклад в систему, можно назвать Еву Липчик, которая работала над ней на протяжении восьми лет. Она была пионером в применении психотерапии, фокусированной на решении проблем, к проблеме избиения жен (Lipchik & Kubicki, 1996). Пройдя обучение у Шазера, Мишель Вайнер-Дэвис переориентировала работу психотерапевтического кабинета в Вудстоке, штат Иллинойс, в соответствии с моделью, фокусированной на решении проблемы. Вайнер-Дэвис (1992) применила эту модель к проблемам, возникающим между супругами, и описала ее в своей популярной сегодня книге «Крушение в разводе». Скотт Миллер, работающий ныне в Чикаго, три года прослужил в ЦКСТ, заведывая наркологическим отделением, и много писал об этой модели. В настоящее время все три терапевта ведут частную практику и не связаны с центром. Они представляют подход, фокусированный на решении проблемы, на семинарах по всей стране.

Супруги Джон Уолтер и Джейн Пеллер совместно ведут частный прием в Чикаго. Они преподавали в ЦКСТ, а после того, как написали книгу, излагающую все этапы применения данного подхода (Walter & Peller, 1992), также стали популяризаторами его на многих соответствующих семинарах.

Билл О'Ханлон, который недавно перебрался из Омахи в Санта-Фе, никогда формально не принадлежал к ЦКСТ. Он, однако, стажировался у Милтона Эриксона и стал видным распространителем его идей, так что для него шаг в сторону терапии, фокусированной на решении проблемы, оказался достаточно легким. Он сотрудничал с Вайнер-Дэвис (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989) в достройке здания, заложенного Шазером.

## Теоретические положения

Постулаты, которые лежат в основе психотерапии, фокусированной на решении проблем, ясны и понятны. Инзу Берг сказала об этом так: «Мы очень гордимся нашей простотой. Нужно было много поработать, чтобы ее достичь» (Wylie, 1990, с. 27).

Одной из характерных черт семейной психотерапии была ее сфокусированность на настоящем — на том, что поддерживает проблемы, а не на том, что их породило. Сторонники подхода, сфокусированного на решении проблемы, предпочитают концентрировать свое внимание на будущем, где проблемы могут быть решены. Они утверждают, что психотерапевту незачем знать слишком много о происхождении проблем, которые приводят к нему людей. И в самом деле, решение проблемы может быть совершенно не зависящим от того, как она развилась в прошлом.

Как и сторонники модели ИПИ, они считают, что люди смотрят на свои проблемы слишком узко и пессимистично, что ведет к возникновению и закреплению неверных решений. О'Ханлон и Вайнер-Дэвис сформулировали это так:

Итак, смысл, который люди приписывают своему поведению, сужает диапазон возможных эффективных решений. Если принимаемые меры не приводят к удовлетворительному результату, то предварительное суждение о смысле поведения обычно не пересматривается. Если бы оно пересматривалось, могли бы появиться новые толкования, которые, в свою очередь, подсказали бы другие, возможно, более эффективные решения. Вместо этого люди часто удваивают свои усилия, пытаясь решить проблему неэффективным способом, думая, что, приложив больше сил (например, усилив наказание, поговорив еще и еще раз по душам и т. д.), они в конце концов решат ее (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989, с. 48).

Сторонник подхода, сфокусированного на решении проблемы, полностью отрицает мысль о том, что у проблем (проблемного поведения) есть какие-то скрытые мотивы или что люди могут быть амбивалентны по отношению к своим проблемам. Они предполагают, что клиент действительно хочет измениться. Де Шазер (1984) фактически провозгласил смерть такого понятия, как «сопротивление», указав, что если клиенты не следуют предписаниям, то это и есть их способ «сотрудничества» и этим способом они показывают психотерапевту, как он может наилучшим образом помочь им.

Психотерапевт направления, сфокусированного на решении проблемы, полагает также, что люди в большинстве своем внушаемы и что психотерапевт может ненамеренно создать или поддержать проблему, которой для клиента и не существует.

Если клиенты зайдут в кабинет бихевиориста, то они выйдут оттуда с поведенческой проблемой. Если же они выберут кабинет психоаналитика, то оттуда они выйдут с не разрешенной с детских времен проблемой в качестве причины проблемы сегодняшней. А если клиенты ищут помощи у аналитика юнгианского направления, то, вероятно, они приобретут проблему, которая для наиболее эффективного лечения потребует от клиента сновидений символического содержания (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989, с. 54).

Таким образом, основная работа фокусированного на решении проблемы терапевта заключается в переговорах о достижимых целях и не связана с его предварительными суждениями, касающимися причины проблемы.

На модель ИПИ большое влияние оказали взгляды Милтона Эриксона, который полагал, что люди имеют неосвоенные и неосознанные ресурсы. Согласно его взглядам, люди по сути своей достаточно компетентны, и часто нужно лишь слегка изменить точку зрения на проблему, чтобы высвободить эту компетентность. В ранних вариантах теории, нацеленной на решение проблемы, этот взгляд Эриксона на наличие у людей богатых внутренних ресурсов был представлен шире. Но со времен постмодернистской революции теоретическая мысль все больше смещалась от идеи освоения ресурсов к изменению формы разговора.

Конструктивисты придерживаются идеи, гласящей, что язык формирует реальность. Под влиянием взглядов философа Людвига Виттгенштейна теория де Шазера постепенно сдвигалась к более радикальному утверждению: язык и есть реальность. «Язык формирует мир человека, а мир человека формирует весь мир» (de Shazer & Berg, 1992, с. 73).

Вне языка нет ничего. Так, де Шазер (1993) утверждает, что «не существует ни сырых постелей, ни голосов без людей, ни депрессии. Существуют только разговоры о сырых кроватях, разговоры о голосах без людей, разговоры о депрессии» (с. 89). Если принять предположение, что язык — это и есть реальность, то терапия становится довольно простым делом. Все, что требуется, — это изменить способ разговора о проблемах. Из этой идеи проистекает сфокусированная на решении цель: перенаправить клиента с «разговора о проблеме» на «разговор о решении».

В последнее время некоторые авторы перешли от утверждения о том, что слова обладают магической силой (парафраз на название последней книги де Шазера (1994) к детальному изуче-

нию возможностей взаимоотношений психотерапевт — клиент (Tuyn, 1992; Metcalf, Thomas, Duncan, Miller & Hubble, 1996; Butler & Powers, 1996; Simon, 1996; Lipchik, 1997). По утверждению Уильяма Батлера и Кеннета Пауэрса (1996), терапия, ориентированная на решение проблемы, работает. Но дело не в модели и не в техниках. Ключ ко всему — в отношении психотерапевта к клиенту и их взаимодействию (с. 245). Ева Липчик вторит этому, говоря, что «терапия, фокусированная на решении проблемы, — это философия, а не набор технических приемов».

Если сторонники психотерапии, фокусированной на решении проблемы, сохраняют подобный взгляд на вещи, это будет являть собой радикальные перемены, так как большинство теоретиков предыдущего поколения считали, что сущность метода заключается именно в технических приемах, которые можно применять достаточно формально. Если же сила подхода во взаимоотношениях, то что же можно сказать о них?

По словам Дворы Саймон, способность психотерапевта дать клиенту надежду «представляется мне духовным стержнем его работы — установка на то, что стремление к лучшей жизни, желание достичь ее и вера в нее не только возможны, но и достижимы, является основным положением, вокруг которого собирается все остальное» (Simon, 1996, с. 46). Другие считают, что терапия, ориентированная на решение проблемы, работает потому, что предлагает клиентам почувствовать удовлетворение собой, подчеркивает их силу и их успехи, использует эффект подбадривания (Metcalf et al., 1996).

Уильям Батлер и Кеннет Пауэре указывают даже, что психотерапевты этого направления просто повторяют Карла Роджерса. Они говорят, что Роджерс (1961) делал то, что они проповедуют. Он не только старался принять и понять систему воззрений клиентов, но и помогал им представить себе желаемое будущее. Батлер и Пауэре приходят к заключению, что «мы, похоже, все еще изобретаем колесо или, по крайней мере, даем ему новое название. Возможно, нам следует больше оглядываться назад, отбирать то, что работало в прошлом, и энергичнее это использовать» (Butler & Powers, 1996, с. 245). И в этом, безусловно, есть смысл.

Таким образом, среди психотерапевтов направления, фокусированного на решении проблемы, усиливаются споры о том, что же является сутью модели — ее способность изменить язык клиента, ободрить его («Вы компетентны») или эмпатический, роджерсианский аспект взаимоотношений. Это важный спор, так как каждое из трех положений подразумевает применение различных технических приемов.



## Нормальное развитие семьи

Психотерапевты направления, фокусированного на решении проблемы, заимствуют из конструктивизма идею того, что абсолютной реальности не существует, а посему психотерапевт не должен навязывать клиенту свое понимание нормы. Поиск структурных недостатков, который характерен для большинства других видов психотерапии, отрицается. Как пишет де Шазер (1991b), «идея структуралиста состоит в том, что симптомы являются результатом некоей основополагающей проблемы психического или структурного характера, например нарушения иерархии, скрытых конфликтов с родителями, заниженной самооценки, коммуникативных нарушений, подавленных чувств, «грязных игр» и т. п.». Терапевт этого направления обходится без подобных предположений, а вместо этого интересуется только языком — тем, как люди описывают себя и свои проблемы.

Таким образом, психотерапия является в значительной степени релятивистской. Психотерапевт должен заниматься только теми жалобами, которые предъявляют семьи, а не навязывать свою систему ценностей, предлагая клиентам обращаться к проблемам, которых они не предъявляли.

Сторонники подхода, фокусированного на решении проблемы, не верят в то, что существует какой-то единственно «правильный» или «надежный» способ прожить жизнь. Мы приходим к пониманию того, что неприемлемое в одной семье или для одного человека оказывается нормой поведения для другого. Поэтому именно клиент, а не терапевт определяет, какие цели должны быть достигнуты в процессе лечения (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989, с. 44).

## Развитие расстройств поведения

В области психотерапии, фокусированной на решении проблемы, сама тема расстройств поведения считается устаревшей. Точно так же, как клиентов уводят от размышлений о формировании проблемы, психотерапевтов убеждают воздерживаться от подобных предположений. Сама идея состоит в том, что решение проблем часто не связано с тем, как они развивались, и что отслеживание этиологических факторов приводит к «разговору о проблеме», т. е. как раз к тому, чего желательно избежать.

Разговоры о проблеме и относящиеся к этому обсуждения — это позднейший этап, на котором в психотерапии, фокусированной на решении проблемы, идентифицируются этиологические факторы. Психотерапевты полагают, что размышления о проблеме удерживают людей от поиска и принятия эффективных решений, которые они уже использовали или к которым они могли бы прийти в будущем.

## Цели терапии

Как и в модели ИПИ, цель психотерапии, фокусированной на решении проблемы, состоит в том, чтобы разобраться с предъявляемыми жалобами, помогая клиентам обдумывать или делать что-то новое — то, что даст им наибольшее удовлетворение. Однако сторонники этого подхода в большей мере, чем сторонники модели ИПИ, верят в способность клиентов достичь своих целей. Они полагают, что взрослые люди уже имеют навыки решения своих проблем, но упускают из виду свои возможности, так как их проблемы кажутся им столь крупными, что вытесняют сознание собственных сил. Иногда простое смещение фокуса с того, что идет плохо, на то, что они уже делают и что помогает, может напомнить клиентам об имеющихся у них ресурсах и расширить сферу их применения. В иное время клиентам, возможно, потребуется найти в себе способности, которые они в данный момент не используют, и привлечь эти дремлющие способности для решения их проблем.

На другом уровне цель заключается в том, чтобы просто помочь клиентам перейти от разговоров о собственно проблемах к разговорам об их решении. Коль скоро люди начинают говорить о том, что реально они могут сделать, какими ресурсами располагают, что им помогало в прошлом, то можно считать, что терапевт достиг главной цели. Начиная с этого момента его работа состоит в том, чтобы продолжать вырабатывать решения, которые вытекают из этих обнадеживающих разговоров.

Так как сторонники подхода, фокусированного на решении проблемы, обычно не стремятся изменить личность клиента или реорганизовать структуру семьи, они пытаются ограничить цели. Бездомная женщина, возможно, просто нуждается в жилье, одинокому мужчине, возможно, не хватает мужества назначить свидание. Если цели клиента расплывчаты — «Мне хотелось бы чувствовать себя более счастливым» — или утопичны — «Больше

никогда не хочу впадать в уныние», — психотерапевт задает соответствующие вопросы с тем, чтобы цель приобрела более ясные и конкретные очертания. Помощь в формулировании ясной и достижимой цели сама по себе является важным вмешательством, а сам процесс размышления о будущем и о том, в какую сторону хочет измениться клиент, — это и есть значительная часть деятельности психотерапевта, использующего метод фокусировки на решении проблемы (Walter & Peller, 1996).

## Условия изменения поведения

Задача терапии, фокусированной на решении проблемы, состоит в том, чтобы помочь клиенту обратить внимание на те аспекты его проблемы, с которыми ему уже удалось успешно справиться. Психотерапевт стремится работать, исходя из понимания проблемы клиентом, и ищет пути к поведенческим переменам. Но, хотя модель и совместима такими свойствами стратегических подходов, как краткосрочность и прагматизм, психотерапевты подчеркивают роль сотрудничества в построении нарративов, ориентированных на решение проблемы.

С точки зрения Берга и де Шазера (1993), для достижения изменения требуется, чтобы психотерапевт и клиент были вовлечены в обсуждение, которое привело бы к «переформулировке» проблемы.

Мы полагаем, что не подтекст разговора клиентов и психотерапевтов, а именно язык, на котором они говорят, и есть то, с чего нам нужно начинать движение вперед... То, о чем мы говорим, и то, как мы об этом говорим, — это разные вещи, и эти различия как раз и могут быть использованы, чтобы показать разницу (клиенту)... Мы пришли к выводу, что обретение смысла в ходе терапевтической беседы вырабатывается благодаря процессу, который скорее похож на переговорный, чем на развитие понимания или на раскрытие того, что же «реально» происходит (Berg & de Shazer, 1993, с. 7).

Таким образом, изменение формы того, как люди рассказывают о своих проблемах, — это все, что требуется осуществить, так как «по мере того, как клиент и терапевт все больше говорят о том, как они хотят совместно выработать решение, они начинают верить в правдивость и реальность того, что они говорят.

Именно эту функцию, естественно, выполняет язык» (Berg & de Shazer, 1993, с. 9). Вот почему психотерапия, фокусированная на решении проблемы, может быть столь краткосрочной — ибо гораздо легче добиться, чтобы клиенты по-новому заговорили о своих проблемах, чем добиться перемены паттернов поведения или интрапсихической структуры. При этом, конечно, предполагается, что, если подвести человека к разговору в позитивном ключе, это поможет ему и мыслить позитивно, а значит, в конечном итоге и действовать позитивно с тем, чтобы решить свои проблемы.

Согласно точке зрения на ресурсы Эриксона, который оказал влияние на ранние идеи Шазера, психотерапевт должен создать атмосферу, в которой возможности человека могли бы выйти из тени на авансцену. Де Шазер (1985, 1986) считал, что эти способности таятся в пространствах между проблемами — в «поведениях, восприятиях, мыслях, чувствах и ожиданиях, находящихся вне круга жалоб. Эти исключения... могут быть использованы как строительные блоки при конструировании решения... Решения же предполагают определение того, «что работает», чтобы клиент мог это использовать наилучшим образом» (De Shazer, 1986, с. 48).

Чтобы проиллюстрировать этот процесс, де Шазер (1986) использует в качестве метафоры образ человека, проблема которого состоит в том, что он хочет покинуть Чикаго. К решению этой проблемы большая часть следующей информации имеет малое отношение: как человек оказался в Чикаго, как долго он там прожил, что удерживало его от того, чтобы уехать раньше, или особенности самого города Чикаго. Вместо этого человек должен лишь сосредоточиться на том, куда он хочет переехать, и на имеющихся в его распоряжении ресурсах, чтобы туда добраться.

Не исключено, однако, что, обсуждая свои желания, он вспомнит хорошие дни своей жизни в Чикаго и, хотя эти исключительные дни казались незначительным эпизодом, обдумывая, что же сделало их столь исключительными, поймет, что это были дни, когда он получал удовольствие от общения с другими людьми. Он даже может решить, что ему, в конце концов, и необязательно оставлять Чикаго, а вместо этого следует направить свою энергию на то, чтобы больше общаться с приятными ему людьми. Именно эта фокусировка на цели, ресурсы и исключения из проблемы и есть то, что составляет суть модели, фокусированной на решении проблемы. При такой направленности люди либо находят решение своей исходной проблемы (оставить Чика-

го), либо могут увидеть свою проблему в ином свете (недостаточно времени проводил с друзьями) и решают эту новую проблему.

Так как психотерапевты школы фокусировки на решении не заинтересованы в наблюдении семейной динамики, то у них нет потребности собирать какую-либо особую группу людей, например всех членов семьи. Вместо этого они считают, что все, кого беспокоит проблема, должны прийти сами. Им нужна только лишь минимальная исходная информация, так как они хотят слышать рассказ клиента о проблеме из первых уст и без предвзятых мнений.

Следуя де Шазеру (1988), сторонники подхода, фокусированного на решении проблемы, различают «заказчика» и «жалобщика». Жалобщик — это тот, кто имеет жалобу, но не хочет поработать, чтобы решить проблему самостоятельно. Заказчик же — это тот, кто стремится изменить положение. Эти категории определяются не свойствами характера, а свойствами терапевтических взаимоотношений и потому подвижны. В работе с жалобщиком задача психотерапевта состоит в том, чтобы попытаться вовлечь его в разговор, направленный на решение проблемы, похвалить клиента и, возможно, предписать ему понаблюдать за исключениями. Не подталкивая к изменению, а уводя внимание от проблем в сторону их решения, можно развить отношения с жалобщиком таким образом, чтобы он превратился в заказчика.

## Техники

В начале 1980-х гг. группа де Шазера начала экспериментировать в рамках модели, фокусированной на решении проблемы, предлагая всем клиентам один и тот же набор предписаний, который они называли шаблонными заданиями. Некоторые из этих предписаний, по-видимому, оказались универсально эффективными, независимо от того, какова была проблема. Одно из заданий, которое дается на первой же встрече, заключается в следующем: клиент должен понаблюдать за тем, что бы ему хотелось продолжить из того, что имеет место в его жизни или во взаимоотношениях (de Shazer, 1985). Такое задание помогало переориентировать клиентов с состояния фокусированности на плохом на мысли и ожидание чего-то хорошего. Они обнаружили также, что такое смещение перспективы продолжало работать само по себе — создавало более позитивную настроенность, которая вела

к улучшению коммуникации, что, в свою очередь, подкрепляло положительную настроенность.

Этот прием получил название *шаблонное задание первого сеанса* и стал стандартным предписанием, даваемым клиенту в конце первой встречи. «Я бы хотел, чтобы до нашей следующей встречи вы подумали и в следующий раз рассказали мне, что в вашей семье (жизни, браке, взаимоотношениях) есть такое, что вам было бы желательно сохранить» (de Shazer, 1985, с. 137).

Наблюдая успех такого рода шаблонных заданий, команда начала понимать, что процесс изменения можно инициировать, не имея подробных сведений о проблеме или о личностях, которые от нее страдают. Члены команды начали концентрировать внимание на способах, помогающих инициировать и поддерживать эту способность людей решать проблемы, которая была заторможена их сфокусированностью на самой проблеме и личных недостатках. Такой ход мысли привел к развитию техники «чудо-вопросов» и вопросов-исключений — двух основных приемов подхода, фокусированного на решении проблемы (de Shazer, 1985, 1988).

Вот пример *чудо-вопроса*: «Предположим, что однажды ночью, пока вы спали, случилось чудо и ваша проблема разрешилась. Как вы узнаете об этом? Что изменится в вашей жизни?» Такой вопрос активизирует настроенный на решение проблемы ход мысли, давая человеку ясное видение цели, подобно тому как демонстрация безупречной подачи помогает теннисисту. Он также помогает клиенту взглянуть на жизнь не через призму проблемы; дает возможность увидеть, что на самом деле он, может быть, хочет не столько искоренить проблему как таковую, сколько обрести возможность делать то, чему препятствовало наличие проблемы. Если психотерапевту удастся убедить клиента начать действовать, невзирая на проблему, то проблема перестает казаться столь серьезной. Например, Мэри, которая страдает булимией, говорит, что, если бы не ее симптомы, она могла бы быть ближе к людям и получать больше удовольствий. Если при поддержке психотерапевта Мэри решится на общение и получит больше удовольствий, то, возможно, ее булимия станет меньшей проблемой, меньшим препятствием в ее жизни, а это, в свою очередь, может усилить ее способность контролировать булимию.

*Вопрос-исключение* игнорирует картину проблемы, за которую держится клиент, и вместо этого направляет его внимание на противоположную картину из того времени, когда проблемы не было. Исследуя это время и то, чем оно отличалось, клиент находит ключи, позволяющие распространить эти исключения

на настоящее. Кроме того, клиент может обнаружить, что иногда ему удавалось избежать проблемы, — и сам взгляд его на проблему может измениться. Теперь она не кажется такой уж и непреодолимой.

Мэри вспоминает несколько эпизодов прошлой недели, когда ей очень хотелось кутнуть, но она воздержалась от этого. Она отмечает, что в то время родителей не было рядом и она не заботилась о том, чтобы не огорчить их. Мэри решает, что пришло время стать более самостоятельной. *Таким образом, решение является продуктом совместного обсуждения психотерапевтом и клиентом того, как ликвидировать проблему-жалобу, в чем бы она ни состояла (Berg & de Shazer, 1993, с. 21).*

Недавно в литературе, посвященной подходу, фокусированному на решении проблемы, стали уделять серьезное внимание градуальным вопросам. Впервые они были разработаны для того, чтобы помочь клиенту обсуждать такие расплывчатые темы, как «состояние депрессии» и «коммуникативность», когда трудно определить конкретные изменения в поведении и целях (Berg & de Shazer, 1993). Например, психотерапевт спрашивает клиента, находящегося в депрессии: «Как бы вы оценили свое сегодняшнее состояние по десятибалльной шкале, если принять за 0 степень вашей депрессии в момент, когда вы впервые обратились ко мне, а за 10 — ваше самочувствие, когда произойдет чудо и проблема исчезнет?» Предположим, клиент ответит: «На 2 балла», а терапевт комментирует: «Значит, вы уже чувствуете себя немного лучше. Как вы достигли этого улучшения?» Или же психотерапевт спрашивает: «Как вы думаете, что вам следует сделать, чтобы достичь 3 баллов?» Таким способом терапевт и клиент могут признать и поддерживать небольшие успехи на пути к цели более эффективно, чем если бы они фиксировались только на наличии или отсутствии депрессии, что является олицетворением проблемы.

*Градуальные вопросы* используются также, чтобы предложить клиенту дать количественную оценку своей решимости преодолеть проблему. «Оцените по десятибалльной шкале, насколько вы уверены, что не сорветесь на этой неделе?» На практике этот прием имеет отчасти значение «докажите». За ответом клиента следует вопрос, что он мог бы сделать, чтобы дополнительно закрепить успех. «Что вам следовало бы сделать, чтобы закрепить ваши навыки?» Градуальные вопросы — это остроумный способ предвидеть и нейтрализовать сопротивление и отступление клиента на пути решения проблемы и поощрить его в намерении добиться перелома.

## **ЖЕНЩИНА, КОТОРАЯ БЫЛА СИЛЬНЕЕ, ЧЕМ ПРЕДПОЛАГАЛА**

Чтобы проиллюстрировать процесс психотерапии, фокусированной на решении проблемы, мы кратко расскажем о сеансе, описанном Инзу Бергом и Питером Де Джонгом (Berg & de Jong, 1996). Клиентка — Люсинда, 19-летняя афроамериканка, мать двоих детей трех и четырех лет, которых полтора года назад взяли из дома. Теперь они живут с приемными родителями. Люсинда подвергалась физическим оскорблениям со стороны своего бывшего партнера. Это вся информация, которую терапевт посчитал достаточным иметь перед тем, как встретиться с Люсиндой.

Вместо того чтобы спросить клиентку, в чем состоят ее проблемы, терапевт начал сеанс с вопроса: «Что я могу сделать, чтобы вам помочь?» Люсинда ответила, что находится в депрессии, очень напряжена и ей нужен кто-нибудь, с кем можно было бы поговорить, так как она разлучена со своими детьми. Также она сослалась на оскорбительное отношение со стороны мужчины, с которым больше не встречается.

Не вдаваясь в дальнейшее обсуждение чувств и трудностей клиентки, психотерапевт задает Люсинде ряд вопросов о том, как ей удалось разорвать оскорбительные для нее взаимоотношения. Люсинда ответила, что это было трудно, Марвин не хотел уходить и даже угрожал убийством, избивая при встречах. Терапевт заметил, что «в подобной ситуации большинство женщин проявляют слабость и остаются с мужчиной. Как случилось, что вы этого не сделали?». Люсинда ответила: «Пару раз я еще встречалась с ним, потому что была напугана. Но чем больше я перед ним отступала, тем хуже и хуже все становилось. В конце концов он избил ребенка». Она рассказала, как Марвин сломал ребенку ногу, из-за чего ее лишили права опеки над своими детьми. Тогда-то она и поставила точку в их отношениях. Терапевт перемежает ее повествование своими комментариями, подчеркивающими правильность позиции Люсинды в деле защиты детей. «Но некоторые женщины... продолжают думать, что мужчина изменится, и принимают его обратно — вы ведь знаете, как это бывает. Но вы меня просто поражаете. Как вам удалось справиться со всем этим?»

Дав Люсинде понять, какое впечатление она произвела, терапевт обращается к вопросам, определяющим цель. Люсинда говорит, что хочет получить обратно своих детей и не желает бо-



лее бояться Марвина. Ей нужен совет, как сохранить твердость в отношениях с Марвином. Терапевт отвечает: «Мне кажется, что вы обладаете необходимой твердостью».

Чтобы дать возможность Люсинде лучше понять, в чем состоят ее цели, психотерапевт задает чудо-вопрос. Он просит Люсинду вообразить, что, когда она однажды проснется, произойдет чудо и ее проблемы исчезнут — желания стать сильнее и вернуть детей осуществляются. В чем конкретно заключалось бы произошедшее чудо? Люсинда ответила, что дети были бы дома и что она была бы очень взволнована. Терапевт попросил описать эту воображаемую картину подробнее, и Люсинда большую часть сеанса радостно рассказывала, что бы они с детьми делали и что бы все чувствовали, а терапевт временами вставлял вопросы типа: «И где вы научились быть такой хорошей, такой любящей матерью?»

Далее психотерапевт задает градуальный вопрос: «Как бы по шкале от 1 до 10 вы определили свое сегодняшнее душевное состояние (10 — это то, как вы будете себя чувствовать, когда получите своих детей обратно, а 1 — ваше самочувствие в тот день, когда их забирали от вас)?» Люсинда ответила, что оценивает свое состояние на 8–9 баллов. Терапевт спрашивает, почему ее оценка столь высока. Люсинда объясняет это тем, что уверена в скором возвращении детей. Похвалив ее еще раз, терапевт делает перерыв и затем подводит итог обратной связи. Резюме терапевта таково: депрессия Люсинды вполне понятна, если принять во внимание ее потери и переживания. Терапевт удивлен, как Люсинда использовала то, чему научилась. «Меня это действительно поражает. Для такой молодой женщины... вы уже очень мудры». Терапевт еще раз говорит ей комплименты по поводу ее разрыва с Марвином. Люсинда со всем этим соглашается, и терапевт говорит: «Я даже не уверен, что нам нужно встречаться еще раз. А как вы думаете?» Люсинда соглашается с тем, что ей больше не нужна помощь, и сеанс кончается. Она никогда больше не просила о новой встрече, а детей ей вернули.

Берг и Де Джонг (Berg & de Jong, 1996) полагают, что в ходе беседы, сосредоточенной на решении проблемы, восприятие Люсиндой своего депрессивного состояния и пассивности изменилось. Они считают, что она ушла с более ясным пониманием, чего хочет и как это реализовать.

Фокусированные на решении проблемы терапевты придержи-

живаются мнения, что, если и клиент, и терапевт могут сориентировать себя на то, чтобы занять сильную позицию (внимание к ситуациям, являющимся исключениями из проблемы, четкая формулировка целей и стратегии их достижения), терапия вполне может быть краткосрочной. Два положения оправдывают такую уверенность. Первое происходит из идей конструктивизма и веры в силу внушения. О'Ханлон и Вайнер-Дэвис (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989) поясняют:

Поскольку то, чего вы ожидаете, влияет на то, что вы получаете, фокусированные на решении проблемы терапевты придерживаются тех предположений, которые укрепляют сотрудничество клиента и психотерапевта, вселяют в клиента уверенность и делают нашу работу более эффективной и приятной. Мы придерживаемся предположений, которые фокусируют внимание на сильных сторонах и возможностях клиента. К счастью, эти предположения помогают создавать самоисполняющиеся пророчества (с. 34).

Если какая-то точка зрения столь же справедлива, как и последующая, то почему бы не предположить, что решение может быть найдено легко и быстро?

Второе положение заимствовано из модели ИПИ и состоит в том, что малые достижения обычно и есть именно то, что нужно клиенту, потому что эти достижения, как снежный ком, могут перерасти в большие изменения. По словам О'Ханлон и Вайнер-Дэвис (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989), «когда достигается небольшое позитивное изменение, люди испытывают оптимизм и обретают уверенность в том, что можно добиться дальнейших перемен» (с. 42).

Опираясь на эти два положения относительно изменений, теоретики — сторонники подхода, фокусированного на решении проблемы, разработали набор вопросов и заданий, предназначенных для достижения оптимистичного взгляда на жизнь и для того, чтобы «снежный ком покатился». В случае с Люсиндой терапевт использовал технику чудо-вопросов, вопросов-исключений, копинг-вопросов («Как вы достигли этого?»), комплиментов по ходу сеанса и обратной связи в конце сеанса, который подчеркнул и суммировал способности клиента. Люсинда ушла с чувством, что терапевт верит в то, что она в состоянии достичь своих целей.

## Оценка теории и результатов терапии

Хотя некоторые психотерапевты критикуют подход, сфокусированный на решении проблемы, как слишком упрощенный, в нем содержится немало полезного, помогающего клиентам выйти из состояния пессимизма и перейти к активным действиям. Как и любую систему на ранней стадии ее развития, некоторые представляют такой подход в виде своего рода поваренной книги, дающей готовые рецепты малоопытным кулинарам. Недавно психотерапевты этого направления осознали проблему и обратили внимание коллег на роль общефилософских моментов во взаимоотношениях с клиентом.

Проведенные ими исследования привели к результатам, зачастую не совпадающим с ожиданиями. Одно из таких исследований даже вызвало некоторый ажиотаж в научной среде. Психотерапевт Линда Метсаф (Metcalf, 1993; Metcalf et al., 1996) проинтервьюировала шесть пар, которые считались успешно прошедшими ЦКСТ, а также их психотерапевтов. Она нашла, что в некоторых случаях то, что психотерапевты считали достигнутым (и что, согласно теории данного подхода, следует достичь), не соответствовало опыту самих клиентов.

Так, например, анализируя правильные и неправильные моменты в ходе лечения, психотерапевты сосредоточивались в первую очередь на использованных технических приемах, в то время как клиенты в гораздо большей мере были склонны указывать на характер их взаимоотношений с психотерапевтом. Кроме того, если терапевты считали, что решение завершить лечение принималось совместно, четыре пары из шести оставались уверенными, что психотерапевт принимал это решение в одностороннем порядке, а некоторые из них даже были убеждены в преждевременном прекращении лечения. В процессе исследования выяснилось также, что терапевты обычно принимали на себя более директивную роль, нежели это предписывалось соответствующей литературой.

При рассмотрении случая с Люсиндой выяснилось, что терапевт проводил интервью с избыточным оптимизмом и что решение прекратить занятия уже после первой встречи было не вполне реципрокным. После фразы «...я даже не уверен, что нам нужно встречаться еще раз, — как вы думаете?» клиентке пришлось

бы применить определенную долю настойчивости, дабы изъять желание продолжить встречи.

Часто также поднимался вопрос о том, носит ли подход, фокусированный на решении проблемы, характер сотрудничества или же он чисто директивен (Wylie, 1990; Storm, 1991; Lipchik, 1992, 1993, 1996; Efron & Veenendaal, 1993; Efran & Schenker, 1993; Miller, 1994; Nylund & Corsiglia, 1994; O'Hanlon, 1996). Этот вид психотерапии даже называли «силовым решением» из-за ярко выраженной тенденции терапевтов склонять клиента к обсуждению только положительных моментов, игнорируя все остальное. Как писали Эфрон и Шенкер (Efran & Schenker, 1993), «есть ли уверенность в том, что клиенты в присутствии психотерапевта не научились просто держать свои жалобы при себе?». Подтверждая эту озабоченность, Ева Липчик (Lipchik, 1997, с. 167) пишет: «Я время от времени встречала пациентов, описывавших встречи с профессионалами, которые, фокусируя все внимание лишь на решении проблемы, были настроены слишком оптимистично и не давали пациентам возможности обсудить то, что их действительно беспокоит».

Психотерапевты метода фокусировки на решении проблемы сами говорят о необходимости осторожного отношения к предписанию постоянно поддерживать оптимистическую настроенность (Storm, 1991; Lipchik, 1992, 1993; Efron & Veenendaal, 1993). Ширил Сторм (Storm, 1991) писала: «Я нахожу, что состояние постоянной фокусированности на решении проблемы для некоторых клиентов является неподходящим. Они настаивают на более детальном обсуждении проблемы, а в случае отказа расстаются с психотерапевтом. Я думала, что неправильно применяю метод, но теперь считаю, что я просто... переоценивала изменение». Эфрон и Винендаал (Efron & Veenendaal, 1993) вторят этому высказыванию: «В попытке использовать исключительно эти модели и эмоциональный настрой, мы создаем ощущение чего-то неверного и тщетного, как если бы мы вводили себя и клиента в заблуждение» (с. 17). Ева Липчик (1993, с. 27) даже приводит такой фрагмент обсуждения с клиентами их ощущений в ходе сеанса (основное нарушение ортодоксальных постулатов подхода, фокусированного на решении проблемы): «Я чувствую у всех моих клиентов... желание быть любимыми и поддержанными значимыми для них людьми».

Подобно Липчик, некоторые сторонники подхода, фокусированного на решении проблемы, уделяют внимание обратной связи. Как упоминалось ранее, об этом часто говорил Карл Род-

жерс. Билл О'Ханлон пишет: «Карл Роджерс много лет назад учил нас, что уважительно выслушивать клиентов, давая им понять, что мы способны услышать их чувства и ощущения и что мы принимаем их такими, каковы они в данный момент, — значит создавать необходимые для большинства людей условия сотрудничества с психотерапевтом в процессе изменения» (с. 85).

Уильям Батлер и Кейт Пауэре (Butler & Powers, 1996) также подчеркивают подтверждения переживаний клиента в связи с проблемой и отмечают отсутствие этого в литературе, посвященной подходу, фокусированному на решении проблемы:

Во время первого интервью клиента жалуется на усиливающуюся депрессию в связи с недавними утратами... Терапевт внимательно слушает, отражает чувства клиентки и вставляет много эмпатических реплик. Самым существенным было, однако, то, что психотерапевт обошел молчанием — он *не задал* вопросов, ориентированных на будущее... В ходе следующего интервью через неделю клиента снова рассказывает о деталях долгой истории своей депрессии и утрат. Терапевт подхватывает тему множественных утрат и долгих лет борьбы (с. 230).

И только после того как все детали многочисленных утрат, случившихся за последние десять лет, будут обсуждены эмпатически, психотерапевт вводит вопрос, фокусированный на решении проблемы: «Но когда я смотрю на этот длинный список (утрат) и думаю о том, что вам пришлось пережить, я поражаюсь, как вам удалось избежать худшего» (с. 230). Авторы заключают, что было крайне важно дать клиентке возможность полностью описать все перипетии ее борьбы и признать переживания, прежде чем направить ход беседы на обсуждение ее сильных сторон.

При таком взгляде на подход некоторые психотерапевты, возможно, столкнутся с тем, что он утратил отличительные черты краткосрочного метода. Прежде чем некоторые клиенты почувствуют, что их вполне поняли и признали, может пройти не одна встреча. Если же добавить к стандартной модели стадию признания, то не станет ли психотерапия, фокусированная на решении проблемы, похожа на поддерживающую терапию как по продолжительности лечения, так и по практическим приемам?

Другими словами, отказ от обсуждения проблемы, а именно этот отказ и является особенностью психотерапии, фокусиро-

ванной на решении проблемы, может создать определенные трудности. Внушение обеспокоенному клиенту, что ему не о чем беспокоиться, не очень-то убедительно. Это может вызвать у клиента мысли о том, что его чувства неверны, так как они бы не возникли, если бы он посмотрел на ситуацию со светлой стороны. Большинство людей не склонны менять свое поведение под влиянием кого-то, кто, как они чувствуют, их не понимает.

Мы надеемся, что это обсуждение поможет терапевтам, придерживающимся метода фокусирования на решении проблемы, уйти от шаблонного способа применения этой модели. Многие технологии окажутся полезными для клиентов, если их использование будет своевременным и гибким. Однако технические приемы могут помешать проявлению интуитивной человечности. Мы надеемся, что студенты будут помнить искреннее признание Мишель Вайнер-Дэвис (Weiner- Davis, 1993) в том, что она не всегда применяет те методы, которые исповедует: «...мои клиенты плачут, выражают боль, гнев, разочарование и страхи точно так же, как они могли бы это сделать в кабинете любого другого терапевта. И я отвечаю сочувствием... То, что я рассказываю о своей психотерапевтической практике (которую она представляет на своем семинаре. —Авт.), — неполная картина того, как я работаю» (с. 157).

## Резюме

Психотерапия, сосредоточив свое внимание на решении определенной проблемы, оказывается сродни подходу ИПИ. Но если модель ИПИ целиком и полностью сконцентрирована на конкретном вопросе, то психотерапия, обладая более широким подходом, нацелена на решение комплекса проблем.

Идея психотерапии заключается в том, что люди часто слишком глубоко увязают в своих частных проблемах и, заостряя на них свое внимание, порой не видят решения, лежащего на поверхности. Попытки разрешить эту задачу привели к разработке ряда приемов, призванных заменить «разговор о проблеме» на «разговор о решении этой проблемы». Такие приемы основаны на *вопросах-исключениях* (например: «Можете ли вы вспомнить то время, когда у вас не было этой проблемы? Что вы тогда делали?»); *чудо-вопросах* (например: «Предположим, пока вы спали, случилось чудо и ваша проблема решена. Что изменится вокруг, когда вы проснетесь?»); *градуальных вопросах* (например: «Как вы оцениваете свое нынешнее состояние по сравнению с тем

днем, когда впервые обратились ко мне?»); *копинг-вопросах* (например: «Как вам это удалось?»); *шаблонных заданиях первой сессии* (например: «После того как вы сегодня уйдете, подумайте, захотите ли вы прийти ко мне еще раз и по какой причине») и *комплиментах* («О-о-о! Вы, должно быть, очень сообразительны, если подумали об этом!»). Все эти приемы применяются на практике при каждом удобном случае. Они позволяют придерживаться краткосрочной терапии и отвлекают клиента от погружения в собственный отрицательный опыт.

Не так давно терапевты поставили под вопрос главенство техники и задумались о том, что эффективность модели может коренным образом зависеть от качества взаимоотношений терапевта и клиента. Результатом стал призыв укреплять сотрудничество с клиентами таким образом, чтобы чувства клиента признавались и подтверждались до введения техник, фокусированных на решении проблемы.

Психотерапия, фокусированная на решении проблемы, продолжает пользоваться огромной популярностью среди специалистов. Частично эта популярность объясняется большим количеством терапевтов, пытающихся найти подходы, которые были бы эффективны при малом количестве сеансов в условиях управляемой медицины. Благодаря своей репутации краткосрочного метода, психотерапия, фокусированная на решении проблемы, пользуется расположением компаний, действующих в этих рамках. Таким образом, психотерапевты легко получают одобрение на использование этого подхода. Кроме того, формулу подхода легко освоить — для этого достаточно нескольких семинаров, — а оптимистичная настроенность подхода делает его приятным для многих терапевтов. Однако ошибочное представление о легкости в освоении этой психотерапии приводит к тому, что некоторые терапевты, едва взявшись за дело, отрицают ее как поверхностную. Они не понимают, что технические приемы работают только в контексте философии, сориентированной на решение проблемы, для постижения которой требуется время.

Среди вопросов, поднимавшихся критиками, можно выделить следующие.

Действительно ли терапевт ведет уважительный разговор с клиентом, когда он только хвалит его, выискивает исключения из правил, сложившихся вокруг проблемы, и излучает оптимизм? Действительно ли такие диалоги, настойчиво проводимые в духе приподнятого настроения, помогают людям унять сомнения и боль? Может ли психотерапевт, сфокусировав свое внимание на

решении проблемы, относиться к чувствам клиента с уважением? Может ли клиент отнестись с доверием к человеку, постоянно стремящемуся найти только те детали, за которые можно похвалить? Может ли клиент откровенно высказывать собственное мнение относительно терапевтического процесса психотерапевту, который, как видится клиенту, уж очень хочет, чтобы клиент почувствовал улучшение?

Но: разве не важно, чтобы терапевт имел ясные конкретные установки и чтобы тем самым весь процесс терапии не оказался размытым, без стержня? Разве попытка показать людям их цели и помочь сосредоточиться именно на своих возможностях, а не проблемах и слабых сторонах не является способом придания им уверенности в себе? Если боль, которую испытывает человек, связана только с тем, что он постоянно думает о ней, то не лучше ли говорить с ним на том языке, который уведет его от боли, нежели еще больше заострять на ней внимание? Стронники подхода, фокусированного на решении проблемы, стремятся ответить на все эти вопросы и найти, наконец, решение, соответствующее требованиям XXI века. Мы надеемся, что общее развитие психотерапии не будет обусловлено лишь ограничениями со стороны системы здравоохранения или слепой приверженностью некой доктрине. Напротив, нам представляется, что совершенствование психотерапии, фокусированной на решении проблемы, отражает растущее понимание того, что при всей полезности подобной фокусировки люди все-таки нуждаются в признании врачом их жизненного опыта, который, к сожалению, не всегда оптимистичен.

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Cecchin G. 1987. Hypothesizing, circularity and neutrality revisited. *Family Process*. 2(5):405—413.
- de Shazer S. 1988. *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- de Shazer S. 1991. *Putting difference to work*. New York: Norton.
- Fisch R., Weakland J. H., and Segal, L. 1982. *The tactics of change: Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Haley J. 1973. *Uncommon therapy*. New York: Norton.
- Haley J. 1976. *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Haley J. 1980. *Leaving home*. New York: McGraw-Hill.
- Hoffman L. 1976. Breaking the homeostatic cycle. In *Family therapy: Theory and practice*, P. J. G u e r i n, ed. New York: Gardner Press.



Keim J. 1998. Strategic family therapy. In *Case studies in couple and family therapy*. F. Dattilio, ed. New York: Guilford Press.

Madanes C. 1981. *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Madanes C. 1990. *Sex, love and violence: Strategies for transformation*. New York: Norton.

Miller S., Hubble M., and Duncan B. 1996. *Handbook of solution-focused brief therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Price J. 1996. *Power and compassion: Working with difficult adolescents and abused parents*. New York: Guilford Press.

Rabkin R. 1972. *Strategic psychotherapy*. New York: Basic Books.

Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., and Prata G. 1978. *Paradox and counterparadox*. New York: Jason Aronson.

Tomm K. 1987. Interventive interviewing: Part 1. Strategizing as a fourth guideline for the therapist. *Family Process*. 26:3—14.

Walter J., and Peller J. 1992. *Becoming solution-focused in brief therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Watzlawick P., Weakland J., and Fisch R. 1974. *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.

## ССЫЛКИ

Alexander J., and Parsons B. 1982. *Functional family therapy*. Monterey, CA: Brooks Cole.

Andersen T. 1987. The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*. 26:415—417.

Andolfi M. 1979. *Family therapy: An international approach*. New York: Plenum Press.

Andolfi M., Angelo C, and di Nichilo M. 1989. *The myth of Atlas*. New York: Brunner/Mazel.

Andolfi M., and Zwerling I., eds. 1980. *Dimensions of family therapy*. New York: Guilford Press.

Berg I. K., and De Jong P. 1996. Solution-building conversations: Co-constructing a sense of competence with clients. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*. June, 376—391.

Berg I. K., and de Shazer S. 1993. Making numbers talk: language in therapy. In *The new language of change*, S. Friedman, ed. New York: Guilford Press.

Berg I., and Miller S. 1992. *Working with the problem drinker: A solution-focused approach*. New York: Norton.

Bergman J. 1985. *Fishing for barracuda: Pragmatics of brief systemic therapy*. New York: Norton.

Breunlin D., and Schwartz R. 1986. Sequences: Toward a common denominator of family therapy. *Family Process*. 25:67—87.

Boscolo L. 1983. Final discussion. In *Psychosocial intervention in schizophrenia: An international view*, H. Stierlin, L. Wynne, and M. Wirsching, eds. Berlin: Springer-Verlag.

Boscolo L., Cecchin G., Hoffman L., and Penn P. 1987. *Milan systemic family therapy*. New York: Basic Books.

Boscolo L., and Bertrando P. 1992. The reflexive loop of past, present, and future in systemic therapy and consultation. *Family Process*. 57:119—133.

Butler W., and Powers K. 1996. Solution-focused grief therapy. In *Handbook of solution-focused brief therapy*, S. Miller, M. Hubble, and B. Duncan, eds. San Francisco: Jossey-Bass.

Cade B., and O'Hanlon W. 1993. *A brief guide to brief therapy*. New York: Norton.

Cecchin G. 1987. Hypothesizing, circularity and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process*. 26:405—413.

Cecchin G., Lane G., and Ray W. 1993. From strategizing to nonintervention: Toward irreverence in systemic practice. *Journal of Marital and Family Therapy*. 79:125—136.

Coyne J. 1987. Depression, biology, marriage and marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. 75:393—408.

Coyne J., Kahn J., and Gotlib I. 1987. Depression. In *Family interaction and psychopathology*, T. Jacob, ed. New York: Plenum Press.

De Jong P., and Hopwood L. 1996. Outcome research on treatment conducted at the Brief Family Therapy Center, 1992—1993. In *Handbook of solution-focused brief therapy*, S. Miller, M. Hubble, and B. Duncan, eds. San Francisco: Jossey-Bass.

De Shazer S. 1984. The death of resistance. *Family Process*. 25:11—21.

De Shazer S. 1985. *Keys to solutions in brief therapy*. New York: Norton.

De Shazer S. 1986. An indirect approach to brief therapy. In *Indirect approaches in therapy*. S. de Shazer and R. Krai, eds. Rockville. MD: Aspen.

De Shazer S. 1987. Minimal elegance. *Family Therapy Networker*. September/October, 59.

De Shazer S. 1988. *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.

De Shazer S. 1991a. Muddles, bewilderment, and practice theory. *Family Process*. 30:453—458.

De Shazer S. 1991b. *Putting Difference to Work*. New York: Norton.

De Shazer S. 1993. Creative misunderstanding: There is no escape

from language. In *Therapeutic conversations*, S. Gilligan and R. Price, eds. New York: Norton.

de Shazer S. 1994. *Words were originally magic*. New York: Norton.

de Shazer S., and Berg I. K. 1993. Constructing solutions. *Family Therapy Networker*. 2:42—43.

Efron J., and Schenker M. 1993. A potpourri of solutions: How new and different is solution-focused therapy? *Family Therapy Networker*. 17(3):1—1A.

Efron D., and Veenendaal K. 1993. Suppose a miracle doesn't happen; The non-miracle option. *Journal of Systemic Therapies*. 12: 1 — 18.

Eron J., and Lund T. 1993. An approach to how problems evolve and dissolve: Integrating narrative and strategic concepts. *Family Process*. 32:291—309.

Eron J., and Lund T. 1997. *Narrative solutions in brief therapy*. New York: Guilford Press.

Fisch R. 1978. Review of problem-solving therapy, by Jay Haley. *Family Process*. 17:107—110.

Fisch R., Weakland J., and Segal L. 1982. *The tactics of change*. San Francisco: Jossey-Bass.

Flaskas C. 1992. A re frame by any other name: On the process of reframing in strategic, Milan and analytic therapy. *Journal of Family Therapy*. 14:145—161.

Frankl V. 1960. Paradoxical intention: A logotherapeutic technique. *American Journal of Psychotherapy*. 16:520—535.

Furman B., and Ahola T. 1992. *Solution talk: Hosting therapeutic conversations*. New York: Norton.

Grove D., and Haley J. 1993. *Conversations on therapy*. New York: Norton.

Haley J. 1963. *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.

Haley J. 1973. *Uncommon therapy*. New York: Norton.

Haley J. 1976. *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Haley J. 1980. *Leaving home: The therapy of disturbed young people*. New York: McGraw-Hill.

Haley J. 1981. *Reflections on therapy*. Chevy Chase, MD: The Family Therapy Institute of Washington, D.C.

Haley J. 1984. *Ordeal therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Haley J. 1996. *Learning and teaching therapy*. New York: Guilford Press.

Hare-Mustin R. 1975. Treatment of temper tantrums by a paradoxical intervention. *Family Process*. 14:481—485.

Hoffman L. 1981. *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books.

Hoffman L. 1983. A co-evolutionary framework for systemic family

therapy. In *Diagnosis and assessment in family therapy*, J. Hansen and B. Keeney, eds. Rockville, MD: Aspen.

Hudson P., and O'Hanlon W. H. 1992. *Rewriting love stories: Brief marital therapy*. New York: Norton.

Jackson D. D. 1967. The myth of normality. *Medical Opinion and Review*, J:28—33.

Keim J. 1998. Strategic Family Therapy. In *Case studies in couple and family therapy: Systemic and cognitive perspectives*, F. Dattilio, ed. New York: Guilford Press.

Kleckner T, Frank L., Bland C, Amendt J., and duRee Bryant R. 1992. The myth of the unfeeling strategic therapist. *Journal of Marital and Family Therapy*. /#:41 — 51.

Langsley D., Machotka P., and Florenhaft K. 1971. Avoiding mental hospital admission: A follow-up study. *American Journal of Psychiatry*. /27:1391-1394.

Lipchik E. 1986. Purposeful interview. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*. 5:88—99.

Lipchik E. 1992. Interview. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*. II(4):22-26.

Lipchik E. 1993. «Both/and» solutions. In *The new language of change*, S. Friedman, ed. New York: Guilford Press.

Lipchik E. 1996. Mr. Spock goes to therapy. *Family Therapy Networker*. Jan./Feb., 79—84.

Lipchik E. 1997. My story about solution-focused brief therapist/client relationships. *Journal of Systemic Therapies*. /6:159—172.

Lipchik E., and Kubicki A. 1996. Solution-focused domestic violence views: Bridges toward a new reality in couples therapy. In *Handbook of solution-focused brief therapy*, S. Miller, M. Hubble, and B. Duncan, eds. San Francisco: Jossey-Bass.

Machal M., Feldman R., and Sigal J., 1989. The unraveling of a treatment program: A follow-up study of the Milan approach to family therapy. *Family Process*. 25:457—470.

Madanes C. 1980. Protection, paradox and pretending. *Family Process*. /9:73-85.

Madanes C. 1981. *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Madanes C. 1984. *Behind the one-way mirror*. San Francisco: Jossey-Bass.

Madanes C. 1990. *Sex, love, and violence: Strategies for transformation*. New York: Norton.

Metcalf L., Thomas F., Duncan B., Miller S., and Hubble M. 1996. What works in solution-focused brief therapy: A qualitative analysis of client and therapists perceptions. In *Handbook of solution-focused*

*cused brief therapy*, S. Miller, M. Hubble, and B. Duncan, eds. San Francisco: Jossey-Bass.

Miller S. 1994. The solution-conspiracy: A mystery in three installments. *Journal of Systemic Therapies*. 7J:T8—37.

Miller S., Hubble M., and Duncan B. 1996. *Handbook of solution-focused brief therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Minuchin S. 1974. *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Nylund D., and Corsiglia V. 1994. Becoming solution-focused in brief therapy: Remembering something important we already knew. *Journal of Systemic Therapies*. 13:5—12.

O'Hanlon W. 1996. Case commentary. *Family Therapy Networker*. Jan./Feb., 84-85.

O'Hanlon W., and Martin M. 1992. *Solution oriented hypnosis: An Ericksonian approach*. New York: Norton.

O'Hanlon W. H., and Weiner-Davis M. 1989. *In search of solutions: A new direction in psychotherapy*. New York: Norton.

Papp P. 1980. The Greek chorus and other techniques of paradoxical therapy. *Family Process*. 79:45—57.

Papp P. 1983. *The process of change*. New York: Guilford Press.

Parsons B., and Alexander J. 1973. Short term family intervention: A therapy outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 41:195-201.

Penn P. 1982. Circular Questioning. *Family Process*. 27:267—280.

Penn P. 1985. Feed-forward; further questioning, future maps. *Family Process*. 24:299—310.

Rabkin R. 1977. *Strategic psychotherapy*. New York: Basic Books.

Rogers C. 1961. *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.

Rohrbaugh M., Tennen H., Press S., and White L. 1981. Compliance, defiance, and therapeutic paradox: Guidelines for strategic use of paradoxical interventions. *American Journal of Orthopsychiatry*. 57:454-466.

Satir V. 1964. *Conjoint family therapy*. Palo Alto: Science and Behavior Books.

Selvini M. 1993. Major mental disorders, distorted reality and family secrets. Unpublished manuscript.

Selvini Palazzoli M. 1981. *Self-starvation: From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson.

Selvini Palazzoli M. 1986. Towards a general model of psychotic games. *Journal of Marital and Family Therapy*. 12:339—349.

Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., and Prata G. 1978a. A ritualized prescription in family therapy: Odd days and even days. *Journal of Marriage and Family Counseling*. 4:3—9.

Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., and Prata G. 1978b. *Paradox and counterparadox*. New York: Jason Aronson.

Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., and Prata G. 1980. Hypothesizing — circularity — neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*. 19:3—12.

Selvini Palazzoli M., and Viaro M. 1988. The anorectic process in the family: A six-stage model as a guide for individual therapy. *Family Process*. 27:129—148.

Simon D. 1996. Grafting consciousness through form: Solution-focused therapy as a spiritual path. In *Handbook of solution-focused brief therapy*. S. Miller, M. Hubble, and B. Duncan, eds. San Francisco: Jossey-Bass.

Sluzki C. 1978. Marital therapy from a systems theory perspective. In *Marriage and marital therapy: Psychoanalytic, behavioral and systems therapy perspectives*. T.J. Paolino and B.S. McCrady, eds. New York: Brunner/Mazel.

Stanton D. 1981. Strategic approaches to family therapy. In *Handbook of family therapy*. A. Gurman and D. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.

Stanion D., and Todd T. 1982. *The family therapy of drug abuse and addiction*. New York: Guilford Press.

Storm C. 1991. The remaining thread: Matching change and stability signals. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*. 10:14—117.

To mm K. 1984a. One perspective on the Milan systemic approach: Part I. Overview of development, theory and practice. *Journal of Marital and Family Therapy*. 10:125.

To mm K. 1984b. One perspective on the Milan systemic approach: Part II. Description of session format, interviewing style and interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*. 10:253—271.

To mm K. 1987a. Interventive interviewing: Part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist. *Family Process*. 26:3—13.

To mm K. 1987b. Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable selfhealing. *Family Process*. 26:167—184.

Tuyn L. K. 1992. Solution-focused therapy and Rogerian nursing science: An integrated approach. *Archives of Psychiatric Nursing*. 6:83—89.

Walter J., and Peller J. 1992. *Becoming solution-focused in brief therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Waller J., and Peller J. 1996. Rethinking our assumptions: Assuming a new in a postmodern world. In *Handbook of solution-focused brief therapy*. S. Miller, M. Hubble, and B. Duncan, eds. San Francisco: Jossey-Bass.

Watzlawick P., Beavin J., and Jackson D. 1967. *The pragmatics of human communication*. New York: Norton.

Watzlawick P., Weakland J., and Fisch R. 1974. *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.

Weakland J., Fisch R., Watzlawick P., and Bodin A. 1974. Brief therapy: Focused problem resolution. *Family Process*. /5:141 — 168.

Weakland J., and Ray W, eds. 1995. *Propagations: Thirty years of influence from the Mental Research Institute*. Binghamton, NY: Haworth Press.

Weiner-Davis M. 1992. *Divorce-busting*. New York: Summit Books.

Weiner-Davis M. 1993. Pro-constructed realities. In *Therapeutic conversations*, S. Gilligan and R. Price, eds. New York: Norton.

Wylie M. S. 1990. Brief therapy on the couch. *Family Therapy Networker*. 14:26—34, 66.

## Глава двенадцатая

# НАРРАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Доминирующее в наши дни в семейной терапии нарративное направление является превосходным отражением постмодернистской революции в психотерапии вообще. В концепцию знания как системы конструкторов, а не открытий вполне укладывается то, что в ведущем подходе к семейной терапии основное внимание уделяется не столько способам поведения людей, сколько способам конструирования смысла (значения). Нарративная терапия концентрируется на исследовании того, как опыт вызывает ожидания и как ожидания затем переформируют опыт через создание организующих повествований.

Главное здесь заключается в том, что человеческий опыт в основе своей неоднозначен. Говоря проще, опыт как таковой не является реальным, а всегда представляет собой нечто мистическое и смутное. Понимание же человеческого опыта (и лично своего) никогда не бывает просто процессом его видения или анализа. Элементы человеческого опыта понимаются только через процесс, который организует эти элементы: собирает их, приписывает им значение и располагает по приоритетам. То, что опыт в основе своей неоднозначен, предполагает, что его значение (смысл) не является чем-то неотъемлемым или очевидным, а допускает множественные толкования и интерпретации.

Чтобы проиллюстрировать, как опыт обретает форму с помощью языка, который мы используем для его описания, рассмотрим разницу в определении усиленного сердцебиения, ко-

торое возникает у большинства людей перед публичным выступлением. Одни называют это страхом перед аудиторией, другие — волнением. В первой формулировке знакомое многим состояние возбуждения предстает как проблема, требующая преодоления. Вторая формулировка предполагает, что это естественная и почти неизбежная реакция на выступление перед публикой, расположение которой вы надеетесь завоевать.

Испытывают ли люди страх перед выступлением или волнение зависит от того, как они интерпретируют свое возбуждение? Последователи стратегического направления предлагают своим клиентам новую формулу — иную интерпретацию их опыта: «Перед следующим выступлением просто подумайте, что вы испытываете волнение, а не страх». Нарративные терапевты полагают, что такая интерпретация не будет работать до тех пор, пока не уложится в повествования, которые люди о себе конструируют. Человеку, чье жизненное повествование заключается в том, что он наводит скуку на окружающих, сложно представить себе, что дрожь в руках вызвана волнением, как бы настойчиво ему ни предлагали эту формулировку. А вот если бы ему помогли сконструировать новую, более позитивное повествование о себе, можно было бы обойтись без переформулировки. Он бы автоматически начал интерпретировать свои реакции как волнение, так как, считая себя интересным, он будет уверен в том, что люди прослушают его выступление с удовольствием.

Жизнь сложна и многогранна, а потому мы ищем способы ее объяснения. Эти объяснения — повествования, которые мы рассказываем себе, — организуют наш опыт и формируют поведение. К сожалению, повествования, которые большинство клиентов предлагает терапевтам, бывают обескураживающими. Клиенты избирательно концентрируются на событиях прошлого, подтверждающих негативизм, и мало обращают внимание на те события, которые этому негативизму противоречат.

Истории, которые мы повествуем о себе, являются мощным инструментом, поскольку они определяют, что именно мы отмечаем и запоминаем и, следовательно, то, как мы смотрим в будущее. Представьте, например, какие воспоминания из учебы в старших классах сохранит девушка, считающая, что все у нее идет в меру успешно, и как они повлияют на ее отношение к университету. А теперь вообразите, каков будет взгляд на то же прошлое и будущее у девушки, которая думает, что у нее никогда ничего не получается.

Семейная терапия была основана людьми с революционными



ми взглядами, и она до сих пор привлекает неординарных психологов. Такое впечатление, что мы вынуждены обновлять наше направление раз в несколько лет, и переход к нарративной терапии находится именно в русле такой революционной традиции. В отличие от кибернетической метафоры, которая фокусировалась на деструктивных паттернах *поведения*, нарративная метафора направлена на деструктивные *когниции* — повествования, которые люди рассказывают себе о своих проблемах. Использование кибернетической метафоры в терапии означало блокирование плохо адаптированного паттерна интеракции независимо от того, понимает клиент этот процесс или нет. Нарративная же метафора фокусируется на понимании и опыте клиента, расширяя поле его внимания и позволяя ему рассматривать альтернативные возможности взглянуть на себя и свои проблемы.

Когда-то системное мышление было источником вдохновения в области семейной терапии, но последователи нарративной теории подвергли его критике и заменили на нарративную метафору. Семейные психотерапевты работали, как правило, со всей семьей и редко обращались к индивидуальным проблемам; нарративные же терапевты уделяют больше времени тому, чтобы помочь индивидам произвести свою внутреннюю переоценку, нежели обсуждению семейных конфликтов. Семейные психотерапевты обращали внимание на вклад в проблему отдельных членов семьи, а нарративистов интересует, наоборот, влияние проблемы на семью.

Повествования не являются зеркальным отражением жизни, они формируют ее. Вот почему у людей есть любопытная привычка соответствовать историям, которые они повествуют о своем опыте. Этим же объясняется и то, почему психотерапевты, спешащие навязать клиентам свою точку зрения, часто терпят неудачу, а также почему нарративисты, глубоко погружаясь в повествования своих клиентов, способны понять, что заставляет этих людей поступать определенным образом и влиять на то, что они делают.

## Очерк о лидерах

Майкл Уайт, олицетворение нарративного движения, живет в Аделаиде (Южная Австралия). Вместе с женой Черил Уайт он работает в Далвич-центре, где проводит тренинги, занимается клинической практикой и публикует работы, касающиеся его подхода. Ежеквартальный «Бюллетень Далвич-центра» является

основным изданием, посредством которого распространяются идеи Уайта. Кроме того, Далвич-центр опубликовал несколько собраний его сочинений и интервью, которые можно заказать по адресу: Dulwich Centre Publications; Hutt Street, P.O. Box 7192, Adelaide, South Australia 5000.

В молодости Уайт был механиком в электромеханической мастерской, пока не осознал, что работе с машинами предпочитает работу с людьми. Неудивительно, что он стал убежденным противником механистических подходов в психотерапии и напроочь отверг идеи системного мышления и кибернетику именно из-за их механистических свойств. В 1967 г. Уайт получил диплом социального работника и с тех пор более чем тридцать лет (сейчас Уайту за пятьдесят) отдал поиску способов помогать людям. Первый опыт работы в стационарах разочаровал его в традиционных психотерапевтических подходах и возбудил интерес к работам Мишеля Фуко и Ирвинга Гоффмана, критиковавших процессы дегуманизации в клинических учреждениях и существующие научные трактаты.

В конце 1970-х гг. Уайт заинтересовался работой Грегори Бейтсона. Его особое внимание привлекли не мысли Бейтсона о паттернах поведения, дающих информацию другим, основанном на системе моделям, а его взгляды на конструирование мира людьми. Под влиянием Бейтсона и Фуко Уайт сформулировал свои оригинальные идеи относительно «экстернализации» проблем. Он рассматривал их как нечто, воздействующее на людей, а не возникающее в результате их действий. В конце 1980-х Черил Уайт, открывшая для себя нарративную метафору в работах по проблемам феминизма, и Дэвид Эпстон, друг и коллега Уайта, познакомили Майкла с нарративным направлением. Уайт нашел, что идея нарративной метафоры хорошо согласуется с когнитивными аспектами теории Бейтсона и с идеями Фуко о высвобождении людей из тисков доминирующих систем представлений.

Дэвида Эпстона, семейного психотерапевта из Окленда (Новая Зеландия), можно назвать вторым наиболее влиятельным создателем нарративного направления. Эпстон познакомился с нарративной метафорой благодаря своему интересу к антропологии. Он-то и убедил Уайта, что такой подход более полезен для клиентов, чем кибернетика. Эпстон всегда любил литературу и был известен как автор рассказов для *«Австралийского и Новозеландского журнала семейной психотерапии»* (Freedman & Combs, 1996).

Эпстон внес весомый вклад во многие аспекты теории и

практики нарративного направления. В частности, он разработал и классифицировал различные вопросы, а также обратил внимание на то, что для утверждения своих новых повествований (историй) клиенты нуждаются в поддержке окружающих. Эпстон способствовал развитию лиг — групп клиентов, преодолевающих одну и ту же проблему, — таких, как Новозеландская лига по борьбе с проблемами анорексии и булимии. Для ряда этих лиг Эпстон создал архивы из магнитофонных записей и писем, в которых содержатся полезные идеи о способах преодоления проблем.

Эпстон первым начал писать письма своим клиентам и указал на то, что по прошествии времени, когда влияние психотерапевта ослабевает, клиенты могут читать его письма, которые поддерживают их новые повествования и помогают решению проблем. В соавторстве с Уайтом Эпстон написал ряд работ, в итоге составивших два сборника и являющихся для многих психотерапевтов настольными книгами по вопросам нарративной психотерапии (Epston & White, 1992; White & Epston, 1990). Недавно Эпстон участвовал в написании книги по техникам нарративной психотерапии в работе с детьми и их семьями (Freeman, Epston & Lobovits, 1997).

Мы рассказали о двух главных лидерах нарративного движения, но существует еще и ряд других психотерапевтов, творчески применяющих нарративные идеи и развивающих их в новых направлениях. Например, Джилл Фридман и Джин Комбс. Они руководят небольшим тренинг-центром в Эванстоне (Иллинойс). До того как пополнить ряды сторонников нарративного подхода, они разделяли идеи стратегической психотерапии и были известными интерпретаторами работ Милтона Эриксона. Фридман и Комбс активно занимались политикой, и идеи Уайта в большой мере привлекли их как раз тем, что в них автор уделил большое внимание вопросам социальной справедливости. Такое сочетание предыдущей работы в области стратегической психотерапии и политической активности характерно для многих выдающихся психотерапевтов нарративного направления. Книга Фридман и Комбс «Нарративная психотерапия» является превосходным практическим пособием для работы в этой области (Freedman & Combs, 1996).

Джеффри Циммерман и Вики Диккерсон являются содиректорами Ассоциации подготовки семейной психотерапии на побережье залива и вместе с Джоном Нилом проводят подготовку специалистов по нарративной психотерапии для Института пси-

хических исследований (ИПИ) в Пало-Альто. Эта творческая пара первой начала использование нарративной психотерапии в работе с трудными подростками и супружескими парами (Dickerson & Zimmerman, 1992; Zimmerman & Dickerson, 1993). Их последняя книга «Если бы проблемы могли говорить: Приключения в мире нарративной психотерапии» (Zimmerman & Dickerson, 1996) представляет собой полезное объяснение практики нарративной психотерапии, оживленное новым приемом персонализации проблем, «повествующих» о том, как они — проблемы — устраивают заговор против людей в их жизни.

Стефан Мадиган (1994; Madigan & Epston, 1995), психотерапевт из Ванкувера, также внес большой вклад в нарративную теорию и основал Ванкуверскую Лигу по борьбе с проблемами анорексии и булимии — массовую организацию народных активистов, которая обеспечивает поддержку своим членам, просвещает общественность и профессиональные группы и протестует против тех образов в средствах массовой информации, которые стимулируют «вину тела». Эта группа демонстрирует логический рост движения нарративной психотерапии, направленной на освобождение и помогающей людям организовываться не только для того, чтобы создавать поддерживающую субкультуру, но и чтобы принимать активное участие в попытке гуманизировать доминирующую культуру.

Карл Томм не только внес оригинальный вклад в семейную психотерапию, но и привлек в нее людей с новыми идеями и перевел их работы на английский язык. Начав свою деятельность в качестве сторонника стратегического направления, он пропагандировал миланскую модель, затем философию чилийского биолога Умберто Матураны. Несмотря на то что Томм не полностью воспринял идею нарративной метафоры, его поддержка работы Уайта (Tomms, 1993) ускорила распространение нарративной психотерапии в Северной Америке. Среди других известных психотерапевтов — сторонников нарративной терапии следует отметить Кати Вайнгартен и Саллиана Рота из Института семьи в Кембридже и Джанет Адамс-Уескотт, работающую в Тулсе (Оклахома).

Харлин Андерсон и ныне покойного Гарри Гулишиана, работавших разговорный подход к семейной психотерапии (см. главу 10), можно назвать предшественниками нарративной модели. Их работы основывались на предположении, что проблемы сохраняются в языке и впоследствии растворяются в разговоре. Заняв положение любопытного «не знающего», Гулишиан и

Андерсон включили свой профессиональный опыт с целью помочь клиентам стать экспертами в их собственной жизни. Связующим звеном между этой работой и школой нарративной психотерапии была вера в то, что разговор генерирует смысловое значение и что терапия должна осуществляться в сотрудничестве психотерапевта и клиента. Отличие же заключается в том, что Андерсон и Гулишиан менее активно подводили клиентов к новым повествованиям, предпочитая не включать в повестку дня вопросы клиентов.

## Теоретические положения

Положение, что жизнь людей организуется с помощью их повествований о жизни, не является новой для семейной психотерапии. Задолго до того, как семейная психотерапия приняла эту идею, в антропологии и социологии произошел сдвиг от изучения структуры культур и обществ к изучению систем верований и представлений. Джером Брунер — социолог, который первый ввел термин «нарративная психотерапия» и существенно повлиял на концепцию повествования в семейной психотерапии, так описывает эту эволюцию:

К середине 1970-х гг. социальные науки совершили движение... в сторону более толковательной позиции: главным фокусом того, как интерпретируется мир, стало значение, какими кодами регулировалось значение, в каком смысле собственно культура могла рассматриваться как «текст», который участники «прочитывают» для руководства своими действиями (Bruner, 1986, с. 8).

Ученым, занимающимся социальными науками, стало ясно, что способ интерпретации людьми собственного опыта оказывает мощное воздействие на их жизнь: часто это последовательно связанные повествования, помогающие им разобраться в событиях своей жизни. По словам Брунера (1991, с. 4), «мы организуем свой опыт и память о жизненных событиях преимущественно в форме повествований — историй, оправданий, мифов, изложения причин, объясняющих, почему мы делаем или не делаем что-то, и т. д.». Особый интерес представляет способ, с помощью которого люди конструируют свои личные повествования, выде-

для события, согласующиеся с сюжетом, и игнорируя те, которые в него не укладываются.

Нарративное направление уходит своими корнями в герменевтическую традицию психоанализа. Вслед за Фрейдом классические психоаналитики полагали, что существует лишь один верный способ интерпретации опыта. Пациенты могли не понимать свои сны и симптомы, так как их мотивы были неосознанными, а психоаналитик, вооруженный знанием психоаналитической теории, мог раскрыть неосознанное значение, подобно тому как археолог находит погребенные в земле свидетельства прошлого. В 1980-х гг. ревизионисты — такие, как Дональд Спенс, Рой Шэфер и Пол Рикур, — выступили против такой позитивистской концепции психоаналитической реальности.

Истина опыта, говорили они, не открывается, она создается. Прихотерапевты имеют дело лишь с версиями реальности, связанными посредством повествования. Цель психотерапии смешивалась от исторической истины к четкости повествования (повествовательной ясности). Задача психоаналитика заключается в том, чтобы заставить клиента конструировать истины, которые служат достижению согласия с самим собой, а не истинные картины прошлого. И психотерапевт — теперь уже скорее поэт или романист, нежели археолог.

Те семейные психотерапевты, которые попробовали использовать нарративную метафору для понимания человеческих взаимоотношений, нашли ее чрезвычайно полезной. Когда психотерапевты начали расспрашивать клиентов об их повествованиях, они осознали, как сильно эти повествования влияли на восприятие клиентов и на интерпретацию ими этих восприятий. Иными словами, повествования о жизни действуют как фильтры, отделяющие тот опыт или те переживания, которые не согласуются с сюжетной линией, от того, что клиент видит истинным опытом своей жизни. Если их нельзя отфильтровать, события искажаются до тех пор, пока так или иначе не укладываются в основную канву. В соответствии с выражением «у кого молоток в руках, тому всякий предмет напоминает гвоздь» человек, повествующий о своей некомпетентности, приписывает свои успехи слепой удаче или тому, что ему просто удалось кого-то провести. При таком положении вещей попытки подвести этого человека к изменению его поведения, не обращая при этом к полной истории его жизни, окажутся бесплодными, потому как, сколько бы успехов ни было в его жизни, он всегда найдет способ исключить их и по-прежнему будет акцентироваться на своих неудачах.

Эти психотерапевты обнаружили также, что предпочитают человечность нарративной метафоры кибернетическому механизму, т. е. той метафоре, которая ранее доминировала в этой области. Майкла Уайта, например, очень привлекала идея кибернетического мышления, предложенная Грегори Бейтсоном, но после того, как Черил Уайт и Дэвид Эпстон поддержали его интерес к идеям нарративного направления, Уайт отверг теорию системного мышления.

Зачастую полагают, будто нарративную метафору можно присоединить к другим метафорам, что часто они сплавлены... Подобное скрепление и сплавление в корне отличных метафор попросту не работает и, по моему мнению, предполагает недостаточное осознание основных предпосылок и весьма различных политических последствий, которые ассоциируются с этими различными метафорами (White, 1995, с. 214).

Что же не так с системной метафорой? Психотерапевты — сторонники нарративного направления считают, что системное мышление заставляет психотерапевтов смотреть на семью как на объект с позиции внешнего наблюдателя, подобно тому как изучается сломанная машина — без внимания к ее повествованию, мнениям или окружению. У такой объективизации есть несколько последствий, которые не нравятся психотерапевтам нарративного направления. Системно ориентированный психотерапевт (1) находится в положении эксперта по отношению к семье; (2) ищет изъяны системы и вмешивается, чтобы исправить их; (3) считает свою оценку объективной и более обоснованной, чем мнение семьи; (4) относится к людям как к объектам, которыми можно манипулировать; (5) не рассматривает исторический, политический и культурный контекст, в который погружена семья.

В отличие от этого нарративная метафора, по мнению ее сторонников, содействует тому, что психотерапевт (1) занимает позицию эмпатического сотрудничества с выраженным интересом к повествованию клиента; (2) ищет те эпизоды в повествовании клиента, в которых он проявил себя сильным и обнаружил свои богатые внутренние ресурсы; (3) использует вопросы, чтобы найти уважительный подход к любому новому повествованию, не навязывая клиенту своего мнения; (4) никогда не навешивает ярлыки, а видит в человеке личность с уникальной историей; (5) помогает человеку отделить себя от доминирующего

культурного нарратива, который он интернализовал, чтобы открыть пространство для альтернативных повествований о жизни (White, 1995; Freedman & Combs, 1996).

Сторонники нарративного подхода противостоят также и функционалистским элементам в семейных системах, и психоаналитическим моделям, которые приводят психотерапевтов к убеждению, что проблемы внутренне присущи индивидам (как трактовали бы их психоаналитики). Вместо этого сторонники нарративного подхода считают, что проблемы возникают, поскольку наша культура вынуждает людей втискивать себя в узкие рамки саморазрушительных взглядов на себя и на мир. В определенном смысле нарративная терапия завершает процесс расширения круга ответственности за проблемы. То есть психоанализ обвинял индивидов, системные психотерапевты спасали индивидов и обвиняли семьи, теперь же сторонники нарративной терапии спасают индивидов и семьи и возлагают вину за их проблемы на общество.

В противоположность способу, которым наша культура убеждает людей в том, что их проблемы — это они сами, сторонники нарративной психотерапии *экстернализуют* проблемы. Вместо того чтобы сосредоточиваться на том, что у клиента есть проблема или он сам представляет собой проблему, они — сторонники нарративной терапии — вовлекают клиентов в экстернализующий разговор, поощряющий клиентов думать о себе как о людях, борющихся со своими проблемами. Они говорят о проблеме, как если бы она была некоей отдельной сущностью, угнетающей каждого члена семьи, включая конкретного пациента. Ни пациент, ни члены его семьи не являются проблемой — проблема есть проблема. В соответствии с этой философией и в отличие от многих семейных психотерапевтов сторонники нарративного подхода не занимаются исследованием семейной динамики или структуры, чтобы обнаружить, где кроются изъяны, которые могли бы создавать и поддерживать проблему. Их не интересует вклад семьи в проблему, они исследуют, как проблема влияет на семью и на сконструированные обществом мнения, которые поддерживают воздействие проблемы.

Идея о том, что семьи и индивиды не являются виновниками создания проблем, требует особого взгляда на людей и на то, как легко они поддаются влиянию так называемого доминирующего дискурса (преобладающими и зачастую вредоносными культурными темами) в обществе. Социальный конструктивизм пре-



красно соответствует этому, поскольку рисует образ человека, легко поддающегося влиянию культурных нарративов.

На протяжении десятилетий семейные психотерапевты принимали взгляд Милтона Эриксона на человека как на неистощенный источник неиспользованных ресурсов — через изменение интерперсонального контекста человека мы высвободили эти внутренние ресурсы. Такую точку зрения не приняли социальные конструктивисты, которые отвергают идею «я» как источника чего бы то ни было. Они придерживаются текучей (или пластичной) версии личности, испытывающей постоянное мощное влияние других людей в процессе взаимодействия с ними (Gergen, 1991; Weingarten, 1991). Такая личность по сути своей ни плоха и ни хороша — фактически она никакая, скорее она непрерывно реконструируется через взаимодействие с другими личностями. Именно поэтому Уайт называет ее конституционалистской личностью (White, 1991, 1993).

Поскольку, согласно конституционалистской точке зрения, на нас оказывают влияние доминирующие культурные нарративы, мы должны постоянно переоценивать свои представления, чтобы убедиться в том, что мы конституируем себя в соответствии с тем, какими мы хотим быть, а не с тем, какими нас вынуждает быть общество. Это ключевое положение, имеющее глубокий смысл для личных и профессиональных отношений. Когда Джилл Фридман перешла от восприятия себя как источника ресурсов к тому, что она должна постоянно выбирать, как ей думать и действовать, ей стало плохо.

Я всегда верила, что «глубоко внутри» являюсь хорошим человеком, что бы ни делала. Если бы нам действительно пришлось принять эти новые способы мышления и восприятия... мы стали бы отвечать за непрерывное конституирование себя такими, какими мы хотели бы быть. Нам пришлось бы исследовать принятые на веру истории нашей локальной культуры, контексты, в которые мы входим, отношения, которые мы культивируем, и прочее с тем, чтобы постоянно пересоздавать и модернизировать свои повествования (Freedman & Combs, 1996, с. 17).

Концепция «текучей» личности, которая конституируется через меняющиеся течение нарративы и не обладает никакими неотъемлемыми и длительно сохраняющимися качествами, является краеугольным камнем в основании нарративной терапии.

Эта концепция позволяет психотерапевтам убедиться в том, что, составляя новые нарративы совместно с клиентами, они делают все необходимое для наступления глубоких и, главное, устойчивых изменений в «я»-концепции и жизни клиентов. Новый нарратив становится ре конституированным «я».

Поскольку сторонники нарративного подхода отошли от взгляда на индивидов и семьи как на источник проблем и переклЮчили свое внимание на культурные верования и практики, они обратились к философам, которые могли дать им некоторое представление об обществе. Если наши конституционалистские «я» формируются нарративной средой, в которой мы обитаем, вероятно, нам следует побольше узнать об этой окружающей среде.

Французский социальный философ Мишель Фуко (Foucault, 1965, 1975, 1980, 1984) посвятил свою жизнь разоблачению того, как различные дискурсы в обществе (широкомасштабные нарративы, которые формируют распределение власти) дегуманизировали, объективизировали и маргинализировали различные социальные группы, поддерживая при этом власть других групп. Фуко оказал огромное влияние на Майкла Уайта и соответственно на все нарративное движение. Фуко считал себя историком систем мышления и разоблачал произвольные деспотичные процессы в истории человечества, из-за которых определенные люди или практики клеймились как ненормальные: речь шла о безумии — болезни, криминальности и сексуальной ориентации. Ярлыки навешивались, а затем их носители притеснялись.

Фуко не только считал, что те, кто конструирует доминирующие в обществе нарративы (те, кто, как считается, должны быть экспертами в различных областях), обладает властью исключать группы, но и полагал также, что сами нарративы становятся интернализированными истинами для всех членов общества настолько, что все люди начинают оценивать свое тело, достижения и личностные качества на основании стандартов, установленных законодателями общества (врачами, работниками сферы образования, духовенством, политиками, знаменитостями). Подобно тому как доминирующие в культуре дискурсы заглушают голоса маргинальных групп, так и внутри индивида подавляется его «я»-концепция, отличающаяся от культурных норм.

Таким образом, под влиянием Фуко Уайт принял аксиому социального конструктивиста, говорящую о том, что не существует абсолютных истин в мире с политическим направлением в сторону деконструкции (переоценки, направленной на их происхождение и их воздействие) утвержденных истин, которые уг-

нетающе действуют на жизнь людей. Сторонники нарративной психотерапии могут и не затрагивать на своих заседаниях темы культуры, но они всегда рассматривают проблемы с точки зрения политики. Они не просто интересуются влиянием очевидно вредоносных социальных нарративов, таких, как женоненавистничество, расизм, классовая кастовость и гетеросексуализм; они также обращают внимание на более тонкие аспекты давления, касающиеся вопросов повседневной жизни. Например, мысли людей о том, сколько денег они должны зарабатывать, сколько машин им нужно иметь и насколько совершенными должны быть их дети.

Предполагается, что сторонники нарративной терапии изучают также влияние этих культурных тем на их собственные нарративы. В таком случае для многих приверженцев этого направления нарративный подход — больше нежели просто еще одна школа психотерапии — это их жизненная ориентация. Многие психотерапевты пришли в это направление с сильными политическими убеждениями и стремлением оказать помощь притесняемому обществу. Именно политический элемент оказался для них чрезвычайно привлекательным. Выдающиеся психотерапевты-нарративисты Джилл Фридман и Джин Комбс (1996, с. 14) так описали свою первую встречу с Уайтом:

...он цитировал Мишеля Фуко, который писал об объектификации и подавлении личности, и говорил о том, как помочь людям, находящимся под пристальным взглядом доминирующей культуры. Достигшие среднего возраста активисты 60-х, мы не представляли себе, как будут выглядеть эти идеи в приложении к психотерапии, но были убеждены, что хотим это понять!

Для многих сторонников нарративной психотерапии терапевтическая практика — это лишь один аспект жизни, посвященной установлению социальной справедливости.

Готовность сторонников нарративной психотерапии пересмотреть полученные истины неизбежно предполагает также критический разбор существовавших доктрин семейной психотерапии. Критика со стороны феминистов положила начало пересмотру фундаментальных принципов в этой области. Семейные психотерапевты с феминистическими взглядами возражали против патриархальной модели семьи, и феминистические теории оказали сильное влияние на нарративное мышление.

Приверженцы нарративного направления не только подвергали пересмотру существовавшие теоретические положения семейной психотерапии, но и отвергли многие из них.

Подводя итог всему изложенному, можно сказать, что сторонники нарративной психотерапии приложили политический анализ общества, сделанный Фуко, к пониманию индивидов и семей, как находящихся под доминирующим влиянием подавляющих усвоенных нарративов, от которых их нужно освободить. Нарративисты почерпнули свои идеи из работ Джерома Брунера и других социологов, которые изучали нарративы для понимания того, как они конструируются у человека и как их можно деконструировать<sup>1</sup>. Нарративный подход требует новой «я»-концепции, и понятие Уайта о конституционалистском «я» заимствовано из взглядов социальных конструкционистов — взглядов на «я» как на феномен социального конструирования. Эти новые теоретические положения не стали дополнением к существующей теории семейной психотерапии, а, напротив, были предложены как замена системных взглядов на семью и на индивида, наделенного неотъемлемым и устойчивым «я».

## Нормальное развитие семьи

Сторонники нарративной психотерапии избегают суждений о том, что нормально и что ненормально. Читатели могут вспомнить, что Фуко подвергал критике положение, при котором теории о том, что является нормальным, использовались для поддержания несправедливого распределения власти и притеснения определенных групп. На протяжении истории человечества слишком часто подобные суждения, вынесенные властью имущими, навязывались тем, кто не имел права голоса по этому вопросу. Люди или семьи должны были придерживаться нормативного идеала и считались здоровыми или больными в зависимости от соответствия этому идеалу. Скрывая свою предубежденность под маской науки или религии, эти концепции «овеществлялись» и интернализировались. Стандарты, предусматривающие одну

Термин *деконструктивизм* наиболее тесно ассоциируется с именем Жака Деррида (Derrida, 1992), который анализировал литературные тексты с целью показать, что они не имеют ни одного истинного значения. Сторонники нарративной терапии используют этот термин в политическом смысле, обозначая им разрушение политических дискурсов, тогда как идеи Жака Деррида были более релятивистскими.

мерку для всех, наделили патологическими свойствами различия, связанные с половой принадлежностью, культурным и этническим фоном, сексуальной ориентацией и социально-экономическим статусом. Постмодернисты стремятся избегать подобных обобщений, отмечающих всякие различия.

По словам Барбары Хелд (Held, 1995, с. 21), постмодернистская нарративная психотерапия впервые открыто выступила за устранение всех категорий проблем (например, диагнозов), встроенных в общие законы причинности и разрешения проблем. Сами эти категории и законы разоблачены психотерапевтами-постмодернистами как вводящие в заблуждение и неуместные в психотерапевтическом процессе из-за их обобщенности и претензии на объективность, которую психотерапевты-постмодернисты считают недостижимой.

Хотя многие семейные психотерапевты могут видеть опасность сведения людей к диагнозам DSM-IV, им, возможно, окажется непросто рассматривать свои излюбленные концепции, такие, как жесткие границы, коалиции поколений или самодифференциацию, как дегуманизирующие или маргинализирующие. Но стать сторонником постмодернистской нарративной психотерапии — означает отказаться от всех подобных категорий. Нарративисты хотят отвести психотерапевтов от позиции вынесения суждения о клиентах и считают, что эти концепции содержат внутренне присущие им оценки, потенциально превращающие людей в объекты. Они хотят, чтобы психотерапевты помогали людям осмысливать свой прожитой опыт, вместо того чтобы принимать интерпретацию этого опыта от психотерапевта.

В своей последней работе Уайт (White, 1997) пишет, что позиция сотрудничества с клиентом в отличие от позиции эксперта полезнее не только для клиента, но и для психотерапевта. Причина профессионального выгорания психотерапевта кроется в принятии ответственности за жизнь своих клиентов и в дистанцировании от них во имя поддержания собственного профессионализма. Уайт призывает психотерапевтов быть прозрачными — полностью признавать наши идеи просто как наши взгляды, которые могут быть обусловлены нашей расой, полом и классом, а не представлять их как истину.

Фактически сторонники нарративной психотерапии настолько озабочены тем, чтобы избежать непреднамеренного навязывания собственных культурных предубеждений семьям, что по-

стоянно пересматривают свои исходные положения и отстаивают вклад маргинализированных групп, с которыми работают.

Например, группа «Справедливая терапия» в Новой Зеландии сформировала комитеты проблем пола и культурных особенностей, представленных людьми из доминирующих групп, с которыми проводятся постоянные консультации по вопросам, касающимся терапии или политики (Waldegrave, 1990; Tamasese & Waldegrave, 1993). В дополнение к духу открытости, о котором упоминалось выше, психотерапевты группы стараются поместить себя в одну среду с клиентами, т. е. раскрыть те представления и убеждения, которые формируют их терапию, так, чтобы клиенты знали, с чем они имеют дело, и смогли критически оценить направление терапевтического процесса. Клиентов также поощряют к тому, чтобы они просвещали психотерапевтов относительно их культурных затруднений и поправляли психотерапевтов, когда те высказывают предположения, не согласующиеся с опытом клиентов (White, 1993; Freedman & Combs, 1996).

По мнению Уайта (White, 1993, с. 57), «психотерапевты смогут отказаться от мысли, что они имеют привилегированный доступ к истине, если будут подталкивать своих клиентов к тому, чтобы те помогали им в поисках понимания... Психотерапевты смогут усомниться в том, что они сами являются экспертами по проблеме... и имеют объективное и непредвзятое мнение о реальности».

Сторонники нарративной психотерапии стараются не делать предположений о людях, с тем чтобы удостоить вниманием уникальную историю и культурное наследие каждого человека. Но, может быть, невозможно быть психотерапевтом и не иметь определенных базовых допущений о людях и о том, как люди меняются? С точки зрения нарративной теории, описанной в предыдущем разделе, мы можем выделить четыре основных базовых положения: (1) у людей добрые намерения — они не ищут проблем и не нуждаются в них; (2) люди испытывают сильное влияние доминирующих дискурсов; (3) люди не тождественны своим проблемам; (4) люди способны конструировать альтернативные, повышающие их доверие к себе повествования, которые однажды отделяются от их проблем и от общепринятой мудрости, которую они интернализовали. На этих положениях основывается практика нарративной психотерапии.

## Развитие расстройств поведения

Если повествования, которыми человек описывает свою жизнь, приводят его к конструированию своего опыта как бесполезного, он может увязнуть в собственных проблемах. Его проблемы, вероятно, будут сохраняться до тех пор, пока более оптимистические версии событий, которые можно было бы столь же легко извлечь из повествования человека, не станут доминирующими.

Так, например, мать-одиночка, жизненный нарратив которой отражает неверие в то, что кто-то может ее полюбить, резко реагирует всякий раз, когда ее дочь-подросток нарушает установленный матерью «комендантский час». Такой нарратив заставляет мать отмечать все случаи позднего возвращения дочери, замечать окурки, оставленные на веранде, и пропускать те случаи, когда дочь готовит уроки или вызывается вымыть посуду. Каждый проступок дочери укладывается в созданный матерью нарратив, и получается, что никто, даже собственная дочь, не любит ее по-настоящему. Дочь, в свою очередь, остро воспринимает критику матери в адрес своих друзей и взрывается по поводу каждого замечания, забывая те случаи, когда мать проявляла уважение к ее мнению или хвалила за успехи. Постепенно у дочери формируется нарратив «на людей не угодишь», в ней растет стремление к бунту, заставляющее не обращать внимание на то, что подумает мать, а вместо этого делать лишь то, что доставляет удовольствие ей самой, например развлекаться на вечеринках глубоко за полночь. Короче говоря, обе стороны не просто застряли в паттернах контроля и бунта, но, если говорить более конкретно, в таком паттерне, когда отмечаются только эпизоды контроля или бунта.

Все описанное выше может показаться не слишком отличным от описаний, которые дали бы обострению порочного цикла отношений между матерью и дочерью другие школы семейной психотерапии. Разница заключается в том, что сторонники нарративного подхода не фокусируется на результате поведения. Они отрицают кибернетическую метафору, согласно которой мать и дочь оказались в петле дисфункциональной обратной связи, взаимодействуя и реагируя друг на друга неэффективными способами. Вместо этого нарративисты сосредоточивают внимание на том, как мать и дочь обмениваются своими повествованиями. Именно их повествования («меня не любят», «ко мне придирают-

ся») влияют не только на то, что они замечают (опоздания, попреки), но и на то, как они интерпретируют свои наблюдения.

Сторонники нарративного направления именуют такие паттерны узконаправленного видения «проблемонасыщенными» повествованиями, которые, утвердившись раз, вынуждают каждую сторону к ответным реакциям, вписывающимся в проблемное повествование и поддерживающим ее. До тех пор пока родители будут концентрировать свое внимание на проступках детей, они сосредоточены главным образом на контроле и критике. И пока подростки будут считать, что родители изводят их придирками, их поведение так и останется вызывающим. Взаимные реакции провоцируют повторение все тех же паттернов поведения и поддерживают дальнейшее закрепление проблемных повествований.

Подобные замкнутые и жесткие нарративы предполагают предрасположенность к деструктивным эмоциональным состояниям и убеждениям, которые сторонники нарративной психотерапии любят характеризовать как результат воздействия извне, а не как присущие человеку качества. Нарративисты же вовсе не считают проблемные чувства или убеждения некими самостоятельными дьявольскими сущностями, они рассматривают их как внешние по отношению к людям в том смысле, что это — культурные конструкты, формируемые в обществе, а не внутри человека. Сторонники нарративной психотерапии полагают, что экстернализация проблем помогает человеку освободиться от восприятия своего «я» как патологического. Экстернализация проблем способствует ослаблению чувства вины и тенденции к обвинению окружающих. Проблема не в дочери, а в бунтарстве; не в матери, а в гиперчувствительности. Вместо того чтобы сражаться друг с другом, мать и дочь могут объединиться для преодоления бунтарства и гиперчувствительности. Каким же образом у членов семьи создаются проблемные нарративы, которые в конечном итоге приводят к расстройствам поведения? Отчасти они, конечно, являются результатом интеракции друг с другом. Однако сторонники нарративной психотерапии считают, что поиск вызывающих проблемы факторов внутри семьи или в самой личности — это способ «вступления в сговор» с проблемонасыщенными повествованиями. Чтобы избежать подобного сговора, Майкл Уайт и исходит из положения, что проблема не в семье и не в личности; проблема в самой проблеме (White, 1989). Часто люди входят в терапевтический процесс, находясь во власти убеждения, что они сами являются проблемой, либо защищают-



ся от того, кто представляет для них проблему. Они подробно останавливаются на том, какие неудачи постигали их в жизни из-за существования проблемы и неспособности ее преодолеть. В результате люди выводят негативные события своей жизни и негативные аспекты своей личности на передний план, чувствуют свою беспомощность и соответственно становятся легкой добычей для новых проблем. Уайт пишет:

Хотя проблему, как правило, характеризовали как внутреннее свойство ребенка, она затрагивала всех членов семьи, часто ошеломляла и подавляла их. Разными способами они истолковывали продолжающееся существование проблемы и свои неудачные попытки ее разрешения как отражение проблемы на себе, друг на друге и/или на семейных отношениях (White, 1989, с. 5).

Если проблемы не являются результатом интеракции в семье или психодинамикой, то как же они возникают? Для ответа на этот вопрос сторонники нарративной терапии предлагают переключить внимание с поиска патологии внутри человека или семьи на понимание того вредного влияния, которое могут оказать на нашу жизнь культурные нарративы.

Установившаяся система взглядов на патологию дает возможность проигнорировать то, в какой степени проблемы, для решения которых люди обращаются за помощью к психотерапевту, являются итогом определенных привычек в отношениях и собственных привычек, многие из которых фактически сформировались благодаря современным понятиям «индивидуализма»... и зачастую увязали в структурах неравенства, существующих в нашей культуре, в частности, относящихся к полу, расовой, этнической, классовой принадлежности, экономическому статусу, возрасту и т. д. (White, 1995, с. 115).

Невроз анорексии, к примеру, можно рассматривать как интернализацию навязчивой идеи о стройности и красоте и культы самодисциплины и стремления вырваться вперед. Объясняя поведение женщины, изводящей себя голоданием, болезнью или дисфункциональными отношениями в семье, мы не только сужаем картину, но и избегаем возможностей противостоять сложившимся культурным стереотипам.

По мнению Уайта, например, представление о мужчинах, проявляющих насилие по отношению к женщинам, как о преступниках или выходцах из семей, где царило насилие, позволяет мужчинам-психотерапевтам избежать размышлений о связи между склонностью к насилию их клиентов и свойственным нашей культуре приукрашиванием образов властелина, завоевателя и пробивного человека. Уайт говорит, что это позволило бы ему как мужчине «избежать противостояния участию в воспроизведении доминирующих способов мышления и существования» (White, 1995, с. 218). Он видит в психотерапевте человека, ответственного не только за понимание собственных позиций и действий, но и за активное недопущение социокультурных несправедливостей, которые притесняют и маргинализуют людей.

Это — еще одно отступление от клинической традиции, в которой уже давно прозвучало предупреждение об опасности навязывания клиентам собственных ценностей и о пользе соблюдения строгой нейтральности. И все же политическая установка Уайта является логическим расширением его отношения к развитию расстройств. Если проблемы являются продуктом интернализации доминирующих в нашей культуре дискурсов, нет причин предполагать, что психотерапевты обладают иммунитетом против таких процессов интернализации. Мы плаваем в тех же культурных водах, что и наши клиенты.

## Цели терапии

Нарративные психотерапевты не решают проблемы. Они заинтересованы в пробуждении людей ото сна, в который те погрузились, убаюканные доминирующими культурными мелодиями, чтобы они могли иметь полный диапазон выбора. Или, как любят говорить нарративные психотерапевты, соавторство в создании с клиентами новых повествований о себе, акцентирующее внимание на предпочитаемые клиентами способы отношения к себе и к другим.

Нарративная психотерапия имеет своей целью трансформацию идентичности клиентов: от восприятия себя как неудачника к представлению о себе как о герое. Это достигается не тем, что членов семьи заставляют встретиться лицом к лицу с их конфликтами или быть честными друг с другом, но отделением личности от проблемы и затем спланированием семьи в борьбе против общего врага. Можно также перебрать семейную историю, чтобы найти

«уникальный выход» или «блистательные события» — эпизоды, когда клиенты сопротивлялись проблеме или вели себя таким образом, который противоречил проблемному повествованию.

Например, если Алиса считает себя зависимой от мужчин, Уайт не стал бы исследовать причины такого состояния или давать советы по изменению паттерна поведения. Вместо этого он стал бы задавать вопросы о влиянии самообвинения на ее жизнь, попросил бы членов семьи помочь ей избавиться от самообвинения и выделил бы те эпизоды в ее жизни, когда ее отношения с мужчинами строились предпочтительным для нее образом. Он мог бы также предложить ей исследовать влияние общественного взгляда на женщину, находящуюся в тисках самообвинения, влияние на ее жизнь факта зависимости и то, согласна ли она с такими взглядами.

Нарративная психотерапия является, таким образом, терапией освобождения. Алиса освобождается от самообвинения, сопровождающего ее взгляд на себя как на зависимую, от презрительного отношения к ней членов семьи; от установленного культурной традицией взгляда на женщин; и, по мере того как она разовьет свою способность сопротивляться самообвинению, она сможет освободиться от старых паттернов поведения с мужчинами. У человека, однажды освободившегося от своих старых повествований, открывается пространство для предпочтительных нарративов о себе, которые были маргинализированы или скрыты под старыми нарративами. Алиса вместе со своим психотерапевтом может конструировать новое видение себя (например, в качестве героини, ведущей тяжелый бой против притеснения женщин), требующее поддержания, чтобы противостоять влиянию доминирующей культуры и людям, пропитанным ею.

Нарративная психотерапия — это не просто подход, ориентированный на решение проблемы. Это — стремление помочь людям переписать историю их жизни — пересмотреть свое прошлое и пересоздать свое будущее.

Вместо того чтобы объективизировать людей с точки зрения синдромов, подлежащих излечению, или проблем, требующих решения, нарративные психотерапевты помогают клиентам развивать новые истории своей жизни, свидетельствующие об их достоинстве и компетентности. Нарративисты рассматривают свою деятельность как политическое предприятие — освобождение клиентов от поработающих культурных установок и воудушевление их на то, чтобы они становились активными творцами собственной жизни.

## Условия изменения поведения

Поскольку сторонники нарративной психотерапии считают, что поступки людей вытекают из повествований, которыми они себя описывают, для изменения поведения необходимо изменение нарратива. Людям нужно помочь идентифицировать проблемонасыщенные повествования и отделить себя от них и тех лишаящих уверенности в себе культурных установок, которые они интернализовали. Человеку, однажды освободившемуся от непродуктивных нарративов, открывается простор для новых и более конструктивных представлений о себе. Вооруженные новыми повествованиями, члены семьи объединяются друг с другом и с поддерживающими их сообществами, чтобы настойчиво и с оптимизмом совместно преодолевать свои проблемы.

Практика нарративной психотерапии заключается в том, чтобы помочь клиентам деконструировать непродуктивные повествования и реконструировать новые и более продуктивные. Под деконструкцией (термин заимствован из литературоведения) нарративные психотерапевты понимают оспаривание или разоблачение основных предположений. *Экстернализация* проблемы является одним из способов деконструкции установок, предполагающих патологию, которые часто окружают проблему. Вместо того чтобы рассуждать о «лени Салли», нарративисты будут задавать вопросы о периодах, когда «ею овладевает желание отложить выполнение работы». Когда проблема экстернализирована и заново сформулирована на языке, более приближенном к опыту, человек может начать противостоять ей. Рассматривая проблему как внешнюю сущность, нарративные психотерапевты дают семьям свободу разоблачить ее влияние на их жизнь.

После экстернализации проблемы нарративные психотерапевты задают вопросы об «уникальных эпизодах» — случаях, когда клиенты противостояли влиянию проблемы. Уникальные эпизоды открывают простор для новых фабул, новых и более надежных способов конструирования событий. Человек, который отождествляет себя с депрессивным состоянием, видит свою жизнь в черных тонах. Депрессия становится стилем жизни. Но если этот человек подумает или скажет: «Меня одолела неуверенность в себе», он, возможно, вспомнит периоды, когда не давал неуверенности взять над собой верх. Обращение к таким эффективным периодам открывает возможность сплетения вокруг них новых, более оптимистических повествований, способствующих изменению самовосприятия.

Точно так же нарративные психотерапевты стремятся к тому, чтобы члены семьи перестали воспринимать друг друга через призму «обобщающих суждений» (обеспечивающих их единым набором фрустрирующих реакций), которые приводят семью к поляризации и антагонизму. Так, если родители считают своих детей-подростков безответственными, то те в ответ будут думать, что родители не умеют по-настоящему заботиться о своих детях. Или родители, обобщающие свое представление о ребенке в определении «ленивый», могут восприниматься как назойливые и придирчивые. До тех пор пока обе стороны будут упорствовать в подобных поляризованных взглядах, у них может не найтись времени подумать о собственных желаниях и предпочтениях. В несчастливых семьях люди бывают столь заняты, что у них нет времени разобраться, какими они хотят стать или какими их ожидают видеть другие.

В дополнение к очевидно когнитивному акценту в этом подходе нарративные психотерапевты указывают на эмоциональный компонент, подчеркивая, насколько сильными должны быть интерес к опыту клиентов и желание его понять. Попытка свести любую форму терапии к набору техник помешает проявлению важных человеческих качеств хорошего психотерапевта и лишит четкости терапевтические отношения.

Майкл Уайт являет нам воодушевляющий пример умения видеть в людях самое лучшее, даже когда они утратили веру в себя. Он знаменит своим настойчивым разоблачением негативных повествований. Уайт просто не позволит людям, приходящим к нему на консультирование, погрузиться в свои невзгоды. Такой неослабный оптимизм представляется столь же жизненно необходимым для успеха нарративной психотерапии, сколь и любые другие особенности этого подхода. По словам Билла О'Ханлона,

...если вы не убеждены до глубины души в том, что люди не тождественны своим проблемам и что их трудности являются социальными и личностными конструктами, то вы не увидите трансформаций. Когда в дело вступают Эпстон или Уайт, можно сказать, что они абсолютно убеждены в том, что люди не тождественны своим проблемам. Их голос, поза, все их существо излучают возможность свершений и надежду (O'Hanlon, 1994, с. 28).

Прочная вера в людей, которую сторонники нарративной психотерапии выражают с искренним уважением и заботой, заразительна. По мере того как клиенты начинают доверять психотерапевту, они могут заимствовать эту уверенность и использовать ее для того, чтобы справиться со своими проблемами.

Поскольку нарративисты убеждены в том, что «я» конструируется в социальном взаимоотношении и, следовательно, новые повествования подвержены разрушительному влиянию того самого контекста, в котором сформировались старые повествования, они используют различные методы поддержки клиентов. Один из способов помочь клиентам заключается в формировании аудитории, поддерживающей успех клиентов, которые создают новые повествования о себе.

Клиентов могут попросить вступить в контакт с людьми из их прошлого, могущими засвидетельствовать подлинность нового повествования — подтвердить и дополнить ее эпизодами, в которых человек действовал компетентно или героически. Клиентов поощряют также к тому, чтобы они сами выбирали знакомых им людей, которые могли бы составить аудиторию, служащую поддержкой их новым повествованиям. Друзья, родственники, коллеги — каждый, кто был бы готов засвидетельствовать те изменения, которые формирует клиент, может по просьбе клиента, выступить в этой роли. В некоторых случаях эти люди могут быть собраны в команду поддержки (White, 1995) и составить план встреч для обсуждения, как они могут содействовать работе клиента по преодолению воздействия проблемного повествования. Иногда формируются «лиги» — постоянно действующие группы людей с одинаковыми проблемами, — чтобы ее члены могли оказывать друг другу взаимную поддержку в противостоянии этим проблемам. Например, Ванкуверская Лига антианорексии и антибулимии (Madigan, 1994) выпускает свой бюллетень, который пропагандирует идеал стройности и поощряет женщин прибегать к диетам, направляет письма главам компаний и средствам массовой информации. Дэвид Эпстон первым начал использовать написание писем с целью распространения терапевтической беседы за пределы сеанса. Эти письма часто выражают глубокое понимание переживаний клиента, содержат краткое изложение нового повествования и убежденность терапевта в способности клиента к дальнейшим успехам на пути достигнутого прогресса. Преимущество этой техники состоит в том, что

слова, высказанные в письме, остаются, тогда как слова, произнесенные в ходе беседы, могут постепенно забываться. Клиенты сообщали Эпстону, что они регулярно перечитывают его старые письма, чтобы вспомнить, через что они прошли и как далеко продвинулись (Epston, 1994).

Все эти усилия — набор поддерживающей аудитории, групп и лиг, написание писем, выдача сертификатов — соответствуют акценту, который социальные конструктивисты делают на значении интеракции в процессе формирования и поддержания изменения. Для закрепления новой идентичности своего «я» люди нуждаются в сообществах или документальных свидетельствах, подтверждающих и укрепляющих новые нарративы и ослабляющих влияние превалирующих культурных или семейных установок, противоречащих этим новым нарративам. То, что происходит во время сеанса, есть лишь начальный этап нарративной терапии, так как цель ее заключается не в том, чтобы просто решить проблему, а в том, чтобы изменить сам способ мышления клиента и его жизни.

## Техники

Техники нарративной психотерапии направлены на формирование у человека уверенности в собственных силах, помогая ему отделиться от порабошающих его повествований и проблем и открывая простор для альтернативных повествований, которые были потеряны или не осознаны. Техники стимулируют процесс пересоздания клиентами повествований о них самих, их проблемах и взаимоотношениях.

Нарративные техники представлены в форме вопросов. То, что вопросам отводится особое место в терапевтическом процессе, сближает подход Уайта с другими психотерапевтическими моделями (модель Боуэна, модель миланской группы, модель, фокусированная на решение проблемы, модель Андерсон и Гулишиана), однако ни в одной другой модели вопросам не придается столь исключительное значение и не существует столь тщательно разработанных категорий вопросов. В своей работе Майкл Уайт почти никогда ничего не утверждает и не интерпретирует. Он просто задает вопрос за вопросом, часто повторяя ответы и записывая их.

Было бы невероятно сложно выучить все эти различные типы вопросов, если бы каждый из них на очередном этапе совмест-

ного творения новых нарративов не преследовал определенную цель. Далее мы представим типичные этапы процесса нарративной психотерапии и приведем образцы вопросов, ассоциированных с конкретным этапом.

## НАЧАЛО ТЕРАПИИ

Некоторые нарративные терапевты, например Вики Циммерман и Джеф Диккерсон, стараются привлечь к работе всех членов семьи, которых затрагивает проблема. Другие, такие, как Джилл Фридман и Джин Комбс, предпочитают работать с отдельными членами семьи.

На первом сеансе нарративные психотерапевты обычно уделяют несколько минут выяснению того, как люди проводят свое время. Это дает терапевту возможность оценить, что думает о себе их клиент, не входя в подробности истории жизни и не ссылаясь на причины его неудач, что часто является частью жизненных повествований. В качестве следующего средства создания атмосферы сотрудничества Циммерман и Диккерсон (Zimmerman & Dickerson, 1996) предлагают клиентам задавать любые вопросы о терапевтах. Они также говорят, что, если клиентам захочется прочесть их записи, они смогут это сделать. Терапевты часто делают по ходу разговора записи, которые не только помогают им сохранять в памяти важные эпизоды, но и утверждают клиента в том, что к их мнению относятся с уважением.

## ЭКСТЕРНАЛИЗАЦИЯ: «ЛИЧНОСТЬ НЕ ЕСТЬ ПРОБЛЕМА»

В начале процесса нарративные психотерапевты просят клиентов рассказать свое, как определяет ее Уайт, проблемонасыщенное повествование. Они слушают долго, чтобы клиентам передалось их внимательное отношение к проблеме. После того как доверительная атмосфера установлена, терапевт начинает задавать вопросы, которые экстернализуют проблему и делают очевидным воздействие проблемы на жизнь и взаимоотношения клиентов.

Со стороны проблема видится внешней по отношению к людям и влияющей на них. «*Это* привело их сюда». Каждого человека просят высказать свое мнение об *этом*. С самого начала ис-



пользуется экстернализирующий язык. Один из способов осуществления этого — задавать вопросы о воздействии проблемы, а не о ее причинах (вопросы о причинах обычно приводят к атрибуциям вины). Это называется «картирование ландшафта проблемы». «Как *Вина* влияет на вас?», «Какой еще эффект она оказывает?», «Что говорит вам *Вина*?».

Экстернализирующие вопросы относительно выявленной проблемы подразумевают, что она никому не принадлежит, а, напротив, старается сама завладеть людьми. Например, в случае, когда родители описывают свою проблему как отсутствие доверия к дочери из-за ее скрытности, терапевт не отражает сказанное в форме: «Итак, вас беспокоит скрытность вашей дочери». Вместо этого он может сказать: «*Скрытность* заставляет вашу дочь вести себя таким образом, что в ваших отношениях образуется трещина, это верно?»

В некоторых случаях экстернализируются целые паттерны взаимоотношений, особенно когда люди склонны обвинять друг друга. Например, в только что описанном случае, когда реакция родителей на скрытность их дочери-подростка выражалась в усилении контроля, Вики Диккерсон решила выделить именно «трещину» как элемент, поддерживающий этот паттерн, потому что все могли бы сойтись в одном: всем не нравится трещина в отношениях, которая может привести к расколу семьи. Таким образом, вместо того чтобы отождествить проблему со скрытностью дочери или недоверием родителей, Вики Диккерсон экстернализовала *Трещину-в-отношениях* как то, что способствует скрытности и контролю вследствие недоверия. *Трещина-в-отношениях* говорила родителям, что их дочери нельзя доверять, и она же заставляла девочку становиться все более скрытной и отдаляться от родителей. *Трещина-в-отношениях* стала той проблемой, для борьбы с которой члены семьи смогли объединиться (Zimmerman & Dickerson, 1996).

Будь то внутреннее переживание (чувство вины, недовольство собой), синдром (анорексия, депрессия) или паттерн взаимоотношений (разлад), экстернализованная проблема всегда персонифицируется — представляется в виде незваного захватчика, стремящегося подчинить себе жизнь членов семьи. Например, при обсуждении проблем питания женщину спрашивают о том, как *Анорексия* убеждает ее морить себя голодом. Ребенку, страдающему фобией, задают вопрос, каким образом *Страх* заставляет его повиноваться и как часто *Страху* удастся добиться повинования. Мать, испытывающую чувство вины, спрашивают, каким

образом *Недовольство собой* заставляет ее осознавать себя плохой матерью.

Можно также экстернализовать культурные установки и стандарты, порабошающие культурные дискурсы. Например, женщину, которой задавали вопросы о влиянии на нее Анорексии, можно спросить, чего, по ее мнению, ожидает от женщин общество — сотрудничества с Анорексией или борьбы с ней. В этом случае *То-чего-общество-ждет-от-женщин* становится новой проблемой, которую нужно назвать и преодолеть.

Экстернализирующая беседа иной раз принимает странный оборот для членов семьи, непривычных к разговору о неких чуждых им сущностях, заполонивших их дом. Следовательно, у психотерапевта, который рассматривает экстернализацию просто как технику, может отсутствовать уверенность, необходимая для преодоления чувства неловкости у себя и своих клиентов из-за того, что им нужно мыслить подобным образом. С другой стороны, психотерапевт обнаружит, что экстернализирующие беседы протекают свободно, если он действительно научится думать о проблемах как о демонах, паразитирующих на семейных конфликтах и недоразумениях.

По мнению Уайта, живучесть проблемы зависит от ее влияния на людей, и, следовательно, противостояние проблеме и устранение ее влияния ведет к отключению от проблемы жизнеподдерживающей системы.

Саллиан Рот и Дэвид Эпстон разработали упражнение, призванное помочь терапевтам ухватить самую суть того, что значит воспринимать проблему как внешнюю по отношению к людям. Их студенты по очереди исполняют роль проблемы. Это может быть, например, проблема *Недовольства собой*. Остальные студенты задают «проблеме» вопросы типа: «При каких обстоятельствах вам удалось внедриться в мир того-то?», «Каким образом вы влияете на жизнь семьи и друзей того-то?».

Если бы такое существо действительно присутствовало в жизни семьи, было бы вполне естественно расспросить членов семьи о том, как оно влияет на их жизнь и как оно заставляет их воспринимать себя и друг друга. Было бы также совершенно естественно спросить, как оно исхитрилось добиться их содействия и хотят ли они быть заодно с этим существом и морить себя голодом, или они борются с ним. Если подобные вопросы задаются искренне, большинство клиентов придут к идее того, что их проблемы являются внешними по отношению к ним самим.

Экстернализация сама по себе может иметь сильное воздей-

ствие на человека. С течением времени люди начинают отождествлять себя со своими проблемами. Они убеждены в том, что существование проблемы символизирует их недостатки. Такой способ мышления губительно действует на чувство уверенности в себе. Когда проблема экстернализуется, человек как бы выглядывает из-за нее, и члены семьи могут видеть, что перед ними более здоровый человек, нежели тот, которого прятала от них проблема.

Билл более не является депрессивной личностью, просто его временами *порабощает Депрессия*, его антагонист, который не нравится ему так же, как и его семье. По мере того как психотерапевт расспрашивает его о тактике и воздействии *Депрессии*, у Билла появляется мотивация на борьбу с ней.

Теперь у него появляются союзники в борьбе против «захватчика»: среди них и терапевт, и члены его семьи, и друзья, к которым он может обратиться за поддержкой. Кроме того, освободившись от депрессии как основной черты свой личности, он по-новому смотрит на себя и на то, чего он хочет, — открывается пространство для новых предпочтительных нарративов.

Можно привести и другие примеры экстернализирующих вопросов: «Итак, вас одолевает *Ревность*. Как Она это делает?», «Когда каприз убеждает Джея в том, что он должен кричать и визжать, ваша реакция ослабляет или питает этот каприз? Как вы считаете?», «Какими трюками *Неуверенность-в-себе* удерживает вас от смелых поступков?».

## КТО ВИНОВАТ - ЛИЧНОСТЬ ИЛИ ПРОБЛЕМА?

Бывает, что экстернализирующая беседа сразу же дает результат, но когда мы имеем дело с глубоко укоренившейся проблемой, эта процедура должна быть более длительной. Терапевт может задавать множество вопросов на протяжении нескольких сеансов, чтобы отобразить, как проблеме удастся внести разлад в семью или поработить ее и выяснить, в какой степени семья способна контролировать ее влияние. В беседе терапевт пользуется так называемыми «вопросами о взаимном влиянии» и вовлекает в обсуждение всех членов семьи. Благодаря этому становится ясно, что проблема затрагивает каждого члена семьи и во многих случаях она добивается успеха в нарушении взаимоотношений между членами семьи, разделяя и поработывая их. Отсюда вытека-

ет одно непереносимое условие: изменить свое отношение к проблеме и приложить усилия, чтобы справиться с ней, должны все члены семьи, а не только тот человек, с которым ассоциируется проблема.

Полезно продемонстрировать, в какой степени проблема заставляет людей мыслить и действовать иначе, чем им хотелось бы, задавая вопросы типа: «В какой степени *Булимия* повлияла на те ваши мысли и поступки в отношении друзей, о которых вы сожалеете?», «Насколько *Булимия*, подчинившая себе Дженни, мешает вам вести себя с ней так, как вам бы хотелось?», «Когда *Депрессия* одолевает вашего отца, как это влияет на семейную жизнь?», «Когда *Паранойя* обманом заставляет вас поверить, что все намерены вредить вам, до какой степени вы просто поддаетесь ей, хотя и знаете, что то, что она говорит вам, — неправда?».

## ЧТЕНИЕ МЕЖДУ СТРОК ПРОБЛЕМНОГО ПОВЕСТВОВАНИЯ

Задавая вопросы о взаимном влиянии, терапевт слушает ответы, выделяя «яркие события» или «уникальные эпизоды», когда человеку удавалось избежать влияния проблемы, и просит уточнить, каким образом он этого достигал. Если семьи поработаны проблемонасыщенными повествованиями, эти успехи и победы часто перекрываются превалирующими нарративами о неудачах и пессимизме. Другие терапевты могут «вступить в сговор» с проблемонасыщенными повествованиями: они задерживают внимание на их влиянии и наделяют их большей властью, навешивая на них не внушающие оптимизма ярлыки и устрашающие диагнозы. К счастью, однако, люди всегда сопротивляются полному поработанию, и, если терапевт проявляет настойчивость, те аспекты «прожитого опыта» клиента (противопоставленные их опыту, подчиненному доминирующему дискурсу), которые находятся в противоречии с проблемонасыщенным повествованием, проявятся в процессе интервьюирования. Эти уникальные эпизоды — яркие события — становятся кирпичиками для конструирования новых, более решительных повествований.

Это именно тот аспект нарративов, который придает им их силу, — способ, с помощью которого они выводят на передний план события, согласующиеся с повествованием, и выносят за рамки те, которые в нее не укладываются. Благодаря высвечиванию ге-

роических эпизодов, пусть даже небольших, и увязыванию их с историей семьи или личности рождается новый нарратив, который преобразует личность и принципы. Люди, которые ранее считали себя беспомощными из-за того, что были поработаны проблемой, вдруг начинают воспринимать себя как протагонистов, вовлеченных в борьбу за свою душу.

К вопросам, составленным с целью выявить уникальные эпизоды или яркие события, можно отнести, например, следующие: «Можете ли вы припомнить случаи, когда *Гнев* пытался завладеть вами, но вы не допустили этого?», «Были ли времена, когда ваша дочь не верила той лжи, которую *Анорексия* говорила ей о ее теле?», «Когда Дженни удавалось противостоять мощному давлению *Алкоголизма*, оценивали ли вы всю важность этого достижения?».

При том что уникальные эпизоды являются основными ингредиентами в рецепте для нового нарратива, неблагоразумно чрезмерно увлекаться ими преждевременно. Если терапевт непрерывно восторгается небольшими победами, тогда как клиент чувствует себя полностью под властью проблемы, у клиента могут возникнуть мысли, что терапевт не понимает, насколько плохи его дела, и он станет преувеличивать свои трудности до тех пор, пока не почувствует, что терапевт осознает всю остроту положения. А если клиенту покажется, что терапевт очень серьезно вникает в его повествование, у него может возникнуть ощущение, что от него ожидают быстрого изменения, и он начнет «фабриковать» свои победы — просто чтобы угодить терапевту. Поэтому терапевтам рекомендуется постараться выявить на первом сеансе один уникальный эпизод, но не привлекать к нему слишком большого внимания. На последующих сеансах можно уделить больше времени исследованию значения уникальных эпизодов, всегда стараясь при этом идти в ногу с клиентом и проявляя осторожность в том, чтобы не преуменьшать его трудности в связи с проблемой (Zimmerman & Dickerson, 1996).

## ПЕРЕСОЗДАНИЕ ВСЕГО ПОВЕСТВОВАНИЯ

До этого момента та часть личности, которая была связана с проблемой, была глубоко поражена. Однако нарративные психотерапевты заинтересованы в пересмотре полной идентичности клиента, а не только той ее части, которая ассоциируется с про-

блемой. Свидетельства в пользу компетентности клиента относительно проблемы, собранные путем тщательного исследования, могут быть использованы как семена, из которых произрастут новые нарративы, говорящие о том, что представляет собой человек в целом. Для достижения этого терапевт начинает задавать вопросы о том, что прошлые и настоящие победы над проблемой говорят о клиенте. «Что ваши победы над *Депрессией* говорят вам о вас как о личности?», «Какими личностными качествами должен обладать ваш сын, чтобы ему удалось справиться с проблемой?». Терапевт может также расширить границы жизненного повествования за пределы эпизодов, связанных с проблемой, чтобы найти дополнительные свидетельства для подкрепления нового самонарратива: «Что еще вы можете рассказать о своем прошлом, чтобы помочь мне понять, как вам удавалось так хорошо справляться с *Гневом*!», «Кто из знавших вас в детстве не удивился бы, что вы смогли противостоять *Страху*!».

По мере того как новый самонарратив начинает принимать форму, терапевт может перевести фокус на будущее, предлагая клиентам представить себе изменения, которые согласуются с новой историей: «Сейчас, когда вы открыли в себе что-то новое, что вы думаете о том, как эти открытия повлияют на ваши отношения с *Недовольством собой*!», «Как вы представляете себе дружеские отношения с дочерью теперь, когда она больше не позволяет *Лнорекси* диктовать свои условия?». Такие вопросы помогают смотреть на будущее с надеждой, спланировать семью. Нет ничего более целительного, чем надежда. Теперь у самонарратива есть прошлое, настоящее и будущее — это завершенный нарратив.

## ПОДКРЕПЛЕНИЕ НОВОГО ПОВЕСТВОВАНИЯ

Следует, однако, помнить, что нарративный подход основывается на социальном конструктивизме. Новое повествование может быть сконструировано в процессе терапии, но его поддержание зависит от того, встроится ли оно в значимое сообщество. Выше говорилось о том, что сторонники нарративной терапии считают важным помочь клиентам найти поддерживающую аудиторию, или сформировать группы, чтобы питать и укреплять ростки личностной идентичности, или писать письма, подкрепляющие новое повествование.

Кроме того, существуют регулярные практики, разработанные

ные для подпитывания новых повествований. Например, нарративные психотерапевты часто начинают второй и следующие сеансы с вопросов о малых и крупных победах. Например: «В какой степени на прошлой неделе проблема контролировала вас и в какой степени — вы ее?» По мере того как люди постепенно признают, что у них есть некоторая власть над проблемой, они все больше дистанцируются от своих пессимистических повествований о ней. Чем меньше они поработаны этим повествованием, тем больше уверенности в себе замечают, и т. д. Итак, эти вопросы запускают эффективный процесс, в котором проблемы начинают утрачивать свою власть. Если, как может порой случиться, клиенты сохраняют свой пессимизм и отвечают, что ничего не изменилось к лучшему, терапевт может спросить, заметили ли они хоть какие-то «несколько новые реакции» или могут ли они, по крайней мере, «представить себе, что могли бы что-то сделать иначе».

В конце каждого сеанса нарративные терапевты часто проводят резюме того, что произошло во время встречи. При этом важно, чтобы они использовали экстернализирующий язык и вспоминали каждый уникальный эпизод, который был упомянут. Именно эти резюме Эпстон часто вставляет в свои письма к клиентам. Их смысл в том, чтобы клиенты почувствовали, что терапевт был вместе с ними в течение всего сеанса и приветствует расцвет их новой идентичности. Это ощущение сердечного тепла, передаваемое терапевтом, может быть чрезвычайно воодушевляющим.

## **ДЕКОНСТРУКЦИЯ ДОМИНИРУЮЩИХ КУЛЬТУРНЫХ ДИСКУРСОВ**

В теоретическом разделе данной главы мы уделили много внимания политическим аспектам нарративного подхода — тому значению, которое придается деконструкции коварных культурных дискурсов, влияющих на то, как люди судят о себе. Хотя экстернализация проблемы позволяет человеку отдалиться от нее на достаточное расстояние, чтобы увидеть ее в новом свете, что уже есть форма деконструкции, она не имеет явной связи с политикой. Бывает, что нарративные психотерапевты делают связь с преобладающими культурными нарративами более очевидной. Например, женщине с анорексией можно задать вопрос, что заставило ее поверить, будто внешность — ее единственная

ценность. Этот вопрос влечет за собой другие, касающиеся положения женщин в нашем обществе. Точно так же вспльчивого мужчину можно спросить, как он пришел к мысли о том, что мужчина ни в коем случае не должен быть нежным или терпимым, положив этим начало деконструкции установок, воспринятых извне.

Чтобы показать, как может выглядеть деконструкция культурных дискурсов, представим один из эпизодов работы Уайта, описанный Мэри Сайке Вили.

Джон обратился к Уайту из-за того, что, как говорит Уайт, «он был мужчиной, который никогда не плакал» — он никогда не умел выразить свои эмоции и переживал изолированность, оторванность от собственной семьи. Еще ребенком Джон постоянно слышал и дома, и в австралийской средней классической школе о том, что всякие проявления нежности и мягкости недостойны мужчины и общество встречает их суровым порицанием и грубыми издевками. Уайт задает Джону серию вопросов, которые одновременно являются политическими и личными с целью получения информации о «личных» психологических страданиях и их связи с поработившими его в юности «общественными» культурными установками на образ мачо, пренебрежительно относящегося к женщинам. «Как вы стали пленником этих представлений и привычек (представление о неадекватности поведения, о недостаточной мужественности и т. п.), в какой обстановке закреплялись эти чувства? Считаете ли вы, что ритуалы унижения (публичные наказания, налагаемые школьной администрацией, насмешки учителей и соучеников за то, что вы не слишком успеваете в спорте или недостаточно «крутой») отчуждали вас от вашей собственной жизни? Как они влияли на оценку вами своих качеств? Способствовали или препятствовали нахождению других способов проявления мужественности?» (Sikes Wylie, 1994, с. 43).

Деконструируя таким способом превалирующий в культуре образ мужественности, Уайт помог Джону вспомнить времена, когда он противостоял ему, и признал благородство его усилий, направленных на то, чтобы оставаться нежным и любящим, несмотря на условия социализации.

Представляя нарративные техники в их последовательности, важно помнить о том, что цель соконструирования с клиентами



их новых повествований не достигается лишь с помощью формулировок. Выбор точного вопроса в нужный момент гораздо менее важен, чем поддержание атмосферы деконструирования и доверия. Только убеждение терапевта в том, что клиент компетентен, а не способность задать определенный ряд вопросов открывает дорогу новым самонаративам.

## **РАССКАЗ И ПЕРЕСКАЗ КАК СПОСОБ ОБОГАТИТЬ ПОВЕСТВОВАНИЕ**

С течением времени врачи, использующие нарративные методы, все больше подчеркивают возможности повествований, рассказанных и пересказанных перед аудиторией значимых слушателей. С каждым новым пересказом повествование обогащается — привязывается к их прошлому опыту и к повествованиям, имевшим место с другими людьми. Тем самым эти повествования обретают новые черты реальности и живости. Недавно Уайт (1998) рассказал о случае, который хорошо иллюстрирует его высокую оценку возможностей аудитории. Школьный консультант обратился к Уайту по поводу восьмилетнего Джона, страдавшего от того, что на детской площадке его дразнили и задирали. Консультант попросил Уайта поработать с семьей, чтобы та помогла Джону справиться со своей чувствительностью. Но вместо этого Уайт предложил консультанту привести к нему «обидчиков» и попробовать с их помощью изменить атмосферу на площадке. Консультант заартачился, и тогда Уайт обратился к картотеке детей, подвергшихся аналогичным оскорблениям. Первые же трое детей, которых он выбрал из своей картотеки, с радостью согласились помочь.

Уайт провел сеанс, на котором присутствовали Джон, его родители и три жертвы аналогичных переживаний. После того как Джон рассказал ребятам, что с ним случилось на площадке, каждый из них рассказал собственную историю. Затем Уайт задал мальчикам вопросы, составленные с целью создать новую идентичность Джона — идентичность, в которой подчеркивался бы его мужественный отказ отплатить своим обидчикам, а не трусливый отказ постоять за себя. На следующей встрече Уайт попросил родителей пересказать, что они слышали. Отец Джона сознался, что чувствует стыд за то, что пытался учить Джона давать сдачи, и сказал сыну, что гордится им, потому что Джон не поддался желанию отца привить ему агрессивность.

Это — хороший пример того, как нарративный терапевт может деконструировать доминирующий политический дискурс (подразумевающий, что настоящий мужчина — это «крутой» человек, не дающий никому спуску) с помощью авторитетного влияния и поддержки, а не дидактических проповедей. Огромное значение поддержки повествования человека признается многими психотерапевтическими направлениями (Nichols, 1995). Нарративные психотерапевты нашли творческие способы направить силу поддержки и воодушевления на достижение своей цели — создания и последующего обогащения новых повествований.

## СЛУЧАЙ С НЕГОДНИКОМ ФУ-У

Терапевтические методы Уайта вырисовываются в его описаниях конкретных случаев, и поэтому мы приводим отрывки из его описания (1989) проблем семьи с непоседливым ребенком, иллюстрирующие многие методы и концепции Уайта.

Отображая влияние членов семьи на жизнь существа, которое мы назовем «Негодник Фу-у», мы обнаружили, что:

1. Хотя Негодник Фу-у всегда старался вовлечь Ника в свои проделки, Ник припоминает ряд случаев, когда не позволил Негоднику Фу-у перехитрить себя, например когда Ник мог бы в угоду Негоднику наядбедничать, напроказить и сбежать или подольститься к кому-то, но не стал этого делать. Он не позволил Негоднику Фу-у возобладать над собой.
2. Недавно случилось так, что Негодник Фу-у чуть было не заставил Сью страдать, но она воспротивилась и, вместо того чтобы предаваться горю, включила радио. Кроме того, в этом случае она отказалась ставить под сомнение свою компетентность — как родительскую, так и личностную.
3. Рон не мог припомнить случая, когда бы затруднительная ситуация, в которую ставил его Негодник Фу-у, не создавала отчужденности между ним и остальными. Однако, когда требования Негодника Фу-у были идентифицированы, он проявил-таки интерес к мысли о том, что этим требованиям можно противостоять.
4. Было установлено, что... у Ника не было мысли, что Негодник Фу-у совсем лишил его любви родителей.

Уайт снова встретился с этой семьей через две недели и обнаружил, что Ник героически сразился с Негодником Фу-у по поводу лишь одного пустячного эпизода и теперь выглядел более счастливым и сильным. Сю и Рон также приняли участие в битве. Стараясь не позволять Негоднику Фу-у внушить ей чувство вины, Сю начинала «заниматься собой», когда Негодник Фу-у донимал ее, а Рон парировал попытки Негодника Фу-у изолировать его, рассказывая друзьям о существующей проблеме.

Я поощрил семью к размышлениям о том, что этот успех говорит им об их личностных качествах и о характере их взаимоотношений. Я также подвел их к тому, чтобы они поразмышляли над своим сегодняшним отношением к Негоднику Фу-у. В этих обсуждениях члены семьи наметили меры, которые они могли бы принять в будущем, чтобы отклонить его обращения за поддержкой (White, 1989, с. 11).

Уайт отмечает, что семья продолжила свои усилия и что к третьей встрече они уже чувствовали, что Негодник Фу-у побежден. В последующие шесть месяцев дела в семье шли хорошо.

## Оценка теории и результатов терапии

Нарративная психотерапия уводит семейную терапию на несколько шагов в сторону альтернативных — по отношению к традиционным психотерапевтическим — подходов. Она привносит свежую метафору для личности (социально конструируемую или конституируемую), для психотерапевтического процесса (соавторство в составлении новых повествований) и для источника проблем (доминирующих культурных дискурсов). Нарративная психотерапия предлагает терапевтам, которых волнуют вопросы социальной, несправедливости, способ перевести свои убеждения на язык клинической практики. Кроме того, нарративные психотерапевты распространяют свою деятельность за пределы приемных, содействуя формированию общественных групп поддержки клиентов, что повышает у них чувство уверенности к себе.

Нарративный подход обогатил семейную терапию множеством увлекательных новых техник, разработанных для того, что-

бы облегчить клиентам путь к активному противодействию своим проблемам и установить связь со своим окружением и с теми, у кого существуют сходные задачи. С помощью экстернализации проблем, деконструкции жестких систем социокультурных убеждений и передачи клиенту прочной убежденности в его доброте и способностях нарративные психотерапевты создали действенный рецепт изменения. Оформляя вмешательства в виде вопросов, они облегчают клиентам понимание того, что происходит на сеансе, и содействуют терапевтическим отношениям в духе сотрудничества.

Два наиболее действенных элемента в нарративной терапии — это сама нарративная метафора и техника экстернализации проблемы. Обе эти идеи представляют собой радикальный отход от традиционной семейной психотерапии. У каждой из них есть свои плюсы и минусы. До недавнего времени (Minuchin, 1998) представители традиционной семейной терапии, несмотря на оспаривание нарративистами их особо лелеемых концепций и методов, вели себя на удивление спокойно. Ниже мы приведем некоторые соображения по поводу нарративной психотерапии. Хотя соображения эти не затмевают ценных наработок, описанных выше, мы надеемся, что они помогут читателям оценить и эту новую и влиятельную модель.

Сила и слабость нарративного подхода в его когнитивном акценте. Отрицая кибернетическую модель — семья, застрявшая в дисфункциональной петле обратной связи, — нарративисты отвергают идею о том, что с семьями, в которых существуют проблемы, что-то не так. К сожалению, они также повернулись спиной к трем определяющим принципам семейной психотерапии: (1) психологические симптомы часто связаны с семейным конфликтом; (2) представление о семейных проблемах как о проблемах интеракции, что означает мышление в двучленных (дополнительность и реципрокность) и трехчленных (треугольники, семейная структура) категориях; (3) отношение к семье как к единому целому.

Фокусируясь на когнициях индивидов, сторонники нарративной психотерапии проявляют тенденцию к пренебрежению семейным конфликтом и динамикой взаимоотношений. Отношение к проблемам как к повествованиям, которые следует деконструировать, отвлекает внимание от того факта, что в некоторых семьях существуют реальные конфликты, которые не исчезают из-за того, что члены семьи временно объединяются в борьбе с

экстернализованной проблемой. Например, боль и ярость отца по поводу прошлого романа его жены заставляет его объединиться с сыном против нее. Разве этот союз и чувства, с ним ассоциированные, испарятся, когда родители помогают своему сыну побороть его *Бунтарство* или когда муж и жена деконструируют социальный конструкт супружества и общепринятые взгляды на то, как должны огорчать мужчин романы их жен?

Помогая людям пересоздавать их опыт, нарративные психотерапевты часто смотрят на проблемные эмоции — гнев, страх, тревога, депрессия — во многом так же, как и представители когнитивно-поведенческого направления или подхода, фокусированного на решении, как на неприятность, которую нужно победить, а не исследовать. Они задают вопросы о том, как гнев или страх поработают клиентов, но редко спрашивают: «Что вызывает ваш гнев?» или «Чего вы боитесь?».

Ранние теории семейной психотерапии действительно рассматривали семьи с точки зрения патологии и обвиняли их в том, что они увязают в собственных проблемах. Нарративисты помогли смещению этих взглядов в сторону большего уважения к семьям и сотрудничеству с ними. Однако, отрицая патерналистские представления, существовавшие на ранней стадии развития семейной психотерапии, сторонники нарративной терапии отвергли системное мышление, акцентируя внимание на механистической стороне системного мышления, называемой кибернетикой, проигнорировав более гуманистические формы, предложенные такими теоретиками, как Берталанфи (см. главу 4). Один из важнейших вкладов семейной психотерапии — привнесение контекстуального понимания людей и их проблем в психотерапию. Психотерапевты, не принадлежащие к системному направлению, находящиеся под влиянием модели болезни, поощряли людей к тому, чтобы они побеждали свои проблемы (с помощью лекарственных препаратов, групп поддержки, образования), нежели к тому, чтобы они исследовали сеть взаимоотношений, в которую вплелись их проблемы. Находясь в оппозиции к модели болезни, нарративные психотерапевты выступают в защиту похожего взгляда на проблему вне контекста, с чем нужно сражаться, и тщательно избегают понимания контекста той среды, в которой проблема существует.

Как бы ни хотели сторонники нарративной терапии видеть себя в свете сотрудничества с клиентами, на самом деле они более директивны, чем им представляется. Они говорят о том, что

используют вопросы, а не интерпретации или директивы, что, по их мнению, свидетельствует об их позиции ненавязывания суждений. Фридман и Комбс утверждают (Freedman & Combs, 1996):

Люди могут выбирать, как им отвечать на вопросы, и, когда мы искренне слушаем и оцениваем ответы людей, их идеи — не наши — находятся в центре терапевтического процесса... (с. 277). Мы стремимся не задавать вопросы, на которые, как мы думаем, мы знаем «нужные» ответы, или такие, на которые хотели бы получить «конкретные» ответы (с. 118).

Независимо от того, сколько вопросов нарративисты задают, они *все-таки* ищут определенный класс ответов и, следовательно, подводят клиентов к конкретным выводам. Знаменитый гипнотерапевт Милтон Эриксон часто производил впечатление недирективного терапевта, но все же старался повлиять на людей определенным образом. Билл О'Ханлон пишет: «При одном лишь намеке на то, что они используют гипноз, сторонники нарративного направления обычно ошестиниваются, но, поверьте моему слову, они его используют» (O'Hanlon, 1994, с. 28). В том, что нарративные психотерапевты мягко переводят клиентов от проблемонасыщенных повествований к новым, повышающим их самооценку, нет ничего особенно плохого. Однако уверенность, что повествование, к которой подводят клиента, действительно согласуется с его опытом, подразумевает высокую ответственность со стороны психотерапевта.

Кроме того, бывают ситуации, когда стремление подтолкнуть клиента в направлении героического нарратива является проблематичным. Будучи представителями постмодернизма, нарративные психотерапевты утверждают, что они не делают никаких общих предположений о людях, чтобы почтить особым вниманием уникальную историю каждого клиента. Но возможно ли в самом деле, не имея ни метатеории, ни всеохватывающего нарратива, помочь людям измениться системным путем? По словам Барбары Хелд (Held, 1995), можно до некоторой степени избежать предварительных суждений о людях, если освободить свой ум от диагностических категорий и нормативных эволюционных схем, но в практической психотерапии избежать предположений о природе человека и о том, как в человеке происходят изменения, невозможно.

Не сомневаясь в том, что многим людям экстернализация проблем помогала, отметим, однако, что, когда человек становится таким же активным соавтором, как и нарративные психотерапевты, возникает опасность хитроумного рекламирования повествования, которое уже само становится доминирующим дискурсом и маргинализует внутренние голоса, которые несозвучны новому повествованию.

Иными словами, предположим, что Билл начинает принимать новое повествование, к которому подводит его терапевт и в котором он уже не тот неудачник, каким привык себя считать. Но что же делать с настойчивыми мыслями, которые продолжают говорить Биллу, что он все-таки неудачник? Нарративные терапевты вступают в битву с этими мыслями, в значительной мере полагаясь и на вспомогательные формы работы (поддерживающая аудитория, «лиги», воодушевляющие письма), для того чтобы покорить их. Что, если в течение этого процесса Билл изгонял мысли, содержавшие для него важное послание, — мысли, которые не просто отражали интернализованные аспекты нашей пагубной культуры, но пытались, например, убедить его прекратить беспорядочные половые связи? Дело в том, что поощрение людей к победе над нежелательными мыслями не всегда бывает самым лучшим или наиболее эффективным способом изменить их самовосприятие.

Сторонники нарративной терапии упорно критиковали многие аспекты семейной психотерапии, что в известной степени пошло ей на пользу. Точно так же и нарративная терапия могла бы выиграть от пересмотра своих концепций и методов. Выигрыш возможен, но какова цена препятствования тому, чтобы поместить семейную динамику в центр внимания или отрицания системного мышления? Существуют ли проблемы, связанные с техникой экстернализации и задаванием наводящих вопросов? Могут ли вообще вопросы о социальной справедливости подниматься в ходе терапевтического процесса? Нарративная терапия имеет слишком сильное влияние на формирование будущего семейной психотерапии, чтобы все эти тревожные вопросы оставались без ответа.

Мы поднимаем их в порядке обсуждения, которое, надеемся, приведет к укреплению сотрудничества между сторонниками нарративной терапии и приверженцами традиционных направлений семейной психотерапии.

## ПСИХОТЕРАПИЯ СОЦИАЛЬНОЙ СПРАВЕДЛИВОСТИ

Обращая внимание, помимо семей, на систему культурных представлений, в которую семьи встроены, нарративные терапевты придают своей работе выраженный политический оттенок. Рост политического сознания в семейной психотерапии начался в 80-х гг. с критики положения женщин (в 1990-е гг. она расширилась до обсуждения мультикультурных, расовых, классовых проблем и проблем, касающихся сексуальной ориентации). Психотерапевты испытывали озабоченность по поводу влияния этих проблем, но не знали, как соотнести свои политические воззрения с практической деятельностью. Ажиотаж вокруг нарративного направления возник во многом из-за того, что это было первое направление в семейной психотерапии, представляющее систематический метод, помогающий людям ослабить путы, которыми их связали системы установок, принятых в крупных культурах.

Большинство сторонников нарративного подхода согласятся с утверждением Вики Диккерсон о том, что нарративная психотерапия «прежде всего имеет дело с рассмотрением проблем в их культурном контексте» (Freedman, 1996). Иными словами, речь идет о том, чтобы помочь клиентам идентифицировать и исследовать существующие, но, как правило, неизученные правила, которые пронизывают все общество и, по крайней мере, уменьшают возможность постижения самооценности человека и установления гармоничных отношений между людьми. Но как же можно осуществить эту помощь, не навязывая своих политических пристрастий?

Хотя некоторые психотерапевты по-прежнему говорят о строгой нейтральности терапевтического процесса, многие из них в наши дни соглашаются с тем, что важно задавать вопросы о личных культурных установках. Верно, что наша культура насыщена нас бесполезными убеждениями и ценностями. Вопрос заключается в том, как наилучшим образом помочь людям освободиться от этих культурных влияний, не навязывая — прямо или косвенно — своих ценностей. Это сложный вопрос, и нарративная психотерапия дает на него ответ. Мы надеемся, что пример сторонников этого подхода привлечет представителей всех направлений семейной психотерапии к дальнейшему изучению данной темы.



## Резюме

Нарративный подход строится вокруг двух организующих метафор: личностный нарратив и социальная конструкция. Когда говорит память, она сообщает «нарративную истину», приобретающую большее влияние, чем «историческая истина». «Факты», предъявляемые психотерапевту, являются отчасти исторической истиной, а отчасти — конструктами. Конструкты, составляющие коллективную реальность семьи, представляют собой взаимное понимание и общие убеждения, некоторые из них являются обнадёживающими и полезными, а некоторые — нет.

Нарративные психотерапевты разрывают узлы неэффективных повествований с помощью *экстернализации* проблем. Опровергая фиксированные и пессимистические версии событий, психотерапевты открывают пространство для гибкого подхода и надежды. Выявление *уникальных эпизодов* даёт возможность построения новых, более оптимистичных повествований. И, наконец, клиентов поощряют к привлечению группы поддержки, которая засвидетельствовала бы и поддержала бы их успех по пересозданию повествований жизни в предпочтительном ключе.

В стратегии нарративной психотерапии выделяют три стадии. На первой стадии психотерапевт имеет дело с проблемным нарративом, сосредоточиваясь скорее на том воздействии, которое оказывают сопряжённые с проблемой неприятности, чем на их причинах. Далее выявляются исключения: частичные победы над горестями и примеры эффективных действий. И, наконец, привлечение поддержки. Поощрение к проигрыванию ситуации в новом ее значении — некий вид публично исполняемого ритуала с целью подкрепления новых предпочтительных интерпретаций, движение не просто к действию, но к действию социально поддерживаемому.

Тактика нарративной психотерапии предполагает использование тщательно разработанной серии вопросов:

- 1. Деконструктивные вопросы экстернализуют проблему:** «Что вам нашептывает Депрессия?», «К каким выводам о ваших взаимоотношениях вы пришли из-за данной проблемы?».
- 2. Вопросы, открывающие пространство, выявляют уникальные эпизоды:** «Бывали ли времена, когда разногласия могли бы контролировать ваши взаимоотношения, но им это не удалось?»
- 3. Вопросы предпочтения имеют целью удостоверить, что уни-**

**кальные эпизоды представляют собой предпочтительный опыт:** «Улучшил новый образ действий положение вещей или ухудшил?», «Было это положительным или отрицательным развитием?».

- 4. Вопросы о развитии повествований, цель которых — создать новое повествование на основе предпочтительных уникальных эпизодов:** «Чем это отличается от того, что вы сделали бы прежде?», «Кто сыграл роль в формировании такого образа действия?», «Кто первым заметит произошедшие в вас положительные изменения?».
- 5. Вопросы о смысле разработаны для того, чтобы можно было преодолеть негативный взгляд на себя и подчеркнуть положительные стороны:** «О каких ваших чертах говорит то, что вы сумели справиться с этим?»
- 6. Вопросы, способствующие распространению повествования на будущее, предназначены для того, чтобы поддержать изменения и подкрепить позитивное развитие:** «Каким вам видится наступающий год?»

Социально-конструктивистская основа нарративной терапии придает всему подходу политический оттенок и преуменьшает значение семейной динамики и конфликтов. Вместо того чтобы искать дисфункциональные воздействия внутри семьи, нарративные терапевты занимаются поисками деструктивных влияний определенных культурных ценностей и организаций вне ее. Они приглашают членов семьи сплотиться для отпора этим ценностям и практикам. Вместо нейтральности они предлагают защиту.

Сторонники нарративной психотерапии полагают, что нарративная метафора несовместима с системным мышлением, и отходят от концепций и методов традиционной семейной психотерапии. Подчеркивание несовместимости и минимизация общности типичны для революционных движений. Однако отказ от нарративной психотерапии на основании того, что она есть не более чем бунт против института семейной терапии, был бы огромной несправедливостью. Нарративная психотерапия активизировала и поляризовала семейную психотерапию. Ее концепции и методы, не говоря уж о стиле, в котором они представлены, оказывают стимулирующее действие. Как показывает описанная в этой книге дискуссия, мы тоже испытали это стимулирующее воздействие и получили удовольствие от исследования своих ре-

акций и забот. Важно периодически переосмысливать устоявшиеся и принимаемые на веру положения и практики, и нарративная терапия помогает в этом не только клиентам, но и семейной психотерапии в целом.

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Bruner J. S. 1986. *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Dickerson V. C., and Zimmerman J. 1992. Families with adolescents: Escaping problem lifestyles. *Family Process*. 31:341—353.
- Eron J., and Lund T. 1996. *Narrative solutions in brief therapy*. New York: Guilford Press.
- Freedman J., and Combs G. 1996. *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. New York: Norton.
- Gilligan S., and Price R. 1993. *Therapeutic conversations*. New York: Norton.
- Minuchin S. 1998. Where is the family in narrative family therapy? *Journal of Marital and Family Therapy*. 24:397—403.
- White M. 1989. *Selected papers*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
- White M. 1995. *Re-authoring lives: Interviews and essays*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
- White M., and Epston D. 1990. *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Zimmerman J., and Dickerson V. 1996. *If problems talked: Adventures in narrative therapy*. New York: Guilford Press.

## ССЫЛКИ

- Anderson C. M., Reiss D., and Hogarty B. 1986. *Schizophrenia and the family*. New York: Guilford Press.
- Bruner J. S. 1986. *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bruner J. S. 1991. The narrative construction of reality. *Critical Inquiry*, 18:1-21.
- Derrida J. 1992. *Derrida: A critical reader*, D. Wood, ed. Oxford: Blackwell.
- Dickerson V., and Zimmerman J. 1992. Families with adolescents: Escaping problem lifestyles. *Family Process*. 32:341—353.

Epston D. 1994. Extending the conversation. *Family Therapy Networker*. 25:30–37, 62.

Epston D., and White M. 1992. *Experience, contradiction, narrative, and imagination: Selected papers of David Epston and Michael White. 1989–1991*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

Foucault M. 1965. *Madness and civilization: A history of insanity in the age of reason*. New York: Random House.

Foucault M. 1975. *The birth of the clinic: An archeology of medical perception*. London: Tavistock.

Foucault M. 1980. *Power/knowledge: Selected interviews and other writings*. New York: Pantheon.

Foucault M. 1984. *The history of sexuality*. Great Britain: Peregrine Books.

Freedman J. 1996. AFTA voices on the annual meeting. *American Family Therapy Academy Newsletter*. Fall, 30–32.

Freedman J., and Combs G. 1996. *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. New York: Norton.

Freeman J., Epston D., and Lobovits D. 1997. *Playful Approaches to Serious Problems*. New York: Norton.

Gergen K. 1991. *The saturated self*. New York: Basic Books.

Held B. 1995. *Back to reality: A critique of postmodern theory in psychotherapy*. New York: Norton.

Madigan S. 1994. Body politics. *Family Therapy Networker*. 18:21.

Madigan S., and Epston D. 1995. From «spy-chiatric gaze» to communities of concern: From professional monologue to dialogue. In *The reflecting team in action*, S. Friedman, ed. New York: Guilford Press.

Minuchin S. 1998. Where is the family in narrative family therapy? *Journal of Marital and Family Therapy*. 24:391–403.

Nichols M. 1995. *The lost art of listening*. New York: Guilford Press.

O'Hanion W. 1994. The third wave. *Family Therapy Networker*. 18:18–26, 28–29.

Roth S. A., and Epston D. 1996. Developing externalizing conversations: An introductory exercise. *Journal of Systemic Therapies*. 75:5–12.

Tamasese K., and Waldegrave C. 1993. Cultural and gender accountability in the «Just Therapy» approach. *Journal of Feminist Family Therapy*. 5:29–45.

To m m K. 1993. The courage to protest: A commentary on Michael White's work. In *Therapeutic conversations*, S. Gilligan and R. Price, eds. New York: Norton.

Waldegrave C. T. 1990. Just therapy. *Dulwich Centre Newsletter*. 2:5–46.

Weingarten K. 1991. The discourses of intimacy: Adding a social constructionist and feminist view. *Family Process*. Jft-285–305.

Waters D. 1994. Prisoners of our metaphors. *Family Therapy Networker*. 18:73—75.

White M. 1989. *Selected papers*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

White M. 1991. Deconstruction and family therapy. *Dulwich Centre Newsletter*. 3:2\—40.

White M. 1993. Deconstruction and therapy. In *Therapeutic conversations*, S. Gilligan and R. Price, eds. New York: Norton.

White M. 1995. *Re-authoring lives: Interviews and essays*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.

White M. 1997. *Narratives of therapists' lives*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.

White M. 1998. Liberating conversations: New dimensions in narrative therapy. Workshop at the Family Therapy Network's Annual Symposium, Washington, D.C.

White M., and Epston D. 1990. *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.

Wylie M. S. 1994. Panning for gold. *Family Therapy Networker*. /5.40-48.

Zimmerman J., and Dickerson V. 1993. Bringing forth the restraining influence of pattern in couples therapy. In *Therapeutic conversations*, S. Gilligan & R. Price, eds. New York: Norton.

Zimmerman J., and Dickerson, V. 1996. *If problems talked: Adventures in narrative therapy*. New York: Guilford Press.

## Глава тринадцатая

# ИНТЕГРАТИВНЫЕ МОДЕЛИ

Вся человеческая деятельность приходит к интеграции через период дифференциации, поэтому неудивительно, что на ранней стадии развития семейной терапии представители возникающих школ стремились всячески подчеркнуть свои отличия друг от друга и от индивидуальной терапии. В те дни термин «интеграция» воспринимался негативно — как принижение роли оригинальных идей, с таким трудом получивших признание.

За первые сорок лет существования семейная терапия превратилась в сложное сплетение конкурирующих, часто противоречивых моделей и техник. В те годы многие практикующие психотерапевты пришли к заключению, что интеграция моделей семейной психотерапии в теорию семейных систем (не говоря уже о теории индивидуальной психодинамики) была бы непро-

дуктивна. Однако за минувшее десятилетие выросла уверенность в том, что никакая отдельная теория не может иметь монополии на клиническую эффективность или на универсальность. Билл Пинсоф вспоминает: «Вначале, подобно многим молодым терапевтам 1970-х, я полагал, что нашел в рамках [стратегической семейной терапии] решение почти всех терапевтических проблем. В то время мы были узко ориентированы и сводили психологические проблемы к одному фактору: семейной системе... Но все оказалось намного сложнее» (Pinsof, 1999, с. 51). Сегодня, когда семейная терапия вступила в двадцать первый век, доминирующей тенденцией стала идея интеграции — потому что все оказалось куда сложнее.

Когда интеграция описывается как здоровое внимание к сложности истины, это кажется чрезвычайно хорошей идеей. Очевидный довод в пользу интеграции элементов различных подходов состоит в том, что человек — это думающее, чувствующее и действующее существо, которое существует в сложной системе биологических, психологических и социальных влияний. Никакой терапевтический подход не будет иметь успеха, если он не способен воздействовать на все эти факторы. Имеется, однако, и другой, столь же веский аргумент, состоящий в том, что эклектизм может лишить терапию той интенсивности, которой можно достичь, концентрируясь на определенных элементах имеющегося опыта. Можно по-разному преодолевать перевал, но не использовать же все способы одновременно?!

Как мы увидим в этой главе, термин «интеграция» применяется к трем весьма разным подходам. Первый — *эклектизм*, который свободно заимствует из множества различных моделей и методов. Второй — *избирательное заимствование*, когда даже верные сторонники какого-либо метода время от времени используют техники других подходов. Третий — использование *специально разработанных интегративных моделей*. Среди них имеются теоретические, весьма близкие к некоторым подходам, например к метаструктурному Брейнлина, Шварца и Маккун-Каррер (Breunlin, Schwartz & Mac Kune-Karrer, 1992) или интегративная проблемно-центрированная терапия Пинсофа (Pinsof, 1995); прагматические модели, в которых комбинируются два комплементарных подхода. Например, нарративный подход Эрона и Лунда (Eron & Lund, 1997) и интегративная супружеская терапия Якобсона и Кристенсена (Jacobson & Christensen, 1996). Наконец, предложенная Шварцем интеграция теории семейных систем и методики работы с внутриспсихическими процессами.

## Эклектизм

Начинающие изучать семейную психотерапию сталкиваются с серьезной проблемой. С годами семейная психотерапия, как любая область знания, стала намного сложнее. Так, например, в данной книге описано множество совершенно различных, зачастую даже противоположных подходов, и в большинстве университетских курсов по семейной психотерапии слушателям предлагается все это и кое-что еще. Кроме того, студенты должны быть знакомы с проблемами, связанными с полом, культурой, классовой и расовой принадлежностью и сексуальностью, а также обладать знаниями о психиатрических диагнозах и лекарственной терапии. Поскольку изложить все это, даже вкратце, — сложная задача, ни один из подходов не изучается углубленно, но каждый рассматривается критически — с особым вниманием к его недостаткам и несоответствиям. В результате студенты приобретают широкий кругозор и скептически относятся к мысли о том, что какая-то из моделей и есть истина в последней инстанции.

Многие начинающие семейные психотерапевты отождествляют свои впечатления с теми, что описал Роберт Тэйбби. Он вспоминает ранний опыт своей работы на этом поприще как состояние неотступающего беспокойства — часто ему казалось, что он вообще не понимает, что делает. И не то чтобы ему не доставало информации — он знал все о супружеском конфликте, о депрессии, проблемах коммуникации и т. п. Он до бесконечности мог дискутировать со своими наставниками и коллегами по поводу диагноза, этиологии и целей, «но в самый разгар беседы с клиентами я часто обнаруживал, что не имею представления о том, как воплотить мои идеи в действия, как превратить информацию, которой полна моя голова, в слова или поступки, которые могли бы оказаться полезными» (Taibbi, 1996, с. vii). Анализируя свои действия, Тэйбби понял, что он либо имитировал разных опытных психотерапевтов, лекции которых он смотрел в записи на видеопленках, чтобы справиться со своим беспокойством, либо забрасывал семью вопросами, чтобы обрести контроль над собой.

Подобно Тэйбби, начинающие семейные терапевты часто думают во время сеанса лишь о том, чтобы «выжить», — т. е. о том, как «не оказаться в ситуации оленя, попавшего в свет фар». Хотя некоторые подходы в области семейной психотерапии предлагают пошаговые рекомендации, редкая программа универси-

тетского курса фокусирует на них свое внимание. Вместо этого терапевты, которым предлагалась смесь всевозможных методов, используют какую-то одну технику до тех пор, пока не убедятся в ее полной неэффективности, после чего внезапно переключаются на другую, часто совершенно не связанную с первой. Они чувствуют, что плывут по течению, не имея последовательной теории, которая могла бы служить компасом, когда они заблудились или потеряли равновесие. Семьи часто улавливают это состояние неуверенности и противоречивости и более не приходят к такому психотерапевту.

Было время, когда аспирантские программы давали противоядие от такого рода несфокусированного эклектизма, активно ориентируя терапевтов на какой-то один, ясно изложенный подход. Но в наши дни лишь немногие молодые терапевты тратят время и деньги на повышение квалификации, часто по причине уверенности в своих университетских знаниях. Дело еще и в том, что постмодернистская революция сделала многие программы более содержательными, но менее сфокусированными. В результате наступает полное непонимание того, что же делать в семейной терапии.

## Избирательное заимствование

С другой стороны, когда стены, отделявшие одну конкурирующую школу семейной терапии от другой, были высоки и каждый подход предписывал совершенно определенный порядок действий, мы (как стало понятно только теперь) обманывали сами себя и давали пациентам далеко не все, что могли. Недавно нескольких ветеранов семейной психотерапии попросили описать пройденный ими путь для «Академического бюллетеня американской семейной терапии» (Winter, 1999). Большинство призналось в том, что когда с годами они стали-таки воспринимать идеи других школ, то по-прежнему оставались в основном верны той теории, которой придерживались первоначально, но дополняли ее положениями, заимствованными из новых подходов. Например, психотерапевт-феминист Бетти Каррер сначала изучала модель Боуэна и была уверена в основательности этой теории, в том, что, опираясь на нее, она сможет продолжить свой профессиональный рост. «Я никогда не чувствовала, что должна отказаться от теории целиком и начать все сначала. Конечно, теория Боуэна имела те же темные места, что и все ранние тео-



рии, а что касается ее возможностей, так все они требовали дополнений» (MacKune-Karrer, 1999, с. 24). Сегодня найдется мало пуритан среди ветеранов психотерапии. Большинство, подобно Каррер, предпочитают избирательное заимствование. Они начинают с одной модели и затем модифицируют и расширяют ее так, чтобы она соответствовала их развитию и развитию направления.

Итак, подобная интеграция произвела тихую революцию в психотерапии. Как заметил Джей Лебоу, «процесс интеграции в такой мере стал частью нашей работы, что просто не осознается» (Lebow, 1997, с. 1). Это происходит оттого, что большинство опытных клиницистов производят заимствование постепенно и иногда неосознанно. В результате часто сами не отдают отчета в том, насколько развился используемый ими подход, — до тех пор, пока кто-нибудь не попросит описать его.

Для селективного заимствования необходимо начинать с хорошей теории. Но что такое хорошая теория? Можно соблазниться самой популярной или той, которую предпочитает ваш профессор. Но хорошая теория — та, которая прежде всего удовлетворяет вас самого, соответствует вашему подходу, пониманию людей и вашему к ним отношению. Теория должна вдохновлять вас — давать возможность быть самим собой, проявлять сочувствие к клиенту, быть мобильным и открытым для новых идей.

Когда вы найдете удовлетворяющую вас теорию — изучите ее глубоко и критически. У всех теорий есть пробелы и границы применимости. Если вы слушаете клиентов и доверяете им больше, чем своим предварительным предположениям, они помогут вам исправить недостатки теории и укажут области, к которым она неприменима.

Некоторые психотерапевты ищут теорию, которая бы могла объяснить все. Когда же выясняется, что она этого не может — оставляют ее и возобновляют поиски. Например, структурная теория семьи утверждает, что исторически сформировавшийся паттерн семьи, состоящей из представителей нескольких поколений, порождает меньше проблем, чем текущие взаимоотношения. Когда терапевт, придерживающийся структурной теории, обнаруживает, что на клиентов сильно воздействует их прошлое, то он может столь сильно разочароваться в этой теории, что полностью переключится, к примеру, на методику Боуэна. Однако тот факт, что Минухин не подчеркивал значения истории развития семьи, не означает, что его идеи, касающиеся организации

семьи, неверны и ими следует пренебречь. Вместо этого наш гипотетический доктор мог бы расширить границы структурной теории, включить в нее длительные последовательности интеракций и некоторые идеи Боуэна, например касающиеся использования генограмм. Используйте свою теорию как шкаф, в котором у вас висит много разной одежды, приносите туда новую и примеряйте ее. А если в вашем шкафу чего-то не хватает, это еще не значит, что вы должны все выбросить и покупать новые костюмы. Возможно, вам нужно лишь еще одно платье или галстук, а может быть, требуется шкаф побольше.

Таким образом, эффективная интеграция заключается не в том, чтобы просто позаимствовать всего понемногу. Подбор методик, не имеющих под собой какой-либо концепции, приводит только к беспорядочному эклектизму, в котором терапевт мечется туда-сюда без системы и убеждений. Проблема в том, чтобы усложнить систему, не утратив общей согласованности.

Другая проблема, которая стоит перед начинающими психотерапевтами, заключается в том, что они должны почувствовать, когда применяемый подход отказывает и следует изменить тактику — либо продолжать движение в направлении, которое может лишь временно казаться тупиковым. Любой метод лечения некоторое время работает эффективно, а потом в каких-то ситуациях отказывает. Бывает, по мере того как применяемый метод помогает приблизиться к самой сути проблемы, клиент начинает испытывать страх и оказывать сопротивление. Если всякий кажущийся тупик или сопротивление приводят к переключению на новые методы, то можно запутаться и пропустить наиболее существенные аспекты семейной проблемы. Один из важнейших принципов контролирования молодых психотерапевтов состоит в том, чтобы помочь им избежать паники и гиперреакции в ситуациях, когда дела идут не слишком хорошо.

## Специально разработанные интегративные модели

В то время как наиболее опытные практики со временем приходят к выборочному заимствованию, включая в имеющуюся солидную базу новые идеи и практические приемы, некоторые терапевты пытаются из взаимно дополняющих друг друга элементов существующих теорий создать нечто новое. Как бы под-

разумеается, что сам процесс переноса изменяет исходный оригинал до такой степени, что синтезируется нечто новое. В области семейной психотерапии имеется несколько типов интеграции. Мы опишем и проиллюстрируем каждую из них.

## **МОДЕЛИ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫЕ УВЕЛИЧИТЬ ШИРОТУ ОХВАТА**

Область человеческой мысли и поведения весьма обширна, и каждый из пионеров семейной психотерапии выбирал для изучения какой-то участок этой области. Минухин исследовал проблемы современной семейной организации, Боуэн сконцентрировался на трансгенеративных семейных паттернах, Сатир исследовала моменты, связанные с выражением эмоций, Хейли серьезно занимался вопросами иерархии, и т. д. Их интересы по необходимости были сфокусированы достаточно узко — охватить большее было бы не под силу. Но по мере того как эти области разрабатывались более тщательно, появлялся резон объединить их для большей широты охвата.

Имея теорию, которая держит в фокусе более широкую область человеческих отношений, психотерапевт имеет большую свободу выбора. Например, вместо того чтобы тщетно пытаться разрушить оформившуюся коалицию матери и сына, терапевт, который не только учитывает схему организации семьи, но способен также обратить внимание на проблемы пола, мог бы помочь матери присмотреться к ограничениям, накладываемым культурой, и взять еще что-то от жизни для самой себя. Аналогичным образом, когда вмешательство на семейном уровне не помогает, психотерапевт, который учитывает моменты интрапсихической динамики, может по мере необходимости поработать с отдельными членами семьи (так как, невзирая на мнение некоторых основателей семейной психотерапии, определенным членам семьи иногда нужна индивидуальная терапия).

Недостатком обширных подходов является то, что, имея дело с более сложными проблемами, они и к психотерапевту предъявляют более высокие требования. Во-первых, он не имеет права просто специализироваться, например, на распутывании проблем семейных треугольников, но обязан изучить явление на разных уровнях (например, на интрапсихическом, в контексте семьи, сообщества, культуры), а также множество разнообразных вмешательств. Во-вторых, чтобы избежать описанных труд-

ностей (которые являются следствием богатых возможностей выбора) — поспешного отказа от одной линии поведения и перехода к другой технике без четкого направления, — терапевт должен иметь хорошую интуицию, которая подсказала бы ему, в какой момент подход действительно перестает работать и необходимо переориентироваться. У большинства клиницистов подобная интуиция не является врожденной, им приходится развивать ее по мере накопления опыта. Таким образом, получается, что начинающие клиницисты для грамотного использования этих моделей должны обладать мудростью, которой они еще не набрались. Тут может оказать помощь хороший супервизор, и, возможно, обширные интегративные модели требуют усиления подобного руководства.

Теперь мы кратко опишем два примера моделей, предназначенных для увеличения широты охвата. Первая, модель *мета-структур*, отбирает ключевые идеи, общие для различных школ семейной психотерапии, и объединена некоторыми общими принципами. Вторая, *интегративная проблемно-центрированная терапия*, объединяет несколько различных подходов и предлагает разветвленную схему решений, чтобы можно было переходить от одного к другому в тех случаях, когда терапевт встречается с затруднениями.

**Метаструктуры.** Метаструктуры возникли из сотрудничества трех преподавателей семейной терапии, которые работали в Институте изучения проблем подросткового возраста в Чикаго: Дугласа Брейнлина, Ричарда Шварца и Бетти Маккун-Каррер. Все трое впоследствии перешли на факультет Института семейных проблем Северо-Западного университета. Считая, что конкуренция различных школ семейной терапии ограничивает их возможности, они решили выявить, как каждая школа подходит к решению ключевых проблем и что общее есть между ними. Было выбрано шесть ключевых тем: интрапсихический процесс, организация семьи, последовательности семейных интеракций, развитие, культура и пол (Breunlin, Schwartz & Mac Kune-Karrer, 1992).

Метаструктурная группа заметила, что все школы учитывали последовательности интеракций, семейную организацию, развитие семьи — но каждая выделяла различные аспекты этих тем. Так, при общем интересе к последовательностям интеракций сторонники разных подходов интересовались последовательнос-

тиями различной длины. Представители структурного направления семейной психотерапии фокусировали свое внимание на краткосрочных — в пределах сеанса — взаимоотношениях. Хейли прослеживал семейные взаимоотношения день за днем в течение определенного периода развития семьи, а также круговые паттерны, формирующиеся вокруг симптомов ребенка, которые могут проявиться месяцы или годы спустя. Боуэн интересовался преимущественно паттернами трансгенеративных интеракций.

Брейнлин, Шварц и Маккун-Каррер обнаружили также, что, в то время как семейная психотерапия в целом весьма интересовалась также и тремя другими ключевыми темами (интрапсихические процессы, пол и культура), первые подходы уделяли им мало внимания. Брейнлин и коллеги решили разработать единую теоретическую схему, которая бы вышла за границы первоначальных схем и включила в себя те важные элементы, которые отсутствовали в ранних теориях.

Открывшиеся возможности высводили такие темы, как организация семьи, последовательности интеракций и развитие семьи из тесных рамок одной модели. Они стали метаструктурами — структурами, вышедшими за пределы отдельных школ. К примеру, психотерапевт, использующий метаструктуры, обратит внимание на последовательности интеракций различной длины (они называют их S1, S2, S3, и S4; S1 — краткая, в пределах сеанса, а S4 — последовательность трансгенеративных интеракций). Если этот более широкий подход к последовательностям переплетется с пятью другими метаструктурами, горизонты видения терапевтом проблем семьи расширятся, а основные знания в области семейной психотерапии соединятся новым способом.

Чтобы связать вместе все шесть метаструктур, Брейнлин и его коллеги идентифицировали исходные предположения о людях и устройстве мира, которые проходят через каждую из них. Метаструктуры как бы стали шестью линзами, через которые надлежит рассматривать неблагополучные семьи. Каждая из линз позволяет взглянуть на проблему под своим углом, но все они сделаны из одного и того же стекла, а потому легко совместимы и могут быть использованы одновременно.

При клиническом применении метаструктур психотерапевт концентрирует свое внимание на том, чтобы ослабить напряженность, а не на том, чтобы отыскать недостатки. Одно из исходных предположений модели состоит в том, что люди обладают внутренними ресурсами, с которыми им нужно находиться в

гармонии (в противном случае невозможна эти ресурсы использовать). Поскольку сдерживающие факторы могут существовать на одном или более уровнях, то задача психотерапии состоит в том, чтобы помочь семье увидеть и устранить эти факторы, на каком бы уровне они ни находились. Иными словами, психотерапевт и семья совместно исследуют различные метаструктуры и могут переходить от одной к другой по мере того, как действие сдерживающих факторов на разных уровнях ослабляется.

Например, женщина с депрессией может испытывать ограничения сразу на нескольких уровнях. На уровне внутренних психологических процессов она может испытывать чувство вины за то, что ей хочется иметь свободное время для самой себя, или потому, что ее дети жалуются на отсутствие у них друзей. (Если дети несчастны, значит, мать виновата, не так ли?) На уровне организации семьи, возможно, она состоит во втором браке с человеком, который озабочен своей карьерой, а ей приходится вести дом и растить детей. Кроме того, у нее могут быть проблемы с гиперактивным сыном и разногласия с матерью по поводу его воспитания. Возможно, к этому добавляются проблемы, связанные с тем, что поведение сына ухудшается после посещений ее бывшего мужа раз в два месяца. Наконец, ее ситуация может быть элементом трансгенеративной последовательности интеракций, поддерживаемых семьей и культурными нормами, устанавливающими, что женщины должны быть преданны своим семьям и не имеют права проявлять «эгоизм».

В ходе обсуждения комплекса сдерживающих факторов, мешающих женщине и ее мужу, в качестве стартовой площадки часто возникает одна из метаструктур, но психотерапевт всегда должен держать в поле зрения и другие, на которые он в любой момент может переключиться. Так, сеанс может начаться с метаструктуры, связанной с проблемами пола, и разговор пойдет о пересмотре точки зрения женщины на понятие эгоизма и неустойчивых суждений мужа о том, чего он заслуживает. Но в какой-то момент терапевт спрашивает партнеров о том, какая часть внутреннего «я» поддерживает эту уверенность и к чему они привязаны опытом своего прошлого, — и разговор может переключиться на внутреннюю метаструктуру. В результате ее исследования женщина, возможно, захочет реорганизовать распределение ответственности в семье, и произойдет сдвиг в сторону организационной метаструктуры. В какой-то момент супруги могут начать разговор о метаниях сына между детским и более взрослым ти-

пами поведения и, следовательно, окажутся в метаструктуре развития семьи, и т. д.

Метаструктура, связанная с культурой, расширила сферу понимания межкультурных проблем по сравнению с тем, как это делала семейная психотерапия, которая ставила знак равенства между культурными и этническими проблемами. Вместо этого этнические проблемы теперь становятся лишь одним из многих аспектов культурного плана, которые определяют семейные верования и ценности и не обязательно должны иметь главенствующее значение. Так, например, хотя семья нашей матери, переживающей депрессию, не такое очевидное место для поиска культурных влияний, как, скажем, неимущая семья иммигрантов из Гватемалы, тем не менее влияние на ее семью точки зрения среднего класса, заставляющей стремиться к приобретению материальных ценностей, может быть столь же важным для понимания проблемы. Мультикультурная метаструктура поощряет терапевта к беседе с семьей о том, какое значение имеет для них этническая, а также социоэкономическая классовая, расовая принадлежности, уровень образования, религиозные взгляды, статус меньшинства — большинства, территориальные особенности. Важно также, насколько семья вошла в сообщество, как давно иммигрировала и др.

Брейнлин, Шварц и Маккун-Каррер подчеркивают, что, хотя шесть метаструктур представлены как различные подходы, на практике они взаимосвязаны. С приобретением опыта терапевт, вместо того чтобы «пробовать» на семью каждую линзу по очереди, начинает легко менять их на ходу. В некоторых случаях ключевые сдерживающие факторы легко могут быть выявлены и устранены с использованием одной или двух метаструктур, в других психотерапевту и семье, возможно, придется иметь дело со всеми шестью.

Метаструктурные модели не предназначены для психотерапевтов, которые ищут простые рецепты и приемы. Сейчас, когда предмет психотерапии все лучше очерчивается и задача терапевтов — не усложнять его, работа с метаструктурными моделями требует способности держать в поле зрения широкий круг явлений и изучить множество новых концепций. Тем не менее для многих клиницистов, которые почувствовали себя заключенными в тесные камеры и жесткие границы старых моделей, метаструктуры разрушают эти преграды, и дают возможность дышать свободно.

Интегративная проблемно-центрированная терапия. Тогда как метаструктурная модель восприняла все ключевые элементы семейной психотерапии в попытке синтезировать новый подход, интегративная проблемно-центрированная терапия (ИПЦТ) использует целый ряд приемов работы с семьей и с индивидом, не пытаясь объединять их. ИПЦТ была разработана за последние двадцать лет Уильямом Пинсофом (Pinsof, 1995, 1999) и его коллегами из Института семьи Северо-Западного университета. В некотором отношении ИПЦТ является логическим продолжением избирательного заимствования, которое мы описали выше.

Подобно многим другим семейным терапевтам, Пинсоф начинал свою карьеру, будучи убежденным в том, что нашел решение почти всех терапевтических проблем в рамках своего единственного подхода (стратегической семейной терапии). Однако в отличие от сторонников избирательного заимствования, сталкиваясь с ограниченностью возможностей своей модели, он добавлял к ней не просто новые приемы, а целые подходы. При этом он придерживался своей стратегической модели до последней возможности, а затем помогал семье прояснить и выразить свои эмоции по методу Вирджинии Сатир или Сюзанны Джонсон (см. главу 6). Если проблема оставалась, он обращался к биологии и рекомендовал подумать о психофармакологическом обследовании. Если и это не помогало, он обращался к исследованию наследственности так, как это мог бы сделать Боуэн, и привлекал к исследованию родителей своих взрослых клиентов. Если и это не давало плодов, он превращался в индивидуального психотерапевта ключевых членов семьи, веря в то, что взаимоотношения с терапевтом, разработанные в эго-психологии Хайнца Когута, помогут исцелить детские раны, поддерживающие некоторые семейные конфликты.

По мнению Пинсофа (1999), такая последовательность имеет смысл не только потому, что отражает его путь в применении различных методов психотерапии, но и по той причине, что некоторые проблемы имеют глубокие корни, а другие — нет. Некоторые поддаются приемам поведенческого или структурного подходов, а другие требуют более глубокого проникновения. И Пинсоф задает вопрос: почему бы не использовать полный спектр психотерапевтических подходов, если это необходимо, вместо того чтобы предполагать, что все беды излечиваются лишь одним способом?

Чтобы проиллюстрировать подход Пинсофа, рассмотрим пример супружеской пары, в которой обоим за шестьдесят, и



между ними в течение последнего года происходили интенсивные стычки. Они полагают, что причиной является нарастающая импотенция мужа, начавшаяся примерно год назад. При попытке выяснить, как видит ситуацию каждый из партнеров, терапевт обнаружил, что жена видит причину отсутствия сексуального ответа со стороны мужа в пропадании ее привлекательности, тогда как он думает, что дело в угасании его половой функции. Эти заключения удручают обоих, и они избегают говорить об этом. Они просто меньше занимаются сексом.

Терапевт заключает союз с каждым из них, чтобы они почувствовали, что могут без опасения говорить о наблевшем и обсуждать свое неверное понимание чувств другого. Если на этом уровне они реагируют хорошо, ссор между ними становится меньше, улучшается сексуальная жизнь и терапия уже не нужна. Если дело обстоит не так, то терапевт, вероятно, должен исследовать физиологические причины импотенции — усталость, депрессивное состояние, начинающийся диабет. Если и на этом уровне не удастся добиться улучшения, терапевту следует обсудить с каждым партнером, что он думает и чувствует по поводу старения. Если же проблема не решается и тогда, то внимание следует переключить на интрапсихические моменты. Супруги могут участвовать в сеансах индивидуальной психотерапии, которые становятся для них опытом длительного восстановления отношений и исцеления давних ран. «Никогда более не стану я отказываться от этой [интенсивной психодинамической] работы, как отказываются от нее многие психотерапевты, относясь к ней как к бессмысленным — и дорогостоящим — археологическим раскопкам» (Pinsof, 1999, с. 54).

Сегодня студент может утрашить необходимости освоить такое множество терапевтических моделей. Пинсоф и не ожидает от психотерапевта абсолютной компетентности. В ИПЦТ часто применяется метод работы единой командой, в частности когда ключевые члены семьи особо чувствительны и им необходим свой отдельный психотерапевт. Тогда как участие в работе нескольких терапевтов, ориентированных на различные подходы, могло бы превратиться в кошмар, ИПЦТ предлагает общую базу для сотрудничества.

Метаструктуры и ИПЦТ начали развиваться, когда в начале 80-х психотерапевты осознали, что модели, которые они считали панацеями, в действительности оказались узконаправленными и ограниченными в применении. Модель метаструктур есть в некотором роде алхимическое соединение: взять что-то отсюда, что-

то оттуда — и синтезировать нечто новое. Другой ответ (**ИПЦТ**) представляет собой аддитивную схему — объединение вместе целых моделей без попытки пересмотреть их или связать теоретически.

**Другие попытки расширить сферу применимости.** Были разработаны и другие интегративные модели, предназначенные для того, чтобы представить психотерапевтам более широкую картину. Объем книги не позволяет описать их, но мы рекомендуем изучить эти модели, авторами которых являются супруги Киршнер (Kirschner & Kirschner, 1986), Ларри Фельдман (Feldman, 1990) и Уильям Николе (Nichols, 1995).

## МОДЕЛИ, СОЧЕТАЮЩИЕ ДВА ПОДХОДА

Некоторые теоретики, которые находят свой подход ограниченным, не пытались создавать нечто всеохватывающее, подобное вышеописанным моделям. Они улучшали свою модель, просто комбинируя ее с еще одной и веря при этом, что две головы лучше, чем одна, и, возможно, лучше, чем пять или шесть. Преимущество здесь состоит в том, что человек может расширить свои горизонты, не упуская из внимания хорошо очерченное первоначальное поле зрения. Недостатки те же, что и у оригинальных моделей, — узость и отсутствие гибкости, — только менее выраженные, так как при объединении двух подходов возможности увеличиваются по крайней мере вдвое. Ниже мы дадим два примера новейших комбинаций такого рода.

**Модель нарративных решений.** Некоторых практиков семейной психотерапии старшего поколения смущает тенденция сторонников подхода, фокусированного на решении проблемы, и нарративного направления поворачиваться спиной к ценным сторонам традиционных моделей. Может быть, и верно, что новая метла чисто метет, но их беспокоит, как бы не вымели то, что стоило бы оставить. Вот почему модель нарративных решений Джозефа Эрона и Томаса Лунда (Eron & Lund, 1996), в которой скомбинированы идеи Института психических исследований (**ИПИ**) с приемами нарративного подхода, представляется удачной находкой.

Среди причин, по которым стратегическая терапия потеряла

популярность, были механистические предпосылки и манипулятивные техники. Некоторые сторонники стратегической психотерапии применяли кибернетические модели, считая семьи структурой негибкой, с которой невозможно вести обсуждение, как невозможно приводить доводы машине. История семьи не рассматривалась, как не имеющая отношения к делу. Терапевтические методы опирались на свою идеологию и потому были в какой-то мере безличными. Показной характер подобных рассуждений не помешал пониманию того, что семьи увязают в стереотипных повторяющихся решениях, которые не работают. Эрон и Лунд воскресили элемент понимания и включили его в смешанную стратегически-нарративную терапию.

Джозеф Эрон и Томас Лунд из Катскиллского института семьи в Нью-Йорке начали сотрудничать в начале 80-х, практикуя краткосрочные сеансы стратегической психотерапии. Увлечшись нарративным направлением, они все же не захотели расстаться с некоторыми аспектами стратегического подхода и объединили обе теории, добавив к ним элементы терапии, фокусированной на решении проблемы. Образовавшаяся в результате модель нарративных решений вращается вокруг концепции *предпочтительного взгляда*. Эрон и Лунд (1996) полагают, что у людей имеются четко выраженные предпочтения насчет того, какими они хотели бы видеть себя и выглядеть в глазах других. Авторы считают, что проблемы возникают в тех случаях, когда людям приходится жить вне соответствия своим предпочтениям. Эрон и Лунд используют комбинацию методов переструктурирования, взятых из модели ИПИ и нарративного подхода.

Они исходят из положения, на котором основывается модель ИПИ, что проблемы формируются непреднамеренно, в результате неумения справиться с жизненными обстоятельствами, и вносят некоторые уточнения. По их мнению, мысли и действия людей принимают проблемный характер, если у них возникает расхождение между предпочтительным взглядом на себя и восприятием собственных действий либо представлением о том, как их воспринимают другие. Это зачастую случается на переходных этапах жизненного пути, когда возникают конфликты между смыслом и действиями.

Заметим, что, хотя Эрон и Лунд и следуют модели ИПИ, выявляя стереотипные повторяющиеся циклы, их внимание сфокусировано не только на поведении, но и на том, что люди думают о своих проблемах. Конфликт, согласно этой модели, развивается в силу расхождения между предпочтительными взглядами

индивида на самого себя и тем, как ему кажется, как его видят другие.

Эрон и Лунд вводят в свою модель вопросы о том, как люди предпочитают и надеются жить и как они видят свое будущее при разрешении проблемы. Подобные вопросы используются и в подходе, фокусированном на решении проблемы. Таким образом, авторы принимают точку зрения ИПИ на изменение действий, вызывающих проблему, и добавляют ряд когнитивных элементов, чтобы учесть предпочтительное мнение самих пациентов о своей жизни и будущем.

В книге «Нарративные решения и краткосрочная терапия» Эрон и Лунд приводят пример мужчины, который впал в депрессию из-за двух событий на переходном этапе жизни: выхода на пенсию и начинающейся эмфиземы. Эл предпочитал видеть себя деятельным и полезным человеком. Он привык считать, что семья может полагаться на него. И вот возникло беспокойство, что он не сможет оставаться столь же активным, как и раньше, и что семья не будет более считать его деятельным и полезным. Противоречие между предпочтениями Эла и его текущим самовосприятием явилось причиной уныния и апатии. По мере того как депрессия нарастала, члены семьи стали больше помогать ему — заканчивать начатые им проекты и подбадривать, а это только усиливало упадок духа Эла. Негативные *рамки* текущего положения повлияли и на его *повествования* о прошлом. Например, он говорил, что так же было с его отцом, который быстро утратил жизненную энергию после выхода на пенсию. Согласно Эрону и Лунду, негативное восприятие текущих событий придает соответствующую окраску и событиям, которые люди припоминают из своего прошлого, что, в свою очередь, влияет на их видение собственного будущего.

Эрон и Лунд (1996) предлагают следующие рекомендации для проведения эффективной беседы. Психотерапевт:

1. Сохраняет интерес к предпочтениям и надеждам клиента, уделяя внимание повествованиям о том, в каком свете люди предпочитают видеть себя, как хотели бы действовать и какое впечатление им желательно произвести на значимых людей;
2. Исследует, каким образом существующая проблема удерживает клиента от действий в соответствии со своими предпочтениями;
3. Выявляет прошлые и настоящие повествования, которые

- соответствуют предпочтениям клиента и противоречат их поддерживающим проблему взглядам;
4. Обсуждает, как будет выглядеть будущее, когда проблема решится;
  5. Задает *вопросы-загадки*: например: как некто, имевший предпочтения «А» (интенсивная работа, продуктивность), выбрался из некой ситуации «Б» (апатия, депрессия)?
  6. Совместно с клиентом создает такое альтернативное истолкование развития проблемы, которое соответствовало бы его предпочтениям и вдохновляло на новые действия;
  7. Поощряет клиента к разговору со значимыми для него людьми об их предпочтениях, надеждах и намерениях.

Если психотерапевт следует этим указаниям, клиенты понимают, что тот видит их в желательном для них свете, и начинают осознавать собственные возможности. Проблема становится для них тайной, требующей исследования, а не некой истиной, утверждающей, кем они теперь стали. Клиенты начинают пересоздавать повествования о том, как развивалась проблема (нарративная техника), и пытаются реструктурировать свою настоящую ситуацию (стратегическая техника). Например: Эл почувствовал себя в силах говорить со своим доктором о болезни, после того как смог вспомнить предпочтительные эпизоды, свидетельствующие о том, что он может постоять за себя. Под другим углом зрения он увидел и мотивы, которыми руководствовались члены его семьи. Он уже не думает, что они сочли его бесполезным, а осознает, что они в затруднении — просто не знают, как ему помочь. Депрессия Эла прошла после того, как он поговорил с семьей и объяснил родным, чем можно ему помочь, а чем — нет.

Эрон и Лунд указывают, что в пределах обозначенных ими общих рекомендаций по проведению эффективных бесед психотерапевт может использовать множество приемов из разных подходов. Так, они не колеблясь прибегают к «чудо-вопросам» (терапия, фокусированная на решении проблемы), проводят «экстернализирующие беседы» подобно Майклу Уайту, выявляют связи между мышлением и поведением (когнитивно-поведенческая терапия), используют прием реструктурирования смысла (модель ИПИ) и обсуждают тему переноса (психодинамическое направление).

Как мы упоминали раньше, гибкие методы, подобные описанному, работают только в том случае, когда психотерапевт владеет базовой теорией. Эрон и Лунд начинали с модели ИПИ, но не

оставили ее, как это сделали многие психотерапевты после постмодернистской революции, а использовали ее существенные элементы в качестве основы, к которой смогли добавить новые приемы (нарративный подход, подход, фокусированный на решении проблемы).

**Интегративная супружеская терапия.** Нил Якобсон, скоропостижно скончавшийся в 1999 г., работал в Вашингтонском университете и был одним из выдающихся поведенческих семейных терапевтов. Вместе с Эндрю Кристенсенем из Калифорнийского университета он изучал возможность улучшения результатов, достигаемых применением традиционных методов поведенческой семейной терапии.

Они обнаружили, что результаты улучшались, если к стандартному набору приемов тренировки коммуникативности, разрешения конфликтов и решения проблем добавлялись элементы гуманистического подхода. Разработанный ими метод описан в книге «Интегративная супружеская терапия» (Jacobson & Christensen, 1996). Когда столь уважаемый пионер поведенческой терапии, как Нил Якобсон, решает, что пришло время пересмотреть подход, который он пропагандировал на протяжении двадцати лет, то разумно предположить две причины: во-первых, выяснилось, что в оригинальной модели чего-то не хватало; во-вторых, она получила важное дополнение.

Традиционная поведенческая терапия семейных пар основана на модели изменения поведения. После проведения «функционального анализа», демонстрирующего влияние партнеров друг на друга в процессе взаимодействия, клиентов учат, как подкрепить те изменения, которые они хотят вызвать друг у друга. Каждый, кто долго состоял в браке, мог бы сказать, чего не хватает в таком подходе. Терапия может быть направлена на изменение поведения, но добрые взаимоотношения предполагают также определенную степень принятия различий и разочарований. Вероятно, в проблемных браках для сохранения отношений необходимы некоторые изменения, но какие-то черты партнеров являются неотъемлемой частью их существа, и пары, миновавшие период, когда чуть не расстались, стали эти черты принимать. Именно этот элемент — принятие — Якобсон включил в новый подход к терапии семейных пар.

Якобсон говорит, что его неудовлетворенность существующей моделью была вызвана накопившимися данными о том, что

лишь у приблизительно 50% пар, к которым применялись традиционные методы поведенческой терапии, удалось добиться стойкого улучшения (Jacobson et al., 1984; Jacobson, Schmalings & Holtzworth-Monroe, 1987). И вот вместе с Кристенсеном, исследователем и клиницистом, изучавшим конфликтные браки, Якобсон добавил к своему стандартному набору методов процедуры, ускоряющие принятие.

В противоположность каноническим положениям традиционной поведенческой терапии, интегративная терапия семейных пар подчеркивает роль поддержки и эмпатии — тех самых чувств, проявлению которых по отношению друг к другу терапевт хочет обучить партнеров. Для создания творческой атмосферы в этом подходе начинают с этапа, который называется *формулировка* и направлен на то, чтобы помочь парам прекратить взаимные обвинения и подготовить их к принятию и изменениям. Формулировка состоит из трех элементов; *тема*, в которой дается определение первичного конфликта; *процесс поляризации*, когда описывается деструктивный паттерн взаимодействия пары; и *взаимная ловушка* — тупик, не дающий супругам возможности прервать начавшийся цикл поляризации.

Стандартные темы при обсуждении семейных конфликтов — это вопросы близости и отстраненности, стремление контролировать ситуацию и нежелание осознать ответственность, разногласия по поводу секса. В то время как сами партнеры считают причиной разногласий недостатки друг друга, в которых и видят проблему, требующую решения, Якобсон и Кристенсен предлагают партнерам рассматривать некоторые различия во взглядах как неизбежные — с тем чтобы обрести больше возможностей принять друг друга. Такой подход к принятию позволяет прервать цикл постоянных попыток партнеров переделать друг друга. Следует отметить также, что на стадии формулировки каждый из партнеров начинает видеть, что они жертвы не другого партнера, а того паттерна взаимодействия, который поймал их в ловушку. Как и в нарративной терапии Майкла Уайта, они могут объединиться, чтобы побороть общего врага — проблемный паттерн.

Так, например, Якобсон недавно попросил семейную пару описать характер их взаимоотношений.

Муж рассказал: «Да вот, все не можем разобраться в наших отношениях. Возможно, мы в чем-то отдаляемся друг от друга, и жена постоянно говорит мне об этом. Я стараюсь из-

бежать этих разговоров, всяко устраниюсь, а жена, в свою очередь, усиливает давление. Вот и ссоримся...» (Jacobson & Christensen, 1996, с. 100).

Заметьте: процесс формулирования помогает этой семейной паре описать их ссоры как паттерн взаимодействия, в который они оба вносят свой вклад, вместо того чтобы использовать язык обличений, что более типично для неблагополучных семейных пар.

Далее, чтобы стимулировать принятие, Якобсон и Кристенсен поощряют партнеров говорить о собственных переживаниях, вместо того чтобы нападать на супруга. Переход от утверждений вроде «Он никогда не выказывает мне хоть чуточку привязанности!» к раскрытию своей уязвимости — «Я не всегда уверена, что хоть что-то для него значу» — с большей вероятностью мог бы способствовать взаимопониманию. Слушающий партнер скорее готов проявить эмпатическое внимание к таким раскрытиям.

Стратегии, направленные на изменение, включают в себя два основных компонента поведенческой терапии семейных пар: перемену поведения и приобретение коммуникативных навыков. Изменение поведения (описанное более полно в главе 9) предполагает заключение контрактов «quid pro quo» («услуга за услугу») и «доброй воли», в соответствии с которыми семейные пары учатся проявлять взаимную доброжелательность или строить поведение таким образом, чтобы доставить удовольствие партнеру в надежде на такое же поведение с другой стороны. Так, каждого партнера можно попросить составить список того, что принесло бы удовлетворение партнеру (не спрашивайте, что ваш партнер может сделать для вас; спросите, что вы можете сделать для вашего партнера). Когда список составлен, каждому из супругов рекомендуют начать делать то, что, по их мнению, будет приятно другому, и понаблюдать, как это влияет на взаимоотношения.

Второй компонент — тренинг коммуникативных навыков — включает в себя обучение семейных пар искусству слушать и высказываться самим прямо, но не обвиняя партнера. Обучение использованию «активного слушания» и формулирования речи в «я»-утверждениях ведется с использованием специальной литературы, инструктирования и практических заданий. По мере того как супруги отходят от защитных позиций, они не только обретают способность лучше решать конфликты, но и начинают в большей мере принимать друг друга.



Пока еще слишком рано оценивать эффективность интегративной психотерапии семейных пар, но создается четкое впечатление, что она улучшает традиционный поведенческий подход. Ее значение не только в совершенствовании модели, но и в том, что происходит движение в сторону гуманизации поведенческих методов. Подчеркивая важность принятия и сострадания, интегративная терапия семейных пар примыкает к другим направлениям современной семейной психотерапии — от подхода, ориентированного на решение проблемы, до стратегического и нарративного подходов в признании важности воспитания взаимоотношений. Карл Роджерс был бы горд таким развитием своих идей.

Отдавая должное преданности Якобсона и Кристенсена исследовательской работе, мы можем ожидать тщательного изучения результатов этого нового подхода. Пока же мы приветствуем их мужество, позволившее подвергнуть переоценке модель, в разработке которой они были пионерами.

Оценивая этот двухмодельный подход к интеграции, мы можем видеть, что в обоих примерах — нарративной модели, ориентированной на решение, и интегративной супружеской терапии — процесс слияния подходов не создал для психотерапевта новых значительных сложностей.

Нарративная модель, направленная на решение, иллюстрирует одно правило соединения, известное всякой хорошей свахе: прежде чем начать подталкивать партнеров к совместной жизни, следует убедиться, что они совместимы. Поскольку техники ИПИ, ориентированные на решение проблемы, достаточно схожи с некоторыми техниками нарративного направления, обе традиции уделяют большее внимание не эмоциям, а изменению когниций, не касаются интрапсихических процессов и исторических аспектов, они вполне совместимы. А вот попытка объединить любой из этих подходов, например, с психоаналитическим направлением в семейной терапии была бы подобна попытке смешать воду с маслом. Некоторые теории не поддаются успешному объединению. Вероятно, не случайно, что Пинсоф не пытался смешивать различные модели, которые он использовал, а вместо этого переходил последовательно от одного метода к другому. Слишком много масла и воды.

Интегративная теория, разработанная Якобсоном и Кристенсеном, также учитывала совместимость «партнеров» — поведенческого и эмпирического подходов. Обе модели уделяют внимание процессам коммуникации внутри семейных пар, но при

этом акцентируют разные аспекты. Бихевиорист сосредоточивается на контрактах и подкреплении, а сторонник эмпирического направления делает упор на эмоции и эмпатию. Дополнение поведенческой модели элементами из эмпирического подхода не вызывает больших осложнений. Поощрение партнеров к тому, чтобы они выказывали друг другу больше сочувствия и принятия, вовсе не должно мешать их действиям, направленным на решение проблемы.

Благодаря фактору совместимости интеграция двух моделей не должна пугать практиков. Новая интегративная модель сохраняет преимущество простоты, ориентируется на наиболее универсальные подходы и несколько расширяет диапазон возможностей терапевта. С другой стороны, является ли он достаточно широким? Психотерапевтам предстоит по-прежнему прилагать усилия для достижения равновесия между широтой охвата и согласованностью, четкой направленностью и гибкостью, а это — непростая задача.

**Другие модели, которые объединяют два подхода.** В дополнение к двум моделям, описанным выше, были сделаны попытки объединения и других подходов: структурного и стратегического (Stanton, 1981; Liddle, 1984), стратегического и поведенческого (Alexander & Parsons, 1982), психодинамического и системного (Sander, 1979; Nichols, 1987; Scharff, 1989; Slipp, 1988), эмпирического и системного (Duhl & Duhl, 1981; Greenberg & Johnson, 1988).

## **МОДЕЛИ, РАЗРАБОТАННЫЕ ДЛЯ КОНКРЕТНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ**

Дифференциация — признак роста как для индивидов, так и для дисциплин. Одним из признаков зрелости семейной терапии явилось то, что некоторые психотерапевты начали сосредоточиваться на конкретных клинических проблемах, а не на общем понятии «семья». Некоторые группы применяли свои, уже существующие модели к проблеме, над решением которой работали. Так, например, структурная терапия семьи использовалась применительно к анорексии и диабету (Minuchin, Rosman & Baker, 1978).

Другие группы клиницистов должны были проявить твор-

ческий подход, потому что решили заняться трудными проблемами, нетипичными для повседневной практики. Такие проблемы часто требуют большего, чем может предложить какой-то один подход. Эти клиницисты развивают интегративные модели, исходя не из теоретических, а из клинических соображений. Обычно они не стремятся к переменам в семейной психотерапии из-за скромности своих притязаний, иными словами, не представляют свой новый подход как универсальный для всех типов семей.

**Проблема насилия.** Один из подходов, предназначенных для решения конкретных клинических задач, — это подход к оказанию помощи женам, ставшим жертвами избиения, разработанный Вирджинией Голднер и Джиллиан Уокер в рамках проекта «Пол и насилие» в Институте Аккермана (Нью-Йорк) (Goldner, Perm, Sheinberg, Walker, 1990; Goldner, 1992; Goldner, 1998; Goldner, в печати). Когда они начали изучать проблему насилия в семейных парах, стандартный подход предусматривал разделение пары и работу с мужем в группе с другими обидчиками, а с женой — в женской группе поддержки. Такой подход был обусловлен феминистической критикой системных методов, в которых подразумевалось, что ответственность за насилие несут оба партнера и, следовательно, нужно работать с ними обоими, как со всякой другой проблемной парой.

Голднер и Уокер разделяли мнение своих коллег с феминистическими взглядами о том, что вне зависимости от роли женщины ответственность лежит на муже, ибо его насилие является гораздо более физически устрашающим и травмирующим, чем действия жены, так как он сильнее. Но они также видели смысл в том, чтобы работать с мужем и женой вместе, обращая внимание на роль женщины в опасных драмах семейной пары. Вместо того чтобы принять ту или другую сторону в спорах между феминистками и сторонниками системной психотерапии, они постарались навести мосты между полярными мнениями, касавшимися насилия в семье. Ведь можно признать сразу обе позиции: верно, что мужчина, а не женщина является ответственным за насилие, но в процессе взаимодействия, требующем изменения, участвуют оба партнера. По словам Голднер, «избитая женщина не отвечает наравне с мужем за свой сломанный нос, даже если она признает, что вела себя несдержанно или «провоцирующе»; точно так же женщина, ставшая в ночи жертвой сексуального

насилия, не несет ответственности за происшедшее, даже если она испытывала сексуальное возбуждение» (Goldner, 1998, с. 266). С такой «и/и» позиции стало возможным исследовать роль женщины-жертвы в семейной драме, не обвиняя ее.

В результате создается подход, объединяющий аспекты следующих направлений: феминистического, системного, психоаналитического, поведенческого, нейробиологического и нарративного, — и он является настоящим достижением, потому что многие из этих школ придерживались полярных взглядов. Вместо того чтобы работать с каждым партнером по отдельности и настаивать на том, что им нужно расстаться, Голднер и Уокер встречаются с обоими супругами, но утверждают, что для продолжения терапии необходимо немедленное прекращение насилия, а мужчина должен признать свою ответственность за то, что допустил насильственные действия. Таким образом, они объединяют феминистические взгляды относительно безопасности и ответственности с интересом сторонников системной психотерапии к исследованию процесса взаимодействия партнеров в семейной паре. Голднер указывает, что разлучение партнеров в таких семейных парах редко способствует безопасности, потому что они зачастую так сильно привязаны друг к другу, что быстро воссоединяются, а те женщины, которым удастся уйти, с большей вероятностью подвергнутся нападению или будут убиты. С другой стороны, если супруги совместно участвуют в процессе лечения, жертва может объяснить своему обидчику в присутствии терапевта, какой вред причиняет насилие, а терапевт может указать на моральный долг мужчины — прекратить насильственные действия.

Голднер и Уокер используют язык «частей личности», чтобы помочь каждому партнеру отделить себя от ярлыков насильника и жертвы и привнести в беседу внутриспсихические инсайты. То есть муж может говорить о гневливой стороне своей натуры, а жена — о той части своей натуры, которая беспокоится о том, чтобы заботиться о муже, а не о том, чтобы защитить себя. Это подтверждает, что каждый человек многогранен и лишь некоторые из граней носят разрушительный характер. В ответ на вопросы об их происхождении мы слышим исполненные боли истории из прошлого каждого из партнеров. «Здесь мы, как правило, снова оказываемся в том времени, когда мужчина был мальчиком и подвергался садистским действиям, насилию и ограничениям» (Goldner, 1998, с. 275). Эти взывающие к сочувствию свидетельства помогают ослабить взаимный антагонизм партнеров.

Голднер и Уокер вводят также методику активного слушания, чтобы, кроме рассказов, свидетельствующих о прошлых травмах, мужчина услышал, как женщина описывает ту боль и ужас, которые она пережила из-за его нападений. Здесь снова послание мужчине в форме «и/и»: да, в детстве вам довелось много выстрадать, и это объясняет ваше жестокое поведение, но и сейчас вы по-прежнему выбираете насилие, а это неприемлемо. Точно так же, независимо от того, насколько пассивной женщина была в прошлом, она может желать защищаться без того, чтобы чувствовать себя виновной и нелояльной. Эта позиция «и/и» является более прогрессивной по сравнению с позицией «и/или», которую занимают сторонники феминистической и психоаналитической моделей. То есть психотерапевты феминистического направления считают, что изученные обстоятельства трудного детства мужчины могут служить оправданием насилию, тогда как психоаналитики слишком часто видели в насилии симптом имеющейся патологии и не считали таких людей ответственными за поступки. Голднер пишет, что «с точки зрения «и/и» насилие лучше может быть понято как действие и преднамеренное и импульсивное, направленное на соединение и в то же время разобщающее» (Goldner, 1998, с. 279).

Хотя этот подход разработан для работы с проблемой насилия, из него можно извлечь важные уроки для интеграции моделей терапии вообще. Он иллюстрирует пользу выхода за рамки дихотомий, которые доминируют в психотерапии (особенно в работе с такими критическими проблемами, как насилие), чтобы убедиться, что обе точки зрения имеют ценность и могут сосуществовать, если психотерапевт посмотрит на проблему «более комплексно». Слишком часто «идеи, которые могли бы взаимно обогатить друг друга, рассматривались как оппозиционные положения; условия поляризации принуждали делать выбор между неадекватными альтернативами» (Goldner, 1998, с. 264). Можно сказать, что именно эффект деполяризации и есть главное достоинство интеграции.

**Коммунальная семейная психотерапия.** Многие семейные психотерапевты начинают свою профессиональную деятельность в агентствах по оказанию помощи малообеспеченным семьям, но, поняв, что сама по себе семейная психотерапия бессильна перед многими ограничениями, с которыми приходится сталкиваться неимущим семьям, они разочаровываются и переходят к част-

ной практике с семьями среднего класса. Однако для Рамона Роджано осознание ограниченных возможностей семейной психотерапии имело совсем иные последствия.

До переезда в Хартфорд (шт. Коннектикут) в 1987 г. Роджано был психиатром в Колумбии. В настоящее время он возглавляет Отдел социальной службы с годовым бюджетом в 20 миллионов долларов. Это необычный пост для семейного психотерапевта, но он дает возможность проводить то, что Роджано называет *коммунальной семейной психотерапией*, т. е. воплощать в жизнь модель, которую он разработал, чтобы помочь людям самостоятельно выбраться из нищеты. Роджано видел ограничения, свойственные психотерапии, проводимой с малообеспеченными семьями исключительно в стенах офиса, и, вместо того чтобы разочароваться, решил распространить свою деятельность за пределы офиса. Он начал создавать структуру, включающую в себя все системы, участвующие в формировании образа жизни его клиентов, — не только школы, суды, тюрьмы, программы социальной помощи, но акционерные общества и агентства, которые могли бы обеспечить его клиентов работой.

По мнению Роджано, самое большое препятствие, с которым сталкиваются малообеспеченные люди, — это чувство бессилия, возникающее из-за множества бюрократических препон, и ощущение безнадежности оттого, что люди не видят путей осуществления американской мечты о хорошей работе и хорошем доме. Роджано использует свои знания о структуре социальной службы и свои личные связи с учреждениями, чтобы дать клиентам возможность снова почувствовать связь со своим сообществом и способность добиваться того, что им необходимо. Он не только помогает семьям найти ресурсы для выживания (а это и программы помощи детям, и предоставление рабочих мест, продовольственных талонов, жилья, т. е. все то, что составляет сущность традиционной помощи), но и поощряет цели и планы, выходящие за рамки простого выживания. Лора Марковиц (Markowitz, 1997) так описывает его работу:

Рамон Роджано профессионально выводит клиентов на новую дорогу жизни. Скажем, вы — мать-одиночка на пособии, приходите к нему, потому что ваш сын-подросток пропускает школу и вот-вот будет исключен. Наклонившись вперед на своем стуле, коренастый энергичный Роджано начинает с присущим его речи испанским акцентом засыпать вашего сына вопросами, полностью на нем сосредоточившись и как

бы загоняя беспризорного ягненка назад в кошару. После нескольких минут такого допроса вы действительно слышите, что ваш мальчик признает происходящее и обещает тихим искренним голосом, какого вы давно от него не слышали, что он будет ходить в школу регулярно и сможет ее окончить. Вы открываете рот от удивления, а Роджано даже не делает паузу. Он уже побуждает 15-летнего мальчика подать заявление о принятии на работу после школы<sup>^</sup> о которой он только что слышал от кого-то... Роджано записывает на бумаге телефон и вкладывает ее в руку мальчика, смотрит ему в глаза и несколько раз произносит его имя, чтобы удостовериться, что мальчик почувствовал искреннее беспокойство Роджано за то, что этот ребенок может закончить свой путь на улице или в банде... Вы думаете, сеанс окончен, не так ли? Не совсем. Он имеет планы и на вас. Внимание: он может задать вам совершенно невероятный вопрос, например, думали ли вы относительно приобретения собственного дома. Вы можете быть матерью-одиночкой, едва сводящей концы с концами, но вот он наклоняется к вам, и вам передается сила его веры в ваши возможности, а он уже вкладывает в вашу руку листок с номером телефона женщины, которую он знает и которая руководит программой помощи людям, не имеющим средств для покупки дома в собственность (Markowitz, 1997, с. 25—26).

Он задает клиентам вопросы о таких вещах, о которых они, находясь в состоянии безнадежности и разобщенности, даже не задумываются: о баллотировании в совет школы, поступлении в колледж, об основании собственного бизнеса, участии в программах социальной защиты, — и задает их так, что все перечисленное представляется возможным, отчасти потому, что Роджано видит в них силы, о которых они сами забыли, отчасти потому, что он имеет связи, позволяющие осуществлять намеченное.

Однако Роджано понимает, что помощь со стороны сообщества сама по себе недостаточна. Если не будет осуществляться продолжающаяся терапия, то вскоре мать-одиночка из только что приведенного сюжета начнет опаздывать на работу из-за возобновления конфликтов с сыном, а ее мечта о доме улетучится.

В этом случае происходит интеграция коммунальной психологии и социальной работы. Роджано принял версию структурной семейной терапии и обогатил ее теми возможностями, которые открывает система социальной помощи. Структурная се-

мейная терапия была разработана в Центре Уилтвик, находящемся в Гарлеме, в конце 50-х гг., но, как вспоминает Браулио Монтальво, один из ее разработчиков, «мы не могли найти ресурсы, которые позволили бы поддерживать изменения, достигнутые с помощью семейной психотерапии» (цит. по: Markowitz, 1997, с. 28). Сорока годами позже был сделан следующий, вполне очевидный шаг — задействованы источники ресурсов. Там, где нарративная терапия вместе с клиентами конструирует новое повествование их прошлого в надежде возбудить желание к действию, Роджано идет дальше, не только поощряя новое отношение к жизни, но и показывая клиентам реальную дорогу к их мечте, на которой им будет оказана всяческая поддержка.

И снова мы видим, что интеграция требует нового мышления. Роджано должен был отступить от утвердившегося представления, что психотерапия проводится в стенах кабинета, даже если на жизнь клиентов влияют силы, которые никак не затрагиваются в рамках психотерапевтического сеанса. Так почему бы не выйти за пределы кабинета и не обратиться к системе в целом? Казалось бы, очевидный вопрос, однако для того, кто ограничивает себя кабинетными стенами, он не столь очевиден.

**Другие формы интегративных подходов к конкретным проблемам.** Многие другие конкретные проблемы побудили терапевтов к созданию и использованию интегративных методов. Это наркомания среди подростков (Piercy & Frankel, 1989; Liddle et al., 1991), инцест (Trepper & Barrett, 1989; Goulding & Schwartz, 1995), детские расстройства (Wachtel, 1995; Gil, 1994), трудные подростки (Henggeler & Borduin, 1990), хронические болезни (Roland, 1994), биполярное расстройство (Moltz, 1993), шизофрения (см. раздел о психопросвещении в главе 10) и нарушение питания (Root et al., 1986; Schwartz, 1995).

## Модель внутренних семейных систем

*Модель внутренних семейных систем* (далее — модель ВСС) иллюстрирует одновременно и интеграцию, и расширение: она распространила системное мышление за границы семьи на область интрапсихических процессов и на сферу основных культурных и политических проблем. Модель является интегратив-



ной в том смысле, что включает в себя черты, заимствованные из структурной, стратегической, эмпирической, психодинамической школ и школы Боуэна также элементы нарративного подхода. Несмотря на столь разнообразные составляющие, теория внутренних семейных систем является связной и последовательной и дает возможность понимания многих различных подходов.

Модель ВСС была разработана в начале 1980-х гг. Ричардом Шварцем (Schwartz, 1987, 1995, 1997; Goulding & Schwartz, 1995) и его коллегами в Институте изучения юношества в Чикаго. В 1996 г. Шварц перешел на факультет Института семьи в Северо-Западном университете. Подобно многим интегративным моделям, описанным в этой главе, модель ВСС родилась на фоне разочарования в возможностях существующих подходов. В начале 80-х гг., изучая результаты применения структурно-стратегических методов семейной психотерапии при лечении булимии (Schwartz, Barrett & Saba, 1985), Шварц пришел к выводу, что для некоторых клиентов одной семейной психотерапии оказалось недостаточно.

## **СУБЛИЧНОСТИ, ИЛИ «ЧАСТИ» ЛИЧНОСТИ**

Шварц обнаружил, что разные клиенты описывали похожий характер интеракций между тем, что они называли «внутренними голосами» или разными «частями» своей личности. «Часть меня негодует из-за того, что я такой толстый, другая часть чувствует себя обиженной и одинокой, а третья берет верх над остальными и заставляет меня пускаться в разгул...» Такие описания навели на мысль, что эти компоненты личности, или внутренние голоса, есть нечто большее, чем строй мысли или эмоциональные состояния, — они вели себя скорее как самостоятельные личности. Шварц задался вопросом, могут ли те же самые системные принципы, столь эффективные в работе с семьями, применяться также к внутренним системам его клиентов. Он продолжал опрашивать клиентов, прослеживая паттерны взаимодействия их конкурирующих внутренних голосов, пытаясь понять отношения между ними и экспериментируя со способами системного вмешательства в эту внутреннюю среду.

Шварц пришел к выводу, что системные принципы и методы не просто применимы к внутренним процессам, но с их помощью можно добиться того, чтобы члены семьи начали понимать себя и друг друга с большей легкостью, чем можно было бы

ожидать при использовании других интрапсихических моделей. Клиенты находят скрытые прежде внутренние ресурсы и изменяют свои отношения с разными компонентами своей личности. При этом изменяются и многие искаженные представления о жизни, ограничивающие их возможности и возможности семьи.

Шварц также обнаружил, что сам язык коммуникации разных частей личности между собой является мощным инструментом, помогающим членам семьи понимать друг друга и свои проблемы. Изменить часть своей личности легче, чем изменять личность в целом.

Наблюдение о том, что личность многогранна, не ново. Об этом писали многие теоретики, начиная с Фрейда (ид, эго и суперэго) и Юнга (описание комплексов) и кончая авторами недавних теорий объектных отношений применительно к структурным компонентам личности. Неоднородность личности является также основным понятием менее традиционных подходов, таких, как трансактный анализ (эго-состояния), психосинтез (субличности) и когнитивно-поведенческий подход (схемы).

Будучи семейным психотерапевтом, Шварц интересовался тем, каким образом части личности взаимодействуют в системе. Структурная семейная терапия помогла ему рассматривать эту внутреннюю семью как деликатную среду, область, в которую нужно вступать осторожно и с уважением к ее стражам (Minuchin, 1974). Семейных психотерапевтов структурного направления обучают искусству присоединения — проявлению уважения и умению заслужить доверие людей (часто — родителей), ответственных за безопасность системы. По аналогии с этим Шварц предположил, что при попытке обойти те структурные компоненты, которые защищают внутреннюю систему человека, он столкнется с сопротивлением, но если он присоединится к этим компонентам, расспрашивая их об их страхах, они не только не будут сопротивляться, но окажут помощь и укажут направление. Эти части личности хотят, чтобы система исцелилась, но им важно знать, что они в безопасности и что врач компетентен. Казалось, они исполняют роль защитников и управляющих. Их так и называли — *управляющие*. Их обязанность — оказывать сопротивление, пока не будет гарантирована безопасность.

Если в прошлом человеку пришлось испытать глубокую обиду или стыд, то часть структурных компонентов будет хранить эмоциональные воспоминания о пережитом. Компоненты-управляющие обычно стремятся держать такие чувства вне сознания и, следовательно, пытаются заключить уязвимые компонен-

ты в потайные укрытия. Эти «отправленные в ссылку» компоненты получили название *изгнанников*.

Третья группа частей личности вступает в действие всякий раз, когда переживания одного из компонентов-изгнанников настолько велики, что он может захлестнуть человека потоком своих чувств или сделать их уязвимыми. Когда это случается, третья группа пытается по возможности быстро погасить внутренний огонь чувства. Поэтому их называли *пожарными*. Они имеют тенденцию быть высоко импульсивными и пытаются найти стимулы, которые могут преодолеть чувства изгнанника или отделиться от них. Пристрастие к лекарствам, алкоголю, перееданию, сексу или работе — типичные области действия компонентов-пожарных.

Еще один ключевой аспект модели ВСС: кроме упомянутых компонентов в каждом человеке присутствует некое стержневое «я», наделенное такими принципиальными свойствами, как умение видеть вещи в настоящем свете, уверенность, способность к сочувствию. Более чем десятилетняя работа с сотнями клиентов, многие из которых подвергались жестокому обращению и демонстрировали тяжелую симптоматику, убедила Шварца в том, что каждый обладает таким безупречным, целительным «я», хотя поначалу некоторые люди имеют к нему лишь ограниченный доступ. Цель модели ВСС состоит в том, чтобы дифференцировать это «я» от структурных компонентов и далее в этом «я»-состоянии с сочувствием отнестись и к структурным компонентам собственной личности, и к членам своей семьи.

## «Я» КАК ЦЕЛИТЕЛЬ

Признание существования у клиента внутреннего компетентного «я» преобразует задачу психотерапевта. Вместо того чтобы предлагать интерпретации, давать директивы или содействовать обретению навыков, сторонник модели ВСС первым делом помогает клиенту выявить внутренние компоненты с доминирующим опытом и затем просит сделать так, чтобы компоненты-управляющие и компоненты-пожарные «отошли в сторону» — отделились от клиента. Удивительно, что многие клиенты могут быстро справиться с этим, и, когда это происходит, наблюдается определенный сдвиг поведения в направлении здоровомыслящего «я». Когда клиент находится в таком состоянии, члены семейства могут обсуждать трудные проблемы без вмеша-

тельства внутренних структурных компонентов каждого человека, которые поддерживали тупиковые ситуации. В этих случаях люди зачастую способны приходить к собственным решениям без особой помощи терапевта, за исключением того, что он помогает «отлавливать» внутренние структурные компоненты личности, когда они возобновляют защитные действия, и снова настаивает на том, чтобы они «отошли в сторону».

Эта работа трудна для многих не из-за технической сложности, но потому, что требует убежденности терапевта в том, что каждому человеку присуща неотъемлемая целительная мудрость (в том числе и клиентам с тяжелыми симптомами, чье поведение противоречит мудрому). Зачастую психотерапевты обретают такую убежденность лишь после того, как неоднократно видели происходящие с клиентами изменения. Многие в технике модели ВСС направлено на то, чтобы помочь клиентам разблокировать свое «я» так, чтобы и клиент, и психотерапевт смогли научиться ему доверять.

Часто, просто отделившись от структурных компонентов и доверившись мудрому «я», человек меняется, обретая такие качества, как способность по-иному взглянуть на вещи, интерес к жизни, сострадание, уверенность, т. е. качества, существенно облегчающие интеракции со структурными компонентами своей личности и с другими членами семьи. Именно открытие, что при отделении от защитных компонентов человек спонтанно обнаруживает эти качества, убедило Шварца в существовании стержневого «я» в каждом человеке. Это открытие произошло случайно и явилось побочным результатом применения к внутренним системам техники установления границ, заимствованной из структурной семейной терапии, и привело к теории, сходной с концепцией Боуэна о самодифференциации, но с иными этапами достижения этой дифференциации.

После того как Шварц сумел отложить в сторону свои предвзятые понятия относительно психотерапии и сознания и действительно начал слушать то, что говорили его клиенты, он понял, что части личности не только автономны, но и обладают своими особыми талантами, устремлениями и способностью выражать всю гамму эмоций. Кроме того, они образовывали альянсы, соперничали за право осуществлять контроль и время от времени воевали друг с другом.

Рассмотрим пример Джейн, которая выросла в семье, где очень боялись откровенных выражений гнева, учили девочек заботиться о других и пренебрегать собой. Как и у большинства из нас, в личности Джейн присутствует компонент, который хочет

помочь ей отстоять ее права и самоутвердиться, но в рамках семейных традиций она лишена доступа к нему и слушает предостережения запуганных и безликих компонентов о том, что, если она начнет высказывать свое мнение, будет плохо.

Так как утверждающая часть личности Джейн вынуждена была беспомощно наблюдать за тем, как люди ее эксплуатировали, она стала раздражаться. В тех редких случаях, когда Джейн не могла сдержаться, утверждающая часть захватывала контроль и ввергала девочку в ярость, что удивляло и пугало окружающих, привыкших к ее пассивности. Эти вспышки только подтверждали предостережения испуганных и безликих субличностей об опасности, укрепляя их убежденность в том, что активную субличность нужно утихомирить, а последняя, конечно, еще больше раздражалась, и т. д. Таким образом, те же самые петли позитивной обратной связи, которые характеризуют нарастание напряженности в семье, образуются и во «внутренних семьях».

Шварц делает вывод, что модель ВСС является основой для понимания людей, а не просто набором методик. Поскольку имеется целый ряд способов выявления субличностей и работы с ними, психотерапевты использовали модель с широким диапазоном методов, включающую психодраму, танец, арт-терапию и игровую форму для работы с детьми (Schwartz, 1995).

При работе с семьей роль психотерапевта заключается в том, чтобы создать безопасную среду для появления «я» клиентов и их интеракции. Кроме того, сторонники модели ВСС (1) помогают членам семьи заметить, когда их субличности одерживают верх, и возвратить лидерство своему «я»; (2) помогают членам семейства выработать представление о том, как они хотели бы строить свои взаимоотношения; (3) обсуждают с членами семьи то напряжение, которое существует в семейном окружении, в семейной структуре и внутри каждого члена семьи и препятствует установлению лидерства «я»; (4) сотрудничают с семьей в том, чтобы найти способы устранить это напряжение.

## **ИДЕНТИФИКАЦИЯ «ЧАСТЕЙ» ЛИЧНОСТИ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИХ ЯЗЫКА**

Когда у кого-то в семье есть проблема, которая расстраивает других, обычно часть личности одного члена семьи борется за то, чтобы изменить часть личности другого, приводя к эскалации позитивной обратной связи между членами семьи, а также

внутри каждого члена семьи. Например, Тони устраивает драки в школе и восстает против родителей дома. Психотерапевт спрашивает мальчика о тех частях его личности, которые заставляют его так поступать. Тони описывает конфликт между своей мятежной частью и той частью, которую волнует то, что он огорчает родителей и которая критикует его за вспышки неповиновения. Он думает, что все могло бы уладиться, если бы он мог разрешать этот внутренний конфликт, но не знает как. Психотерапевт спрашивает отца, какие части его личности активизируются из-за бунтарского поведения Тони. Отец рассказывает о той своей части, которая доведена до бешенства, и признает, что ситуация в семье не улучшается, когда эта его сторона берет верх; потом ему бывает стыдно, но он, по-видимому, не в силах совладать со своим «нравом». Мать Тони говорит, что вспыльчивость мужа приводит в действие испуганную часть ее личности, когда она пытается защитить Джонни от отцовского гнева.

Язык модели изменяет представление людей о себе и друг о друге. Так, вместо непослушного непочтительного сына родители видят ребенка, который находится в разладе с некоторыми частями своей личности, но имеет «я», и это «я» хочет продолжить работу с другими частями. Отец из бушующего тирана превращается в доброго человека, борющегося со своей вспыльчивой частью. Образ матери тоже меняется благодаря теории о составляющих частях личности, которая предполагает усиление благожелательности по отношению к человеку и открывает большие возможности для изменения, чем идея о том, что люди обладают единой фиксированной личностью.

## УТЕШЕНИЕ ТРЯПИЧНОЙ КУКЛЫ

Чтобы проиллюстрировать эти техники, мы приведем фрагмент описания случая, изложенного подробно в другом месте (Schwartz, 1997). Пятнадцатилетняя Ребекка, которую четыре раза за год госпитализировали по поводу анорексии и булимии, снова выписали домой. Мы опишем работу с Ребеккой и ее мачехой, Фэй, которая была раздражена и напугана, но все же не хотела попробовать другой курс терапии. Сама Ребекка, по ее словам, понимает, что ей следует набрать вес, но не может справиться со своей потребностью освободиться от всего, что съела. Она также признает, что сама себе не очень нравится.

Сочувственно выслушав рассказ Фэй о ее огорчениях, Шварц

спросил, что она чувствует в связи с проблемами питания Ребекки. Фэй пожаловалась, что многое в «булимическом» поведении падчерицы очень ее раздражает: «Я вижу в этом проявление неаккуратности, неряшливости, и это действительно меня беспокоит». Шварц спросил, не хочет ли она научиться не волноваться из-за этого.

«Нет! — резко возразила Фэй. — Я считаю, что у меня вполне нормальная реакция!»

Шварц сказал: «Я всего лишь имею в виду ту часть вас, которая неприязненно реагирует на поведение Ребекки. Не думаете ли вы, что если вам удастся успокоить ее, то вы сможете лучше помочь девочке?»

«Ну-у, — неуверенно протянула Фэй, — если бы я могла получить помощь, не осложнив себе жизнь еще больше, то, наверное, это было бы неплохо».

Обычно довольно легко перейти на язык сторон, отражая то, что рассказывает клиент о своих мыслях и чувствах, конструируя обратную связь таким образом, чтобы создавалось впечатление, будто повествование исходит от одной из частей личности клиента. Фэй легче было признать, что «раздражение» мешает ей, когда оно было представлено как одна из частей ее личности, чем когда вначале Шварц спросил, не хотела бы она изменить свои мысли или поведение (т. е. изменить всю себя).

После того как Фэй разобралась в своих чувствах, Шварц сказал: «Итак, та ваша часть, которая огорчается из-за проблемы питания, и та, которая так раздражается из-за того, что вы называете способностью Ребекки вводить в заблуждение, — именно эти стороны мешают вам относиться к ней с симпатией и любовью?»

Тон Фэй значительно смягчился: «Да, я испытываю добрые чувства к Ребекке, но они погребены под столькими обидами...»

Шварц повернулся к Ребекке и спросил мягко: «А есть ли в вас такая часть, которая соглашается с Фэй, когда она недовольна вами?» Ребекка кивнула и признала, что внутри себя тоже сердится. Она, однако, попробовала отринуть разгневанную часть себя («Потому что, если я злюсь на Фэй, она тоже сердится на меня, и это причиняет мне все большее огорчение»).

В этом месте терапевт описал, в какой последовательности, на его взгляд, взаимодействуют части личности, определяющие взаимоотношения между мачехой и дочерью, и спросил, правильно ли это описание. Когда Фэй раздражается и чувствует отвращение к Ребекке, это приводит в действие собственного внутреннего критика Ребекки, который побуждает к действию оби-

женную часть ее личности, а она, в свою очередь, запускает механизм анорексии и булимии, что вызывает огорчение и ярость Фэй и ведет к усилению конфликта. И Фэй, и Ребекка согласились с описанием их взаимодействий как порочного круга, который, как они чувствовали, бессильны изменить. Они также согласились в том, что обе заинтересованы найти путь к сближению, вернуть те добрые отношения, которые были между ними раньше, и выразили готовность поработать с теми элементами своей личности, которые препятствуют этому.

Постепенно Шварцу стало очевидно, что «я» каждой из них начали проявляться. Голос Фэй становился совсем другим — менее резким, более заботливым; Ребекка перестала плакать, научилась рисковать. Одна из целей терапии с применением модели ВСС — создать безопасную атмосферу, в которой могли бы проявить себя «я» каждого члена семьи, а не те компоненты их личности, которые вызывали поляризацию, доминировавшую в их взаимоотношениях. Когда люди могут установить контакт между своими «я», часто оказывается, что проблемы, которые казались им неразрешимыми, исчезают по мере того, как устраняются предвзятые мнения и недобрые чувства.

Как только становится ясно, что степень лидирования «я» всех участников беседы достаточно возросла и стала стабильной, Шварц просит членов семьи напрямую обсудить друг с другом свои проблемы. До этого момента он, несомненно, оставался в центре, содействуя формированию системы лидирующих «я» до тех пор, пока члены семьи не смогут делать это самостоятельно.

Кроме того, Шварц помогает клиентам «заглянуть внутрь себя», чтобы лучше познакомиться с некоторыми из частей своей личности. Он просил Фэй сфокусировать внимание на своей ярости и понять, не может ли она отделить ее от себя. Ей эта сторона представлялась в виде дракона, угрожающе размахивающего лапами. Он спросил, что она чувствует в этой связи. Она ответила: «Это просто поразительно. Он такой сердитый и ужасный, зубастый, я вроде бы разглядываю его в зоопарке и поэтому совсем не боюсь его». Он попросил Фэй подумать, не найдет ли она способ утихомирить его. Она обнаружила, что, когда осторожно приближается к нему, протягивает вперед руку и шлепает как собаку, дракон перестает бушевать и садится. Фэй сказала: «На самом деле он даже ведет себя по-дружески. Я спокойна, я стою там, я могу его утешить». По прошествии некоторого времени Фэй почувствовала себя более уверенной в том, что сможет успокоить его таким способом, если он снова разволнуется в будущем.



Когда Фэй завершила свой образ, настроение Ребекки, видимо, улучшилось, и она сказала, что знакома с этим драконом. На следующий сеанс они пришли более сплоченными. У дракона Фэй было мало поводов вмешиваться. Шварц попросил Фэй и ее мужа удалиться, чтобы он и Ребекка смогли наедине поработать с частями ее личности.

Ребекка попросила помочь ей с той ее частью, которая была обижена. Когда она сосредоточилась на своей грусти, она увидела тряпичную куклу Энн, заброшенную в угол комнаты, и ей захотелось подойти и помочь ей. Именно на этом сеансе Ребекка взяла куклу и приласкала. Она также нашла и приласкала ту часть себя, которая заставляла ее предаваться обжорству и которая показалась ей теперь сумасшедшим великаном-людоедом.

Затем Шварц спросил, что ей было бы удобно рассказать родителям о сеансе, и попросил их вернуться. Она красочно рассказала о том, что делала со своей куклой и великаном. Родители вежливо выслушали и задали несколько вопросов. Они отнеслись к происходящему с поддержкой и принятием, и им, очевидно, полегчало. На следующем сеансе Шварц попросил Ребекку поговорить с мачехой и отцом о своих проблемах, но, когда заметил, что части личности берут верх, он остановил разговор и попросил каждого заглянуть внутрь себя и попросить эти части отойти в сторону. В дополнение Шварц продолжил внутреннюю работу с частями личности Ребекки. Например, когда Ребекка в следующий раз заглянула внутрь себя, она обнаружила, что ее тряпичная кукла превратилась в маленькую девочку, которая хотела, чтобы Ребекка узнала, какой была жизнь, когда ей было пять лет. Ребекка смогла с сочувствием наблюдать сцены, которые «маленькая девочка» показала начиная с тех ссор, которые вели родители в ее детстве и которые так пугали ее. Почувствовав, что Ребекка наконец поняла свою историю, настроение «девочки» изменилось, она стала веселой и игривой.

Шварц утверждает, что такого рода самопринятие эпизодов истории — зачастую именно то, что нужно для изменения, и, когда изменение происходит, высвобождаются ограничивающие убеждения и эмоции. Шварц часто работает таким образом с компонентами личности сразу нескольких членов семьи. Иногда со всеми вместе, а иногда по отдельности в зависимости от того, насколько комфортно чувствует себя клиент.

Мы детально описали модель ВСС потому, что она заимствует концептуальные методы из многих школ семейной психотерапии, предназначена для работы на многих уровнях (интрапси-

хическом, семейном и культурном) и не является рассогласованной и невнятной теорией. Она иллюстрирует дух интеграции, предлагая терапевтам возможность сфокусировать свое внимание на широком спектре явлений, четко выделяя этапы и направление.

## Резюме

За те десятилетия, когда создавалась семейная психотерапия, были разработаны четко сформулированные модели, и большинство семейных психотерапевтов стали сторонниками какой-то из них. Каждая из основных школ концентрировала внимание на одном из аспектов семейной жизни. Представители эмпирического направления обратили внимание людей на чувства, бихевиористы помогли подкрепить желательные формы поведения, а сторонники школы Боуэна научили принимать решения. Таким образом, психотерапевты, работавшие в соответствии с классическими моделями, ориентировали свои усилия на достижение изменения. Что за беда, если в своей деятельности они спорили друг с другом, отстаивая правоту той теории, которой придерживались?

Беда заключалась в том, что, игнорируя достижения других подходов, ортодоксальные последователи разных школ неизбежно ограничивали их возможности и сужали область применения. Вероятно, с точки зрения исторического развития такую узость позиции можно считать естественным явлением в процессе консолидации основных достижений различных моделей. Возможно, когда-то было полезным, чтобы различные школы следовали той истине, которая им виделась, и постарались извлечь из нее все, что могли. Если так, то это время прошло.

Признавая всю ценность идеи интеграции, следует все же помнить о ловушке, стоящей на пути ее воплощения. Можно ли удовлетвориться просто смешением имеющихся в наборе красок? Фокус в том, чтобы найти концептуальную связующую нить, которая свяжет разрозненные идеи, и добавить приемы, заимствуя их из разных моделей так, чтобы при этом не уменьшить их эффективности. Успешной является только такая интегративная модель, которая берет из существующих методов то, что может быть применено согласованно. Произвольное заимствование отсюда и отсюда не приведет ни к чему хорошему.

Чтобы преуспеть в усилиях по синтезу, необходимо соблюдать баланс между шириной охвата и сфокусированностью. Ши-

рота охвата может быть особенно важной, когда речь идет о концептуализации. Современные семейные психотерапевты мудро применяют биопсихосоциальные подходы, в которых биологические, психологические, коммуникативные, общественные и даже социальные процессы имеют отношение к пониманию проблем клиента. Когда же дело доходит до практических приемов, то, напротив, наиболее эффективными оказываются те, которые не перегружают психотерапевта множеством методик.

И, наконец, эффективная интегративная модель должна быть четко ориентированной. Сложность применения слишком гибких методик состоит в том, что у семьи есть свои явные и скрытые способы уклонения от следования им. Эффективная семейная психотерапия предполагает создание обстановки, располагающей к беседам, которые должны бы вестись, но не ведутся дома. Такие диалоги не могут, однако, состояться, если психотерапевт, встречая сопротивление, начинает метаться от одной техники к другой.

Семейная психотерапия — это в конечном итоге клиническое мероприятие, ценность которого измеряется достигнутым результатом. Основной довод в пользу комбинации элементов различных подходов состоит в том, чтобы по возможности повысить результативность лечения, а не теоретический охват. Если, переименовав высказывание Билли Кристала, лучше быть эффективным, чем красивым.

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Breunlin D. C, Schwartz R. C, and Mac Kune-Karrer B. 1992. *Metaframeworks: Transcending the models of family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Eron J., and Lund T. 1996. *Narrative solutions in brief therapy*. New York: Guilford Press.

Goldner V. 1998. The treatment of violence and victimization in intimate relationships. *Family Process*. 37:263—286.

Jacobson N. S., and Christensen A. 1996. *Integrative couple therapy*. New York: Norton.

Pinsof W. M. 1995. *Integrative problem-centered therapy*. New York: Basic Books.

Schwartz R. C. 1987. Our multiple selves. *Family Therapy Networker*. 11:25—31.

Schwartz R. C. 1995. *Internal family systems therapy*. New York: Guilford Press.

## ССЫЛКИ

- Alexander J., and Parsons B. 1982. *Functional family therapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Breunlin D., Schwartz R., and Mac Kune-Karrer B. 1992. *Metaframeworks: Transcending the models of family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Duhl B., and Duhl F. 1981. Integrative family therapy. In *Handbook of family therapy*, A. Gurman and D. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.
- Eron J., and Lund T. 1996. *Narrative solutions in brief therapy*. New York: Guilford Press.
- Feldman L. 1990. *Multi-dimensional family therapy*. New York: Guilford Press.
- Gil E. 1994. *Play in family therapy*. New York: Guilford Press.
- Goldner V. 1992. Making room for both/and. *Family Therapy Networker*. 16:54—62.
- Goldner V. 1998. The treatment of violence and victimization in intimate relationships. *Family Process*. 37:263—286.
- Goldner V. 1999. Morality and multiplicity: Perspectives on the treatment of violence. *Journal of Marital and Family Therapy*. 25:325—336.
- Goldner V, Penn P., Sheinberg M., and Walker G. 1990. Love and violence: Gender paradoxes in volatile attachments. *Family Process*. 29:343—364.
- Goulding R., and Schwartz R. 1995. *Mosaic mind: Empowering the tormented selves of child abuse survivors*. New York: Norton.
- Greenberg L. S., and Johnson S. M. 1988. *Emotionally focused therapy for couples*. New York: Guilford Press.
- Henggeler S., and Borduin C. 1990. *Family therapy and beyond: A multisystemic approach to treating the behavior problems of children and adolescents*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Jacobson N. S., Follette W. C., Revenstorf D., Baucom D. H., Halweg K., and Margolin G. 1984. Variability in outcome and clinical significance of behavioral marital therapy: A reanalysis of outcome data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 52:497—504.
- Jacobson N., and Christensen A. 1996. *Integrative Couple Therapy*. New York: Norton.
- Jacobson N. S., Schmalings, K. B., and Holtzworth-Munroe A. 1987. Component analysis of behavioral marital therapy: A two year follow-up and prediction of relapse. *Journal of Marital and Family Therapy*. 75:187-195.
- Kirschner D., and Kirschner S. 1986. *Comprehensive family therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Lebow J. 1997. The integrative revolution in couple and family therapy. *Family Process*. 36:1 — 17.

Liddle H. A. 1984. Toward a dialectical-contextual-coevolutionary translation of structural-strategic family therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*. 3:66—79.

Liddle H. A., Dakoff G. A., and Diamond G. 1991. Adolescent substance abuse: Multidimensional family therapy in action. In *Family therapy with drug and alcohol abuse*, 2nd, ed., E. Kaufman & P. Kaufman, eds. Boston: Allyn and Bacon.

Mac Kune - Karrer B. 1999. A conversation with Betty Carter. *American Family Therapy Academy Newsletter*. Winter, 23—27.

Markowitz L. 1997. Ramon Rojano won't take no for an answer. *Family Therapy Networker*. 21:24—35.

Minuchin S. 1974. *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Minuchin S., Rosman B., and Baker L. 1978. *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Moltz D. A. 1993. Bipolar disorder and the family: An integrative model. *Family Process*. 32:409—423.

Nichols M. P. 1987. *The self in the system*. New York: Brunner/Mazel.

Nichols W. C. 1995. *Treating people in families*. New York: Guilford Press.

Piercy F. P., and Frankel B. R. 1989. The evolution of an integrative family therapy for substance abusing adolescents. *Journal of Family Psychology*. 3:5—25.

Pins W. 1995. *Integrative problem-centered therapy*. New York; Basic Books.

Pins W. 1999. Choosing the right door. *Family Therapy Networker*. 21:48-55, 66.

Rolland J. S. 1994. *Families, illness, and disability: An integrative treatment model*. New York: Basic Books.

Root M., Fallen P., and Friedrich W. 1986. *Bulimia: A systems approach to treatment*. New York: Norton.

Sander F. M. 1979. *Individual and family therapy: Toward an integration*. New York: Jason Aronson.

Scharff J., ed. 1989. *The foundations of object relations family therapy*. New York: Jason Aronson.

Schwartz R., Barrett, M. J., & Saba G. 1985. Family therapy for bulimia. In *The handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*, D. Garner and P. Garfinkel, eds. New York: Guilford Press.

Schwartz R. 1987. Our multiple selves, *Family Therapy Networker*. // . • 25-31, 80-83.

Schwartz R. 1988. Know thy selves. *Family Therapy Networker*. 12:21-29.

Schwartz R. 1995. *Internal family systems therapy*. New York: Guilford Press.

Schwartz R. 1997. Internal family systems family therapy. In *Integrative cases in couples and family therapy: A cognitive-behavioral perspective*, F. M. Dattilio, ed. New York: Guilford Press.

Slipp S. 1988. *Technique and practice of object relations family therapy*. New York: Jason Aronson.

Stanton M. D. 1981. An integrated structural/strategic approach to family and marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. 7:427—440.

Taibbi R. 1996. *Doing family therapy*. New York: Guilford Press.

Trepper T., and Barrett M. J. 1989. *Systemic treatment of incest*. New York: Brunner/Mazel.

Walker G. In press. The initial assessment sessions with couples where battering is an issue. *Journal of Marital and Family Therapy*.

Wachtel E. 1995. *Treating troubled children and their families*. New York: Guilford Press.

# Часть IV

## ЗНАЧЕНИЕ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ

### Глава четырнадцатая

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

Заметный рост популярности семейной терапии привел к появлению большого количества конкурирующих моделей, каждая из которых внесла важный вклад в развитие этого направления. Возникло и множество различной литературы на эту тему, что, с одной стороны, свидетельствует о жизнеспособности семейной психотерапии, а с другой — порождает множество противоречивых мнений и техник. В настоящей главе мы предлагаем сравнительный анализ различных моделей для того, чтобы обратить внимание читателя на некоторые альтернативные подходы. Каждая школа предлагает свои истины, но, несмотря на имеющиеся совпадения во взглядах, между ними существует и конфронтация. Цель этой главы — рассмотреть основные направления и выявить спорные позиции.

### Теоретическая чистота и технический эклектизм

Системы семейной терапии прежде всего различаются по их концептуальным позициям. Базируются ли они на теориях (поведенческая, боуэнианская, психоаналитическая) или преимущественно на прагматизме (эмпирическая, фокусированная на решении), в любом случае каждая система основывается на собственном представлении о том, что такое семья, и о том, как ее изменить. Поскольку каждая теория предлагает собственные способы обработки клинических данных, это может привести к

необъективности результатов наблюдения: часто мы видим то, что соответствует приемлемой именно нами теории. Это легко наблюдать, просмотрев видеозапись начального этапа сеанса психотерапии. Даже если семья ведет себя совершенно обычно, терапевт увидит доказательства патологии на основе той модели, которую практикует он.

Теории могут негативно влиять на объективность наблюдения, но, с другой стороны, они помогают составить более четкую картину происходящего в семье, увидеть не просто ситуацию, а выделить определенные модели преследования и отчуждения, спутанности и выпутанности или проблемонасыщенных повествований. Как только вы начнете воспринимать безрезультатные попытки родителей урегулировать конфликты между детьми как проявление спутанности, вашей целью станет объяснить им, что можно достичь лучшего эффекта, предоставив детям самим учиться решать свои проблемы.

Распространение теории может достигать и политических целей, выделяя определенную модель среди других и подчеркивая ее уникальность. В этом случае все теоретические положения выдвигаются в форме доктрины, а приверженцы теории имеют тенденцию преувеличивать ее отличия от других. Конечно, наличие разнообразных теорий интересно для изучения, но иногда приводит к некоторой путанице. На деле же практика различных систем семейной терапии имеет больше общего, чем об этом говорят теоретики.

Предполагается, что практика — следствие теории, однако это не всегда так. Теория формируется исходя из требований логики и четкости определений, но часто — и из желания автора казаться умным и оригинальным. Практика формируется, опираясь на практику непосредственного клинического лечения, общения с реальными людьми, а они, как правило, оказываются более сложными, чем абстрактные модели.

В каждодневной практике обычно применяется сочетание различных направлений семейной терапии. Представители школ, ориентированных на преимущественное использование технических приемов и небольших фрагментов интеракций (поведенческие, стратегические, фокусированные на решении), все чаще пользуются методами, направленными на более широкое понимание семейной динамики (боуэнианскими, структурными). В то же время техники, стабильно дающие положительный результат, используются практически всеми терапевтами. Независимо от



подхода и целей семейные терапевты в настоящее время стремятся научить членов семьи более свободно общаться между собой, разрешать конфликтные ситуации — и в то же время скептически оценивают способности пациентов к изменениям.

## Семейный терапевт — творец или ученый?

Фраза «искусство и наука психотерапии» (Jasnow, 1978) заставляет обратиться к двойственному началу терапевта — творческому и систематизирующему. На первый взгляд это определение кажется безобидным и даже банальным. Очевидно, что практик в первую очередь должен овладеть основными подходами и проверенными техниками, затем все это творчески преломляется для каждого отдельного случая в соответствии с личными взглядами терапевта. Однако возникают разногласия по поводу того, насколько широко можно развивать эти творческие идеи.

С другой стороны, практически каждый согласится, что семейный терапевт не может опираться лишь на метод лечения, — успех зависит не только от применяемой техники: личные качества, например уважение к людям, и жизненные ценности также очень важны. Методы — это всего лишь инструменты, а человеческие качества — критерий хорошего терапевта. Так, успехам Майкла Уайта и Фила Горина скорее способствовали неиссякаемый оптимизм первого и невозмутимое спокойствие другого, чем выбранные ими метод экстернализации или процесс опроса. Если психотерапевт сосредоточен на стратегиях интервенции, он может потерять чувство сострадания (глубокое проникновение в суть человеческих страданий) и сенситивности (понимание внутреннего мира другого человека). Нельзя стать хорошим психотерапевтом, не освоив стратегий интервенции, но без уважения людей и их образа действий терапия останется всего лишь технической процедурой.

Сейчас, когда в психотерапии пересматриваются авторитарные подходы ранних теорий, вопрос «Творец или ученый?» приобретает особую актуальность. Если, по мнению некоторых постмодернистов, сеанс психотерапии должен быть скорее дружеской беседой без соблюдения иерархии, какое же место здесь занимает профессионализм и опыт? Хороший терапевт — это просто человек, умеющий правильно строить взаимоотношения, с теп-

лотой и уважением относящийся к другим, — или квалифицированный специалист? Не умаляет ли строго научный подход терапевта собственных возможностей пациента, относится ли он с должным уважением к культурным традициям? Не маскирует ли увлечение техническими аспектами склонности терапевта попросту порассуждать? Или, может быть, реальная опасность заключается не в научности терапии, а в том, что происходит грубое вмешательство властным контролирующим способом?

В настоящее время все больше распространяется мнение о том, что сеансы психотерапии должны быть более корректными и щадящими. Является ли это отрицанием предыдущего опыта или попыткой соединить два разных подхода?

## Теоретические положения

Все школы семейной терапии имеют свои теории. Некоторые из них разработаны более детально (боуэнианская, психоаналитическая), другие — менее (эмпирическая, фокусированная на решении), третьи позаимствовали их из других дисциплин (поведенческая, нарративная), четвертые основаны на опыте работы с семьями (структурная, стратегическая). Теории абстрагированы от наблюдений и практики, их цель — упростить и обработать сырой материал, чтобы найти ключ к пониманию семейных проблем. Далее мы рассмотрим и оценим теории по их прагматическим функциям: понимания семей для оказания более эффективной помощи.

### СЕМЬИ КАК СИСТЕМЫ

Коммуникативные семейные терапевты выдвинули идею о том, что семьи представляют собой системы. Здесь семья — не просто сообщество индивидов и не только интеракции внутрисемейных групп, а способы их общего функционирования. Однако эта концепция достаточно ограничена: групповые терапевты стремятся сделать процесс более результативным, уделяя основное внимание процессам внутри группы, меньшее — выстраиванию отношений внутри семьи.

Не верить в системную теорию — все равно что отрицать существование материнства или, скажем, яблочного пирога. Однако школы семейной терапии различаются уровнем реального ио

пользования своих систем и методов на практике. Бихевиористы очень мало говорят о системных представлениях и рассматривают каждого индивида как самостоятельную данность, их взаимное коммуницирование является стимулом и дополнением к развитию другого.

Одно время считалось, что большинство семейных терапевтических моделей (боуэнианская, коммуникативная, стратегическая, миланская и структурная) основывают свой подход к семьям на некоторых версиях системного мышления. Более новые подходы (например, фокусированная на решении и нарративная модели) сосредоточивают внимание на индивидах столь сильно, что многие практики даже не рассматривают себя в качестве семейных терапевтов.

Раньше считалось, что семейная терапия не может существовать в отрыве от системной теории, что теория — неотъемлемая часть занятий с семьей как организованной группой людей. Сейчас постмодернистское движение оспаривает системы мышления как проявление одного из ответвлений модернистского течения и перемещает акценты с действия на значение и с организации семьи на процессы мышления ее членов. Понятно, что хороший терапевт должен принимать во внимание и личность, и систему. На практике, однако, бывает довольно трудно принять решение: сфокусироваться ли на индивидуальном опыте каждого члена семьи или на их взаимоотношениях.

## СТАБИЛЬНОСТЬ И ИЗМЕНЧИВОСТЬ

Коммуникативные теоретики описали семьи как подчиняющиеся определенным правилам системы с тенденцией к стабильности и гомеостазу (Jackson, 1965). Любое отклонение от семейных правил вызывает обратную реакцию, и, если семья реагирует негативно, отступника постараются поставить в должные рамки. Семьи, как и другие организмы, взаимодействуют в рамках определенных правил — для того чтобы сохранить стабильность и противостоять стрессу окружающей среды. Структурная семейная теория придерживается той же точки зрения, утверждая, что семьи имеют структуру системы с различными подсистемами, выполняющими часть задач, стоящих перед семьей в целом, — и это позволяет эффективно функционировать системе в целом.

Но семьи также должны приспосабливаться к изменяющим-

ся обстоятельствам. Для этого им требуются способности пересматривать свои правила и модифицировать структуры. Дисфункциональные семьи отличаются косностью и негибкостью (когда обстоятельства изменяются, они — нет).

Двойственная природа семьи — стабильность и изменчивость — в большей степени принимается коммуникативной, структурной и стратегической школами. Они не предполагают, что симптоматичные семьи по своей природе патологичны, скорее им просто не удалось приспособиться к изменяющимся обстоятельствам.

Каждый, кто игнорирует эти принципы развития, рискует придать излишнее значение патологии. Терапевт, который видит семью, имеющую проблемы, но не понимает, что, возможно, это лишь временно возникшая сложная ситуация, скорее всего уверен, что следует произвести капитальный ремонт, а не просто настроить инструмент; специалист, придающий основное значение достижению дальних целей, часто бывает подвержен такой ошибке. Несмотря на то что представители психоаналитического, эмпирического направлений и отчасти семейные терапевты придают больше значения развитию, а не патологии, они все же допускают, что семьи, которыми они занимаются, в своей основе имеют патологию и нуждаются в фундаментальной реорганизации. Имея инструмент для радикального вмешательства — долгосрочную терапию, — они часто думают, что пациент нуждается в ней, хотя иногда в этом нет необходимости.

Основоположники семейной терапии (с примечательным исключением в лице Вирджинии Сатир) были склонны переоценивать действующие в семье силы и недооценивать гибкость семьи и ее творческий потенциал. Такая точка зрения заставляет терапевтов выступать в роли своего рода провокаторов, контролеров, стратегов. Для многих семей, попавших в сети безвыходных, на их взгляд, ситуаций, единственным спасением представлялся умный психотерапевт, способный разобраться в их проблемах. Многие из более новых подходов в семейной терапии были разработаны скорее для мобилизации ресурсов семьи, чем для борьбы с сопротивлением. Эти модели подталкивают терапевтов к сотрудничеству с семьями в поиске решения, а не к попыткам изменить их. Но когда некоторые из таких «основанных на сотрудничестве» или коллаборативных подходов (такие, как, например, терапия, фокусированная на решении) обещают добиться быстрых и легких изменений, это выглядит скорее наивно, чем оптимистично.

## ПРОШЛОЕ И НАСТОЯЩЕЕ

Семейные психотерапевты изначально гордились тем, что в своих методах лечения они опирались на настоящее, в то время как индивидуальные больше интересовались прошлым. Психоанализ представляли как независимый метод лечения, цель которого — выявление травмирующих событий детства и коррекции их восприятия; он казался ограниченным способом лечения. Такое понимание достаточно точно описывает метод, который Фрейд применял в 1895 г., однако современный психоанализ представляет собой более сложную картину.

То, что люди подвержены влиянию прошлого опыта, является неоспоримым фактом — вопрос заключается в том, насколько глубоко следует копаться в прошлом, чтобы понять настоящее. Степень важности событий прошлого связано с индивидуальными особенностями личности. Психоаналитики рассматривают детерминанты поведения, как непосредственно связанные с личностью, и семейная жизнь преломляется через призму личностных качеств, сложившихся под влиянием определенных условий на раннем этапе жизни. Эта точка зрения имеет влияние на практику, но не очевидным образом. Психоаналитические терапевты больше не концентрируются на том, чтобы помочь людям вспомнить прошлое, вместо этого они используют психоаналитическую теорию, помогая понять, что происходит в настоящем. Настоящее можно рассматривать как переписанное заново прошлое, но происходящее сейчас.

Странно то, что терапевты, которые тратят большую часть времени на копание в прошлом, в своих работах обычно уделяют много внимания вопросу существования в настоящем. Представители эмпирического направления считают, что, если человек не до конца расстался с прошлым, оно отразится на настоящем. По этой причине они тратят много времени на беседы с пациентами об их прошлой жизни и на упражнения, которые помогают пациентам «отпустить» прошлое (Pierce, Nichols, DuBrin, 1983). Классический пример такого подхода — *операциональная скорбь* Нормана Пола (Paul, 1967). Когда основная цель терапии — освобождение эмоций, прошлое становится золотой жилой.

Прошлое играет важную роль также в системной теории Боуэна. Согласно этой теории семейные отношения в настоящем являются продуктом взаимоотношений в семье родителей: если существуют проблемы в отношениях с детьми, это может быть следствием детских проблем самих родителей. В отличие от

психоаналитиков, рассматривающих последствия таких проблем в свете их влияния на климат в семье в настоящее время, последователи Боуэна пытаются помочь своим пациентам разобраться с проблемами в родительской семье. Является ли это возвратом в прошлое? Хотя практически это невозможно, концептуально так оно и есть.

Школы семейной терапии, которые видят детерминанты поведения вовне, делают акцент на настоящем — на теории и практике. Семейные и коммуникативные терапевты, представители стратегического и структурного направлений мало интересуются прошлым. Их больше волнует то, что создает проблемы в настоящем, чем то, как и почему они начались.

Поведенческие терапевты рассматривали любое поведение как результат предыдущего опыта. Собаки Павлова выделяли слюну на звук колокольчика, потому что у них был выработан такой условный рефлекс, дети плохо себя ведут потому, что родители воспитывают их неправильно. Сегодня бихевиористы полагаются на создание условий как на основную модель для объяснения поведения. Согласно этой модели поведение определяется его последствиями, а не тем, чем оно было вызвано. Родители имеют проблемы с детьми из-за своих способов коммуникации с ними. Терапия, основанная на такой модели, уделяет основное внимание условиям каждодневной жизни, при которых усиливается неадекватное поведение человека. Классическая модель обусловливания до сих пор используется для объяснения некоторых нервных расстройств, особенно сексуальной дисфункции, но лечение направлено на то, чтобы сделать эти расстройства менее явными.

В большинстве новых моделей обнаруживается определенный баланс между прошлым и будущим. Майкл Уайт помогает семьям понять причины возникновения проблем, а затем пытается помочь членам семьи справляться с проблемами в настоящем. Нарративные терапевты изучают прошлое человека, чтобы помочь ему найти скрытые ресурсы. Не пытаясь резко перестроить схемы функционирования личности, они стараются заставить человека понять, что некоторые факты из предыдущей жизни доказывают его состоятельность, даже если он сам этого и не осознает. Ричард Шварц считает, что люди несут в себе элементы устаревших и иррациональных чувств и убеждений из прошлого опыта, но помогает пациентам изменить свое отношение к этому в настоящем, таким образом, они осознают свое прошлое, но перестают жить им. Стив де Шазер не только не пыта-

ется разобраться в событиях прошлого, но также не уделяет особого внимания условиям, создающим проблемы в настоящем, — вместо этого он акцентирует внимание на решениях проблем в будущем. Переняв некоторый опыт терапевтов, фокусированных на решении, нарративные терапевты также предлагают пациентам спроектировать будущее в свете преодоления проблем («Если ты будешь продолжать сомневаться в себе, тогда, как ты думаешь, изменится ли твое будущее?»).

Следует помнить: не важно, являетесь ли вы терапевтом, фокусированным на решении, нацеленным на результат, или структурным семейным терапевтом, сориентированным на то, что происходит «здесь и сейчас»; стоит начать работу с того, чтобы выслушать все, что пациент хочет и считает необходимым рассказать, а уже после этого обратиться к определенным временным параметрам, на которых основывается ваша модель.

## КОММУНИКАЦИЯ

Особого различия между школами семейной терапии относительно вопроса коммуникации не наблюдается. Любое поведение является коммуникацией, и все семейные терапевты работают как с вербальным, так и с невербальным поведением. Но, несмотря на это, к вопросу коммуникации все школы подходят по-разному.

Вирджиния Сатир и ранние коммуникативные семейные терапевты имели на этот счет наиболее прямой и простой взгляд. Они понимали коммуникацию как средство интеракции между членами семьи. Их способ лечения заключался в том, чтобы помочь трансформировать блокированную коммуникацию и недосказанность в открытые и искренние взаимоотношения. Они пытались научить людей ясно выражать свои осознаваемые, но невыраженные (во всяком случае, вербально) чувства.

Поведенческие терапевты также рассматривают коммуникацию как мастерство, которому можно обучить. Но они принимают во внимание и то, что сообщение может восприниматься неадекватно. Они разграничивают подкрепляющий стимул и жесткий контроль: если, например, кричать на ребенка, это может стать подкрепляющим стимулом (привлечение внимания), хотя предполагается, что должно подействовать как наказание; если постоянно упрекать партнера в том, что он не уделяет вам доста-

точного времени, это приведет к обратному результату — скорее всего в результате он еще более отдалятся.

В психоаналитической работе вербальная коммуникация рассматривается как метафора с вполне конкретным содержанием. Таким образом мы выявляем свои скрытые намерения и противоречивые чувства. Задача терапевта — расшифровать их, чтобы помочь пациентам лучше понимать самих себя. В семейной терапии психолог не только высвечивает эти скрытые значения, но также помогает членам семьи выразить собственные потребности и нераскрытые чувства по отношению друг к другу.

Согласно позиции структурной семейной терапии стиль коммуникации формирует структуру семьи. Организация семьи строится на основе закрепившейся модели коммуникации, терапевт определяет скрытую структуру семьи, наблюдая, кто с кем общается и каким образом. Если мать жалуется, что не находит общего языка со своей дочерью-подростком, структурный терапевт во время сеанса создаст ситуацию, когда мать и дочь будут вынуждены разговаривать друг с другом. Если они окажутся не в состоянии общаться достаточно долго, терапевт может сделать заключение, что они запутаны и не умеют ладить между собой. Если они спорят как вздорные сестры, терапевт может сделать вывод об отсутствии иерархических отношений в семье. Если отец постоянно прерывает разговор, терапевт может заключить, что интерперсональные границы стерты и что проблемы в коммуникации между матерью и дочерью — это продукт некорректного поведения отца.

По версии стратегических терапевтов Маданес и Хейли, основная цель коммуницирования — достичь контроля интерперсональных отношений. Симптоматичное поведение рассматривается как способ передачи информации с целью манипулирования другими людьми. Например, может быть, патологический страх ребенка идти в школу — это скрытый способ сообщить о своей боязни, что родители могут разойтись. Симптом отражает стремление ребенка жить в дружной семье, где бы о нем заботились, и в этом случае решение родителей оставить ребенка дома только подкрепляет симптом.

В подобных ситуациях стратегические терапевты уделяют основное внимание не столько тому, чтобы помочь семье понять значение симптомов, сколько учат членов семьи общаться между собой так, чтобы симптомы исчезли сами собой. Если родители из описанного выше примера смогут водить ребенка в школу вдвоем и помогать с выполнением домашних заданий, его состояние



будет улучшаться независимо от того, останутся ли его родители вместе или нет. Позднее Хейли и Маданес обозначили любовь и защиту как основные мотивы для коммуникации. Но, как мы знаем, почти все главное делается во имя любви.

Представители эмпирического направления рассматривают проблему коммуникации на двух уровнях: наиболее существенными они считают чувства, лежащие на уровне подсознания и не выраженные вербально. Подобно психоаналитикам, они стараются снизить защитные реакции настолько, чтобы люди могли выразить все, что они действительно думают; но в отличие от психоаналитиков они изучают настоящее для определения осознаваемых, но невыраженных чувств. Они не интерпретируют защитные реакции, а контролируют их, чтобы помочь людям расстаться с собственными запретами. Поскольку идет работа с семьями, они концентрируются не только на том, чтобы научить индивидов раскрывать свои чувства, но и на том, чтобы помочь выражать свои чувства честно и открыто внутри семьи. В. Сатир в особенности уделяла внимание стилю коммуникации как отражению персонального уровня самоуважения. Она старалась вызвать людей на откровенный разговор, считая, что это лучший способ скорректировать взаимоотношения и поднять самооценку.

Семейные терапевты школы Боуэна рассматривают общение как средство укрепления связей внутри более широкой группы родственников. При эмоциональном отсечении снижается уровень коммуникации; при эмоциональной реактивности коммуникация происходит из недифференцированной позиции, при которой люди теряют видение своих мыслей и чувств; в триангулированных отношениях коммуникация направляется в другую сторону. Цель такой терапии — помочь людям восстановить утраченную связь с расширенной семьей, научить их сообщать свои «я»-позиции и перенаправлять сообщения от триангулированной третьей стороны к тому человеку, которому они предназначались изначально.

Модели 1990-х гг., в основе которых лежит разговор, обучают человека высказываться самому и быть услышанным другими членами семьи. Здесь меньше внимания уделяется технике коммуникации и больше — умению создать нужную для общения обстановку. Поэтому неудивительно, что нарративные терапевты заостряют внимание на индивиде как таковом и на его личных взглядах, а не на вопросе взаимоотношений внутри семьи.

Стив де Шазер, представитель школы, фокусированной на решении, утверждает, что коммуникация является самым глав-

ным: проблемы создаются и решаются людьми в ходе коммуникации. Если удастся сфокусировать внимание людей на их сильных сторонах, а не на проблемах, это отразится и на их коммуникации, где проблемы перестанут играть ведущую роль. Но основным здесь будет являться процесс осознания, а не коммуникации.

## ПРОЦЕСС/СОДЕРЖАНИЕ

Семьи, которые обращаются за лечением, обычно приходят с вполне конкретными проблемами: муж хочет развестись, ребенок отказывается ходить в школу, жена находится в депрессивном состоянии и т. п. Семейный терапевт беседует с семьей о содержании проблем, думая при этом о процессе, при помощи которого можно их решить.

Представьте себе, например, упорствующего подростка, которого надо заставить поговорить с матерью. Теперь представьте, что мальчик редко выражает себя словами, а чаще — посредством дерзкого поведения и что его обеспокоенная мать, наоборот, лучше всего выражает себя в словесной форме. Предположим, что в конце концов мальчик начнет выражать свое мнение и скажет, что школа — это только потеря времени, а его мать будет приводить бесчисленные аргументы в пользу необходимости получения образования. Если терапевт обеспокоен тем, что ребенок действительно может отказаться ходить в школу, он поддержит позицию матери, и таким образом возможность поддержать процесс, посредством которого мальчик научится выражать свои чувства словесно, а не через неправильные действия, будет упущена.

Система — это части целого плюс способ, при помощи которого они функционируют вместе: *процесс* — способ функционирования семей и групп. Когда мать и дочь обсуждают то, что беспокоит дочь, и мать и дочь заинтересованы в сказанном каждой из них: дочь говорит, когда она хочет приходить домой, а мать выражает свое мнение. Семейного терапевта, слушающего этот разговор, будет больше интересовать то, *как* мать и дочь говорят друг с другом. Прямо ли они выражают свои точки зрения? Слушают ли друг друга? Доминирует ли мать в разговоре? Эти вопросы, возможно, и не помогут достичь согласия, но они показывают, как пара функционирует.

Каждая школа семейной терапии использует собственные теоретические приемы в работе с процессом семейного взаимо-

действия. Психоаналитики и эмпиристы пытаются понизить защитную реакцию и, наоборот, учат более открыто выражать свои мысли и чувства. Семейные групповые и коммуникативные терапевты пытаются углубить взаимопонимание в семье и снизить уровень несовместимости. Боуэнианцы блокируют триангуляцию и поощряют членов семьи к выбору дифференцированной и «я» позициям. Стратегические терапевты выявляют и пытаются изменить последовательность действий, вызывающих проблемы. Бихевиористы учат родителей использовать позитивный контроль, а семейные пары быть более терпимыми друг к другу. Структурные терапевты перестраивают эмоциональные границы и упорядочивают иерархическую организацию.

Несмотря на теоретическую преданность процессу, семейные терапевты часто слишком большое внимание уделяют непосредственно содержанию проблем. Иногда это важно. Если жена пьет, чтобы заглушить беспокойство, или муж третирует свою дочь, терапевту необходимо знать об этом, чтобы помочь решить проблемы. Но если терапевт будет сосредоточен лишь на содержании проблем, он не сможет помочь семье стать более эффективно функционирующей системой. Психоаналитические терапевты иногда теряют общую картину процесса, если концентрируют внимание на отдельных членах семьи и их воспоминаниях о прошлом.

Терапевты эмпирического направления также бывают склонными излишне концентрироваться на проблемах отдельных личностей, вместо того чтобы помогать членам семьи преодолеть эмоциональную отчужденность. В этом случае опасность заключается в том, что терапевт не уделяет достаточного внимания процессу взаимодействия, который, в свою очередь, влияет на поведение каждого индивида.

Бихевиористы также пренебрегают процессом, если заостряют внимание на особенностях поведения человека вне контекста общего стиля жизни семьи, который и может вызывать данное поведение. Они также мешают процессу семейного взаимодействия, если занимают директивную, поучающую позицию. Когда учитель стоит перед классом и читает лекцию, трудно наблюдать за тем, что учащиеся делают самостоятельно.

Для представителей школы расширенной семейной системной терапии центральным всегда является процесс. Только навивно понимая теорию Боуэна, можно считать, что достаточно всего лишь восстановить семейные связи, не принимая во внимание процессы триангуляции, слияния и дифференциации.

Стратегические терапевты подходят к проблеме с двух позиций: их цели ориентированы на содержание, но вмешательство направлено на процесс. Как и в поведенческой терапии, раскрыть содержание означает решить существующие проблемы. Однако для понимания предпосылок проблемы стратегические терапевты переключают свое внимание на процесс. Обычно рассматривается дискретная последовательность интеракций, которую они пытаются изменить, используя директивы. Однако улучшение процесса функционирования семьи не является целью. Цель заключается в простом прерывании определенной последовательности с тем, чтобы разрешить существующие проблемы.

Различие между структурным и стратегическим интересом к процессу отражено в стиле супервизии. Структурные терапевты предпочитают прямую супервизию семейных сеансов посредством одностороннего стекла или видеозаписи, так как считают, что невербальное взаимодействие (занимаемые позиции, мимика, отношения лидерства — подчиненности при ответах) играет решающую роль. Стратегические и фокусированные на решении терапевты больше внимания уделяют вербальным интеракциям и, следовательно, более склонны использовать аудиозаписи или терапевтические отчеты наблюдений.

Некоторые новые модели семейной терапии с их увлечением системой размышлений уделяют значительно меньше внимания процессу. Нарративные конструктивисты менее озабочены интеракциями, чем способами осмысления членами семьи своих проблем и самих себя, — их меньше интересует изменение поведения, чем анализ. Точно так же фокусированные на решении терапевты, не заинтересованные в причинах возникновения проблем, часто игнорируют семейные процессы, связанные с их появлением. Единственные процессы, которые они рассматривают, — интеракции, составляющие «исключения», — периоды жизни, когда проблема не существовала.

## **МОНАДНАЯ, ДИАДНАЯ ИЛИ ТРИАДНАЯ МОДЕЛЬ**

Семейная терапия появилась, когда клиницисты поняли, что поведение пациента связано с функционированием всей семьи. Сейчас почти все семейные терапевты придерживаются этой точки зрения. Однако на практике семейные терапевты иногда рассматривают семью в виде отдельных единиц из одного, двух

или трех человек. Некоторые клиницисты (например, терапевты семейного психологического просвещения) продолжают воспринимать в качестве пациента отдельного индивида и рассматривают его семью лишь как дополнение. Следует принимать во внимание, что психопросветительские терапевты работают в первую очередь с серьезными умственными расстройствами (шизофрения, раздвоение личности), где влияние семьи определенно меньше, чем в большинстве случаев, с которыми работают системные семейные терапевты. Нельзя, однако, утверждать то же самое по отношению к нарративным терапевтам, чей интерес к познавательной способности ведет их к сосредоточению на индивидах и игнорированию трех основных постулатов семейной терапии: (1) психологические симптомы часто являются результатом семейного конфликта; (2) проблемы индивида возникают во взаимодействии (комплементарность, триангуляция); (3) семью следует лечить как единый организм.

Хотя нарративные терапевты и не рассматривают семейный конфликт как вопрос, требующий самостоятельного решения, их попытки представить проблему как внешнего врага помогают семьям сплотиться в борьбе с ним. Небезынтересно было бы поразмышлять о случаях, когда игнорирование семейного конфликта, но объединение семьи в борьбе с проблемой дает наилучший эффект: если проблема существует независимо (например, анорексия) или если она, вероятнее всего, является прямым следствием семейного конфликта (например, отказ ребенка ходить в школу или непослушание).

Психоаналитики независимо от того, проводят ли они лечение индивидуально или со всей семьей, как правило, рассматривают развитие отношений в динамике. Они рассматривают существующие семейные отношения на фоне опыта, полученного еще в родительской семье, и некоторых из них интересуют проблемы этих «призрачных» семей, а не реальные проблемы пациентов. Детские бихевиористы используют монадную модель, когда принимают мнение родителей о том, что ребенок с симптомом является проблемой, и учат родителей изменять поведение их ребенка. Терапевты эмпирического направления уделяют основное внимание индивидам с целью помочь им раскрыть и выразить свои чувства.

В реальности ни одно живое существо не является монадным, т. е. однозначным и полностью самодостаточным. Возможно, наиболее близким к такому определению в природе является птичье яйцо. Уробный плод заперт внутри замкнутого про-

странства, имея все необходимое для выживания. Однако даже этот взгляд не является неоспоримым, так как между яйцом и окружающей средой происходит теплообмен: если птица не будет высидывать яйцо, птенец не выживет.

В области взаимоотношений поведение человека, по крайней мере отчасти, зависит от действий других, и диадная модель необходима для понимания факта этого взаимодействия (даже пациент на психоаналитическом сеансе, свободно ассоциирующий на кушетке, фильтрует свои сновидения и воспоминания через собственные реакции на психоаналитика). Большую часть времени семейные терапевты применяют диадную модель, работающую на взаимоотношениях между двоими людьми в определенный момент времени. Даже при лечении большой семьи внимание обычно фокусируется на отдельных парах, рассматриваемых последовательно.

Если терапевт хочет помочь двоим людям научиться лучше понимать друг друга, это не всегда означает, что он прибегает к диадной модели. Бихевиористы работают с парой, но рассматривают ее как двух индивидов, каждому из которых недостает искусства коммуникации. Правильная дуалистическая модель основывается на понимании, что двое, находящиеся в определенных взаимоотношениях, не отдельные монады, взаимодействующие друг с другом, но каждый влияет на другого. Используя эту модель, агорафобию у жены можно объяснить как реакцию на поведение мужа и как следствие — способ влиять на него. Аналогично, решение послать жену одну для коррекции поведения отражает сопротивление принять собственную роль в ее жизни.

Семейные терапевты всех школ используют некоторые диадные концепты, например: подсознательная потребность в комплементарное™, экспрессивное/инструментальное, проективная идентификация, симбиоз, интимность, «услуга за услугу», двойная связь, симметричность/комплементарность, преследующий/дистанцирующий и поведенческий контракт. Одни термины основаны на диадном мышлении, несмотря на то что они могут рассматривать более чем двоих людей: уступчивость (применительно к взаимоотношениям между семьей и терапевтом) или неповиновение. Другие термины основаны на роли одного человека: контрперенос, доминантность, сверхкомпетентность. В то же время другие концепты работают с объединениями из трех или более единиц, но чаще обращаются к объединениям из двух единиц: граница, коалиция, слияние, выпутанность.

Очень часто семейные терапевты ограничиваются только

диадной моделью и не придают должного значения сложностям отношений триады. Мюррей Боуэн, который впервые ввел понятие эмоционального треугольника в литературе по семейной терапии, более, чем кто-либо другой из семейных психотерапевтов, подчеркивал, что человеческое поведение следует рассматривать с точки зрения трехсторонних взаимоотношений. Структурные терапевты также последовательно придерживались той точки зрения, что сложные отношения или запутанность двоих людей связаны их взаимоотношениями с третьим. Коммуникативные терапевты писали о триадных взаимоотношениях, но были склонны рассматривать объединения, состоящие из двух единиц. То же касается и большинства стратегических терапевтов, хотя Хейли, Сельвини Палаццоли и Линн Хоффман последовательно придерживались триадной модели взаимоотношений.

Достоинство триадного мышления заключается в том, что оно дает возможность понимать поведение в контексте более полно. Если сын плохо себя ведет, а мать недостаточно строга, учить ее более строгим методам воспитания бесполезно, если такое поведение является результатом ее взаимоотношений с мужем. Возможно, она некоторым образом поощряет плохое поведение ребенка, для того чтобы подорвать авторитет мужа, или у супругов сложились такие взаимоотношения, при которых ее некомпетентность дает ему возможность почувствовать себя сильным.

Тот факт, что триадное восприятие дает более полное понимание, не означает, что семейные терапевты должны включать в лечение всех членов семьи. Вопрос не в том, сколько людей находится в кабинете врача, а в том, рассматривает ли он проблему всесторонне.

## **НУКЛЕАРНАЯ СЕМЬЯ В СОЦИАЛЬНОМ КОНТЕКСТЕ**

Так же как большинство семейных терапевтов поддерживают идеи теории систем, многие из них рассматривают семьи и как открытые системы. Открытость семьи выражается в том, что ее члены взаимодействуют не только друг с другом, но также с системами, которые находятся за пределами, при этом происходит постоянный обмен информацией, сведениями, энергетический обмен. Основное внимание в семейной терапии в 1990-х гг. уделялось вопросу о том, как влияют на функционирование семьи раса, пол, этническая и социальная принадлежность, сексуаль-

ная ориентация. Сегодня семейные терапевты, занимающиеся социальным контекстом функционирования семьи, не рассматривают его как некоторую абстракцию.

Члены группы из Пало-Альто разработали концепцию открытых систем в области семейной терапии, но в действительности лечили семьи как закрытые системы. Они уделяли мало внимания источникам стрессов за пределами семьи и редко принимали во внимание влияние общества или расширенной семьи на нуклеарную семью. Первыми клиницистами, принявшими во внимание внешние связи (и использовавшими это в лечении), были Мюррей Боуэн и Росс Спек. Боуэн постоянно подчеркивал важнейшую роль, которую в семейных взаимоотношениях играют отношения с родителями и дальними родственниками, а Спек пытался мобилизовать усилия друзей и соседей для достижения успешного результата лечения.

Терапевты системной школы Боуэна и сетевые терапевты практически всегда включают в свою систему людей, находящихся за пределами нуклеарной семьи; психоаналитики, фокусированные на решении, поведенческие и нарративные терапевты почти никогда не делают этого.

Представитель эмпирического направления Витакер регулярно включал в один или два сеанса не самых близких родственников. Включение удаленных членов семьи или друзей в лечение часто является полезным, иногда — существенно необходимым. Однако понятие семьи как открытой системы представляет собой нечто иное. Открытая система — это не просто увеличенная (расширенная) система, это общность, которая взаимодействует с окружающим миром.

Идея семьи как открытой системы нигде не отражена лучше, чем в работе Минухина «Семьи и семейная терапия» (1974 г.). Когда Минухин писал о «Человеке в его контексте», он противопоставлял семейную терапию психодинамической теории. Последняя, по его мнению, основывается на использовании концепции мужчины как героя, что позволяет ему оставаться самим собой, несмотря на обстоятельства<sup>1</sup>. С другой стороны: «Теория семейной терапии основывается на том, что человек не изолиро-

Если мы признаем, что до недавнего времени это было правилом, то использование местоимения мужского рода в данном случае является особенно символичным. Модель героя представляет человека честного и высокоморального. Он одинок, стоек и мужественен, терпелив, оторван от семьи, общества и веры, т. е. от тривиального удушающего мира женщин.



ван. Он является активным действующим членом социальных групп» (с. 2). Минухин отмечает, что техника стирания границ между внутренним и внешним пространством принадлежит Грегори Бейтсону, и подчеркивает, что как граница между индивидуумом и семьей является искусственной, так и разграничение семьи и социального окружения представляется неестественным.

Структурные терапевты убеждены, что семьи тесно вплетены в социальный контекст, и часто учитывают мнение учителей, воспитателей, других социальных работников и включают их в лечение семьи. Если у одинокой матери есть проблемы с детьми, структурный терапевт может помочь ей, привлекая друзей или работников благотворительных организаций, чтобы помочь сделать домашнюю обстановку менее напряженной.

Стратегические терапевты, возможно, не считают, что лечение должно проводиться исходя из того, что семья — открытая система, но они не ограничивают свои исследования только поисками последовательностей интеракций, поддерживающих проблемы в нуклеарной семье. Работа Сельвини Палаццоли показывает, что в крепких итальянских семьях дедушки и бабушки часто являются непосредственной причиной возникновения интеракций, которые поддерживают симптомы, а члены Института психических исследований (ИПИ) много внимания уделяют вопросу проблемных ситуаций, в которых непосредственно участвуют люди «со стороны», например соседи или начальники. Обычно включение дедушек и бабушек или друзей в семейную терапию бывает полезным, но обязательно необходимым; однако для достижения полного понимания семей вы должны принимать во внимание и некоторые факторы, воздействующие извне.

Те, кто работает с неимущими семьями, нуждающимися в социальной защите, быстро понимают, что попытки помочь им часто запутываются в липкой паутине противоречивых влияний со стороны различных учреждений и организаций: судов, обществ по защите детства, обществ по защите от насилия и т. д. Если семьи среднего класса можно рассматривать как организационно закрытые единства, то с неимущими семьями это невозможно, их дома не имеют стен.

Количество организаций, нацеленных на помощь неимущим, растет, и наиболее очевидная их проблема — недостаток координации. Возьмем, например, недавний случай, когда 15-летний юноша подверг сексуальному насилию своих двух сестер-подростков и младшего брата. Включились агентства, которые работали с детьми, одно со старшей девочкой, другое — с младшей.

Одно агентство работало с младшим мальчиком, другое — с виновником преступления. И еще одно — с матерью жертв. В школе, где учились дети, подвергшиеся насилию, с ними работал художественный терапевт, а 15-летний юноша был помещен в интернат, где он проходил курс индивидуальной и групповой терапии. Неудивительно, что все попытки помочь в этом случае предпринимались в разных направлениях. Вторая, более индивидуальная проблема заключается в том, что большинство агентств оказывают помощь различным категориям жертв или преступников, взрослым и детям. Защищая права определенного лица, нуждающегося в защите и коррекции, эти агентства поддерживают индивидов, а не всю семью в целом.

Обычной реакцией терапевтов, которые вовлекаются в эту сетевую работу полностью неорганизованного альтруизма, в первую очередь является желание приложить усилия для координации различных составляющих, а затем, когда они обнаруживают, что не в силах изменить ситуацию, появляется желание отказаться от этих усилий и самим делать все возможное для помощи семье у себя в клинике. Среди тех, кто не хочет сдаваться, Эван Имбер-Блэк (Imber-Black, 1988), Ричард Каган и Ширли Шлосберг (Kagan & Schlosberg, 1989), написавшие трогательную практическую книгу о работе с семьями, находящимися в «пожизненном кризисе». А также Патриция Минухин, Джордж Калапинто и Сальвадор Минухин, которые недавно (1998) опубликовали практический и дающий пищу для размышлений отчет о своих попытках скоординировать работу и привлечь внимание к социальным агентствам, работающим с неимущими семьями.

Под влиянием социального конструктивизма более новые модели семейной терапии уделяют большое внимание социальному окружению семей, которые они лечат. Однако это внимание в меньшей степени направлено на то, чтобы вовлекать в процесс лечения людей, находящихся за пределами семьи, для помощи в лечении семьи. В значительной степени внимание концентрируется на влиянии социальных и политических факторов на семью.

## ЛИЧНОСТНОЕ КАК ПОЛИТИЧЕСКОЕ

Одно время принималось за аксиому, что терапевты должны соблюдать терапевтический нейтралитет: не осуждать, не принимать чью-либо сторону, не навязывать образа действий. Считалось, что следует поощрять коммуницирование или интерпрети-

ровать сказанное, но воздерживаться от внушения своих личных ценностей и взглядов — т. е. быть строго объективными. Сегодня, однако, многие практики придерживаются мнения, что терапевты вправе кое-что поддерживать и, наоборот, восставать против другого.

Начиная с феминистских семейных терапевтов, впервые указавших на повсеместное неравенство по половому признаку в нашей культуре (например, Hare-Mustin, 1978; Goldner, 1985), стало расти число практиков нарративного направления, которые начали работать с членами семьи для того, чтобы идентифицировать влияние определенных культурных ценностей и культурного опыта на их жизнь и взаимоотношения в семье (например, White & Epston, 1999; Freedman & Combs, 1996).

Терапевты-нарративисты обращают внимание на деструктивную информацию, которая атакует нас через телевидение и газеты, предписывая, как нам думать и какими быть. Действительно, один из наиболее действенных способов, который используют нарративные терапевты для мотивации людей принимать более активное участие в собственной судьбе, — это помочь им думать о самих себе не как о людях с недостатками, а как об угнетенных, поставленных в тяжелые условия. При появлении прогресса описательный терапевт призывает «команду поддержки» — группу других людей для поддержания нового и более позитивного чувства самоуважения в пациенте.

Несмотря на очевидную схожесть с нарративной терапией, подход, фокусированный на решении, абсолютно не рассматривает семью в ее окружении. Здесь неактуальны факторы, которые могли привести к возникновению проблемы ни в самой семье, ни в ее окружении, — уделяется внимание только форме изложения проблемы.

Терапевты внутренних семейных систем часто изучают влияние культурного окружения на формирование личности членов семьи, которые, в свою очередь, формируют динамику развития семей. Например, Ричард Шварц (1995) описал случаи, когда чрезмерная материальная заинтересованность, безудержные амбиции и озабоченность своим внешним видом в некоторых семьях начинали играть настолько важную роль, что приводили к пагубным последствиям, которые затем отражались на внутреннем мире молодых женщин в этих семьях, вызывая анорексию и булимию.

Определенно должен существовать способ помочь людям ответить на вопрос, какие стандарты и устремления приводят к возникновению их проблем. Кто сказал, что женщины должны

быть такими же худыми, как популярные модели? Что юность — это время смятения чувств? Что основная обязанность мужчины — сделать карьеру? Более того, определяя некоторые деструктивные предпосылки, такие, например, как культурные, терапевты-нарративисты предлагают членам семьи объединиться в борьбе с ними. Однако может возникнуть вопрос о том, как это чувство политической сознательности применить на практике во время консультации и непосредственно в организации семейной терапии.

Иногда чрезмерная готовность возложить вину на исключительную роль культурного влияния приводит к игнорированию собственной роли пациента в его проблемах и к выявлению только внешних влияний. Возьмем, к примеру, случай с женщиной, которая считала, что она что-то делает неправильно и это является причиной ее недостаточного успеха у мужчин. Что случится, если терапевт назовет эту проблему «голосом опасности» и настоятельно посоветует рассматривать ее сомнения как элемент культуры, которая учит женщин подчинять жизнь ожиданиям мужчин? Без сомнения, женщины в основном более приспособляемы, чем мужчины. Но так ли оно в данном случае? Если пациентка будет считать, что в ее нескладывающихся отношениях с мужчинами виновато общество, — поможет ли это ей? И, что еще более важно, независимо от того, какую точку зрения примет терапевт (является ли она жертвой социального окружения, или проблема заключается в ней самой), его мнение вряд ли изменит что-то в ее жизни. Прекрасно, если терапевт относится к пациентке с сочувствием, являясь ее защитником, но если его позиция сводится к тому, что пациентка является жертвой патриархата, мужского шовинизма, расизма или гетеросексуальности, его подход неизбежно становится слишком прямолинейным, обвиняющим, а это как раз то, с чем в первую очередь борется метод семейной терапии.

Иногда готовность определять культурное влияние как опасность в жизни пациентов приводит к тому, что терапевт выступает в роли рыцаря в сверкающих доспехах, борющегося с силами зла. С другой стороны, позиция игнорирования расизма, сексизма, этноцентризма, бедности, преступности и отчужденности — рассмотрение семьи как отдельной (самодостаточной) системы — напоминает страуса, прячущего голову в песок. Какой же должна быть роль семейных терапевтов и ассоциаций национальной семейной терапии по отношению к увеличивающейся социальной несправедливости?

Признавая мощное влияние социальных условий на семью, должны ли семейные терапевты играть особую роль в политике и общественной жизни, или они — лишь врачи, обученные помогать семьям избавиться от их психологических проблем, и не имеют достаточно опыта и полномочий, чтобы бороться с социальным злом? Это вопросы, на которые найти ответы нелегко.

## ГРАНИЦЫ

Один из наиболее важных концептов семейной терапии — концепт границ, описывающий взаимоотношения индивидов в контексте их семей, семей в контексте их расширенных семей — и общества. Индивидуальность и автономия каждой подсистемы (индивид, братья и сестры, родители, нуклеарная семья) регулируются прозрачными границами между ними и системой, окружающей их.

Самый ясный и наиболее полезный концепт интерперсональных границ основывается на работах Мюррея Боуэна и Сальвадора Минухина. Боуэн лучше всех описал границы между «я» и семьей, а Минухин — границы между различными подсистемами внутри семьи. По определению Боуэна, индивидуальности варьируют в континууме от слияния до дифференциации, а у Минухина границы меняются от проницаемых до жестких с вытекающими отсюда связанностью или разрозненностью.

Взгляд Боуэна отражает особое внимание психоаналитика к отдельным личностям и индивидам (Mahler, Pine & Bergman, 1975), особенно к проблеме эдипова комплекса и ухода из семейного дома. Согласно этой модели, мы становимся личностью, испытав себя одиночеством. Боуэн уделял мало внимания проблемам эмоциональной изоляции, имеющим в своей основе слишком жесткие границы, и рассматривал их как артефакт — защиту против отсутствия необходимых границ. Таким образом, метод Боуэна имел несколько односторонний подход к вопросу взаимосвязи индивидов (отдельной личности и других людей). Боуэн использовал различные термины — *сплоченность*, *слияние*, *недифференциация*, *эмоциональная реактивность*, — все они относятся к проблеме, которая волновала его больше всего: опасность потерять себя во взаимоотношениях с другими людьми.

Минухин предлагает более сбалансированный взгляд, обращаясь к проблемам, возникающим в результате того, что границы или слишком жесткие, или слишком слабые. Чрезмерная

проницаемость границ делает человека уязвимым извне, жесткие границы ограничивают коммуникацию и взаимосвязь (поддержку) между членами семьи. Боуэн описывает только одну проблему границ — слияние и только одну цель — дифференциацию. Минухин рассматривает две возможности — спутанность и выпутанность, и его терапия предназначена для каждого конкретного случая.

Согласно системной теории Боуэна, люди склонны быть или эмоционально слитыми, или дифференцированными. Слияние напоминает болезнь — она может иметь тяжелую форму или легкую. В структурной семейной теории спутанность-выпутанность играют двоякую роль. Семьи могут быть либо спутанными, либо выпутанными, а точнее, семьи описываются как состоящие из различных подсистем со спутанностью в одних отношениях и выпутанностью в других. Например, мать и ребенок могут быть описаны как спутанные (Боуэн сказал бы — слитые), но эту связь нельзя рассматривать изолированно, она является продуктом выпутанности взаимоотношения женщины с ее мужем. Используя эти знания о взаимосвязанной природе внутрисистемных границ, возможно создать терапию для лечения конкретных семей и для координации изменений среди ее подсистем.

И «слияние» Боуэна, и «спутанность» Минухина — понятия, связанные со стертыми границами, но они не являются синонимичными. Слияние — психологическое качество индивида, противоположное по значению становлению индивидуальности. Динамика слияния оказывает действие на отношения (особенно в форме реактивности и триангуляции), но при этом слияние происходит внутри человека. Спутанность же существует между людьми.

Эти концептуальные различия соответственно определяют и методы лечения. Боуэнианцы поощряют взаимоотношения, но указывают на важность индивидуальной автономии. Успех здесь измеряется дифференциацией личности. Структуралисты поощряют независимость, но стараются перестраивать взаимоотношения в семье посредством упрочения или ослабления границ. Успех измеряется гармоничностью функционирования целой семьи. Согласно теории Боуэна, изменение индивида должно влиять на всю систему семьи, перестройка семьи по Минухину принесет выгоду отдельным ее членам. Различие заключается в том, что в одном случае работают с индивидами, чтобы разблокировать систему, а в другом — с системой для помощи индивиду.

## Нормальное развитие семьи

Как правило, терапевты уделяют мало внимания нормальному развитию семьи<sup>1</sup>, если в прошлом отношения в ней развивались вполне здоровым образом.

Большинство терапевтов имеют собственное представление о соответствии норме, что отражается на их работе. Проблема здесь заключается в том, что эти схематичные модели основаны, как правило, на личном опыте и являются лишь отражением собственных взглядов терапевта до тех пор, пока они не получают достаточного обоснования и подтверждения. Всегда возникает искушение предположить, что здоровые семьи — это такие, как наша собственная (или наоборот). Однако, даже если предположить обратную ситуацию, когда семья самого терапевта позволяет каждому выполнять самостоятельную функцию, стремиться к самосовершенствованию и при этом сохранять устойчивую нуклеарную семью, это еще не будет означать, что перед нами пример идеальной семьи. Если мы ставим целью помочь семье, мы не должны выбирать между «здоровой» и «нездоровой» моделью, мы должны найти решения, которые будут эффективны даже в том случае, если семья не вполне конкретно формирует свои цели.

Особенно много внимания событиям из прошлой жизни семьи уделяют представители психоаналитической школы и школы Боуэна, их особенно интересуют перспективы эволюции и развития. Если другие школы объясняют существующие проблемы в основном бытовыми трудностями, то психоаналитики больше интересуются проблемами возникновения проблем, уделяя внимание и анализу нормального развития.

Хотя большинство школ семейной терапии почти не затрагивают вопросы зарождения семьи, последователи Боуэна и психоаналитической школы в своих работах акцентируют внимание на вопросе выбора супруга. Боуэн выделял дифференциацию, слияние, триангуляцию, в то время как психоаналитики говорили о неосознанной потребности в комплементарности, перспективной идентификации и идеализации, — однако складывается впечатление, что в обоих случаях для описания схожих явлений используются различные термины. Психоаналитики считают,

Это действительно так, несмотря на популярность современных дезавуированных навязанных моделей нормальности. Одно дело бросить вызов универсальности в пользу частности, другое — обвинять традиционных семейных терапевтов в том, что они оперируют фиксированными точками зрения на то, что собой представляет соответствие норме.

что выбор будущего супруга обоснован на желании освободиться от уз родительской семьи и соединиться с человеком своего уровня развития. Боуэн говорил, что люди выбирают партнера, который копирует знакомые паттерны взаимодействия в семье, и выбирают партнеров со схожим уровнем дифференциации.

Существуют версии, которые утверждают, что человек находит пару собственному «эго». Но и Боуэн, и психоаналитики сходятся в мнении о том, что человек склонен искать в будущем партнере черты, которые ему не присущи, но их недостает в нем самом, и он хочет их видеть. Так люди, склонные к упорядоченному образу жизни, женятся на истеричках, и, если верить Боуэну, «коллективисты» женятся на «одиночках». И именно в этом школа Боуэна и психоаналитическая школа схожи друг с другом и отличаются от других. Обе школы отдают должное глубине психологического аспекта, обе признают, что у каждой личности есть своя глубина. Обе школы полагают, что успех отношений зависит от сходства интересов и ценностей партнеров, но также и от природы их внутренних представлений.

Психоаналитики уделяют особое внимание важности хороших взаимоотношений в детстве. Способность ребенка развить самодостаточное «я» и адекватную восприимчивость к окружающим зависит от «достаточности материнской заботы» и «адекватного влияния окружающей среды». Если ребенок научится находить согласие с самим собой, он сможет сосуществовать и с другими, в то же время чувствуя себя независимым. Однако, если он этому не научится, он будет чувствовать себя в какой-то мере отвергнутым. Ранние впечатления о взаимоотношениях не просто хранятся в памяти, а формируют психологическую структуру сознания, сохраняя ранние впечатления в форме внутренних и внешних образов. Эти образы определяют то, как люди будут вести себя в дальнейшем среди людей. Таким образом, будущее ребенка — и будущее его семьи — закладывается в раннем возрасте.

Боуэн описывал нормальное семейное развитие крайне детерминистским образом. Родители передают детям свою незрелость и недостаток дифференциации; эмоциональное слияние передается из поколения в поколение. Судьба семьи является результатом взаимоотношений, которые существовали в предыдущих поколениях.

Психоаналитические терапевты и боуэнианцы рассматривают триангуляторные взаимоотношения между матерью, отцом и ребенком как критические для последующего развития. Психоа-



налитики описывают эдипову драму как конфликт и верят, что их отношения будут влиять на все последующие взаимоотношения. Боуэнианцы описывают эту триангуляцию как замещение эмоциональных напряжений, являющуюся результатом семейной двоичности, и рассматривают ее как прототип всех последующих взаимоотношений.

Весьма вероятно, что клиницисты рассматривают людей из триангулярных семей как вышедших из союзов, в которых не были реализованы романтические взаимоотношения, но эти теории подразумевают возможность удачного разрешения ситуации. Обе теории — и боуэнианская, и психоаналитическая — поддерживают видимость идеального функционирования, к которому люди стремятся, но никогда полностью не достигают. Результатом может быть либо утопическая модель, которая становится причиной неудовлетворенности в целом, либо позитивное восприятие мира, которое будет вести людей к обогащенной, но несовершенной жизни.

Самое четкое определение дает Боуэн (1966) в описании семей, «склонных к хорошей дифференциации». В этих семьях брак является функциональным партнерством, члены которого могут быть близки без потери автономности. Они разрешают своим детям развиваться самостоятельно, не прибегая к излишней опеке и не препятствуя попыткам ребенка действовать согласно его личным представлениям. Каждый член такой семьи ответственен сам за себя, никто не превозносит другого за личный успех и не обвиняет за провалы. Они способны успешно находить общий язык с другими людьми или действовать в одиночку в зависимости от ситуации. Стресс не может подавить интеллектуальную деятельность эмоциональным давлением. Такие люди адаптивны, гибки и независимы, способны выжить и в тяжелые, и в хорошие времена.

Большинство других школ семейной терапии, не уделяя внимания прошлому, имеет несколько изолированных концепций описания процесса нормального семейного функционирования. Например, коммуникативные терапевты, говоря о браке, употребляют понятие «услуга за услугу» («quid pro quo») (Jackson, 1965), тогда как поведенческие терапевты описывают то же явление с точки зрения теории социального обмена (Thibaut & Kelley, 1959).

Вирджиния Сатир дает определение нормальной семьи как такой, в которой коммуникация является прямой и открытой, где разногласия высказываются, а не скрываются, а эмоции вы-

ражаются открыто. В таких условиях, считает она, люди развивают здоровую самооценку, что позволяет им идти на определенный риск при установлении подлинных и искренних взаимоотношений.

По утверждению Минухина (1974), чтобы стать настоящими специалистами, терапевты должны научиться правильно воспринимать нормальную семейную жизнь. Важно понимать, что обычная семейная жизнь не является райским садом. Когда два человека вступают в брак, они должны учиться уживаться друг с другом. Каждое последующее вступление в новый виток жизни требует дальнейшей модификации семейной структуры. Клиницисты различают функциональные и дисфункциональные структуры, а также патологические и обычные переходные структуры семьи. Кроме того, как замечает Минухин, трудно стать действительно эффективным терапевтом, если не иметь опыта в решении некоторых проблем, с которыми и обращаются семьи (именно поэтому более опытные и пожилые терапевты добиваются лучших результатов, чем молодые).

Из-за того, что структурная семейная терапия начинает работу с оценки адекватности структуры семьи пациента, иногда кажется, что существует идеальный стандарт. В действительности соответствие норме определяется функциональностью. Структурные семейные терапевты делают вывод, что различные структуры могут быть в равной степени функциональны. Ясность границ подсистемы более важна, чем композиция этой подсистемы. Например, родительская подсистема дает возможность отцу и старшему ребенку функционировать эффективно, если авторитарность четко очерчена. Обычно наблюдаются модели связанности или разрозненности, что не всегда является показателем патологии.

Другие школы семейной терапии используют определенные стандарты «нормальности» при описании проблемных семей. Например, стратегические терапевты описывают дисфункциональные семьи как семьи, создающие проблемы из ничего, так как они не могут приспособиться к меняющимся обстоятельствам и пытаются сделать больше, чем делали обычно.

Большинство терапевтов не ставят своей задачей изменение семьи и поэтому считают, что не обязательно иметь представление об идеальной семье. Вместо этого они занимаются специфическими проблемами — взаимоотношениями, поддерживающими проблему, проблемонасыщенными повествованиями, решениями, которые не были выполнены, — т. е. всем, что касается

действий, а не структуры. Их модели дисфункциональны, а поэтому предполагается, что функциональное есть противоположность дисфункциональному.

Хотя не обязательно разобраться в истории семьи, чтобы помочь ей в настоящем, для достижения целей важно понимать ее нынешнюю организацию — здесь используется модель нормальной семьи. Такая модель должна включать в себя способ лечения для настоящего и перспективу на будущее. Среди идей, описанных в этой книге, наиболее полезными для базовой модели нормального семейного функционирования являются структурная иерархия, эффективная коммуникация и развитие жизни по циклам.

Стоит ли придерживаться этих нормативных схем — вопрос. Если терапевты слишком строго придерживаются нормативной модели, они могут навязать ее семьям, которым та не подходит, — например, семьям из другой культуры; они более склонны принимать авторитарные позиции для достижения цели лечения. С другой стороны, терапия без модели здорового семейного функционирования может трансформироваться в директивные упражнения. Любая нормативная модель должна использоваться как гибкое руководство к действию, а не как прокрустово ложе, в которое нужно уложить семью.

Как ни странно, такая интеграция стирает границы между школами семейной терапии, а в американском обществе все происходит наоборот. Поликультурность пришла на смену идеалу единого общекультурного котла. Конечно же, этническое самосознание и возрожденное уважение к культуре и традициям различных групп делает общество более разносторонним; большинство сейчас понимают, что различия не являются камнем преткновения: нетерпимость и угнетение одних людей другими — вот что является проблемой, и проблемой не простой. Но поликультурность может заключать в себе опасность противопоставления «мы — они». Может быть, «плюрализм» — лучший термин для обозначения причастности к миру без сепаратизма.

В последнее время много говорится о роли нуклеарных семей. В настоящее время почти в 30% американских семей отсутствует один из родителей (в 1980-х гг. — 20%)'. Хотя в афроамериканских семьях процент неполных семей больше, у белых выше темпы роста неполных семей и незаконнорожденных детей.

Сейчас в США неполных семей больше, чем в любой другой стране мира.

Семейные терапевты пришли к заключению, что неполную семью стоит рассматривать не только как интересную альтернативу модели полной семьи, но и задумались об абсолютной необходимости нуклеарной семьи.

Любой, работающий с афроамериканскими семьями, знает, что в них родственные границы часто бывают размытыми и существует понятие «ложное родство» (где отношения не обязательно кровно родственные, но часто они бывают очень прочными). Тем не менее предсказание того, что американская нуклеарная семья находится под угрозой, как и предсказания конца света, оказываются преждевременными. В течение двадцати лет проводились исследования по поводу альтернативного построения семьи, и модель семьи с двумя родителями оказалась самой привлекательной в глазах общества. Считается, что парная семья — это наилучшая защита от нищеты в детстве и гарантия будущего. Возможно, бог придумал семью из двух родителей не только по причинам биологического характера. А пока семейные терапевты, которые являются больше врачами, чем социальными критиками, продолжают работать с разными семьями, чтобы помочь им вписаться в любую абстрактную модель и реализовать свой уникальный потенциал.

## Развитие расстройств поведения

В период становления семейной терапии пациенты рассматривались как невинные жертвы — «козлы отпущения», чье нестандартное поведение поддерживало стабильность в семье. Появилось большое количество литературы о дисфункциональных способах сохранения мира в семье: создание «козла отпущения», псевдоединство, общая цель, двойная связь, мистификация и т. д. — этакая простая и удовлетворяющая всех сказка о некоем зловещем влиянии. Эти пагубные механизмы могли довести людей до сумасшествия, но помогали сохранить семью. Родителей впрямую никто не обвинял — ведь их отрицательное влияние не было преднамеренным, — но все же предполагалось, что оно существовало и имело мистическое выражение. Отсюда возникла идея о том, что шизофрения является жертвоприношением детей, сделанным их родителями, — идея абсолютно захватывающая — и абсолютно неверная.

Первоначально считалось, что шизофрению вызывают модели нарушенной коммуникации, наблюдаемые в шизофреничес-

ких семьях. В конце концов этиологические модели уступили место транзактным. Нарушенные семейные взаимоотношения не вызывают шизофрению, а рассматриваются как модели взаимоотношений. Ни семья, ни пациент не являются средоточием проблемы, проблема не сидит *внутри* людей, а лежит *между* ними.

Сегодня семейные терапевты меньше думают о том, что вызывает проблемы, чем о том, как семьи невольно их увековечивают. У каждой из систем семейной терапии есть собственные представления о том, как симптоматичные семьи приспосабливаются, но последующие темы будут полезны, чтобы определить некоторые различия мнений в данной области.

### НЕГИБКИЕ СИСТЕМЫ

У семей, как и у других групп, есть шикарные возможности для построения взаимоотношений и удовлетворения своих потребностей. Уолт Уитмен сказал: «Во мне вмещается множество». То же самое можно было бы сказать и о семейных отношениях, хотя, как ни печально, многие вскоре застывают в узких и ограничивающих шаблонах.

Хроническая негибкость — разительная отличительная черта семей, члены которых имеют нарушения; практически невозможно вырасти здоровым в таких семьях, потому что они столь неподатливы. Крайняя негибкость объясняет, почему другие семьи становятся дисфункциональными в переходные периоды жизненного цикла: болезнь вспыхивает, когда им не удастся заново приспособиться в ответ на эволюционные стрессы и стрессы от неблагоприятных условий среды.

Первые наблюдатели шизофренических семей подчеркивали их негибкость. Уинн ввел термины *резиновая ограда*, чтобы подчеркнуть, как психотические семьи отвергают внешнее влияние; и *псевдовзаимность*, чтобы описать их ригидную фиксацию гармонии. Р.Д. Лэйнг показал, как родители, неспособные выносить естественные стремления своих детей, использовали *мистификацию* для отрицания и искажения их опыта. Коммуникативные теоретики считали, что наиболее сильным нарушением в шизофренических семьях была негибкость их правил. Такие семьи не могли приспособиться к окружающему миру, потому что им не хватало механизмов для изменения; они были запрограммированы на негативную ответную реакцию, воспринимая новизну и перемены как отклонения, которые требуется отвергать.

Сила гомеостаза побеждала силу изменений, оставляя семьи стабильными, но хронически нарушенными.

Эта традиция представления семей душевнобольных пациентов как ригидно-гомеостатических была использована в 1980-х Сельвини Палаццоли в форме ее концепта «грязных игр». Кэрол Андерсен и Майкл Уайт возражали против подобного негативного взгляда на семьи, члены которых имеют нарушения, предположив, что ригидность может быть результатом того, что они живут с серьезными проблемами и их за это обвиняют специалисты по душевным расстройствам.

Объяснение семейных проблем терминами гомеостатической негибкости стало основой стратегической школы. Ее представители описывают дисфункциональные семьи как реагирующие на проблемы ограниченным кругом решений. Даже когда решения не срабатывают, эти семьи упрямо продолжают свои попытки; таким образом, проблемой скорее является ограничение в решениях, а не симптомы. Бихевиористы используют похожую идею, когда объясняют симптоматичное поведение как результат ошибочных попыток изменить его. Часто, когда родители думают, что они наказывают за непослушание, в действительности они подкрепляют дурное поведение своим вниманием.

Психоаналитики и клиницисты эмпирического направления установили патологическую негибкость у индивидов и пар, так же как и в целых семьях. В соответствии с позициями этих школ интрапсихическая ригидность, которая проявляется в формах конфликта, задержки развития и эмоциональной подавленности, есть индивидуальный вклад в семейную негибкость. Психоаналитики рассматривают больные семьи как закрытые системы, которые противятся изменениям. Согласно этой линии размышлений, симптоматичные семьи относятся к настоящему так, будто оно является прошлым. Сталкиваясь же с необходимостью что-то изменить, дисфункциональные семьи регрессируют на более ранние уровни развития, где возникла их эмоциональная фиксация вследствие неразрешенности конфликтов.

Представители эмпирического направления описывают дисфункциональные семьи как не развивающиеся эмоционально. Если верно, что иногда человеку надо испробовать что-либо, просто чтобы удостовериться в том, что он жив, то семьи боятся, что раскачанная лодка может пойти ко дну. Носителя симптомов рассматривают как жертву противостояния семьи жизненной силе.

Структурные семейные терапевты считают, что отсутствие

гибкости в симптоматийных семьях связано с характером границ между их подсистемами. Дисфункциональные семьи имеют свойство быть либо спутанными, либо выпутанными. Неопытные психотерапевты, у которых возникают трудности с определением семейной структуры, сначала вздыхают с облегчением, когда сталкиваются с семьей, чья спутанность или выпутанность легко видна, но, к сожалению, если структурные проблемы столь очевидны, они скорее всего труднопреодолимы.

Хотя Минухин и его последователи рассматривают семейную ригидность как одну из причин развития симптоматийного поведения, структурные проблемы — необязательно результат некоего свойственного данной семье слабого места. Иногда и в нормальных семьях могут возникнуть проблемы, если они не способны преобразовать прежнюю структуру функционирования, чтобы преодолеть кризис внутреннего развития и внешнего воздействия. Семейные терапевты должны иметь четкое представление на этот счет: симптоматийные семьи часто, в сущности, являются здоровыми; они просто могут нуждаться в помощи, когда приспосабливаются к изменяющимся обстоятельствам.

Фокусированные на решении и нарративные терапевты избегают концепций семейной динамики, вовлекающей членов семьи в развитие проблем. Оба лагеря предпочитают сосредотачиваться на сильных сторонах индивидов в семье и на тех периодах жизни, когда они использовали свои ресурсы для преодоления проблем. Обе модели определяют именно ригидные привычки мышления как поддерживающие проблемы людей, которые считают себя потерпевшими крах и потерявшими надежду.

Терапевты, фокусированные на решении, оставляют это без внимания; они не размышляют об истоках пораженческого мышления. Они убеждены: нет никакой необходимости знать, как возникают проблемы, чтобы найти решение. Фактически они утверждают, что концентрация на проблемах заостряет внимание на негативном и это надо перестать делать, а вот размышления о решениях переключают внимание на позитивные пути конструктивного действия.

Нарративные терапевты указывают на отравляющие, по их мнению, системы убеждений в культуре, которые интернализуются членами семьи: это общество, а не семья является негибким. Обвиняя культуру, нарративные терапевты помогают семьям бороться с виной и взаимными обвинениями и к тому же объединяться против общего врага.

## ФУНКЦИИ СИМПТОМОВ

Раньше семейные терапевты описывали пациента как человека, выполняющего определенную функцию в нарушенной семье: уходить от конфликта и тем самым обеспечивать стабильность семьи. Фогель и Белл (Vogel & Bell, 1960) описывали детей с эмоциональными нарушениями как «семейных козлов отпущения», выбранных в качестве объектов родительской проекции на базе черт, которые теми отвергаются. После этого отклонение больного способствует единению семьи, сплачивая родителей в тревоге.

Сегодня многие семейные терапевты отрицают, что у симптомов есть значение или функция. В самом деле, нарративные, фокусированные на решении и психообразовательные терапевты настолько против идеи о том, что симптомы служат какой-либо цели, что их подходы можно рассматривать как инспирированные для того, чтобы противостоять этой идее. Нарративная терапия построена вокруг метафоры симптомов как несвойственных объектов, а психообразовательный подход посвящен освобождению семей от ответственности за душевные заболевания.

Поведенческие терапевты и терапевты Института психических исследований не исходят из предположения о том, что симптомы необходимы для поддержания семейной стабильности, поэтому их вмешательства направлены на то, чтобы заблокировать симптомы без попыток реорганизации семьи. Бихевиористы всегда возражали против идеи о том, что симптомы являются признаком скрытой патологии или что они служат какой-либо цели. Бихевиориальные семейные терапевты работают с проблемами как с отсутствием навыков или как с обычным результатом неправильных способов изменить поведение. Фокусируя свое внимание на симптомах, им легко удастся обнаруживать обстоятельства, которые их усиливают; это также одна из причин их неуспеха в случаях, когда поведенческие проблемы ребенка способствуют устойчивости конфликтного брака или когда споры супружеской пары защищают их от столкновения с более глубокими конфликтами. Терапевты ИПИ признают, что симптомы могут служить какой-либо цели, но отрицают, что необходимо рассматривать это во время планирования терапии. Они придерживаются сдержанной позиции, в соответствии с которой семьи, однажды освобожденные от своих симптомов, могут сами позаботиться о себе.



Некоторые школы семейной терапии продолжают верить, что симптомы сигнализируют о более глубоких проблемах и что они могут послужить укреплению семейной стабильности. В семьях, которые не могут выдерживать открытого конфликта, тот, у кого возник симптом, может выступать в качестве дымовой завесы и отвлекающего фактора. Так же как симптоматийное поведение сохраняет равновесие нуклеарной семьи, проблемы в нуклеарной семье могут сохранить баланс в расширенной. В психоаналитических, боуэнианских и структурных формулировках неспособность супружеской пары создать близкую связь может быть приписана тому факту, что один или оба из них все еще вовлечены в отношения со своими родителями. В этом случае симптоматийное поведение передается через поколения и служит для стабилизации многопоколенной семейной системы.

Иногда можно увидеть, как появление симптома у ребенка побуждает депрессивного или выпутанного родителя стать более вовлеченным в семью. Согласно Джею Хейли, непослушание ребенка нередко является частью бесконечно повторяющегося цикла, поддерживающего активность родителей. В типичной последовательности отец становится несчастным и отстраняется; ребенок плохо себя ведет; матери не удается с ним справиться; отец вмешивается, снова связывая себя с матерью через ребенка.

Следующий пример того, как «дисфункциональное» поведение может принести пользу, взят из беседы, проведенной Гарри Эпентом (известным структурным семейным терапевтом), процитированной в книге Хоффман (Hoffman, 1981).

Беседа проведена с неимущей негритянской семьей, которая полностью отвечает определению «многопроблемная». Все — мать, шестеро взрослых или почти взрослых детей и два внука — находятся под угрозой распада семьи, болезни, нервных срывов, насилия, несчастного случая или сочетания всех этих факторов. Вдобавок члены семьи шумливы, разрушительны, их трудно контролировать.

В определенный момент Эпонт спрашивает у матери: «Как вы со всем этим справляетесь?» Мать, которая остается безразличной и на вид беззаботной, когда психотерапевт пытается поговорить с детьми, отвечает: «Я прикидываюсь страшилищем». Дети смеются, описывая, как ужасна их мать, когда прикидывается страшилищем.

Инцидент происходит вскоре после этого разговора, и это говорит о том, что круговая причинная последователь-

ность работает — это одна из последних капель, которая может покончить с семейным равновесием. Мать все еще равнодушна и выглядит усталой, и терапевт спрашивает о ее нервах. Сначала дети ведут себя тихо, слушая. Когда мать начинает признавать, что у нее плохие нервы и что она принимает таблетки, они начинают действовать. Один мальчик пихает малыша, другой пытается удержать малыша от сдачи, малыш начинает кричать. Терапевт спрашивает двадцатилетнюю дочь (мать малыша), может ли она контролировать ребенка, она отвечает, что нет. В этот момент мать встает и шлепает ребенка своей дочери свернутой газетой, выйдя из своей летаргии, как какой-нибудь спящий гигант, потревоженный комаром. Она с глухим стуком усаживает ребенка, и он больше не беспокоит. Во время этой последовательности остальные дети прыгают и радостно вопят, заставляя свою мать выговаривать им, после чего они успокаиваются и мать усаживает обратно, более внимательная и, несомненно, более спокойная (с. 83).

Здесь мать, переполненная стрессом, становится подавленной; в то время как она говорит о своей депрессии, дети становятся беспокойными и плохо себя ведут; непослушание вызывает в матери реакцию, выводя ее из состояния отстраненности, чтобы контролировать хаос. Симптоматичное непослушание детей действует как причина и лекарство депрессии матери в повторяющемся цикле.

## СКРЫТАЯ ДИНАМИКА

В 1950-х семейные терапевты оспорили психоаналитическое представление о том, что симптомы являются только поверхностным явлением и что настоящие проблемы — внутри. Вместо этого они показали, что фокусирование на поведенческих интеракциях в семье было достаточным для понимания и лечения большинства проблем.

Сегодня многие семейные терапевты все еще отрицают, что необходимо принимать во внимание скрытую динамику, чтобы объяснять или лечить симптомы нарушения поведения. Эти клиницисты верят, что достаточно наблюдать модели взаимодействия в семье. Некоторые стратегические терапевты, как группа ИПИ, сосредоточились на интеракциях, возникающих

вокруг симптоматийного поведения; другие, как миланская группа, более широко смотрели на всю семью в целом. Бихевиористы утверждали, что, для того чтобы объяснить нежеланное поведение, необходимо только понаблюдать его закрепляющиеся последствия.

Невзирая на традицию объяснять проблему поведения, не включая скрытую динамику, многие терапевты считают, что ни проявляющиеся симптомы, ни окружающие их интеракции не являются настоящей проблемой; настоящая проблема заключается в скрытой семейной дисфункции. Когда семьи приходят, эти терапевты ищут под или за пределами поведенческих последствий какой-либо изъяз в семье. Представление Минухина о семейной структуре является ведущим примером такой концепции. Структурные терапевты обращают внимание на жалобы, с которыми приходят семьи, но в реальности их внимание направлено на скрытые структурные проблемы, чтобы объяснять и решать эти проблемы.

Структура семьи сегодня является одной из центральных концепций семейной терапии, и область может быть поделена на включающих и не включающих структуру в свой анализ. Хейли (1980) включает, и по этой причине многие люди причисляют его к структуралистам, так же как и к стратегистам. Сельвини Палаццоли и Линн Хоффман вводят структурные концепты в терминах систематического конфликта и «слишком сильно перекрестно-соединенные системы» (Hoffman, 1981). Джон Уикленд из группы ИПИ подчеркнуто отрицал необходимость включать структурные концепты в оценку семьи, он считал это возвратом к дискредитированной психодинамической теории. Другие, кто сосредоточивается более на взаимодействии здесь и сейчас, включая бихевиористов (Паттерсон) и некоторых эмпиристов (Витакер), в итоге восприняли пользу структурных концептов<sup>1</sup>. Эти их действия явились одним из первых признаков растущего сближения между борющимися системами.

Постмодернистская революция является также и постструктурной в том смысле, что представления о скрытой структуре рассматриваются как модернистские и вследствие этого проблематичные. Постмодернисты, такие, как Майкл Уайт, Стив де Шазер и Харлин Андерсон, избегают структурных гипотез.

Не случайно и Паттерсон, и Витакер посещали Филадельфийскую клинику для малолетних правонарушителей, чтобы обратиться к опыту Минухина, когда они чувствовали необходимость более систематического понимания семей, с которыми работали.

Ни психоаналитики, ни боуэнианцы не используют структурные концепты Минухина; у обеих школ есть свои концепты скрытой динамики<sup>1</sup>. Психоаналитики взяли за начало идею о скрытой динамике; современные психоаналитически ориентированные практикующие семейные терапевты используют эту идею в концептах интрапсихического структурного конфликта (ид, эго, суперэго), задержки развития, внутренних объектных отношений и взаимосвязанных семейных психопатологических структур. Согласно психоаналитической модели, трудности могут развиваться при взаимодействии, но именно у взаимодействующих индивидов возникают реальные проблемы.

В теории Боуэна главными понятиями, описывающими семейную динамику, являются слияние, процесс семейной проекции и взаимосвязанные треугольники. Поскольку подобные вопросы требуют большого внимания, боуэнианцы, вероятно, меньше, чем кто-либо, работают непосредственно с симптомами или даже с носителями симптомов.

Теория Боуэна применяет модель *диатез-стресса* для решения психологических проблем. Это модель генетических исследований, согласно которой у человека развивается расстройство, когда генетический изъян реагирует на воздействие стресса из окружающей среды. По теории Боуэна, люди, у которых на фоне стресса развиваются симптомы, обладают низким уровнем дифференциации и эмоционально отрезаны от поддерживающих систем, особенно в расширенной семье. Диатез-стресс может быть не генетическим, но он переходит от одного поколения к следующему.

Психообразовательные терапевты включили модель диатез-стресса в семейную терапию через свой взгляд на шизофрению как на болезнь, на которую сильно влияет стресс от неблагоприятных условий среды (семейной). Целью терапии становится снижение в семьях вызывающих стресс эмоций. Распространяя системы мышления в сферу внутреннего процесса, Ричард Шварц предлагает одно из решений вопроса о том, что лежит в основе проблемы: внутренняя (интрапсихическая) или внешняя (свя-

Здесь существуют явные исключения из этого правила, как, например, Майкл Николе, чья книга «Личность в Системе» представила психоаналитические идеи перед специальной систематической аудиторией, и Мэри Джоан Герсон, чья книга «Спутанное «я»» представила структурную семейную терапию ее коллегам — психоаналитикам. Однако оба эти сторонника взаимообогащения практикуют совершенно ортодоксальную версию структурной семейной терапии.

занная с интеракцией) динамика. Он рассматривает проблемы, включенные в дисбаланс, на двух уровнях, влияющих друг на друга. Так как оба значимы, терапевты могут одинаково успешно обращаться к любому.

### ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕУГОЛЬНИКИ

В семейной терапии существует несколько объяснений поведенческих расстройств, среди них не последнее место занимают патологические треугольники. Наиболее ясно это выглядит в теории Боуэна. Он объяснил, как, когда два человека конфликтуют, один из них, испытывающий наибольшее беспокойство, вовлечет третьего. Эта модель не только дает простое объяснение системной патологии, но также служит предостережением для врачей. Пока терапевт остается привязанным к одной стороне в эмоциональном конфликте, он или она являются частью проблемы, а не частью решения.

В психоаналитической теории конфликты, связанные с эдиповым комплексом, считаются причиной неврозов. На треугольник влияет семейное взаимодействие, но центр его — в душе индивида. Нежность матери может быть соблазняющей, а ревность отца угрожающей, но желание устранить отца и обладать матерью является плодом воображения, фантазий. Патологическая фиксация этого конфликта может быть порождена развитиями во внешнем пространстве семьи, но конфликт затаился внутри разума ребенка.

Психоаналитическая модель личности представляет собой раздираемую внутренней войной сущность. Но психоаналитики рассматривают семейные проблемы как нарушения взаимоотношений: причиной проблемы может быть функционирование отдельных личностей, но результаты проявляются во взаимоотношениях. *Патологическая потребность в комплементарности и проективная идентификация* являются главными психоаналитическими понятиями взаимосвязанной патологии семейных отношений. Человек с сильной потребностью к подчинению, например, женится на ком-либо с сильной потребностью к доминированию. Такие потребности базируются на ранних идентификациях и интроекциях. Муж, который чувствует себя жертвой, имеет патологические интроекции, фокусированные в сфере агрессивных конфликтов, но его потребности проявляются в патологи-

ческих взаимоотношениях. Это значит, что подсознательная потребность в агрессоре заставит его выбрать супругу, которая сможет играть эту роль, позволяя ему проецировать подавленную или отделенную агрессию на жену. Разделенные «я», таким образом, становятся разделенными партнерами.

Структурная семейная теория основана на треугольных конфигурациях, где дисфункциональная граница между двумя подсистемами является реципрокной границей с третьей. Спутанность отца и сына отражает разъединение отца и матери; отчуждение одинокой матери от ее детей является неотъемлемой частью ее сверхвовлеченности за пределами семьи. Структурная теория также применяет концепцию патологических треугольников для объяснения *уклоняющихся от конфликта триад*, в которых родители уходят от своего конфликта через ребенка. Минухин, Розман и Бейкер (1978) продемонстрировали, что психологические изменения происходят тогда, когда конфликтующие родители передают свой стресс психосоматическому ребенку. Терапия создана, чтобы освободить ребенка от борьбы родителей и чтобы помочь им разрешать свои конфликты напрямую.

Стратегические терапевты обычно работают с диадной моделью, в которой симптомы одного человека поддерживаются попытками других решить их. Хейли и Сельвини Палаццоли, однако, использовали треугольную модель в виде *коалиций поколений*. Эти «порочные треугольники», как Хейли (1977) называет их, образуются, когда родитель и ребенок или дедушка и внук сговариваются, чтобы создать бастион скрытой оппозиции против другого родителя. Неудача в обращении к этим коалициям поколений обрекает на провал любую попытку помочь родителям разрешить их проблемы с ребенком, имеющим симптом. Вот почему поведенческий тренинг для родителей обычно не срабатывает, когда существует серьезный конфликт между родителями. Обучение отца тому, как вернуть уважение сына, далеко не продвинется, если мать неуловимо поощряет неуважение.

Треугольное функционирование не в центре внимания авторов более новых моделей, потому что они не весьма озабочены тем, *как* в семьях развиваются проблемы. Можно даже утверждать, что игнорирование семейной динамики является сильной стороной нарративного и фокусированного на решении подходов, если помогает терапевтам этих направлений ликвидировать ограничивающие способы мышления, в чем они заинтересованы. Но можно также сказать, что игнорирование семейной дина-

мики является и слабым местом данных подходов, особенно в случаях, когда конфликт в семье не исчезнет просто потому, что члены семьи работают вместе, чтобы решить общую проблему.

Когда дела идут плохо, очень заманчиво поискать кого-либо, кого можно обвинить. Ваш партнер никогда не говорит о своих чувствах? Должно быть, он с Марса. Семьи больше не приходят после двух первых сеансов? Должно быть, это их сопротивление. Прежде чем мы станем всех огульно судить, давайте осознаем, что совершенно естественно приписывать наши проблемы влиянию других людей. Поскольку мы смотрим на жизнь с позиции, так сказать, собственных шкурных интересов, мы больше знаем о вкладе остальных в наши общие проблемы. Но психотерапевты, будем надеяться, не страдают этим эгоцентрическим пристрастием. Нет, они обладают другой склонностью.

Всякий раз, когда мы слышим одну сторону несчастливой истории, естественно, что мы сочувствуем рассказчику. Если подруга говорит, что ее босс негодяй, ваше сочувствие автоматически оказывается на ее стороне. Но опыт подсказывает, что у каждой истории есть две стороны. Но если вы импульсивно указываете солидарность с тем, кто рассказывает вам о неприятностях, то у вас появляется соблазн отыскать негодяев. Профессиональными слушателями этот соблазн тоже не отвергается, и даже слишком часто!

Одна из причин, по которой семейные проблемы приписываются самым простым явлениям — мужчины, расизм, матери, — заключается в следующем: трудно понять, работая с отдельными личностями и даже зная их отношение к действительности, что происходит в их семьях, если не видеть всю группу и их интеракции. Вот почему первым делом была придумана семейная терапия.

Семейные терапевты, которые, по-видимому, осознают эти связи, не так давно отошли от мысли, что с семьями, которые обращаются за терапией, что-то не в порядке. Отвергая позицию своих предшественников, многие терапевты сегодня поддерживают более демократичную форму лечения, в которой клиенты и терапевты выступают как партнеры в совместном предприятии. Терапия не только совместна, но и симметрична.

Вот некоторые вопросы для размышления. Что выигрывается и что проигрывается, если не думать о семьях, обращающихся за терапией, что у них есть проблемы? Есть ли разница в том,

когда думают о семьях, что у них что-то не в порядке, и в том, когда думают, что они *делают* что-то не так — что-то, что не срабатывает? Как можно отличить сочувствующего терапевта от того, который хочет понравиться и не осмеливается противостоять клиентам из страха, что они рассердятся?

## Цели терапии

Цель всей психотерапии заключается в то, чтобы помочь людям измениться, чтобы облегчить их страдания. Это верно как в отношении индивидуальной терапии, так и групповой, и семейной. Почему же столь много написано о целях различных школ терапии? Кое-что объясняет различающиеся мнения о том, как люди меняются, кое-что относится просто к альтернативным терминам для описания этих изменений (когда боуэнианцы говорят о «самодифференциации», а психоаналитики — о «возрастающей силе эго», они подразумевают почти одно и то же).

Если мы отбросим семантические различия, то модели семейной терапии различаются по двум главным способам измерения целей. Во-первых, по промежуточным целям, когда осуществляется поиск изменений через разные аспекты личного и семейного функционирования. Во-вторых, школы различаются по количеству изменений, которых они стремятся достичь, — некоторые довольны освобождением от симптомов, другие стремятся к трансформации всей семейной системы.

Вариации в промежуточных целях основаны на теоретических разногласиях по поводу того, какие аспекты личного и семейного функционирования важнее всего изменить. Например, одна из целей эмпирической терапии состоит в том, чтобы помочь семьям стать более свободными в выражении эмоций. Они считают, что подавление эмоций — главная проблема и что повышенная экспрессивность сделает людей более счастливыми и более живыми. Следовательно, различия в промежуточных целях в большой мере отражают варианты мнений о том, как лучше осуществить изменение поведения. Мы обсудим эти отличия более полно ниже, в главе об условиях изменения поведения.

Второе различие в целях — количественное — касается того, сколько изменений та или иная школа стремится достигнуть. Все терапевты заинтересованы в решении проблем, но их задачи расходятся от концентрации усилий исключительно на лечении



симптомов до оздоровления всей семейной системы в целом. Стратегические, фокусированные на решении и бихевиориальные терапевты менее всего озабочены изменением всей системы; психоаналитики и боуэнианцы более всего стремятся к системному изменению.

Цель структурной семейной терапии заключается и в анализе симптомов, и в изменении структуры. Но стремление к структурному изменению имеет самую скромную цель реорганизовать ту часть семьи, которой не удалось приспособиться к изменившимся обстоятельствам. Структурные терапевты не стремятся переделать всю семью. Нарративные, коммуникативные терапевты и эмпиристы также видят свою цель где-то между симптоматическим улучшением и системной реорганизацией семьи. Практики, принадлежащие к этим школам, не сосредоточивают внимание ни на жалобах, с которыми приходит пациент, ни на общей семейной системе как таковой. Вместо этого они уделяют особое внимание процессам, которые, как они считают, лежат в основе симптомов: когнитивные конструкции, модели коммуникации и эмоциональная экспрессия. Считается, что улучшения в этих процессах снимают симптомы и обеспечивают рост, но ни просто анализ симптома, ни изменение систем сами по себе не являются целью.

Стратегическая терапия и близкая ей школа, фокусированная на решении, концентрируют свои усилия на решении проблем. Цель состоит просто в том, чтобы помочь пациенту справиться с проблемами, которые его беспокоят. Нарративные терапевты, многие из которых отвергли механистические аспекты подхода своих предшественников (см. Freedman & Combs, 1996), стремятся помочь пациентам решить проблемы, с которыми они приходят, но также уйти с чувством повышенной оценки собственных возможностей.

На наш взгляд, основная цель семейной терапии должна состоять в рассмотрении жалобы, с которой обратился пациент. Если семья просит помочь в решении определенной проблемы, а терапевт помогает ей лучше выразить свои чувства, но не решить проблему, это в значительной степени обманывает ожидания пациентов. Одна из положительных сторон бихевиористских и стратегических подходов заключается в том, что терапевты, придерживающиеся этих подходов, не обманывают самих себя (или пациентов) в том, что эти проблемы решаемы. Некоторые из подходов, ставящих перед собой задачу добиться более значимых

результатов, рискуют пренебречь главной обязанностью профессионального помощника. Если определять успех как принятие точки зрения терапевта и работу в направлении его концептуальной цели, тогда смысл терапии заключается в давлении со стороны терапевта или в индоктринации. В некоторой степени это характерно для всех подходов, но оправданно лишь тогда, когда достижение концептуальных целей терапевта также совпадает с целями семьи.

Преимущество работы в направлении изменения симптома состоит в том, что это напрямую отвечает запросу семьи и исключает множество сомнений насчет того, удачна терапия или нет. Недостаток работы *только* на уровне симптоматической коррекции поведения заключается в том, что изменения могут оказаться неустойчивыми.

И последнее замечание насчет целей. Решение проблем всегда было «торговой маркой» семейной терапии, символом оптимизма практикующих ее врачей. Сейчас, однако, используя модель болезни («Да, Вирджиния, существует такая вещь, как шизофрения»), некоторые семейные терапевты, особенно представители психообразовательного направления, ставят важнейшей целью скорее не само выздоровление, а умение пациента самостоятельно справляться с серьезной психической патологией. Некоторым семейным психотерапевтам было трудно принять эту скромную, но реальную цель. На карту же поставлен вопрос о том, что сильнее — семейная терапия или определенные укоровившиеся состояния: психопатология, задержанная психодинамика, нищета и отчаяние или даже нервные расстройства, при которых людям трудно решиться на любые изменения вообще.

## Условия для изменения поведения

Чтобы определить семейное лечение как четкий и новаторский подход, семейные терапевты начали с выделения его отличий от индивидуальной терапии. Позже они выделяли различия, существующие внутри их подхода. Сегодня школы взаимно обогащаются и говорят об объединяющих перспективах. Но, хотя большинство школ во многом единодушно в отношении методов, при помощи которых достигаются изменения, они все еще расходятся по многим конкретным вопросам.

## ДЕЙСТВИЕ ИЛИ ИНСАЙТ?

На первоначальном этапе различия между семейной и индивидуальной терапией касались инсайта. Индивидуальные терапевты выделяли интеллектуальный и эмоциональный инсайт; семейные терапевты заостряли внимание на действии. Однако, хотя они акцентировали внимание на действии в своих работах, большинство методик ранних семейных терапевтов было построено на том, чтобы влиять на действие через понимание. В действительности, поскольку люди думают, чувствуют и действуют, никакая форма психотерапии не может быть успешной без влияния на все три аспекта человеческой личности. Разные подходы могут сосредоточивать внимание на разных аспектах, но все они неизбежно имеют дело с суммарной — думающей, чувствующей и действующей — личностью.

Действие и инсайт — это то, посредством чего достигаются перемены в семейной терапии. Большинство терапевтов используют оба механизма, но некоторые школы выделяют либо действие (стратегическая, поведенческая), либо инсайт (психоаналитическая, нарративная).

Аргументы в пользу действия основаны на наблюдении, что часто люди не меняются, хотя и понимают, почему должны сделать это. Эта истина знакома любому, кто когда-либо тщетно пытался похудеть, бросить курить или проводить больше времени с детьми. Бихевиористы приводят аргументы в пользу действия, указывая на то, что поведение часто закрепляется непреднамеренно; не объяснения, говорят они, изменяют поведение, а подкрепление определенных действий. Родителей учат изменять поведение детей поощрением желанных поступков и игнорированием или наказанием нежеланных. Подобным же образом и семейным парам объясняют, что поступки говорят красноречивее слов: не столь важно, говоришь ли ты своему партнеру, нравятся тебе его поступки или нет, важно поощрять то поведение, которое тебе хотелось бы видеть преобладающим. Однако на практике бихевиористские терапевты не применяют то, что проповедуют. Они говорят пациентам, что подкрепление — это способ изменить поведение, но полагаются лишь на простые объяснения, чтобы вызвать эти изменения. Действие может быть главным результатом, а средством к его достижению — дидактическое обучение.

Подобно бихевиористам, стратегические психотерапевты сосредоточивают свое внимание на поведении и мало озабочены

инсайтом. Однако они отличаются от бихевиористов в одном важном отношении: бихевиористы полагаются на силу воздействия предписанной инструкции — стратегические психотерапевты полностью исключают из поля зрения инсайт. Они не верят в инсайт и в обучение; вместо этого полагают, что путь к изменению поведения лежит через манипуляцию. Они загоняют застрявшие в тупике семьи в угол, единственный способ выбраться из которого состоит в выходе из тупика.

Доводы в пользу инсайта основаны на убеждении, что, если люди поймут себя и свои ситуации, они будут вольны действовать в своих интересах. Психоаналитики убеждены в том, что люди слепы относительно своих настоящих мотивов и чувств. Без проникновения в сущность скрытых конфликтов действие может быть обреченным на провал и даже опасным. Непроанализированное действие окажется обреченным, потому что симптоматичное облегчение без инсайта способствует отрицанию и подавлению; оно может стать опасным, если опрометчиво воздействовать на подавленные импульсы.

То, что некоторые люди считают действием, иногда рассматривается психоаналитиками как отыгрывание — отвлечение для того, чтобы замаскировать тревогу, сигнализирующее о скрытых конфликтах. Люди могут добиться продолжительного изменения только через понимание своих импульсов и опасностей, заключенных в их проявлении. Более того, поскольку основные конфликты являются неосознанными, лишь последовательная интерпретация скрытых причин поведения вызывает продолжительное изменение. В психоаналитической терапии непроанализированное действие, совершаемое семьями, называется отыгрыванием вовне; непроанализированное действие, совершаемое психотерапевтом, считается манипуляцией. Инсайт достигается в том случае, когда члены семьи вербализуют свои мысли и чувства в слова, а не просто действуют под их влиянием и если психотерапевты скорее интерпретируют неосознанное значение, а не внушают действие или манипулируют им.

Обсуждения инсайта часто вызывают разногласия, потому что это — «умное» словечко, которое сторонники восхваляют, а противники высмеивают. Защитники инсайта наделяют его псевдомедицинскими свойствами: инсайт, как лекарство, лечит. В действительности инсайт не лечит; это нечто такое, с помощью чего достигается эффективность лечения. Под словами о том, что семья приобретает инсайт, подразумевается, что ее члены узна-

ют, чего они хотят достичь при помощи того или иного поступка и чего они хотят друг от друга; как действовать в соответствии с этим инсайтом.

Люди меняются, когда их подталкивают к действию или когда они приходят к пониманию? И то и другое верно. Люди меняются по ряду причин; один и тот же человек сегодня может измениться, поскольку вынужден действовать, а завтра — из-за того, что понял что-то новое. Некоторые личности в большей или меньшей степени восприимчивы либо к действию, либо к инсайту и относительно успешно будут реагировать на терапевтические методы, которые делают акцент либо на одном, либо на другом. Люди меняются, когда они готовы к этому и когда применяется нужный стимул.

В противоположность полярным позициям, занимаемым некоторыми школами, другие работают с применением методов действия и инсайтом. В структурной семейной терапии изменение начинается с действия и затем подкрепляется пониманием. По Минухину (Minuchin & Nichols, 1993), семейная структура и семейные убеждения поддерживают и подкрепляют друг друга; единственный путь достичь длительного изменения заключается в применении и того и другого. Первым идет действие, потому что оно ведет к новым переживаниям, которые делают возможным инсайт.

В системной теории Боуэна вмешательства также влияют на оба уровня: действие и понимание — но эффект достигается обратный. Терапевты начинают с того, что успокаивают людей, чтобы они перестали винить друг друга и начали размышлять над происходящим. Как только они начинают видеть свою роль в треугольниках и поляризациях подобно динамике преследователь — убегающий, они начинают стремиться к проведению экспериментов, позволяющих им изменить свою роль в сложившихся моделях поведения.

Миланская модель и более поздняя работа Цеччина, Босколо и Хоффман повысили важность работы с системами значения. К примеру, ориентированные на системы семейные терапевты стали менее привязанными к поведенческому анализу и ориентированным на действие вмешательствам. Принимая во внимание «экстернализующую» технику Майкла Уайта и Дэвида Пстона, психотерапию как разговорную модель позднего Гарри Улишиана и Харлин Андерсон, популярность социального конструктивизма и возрождение психодинамического влияния, об-

щая тенденция в поле, отойдя от действия, явно направлена если не к инсайту, то по крайней мере к когниции<sup>1</sup>.

Постоянно растущее количество семейных терапевтов отвергает понятие инсайта, так как оно привязано к устаревшей вере в неизблемую истину. Будучи настоящими постмодернистами, они предпочитают инсайту идею «нарративной реконструкции» и рассматривают психотерапевта в качестве того, кто скорее помогает пациентам создать новое, более оптимистичное развитие событий, чем того, кто раскапывает похороненную истину. Однако, независимо от того используем ли мы устаревший термин «инсайт» или более современные определения перестройки реальности, факт состоит в том, что признаками тенденции развития семейной терапии от действия к мышлению (или к смыслу, если хотите) являются интерес к нарративному подходу и популярность размышляющих команд.

Этот акцент на значении особенно привлекателен для психотерапевтов, которые выступают за совместный подход, но если личности, которые образуют семью, действительно являются чувствующими, думающими и действующими существами, то почему же то, что столь сильно связывает их в создании и сохранении проблем, не помогает им координировать и взаимосвязывать свои действия? Помощь людям в пересмотре способа восприятия безвыходных положений может помочь им найти новые подходы, чтобы с ними справляться. Но ведь часто бывает, что, когда мы много думаем о проблеме, это не приближает нас к решению. Возможно, лучшим выходом для семейных терапевтов будет работа со значением в такой же мере, как и с действием, чем замена одного другим.

## ИЗМЕНЕНИЕ ВО ВРЕМЯ СЕАНСА ИЛИ ИЗМЕНЕНИЕ ДОМА

Все семейные психотерапевты стремятся к трансформации взаимодействий между членами семьи, но представители разных школ в психотерапии отличаются взглядом на вопрос о том, где должны эти трансформации происходить. В структурной семей-

Разница в том, что инсайт обращается к пониманию реальной природы вещей; в контексте психотерапии это означает скрытые мотивации, стоящие за мыслями и поведением. Когниция, напротив, более тщательно рассматривает чью-либо точку зрения. В контексте психотерапии когнитивные изменения включают переход к более продуктивной точке зрения — необязательно к той, которая более «правильна», а только к той, которая более полезна.

ной терапии трансформация происходит во время сеанса: в данный момент и в присутствии психотерапевта. Действие переносится в кабинет психотерапевта, который его направляет, и результат достигается немедленно. Это верно и для эмпирического направления терапии: эмоциональный прорыв происходит как реакция на воздействия терапевта. Последователи этих двух школ полагают, что изменения, которые достигаются на сеансе, переносятся в жизнь семьи за пределами кабинета врача.

Другие семейные терапевты пытаются достичь желаемых результатов не на лечебном сеансе, а дома. Стратегические терапевты не проявляют особой активности на сеансах. Они используют сеансы лишь для того, чтобы собрать информацию и разработать способы воздействия, которые они и передают пациентам в виде заданий, которые следует выполнять дома. Боуэнианцы также рассчитывают на результаты, которые будут достигнуты за пределами кабинета врача. Членам семьи рекомендуют вновь обратиться к проблемам их родительских семей и учат реагировать на них по-новому и более продуктивно. Большинство форм поведенческой терапии построено таким образом, чтобы влиять на интеракции, которые происходят где-нибудь в другом месте. Родители приходят домой, чтобы поощрить хорошее поведение детей; супруги учатся угождать друг другу или заниматься любовью без тревоги. Однако некоторые бихевиористы во время сеанса подходят к проблеме односторонне — они наблюдают лишь за родителями, которые играют с детьми или воспитывают их.

Первичное влияние на семьи нарративная терапия оказывает в те моменты сеанса, когда терапевт настойчиво ставит под сомнение противоречащие друг другу мнения. Однако, чтобы закрепить достигнутые результаты, пациентам рекомендуют обратиться к людям, которые будут сочувствовать их новому — более предпочтительному — образу жизни. Можно даже приглашать подобные «общества заботы» (Madigan & Epston, 1995) или «воспитывающие команды» (White, 1995) на сеансы, чтобы зафиксировать и поддержать достигаемые пациентами изменения, хотя чаще терапевт рекомендует искать эти группы поддержки среди друзей и коллег. Существует даже более структурированная версия «обществ заботы». Дэвид Эпстон взял на себя инициативу по образованию «союзов бывших пациентов», которые добились успеха в лечении, для поддержки людей, борющихся с похожими проблемами (White & Epston, 1990). Самым известным из них является новозеландский союз по борьбе с анорексией и булимией.

Последнюю проверку терапия проходит дома, когда лечение уже закончено. Но, поскольку психотерапевты берут на себя ра-

боту по созданию изменений, максимальное воздействие сказывается тогда, когда терапевт сначала на сеансах содействует развитию взаимодействий, а затем наблюдает за ними и изменяет их. Прямое наблюдение является более предпочтительным, поскольку оно указывает психотерапевту на то, что делать; соответственно более эффективных результатов можно добиться непосредственно во время сеанса, нежели дома без наблюдения терапевта.

## ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ

Семейная психотерапия всегда была краткосрочной, потому что большинство семей либо быстро достигает желаемых результатов, либо не достигает их вообще. Но даже «краткосрочный» курс лечения, если говорить о типичном случае в структурной семейной терапии, может продлиться несколько недель, а то и несколько месяцев у терапевтов боуэнианского направления. При умело выстроенном способе лечения, ныне называемом выстрелами, терапия сводится всего к пяти-десяти сеансам. Терапевты некоторых направлений, как, например, фокусированные на решении, пытаются обратить ряд недостатков этого метода в достоинства, однако многие терапевты понимают, что зачастую вынуждены обратиться к использованию дополнительных средств. Однако, вместо того чтобы впадать в отчаяние или ограничивать терапию лишь решением поведенческих проблем, терапевты могут сосредоточить свое внимание на отдельной первичной структурной проблеме, например на наиболее отчетливых взаимных связях в треугольниках, а затем позволить пациентам выбрать, продолжать лечение или нет.

Некоторые стратегические терапевты ограничивают лечение примерно десятью сеансами и объявляют об этом на первом же, тем самым мотивируя семьи активно включаться в работу. Хейли (1976) утверждает, что результаты достигаются поэтапно, в соответствии с чем и планирует терапию, но многие стратегические терапевты полагают, что изменение приходит внезапно (Hoffman, 1981; Rabkin, 1977). Стратегисты не вступают с семьями в дискуссию, а устраивают им встряску. Эти встряски в виде директив вынуждают семьи измениться вне зависимости от их готовности к переменам. Для успешного лечения необходимо, чтобы продолжительный результат был достигнут путем вмешательств различного характера, а семья, со своей стороны, может этого и не осознавать.



Терапия, фокусирующаяся на решении, имеет тенденцию быть даже более краткосрочной, но здесь терапевт не объявляет об ограничениях во времени и не использует это в качестве средства для достижения цели. Краткость такого подхода следует из того факта, что зачастую легче находить прямые решения, нежели пытаться рассматривать скрытые проблемы. В данном подходе целью может стать достижение даже незначительных результатов.

Другие школы семейной терапии полагают, что для достижения устойчивых результатов необходимо понимание, а оно достигается постепенно по истечении многих недель. Длительность терапии связана и с целями лечения, и с вопросом о том, кого считать ответственным за результаты. Стратегисты и бихевиористы ограничивают свои цели решением сиюминутной проблемы, с которой приходит пациент, и они берут на себя ответственность за результат. Психоаналитики и эмпиристы стремятся к глубоким личностным изменениям и возлагают всю ответственность за них на пациентов, сами же отвечая только за обеспечение терапевтического контекста.

Структурные семейные терапевты заинтересованы в решении проблем, а не в личностном росте; проблемы, которыми они занимаются, в большинстве своем являются структурными. Они полагают, что для достижения долгосрочных результатов необходимо реорганизовывать дисфункциональные семьи. С другой стороны, психотерапевты ИПИ утверждают, что нет необходимости изменять всю семью — требуется лишь прервать порочные циклы обратной связи, подкрепляющие симптомы, с которыми приходит пациент.

Целью боуэнианской терапии является личностный рост пациента и изменение во всей разветвленной семейной системе. Поскольку ответственность за результат, который достигается дома, лежит на пациенте, лечение может растянуться на годы, а то и продлиться всю жизнь.

Если целью семьи является рост и взаимообогащение, терапия должна быть длительной; но если требуется лишь помощь в сложной ситуации, она должна быть краткосрочной. Проблемы появляются, когда терапевты начинают «держаться» за семьи. Мотивы таких действий многочисленны и сложны. Ими могут быть погоня за утопическими целями, деньги, чувство вины за то, что можно было бы сделать больше, и даже эмоциональные привязанности. Для некоторых специалистов, занимающихся психическими расстройствами, терапия является образом жизни. Такие терапевты могут подавать пациентам слишком боль-

шие надежды на улучшение, в результате чего члены семьи вынуждены страдать от крушения иллюзий. К счастью, терапия дорога, болезненна и занимает много времени, что оказывает на семьи определенное давление и заставляет их смириться и продолжать самостоятельно решать свои жизненные проблемы.

## СОПРОТИВЛЕНИЕ

Общеизвестно, что семьи обычно склонны противостоять изменениям. Неподатливы не только отдельные члены семьи, но и сама система сопротивляется изменению — или, говоря проще, структура, которая объединяет семью, поддерживается привычками каждого ее члена.

То, что является плюсом метода семейной терапии, когда все члены семьи собираются вместе, является одновременно и минусом, так как в этом заключены семена сопротивления. Когда присутствуют все лица, имеющие отношение к проблеме, тяжело устоять перед соблазном свалить вину на кого-то другого или по крайней мере подождать, когда другой человек изменится первым. Даже если терапевт специально указывает на вклад каждого в проблему, людям свойственно слышать только то, в чем они уже убеждены: «Это не я, это они».

Сегодня популярностью пользуется утверждение о «смерти сопротивления», а представители новых школ утверждают, что в их «неиерархических подходах» сопротивление не является проблемой. Это правда лишь отчасти, а в основном — лишь красивая поза, хотя и надо признать, что сопротивление нужно ожидать скорее в ответ на весьма явные и резкие конфронтации последователей Минухина или Витакера. Сопротивление или нежелание изменяться все еще является проблемой даже для сегодняшних убедительных когнитивных подходов. Нарративные терапевты не спорят с пациентами об их вкладе в семейные конфликты, но они пытаются наложить собственную повествовательную форму на истории пациентов при помощи «экстернализации» и «деконструктивных разговоров». Сопротивление может быть неявным, но люди не столь охотно расстаются со своими «проблемонасыщенными повествованиями», как можно было бы подумать<sup>1</sup>.

Люди приходят к психотерапевту не только для того, чтобы решить проблемы, но также и для того, чтобы пожаловаться. Они хотят говорить о своих проблемах и, потому что находятся не дома, ожидают, что их будут слушать.

Бихевиориальные терапевты игнорируют сопротивление и добиваются успеха только в тех случаях, когда их пациенты готовы следовать инструкциям врача. Представители других школ семейной психотерапии считают сопротивление главным препятствием и находят различные способы его преодоления.

Психоаналитики полагают, что сопротивление вызвано бессознательными защитными механизмами, которые сперва надо обнаружить, а затем уже преодолеть при помощи интерпретаций. Эта интрапсихическая модель не игнорирует сознательное и возникающее при взаимодействии сопротивление. Напротив, психоаналитические терапевты считают, что корни взаимодействующего конфликта — конфликта между членами семьи или между семьей и терапевтом — лежат в подсознательных базисных мотивах. Существует похожая модель и у эмпиристов; они рассматривают сопротивление внешнему проявлению эмоций и пытаются преодолеть его, используя личные конфронтации и эмотивные упражнения. Они полагают, что разрушенные защитные механизмы автоматически высвобождают естественные здоровые стремления: изменение происходит изнутри.

Люди не любят признавать, что испытывают отрицательные эмоции, но даже с большими усилиями они скрывают болезненную правду от остальных членов своей семьи. Одно дело сказать терапевту, что злишься на своего партнера; другое дело — сказать об этом ему самому.

Минухин просто решает проблему сопротивления: он склоняет семьи на свою сторону, присоединяясь и приспосабливаясь к ним. Это дает ему рычаг для того, чтобы использовать мощные конфронтации, которые рассчитаны на реорганизацию семейных взаимоотношений. Сопротивление рассматривается как результат взаимодействия семьи и психотерапевта; терапевт достигает изменений поочередно: то бросая семье вызов, то присоединяясь к ней для того, чтобы починить пробоины в терапевтических отношениях.

Стратегические психотерапевты ожидают сопротивления, но избегают борьбы и скорее смиряются с сопротивлением, чем бросают ему вызов. Они признают, что семьи не осознают своего поведения и будут противостоять попыткам изменить его. В ответ некоторые стратеги пытаются контролировать ситуацию, сознательно провоцируя семьи на сопротивление. Как только семья начинает сопротивляться директивам терапевта, он может управлять ею для того, чтобы добиться результатов в желаемом направлении. На практике это может привести к психологии,

которая упорно следует обратному или к творческим видам терапевтического джиу-джитсу.

Стив де Шазер отрицает существование сопротивления, говоря, что это способ, при помощи которого семьи содействуют лечению. Задача терапевта — научиться использовать это сопротивление. Ричард Шварц рассматривает сопротивление как характерную реакцию защитных механизмов семьи, цель которой состоит в том, чтобы не допускать никого в семью, пока не станет ясно, что этот человек не причинит никому вреда и никого не унижит. Шварц прилагает огромные усилия, чтобы не нарушить эти защитные силы, а, наоборот, поддержать их.

В итоге под термином «сопротивление» мы должны рассматривать феномен индукции. Индукция — это то, что происходит, когда психотерапевт входит в семейную систему, придерживаясь ее правил. И тогда он становится еще одним членом семьи; это может стабилизировать систему, но и подрывает рычаг лечения. Психотерапевт «индуцируется» в семье, когда привлекается, чтобы выполнять отсутствующую в данной семье функцию, например, для того, чтобы дисциплинировать детей, если сами родители этого не делают; или сочувствовать мужу там, где этого не делает жена; или когда психотерапевт действует заодно со всеми остальными, например, не осмеливается перечить главе семьи или преуменьшает проблему алкоголизма.

Живая супервизия отчасти ценна тем, что помогает избежать индукции. Работа с котерапевтами (Витакер) или с командой (Сельвини Палаццоли) также помогает предотвратить индукцию. Боуэнианцы избегают индукции, оставаясь спокойными и объективными: они сохраняют контакт с семьей, но держатся вне семейных треугольников и за пределами семейной системы проекций.

Индукция настолько неуловима, что ее трудно увидеть, и настолько заманчива, что перед ней трудно устоять. В качестве помощников и целителей психотерапевты склонны вваливать на себя проблемы людей, делая для них то, чего те не делают для себя сами. Но если проблемы решаются терапевтом, а не семьей, это мешает настоящему изменению. Пока у семей есть кто-то, кто будет делать все за них, они никогда не научатся делать это сами.

Одной из причин, почему первые психотерапевты так часто сталкивались с сопротивлением, было то, что они слишком стремились изменить людей — и слишком медленно их понимали. Оказалось, семьи сопротивляются, когда чувствуют, что их пытаются изменить люди, которые их не понимают и не принима-

ют. Семейные терапевты начали видеть недовольство и отстранение как существующие явления, но они не спешили рассматривать их в качестве характерных человеческих черт. Только позже психотерапевты пришли к пониманию, что за недовольством прячется душевная боль, и поняли тревогу, которая обуславливает отстранение.

Страхи преследуют семьи, которые сильно увязли в тупике, и терапевты, которые стремятся к тому, чтобы понравиться, становятся уязвимыми из-за этих страхов. Семьи быстро указывают психотерапевтам на то, что для них безопасно, и на то, что их пугает: «не заглядывайте сюда»; «не спрашивайте *его* об *этом*». Искусство психотерапии и заключается в том, чтобы понимать эти страхи и сочувствовать им, но избегать при этом индукции в той мере, чтобы было возможно бросить им вызов. Как и во многих других вещах, иногда прогресс заключается в том, чтобы делать именно то, что вы боитесь делать.

## ОТНОШЕНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТА И СЕМЬИ

Пока индивидуальные психотерапевты пребывали в долгой уверенности, что связь между пациентом и психотерапевтом является фундаментальным столпом лечения, первые семейные психотерапевты не подчеркивали важность этих отношений. Когда доминировало представление о семье как о некоей кибернетической машине, психотерапевты рассматривались в качестве технократов изменения. В последние годы курс психотерапии диаметрально изменился. Ныне господствует мнение о терапевтах совсем не в роли технологов.

Начало тому было положено в 1980-х гг., когда кибернетическая модель была, наконец, отвергнута, потому что отделяла психотерапевта от семьи. Существовал термин «кибернетика второго порядка», который использовался, чтобы подчеркнуть, что терапевт в процессе лечения является частью системы и, следовательно, он не способен на беспристрастную объективность. Семейные терапевты перестали говорить о механических системах обратной связи и вместо этого начали рассуждать о биологических и экологических системах. Но еще более существенный сдвиг произошел в 1990-х гг., когда семейные терапевты отвергли роль эксперта в пользу совместной модели.

В отличие от понятий кибернетики первого и второго поряд-

ка, которые в значительной степени были академическими, переход к коллаборативной модели явился поворотной точкой в представлении о том, как осуществляется семейная психотерапия. Отвергалась медицинская модель — модель авторитарной роли, где терапевт играет роль ответственного эксперта, к которому пациент обращается в поисках ответов. На практике применялись различные модели: от ласковой отеческой опеки до категоричного акцента на силе, контроле и секретности. Харлин Андерсон и Гарри Гулишиан назвали свою альтернативу «коллаборативным языковым системным подходом». Линн Хоффман использовала сокращенную версию той же идеи, назвав данный метод «коллаборативной терапией». Этот переход от директивной иерархической позиции к совместной согласовался с идеей Матураны и Варелы (Maturana & Varela, 1980) о том, что системы создаются сами и ими нельзя управлять как машинами. Ярким примером этой попытки демистифицировать психотерапию и сломать ее иерархическую структуру была так называемая «рефлексирующая команда» Тома Андерсена. Суть этого подхода заключалась в том, что терапевтическая команда выходила из-за зеркала, чтобы присоединиться к семье на равных и начать с ней диалог.

Сторонники коллаборативной модели спровоцировали ответный удар со стороны тех, кто утверждает, что отвергать авторитаризм, конечно, прекрасно, но это не всегда уместно, если означает отказ от руководства (например, Nichols, 1993). Сейчас представление о терапии как о сотрудничестве почти превратилось в клише. В связи с этим более важен вопрос о том, для чего это клише работает.

Размышляя о подходах, применяемых терапевтом в лечении, важно осознавать, что действия терапевта отражают не только его убеждения, но и его сущность. Неважно, какой модели придерживается психотерапевт, — его личный стиль будет оказывать огромное влияние на отношения с семьями. Позиция Джона Уикленда «не в преимуществе» отражала его стеснительный и скромный характер, как и резкость Бетти Картер — ее прямоту. Поэтому, пытаясь классифицировать модели отношений между пациентом и терапевтом, мы будем учитывать не только то, как терапевты описывают себя, но и как они проявляют себя в действии.

Вариации отношений между пациентом и терапевтом являются функцией индивидуальных терапевтов, но они также ста-

новятся характерными для разных школ лечения. Отличительным признаком субъектно-объектной парадигмы является объективное наблюдение психотерапевта за семьей. По этой модели психотерапевт — обычный натуралист, который делает наблюдения и осторожно вмешивается. Личные и эмоциональные реакции рассматриваются в качестве мешающих интервенций. Предполагается, что терапевт и семья являются раздельными сущностями. Эта концепция непопулярна, и лишь небольшое количество семейных терапевтов опишут себя этими терминами, тем не менее некоторые аспекты бихевиориальной, психоаналитической, боуэнианской, стратегической, фокусированной на решении и структурной терапии укладываются в эту модель.

Бихевиориальные терапевты считают себя объективными наблюдателями и рациональными учеными. Психоаналитики работают с этой моделью, когда они рассматривают себя как чистые экраны, на которые пациенты проецируют искаженные восприятия и фантазии. Хотя некоторые терапевты все еще поддерживают такой подход, он не согласуется с нынешним психоаналитическим мышлением. Ни один терапевт не остается нейтральным или объективным; чистый экран — это метафора и миф. Психотерапевты проявляют себя тысячами разных способов, и на реакции пациента поведение терапевта влияет всегда, так же как и его личностные отклонения. Боуэнианцы считают себя объективными наблюдателями, которые выступают в качестве учителей или тренеров, чтобы помочь клиентам преодолеть свою эмоциональность. Некоторые из наиболее сложных концептов, касающихся спутанных отношений между терапевтом и семьями, пришли из стратегической школы (Hoffman, 1981). Субъектно-объектная парадигма не является основной чертой этой школы, но она вкрадывается, когда терапевты считают себя аутсайдерами, увязшими в столкновении с семьями. Противоположная позиция некоторых терапевтов в этой системе предполагает, что терапевт и семья могут и должны быть обособленными. Фокусированные на решении терапевты говорят о сотрудничестве, но действуют как агенты по продаже, агрессивно рекламируя картины яркого будущего. Структурный акцент на составлении карты семейной организации может привести некоторых терапевтов к тому, что они скорее будут считать себя просто картографами, нежели частью территории.

*Интерперсональная* парадигма рассматривает терапию как двустороннюю интеракцию. Эта модель признает, что терапевты

и семьи взаимосвязаны и что они постоянно влияют друг на друга. Психоналитики применяют эту модель в своих концепциях переноса/контрпереноса, проективной идентификации и интроекции. Модель влияния здесь является трансверсальной. Фактически в большинстве случаев эта парадигма описывает большинство семейных терапевтов. Однако конструктивистское движение в 80-х гг. прошлого века представляет собой более явную попытку учитывать эффект, который предпосылки и поведение терапевтов производят на семьи, которые лечат. Большинство новых методик принимает этот язык — поддерживает «конструктивные беседы», — хотя факт, остаются ли индивидуальные терапевты открытыми, более вопрос личной чувствительности, чем профессиональной идентичности.

Феноменологическая парадигма представляет собой модель, в которой терапевт старается принять систему понятий пациента. Это то, что происходит, когда психоналитики отождествляют себя со своими пациентами, когда структуралисты присоединяются к семьям, когда нарративные терапевты придают особое значение повествованиям клиентов и когда терапевты любых убеждений пытаются понять и принять тот факт, что семьи делают все, что могут. Стэнтон и Тодд (1981) применяли эту концепцию в своей технике «приписывания благородного намерения семьям». Эта тактика подходит к феноменологической модели при серьезном подходе, но не тогда, когда используется просто в качестве тактической уловки, например в большинстве случаев при изменении способа лечения. Позитивная коннотация Сельвини Палаццоли намного более эффективна, когда осуществляется искренне (хотя идея позитивной коннотации кажется подкрепляющей, на деле она часто оказывалась опекающей, особенно когда ее использовали те же терапевты, которые проводили тайные обсуждения за односторонним зеркалом). Утверждение Божормений-Неги, что симптоматичное поведение является актом подсознательной преданности семье, явно говорит об искренней позиции. Эмпиристы говорят о принятии системы взглядов пациента, но зачастую следуют парадигме встреч, в которой они громко объявляют о своих чувствах и призывают семьи делать то же самое.

Парадигма встречи привлекает внимание к непосредственной взаимосвязи личности терапевта и пациента. Она включает в себя взаимность, честность, открытость и самораскрытие. В семейной терапии ее главным образом используют эмпиристы. Во



время сеанса терапевт становится полноценным участником процесса, чего большинство терапевтов не допускают. Однако можно конфронтировать семью, если ты делаешь это, руководствуясь четкими терапевтическими показаниями, а не просто потому, что тебе этого хочется. Минухин время от времени позволяет себе делать это, но он четко знает, когда надо остановиться, и не жертвует при этом своей объективностью. Честные конфронтации полезны, если их проводят время от времени и только по стоящей причине, когда ими руководит опытный и понимающий терапевт, умеющий избежать потери перспективы.

В конечном счете отношения, которые вы строите с пациентами, будут зависеть от вашего взгляда на человеческую природу. Если вы верите, что у людей возникают проблемы, потому что им не хватает информации или воспитания, силы эго, серотонина или самокритического сознания, то вы можете почувствовать, что обязаны придерживаться иерархической позиции эксперта для того, чтобы заполнить пустоту. Но, чтобы по-настоящему сотрудничать с пациентами, вы должны верить, что члены семьи сами способны справляться со своими проблемами, хотя по какой-то причине эта способность заблокирована. Придерживаясь этой позиции, терапевт будет работать с пациентами для того, чтобы помочь им найти и освободить то, что сдерживает их способности, а не для того, чтобы пытаться дать то, чего им не хватает. Именно вера в человеческую способность к самоизлечению характеризует лучших терапевтов и из новых, и из старых школ.

## Техники

Трудно сравнивать техники, лишь читая о них, потому что терапевты описывают их чаще в виде абстрактных концептов, чем конкретных действий. Моделирование, например, является концептом, к которому бихевиористы обратились для того, чтобы показать родителям, как разговаривать со своими детьми; эмпиристы использовали его, чтобы говорить о собственных чувствах; а структурные семейные терапевты — для того, чтобы резко разговаривать с теми членами семьи, которые их перебивают. Одинаковы ли все эти технические приемы? В действительности моделирование — не техника, это гипотетический конструкт, где акцент ставится на том, что люди учатся через наблюдение. Часто техники описываются языком профессиональной лексики (на

жаргоне) определенной школы: реструктурирование, несбалансирование, экстернализация, дифференциация, так что не всегда понятно, что под всем этим подразумевается. В этом разделе мы рассмотрим технические приемы в форме практических вопросов о том, как проводить терапию.

## КОГО ПРИГЛАШАТЬ

Большинство семейных терапевтов приглашают на первый сеанс всех живущих под одной крышей. Это отражает убеждение, что каждый член семьи вовлечен в любую проблему (или может, по крайней мере, способствовать ее решению), даже если симптомы существования проблемы заметны лишь у одного человека. Принцип такого подхода заключен в том, что для решения проблемы, с которой приходит пациент, необходимо изменить его взаимодействия со всеми членами семьи.

Само по себе приглашение всей семьи на консультацию является важным шагом. Точно это установлено или нет, но включение всей семьи в оценку проблемы подразумевает, что все они участвуют в решении проблемы. Во многих случаях самым эффективным шагом для решения проблемы является сбор всей семьи для ее обсуждения. Большинство опытных семейных терапевтов убеждены в этом и не задумываются — собирать семью или нет. Они знают, что это необходимо; они знают, что так они работают, и поэтому спокойно заявляют об этом семье. Большинство семей подчиняются, когда их ставят перед фактом, что для лечения требуется присутствие всей семьи. Иногда требуется объяснять, что терапевту нужно собрать как можно больше информации, но, если терапевт уверен, что все должны участвовать, большинство семей примут и это.

Иногда, однако, случается, что один или больше членов семьи не хотят посещать консультации. Тогда большинство терапевтов работают с теми, кто приходит. Отсутствие главных членов семьи может показаться проблемой; возможно, это и является реальной проблемой семьи. Если отец отказывается участвовать в терапии, которая направлена на помощь одному из его детей, его неучастие существенно. Работа по вовлечению отца может быть самым важным шагом, который предпринимает психотерапевт. В этих случаях сенситивные семейные терапевты подобны психоаналитикам, которые считают сопротивление не помехой лечению, а его объектом.

Представители некоторых школ редко настаивают на присутствии всей семьи. Бихевиористы при подготовке родителей сосредотачиваются на их обучении — обычно матери — тому, как вести себя с идентифицированным пациентом. По этой причине некоторые терапевты приглашают только мать и ребенка на первый сеанс, в то время как другие (Gordon & Davidson, 1981) рекомендуют беседовать с обоими родителями в отсутствие ребенка. Хейли (1976), как стратегический терапевт, рекомендует встречу со всей семьей, но его коллеги из Института психических исследований встречаются с отдельными представителями семьи — родителями или парами — только в зависимости от того, чего требует ситуация. Это решение основано на том, кто именно в семье является «пациентом», кто просит помощи и кто кажется настолько несчастным, что готов сделать что-то для решения проблемы.

Боуэнианцы обычно работают с отдельными людьми или парами. Если проблема заключается в ребенке, то представители этой школы встречаются с родителями; если пара жалуется на супружеские проблемы, то боуэнианцы будут встречаться с ними обоими; и если только один человек готов посещать терапевта, то они будут работать с одним этим человеком.

Как и фокусированные на решении, нарративные подходы также избегают рассматривать семейную динамику, а вместо этого концентрируются на том, что члены семьи рассказывают о проблеме. Терапевты, которые используют эти модели, полагают, что необязательно собирать вместе всю семью, чтобы оценить ситуацию. Часто кажется, что они довольствуются работой с индивидами или любыми семейными конфигурациями, которые будут наиболее полезны для создания новых и более продуктивных вариантов.

Большинство терапевтов (независимо от того, специализируются ли они на супружеской терапии или нет) встречаются с парами без их детей, если партнеры жалуются на проблемы в своих взаимоотношениях. Это, однако, не является универсальным правилом. Структурные терапевты, эмпиристы и психоаналитики часто просят, чтобы дети приходили на первый сеанс, и не допускают их только в том случае, если паре необходимо обсудить личные вопросы, как, например, сексуальные отношения. Некоторые терапевты обнаруживают, что получают полезную информацию от родственников, если те могут говорить наиболее откровенно.

Некоторые терапевты настаивают на встрече с большим ко-

личеством людей, с которыми связана данная семья. Такие сетевые терапевты созывают большие группы семей и друзей; некоторые регулярно вовлекают членов расширенной семьи. Многие терапевты приглашают дедушек и бабушек, если они живут в семье или если кажутся особенно вовлеченными; некоторые, например Витакер и Сельвини Палаццоли, приглашали дедушек и бабушек в обязательном порядке. Другой вариант построения терапии состоит в том, что несколько семей или пар встречаются вместе в группе. У нас есть некоторые сомнения по поводу этой процедуры. Групповая терапия с незнакомцами полезна, потому что она создает имитацию жизни. В семейной терапии нет необходимости имитировать жизнь; семья привносит саму жизнь в кабинет врача. Однако групповая терапия с парами и семьями может быть полезной, после того как они добились успеха в преодолении своих трудностей с помощью сосредоточения на личных проблемах, что обеспечивает приватная терапия. Встреча с другими семьями или парами может быть полезной, так как она поможет им увидеть, как другие справляются с похожими проблемами'.

Хотя все варианты, касающиеся состава присутствующих, подкрепляются логическим обоснованием, мы полагаем, что лучшей практикой является приглашение всех членов семьи на первый сеанс, а уже позже было бы неплохо встретиться с некоторыми членами семьи отдельно. Следует рекомендовать каждому члену семьи приходить на сеансы, но это не означает, что необходимо или полезно склонять их к принятию точки зрения семейной психотерапии. Фактически терапевтам не стоит называть то, что они делают, «семейной терапией» — термином, который многих пугает. Уклонение от этого вида лечения может быть обусловлено обычным беспокойством, а не объективной позицией. Семьи боятся встречаться вместе и открыто говорить о своих проблемах, и, таким образом, многие не решаются приходить вместе. Это понятно, и преодолевать сопротивление следует настойчиво, рекомендуя приходить на сеансы всем. Психотерапевты тоже беспокоятся, как собрать всю семью, в особенности когда семья показывает, что кто-то из ее членов не желает

Прекрасным примером групповой терапии является использование Вирджинией Голднер и Джиллианом Уолкером групп для пар в качестве дополнения к решению проблемы домашнего насилия. После того как пары достигли определенного уровня стабильности на частных сеансах, их приглашают поделиться опытом и поддержать успехи друг друга в групповой обстановке.

приходить. Именно в тревоге терапевта иногда заключается настоящая причина того, что он встречается не со всей семьей. Другими словами, некоторые вариации в составе семьи скорее происходят из-за того, что терапевт боится — кто-то из членов семьи не придет, а не из-за принципиальных соображений против семейного лечения.

Иногда имеет смысл работать с отдельными членами семьи, когда, например, нет сомнений в том, что только некоторые будут посещать сеансы, или когда терапевт считает, что некоторых следует исключить. Главное — не принимать такое решение под давлением и не поступать необдуманно.

### ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОМАНДА

Работа с коллегами в последнее время превратилась в роскошь, которую многие терапевты больше не могут себе позволить. Однако лечебные команды продолжают оставаться важным и полезным средством в клиниках и обучающих программах. Семейные интеракции так сложны, что одному человеку трудно увидеть все, к тому же они возбуждают столько эмоций, что тяжело остаться объективным. Когда родители начинают кричать на детей, когда жена что-то требует от мужа, в то время как он отстраняется от семьи, легко оказаться втянутым в конфликт, начать принимать ту или иную сторону и выйти из себя. Работа с коллегами обеспечивает дополнительные перспективы и делает любую утрату объективности явной. Вообще котерапия поддерживается теми школами, которые подчеркивают интенсивную эмоциональную вовлеченность (особенно эмпирической школой), в то время как команды наблюдения поддерживаются теми, кто придерживается тактического планирования (стратегическая, нарративная и миланская школа), или теми, кто обучает психотерапевтов при помощи живой супервизии (структурная психотерапия).

Карл Витакер занимает твердую позицию в поддержку котерапии. Так как его стиль работы в эмпирической терапии был чрезвычайно личным и интерактивным, он являлся сторонником (Whitaker & Keith, 1981) работы с котерапевтами с целью взаимного уравнивания. В то время как один терапевт активно вовлечен в свободный обмен с семьей, другой ограничивает страстность и противостоит навязыванию вмешательств, основанных на контрпереносе.

Минухин и Хейли, наоборот, полагают, что терапевты, работающие в одиночку, способны действовать более решительно. Позиция Хейли согласуется с его директивным стилем, и ее разделяют большинство стратегических терапевтов (за исключением некоторых психотерапевтов миланской группы, которые работали в смешанных по половому признаку командах). Минухин, с другой стороны, занимает более убедительную, но менее центральную и директивную позицию. Его цель — изменить семьи, управляя их интеракциями во время сеанса. Для достижения этой цели он использует членов семьи в качестве «котерапевтов». Если ребенок застенчив, Минухин побуждает кого-либо из семьи расшевелить его; если подросток не слушается, Минухин вынуждает родителей стать сторонниками строгой дисциплины. Используя членов семьи в качестве котерапевтов, структуралисты не втягиваются в семью для выполнения отсутствующей в ней функции.

В обстановке, когда стажеров больше, чем семей, котерапия может дать возможность большему количеству людей принять участие в лечении. Присутствие котерапевтов может снизить тревогу стажера, но может уменьшить и чувство ответственности.

Применение видеозаписи *увеличивает* важность лечебной команды. Это дает возможность отследить мельчайшие детали в поведении пациентов и оценить собственные действия со стороны.

## ВХОЖДЕНИЕ В СЕМЕЙНУЮ СИСТЕМУ

Семейные терапевты рассматривают семью как систему частей, взаимодействующих единым организмом. Осознают они это или нет, но терапевты сами являются частью большой системы, которая включает семью и терапевта. Это касается и тех терапевтов, которые соблюдают эмоциональную дистанцию (боуэнианских, поведенческих), и тех, которые сильно втягиваются в семью (эмпиристов). Все школы семейной психотерапии определенным способом налаживают контакт с семьями, и все они придерживаются более или менее определенного способа лечения.

В структурной терапии процесс вхождения в семью считается решающим. Он был описан этой школой более подробно, чем другими. Отчетливые и драматические конфронтации, которые принесли известность Минухину, стали возможными благодаря тому, что он прежде всего установил близкую связь с семьями.

Эта связь, которую он позже назвал *присоединением* (Minuchin, 1974), является необходимым условием для того, чтобы произвести реорганизацию.

Присоединение подразумевает, что терапевт слышит и признает мнения членов семьи и приспосабливается к организации и к стилю семьи. Большинство семей приходят на лечение, чувствуя тревогу и смущение; они ожидают, что их будут испытывать, и бояться, что их будут обвинять. Семьи настроены на сопротивление, так как боятся критики и страшатся необходимости меняться. Понимая это, структурные терапевты начинают с того, что стараются успокоить семью: отдельно приветствуют каждого члена, спрашивают каждого о его мнении и принимают любую реакцию каждого, даже если сначала это просто злое молчание.

В дополнение к присоединению терапевты достигают цели, демонстрируя понимание и знание. Хотя ведущие терапевты не подчеркивают этот пункт, но когда их представляют как специалистов, люди тотчас же начинают смотреть на них как на экспертов, влиятельные фигуры. Не у всех терапевтов есть впечатляющие дипломы, но большинство пытаются упрочить свою репутацию терапевтов, заслуживающих доверие, вешая дипломы на стену либо демонстрируя компетенцию через действия.

Молодые терапевты часто беспокоятся о том, как клиенты будут воспринимать их неопытность, а в некоторых случаях и юную внешность. «Должен ли я сказать им, что прохожу практику?» «Что я должен ответить, если пациент спросит, есть ли у меня дети?» Хотя подобные вопросы могут смутить вас и заставить защищаться, лучше всего быть честным и прямым. Вы не можете сфабриковать опыт. Человек будет чувствовать себя более спокойным, если его молодой терапевт не будет беспокоиться по поводу своего возраста, чем если он будет стараться казаться профессором.

Позиция Хейли сходна с позицией Минухина; он описывает терапевта как хозяина, который должен постараться, чтобы семья чувствовала себя уютно и спокойно, и в то же время придерживаться делового стиля (Haley, 1976). Он также применяет метод приспособления к семейной организации, предлагая психотерапевту сначала заговорить с родителями. Но он рекомендует сначала обратиться к менее вовлеченному в проблему родителю, и это не согласуется с приспособлением — в этом ключ к позиции Хейли как стратегического терапевта.

Хейли, подобно большинству стратегических терапевтов, яв-

ляется опытным манипулятором. Представители этой школы устанавливают связь с семьями с эмоционально отдаленной позиции; они не говорят того, что в действительности думают, а рассчитывают на определенный эффект в зависимости от характера сопротивления. Занимают ли они позицию «командир» или «подчиненный», их установка является установкой эксперта, который объективно оценивает семейную проблему и «предписывает» пути ее решения.

В противоположность стратегическому подходу эмпиристы полностью входят в эмоциональную жизнь семьи и работают с открытой и близкой к семье позиции. Они начинают с того, что приветствуют семьи и знакомятся с ними. Во время сеанса они склонны говорить о своих чувствах и отношениях и пытаются создать прочные теплые отношения. При такой близкой связи довольно трудно быть объективным; трудно понять модели целой системы, когда вы так активно контактируете с отдельными членами семьи. Это было одной из причин того, что Витакер настаивал на работе с котерапевтом.

Психоаналитики тщательно избегают руководства драмой или участия в ней. Они полагают, что драма должна разворачиваться спонтанно. В психоаналитическом подходе позиция, которую занимает терапевт, считается самой важной составляющей метода. Ключом к скрытым вопросам семьи является молчаливое наблюдение, а не интерпретация или анализ подсознательного.

Основатель психоаналитической семейной терапии, ныне покойный Натан Аккерман был исключением: он вступал в активный диалог с семьями, резко противостоял им, «щекотал их защиты» и высказывался о своих чувствах. Он скорее был психоаналитиком, который изобрел семейную терапию, чем практиком психоаналитической терапии с семьями. Он следовал велениям своей личности, даже если это и значило идти против того, чему его учили. Именно так и поступают новаторы.

Боуэнианцы занимают в этом вопросе промежуточную позицию между эмоциональной близостью эмпиристов и четко рассчитанной дистанцией стратегистов. Их излюбленное слово — объективность; их цель заключается в том, чтобы наладить контакт, но остаться вне треугольника. Считается, что познание происходит в спокойной атмосфере, поэтому терапевты-боуэнианцы стараются уменьшить тревогу и создать климат рационального понимания. Они начинают с того, что исследуют симптомы и их клиническое течение. Когда это сделано, терапевт начинает



вести себя как учитель, объясняя теорию семейных систем, и как тренер, вдохновляя членов семьи на то, чтобы наладить контакт с остальной частью семьи и работать в направлении определения своего «я».

Когнитивно-поведенческие терапевты берут на себя роль эксперта. Их позиция — позиция учителя; они задают вопросы, объясняют принципы и задают домашние задания. Их активность и прямота усложняют наблюдение за естественными и спонтанными взаимодействиями семей, с которыми они работают. Это подход, который контролирует и ограничивает область наблюдения. Таким образом, они могут пытаться преодолеть часть проблемы при помощи значительного количества технической экспертизы, но рискуют отделить эту часть от всей совокупности семейного контекста.

Когда появилась коммуникативная семейная терапия, семья стала рассматриваться в качестве оппозиции — запутанного и сбивающего с толку противника, которому с самого начала необходимо противостоять. Последователи этой школы большее внимание уделяли манере проведения сеансов; они боялись позволить событиям идти своим естественным ходом, считая, что никогда не смогут восстановить контроль. Они начинали с того, что четко заявляли о своем убеждении в том, что вся семья ответственна за симптомы пациента, и устанавливали правила, по которым должна проводиться психотерапия: «говори за себя», «не перебивай».

По мере того как коммуникативные терапевты набирались опыта, они начинали применять более косвенные средства для установления контроля. В основном они осуществляли это посредством парадоксальных интервенций и, таким образом, превратили коммуникативную терапию в стратегическую. Но общая модель все еще заключалась в том, чтобы, опираясь на здравый смысл, перехитрить семьи. Считалось, что действия терапевтов хорошо мотивированы и рациональны, а семьи застряли в тупике и обязаны были сопротивляться. В итоге коммуникативные терапевты стали придерживаться эмоционально сдержанной установки и применяли лечение, которое приносило результаты.

Современный акцент на сотрудничестве является реакцией против подхода, связанного с манипуляцией. Гарри Гулишиан и Харлин Андерсон отрицали роль эксперта и поддерживали роль интересного собеседника, искренне заинтересованного и, насколько это возможно, свободного от предубеждений.

Нарративные терапевты внимательно слушают повествова-

ния клиентов, но вскоре начинают задавать много вопросов, чтобы выявить иные аспекты проблемы. Фокусированные на решении терапевты направляют беседу с пациентами в русло обсуждения их проблем. Эти постмодернисты считают, что они создают совместные терапевтические отношения лучше, чем их структурные и стратегические предшественники, потому что главным образом они задают вопросы. Но и там, и там есть проблемы. Когда терапевты выслушивают пациентов только для того, чтобы заставить их четко выразить свои ощущения словами, они форсируют перспективу независимо от того, что говорят. В наши дни, когда терапия становится совместной, большинство терапевтов много говорят, но дальше разговоров дело не идет.

## ОЦЕНКА

Школы семейной терапии отличаются тем, что по-разному акцентируют внимание на оценке семьи, и тем, что пользуются разными методами, чтобы производить ее. У каждой школы есть своя теория о семьях, которая определяет то, где терапевты ищут проблемы и что они при этом видят. Одни берут во внимание всю семью (миланская группа, структурные и боуэнианцы); другие концентрируются лишь на индивидах и парах (психоаналитики, эмпиристы); третьи узко специализируются на ряде событий, которые поддерживают симптомы (стратегические, поведенческие); а четвертые уделяют мало внимания тому, что вызывает проблемы, предпочитая вместо этого мобилизовывать людей на борьбу с проблемами (фокусированные на проблеме, нарративные психотерапевты).

Бихевиористы придают оценке наибольшее значение и применяют наиболее формальные процедуры. Лечение они обычно начинают с оценки. В этом их огромное преимущество, ибо оно дает ясные базисные данные, конкретные цели и надежный способ определения того, насколько терапия удачна. Недостаток же подхода состоит в том, что, применяя стандартные беседы и анкеты, бихевиористы не видят семьи в естественном взаимодействии. Рассматривая только часть семьи (мать и ребенка или супружескую пару), они упускают общий контекст; полагаясь на анкеты, они узнают только то, что сообщает семья.

Структурные терапевты также придают большое значение оценке, но их оценка основана на наблюдении. Интеракции между членами семьи происходят спонтанно и под руководством тера-

певта. Разыгрывание дает терапевту возможность наблюдать за главными компонентами структурного диагноза, паттернами спутывания и выпутывания в семье. Положительные аспекты процедуры оценки этой школы заключаются в том, что она использует паттерны семейных интеракций, включает всю семью, а также в том, что сама процедура организована просто, что и приводит к желанным результатам. Если дети часто прерывают разговоры родителей, то структурная оценка будет заключаться в том, что граница вокруг супружеской подсистемы слишком размыта. Целью терапии в данном случае будет укрепление связи между родителями и в то же время установление границы между ними и детьми. Потенциальным недостатком структурной оценки является то, что можно потерять из виду личность, если сосредоточиваться на ее роли в семье. Это ошибка, которую совершают многие новички, хотя ее может и не быть.

Боуэнианской школе также блестяще удастся включать всю семью в процедуру оценки. Однако в отличие от структуралистов боуэнианцы полагаются на то, что им говорят, и проявляют одинаковый интерес и к прошлому, и к настоящему. Их оценки состоят из обширных дознаний, направляемых теорией Боуэна.

Оценка расширенной семейной системы начинается с описания и с истории проблемы, с которой приходит семья. Терапевт отмечает точные даты и позже проверяет их связь с событиями жизненного цикла расширенной семьи. Затем терапевт выслушивает историю нуклеарной семьи, включая информацию о том, когда родители встретились, каким было ухаживание, какой была свадьба и как проходила беременность. Особое внимание уделяется информации о том, где жила семья, когда они переехали, где живут члены их расширенной семьи. Следующая часть оценки посвящена истории рождения обоих супругов, информации о том, есть ли у них братья или сестры, о значительных событиях их детства и о жизни их родителей в прошлом, настоящем и будущем. Вся эта информация записывается на генограмму и охватывает по крайней мере три поколения. Эта оценка дает панорамный взгляд на всю семью и ее историю; она также предоставляет подробную информацию об отдельных членах семьи.

Психоаналитическая и эмпирическая школы также большое внимание уделяют личностям. Они оценивают отдельных членов и их двоичные отношения в семье. Оценки в этих двух школах являются неструктурированными и производятся в течение процесса лечения. Исключением из этого правила является то, что некоторые психоаналитики (Nadelson, 1978), перед тем как оце-

нивать семью, встречаются с каждым из супругов по отдельности. Как и в других подходах, психоаналитики и эмпиристы всегда изучают всю доступную информацию. Бихевиористы интересуются поведением, но принимают во внимание то, что пациенты говорят; психоаналитики интересуются скрытыми мыслями, а эмпиристы — скрытыми чувствами, но на сеансах они внимательно наблюдают за поведением в поиске ключей к тому, что утаивается.

Хотя форма оценки в психоаналитической и эмпирической терапии одинакова, суть ее совершенно разная. Эти две школы занимают диаметрально противоположные позиции в широком спектре психологических подходов. Психоаналитическая теория пространственна и сложна, эмпирическая — ограничена и проста. Широта психоаналитической теории позволяет терапевтам строить теории задолго до получения фактов; и из небольшого количества информации можно сделать вполне определенные выводы. Преимущество заключается в том, что терапия систематизирует данные и дает ценные ключи к выявлению скрытых значений. Опасность же кроется в том, что теория может исказить данные и привести к тому, что терапевт увидит только то, что ожидает увидеть. У эмпиристов нет ни данных преимуществ, ни данных недостатков. Их оценки основаны на простой теории о чувствах и о том, как чувства подавляются; они склонны не открывать многое из того, что скрыто, но также и не усматривать вещей, которых там нет.

Две из новых школ, нарративная и фокусированная на решении, избегают любой формы оценки. Фокусированные на решении терапевты полагают, что заикливание на проблемах и их причинах разрушает тот вид позитивного мышления, которое они стараются выработать. Они также считают, что решения не обязательно связаны с выяснением причин возникновения проблем, так что они немедленно принимаются за поиск решений. Нарративные терапевты полагают, что поиск проблем внутри семей укрепляет позицию терапевта как эксперта, от которой они стремятся отойти. Они персонифицируют проблемы и говорят скорее об их последствиях, нежели о причинах. Тем самым они избегают так называемого указания пальцем на виновника проблемы, что обычно сопровождает семейные размышления о том, как проблема возникла. Опасность состоит в том, что, если не обращать внимания на возникновение проблемы, можно просмотреть настоящие конфликты между членами семьи. А кон-

фликт, как вы могли заметить, необязательно исчезает, если вы его игнорируете.

Так же как существует много способов проводить терапию, существует и много процедур оценки; то, что работает в одной системе, может не работать в другой. Однако мы считаем, что два основных принципа оценки годятся для всех семейных терапевтов. Во-первых, лучше не слишком полагаться на формальные структурные процедуры. Раннее введение слишком большого количества структуры в лечение создает искусственную атмосферу. Более того, как только терапевт превращается в формального оценщика, ему становится трудно переместиться на нецентральную позицию и стать наблюдателем в неструктурированном контексте.

Хоть и кажется, что это противоречит нашему первому пункту, мы считаем, что большинство семейных терапевтов уделяют слишком мало внимания оценке. Существует тенденция одинаково лечить все семьи, особенно это касается терапевтов с сильными техническими приемами, но ограниченными концептуальными схемами. Например, парадоксальные директивы приносят свою пользу, но необязательно их применять в случае с хорошо мотивированными семьями. «Говори за себя» — это хорошее предложение для спутанных семей, но необязательное для выпутанных семей. Контакты типа «услуга за услугу» (*quid pro quo*) могут не подходить для пар с комплементарной структурой. Если задать «чудо-вопрос» до того, как клиенты почувствуют, что терапевт в достаточной мере понял их проблемы, то можно превратить лечение в «психотерапию с вынужденным решением».

Мы все можем рассказать истории, связанные с ссорами. Хотя может оказаться полезным переключить наше внимание с жалоб на поиск решений, с пессимизма на оптимизм. Некоторые люди могут почувствовать, что их опекают, не доверяют им, если пытаться резко перестроить их на более жизнерадостные формы изложения. Применение покровительственных технических приемов без оценки всей семьи может принести некоторую пользу, но без оценки семейной организации такие приемы не способны изменить основную конфигурацию, которая создает и поддерживает семейные проблемы.

Как только терапевт собрал семью, влился в нее, установил терапевтическую позицию и оценил структуру и функционирование, значит, почва для применения мощных технических приемов, с помощью которых семейная терапия воздействует на семью, уже подготовлена.

## РЕШИТЕЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Представители каждой школы семейной терапии в своей работе используют разнообразные технические приемы. Некоторые из них продиктованы подходом, другие — личностью и опытом терапевта. Даже если мы ограничим наше внимание приемами, специфичными для каждой школы, список будет длинным и озадачит нас. Некоторые технические приемы применяются практически всеми, кто практикует семейную терапию, — отражение чувств, разъясняющее коммуникации, — и список этот вырос, поскольку подходы эти стали более интегративными. Однако каждая школа полагается на одну или две техники, которые являются уникальными и основными.

В психоаналитической терапии существуют две определенные техники. Первую из них, *интерпретацию*, прекрасно знают, но плохо понимают. Интерпретация обращается к разъяснению подсознательного значения, если ее правильно применять. Это не означает необходимость высказывать свое мнение: «Вы должны поделиться друг с другом своими чувствами, прежде чем сможете стать по-настоящему близки», давать совет: «Пока вы будете продолжать писать ему, это не кончится», теоретизировать: «Некоторые причины вашего влечения к нему основаны на подсознательных нуждах» или спорить: «Вы сказали, что вам все равно, но в действительности вы злились». Интерпретации — это утверждения о том, что у определенного поведения или у определенных высказываний есть подсознательное значение: «Вы жаловались на привычку сына все время с вами спорить. Основываясь на том, что вы сказали ранее, я считаю, что ваше раздражение вызывает муж. Он делает то же самое, но вы боитесь ему об этом сказать и поэтому так сердитесь на сына».

Психоаналитик не задает вопросов, не дает советов и не указывает на то, о чем люди должны говорить. Он придерживается последовательной позиции: слушает пациента и пытается его понять. Ограничивая вмешательства интерпретациями, терапевт указывает на то, что лечение предназначено для познания. А использует ли семья преимущество этой ситуации и изменит ли она в итоге поведение, зависит от нее.

Вторым основным приемом в психоаналитическом лечении является молчание. Молчание терапевта позволяет ему понять, что на уме у пациента, и подвергнуть испытанию семейные ресурсы. Результат — достижение более реальной интерпретации. Когда терапевт молчит, а члены семьи разговаривают, следуя

собственным мыслям, тем самым они отвечают на мысли терапевта. Если они знают, что терапевт не будет их прерывать, они реагируют и отвечают друг другу. Данный прием дает большое количество информации, которую иначе можно было бы не получить вовсе. Если отец начинает разговор со слов «Проблема в моей депрессии» и терапевт спрашивает: «Как давно у вас началась депрессия?», он может не увидеть, какие мысли вызывают у мужчины депрессию и как его жена реагирует на жалобу мужа.

Молчание терапевта продлевает диалог между членами семьи. Это помогает терапевту больше узнать о том, как они разговаривают, и вынуждает членов семьи найти конструктивные способы для разрешения своих интерактивных тупиков. Если терапевт активен, то семьи привыкают ждать предложений, чувствуя, что застряли в тупике. Если терапевт молчит, они ищут выход из тупика сами. Молчание терапевта также усиливает воздействие его вмешательств. Слова имеют больший вес, когда они перемежаются длинными паузами. (К несчастью, если семьи хаотичны и чрезвычайно эмоциональны, терапевты не всегда могут позволить себе роскошь молчания, а должны активно вмешиваться, чтобы сохранять ситуацию под контролем.)

Групповая семейная терапия применяет набор активных и управляющих техник, включая советы и предложения. Однако суть этого подхода состоит в поддержании свободной открытой дискуссии, с тем чтобы члены семьи могли научиться лучше общаться и решать свои проблемы. Основной техникой в этом подходе является *конфронтация*. Семейные групповые терапевты конфронтируют с молчаливыми членами семьи и побуждают их открыться; они противостоят доминирующим и побуждают тех быть спокойными и слушать.

Конфронтация — действенная техника также и в эмпирической терапии. В этой школе конфронтации предназначены для того, чтобы вызывать эмоциональные реакции, и поэтому часто бывают вызывающе грубы. Представители эмпирического направления психотерапии считают, что вполне могут попросить клиентов заткнуться или высмеять их за неискренность. Конфронтации часто сочетаются с *личной открытостью* психотерапевта — второй главной техникой этой школы. Терапевты используют себя в качестве спонтанных эмоционально экспрессивных моделей. И, наконец, большинство эмпиристов применяют *структурированные упражнения*, включая ролевые игры, психодраму, лепку и семейные рисунки. Логическим обоснованием этих техник является то, что они стимулируют эмоциональное пережи-

вание во время сеанса; а недостаток — в том, что, так как они искусственны, реакции, которые они вызывают, могут идти вразрез с обычными семейными переживаниями. Члены семьи могут облегчить душу во время структурных упражнений, но могут не перенести это облегчение на свои ежедневные взаимодействия дома.

У большинства людей подкрепление ассоциируется с поведенческой терапией, но это не так: *наблюдение* и *научение* — вот главные методы подхода. Поведенческие семейные терапевты начинают с наблюдения за возможностями подкрепления в семьях, с которыми они работают. Их цель состоит в том, чтобы обнаружить корни и последствия проблемного поведения. Как только они проводят функциональный анализ поведения, они превращаются в инструкторов, объясняющих семьям, как те непреднамеренно подкрепляют нежелательное поведение. Самым полезным уроком таких инструкторов является использование позитивного контроля. Они учат родителей более эффективно поощрять хорошее поведение, а не наказывать за плохое; они учат супружеские пары менять свои обычные пререкания на доброе отношение друг к другу.

Позитивный контроль — поощрение желательного поведения — один из самых полезных принципов семейной терапии. Это ценный урок для семей и терапевтов. Терапевты, как и родители, склонны упрекать своих подопечных за ошибки. Но, когда тебе говорят, что ты подавляешь свои эмоции, балуешь детей или используешь принудительный контроль, неизбежно возникнет чувство неполноценности. Хотя иногда и необходимо указывать людям на их ошибки, большего эффекта можно добиться, отмечая положительные стороны их поведения. Кажется, что лучше всего из всех практикующих семейных терапевтов эту точку зрения поняли структуралисты, которые говорят о работе с ресурсами семьи; стратеги и терапевты миланской школы, которые применяют реконструирование и позитивную коннотацию, для того чтобы поддерживать пациентов в их попытках выбрать правильное решение, и, конечно, фокусированные на решении и нарративные терапевты, которые подняли силу позитивного мышления до искусства.

Боуэнианские системные терапевты также выступают в роли тренеров, но они следуют другому учебному плану. Они учат людей тому, что надо быть ответственными за самих себя, и тому, как изменить посредством этого свою семью. Быть ответственным за себя — значит ясно представлять себе то, о чем думаешь и что



чувствуешь, а не то, что говорит твоя мать или что написано в газете, а также быть честным в своих убеждениях и в отношениях с другими людьми. Не надо изменять других и даже желать того, чтобы они были другими; надо отвечать за себя и следовать собственным ценностям. Сила такой позиции потрясающа. Если ты можешь принять себя таким, какой ты есть, и принять то, что другие люди отличаются от тебя, больше не надо думать о том, что либо ты, либо кто-то другой должен измениться. Это позволяет контактировать с людьми, не расстраиваться понапрасну и не реагировать слишком эмоционально.

Кроме подготовки к дифференциации, терапевты боуэнианской школы учат двум необходимым вещам: не разбиваться на треугольники и возобновлять прерванные семейные отношения. Вместе эти три урока дают возможность человеку изменить всю сеть семейной системы. Если ваш супруг ворчит, если ваши дети не слушаются, если ваша мать никогда не приходит в гости, *вы* можете все изменить. Другие школы добиваются изменений, привлекая к лечению всю семью; боуэнианцы учат индивидов быть самими собой, налаживать контакт с другими и решать проблемы с людьми, с которыми они конфликтуют. Это умение дает человеку инструмент к продолжительному изменению.

Коммуникативные семейные психотерапевты внесли столь большой вклад в теоретическую базу семейной терапии, что трудно отличить их технические приемы или выделить основные вмешательства. Возможно, самым большим их достижением является указание на то, что коммуникация многослойна и самые важные вещи зачастую звучат завуалированно. Целью терапии было сделать тайное явным. Первоначально это осуществлялось при помощи выявления скрытых посланий; когда этот прямой подход столкнулся с сопротивлением, терапевты начали применять директивы, чтобы сделать правила семейного функционирования ясными и вызвать изменения в правилах.

Стратегическая терапия является ответвлением коммуникативной теории, и техники этой теории были усовершенствованы и стали применяться стратегами. Главными из них являются *рефрейминг*, *директивы* и *позитивная коннотация*. Стратегисты начинают с получения подробного описания проблем и попыток справиться с ними. Во время сеанса они уделяют особое внимание языку, который используют семьи, и их ожиданиям. Они пытаются понять точку зрения семьи и принять ее — позитивная коннотация; затем они применяют рефрейминг, чтобы изменить точку зрения семьи, и директивы, чтобы изменить поведение,

поддерживающее проблемы. Применяя эту схему, представители данной школы планируют общий метод. Но они тщательно продумывают свои вмешательства в каждом конкретном случае.

Зачастую применение директив является единственной действенной формой вмешательства. Директивы предназначены для того, чтобы разрушить неподатливые гомеостатические модели. Они часто бывают парадоксальными и должны выполняться даже тогда, когда семья находится дома. Хотя стратегические терапевты подчеркивают, что лечение должно подходить пациенту, они признают, что косвенные вмешательства необходимы для того, чтобы обойти сопротивление. Иногда (хотя отнюдь не всегда) это является правдой. Конечно, дело не в том, что одни семьи сопротивляются, а другие нет, а в том, что сопротивление является не *внутренней* характеристикой семей, а свойством взаимодействия *между* семьей и терапевтом. Терапевт, который исходит из предположения, что семьи не могут и не хотят следовать советам, вероятно, встретит ожидаемое сопротивление.

Структурная семейная терапия также является терапией действия, но в этом подходе действие происходит во время сеанса. Основными техниками здесь являются *разыгрывание* и *установление границ*. Жесткие границы смягчаются, когда терапевт убеждает людей поговорить друг с другом и предотвращает попытки отклониться от разговора или прервать его. Диффузные границы укрепляются, когда терапевт помогает поддерживать автономию индивидов и подсистем. Нельзя надолго прекратить вторжение родителя в жизнь детей, если не научить его больше внимания уделять супругу.

В 1980-х гг. появилось несколько многообещающих техник, на основе которых были выстроены целые модели терапии. Стив де Шазер и его коллеги стали применять технику *фокусирования на успешных решениях*, для того чтобы решать проблемы, которые члены семьи уже безрезультатно пытались решить. В итоге появилась фокусированная на результате терапия. Майкл Уайт сделал то же самое с техникой *экстернализации*, в которой проблема персонифицируется и объясняется ее угнетающее значение. Эта техника стала действенным средством для того, чтобы заставить членов семьи работать вместе против общего врага.

В действительности экстернализация — это концепция, а не техника. Основная техника нарративной терапии заключается в том, чтобы настойчиво задавать серии *вопросов*. Сначала вопросы помогают узнать и понять переживания пациента, а затем заставляют его думать о своих проблемах как о недоброжелатель-

ных агентах. Нарративные терапевты также используют непрерывный ряд вопросов, чтобы убрать негативные образы и убедить пациентов в том, что у них есть причина гордиться собой и что их судьбы находятся в собственных руках.

В ответ на фанатичный техницизм, который достиг своего пика в начале 1980-х, семейные терапевты сегодня свободно заимствуют техники из других подходов и не ставят на первое место их значение, пренебрегая менее иерархическим и более мягким качеством отношений психотерапевта и семьи. Обе ветви полезны, но мы хотим завершить этот раздел двумя вопросами. Когда взаимное обогащение дает результаты и когда эклектицизм лишает отдельные подходы их сильных сторон, стирая отличительные элементы, и, наконец, как семейные терапевты могут лучше уйти от стандартного применения техники, не потеряв при этом управления и используя более подходящую, не менее эффективную форму лечения?

## Контекст и применимость школ семейной терапии

Превалирующее влияние социального контекста, которое подчеркивается в семейной терапии, может быть отнесено и к самим семейным психотерапевтам, и к системам лечения, которые они развивают. Первооткрыватели семейной терапии работали в различных обстановках и с разным количеством пациентов. Они не ставили целью изобретение семейной терапии. Они работали над другими проблемами — анализом коммуникации, изучением этиологии шизофрении, лечением трудных детей. Семейная терапия появилась в качестве составной части решения этих проблем. Но, как мы видели, семейная терапия — это не один подход, а множество. Разница обстановки, количества пациентов и целей терапии смешались, изменив первоначальную сущность различных школ семейной терапии, что дало возможность определить для каждого типа пациентов наиболее подходящий метод.

Сложнее выделить корни психоаналитической семейной терапии, чем корни других систем. Аккерман, безусловно, был основателем этого подхода, но его смерть в 1971 г. оставила эту школу без лидера. С тех пор многие подходы внесли в нее свой вклад. До недавнего времени большинство главных фигур этой школы,

включая и самого Аккермана, имели психоаналитическую подготовку и оставили психоанализ ради семейной терапии. Их опыт психоаналитиков больше отразился в их теоретических работах, нежели в клинических методах. Эти первые психоаналитические семейные практики работали в разнообразных направлениях — помощь детям, социальное обеспечение и институты семьи и брака, — но в большинстве своем семьи, с которыми они работали, принадлежали к среднему классу и их проблемы не были слишком сложными.

Сегодня все больше терапевтов, обученных психоанализу, практикуют семейную терапию, применяя методы, согласующиеся с теми, которым их обучали (Nadelson, 1978; Nichols, 1987). Эти терапевты склонны работать в тех же направлениях и с похожими пациентами, что и индивидуальные психоаналитические терапевты, т. е. в медицинских школах амбулаторных клиник и в частной практике с общительными умными пациентами среднего класса, которые больны не очень серьезно. Психоаналитическое лечение, индивидуальное или семейное, является методом самораскрытия, которое полагается в основном на слова. Это лечение лучше удается в случаях с разговорчивыми пациентами, которые хотят многое узнать о самих себе. Чем более они образованны и умны, тем с большей готовностью они принимают этот подход.

Специфические методы групповой семейной терапии были разработаны Джоном Э. Бэллом, но большинство терапевтов, которые лечили семьи до того, как стали доступны модели семейных систем, использовали общую модель групповой терапии. По этой причине невозможно описать специфический контекст, в котором модель была выработана. Напротив, так как этот подход был разработан для лечения незнакомых друг другу людей, то он, возможно, более применим именно к таким группам, чем к семьям.

Карл Витакер, самый выдающийся семейный терапевт эмпирического направления, в начале своей карьеры работал с преступниками и шизофрениками; позже он занялся менее больными пациентами. Такой переход к меньшим психопатологиям происходит по мере того, как терапевт набирается опыта. Бедность и проблемы шагают вместе. Нравится это или нет, но обычно серьезно больных пациентов лечат молодые терапевты в общественных клиниках.

Концепции и методы эмпирического направления терапии

были разработаны благодаря желанию лечить людей, которые обращаются с проблемами повседневной жизни. Очистительные технические приемы этого подхода могут оказаться менее действенными в случаях, когда люди борются с серьезными психопатологиями или хаотичными условиями жизни; но они могут помочь тем, для кого жизнь превратилась более в пытку, чем в наслаждение. Эти приемы помогут им освободиться от тревоги и апатии и откроют возможность человеческого счастья.

Поведенческая психотерапия была разработана на факультетах психологии университетов и применялась по большей части для лечения представителей академической братии. Эти пары в основном состояли из молодых образованных профессионалов, их отношения были симметричными, а проблемы не слишком сложны. Обычно эти проблемы хорошо мотивированы. Поведенческое обучение родителей также было разработано в академических обучающих центрах, но этим методом лечили и серьезно больных детей в психических больницах, и детей с небольшими отклонениями в клиниках при университетах. Этот подход особое внимание уделяет конкретным симптомам, и поэтому его часто применяют при лечении тяжелых симптоматийных детей. По этой причине поведенческая терапия часто используется в качестве дополнения к другим формам лечения госпитализированных детей (Minuchin, Rosman & Baker, 1978). В обстановке госпиталя лечение поведения обычно проводится персоналом, а не родителями.

Мюррей Боуэн разработал свои идеи терапии во время изучения шизофренических семей. Это может объяснить два главных акцента его работы: самодифференциация и работа с расширенными семьями. В психотических семьях часто присутствует стирание границ — то, что Боуэн называл недифференцированной семейной эго-массой — интенсивной цепляющейся взаимозависимостью, в которой индивидуальность подавляется общностью. Боуэн заключил, что это отсутствие дифференциации (слияние) является скрытым источником развития патологии в семьях. Цель Боуэна заключалась в том, чтобы помочь членам семьи дифференцировать себя, что положительно действует на всю систему. Процесс дифференциации начинался с психотерапевта, который занимал нейтральную и объективную позицию, чтобы избежать эмоционального обвала в этих семьях. Боуэн сочувствовал семьям, но держался отчужденно, дабы его не захлестнули хаотичные эмоции психотических семей.

Боуэну лучше удавалось понять шизофренические семьи, чем лечить их. В итоге он оставил идею, что семейная психотерапия эффективна в случаях со столь тяжелыми семьями, и позднее он работал в основном с профессионалами среднего класса.

Боуэнианская психотерапия может быть наиболее эффективной в случаях с молодыми парами, которые еще неокончательно отделились от семей, в которых родились. Сюда входят не только те, кто все еще зависит от родителей, но и те, чья явная независимость основана на реактивной дистанции. Психотерапия Боуэна может идеально подходить не только для двадцатитридцатилетних пар среднего класса, но и для других групп. Хотя может показаться, что подход, подобный боуэнианскому, ставящий здравый смысл над эмоцией и самоанализ над взаимным обвинением, более подходит для самокритичных клиентов, но он, благодаря своему рациональному подходу, может очень во многом помочь людям, которые не привыкли задумываться над своими реакциями.

Коммуникативные психотерапевты прежде всего были учеными — и лишь потом лекарями. На начальном этапе они намеревались изучить коммуникацию в шизофренических семьях; только позже они решили лечить этих несчастных людей. Сначала они рассматривали пациентов как жертв, которых необходимо спасти от родственников, сделавших их «козлами отпущения». Позже они осознали, что в семьях нет ни жертв, ни мучителей. В условиях стресса, когда единое целое пошатнулось, отдельные звенья явно дисфункционалируют — настоящая проблема заключена в дисфункциональной системе.

Внимание коммуникативных терапевтов привлекла отличительная черта жизни семьи, в которой есть шизофреники. Способы коммуникации в таких семьях кажутся странными и озадачивают. Коммуницирование в этих семьях характеризуется парадоксами, препятствиями и двойными связями. Следует отдать дань оптимизму коммуникативных терапевтов, которые считали, что шизофрении можно вылечить: надо лишь собрать семью вместе и тем или иным образом разобраться в ее странных и деструктивных моделях коммуникации. Когда они обнаружили, что прямой подход не срабатывает, то разработали косвенный. Вместо интерпретации они переключились на манипуляцию.

Джей Хейли использовал основную концепцию коммуникативной теории, которая заключается в том, что нельзя прини-

мать за чистую монету послания, так как они всегда ограничены другими сообщениями на других уровнях, и сделал вывод, что вся коммуникация является частью борьбы за контроль в отношениях. Психопатологические симптомы рассматривались в качестве отклонений от этого нормального стремления к влиянию. Вместо того чтобы открыто бороться за контроль, семьи пациентов, страдающих психическими расстройствами, отрицают существование конфликта. Они не отказываются участвовать; они «не могут» — они «больны».

Эмоциональная дистанция, борьба за власть, манипуляция — все это звучит неприятно. Для того чтобы понять, *как* развивались эти подходы, необходимо принять во внимание, *где* они развивались. Коммуникативные терапевты работали с больными, страдающими тяжелой формой шизофрении, чьи семьи, как они полагали, были способны свести людей с ума своими двойными связями. Возможно, им казалось, что, для того чтобы не запутаться в таких семьях, лучше в процессе терапии сохранять дистанцию. Вероятно, если бы терапевты не боролись за контроль, семьи сорвали бы лечение; и если бы они не использовали манипуляцию, то семьи манипулировали бы ими. В настоящее время стратегические терапевты все еще работают с серьезно больными пациентами, многих из которых пробовали лечить другими прямыми подходами, но успеха не добились. Сегодня терапевты редко так же воинственны, как раньше, и, как правило, всегда искренне сочувствуют людям, которым приходится жить с серьезно больным членом семьи.

Последователи структурной терапии сначала работали с семьями преступников, живущих в гетто. Эти семьи были неимущими и дезорганизованными. В одних существовали спутанные отношения, в других — выпутанные. В обоих типах семей не было ясных иерархических структур. Целью структурной семейной терапии стало создание функциональных структур путем дифференцирования подсистем и рефрейминг их границ.

Другой характеристикой семей из гетто, с которыми Минухин работал в Уилтвике, было то, что все они находились за пределами основного течения американской культуры и чувствовали, что отдалены от профессионалов, которые помогали им, потому что те обслуживали средние слои общества. Для того чтобы работать с такими семьями, сначала было необходимо добиться их внимания, затем завоевать доверие. Совокупность этих усло-

вий может помочь понять активный направляющий стиль Минухина и его акцент на присоединение.

Структурная терапия уделяет особое внимание всей семье, и это отличает ее от других подходов, которые склонны работать с семейными подструктурами. Стратегические и боуэнианские практики, например, быстро переключаются на взрослых, даже когда проблема, с которой обращается семья, заключена в ребенке. Однако Минухин учился на детского психиатра и поэтому всегда считал, что ребенка необходимо включать в лечение.

Многие из ведущих нарративных и фокусированных на решении терапевтов пришли из стратегической терапии. Их привлекла интеллектуальность теории, но в итоге их оттолкнула рассчитанная практичность приемов. Они считали, что методы Эриксона, Хейли и Сельвини Палаццоли хорошо продуманы, но являются слишком абстрактными. Таким образом, они отклонились от того, что считали неперсонифицированным и манипулятивным подходом. Но, отклонившись от механизма своей стратегической модели, они повернулись спиной и ко всей системной теории.

Протест против покровительственного подхода, акцент на сотрудничестве и стремление рассмотреть отношения за пределами семьи — все это полезные поправки. Но, отказавшись от системной теории, потому что им не нравилась одна из ее версий, нарративные и фокусированные на решении терапевты, возможно, многое потеряли.

Понимание контекстов, в которых возникли различные системы семейной терапии, помогает увидеть то, почему они приняли именно эти формы. Однако это не говорит о том, к какой проблеме какую терапию применять. К несчастью, нет доказательств того, что какая-либо из систем эффективнее другой, и мы не знаем, какая из них более применима для решения определенной проблемы.

Растет количество исследований, которые делают значительный вклад в многолетние споры, ранее считавшиеся вопросами мнения и личного выбора. Исследовательские работы, которых становится все больше и которые приобретают все более научный характер, постепенно проливают свет на ключевые вопросы о том, какой из подходов лучше работает со специфичными проблемами и при каких обстоятельствах это происходит. Однако в итоге оказывается, что лучших результатов достигают лучшие терапевты. Если лучшим терапевтом в городе оказался структурный терапевт, то лучшей терапией в городе является структурная — и наоборот.



## Выбор теоретической позиции: рациональные или иррациональные факторы

Как выбрать терапевтический подход? А если конкретнее — каким образом следует его выбирать? Когда студент выбрал аспирантскую программу и зачислен в нее, от него обычно требуют, чтобы он следовал моделям, предлагаемым его преподавателями и супервизорами. Хотя мысль о том, что надо подчиняться требованиям, может и не привлекать студента, возможно, лучше принять модель, предложенную вашими преподавателями. Изучение того, что преподает каждый супервизор, не уничтожит вашу независимость, а оппозиционизм защитит ее.

За исключением самых гомогенных ситуаций, весьма возможно, что студенты во время обучения в аспирантуре могут столкнуться с разнообразием подходов и их интересы часто являются следствием меняющихся отождествлений себя с членами преподавательского состава. Хотя это может смущать, зато помогает предостеречь начинающих терапевтов от догматического мышления.

Выбор системы психотерапии для специализации является не просто вопросом о том, как определить лучшую из них. Во-первых, мы все еще не знаем, какая форма лечения является лучшей для любого отдельно взятого человека<sup>1</sup>. Выбор зависит от того, что полезно, что подходит вашим пациентам и что подходит вам. Личные качества психотерапевта, применяющего те или иные приемы, всегда влияют на них. Следовательно стоит выбрать подход, соответствующий вашему личному стилю.

Слишком много людей прекращает обучение прежде, чем овладеет мастерством. Обучение дорого. Работа манит. Никто не хочет оставаться вечным студентом. Из-за того, что большинство людей прерывает обучение слишком рано, психотерапия переполнена так называемыми семейными терапевтами, которые обладают минимальным пониманием системной теории и элементарными знаниями техники<sup>2</sup>. Психотерапевты, которые, вместо

Несколько докладов было напечатано в «Журнале супружеской и семейной терапии» Хитерингтоном (Heatherington) в 1987 г., Колевзоном и Гринем (Kolevzon & Green) в 1982 г. и Колевзоном, Соуэрз-Хоагом и ХOFFMAN (Kolevzon, Sowers-Hoag & Hoffman) в 1989 г., в них рассматривается выбор направления психотерапевтом.

Обычно таких любителей можно узнать по тому, что они изучают одну-две шаблонные техники и используют их в своем подходе.

того чтобы пройти длительный период ознакомления и обучения одному отдельному подходу, время от времени посещают семинары и конференции, обычно являются не очень компетентными специалистами. Серия семинаров может стимулировать и улучшить мастерство опытных терапевтов, но не может заменить необходимого ученичества.

## Резюме

Темой первого издания этой книги был рост числа соревнующихся школ, каждая из которых рекламирует себя как уникальную и единственно эффективную. Именно так семейная психотерапия вступила в 1980-е гг. Сейчас, когда семейная психотерапия шагнула в XXI век, основным вопросом ее является интеграция. Огромное количество преданных делу семейных психотерапевтов работали так долго, что возник целый ряд эффективных подходов для лечения семей. Больше нет смысла восхищаться только одной моделью и отрицать преимущества других. Семейные психотерапевты не только взаимно обогащаются через модели семейной психотерапии, они также заимствуют концепции и методы из психологии и индивидуальной психотерапии.

В прошлом каждая из соперничающих систем семейной терапии провозглашала свой уникальный способ понимания и лечения семей. Однако, как мы увидели, эти различия более заметны в теории, чем на практике. Успех новых разработок в одной школе часто ведет к тому, что их принимают и другие, и это уменьшает различия между разными терапевтическими направлениями. В 1990-х гг. характерной чертой семейной терапии была тенденция к сближению. Далее мы выскажем некоторые субъективные замечания о том, как выбрать несколько концепций и методов из числа тех наиболее эффективных, которые доказали, что являются классикой семейной психотерапии.

Теории семейного функционирования имеют научное и практическое значение. Наиболее распространенные, теории рассматривают семьи как системы; у них есть термины, чтобы описать силу стабильности и изменения; они рассматривают прошлое, но особое внимание уделяют настоящему; рассматривают коммуникацию как многоуровневое и сложное; признают скрытый подтекст семейных разговоров; признают тройственную природу человеческих отношений; не забывают включать в контекст нуклеарную семью, не рассматривая ее как закрытую сис-

тому, и признают функцию границ в защите единства индивидов, подгрупп и семей.

Терапевты более озабочены патологией и изменением, чем нормой, но полезно иметь концепцию нормального семейного функционирования как для того, чтобы формировать цели лечения, так и чтобы различать проблематичное и требующее изменения, что является нормой и что ею не является. Вот некоторые из наиболее эффективных концепций нормального семейного функционирования: структурная модель семей как открытых систем в трансформации; модель коммуникативной теории, которая представляет открытую и честную коммуникацию в семье с ясными правилами для того, чтобы обеспечить стабильность и достаточно гибкое, чтобы допустить, изменение; поведенческая модель справедливого обмена межличностными затратами и вознаграждениями; использование позитивного контроля вместо принуждения и реципрокное поощрение партнерами друг друга; семейная групповая теория, где акцент ставится на то, что группы людей лучше функционируют, когда они едины, когда есть свободный поток коммуникации и когда роли ясно определены и согласуются с нуждами членов группы; стратегическая модель гибкости системы, которая делает возможным приспособление к изменяющимся обстоятельствам и способность находить новые решения, когда старые не срабатывают; боуэнианская модель, объясняющая, как самодифференциация дает возможность людям иногда быть независимыми, иногда эмоционально связанными друг с другом.

Большинство концепций семейной психотерапии, касающихся поведенческих расстройств, уделяют особое внимание системам и интеракциям, но модель Шварца, касающаяся отдельных членов семьи, и психоаналитическая, боуэнианская, нарративная и эмпирическая модели добавляют психологическую глубину суждению о взаимодействии, возводя мост между внутренними переживаниями и внешним поведением. Данные о том, что многие разведенные повторяют ошибки своего первого брака, поддерживают позицию этих школ, которая заключается в том, что кое-что из того, что происходит в семьях, зависит от характера индивида. Вот некоторые из самых ценных концепций, касающихся дисфункции личности в семьях: концепция слияния Боуэна; концепции эмпирического направления о подавленном аффекте и страхе риска; психоаналитические концепции ограничения развития, внутренних объектных отношений, инстинктивного конфликта и жажды признания.

Эти концепции индивидуальной психопатологии являются полезными дополнениями, но ведущие идеи в данной сфере объясняют расстройства поведения в терминах системной теории. Самыми влиятельными из них являются следующие идеи: концепция о негибких системах, слишком жестких для того, чтобы допустить индивидуальные стремления или чтобы дать возможность приспособиться к изменчивым обстоятельствам; концепция о членах симптоматийной семьи, которые достигают сплоченности путем стабилизации нуклеарных и расширенных семей; концепция о неадекватной иерархической структуре; о семьях с слишком жесткой или, наоборот, свободной структурой; о патологических треугольниках.

Основные цели семейной терапии заключаются в решении проблем, с которыми обращается пациент, и в реорганизации семьи. Бихевиористы, стратеги и фокусированные на решении терапевты особое внимание уделяют искоренению проблем; боуэнианцы и психоаналитики — реорганизации семьи. Большинство остальных школ ставят перед собой целью и то и другое. Как мы увидели, некоторые терапевты планируют длительную терапию, в то время как другие проводят ее в сжатые сроки. Это отражает разные мнения о том, какого количества изменений должна достигнуть семья. Мы считаем, этот вопрос должны решать семьи. Терапевт обязан принимать во внимание цель семьи и решать те проблемы, которые беспокоят семью в настоящий момент, создавая такую терапию, чтобы реорганизовать только неработающий аспект. Если семьи желают большего, они должны сами сказать об этом.

Некоторые цели семейной психотерапии являются практически универсальными: налаживание коммуникации, решение проблем, развитие индивидуальной независимости, а некоторые — единственными в своем роде. Представители некоторых школ рассматривают проблемы, с которыми приходит пациент, как таковые, в то время как другие воспринимают их в качестве метафор и знаков. В любом случае цели не должны быть настолько далеко идущими, чтобы игнорировать решение существующих проблем, и слишком узкими, чтобы гарантировать стабильность освобождения от симптомов. Кстати, в литературе по семейной терапии редко рассуждают о преимуществах, исключением был Божормений-Неги. Мало говорилось и об этической ответственности практикующих терапевтов, в том числе и о возможной разнице ответственности перед индивидами, семьями и большими сообществами.

Если нарративные психотерапевты игнорируют семейную динамику и конфликты для того, чтобы подчеркнуть патологичность культуры, то, возможно, такой подход станет своеобразным маятником, который все расставит на свои места. Несомненно, не следует игнорировать системную теорию лишь для того, чтобы внедрить этический параметр в работу в контексте с людьми.

Следующие вопросы лежат в основе разницы взглядов семейных терапевтов на то, как изменяется поведение: действие или инсайт; изменение во время сеанса или дома; продолжительность лечения; сопротивление; отношения между семьей и терапевтом; парадокс; и вопрос о том, насколько важно работать со всей семейной системой, с ее частью или только с мотивированными индивидами. Несмотря на то что удалось выработать общую точку зрения по некоторым пунктам, например, одно время большинство семейных терапевтов были едины во мнении, что действие первично, а инсайт вторичен, терапевты всегда расходились во мнениях по поводу каждого вышеперечисленного пункта. Стратегические психотерапевты, например, решительно отрицали то, что инсайт полезен.

Мы рассмотрели некоторые из главных методологических вопросов и попытались выделить эффективные техники из различных систем. Как и во всех случаях, когда конечный результат зависит от ряда переменных, трудно понять, сколько каждая переменная внесла в этот результат или насколько важна каждая из них. Более того, чем больше мы говорим о техниках, тем больше существует опасность рассмотрения семейной терапии как чисто технологического предприятия. Изучать семьи — это все равно что отгадывать загадки; искусство лечения семей заключается в том, чтобы облегчить страдания. Работа теоретика состоит в декодировании и расшифровке, а это требует знания теории и обладания мастерством. Работа психотерапевта — это убежденность, упорство и понимание. Лечение семей — дело не только теории и техники, это акт любви.

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Dattilio F. M. 1998. *Case studies in couple and family therapy: Systemic and cognitive perspectives*. New York: Guilford Press.

Gurman A. S. 1978. Contemporary marital therapies: A critique and comparative analysis of psychoanalytic, behavioral and systems theory ap-

proaches. In *Marriage and marital therapy*, T. J. Paolino and B. S. McCrady, eds. New York: Brunner/Mazel.

Madanes C., and Haley J. 1977. Dimensions of family therapy. *Journal of Nervous and Mental Diseases*. /65:88—98.

Piercy F. P., Sprenkle D. H., and Wetchler J. L. 1996. *Family therapy sourcebook*, 2nd, ed. New York: Guilford Press.

Sluzki C. E. 1983. Process, structure and world views: Toward an integrated view of systemic models in family therapy. *Family Process*. 22:469-476.

Sluzki C. E. 1987. Family process: Mapping the journey over 25 years. *Family Process*. 26:149—153.

## ССЫЛКИ

Bowen M. 1966. The use of family theory in clinical practice. *Comprehensive Psychiatry*. 7:345—374.

Freedman J., and Combs G. 1996. *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. New York: Norton.

Goldner V. 1985. Feminism and family therapy. *Family Process*. 24:31-47.

Gordon S. B., and Davidson N. 1981. Behavioral parent training. In *Handbook of family therapy*, A. S. Gurman & D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.

Haley J. 1963. *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.

Haley J. 1976. *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Haley J. 1977. Toward a theory of pathological systems. In *The interactional view*, P. Watzlawick and J. Weakland, eds. New York: Norton.

Haley J. 1980. *Leaving home: The therapy of disturbed young people*. New York: McGraw-Hill.

Hare-Mustin R. T. 1978. A feminist approach to family therapy. *Family Process*. 77:181 — 194.

Hofman L. 1981. *The foundations of family therapy*. New York: Basic Books.

Imber-Black E. 1988. *Families and larger systems: A family therapist's guide through the labyrinth*. New York: Guilford Press.

Jackson D. D. 1965. Family rules: The marital quid pro quo. *Archives of General Psychiatry*. /2:589—594.

Jasnow A. 1978. The psychotherapist — artist and/or scientist? *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. /5:318—322.

Kagan R., and Schlosberg S. 1989. *Families in perpetual chaos*. New York: Norton.

Madanes C. 1980. Protection, paradox and pretending. *Family Process*. /9:73-85.

Madigan S., and Epston D. 1995. From «spy-chiatric gaze» to communities of concern: From professional monologue to dialogue. In *The reflecting team in action*, S. Friedman, ed. New York: Guilford Press.

Mahler M. S., Pine F., and Bergman A. 1975. *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.

Maturana H., and Varela F. 1980. *Autopoiesis and cognition: The realization of living*. Boston: D. Reidel.

Minuchin P., Colapinto J., and Minuchin S. 1998. *Working with families of the poor*. New York: Guilford Press.

Minuchin S. 1974. *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Minuchin S., and Fishman H. C. 1981. *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Minuchin S., and Nichols M. P. 1993. *Family healing: Tales of hope and renewal from family therapy*. New York: The Free Press.

Minuchin S., Rosman B., and Baker L. 1978. *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Nadelson C. C. 1978. Marital therapy from a psychoanalytic perspective. In *Marriage and marital therapy*, T. J. Paolino and B. S. McCrady, eds. New York: Brunner/Mazel.

Nichols M. P. 1987. *The self in the system*. New York: Brunner/Mazel.

Nichols M. P. 1993. The therapist as authority figure. *Family Process*. J2163-165.

Paul W. L. 1967. The use of empathy in the resolution of grief. *Perspectives in Biology Medicine*. 77.153-169.

Pierce R., Nichols M. P., and DuBrin J. 1983. *Emotional expression in psychotherapy*. New York: Gardner Press.

Rabkin R. 1977. *Strategic psychotherapy*. New York: Basic Books.

Schwartz R. 1995. *Internal family systems therapy*. New York: Guilford Press.

Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., and Prata G. 1978. *Paradox and counterparadox*. New York: Jason Aronson.

Stanton M. D., Todd T. C., and Associates. 1981. *The family therapy of drug addiction*. New York: Guilford Press.

Thibaut J. W., and Kelley H. H. 1959. *The social psychology of groups*. New York: Wiley.

Vogel E. E., and Bell N. W. 1960. The emotionally disturbed child as the family scapegoat. In *The family*, N. W. Bell & E. F. Vogel, eds. Glencoe, IL: Free Press.

Whitaker C. A., and Keith D. V. 1981. Symbolic-experiential family therapy. In *Handbook of family therapy*, A. S. Gurman and D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.

White M. 1995. *Re-authoring lives: Interviews and essays*. Adelaide, Western Australia: Dulwich Centre Publications.

White M., and Epston D. 1990. *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.

## Глава пятнадцатая

# ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ: НАУКУ В ПРАКТИКУ, ПРАКТИКУ В НАУКУ

**Мирна Л. Фридландер, доктор философских наук'**

*Государственный университет штата Нью-Йорк, Олбани*

...Супруги спустя полгода после рождения первенца обратились к вам за помощью. Они (назовем их Александеры) расстались и, прожив порознь три месяца, хотели снова начать совместную жизнь ради сына. Оба были испуганы и чувствовали себя чрезвычайно уязвимыми. Через пять месяцев терапии они снова стали жить одной семьей. Тем не менее и муж и жена все еще переживали обиду и относились друг к другу с настороженностью.

...Через восемь лет вы сталкиваетесь с Александерами на матче молодежной футбольной лиги: супруги сияют, увидев вас, и осыпают благодарностями. Они искренне и восторженно превозносят сделанную вами работу. Теперь у них трое детей. Вы наблюдаете за старшим, резво носящимся по футбольному полю, — он был младенцем, когда Александеры впервые пришли к вам в офис, — и, охваченные благоговением, смотрите на двух счастливых малышей, которых держат на руках родители. Одна такая случайная встреча — и что еще нужно для счастья?!

Психотерапевты с большим опытом могут поделиться похожими историями из своей практики — и ощущение до конца решенной задачи, успехи профессионалов побуждают нас к изучению, практическому использованию и руководству в психотерапии. Но, как правило, мы имеем мало сведений о плодах нашей

Выражаем искреннюю благодарность за помощь в подборе и рецензировании материала Марше Каттинг, Карен Хупер, Мередит Лион, Ло-ри Файфер и Ма. Терезе Туасон.



работы, созревших уже после ее окончания. Мы месяцами пытаемся помочь двоим людям перестать причинять взаимную боль, и потихоньку они налаживают отношения, учатся заботиться друг о друге — затем с какого-то момента начинают идти своей дорогой, без нас. Что происходит с ними месяцы и годы спустя — этого мы можем не узнать никогда.

Если бы мы могли оглянуться в прошлое и исследовать все успешные и все неудачные процессы лечения семей, возможно, нам удалось бы выявить самые важные их составляющие (без сомнения, сразу после того, как Александеры прекратили посещения психотерапевта, ощутимого успеха не было — и только со временем выявились плюсы лечения). Мы должны найти какой-то способ, подтверждающий, что мы на правильном пути. Давая рекомендации семьям и планируя стратегии лечения, необходимо выбирать определенный курс действий и доказывать свою уверенность в том, что именно этот курс может привести к успешному исходу. Для этого необходимо иметь базу научных знаний и проводить научные исследования.

В этой главе рассматривается два основных вопроса: «Насколько эффективна терапия пар<sup>1</sup> и семейная терапия?» и «Что делает семейную терапию эффективной?» Когда вы будете изучать данные, полученные в ходе этого исследования<sup>2</sup>, не забывайте, что неизвестные факты, имеющие отношение к практике семейной терапии, могут быть столь же информативными, как известные.

## Насколько эффективна семейная терапия?

По сравнению с многотомными собраниями работ по индивидуальной психотерапии исследования в области терапии пар и семейной терапии встречаются редко. В конце концов, теории семейных систем появились примерно через 60 лет после опубликования самых ранних работ по психоанализу.

<sup>1</sup> В данной главе мы будем чаще использовать термин *терапия пар*, чем *супружеская терапия*, понимая под ним также гетеросексуальные пары, не состоящие в браке, и пары геев и лесбиянок. Термин *супружеская терапия* используется, поскольку данное исследование включало в себя преимущественно пары, состоящие в браке или помолвленные. Несомненно, что для подтверждения действительности данных результатов для других пар необходимы дополнительные исследования.

<sup>2</sup> Исследования, приведенные в данной главе, отнюдь не исчерпывают литературу по семейной терапии.

Когда в 1970—1980-х гг. началось эмпирическое изучение совместного лечения, исследователи, работавшие в области индивидуальной терапии, стремились продемонстрировать относительную эффективность разных теоретических подходов. И вот по каким причинам. Во-первых, стремительное развитие психотропных лечебных средств заставляло психотерапевтов как можно быстрее показать эффективность своих, более дорогостоящих методов лечения. Во-вторых, исследователям не терпелось ответить британскому бихевиористу Гансу Айзенку (1952), который поставил под сомнение само представление о том, что лучше подвергнуться психотерапии, чем этого не делать. К 1980 г. исследователи заявили о наличии существенных доказательств того, что индивидуальная психотерапия эффективна приблизительно для 75% людей, обратившихся за помощью (Smith & Glass, 1977).

Исследователи, занимающиеся семейной терапией, будучи новичками, чувствовали необходимость доказать, что системные подходы здесь по крайней мере так же эффективны, как и традиционные индивидуальные. Сейчас и непосредственные, и косвенные потребители услуг в области психического здоровья в первую очередь обращают внимание на то, как выполняются их требования, и на умеренные цены (Newman & Tejeda, 1996). Поэтому большинство работ по семейной терапии отражает медицинскую модель, отвечающую на линейные вопросы: «Действует ли семейная терапия?» и «Насколько эффективна семейная терапия при лечении различных заболеваний?».

## ОБЩАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ

В обзоре литературы, содержащей результаты исследований и опубликованной к середине 1996 г., Пинсоф, Уинн и Хэмбрайт (1996; Pinsof & Wynne, 1995) пришли к выводу о том, что: а) существует достаточно данных, подтверждающих эффективность семейной терапии; и б) нет никаких свидетельств в пользу того, что семьям наносится вред, когда они подвергаются совместному лечению. Авторы других всесторонних обзоров (Baucom, Shoham, Mueser, Daiuto & Stickle, 1998; Dunn & Schwebel, 1995) также пришли к выводу о том, что в группах, где осуществлялась семейная терапия, в среднем наблюдался значительно больший успех, чем в тех контрольных случаях, где лечение не проводилось.

Метаанализ 163 случайно выбранных клинических испытаний (Shadish, Ragsdale, Glaser & Montgomery, 1995) показал, что степень эффективности супружеской терапии и семейной терапии сопоставима со степенью эффективности других психотерапевтических модальностей. (Метаанализ — это статистический анализ ряда научных работ, где каждое исследование рассматривается как отдельный объект. При метаанализе *степень эффективности* представляет собой стандартную разницу между группами, в которых осуществлялось лечение, и сравнительными группами.) 71 исследование (семейная терапия сравнивалась с контрольной группой, в которой лечение не проводилось) обнаружило значительно большую эффективность, чем фармацевтические, терапевтические и хирургические исследования. В 23 исследованиях (семейная терапия сравнивалась с индивидуальной терапией) результаты анализа не выявили существенных различий, хотя в нескольких случаях использование индивидуальной детской терапии оказалось предпочтительным, особенно для детей с поведенческими проблемами (Shadish et al., 1995). В отношении супружеской терапии метаанализ Дунна и Швебеля (1995) выявил три подхода, подтверждающих пользу лечения: поведенческая терапия, когнитивно-поведенческая терапия и терапия, ориентированная на инсайт (к этой категории относится терапия, фокусирующаяся на эмоциях).

Вы, наверное, почувствовали ненужность дальнейших доказательств того, что семейная терапия «действует»? Ведь, в самом деле, многие авторы пришли к одному и тому же выводу (Pinsof et al., 1996), и уже накапливаются исследования, в которых одна форма совместной терапии сравнивается с другой. Тем не менее к настоящему времени существует мало сравнительных исследований семейной терапии. Последние данные говорят о том, что, как и в сравнительных исследованиях по индивидуальной терапии, ни один подход не является лучше остальных (Shadish et al., 1995), особенно если в расчет берутся только хорошо спланированные исследования (Pinsof et al., 1996). Однако в связи с методологической ограниченностью было бы неразумным предполагать, что разные подходы в семейной терапии *не* имеют разной степени успешности (Pinsof et al., 1996), — наоборот, очевидно, что разные подходы «действуют» в разных целях, в разных семьях и при разных индивидуальных или семейных проблемах.

Эти соображения были приняты во внимание авторами работ, рецензируемых ниже. Знакомясь с данными исследований, помните, что в большинстве своем примеры совместного лече-

ния *не* относятся к системным подходам, описанным здесь. Некоторые из этих примеров — психопросветительские (т. е. предоставляющие информацию и психологическую поддержку), а другие — всего лишь компонент более широкой системы лечения, включающей лечение лекарственными препаратами, индивидуальные и групповые сеансы. Комбинированное лечение проводится в стационарных условиях, поскольку серьезные заболевания, такие, как шизофрения, злоупотребление психоактивными веществами, анорексия и аутизм, как правило, требуют комплексного подхода (Pinsof et al., 1996).

## **СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ, ПРИМЕНЯЕМАЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЗРОСЛЫХ**

**Серьезные психические расстройства.** Многие из ранних системных теоретиков заинтересовались семейной терапией, когда обнаружили, что неустойчивое поведение молодых людей с нарушенным душевным равновесием по-разному проявляется в контексте семейных взаимоотношений. Увлеченные возможностью найти щадящий способ лечения психоза, эти первопроходцы (среди них Мюррей Боуэн, Лайман Уинн и Джей Хейли) провели первое исследование серьезного психического заболевания с опорой на семью.

В настоящее время существуют серьезные обоснования лечения взрослых, страдающих биполярной депрессией (Clarkin et al., 1990; Clarkin, Carpenter, Hull, Wilner & Glick, 1998) и шизофреническими расстройствами (Goldstein & Miklowitz, 1995), в психопросветительском семейном контексте — это подразумевает обучение навыкам преодоления трудностей, снижение чувства вины, налаживание взаимоотношений и кризисное вмешательство. Действительно, широко распространено представление о том, что психологическое просвещение для людей с психопатическими симптомами более эффективно, чем индивидуальная терапия (например, Falloon, Boyd & McGill, 1982; Falloon et al., 1985; Randolph et al., 1984). Хорошо спланированные исследования (Falloon et al., 1982, 1985; Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Fries & Sturgeon, 1982) говорят о том, что структурированные семейные программы могут уменьшить вероятность рецидива; они более эффективны, чем медикаментозное антипсихотическое лечение, даже у пациентов из семей с большой степенью риска

(Goldstein & Miklowitz, 1995); они более выгодны в материальном отношении по сравнению со стандартным стационарным лечением (Pinsof & Wynne, 1995). Лефф со своими коллегами, например, разработал программу социального вмешательства, включающую в себя получение знаний о шизофрении, групповую суппортивную терапию родственников и домашние семейные сеансы. Поведенческая программа семейного регулирования, созданная Фаллуном и его коллегами (1985), включает образовательные моменты, обучение коммуникативным навыкам и решению возникающих проблем. Психопросветительская работа с супругами, проводимая Кларкином и его коллегами, наглядно продемонстрировала улучшения в области медикаментозного лечения взрослых с биполярными заболеваниями.

Продemonстрировав эффективность психологического просвещения, исследователи начали сравнивать значимость различных компонентов в комплексных моделях лечения. Из результатов исследований стало понятно, что общий эффект семейного вмешательства и медикаментозного лечения зависит от типа вмешательства, обстановки и нормативного объема медицинской помощи, оказываемой в данной обстановке (Goldstein & Miklowitz, 1995). Хотя некоторые исследования указывают на то, что терапия, направленная на инсайт, *не* помогает семьям, страдающим шизофренией (Baucorn et al., 1998), четких ответов на вопрос, что же *является* эффективным в семейных программах, не существует. Линзен (1993), например, выявил, что семейное лечение не приносит улучшений в хорошо спланированную образовательную программу индивидуального пациента, а Кит с коллегами не обнаружил никаких преимуществ активного семейного вмешательства над программой семейной психологической поддержки.

Исследования в этой области впечатляют. Методически правильные и четко спланированные научные работы не только значительно повысили уровень лечения молодых людей с серьезными нарушениями душевного равновесия, но и способствовали тому, что мир психиатрии перестал с былой уверенностью возлагать всю вину за болезнь пациента на его семью.

**Депрессия и тревога.** Поскольку многие, преодолевшие депрессию, в течение года после выздоровления имели рецидивы, исследователи все больше стали интересоваться семейным контекстом депрессии (Prince & Jacobson, 1995). Результаты значи-

тельного числа научных работ указывают на то, что: а) семейные взаимоотношения играют значительную роль в возникновении и развитии аффективной тревоги; и б) эффективность семейной терапии при лечении депрессивных расстройств зависит от тяжести семейных проблем и их связи с данной болезнью.

Для людей, страдающих биполярными заболеваниями, обычно подходят программы семейного психообразования, а для страдающих однополярной депрессией эти программы, как правило, менее эффективны, чем индивидуальное лечение (Clarkin et al., 1990). Тем не менее нет никаких данных о том, что именно это различие отражает: разницу между заболеваниями, разницу между индивидами, которым был поставлен тот или иной диагноз, или разницу между познавательными мотивациями. Вполне возможно, члены семьи считают, что мания — это болезнь, которую надо лечить, а депрессия, по их мнению, — личностная проблема или же нравственный недостаток.

В обзоре литературы, выполненном в 1995 г., Принс и Джейкобсон пришли к выводу о том, что семейное вмешательство неэффективно для взрослых, находящихся на лечении в больнице, а стационарная семейная терапия без последующего закрепляющего лечения может быть опасной. Неудивительно, что трудно сфокусироваться на родственных отношениях, когда один из супругов активно проявляет попытки к суициду (O'Leary, Sandeen & Beach, 1987). С другой стороны, психологическое просвещение и поддержка определенно имеют преимущества, если их совмещать с индивидуальным лечением. Тем не менее данных относительно эффективности лечения стационарных депрессивных больных, испытывающих серьезные супружеские или семейные проблемы, не представлено (Prince & Jacobson, 1995).

Существует лишь незначительное число научных работ по семейной терапии пациентов, находящихся в состоянии депрессии (Prince & Jacobson, 1995). Одно из недавних исследований, проводимое длительное время (Beardslee, Swatling, Hoke, Rothberg, van de Velde, Focht & Podorefsky, 1998), показало, что краткосрочное психообразовательное профилактическое вмешательство в семьях может стать эффективным. Цель этого подхода — не только предоставить детям информацию о депрессивной болезни отца или матери, но также улучшить взаимопонимание в семье через признание переживаний каждого из ее членов. Одной из особенностей этой программы является то, что в ней взрос-

лые обучаются помогать своим детям легче переживать родительскую депрессию.

Ряд исследований показал, что терапия пар эффективна в том случае, если пациенты осознают, что их депрессия связана с семейными проблемами (Foley, Rounsaville, Weissman, Sholomaskas & Chevron, 1989; O'Leary, Risso & Beach, 1990), особенно когда в состоянии депрессии находится жена (Baucom et al., 1998). Действительно, когда проблемы семейных взаимоотношений не берутся в расчет, лечение может нанести вред. С другой стороны, семейная терапия, как правило, неэффективна для находящихся в состоянии депрессии пациентов, счастливых в браке (Jacobson, Fruzzetti, Dobson, Whisman & Hops, 1993). В некоторых случаях краткосрочное лечение не ликвидирует ни депрессию, ни семейные трудности. Долгая депрессия, связанная с ранней травмой или невниманием, может сохраниться навсегда в близких отношениях, когда взаимоотношения партнеров повторяют первоначальную травму. Преодоление таких трудностей требует более длительного лечения, чем это представлено в замерах, осуществлявшихся в ходе эмпирических исследований.

Несмотря на тот факт, что тревога — психическая проблема, на которую чаще всего жалуются в Соединенных Штатах, исследований по семейной терапии взрослых, испытывающих общую тревогу или паническое расстройство, не проводилось. Одно из исследований поддерживает использование помощи членов семьи при лечении невроза навязчивых состояний (Mehta, 1990). Другие данные говорят о том, что процесс лечения больных агорафобией, которые в то же время испытывают семейные трудности, проходит более успешно, когда в нем принимают участие супруги этих больных. Даже если человек совсем или почти совсем не испытывает семейных трудностей, помощь партнера может повысить эффективность лечения (Baucom et al., 1998). В серии проведенных исследований Барлоу и его коллеги (Barlow, O'Brian & Last, 1984; Cerny, Barlow, Crosh & Himadi, 1987) продемонстрировали, что групповое лечение страдающих агорафобией пациентов с участием их супругов более эффективно, чем лечение без участия последних, и результаты такого рода лечения закрепляются (дополнительных встречах через один и два года. Тем не менее подобный положительный результат не был достигнут другой группой исследователей (Cobb, Mathews, Childs-Clarke & Blowers, 1984). Возможно, когда агорафобия соседствует с проблемой стабилизации семейных взаимоотношений, снятие симптомов представляет опасность.

**Алкоголизм и наркозависимость.** Лечение алкоголизма — одна из наиболее хорошо исследованных областей семейной терапии. Проверке были подвержены многокомпонентные программы лечения, в том числе программа Консультации супругов, страдающих алкоголизмом (проект CALM — Counseling for Alcoholic Marriages: O'Farrel, Choquette, Cutter, Brown & McCourt, 1993), и Метод общественного подкрепления Азрина (1976). Основные вопросы этого исследования: «Побуждает ли участие партнера к отказу от алкоголя? Усиливает ли оно эффективность лечения и предотвращает ли рецидив? Существуют ли какие-либо переменные, которые обеспечивают эффективность семейной терапии при лечении проблем, связанных с алкоголем?» (Edwards & Steinglass, 1995).

Данные, подтверждающие эффективность, представлены в ограниченном количестве (Baucom et al., 1998), но исследования показывают, что основную роль участие членов семьи играет на начальной стадии избавления от алкоголизма (Edwards & Steinglass, 1995). В различных работах указано на то, что готовность супругов противостоять партнерам (например, Liepman, Silvia & Nirenberg, 1989) и узнавать все больше нового о пьянстве и его последствиях (например, Sisson & Azrin, 1986) может стать сильным побуждающим фактором и не только подтолкнуть алкоголиков к лечению, но и изменить схему запоев до начала применения терапии.

С другой стороны, исследования по вопросу участия супругов и семьи в самой терапии не столь впечатляют (Edwards & Steinglass, 1995). Семейные методы лечения включают в себя как соматические, так и поведенческие подходы. Некоторые работы доказывают преимущество семейной терапии над индивидуальной в случае, если целью является достижение трезвости в кратковременный срок (например, Corder, Corder & Laidlaw, 1972), другие же работы не усматривают разницы (например, Longabaugh, Beattie, Noel, Stout & Malloy, 1993) в отношении отказа от употребления алкоголя или супружеского поведения (Edwards & Steinglass, 1995). К тому же степень вовлеченности партнера существенно варьируется в разных исследованиях, а указаний на то, что большая вовлеченность более эффективна, не имеется (например, McCrady, Noel & Abrams, 1986).

Еще более тревожны работы, в которых говорится о том, что с течением времени семейная терапия утрачивает силу. И действительно, результаты *всех* методов, и не только семейного, осла-



бевают после окончания лечения. Несмотря на то что участие супруга в закрепляющих программах увеличивает посещаемость курса, данных о том, что результаты терапии сохраняются более двух лет, не имеется, а об эффективности самой популярной закрепляющей программы Анонимных алкоголиков известно немного (Edwards & Steinglass, 1995).

В этих исследованиях имеются многочисленные недостатки. К числу методических проблем относятся: большое разнообразие видов программ, недостаток тщательно проверенных сведений по долгосрочному закрепляющему лечению и отсутствие оценки членов семьи (Edwards & Steinglass, 1995). Еще одна проблема — общепринятое суждение о том, что все алкоголики одинаковы. Исследования переменных, которые сдерживают эффективность лечения, говорят о том, что: а) поведенческая супружеская терапия (ПСТ), включающая в себя профилактику рецидива, имеет преимущества по сравнению с ПСТ в чистом виде (O'Farrell et al., 1993; O'Farrell, Choquette & Cutter, 1998); б) лечение в парах, как правило, менее успешно для женщин, страдающих алкоголизмом (Wiens & Menustik, 1983); и в) лечение от алкогольной зависимости более эффективно, когда члены семьи также воздерживаются от употребления алкоголя (Edwards & Steinglass, 1995). Тщательно спланированный клинический эксперимент (Shoham, Rohrbaugh, Stickle & Jacob, 1995) показал, что при лечении состоящих в браке алкоголиков необходимо принимать во внимание интерперсональные составляющие. Пары высокой степени риска лучше всего могут подвергаться «системно-фокусированному лечению, не выдвигающему высоких требований» (Shoham et al., 1998).

По сравнению со значительным числом исследований, посвященных алкоголизму, исследования по проблеме наркозависимости среди взрослых встречаются редко и во многом ограничены. Специалисты по проблемам наркомании не выступают столь же последовательно, как в случаях с алкоголизмом, в поддержку использования вмешательства семьи, если человека необходимо побудить обратиться за медицинской помощью (Liddle & Dakof, 1995). Недавно выполненный метаанализ 15 проведенных под контролем исследований показал преимущество семейной терапии и терапии пар над индивидуальной терапией и семейным психообразованием (Stanton & Shadish, 1997). Более того, семейная терапия оказалась более выгодной по цене, чем метадон, и применение этого метода представляло большую ве-

роятность удержать клиента с плохими прогнозами (Stanton & Shadish, 1997).

Авторы одного из исследований терапии пар, направленной на лечение наркозависимости (Fals-Steward, Birchler, O'Farrell, 1996), представили особенно впечатляющие результаты. 80 состоящим в гражданском или официальном браке мужчинам, многие из которых были направлены на лечение судом по преступлениям, связанным с наркотиками, в случайном порядке была предписана либо стандартная программа индивидуального и группового лечения, либо стандартная программа в сочетании с ПСТ. Результаты подтвердили сравнительную эффективность комбинированной программы, направленной на улучшение взаимоотношений, при проведении закрепляющего лечения, которое осуществлялось в течение года в четыре этапа. Более того, ПСТ оказалась более приемлемой по цене, чем индивидуальное лечение (Fals-Steward, O'Farrell & Birchler, 1997). Несмотря на то что индивидуальные результаты (снижение количества употребляемых наркотиков, меньшее число госпитализаций и арестов, связанных с употреблением наркотиков) в ходе лечения различались незначительно, замер по окончании лечения показал заметную разницу этих показателей. Тем не менее с течением времени разница в употреблении наркотиков между двумя группами стерлась. Фальс-Стюарт и его коллеги (1996) предположили, что ПСТ снижает вероятность рецидива в месяцы, последующие лечению, если человек продолжает использовать навыки межличностной коммуникации, которым научился на сеансах пар.

Наркозависимость и алкоголизм — самые трудноизлечимые проблемы наших дней, и вред, который они наносят семьям, огромен. Несмотря на этот факт, некоторые специалисты по наркомании, которые рассматривают пристрастие к наркотикам как болезнь, исключают членов семьи из процесса лечения, а психотерапевты, которые не считают эту проблему болезнью, отказываются признавать вклад самого больного в борьбу с наркозависимостью. К счастью, за последние несколько лет в дебатах по этому вопросу стало меньше разногласий, и оба лагеря стали ценить достижения друг друга. Предоставляя эмпирические доказательства взаимного влияния индивидуальных и семейных составляющих, исследователи смогут способствовать более продуктивному сотрудничеству специалистов по наркозависимости и по психическому здоровью.

**Медицинские проблемы.** Семейное лечение сердечно-сосудистых и неврологических проблем (Campbell & Patterson, 1995) — наиболее последовательно изученные области в лечении медицинских проблем взрослых. Интерес в системном исследовании медицинского вмешательства в эти и другие проблемы был вызван появлением данных, свидетельствующих о том, что: а) семейные взаимоотношения влияют на состояние здоровья людей всех возрастов; б) острые и хронические заболевания оказывают сильное воздействие на супругов и других членов семьи и в) супружеская и семейная поддержка и участие могут улучшить действие медицинских средств и продлить жизнь человека (Campbell & Patterson, 1995). Тем не менее сведения, подтверждающие эффективность семейной терапии в этой области, не столь впечатляют. В обзоре 1995 г. Кемпбелл и Паттерсон не обнаружили проведенных под контролем экспериментов по семейной терапии, направленной на лечение хронических заболеваний взрослых. Вернее говоря, процесс лечения во всех случаях представлял собой психологическое образование и семейную поддержку.

Что касается гипертонии, сердечно-сосудистых заболеваний и реабилитации, проведенные исследования демонстрируют связь между физическим состоянием пациентов и степенью стресса, тревогой, депрессией и семейной удовлетворенностью супругов (Campbell & Patterson, 1995). Необходимость участия семьи в лечении гипертонии получила обоснованную поддержку. Например, Мориски с коллегами (1983) выяснил, что консультации супругов во время домашних визитов не только улучшали действие терапии на пациента и его кровяное давление, но и, по сути дела, увеличивали процент выживания.

Исследования, посвященные неврологическим заболеваниям (слабоумие и паралич), сфокусированы на роли членов семьи в психическом здоровье больного. Результаты нескольких работ говорят о том, что компетентное психопросветительское вмешательство является более эффективным, чем группы семейной поддержки или лечение с перерывами, но они тем не менее ценятся членами семьи (Campbell & Patterson, 1995). Эванс, Мэтлок, Бишоп, Странахан и Педерсон (1988) пришли к выводу, что психологические консультации влияют на взаимоотношения в семье в большей степени, чем поддержка членов семьи и предоставление им информации о болезни. К сожалению, работы по медицинскому вмешательству, например, в области сердечной реабилитации, как правило, рассчитаны лишь на одного члена

семьи и не отражают отношений в системе (Campbell & Patterson, 1995).

Снижение риска также находилось в фокусе нескольких многообещающих исследований. В одной из крупных работ по профилактическим мерам семейные консультации позитивно повлияли на стремление поддерживать диету у мужчин с повышенным уровнем холестерина (Knutsen & Knutsen, 1991). Еще два заболевания, ожирение и курение, изучались с семейной перспективой.

**Ожирение.** В этой области проводились под контролем исследования когнитивно-поведенческой терапии пар. К сожалению, как и в случаях с алкоголизмом и наркоманией, положительные результаты, достигнутые в ходе лечения, с течением времени ослабевают (Black, Gleser & Kooyers, 1990). Неудивительно, что супружеская удовлетворенность и сплоченность способствуют положительному исходу (Campbell & Patterson, 1995). Любопытным является заключение о том, что результаты лечения бывают более благоприятными, когда жены поддерживают своих мужей, старающихся похудеть, а не наоборот (Campbell & Patterson, 1995). Полученные данные указывают на то, что первоначальная потеря веса больше, когда муж или жена больного вовлечены в процесс лечения (Campbell & Patterson, 1995), но воздерживаются от активного участия (Pearce, LeBow & Orchard, 1981). Конечно, оказывать скрытую поддержку нелегко, особенно если предыдущим попыткам супруга оказать помощь был дан отпор.

**Курение.** В общем и целом программы по борьбе с курением были не столь успешны, как в случаях с ожирением, несмотря на то что отношение к нему членов семьи значительно (Campbell & Patterson, 1995). Программы лечения с участием супругов многократно подвергались контрольным проверкам, и результаты не показали никаких систематических преимуществ (Campbell & Patterson, 1995). Хотя такого рода программы не увеличивают поддержку супругов, полученные данные говорят о том, что: а) люди, которых поддерживают партнеры, обычно достигают большего успеха в ходе лечения и б) партнер скорее должен избегать критики, чем оказывать активную поддержку (Campbell & Patterson, 1995).

Обзор исследований в данной области говорит о том, что

вмешательство семьи достигает наибольшего успеха тогда, когда налицо явная медицинская угроза. К сожалению (за исключением некоторых случаев), эмпирической проверке были подвергнуты лишь те поведенческие подходы, которые четко сосредоточены на медицинских и физических проблемах. Такие проблемы, как ожирение и курение, проявляются и прогрессируют в контексте семьи, и опытные терапевты часто обнаруживают, что клиенты сознательно снижают угрозу своему здоровью после преодоления межличностных сложностей.

**Сексуальные проблемы.** Несмотря на тот факт, что сексопатологи обычно используют в своей работе парный контекст исследований, проведенных под контролем, результатов совместного лечения сексуальных дисфункций имеется мало, а большинство работ по индивидуальной поведенческой терапии контролю не подвергалось (Hogan, 1978). Это не означает, что сексопатологи оставляют без внимания роль взаимоотношений партнеров в появлении, развитии и снятии сексуальных проблем. Обычно лечение в парах подразумевает, что партнеры подталкивают друг друга к высказыванию своих предпочтений. Такая открытость приводит, в свою очередь, к повышению доверия и близости, которые необходимы для сексуальных экспериментов (Kaplan, 1974).

Лечение, в котором участвуют партнеры, как правило, нацелено на женские, а не на мужские проблемы — сексуальные дисфункции (например, вагинизм), первичные и вторичные (т. е. ситуационные) оргазмические расстройства и пониженное сексуальное влечение (Bancroft et al., 1998). Компоненты такого лечения включают в себя самонаблюдение, направленную мастурбацию, чувственный фокус, сексуальную фантазию и обучение. Самый известный метод лечения, метод Мастерса и Джонсона (1970), также побуждает партнеров открыто говорить о своих сексуальных трудностях. Исследования этого подхода (например, Mattews, Bancroft, Whitehead, Haekmann, Julier, Bancroft, Gath & Shaw, 1976), а также схожих с ним методов (Everaerd & Dekker, 1981; Hurlburt, 1993), в которых обучение сексуальным навыкам совмещается с общением в парах, привели к многообещающим результатам. По-видимому, одним из смягчающих факторов является степень дисфункции в каждом конкретном случае. Вероятно, лечение сексуальных расстройств менее эффективно для тех пар, которые испытывают серьезные проблемы

во взаимоотношениях, которые какое-то время прожили порознь, особенно в тех случаях, когда у мужчины нет мотивации (Hawton & Catalan, 1986).

В одном из исследований женщинам с подавленным сексуальным влечением была предложена эмоционально-фокусированная супружеская терапия (MacPhee, Johnson & van der Veer, 1995). Несмотря на то что участницы исследования не жаловались на семейные проблемы, результаты показали, что женщины с лучшими результатами лечения были более удовлетворены браком в начале терапии. Возможно, поэтому результаты лечения в данной группе оказались довольно скромными. По сравнению с предварительными контрольными замерами женщины, к которым применялась ЭНТ, по окончании лечения меньше жаловались на депрессию и отмечали возросшее сексуальное влечение, но разницы в частоте сексуальных отношений не обнаружилось.

## **СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ**

Большинство взрослых, обращающихся за психологической помощью, делают это добровольно, но детей обычно направляют в психологические-службы посторонние люди, усматривающие в связи с их поведением некие проблемы. Поэтому неудивительно, что по сравнению с литературой о депрессиях и тревоге у детей исследований о проблемах детского поведения имеется гораздо больше. В следующих подразделах приводится сводный обзор исследований результативности в сфере семейной психотерапии по поводу соответственно проблем личностного и социального поведения, эмоциональных проблем, соматических проблем, нарушений питания и проблем злоупотребления психоактивными веществами.

**Поведенческие проблемы.** Тренинг воспитательных навыков у родителей (ТВН; англ. PMT — Parent Management Training) — это превалирующий психотерапевтический подход при возникновении у детей поведенческих проблем. В типичном случае он предполагает обучение родителей — с помощью примеров для подражания, ролевых игр и домашних заданий — умению использовать принципы управления поведением в воспитании де-

тей. Впечатляющий объем данных подтверждает эффективность ТВН при работе с детьми в возрасте до четырнадцати лет, страдающими от расстройств типа враждебности и других отклонений в поведении, а результаты ряда исследований показывают, что ТВН может оказаться более эффективным, чем традиционная семейная психотерапия, для устранения поведенческих проблем у детей с антисоциальными установками (Estrada & Pinsof, 1995).

В целом ТВН дает хорошие результаты в устранении проблем поведения дома и в школе — судя по наблюдениям в ходе послетерапевтического сопровождения и по оценкам, сделанным спустя долгое время (Forehand & Long, 1988; Kazdin & Weisz, 1998), даже через четырнадцать лет (Estrada & Pinsof, 1995). Более того, контролируемые (т. е. предусматривающие сравнение с контрольной группой. — *Прим. перев.*) исследования выявили богатый потенциал ТВН как для улаживания семейных конфликтов, усиления сплоченности семьи, эмоционального улучшения взаимоотношений (например, Sayger, Home & Glaser, 1993), так и для изменения родительского поведения и снятия факторов дистресса (например, Peed, Roberts & Forehand, 1977; Sayger et al., 1993). В своем обзоре литературы по ТВН Каздин (Kazdin, 1997) отмечает, что родителям необходимо ознакомиться с принципами социальных навыков, чтобы эффективно применять их в семейной обстановке. Глубокое понимание этих принципов важнее, нежели простое изучение технических аспектов воспитания детей.

Результаты исследований также предполагают, что психотерапевтическое воздействие, направленное на улучшение внутрисемейной коммуникабельности, способно повысить эффективность ТВН в случаях дисфункциональных семей (Dadds, Schwartz & Sanders, 1987). Дополнительная психотерапия для детей — например, тренировка способности решать проблемы — также оказывается эффективной в сочетании с ТВН (Kazdin, Esveldt-Dawson, French & Unis, 1987), а приобретенные навыки имеют тенденцию закрепляться на долгий срок (Estrada & Pinsof, 1995). Было выявлено, что программы ТВН, как включающие, так и не включающие в себя тренинг детей, способны придать более позитивный оттенок внутрисемейным интеракциям родителей и детей (Webster-Stratton & Herbert, 1994).

Тем не менее для значительного числа семей ТВН не стал успешным методом. Неудивительно, что плохо идут дела у детей, чьи родители страдают от сильных стрессов или депрессий (Web-

ster-Stratton, 1990). Прослеживается тенденция высокого процента отказов продолжать психотерапию, особенно среди неблагополучных и социально изолированных семей (Miller & Prinz, 1990), а положительные результаты у тех, кто выдержал программу до конца, не всегда сохраняются на долгий срок (Estrada & Pinsof, 1995). Далее, не хватает эмпирических данных о результативности подобных программ по некоторым важным аспектам, таким, как отношения со сверстниками, навыки межличностной коммуникации и академическая успеваемость (Kazdin, 1997), кроме того, слишком мало исследований проводилось в подростковой возрастной группе. Большинство изысканий были ориентированы на детей в возрасте до десяти лет (Kazdin, 1997). Хотя некоторые исследования предполагают, что возраст, если концентрировать внимание на серьезности симптомов, перестает быть значимым фактором (Kazdin, 1997), ТВН, по-видимому, лучше всего подходит для предподросткового возраста.

Тщательно разработанная групповая программа для родителей «Серии для родителей и детей» (PACS — Parents and Children Series; Webster-Stratton and Herbert, 1994) охватывает широкий диапазон проблемных ситуаций и использует показ сценок на видеокассетах, методы ролевых игр и репетиции поведения. Недавнее клиническое испытание, сделанное на случайной выборке, показало преимущество этого подхода по сравнению с традиционной психотерапией и с контрольной группой, состоящей из родителей маленьких детей (от трех до восьми лет), обратившихся за помощью в детский центр психического здоровья (Taylor, Schmidt, Pepler & Hodgins, 1998).

Оценивались также несколько других моделей психотерапии семей с детьми подросткового и предподросткового возраста. При работе с отклонениями в социальном поведении и правонарушениями были определены три подхода: обучение социальному опыту (например, Patterson, 1982), функциональная семейная терапия (Alexander & Parsons, 1982) и многоцелевой экологический метод (Chamberlain & Reid, 1991). Успехи семейной психотерапии получили бесспорное документальное подтверждение (Kazdin, 1987) и выражаются улучшением поведения (Szapocznik et al., 1989), снижением количества детей, изолированных за правонарушения (Bank, Marlow, Reid, Patterson & Weinrott, 1991) или госпитализированных (Chamberlain & Reid, 1991). Как и в случае программ ТВН для маленьких детей с отклонениями в социальном поведении, семейная терапия менее действенна для подростков с множественной симптоматикой, из неблагополучных



семей, переживающих сильный стресс, а лучшие результаты достигаются детьми в возрасте до двенадцати с половиной лет (Chamberlain & Rosicky, 1995). К сожалению, тем, кто больше всего нуждается в помощи, помочь, по-видимому, труднее всего. Детям, никогда не знавшим стабильности, соблазны улицы могут просто-напросто показаться чересчур сильны, когда они станут подростками.

Один из хорошо изученных подходов в работе с юными правонарушителями и их семьями — мультисистемная терапия (МСТ; англ. MST — Multisystemic Therapy; Henggeler & Borduin, 1990) — выглядит многообещающим, поскольку специально настроен на детерминанты антисоциального поведения в индивидуальном, семейном и общественном плане (Kazdin & Weisz, 1998). Как показывают исследования, работа психотерапевтов, владеющих методами МСТ и применяющих их в контексте общественных психологических служб, способна оказаться не менее результативной, чем в условиях университетской исследовательской лаборатории (Kazdin & Weisz, 1998; Brondino, Scherer & Hanley, 1997), на это могли бы претендовать немногие из других подходов. Результаты МСТ сводятся к уменьшению числа приводов, фактов изоляции за правонарушения и снижению криминальной активности в целом (последнее — по данным опросов самих правонарушителей), а также снятию негативной симптоматики у детей и родителей и к улучшению семейных взаимоотношений.

Активно изучается еще одно распространенное детское расстройство, синдром дефицита внимания на фоне гиперактивности (СДВ; англ. ADHD — Attention Deficit Hyperactivity Disorder). В обзоре 1995 г. Эстрада и Пинсоф пришли к выводу, что ТВН может улучшить семейные взаимоотношения и снизить уровень стресса у родителей. ТВН способен сыграть положительную роль в отношении агрессивности и других поведенческих проблем у детей с СДВ, но не в отношении самих симптомов — отвлекаемости, импульсивности и чрезмерной активности. Результаты сравнения ТВН с другими методами, отдельно или в комбинации, не позволяют сделать окончательных выводов (Estrada & Pinsof, 1995). Одни исследования подтверждают пользу применения стимулирующих препаратов в сочетании с ТВН (Horn et al., 1991), другие — нет (Ialongo et al., 1993). Среди самых перспективных исследований, в работе Барклея и других (Barkley, Guevremont, Anastapoulous & Fletcher, 1992), указано, что случаи применения ТВН, системной семейной терапии и тренинга не выявляют разницы в способности решать проблемы у родителей и

детей, а в отчете Саттерфильда и других (Satterfield, Satterfield & Cantwell, 1981) сообщается об улучшении на протяжении трех лет благодаря сочетанию многоmodalной семейной терапии и стимулирующих препаратов. Возможно, медикаментозное лечение способно в достаточной степени приохотить детей к психотерапии, чтобы они получили от нее пользу, а родители в большей мере готовы изменить собственное поведение, коль скоро видят, что поведение детей стало улучшаться.

И наконец, только одно нарушение развития, аутизм, широко изучалось систематически (Estrada & Pinsof, 1995; Kazdin & Weisz, 1998). В типичном случае программы предусматривают интенсивную психотерапию для детей и в качестве компонента обучение родителей педагогическим и психотерапевтическим методам, основанным на принципах обретения социальных навыков и оперантного обуславливания. Ловаас (Lovaas, 1987), например, осуществлял тренинг родителей в программе домашнего обучения, а в дальнейших исследованиях эта пилотная программа была воспроизведена и расширена (например, Birnbrauer & Leach, 1993).

Во всех этих программах семейного тренинга модель психотерапевтического процесса предусматривает привлечение к этому процессу родителей, которые становятся его полноправными участниками. Такое вверение родителям психотерапевтических полномочий представляется весьма важным обстоятельством, вероятно, потому, что оно позволяет справиться с деморализованностью и чувством беспомощности взрослых, когда они обнаруживают у своих детей серьезные психологические проблемы.

**Эмоциональные проблемы.** До настоящего времени исследований, посвященных терапии детской тревоги и депрессии, было гораздо меньше, чем по другим расстройствам, несмотря на общее согласие в том, что у детей и подростков эти проблемы являются главными (Estrada & Pinsof, 1995). Большинству детей, попавших к психотерапевту по поводу тревоги или депрессии, будет предложена индивидуальная психотерапия или когнитивно-поведенческая терапия, т. е. те же самые методы, которые чаще всего применяются и в случае тревоги и депрессий у взрослых. Такое положение дел просто курьезно, ведь общепризнано, что главным фактором, ответственным за эмоциональные трудности у детей, являются семейные проблемы.

Признавая необходимость работать с детьми, страдающими

от интернализованных расстройств (тревога, фобии и депрессия), именно в семейном контексте, исследователи в последнее время начали разрабатывать и использовать новые терапевтические модели. Тем не менее до сих пор получены лишь ограниченные свидетельства в пользу семейных подходов в терапии детей с подобными проблемами (Estrada & Pinsof, 1995).

Как было показано в нескольких исследованиях, тренинг родителей в сочетании с индивидуальной когнитивной терапией для ребенка снимает простые фобии (Dadds, Heard & Rapee, 1991), в частности школофобию (например, Mansdorf & Lukens, 1987), однако во многих случаях методология этих исследований имела изъяны, поэтому оценивать их следует с осторожностью (Estrada & Pinsof, 1995). В недавнем методически выверенном исследовании на тему детской тревоги (Barrett, Dadds & Rapee, 1996) проверялась действенность экстенсивной программы семейного менеджмента в сочетании с когнитивно-поведенческой терапией тревожных детей в возрасте от семи до четырнадцати лет. Программа семейного менеджмента, вовлекая родителей и детей в психотерапевтическое партнерство, позволяет: а) поддержать смелые попытки детей перейти к новому типу поведения и избавиться от чрезмерной склонности жаловаться (благодаря тренировке способности справляться с непредвиденными обстоятельствами); б) помочь родителям осознать и урегулировать собственные тревожные реакции; в) улучшить родительские коммуникативные навыки и решения проблем. Результаты свидетельствуют о существенном преимуществе сочетания индивидуального и семейного подхода по сравнению с одним только индивидуальным. Комбинированная терапия оказалась наиболее эффективна для девочек и маленьких детей.

В недавнем дополнительном исследовании (Cobham, Dadds & Spence, 1998) семейная терапия сводилась к единственному компоненту — умению справляться с тревогой у родителей. Результаты подчеркивают роль эмоциональных трудностей родителей в возникновении проблем у их детей. Дети тревожных родителей хуже поддавались ориентированной на них терапии, нежели дети, чьи родители не отличались тревогой, однако родительский компонент в методах терапии детей тревожных родителей только повышал ее эффективность.

Сильная депрессия в сочетании с тревогой хуже поддается терапии, и дети, имеющие обе эти проблемы, могут лучше реагировать на индивидуальную когнитивно-поведенческую терапию,

нежели на систематическую семейную терапию (Brent, Kolko, Birmaher, Baugher, Bridge, Roth & Holder, 1998). В самом деле, имеющиеся данные предполагают, что в случае подростков с серьезной депрессией некоторые семейные подходы могут оказаться не столь полезными, как индивидуальная терапия. В частности, системная семейная терапия (Brent, Holder, Kolko, Birmaher, Baugher, Roth, Iyengar & Johnson, 1997), метод наставления родителей / семейной терапии с последующим сопровождением (King, Hovey, Brand, Wilson & Ghaziuddin, 1997) и семейная терапия в домашних условиях (Harrington, Kerfoot, Dyer, Mc-Niven, Gill, Harrington, Woodham & Byford, 1998) не продемонстрировали своего превосходства перед индивидуальной терапией. С другой стороны, непроконтролированные исследования ориентированной на ребенка семейной терапии, поведенческой и стратегической (Steinberg, Sayger & Szykula, 1997), а также многосемейных групп психологического обучения (Fristad, Gavazzi & Soldano, 1998) показали улучшение в случаях депрессии и поведенческих проблем у детей.

Не исключено, что в обстоятельствах, когда психотерапевт сосредоточивается на семейных проблемах общего характера и на трудностях внутрисемейной коммуникации, страдающий депрессией подросток в большей степени ощущает себя беспомощным и подавленным. Когда же выявляются позитивные аспекты взаимоотношений родителей и ребенка, результаты могут оказаться более благоприятными. В русле этих идей интересная работа проводится в Медицинской школе Пенсильванского университета и в Филадельфийской детской воспитательной клинике. Даймонд и Сиквеланд (Diamond & Siqueland, 1995) собрали данные о результатах краткосрочного (от десяти до двенадцати сеансов) семейного подхода в работе с подростковой депрессией, основанного на концепциях структурной терапии, кибернетики и привязанностей (эмоциональном контакте). Их модель отличается от описанной выше когнитивной поведенческой терапии тем, что явным образом ориентирована на укрепление эмоциональных связей между родителями и подростком. У этой программы в случае ее успеха имеется достаточный потенциал для того, чтобы изменить способы, которыми мы осуществляем семейную психотерапию с подростками. Слишком часто психотерапевты думают о ниспровержении подростками авторитетов и не обращают внимания на их настоящую потребность в близости и ласке.

**Соматические проблемы и нарушения питания.** Уход за ребенком с хроническим заболеванием труден и эмоционально утомителен для родителей, братьев и сестер. Как свидетельствуют исследования, при этом наиболее жизнестойкие семьи характеризуются сплоченностью, умением справляться, эффективностью интерперсональной коммуникации, налаженными отношениями с медицинскими специалистами, использованием общественной поддержки, сбалансированностью потребностей каждого члена семьи благодаря установлению ограничений и поддержанию гибкости (Patterson, 1991).

Исследования, проверяющие эффективность семейной терапии в случае таких психосоматических расстройств, как сверхлабильный диабет и тяжелая астма (например, Liebman, Minuchin & Baker, 1974), выглядят многообещающими, однако проблема состоит в отсутствии контрольных групп и стандартных методов оценивания результатов (Campbell & Patterson, 1995). Исследователи также проверяли эффективность программ психообучения, которые предоставляют поддержку и информационное обеспечение, обучают специфическим способам справляться с хроническими заболеваниями (например, Satin, LaGrec, Zigo & Skyler, 1989) и физической недееспособностью. Результаты предполагают, что домашние программы предпочтительны для тех семей, которые располагают меньшими социальными, экономическими и эмоциональными ресурсами (Campbell & Patterson, 1995). Хотя эти исследования тоже несовершенны с точки зрения методологии, в нескольких программах были продемонстрированы положительные результаты — не только в виде роста расположения к средствам лечения, но также улучшение физического состояния ребенка, появление у него чувства самостоятельности и развитие способности родителей справляться со стрессами, фрустрированностью и тревогой, типичными в ситуации интенсивного медицинского ухода (Campbell & Patterson, 1995).

Литературы о результатах терапии нарушений питания не слишком много. Что касается ожирения, то, как показывают несколько исследований, участие родителей, если оно соответствует факторам развития ребенка, играет здесь важную роль (Campbell & Patterson, 1995; Kazdin & Weisz, 1998). Хотя данные экспериментов недостаточно устойчивы, снижение веса в предпубертативном возрасте происходит больше, когда в терапии принимают участие родители (например, Brownell, Kelman & Stunkard, 1983).

В отличие от когнитивно-поведенческих методов терапии ожирения, которые сосредотачиваются исключительно на сни-

жении аппетита и веса ребенка, при работе с анорексией и булимией применяются семейные системные подходы, в частности структурная терапия. Ранние исследования по структурной терапии анорексии не контролировались, однако предусматривали тщательное изучение внутрисемейных интеракций и долгосрочное послетерапевтическое сопровождение (Minuchin, Rosman & Baker, 1978). В целом для подростков с анорексией, продолжающейся менее трех лет, семейная психотерапия, по-видимому, более эффективна, нежели психотерапия индивидуальная. Но это не так для подростков, у которых нарушения аппетита приняли хроническую форму (Campbell & Patterson, 1995), и для семей с высокой эмоциональной экспрессивностью (Russel, Szmuckler, Dare & Eisler, 1987). Одно методологически продуманное сравнительное исследование не выявило никакой разницы между семейной и индивидуальной терапией булимии (Russel et al., 1987), однако детям младшего возраста, страдающим анорексией, лучше помогает структурный семейный подход. Возможно, подростки из старшей возрастной группы хуже воспринимают семейную терапию по той причине, что родители меньше властны над их поведением, или же проблемы аппетита в этой возрастной группе отличаются большей сложностью.

**Злоупотребление психоактивными веществами.** В литературе о злоупотреблении психоактивными веществами у взрослых большая часть исследований посвящена алкоголизму, а работ на тему наркомании меньше. В случае детей и подростков ситуация прямо противоположная. С начала 1980-х гг. во многих работах были продемонстрированы положительные результаты семейной терапии подростков с проблемами химической зависимости (например, Szapocznik et al., 1989). Исследования предполагают, что структурные подходы (в широком смысле) эффективны для втягивания подростков и членов их семей в психотерапию (Liddle & Dakof, 1994; Szapocznik et al., 1988), для уменьшения потребления наркотиков (Alexander & Parsons, 1982; Liddle & Dakof, 1994; Schmidt, Liddle & Dakof, 1996) и решения сопутствующих проблем (Azrin et al., 1994), а также для повышения функциональности семьи (Azrin et al., 1994; Liddle & Dakof, 1994; Schmidt et al., 1996). Особенно примечательная программа контролируемых исследований, выполненная Шапочником с сотрудниками (Szapocznik et al., 1986, 1988) на выборке испаноязычных семей США, показала, что структурный подход может быть эффективен даже

тогда, когда только один член семьи готов посещать сеансы терапии. Еще одна группа исследователей, применяющая многогранную терапию, показала, что снижение потребления подростками наркотиков связано с улучшением родительского стиля поведения (Schmidt et al., 1996). К сожалению, многие из этих работ выполнены на небольших однородных выборках, и за редким исключением (Liddle & Dakof, 1995) в них не рассматривались такие результаты терапии, как социализация поведения и функционирование семьи. Хотя исследования в этой области единичны, Стэнтон и Шадиш (Stanton & Shadish, 1997) провели метаанализ, который показал, что работать с химической зависимостью у подростков лучше всего в контексте семейной терапии.

### **СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ**

Читая предшествующий обзор, вы могли отметить, что семейная терапия по большей части применяется лишь в качестве вспомогательного или альтернативного подхода при работе с индивидуальными расстройствами. Большинство людей, обращающихся за профессиональной помощью, рассматривают свои проблемы в индивидуальной плоскости, однако есть и такие, кто объясняет свои затруднения в терминах интерперсональных отношений. Литература, обсуждаемая в нижеследующих подразделах, посвящена вопросам эффективности семейной терапии по поводу соответственно: а) проблем взаимоотношений; б) профилактики проблем в отношениях между супругами и между родителями и детьми.

**Проблемы взаимоотношений.** В соответствии с распространенным убеждением, согласно которому здоровье семьи как системы обусловлено качеством связывающих супругов отношений, во многих исследованиях за последние двадцать лет проверялась эффективность супружеской терапии. Хотя систематика в оценивании результатов была слабой, исследователи постоянно приходили к выводу, что: а) терапия пар эффективно снимает конфликты и повышает удовлетворенность браком, по крайней мере, на короткий срок (Bray & Jouriles, 1995); б) в случае супружеских проблем совместная терапия имеет преимущество перед индивидуальной (Gurman & Kniskern, 1981). Последний тезис

особенно важен, поскольку подразумевает, что независимо от личной предрасположенности психотерапевта к индивидуальной работе или работе с парами состояние взаимоотношений обычно лучше поддается терапии, когда она непосредственно на него и ориентирована.

Метаанализ (Dunn & Schwebel, 1995) не выявил существенных различий в эффективности терапии пар при разных теоретических подходах. Поведенческая супружеская терапия (ВСТ — Behavioral Couples Therapy; Jacobson & Margolin, 1979) изучалась чаще всего как в Соединенных Штатах, так и в других странах (Hahlweg & Markman, 1988). В своем более современном обзоре литературы Бауком с соавторами (Baucom et al., 1998) приходит к выводу, что в случае супружеских проблем ПСТ и эмоционально ориентированная терапия (например, Dandaneau & Johnson, 1994; Goldman & Greenberg, 1992; Johnson & Greenberg, 1985) бесспорно эффективны. В меньшей степени продемонстрировали свою успешность в контролируемых исследованиях когнитивная супружеская терапия и краткосрочная терапия пар. Дэвидсон и Хорват (Davidson & Horvath, 1997), например, обнаружили, что после краткосрочной терапии удовлетворяют критериям клинического улучшения 39% пар.

В настоящее время тестируются новые подходы в терапии пар. Интегративная терапия пар (Eldridge, Christensen & Jacobson, 1999) восходит к традиции ПСТ, однако включает в себя аспект, который в ПСТ не отражен, — развитие интерперсональной восприимчивости. Признавая, что пары не всегда обладают теми поведенческими умениями, которые предполагает у них ПСТ, психотерапевты интегративного направления не только обеспечивают соответствующие изменения, но также поощряют партнеров мириться с недостатками друг друга. В нескольких маломасштабных исследованиях подтверждена эффективность этого нового подхода (Eldridge et al., 1999).

Некоторые исследователи изучают пары, участвующие в групповой терапии. Циммерман, Презент и Ветцель (Zimmerman, Present & Wetzel, 1997), например, недавно изучали эффективность ориентированной на решение проблем групповой терапии двадцати трех пар. Хотя результаты свидетельствуют об улучшениях у них, в какой степени эти улучшения обусловлены именно параметрами групповой терапии, осталось неизвестным.

Эти данные имеют большое значение, поскольку в совокупности показывают, что участие в групповой терапии с большей вероятностью принесет клиентам пользу, нежели отказ от нее.



В самом деле, свидетельства подтверждают, что пары, участвующие в групповой терапии, менее склонны порывать отношения и разводиться (Bray & Jouriles, 1995). Такой вывод, однако, может оказаться чересчур поспешным. Хотя для среднестатистической пары вероятным результатом групповой терапии окажется улучшение, взаимоотношения могут остаться негативными (Bray & Jouriles, 1995; Shadish et al., 1995). По оценкам клинической значимости, лишь 50% пар «удовлетворены» своими взаимоотношениями после терапии (Jacobson & Addis, 1993). И все же процент улучшений превышает погрешность измерений, а прошедшие терапию пары сообщают о больших личностных приобретениях, нежели пары, помещенные в список ожидания (Jacobson, Follette, Revenstorf, Baucom, Hahlweg & Margolin, 1984).

Учитывая такое положение дел, исследователи начали выискивать факторы, определяющие успешный результат терапии пар. В общем и целом результаты нескольких изысканий показывают, что клиенты, лучше всего поддающиеся терапии пар, моложе, у них сильнее эмоциональная связь друг с другом, они меньше страдают перед началом терапии (Vansteenwegen, 1996); проявляют меньше ригидности в своих тендерных ролях и больше гибкости в решении проблем (Jacobson & Addis, 1993). Эмоционально фокусированная супружеская терапия не рекомендуется в тех случаях, когда во взаимоотношениях существует угроза насилия, а также для пар, разрывающих свои отношения (Johnson & Williams-Keeler, 1998). С другой стороны, EFT может применяться тогда, когда один из партнеров (или оба) травмирован вследствие жестокого обращения, преступления, серьезного заболевания или военных действий (Johnson & Williams-Keeler, 1998).

В целом данные исследований предполагают, что тем клиентам, которые считают брак одной из причин своей депрессии, терапия пар помогает, однако она может оказаться бессильной в случаях сильной депрессии (Prince & Jacobson, 1995). Не исключено, впрочем, что со временем этот вывод придется видоизменить. Новые интересные подходы к терапии пар в случаях серьезной депрессии в настоящее время тестируются в Институте Аккермана в Нью-Йорке.

Эти исследования подчеркивают тезис, который практикующему семейному психотерапевту может показаться очевидным: не все несчастливые семьи несчастливы одинаково. Даже когда две пары набирают одинаковые баллы при измерении их адаптации к браку, их жизненные ситуации могут оказаться совершен-

но разными. Эти различия только-только начинают принимать во внимание исследователи результатов семейной терапии. Например, в методологически грамотном исследовании Уолкера, Джонсона, Мэньона и Клотье (Walker, Johnson, Manion & Cloutier, 1996) проверялась эффективность эмоционально ориентированной терапии в смягчении семейных трудностей, связанных с уходом за страдающими от хронических заболеваний детьми. В отличие от простой поддержки и обеспечения родителей информацией о болезни как таковой Уолкер и его коллеги сосредоточились на динамике взаимоотношений, особенно на эмоциях, возникающих в подобной ситуации. Данные недвусмысленно подтверждают эффективность EFT по сравнению с контрольной, не подвергавшейся терапии группой, как на завершающем этапе тестирования, так и спустя пять месяцев.

Можно подозревать, что многие пары, совместно обращающиеся за помощью в связи с семейными проблемами, в какой-то момент своих отношений проявляли физическую агрессию. До настоящего времени почти нет данных о риске или преимуществе терапии пар, во взаимоотношениях которых характерны насильственные действия слабой степени выраженности (Prince & Jacobson, 1995). Многие полагают, что неразумно осуществлять совместную психотерапию пар, отношения которых характеризуются насилием, поскольку это подразумевает неявное обвинение жертвы (Hastings & Hamberger, 1988), однако данный тезис вызывает разногласия. Сторонники системного подхода придерживаются той позиции, что насилие является результатом эмоционально деструктивной эскалации поведения и что коренные изменения во взаимоотношениях пары способны переломить ситуацию (Minuchin & Nichols, 1993). Многие семейные терапевты (например, Вирджиния Голднер и Джиллиан Уолкер из Института Аккермана) рекомендуют осмотнительный и ответственный подход к терапии насилия. Одно из недавних исследований (Schlee, Heyman & O'Leary, 1998) предполагает, что групповая терапия пар в случае супружеского насилия может помочь женщинам, страдающим от посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР; англ. PTSD — Post-Traumatic Stress Disorder), меньше бояться мужа.

Данные о семейной терапии в случае жестокого обращения с детьми тоже отсутствуют. Было проведено одно неконтролируемое исследование, в котором тренинг родителей и семейная терапия осуществлялись в рамках всесторонней восьмимесячной амбулаторной программы для мальчиков, пострадавших от сек-

суального насилия (Friedrich, Luecke, Beilke & Place, 1992). Главной методологической моделью была групповая терапия. Изменения перед окончанием курса терапии свидетельствовали о значительных улучшениях — как у самих пострадавших детей, так и в плане депрессии у матерей, поведенческих проблем у братьев и сестер, сплоченности и адаптивности семьи в целом. Матери, для сыновей которых программа оказалась наиболее успешной, имели более слабую форму депрессии, они оказывали больше поддержки своим детям и в опросе перед началом терапии сообщали о несильной остроте семейного конфликта.

В рассмотренных выше исследованиях предназначенные для терапии проблемы определялись в терминах интерперсональных отношений — например, как супружеский конфликт. Хотя мы предполагаем, что члены семьи тоже рассматривают проблему подобным образом, это необязательно должно быть так. Одной из промежуточных переменных в исследованиях могло бы стать индивидуальное восприятие проблемы. Допустим, один из супругов усматривает в проблеме вопрос взаимоотношений, но другой целиком относит их на счет вины первого. В таком случае терапия пойдет со скрипом. В идеале мы предпочли бы помогать членам семьи прежде, чем их взгляды на сущность проблемы станут полярно противоположными. Рассмотренные ниже исследования посвящены предотвращению проблем во взаимоотношениях.

**Профилактика проблем во взаимоотношениях.** Исследования по профилактике были сосредоточены на двух областях функционирования семьи — на супружеских отношениях и на отношениях родителей с детьми. Супружеские программы направлены либо на повышение гармонии, либо на предотвращение конфликтов и разводов. Родительские программы включают в себя тренинг родительской эффективности и психотерапию для усиления привязанности между родителями и детьми.

Что касается гармонизации брака, достижения здесь существенны. Метаанализ неизменно показывает, что: а) подобные программы улучшают взаимоотношения; б) наблюдаются изменения в поведении, когда супругов обучают новым навыкам (например, Giblin, Sprenkle & Sheehan, 1985). Что касается предотвращения разводов, долгосрочные данные скудны, однако некоторые свидетельства подтверждают, что подобные программы обеспечивают существенные краткосрочные результаты, такие,

как улучшение коммуникативных навыков (Bray & Jouriles, 1995).

Одна методологически совершенная программа профилактики под названием «Программа улучшения предбрачных взаимоотношений» (ПУПВ; англ. PREP — Premarital Relationship Enhancement Program), которую осуществляют Маркман и его коллеги (например, Markman & Hahlweg, 1993), сочетает в себе поведенческую терапию, тренинг коммуникативных навыков и улучшения взаимоотношений. Пятилетнее оценивание ПУПВ для помолвленных пар показало, что программа достигает успеха в: а) предотвращении разрыва отношений до заключения брака; б) повышении удовлетворенности и в улучшении навыков коммуникации; в) предотвращении насилия в семье (Markman, Renick, Floyd, Stanley & Clements, 1993). Следует, однако, отметить, что многие пары не дошли до конца программы. Поскольку многие пары прекращают участие, уровень мотивации может оказаться важной ограничивающей переменной (Bray & Jouriles, 1995).

Со времени первого исследования разрабатывались и оценивались разнообразные варианты ПУПВ. Подобные подходы включали в себя особую ориентацию на пары высокого риска (van Widenfelt, Hosman, Schaap & van der Straak, 1996), комплексный план для счастливых пар, вступающих в брак (Hahlweg, Markman, Thurmaier, Engl & Eckert, 1998), и компонент, посвященный приобретению статуса родителей (Heavey, Larson & Carpenter, 1996). Примечательна долгосрочная результативность этой программы — снижение частоты разводов и улучшение коммуникабельности по наблюдениям трехлетнего сопровождения (Hahlweg et al., 1998).

Недавно Уорthingтон с коллегами (Worthington, Hight, Ripley, Perrone, Jurusi & Jones, 1997) разработали короткую (в пять сеансов) эклектическую программу под названием «Стратегическая, фокусированная гармонизация взаимоотношений». Начальные исследования такого подхода показывают, что это мощный и результативный метод для улучшения качества взаимоотношений и усиления привязанности.

До недавних пор большинство таких комплексных программ осуществлялись в контролируемых условиях, зачастую со студентами колледжа. Отказавшись от проведения лабораторного эксперимента, Салливан и Брэдбери (Sullivan & Bradbury, 1997) изучали пары, участвовавшие в общегородских предбрачных программах. Исследователи рассуждали так: если уж пары с низким

риском развода стремятся участвовать в предбрачных программах профилактики, тем больше усилий надо прилагать для привлечения к таким программам пар высокого риска. Риск на основе долговременных исследований связывался здесь с большей молодостью пары, меньшей обеспеченностью, меньшей образованностью, фактами развода родителей, более высоким уровнем стресса, большей импульсивностью, агрессивностью и невротичностью. Салливан и Брэдбери выявили, что пары высокого риска стремятся участвовать в программах профилактики не с большей вероятностью, нежели пары низкого риска, а личностные приобретения у клиентов общегородской программы не так явно выражены, как при осуществлении программы в лабораторных условиях.

Когда разрушается брак, жертвой оказывается каждый. Но самые беспомощные жертвы, дети, зачастую не имеют защитников. Признавая этот факт, многие суды по семейным делам санкционируют программу «Сначала — дети» для предупреждения разводящихся родителей о вредном влиянии на детей споров из-за опеки над ними. Данные по этой программе многообещающие. Например, в одном недавнем исследовании (Kramer, Artbuthnot, Gordon, Rousis & Noza, 1998) выяснилось, что родители, посещавшие образовательные группы с ориентацией либо на усвоение навыков, либо на информацию, после развода создавали для своих детей менее конфликтную ситуацию.

Опубликовано свыше шестидесяти исследований на тему результативности тренинга родительской эффективности (ТРЭ; англ. PET — Parent Effectiveness Training) по Гордону (Gordon, 1970), восьминедельной профилактической программы, которая концентрируется на активном слушании и других навыках коммуникации. Метаанализ (Cedar & Levant, 1990) двадцати шести наиболее совершенных в методологическом отношении исследований на эту тему показал, что действенность ТРЭ выше, чем альтернативных подходов, с которыми он сравнивался, но несколько ниже, чем у программ гармонизации брака. По данным этих исследований, ТРЭ оказывал заметное влияние на родительские установки, меньше влиял на поведение родителей и самооценку детей, а на поведении детей практически никак не сказывался. В то время как результаты не соотносились с брачным статусом родителей и их возрастом, последующее тестирование показало, что наибольшего успеха достигали программы, осуществлявшиеся в пригородах, ориентированные на взаимоотношения родителей с детьми старшей возрастной группы и с деть-

ми, характеризующимися плохой обучаемостью, а не с малолетними правонарушителями (Cedar & Levant, 1990).

В последние лет пятнадцать несколько теоретиков и исследователей заинтересовались возможностями влиять на ранний процесс возникновения привязанности между младенцем и его родителями. Предполагалось, что вмешательство в главные для ребенка взаимоотношения на ранних стадиях жизни будет полезно для долгосрочного предотвращения эмоциональных расстройств. Не покажется удивительным, что многие из работающих в этой области придерживаются психоаналитических взглядов. Как написал Дэниел Штерн в своей книге 1995 г. «Созвездие материнства», подобные подходы предназначены для того, чтобы изменить вредное поведение и вредные установки по отношению к ребенку, являющиеся проекциями собственной интрапсихической истории его родителей (Cramer et al., 1990; Lieberman, Weston & Pawl, 1991).

Исследования результативности таких программ начали публиковаться лишь в последнее время. В одной особенно хорошо выполненной работе (Lieberman et al., 1991) сравнивалась терапия диад «мать — ребенок», характеризующихся тревожным типом привязанности, с двумя контрольными группами — аналогичной группой тревожных диад, находящихся в списке ожидания, и сопоставляемой группой диад, характеризующихся безопасным типом привязанности. Участниками были испаноязычные семьи из нижнего социально-экономического слоя жителей Сан-Франциско. После годичного сочетания индивидуальной и совместной Терапии были засвидетельствованы впечатляющие личностные приобретения как у детей, так и у матерей. При последующих наблюдениях оценки материнской эмпатии и уровня взаимодействия матерей с детьми оказались значительно выше, чем у тревожной контрольной группы. Еще важнее то, что оценки по этим показателям были сравнимы с оценками безопасной контрольной группы.

В общем и целом исследования по профилактике можно только приветствовать, особенно те из них, в которых выявляется долгосрочная эффективность. Реальность тем не менее такова, что гораздо больше людей обращаются за помощью после того, как проблема станет нестерпимой, нежели до того, как она впервые проявится. Нам нужно продолжить усилия по профилактике, но также нужно найти способы, как лучше убеждать семьи обращаться к нашим услугам, прежде чем их жизненная ситуация станет неуправляемой.

## СЛЕДСТВИЯ

Читая этот раздел, вы, возможно, были удивлены обилием данных о терапии индивидов в их супружеском или семейном контексте. Приведенные ниже выводы могут послужить для вас путеводной нитью при планировании терапии клиентов, которые обращаются по поводу описанных выше расстройств или проблем.

Во-первых, лучшие из проведенных исследований и обзоры литературы по семейной терапии предполагают, что: а) результаты мало зависят от применяемых теоретических подходов; б) результативность системной, поведенческой, эмоционально ориентированной и ориентированной на инсайт семейной терапии наиболее явно засвидетельствована в случаях супружеских проблем, подростковых правонарушений и злоупотребления психоактивными веществами. В меньшей степени доказана эффективность системной семейной терапии в случаях химической зависимости (Liddle & Dakof, 1995; Stanton & Shadish, 1997), а также детской анорексии и психосоматических расстройств (Campbell & Patterson, 1995). Во-вторых, психообучение и другие разновидности программ семейной поддержки достигли заметного успеха в мотивации алкоголиков для обращения за помощью (Edwards & Steinglass, 1995), а также в помощи взрослым, страдающим серьезными психическими расстройствами (Goldstein & Miklowitz, 1995), и людям всех возрастных групп с хроническими заболеваниями и инвалидностью (Campbell & Patterson, 1995). В-третьих, программы менеджмента поведения, предусматривающие участие членов семьи, обнаруживают некоторую свою эффективность для взрослых с агорафобией (Barlow et al., 1994), для детей с расстройствами типа враждебности и отклонениями в поведении, с простыми фобиями, тревожными расстройствами и аутизмом (Estrada & Pinsof, 1995). В-четвертых, ориентированные на интерперсональную коммуникацию подходы имеют потенциал для улучшения взаимоотношений между родителями и детьми (Cedar & Levant, 1990; Stern, 1995), подготовки пар к браку, гармонизации удовлетворительных взаимоотношений, а также профилактики разрыва отношений и развода (Bray & Jouriles, 1995). С другой стороны, эффективность семейной терапии *не была* подтверждена в отношении униполярной депрессии (Prince & Jacobson, 1995), хронических нарушений питания (Campbell & Patterson, 1995) и характеристических симптомов СДВ (Estrada &

Pinsof, 1995). И, наконец, что касается устойчивости личностных приобретений у клиентов, эмпирическая литература лучше всего характеризует семейное обучение в случаях шизофрении и тренинг воспитательных навыков у родителей в случаях поведенческих проблем у детей. Некоторый долгосрочный успех был достигнут в программах, ориентированных на серьезную депрессию (Prince & Jacobson, 1995), а также на проблемы невротических состояний и привыкания (Campbell & Patterson, 1995).

Данные об экономической эффективности успешных программ, выражающейся в профилактике разводов и снижении потребностей в помощи на дому, в изоляции от общества и в госпитализации, производят впечатление. В то время как эта информация важна для администраторов здравоохранения и чиновников (Pinsof & Wynne, 1995), для практикующего психотерапевта самыми ценными исследованиями результативности будут те, в которых выявляются факторы, обуславливающие эффективность терапии. В конце концов, когда вы решаете, рекомендовать ли индивидуальную, супружескую или семейную терапию, вы должны учитывать множество переменных, связанных как с индивидуальными особенностями, так и с различиями во взаимоотношениях. В целом литература подразумевает, что: а) терапия пар эффективнее индивидуальной терапии в случае проблем взаимоотношений, особенно для находящихся в депрессии женщин (Prince & Jacobson, 1995); б) в некоторых случаях — проблем поведения, расстройств аппетита — дети младшего возраста лучше поддаются терапии в семейном контексте, нежели подростки; в) семейная терапия имеет тенденцию оказываться менее результативной для тех семей, которые дезорганизованы, социально изолированы и неблагополучны (Chamberlain & Rosicky, 1995). Однако последний тезис не является безоговорочно верным. Если семейная терапия учитывает культуральный контекст проблемы, она может быть весьма эффективной для индивидов и семей высокого риска (например, Santisteban et al., 1996; Szapocznik et al., 1988).

Эти выводы, однако, следует воспринимать с осторожностью — по ряду причин. Многие исследования результативности не достигли адекватного объема выборки, в них отсутствовали контрольные и сопоставляемые группы, не было валидных и разносторонних измерительных инструментов, не проводилось долгосрочное последующее наблюдение. Далее, поскольку мно-



гие программы семейной терапии исследовались только в сочетании с другими подходами, их значимость осталась невыясненной (Pinsof & Wynne, 1995). Еще важнее то, что многие терапевтические подходы, как и методы исследования и анализа, чересчур прямолинейны по самому своему замыслу. Если исследователь, психотерапевт и родственники связывают существующую проблему с каким-то одним членом семьи, системная терапия с самого начала оказывается в загоне (Shadish et al., 1995). По этой причине может оказаться, что семейная терапия фактически эффективна для диапазона проблем, более широкого, чем тот, который в настоящее время удается обосновать исследователям.

Из предшествующего обзора очевидно также, что исследования результативности в недостаточной мере затрагивают очень важные семейные проблемы: трудности освоения в культуре, конфликты с родственниками супруга или супруги, жестокое обращение с детьми и супругами, посттравматические стрессы, сексуальные и другие проблемы. Многими исследователями также не уделялось адекватного внимания изменчивости факторов, обусловленной структурой и динамикой семьи, возрастом, этническими и культурными различиями, сексуальной ориентацией и т. д. и т. п.

Например, если на «семейную терапию» приходит холостяк со своими родителями, понятно, что он переживает совсем иной личностный опыт, нежели женатый человек, приходящий с женой и детьми. Отнесение обеих семей к одинаковым условиям эксперимента предопределяет непостоянство последних, такую изменчивость факторов, которая может опорочить валидность измерений.

Понимание того, каким окажется восприятие одной и той же терапии у каждой отдельной семьи, — вопрос очень важный; тем не менее он с трудом поддается научному анализу. И все же исследователи начали выявлять некоторые специфические механизмы — в рамках отдельных теоретических подходов и при их сравнении, — характерные для успешной семейной и супружеской терапии. По сравнению с исследованиями результативности литература о самом процессе семейной терапии скудна (Friedlander, Wildman, Heatherington & Skowron, 1994). К настоящему времени опубликовано менее семидесяти пяти исследований процесса.

## Чем обусловлена эффективность семейной терапии?

Попробуйте представить себе, что вы проводите начальную беседу с супругами — пятидесяти с лишним лет, белых, протестантов. «Шейла» и «Брайен Хендерсон» обратились за помощью, потому что у них давние нелады между собой и взаимоотношения становятся все хуже и хуже с тех пор, как Брайен три года назад потерял работу. Шейла, занимающая руководящую должность, находится в депрессии из-за неудачного брака и ухудшения здоровья родителей. Брайен жалуется на работу Шейлы, отнимающую у нее по шестьдесят-семьдесят часов в неделю. Сам он все реже и реже находит себе занятие, большую часть времени болтаясь с приятелями у здания местного пожарного депо или сидя с пивом перед телевизором. Единственным ребенком у Хендерсонов была Джессика, которая пять лет назад умерла в возрасте восемнадцати лет от передозировки кокаина.

На первой встрече вы, психотерапевт, получаете достаточное количество информации об этой (вымышленной) супружеской паре. Вы понимаете, что можете рассматривать предстоящую вам работу либо как психотерапию по поводу проблем в семейных взаимоотношениях, либо как терапию депрессии Шейлы и/или алкогольной зависимости у Брайена. Далее, вы осознаете, что: а) эта пара испытывает сильнейший психосоциальный стресс; б) сам факт и обстоятельства смерти их дочери, по всей видимости, играют в их проблемах ведущую роль.

Начиная работать с Хендерсонами, вы ставите перед собой несколько генеральных целей терапии. Вы хотели бы помочь им повысить общую удовлетворенность браком, укрепить эмоциональную и физическую близость, избавить Брайена от алкогольной зависимости и смягчить депрессию Шейлы. Вы предвидите в своей работе над этими целями выявление психологических последствий смерти Джессики и стрессорных факторов, которые действуют на супругов в настоящее время, — это проблемы трудоустройства и ухудшение здоровья родителей.

Вы знакомы с исследованиями результативности, релевантными для вашей работы с Хендерсонами. Во-первых, поскольку Шейла видит главную причину своих огорчений в состоянии своих взаимоотношений с Брайеном, для ее депрессии может оказаться эффективной супружеская терапия (Prince & Jacobson,

1995). Во-вторых, поскольку у Брайена почти нет иной мотивации для трезвого образа жизни, кроме его взаимоотношений с Шейлой, совместная терапия с большей вероятностью поможет ему, чем индивидуальная. В-третьих, нет никаких причин думать, будто бы один из терапевтических подходов будет иметь преимущество перед остальными в отношении какой-то из этих проблем — проблем каждого из супругов, проблем супружеской пары на данной стадии жизни, а также проблем родителей, оплакивающих смерть своего ребенка.

Итак, из литературы о результативности трудно выбрать конкретный подход или план терапии, чтобы достичь целей, намеченных вами для Хендерсонов. Коль скоро вы пришли к выводу об отсутствии научных данных, которыми могли бы руководствоваться в своей работе с этой парой, вы будете полагаться на свою подготовку, личный и профессиональный опыт, на помощь ваших коллег и методистов, а также на книги по терапевтической технике.

Вы должны тем не менее помнить, что существует небольшой, но быстро пополняющийся набор эмпирической литературы о терапевтическом процессе в семейной терапии, и выводы некоторых этих исследований помогут наметить ход вашей работы с Хендерсонами.

Процесс семейной терапии исследовался на основе отдельных случаев наряду со сгруппированными данными, а также качественными и количественными методами. В то время как некоторые исследователи сосредоточились на выявлении методики таких теоретиков, как Минухин, Боуэн, Витакер и Сельвини Паллаццолли, другие брали за образец работу практиков в клинических условиях. Хотя первые исследования носили в основном описательный характер, современные исследователи пытаются установить специфические механизмы изменений при работе с семьями.

В исследованиях, рассмотренных в данном разделе, использовались либо наблюдения за поведением во время сеансов, либо собственные рассказы участников о восприятии ими этого поведения.

Поскольку можно утверждать, что фундаментальным аспектом любой психотерапии являются взаимоотношения, исследования по этой тематике обсуждаются нами в первую очередь, а за ними следует краткий обзор литературы об эффективной терапии пар и семей.

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ

В индивидуальной психотерапии качество терапевтических отношений, как было показано, является важнейшим фактором, определяющим ее успех (Orlinsky & Howard, 1986). В то время как многие исследования были обращены к эмпатии индивидуального психотерапевта и восприятие клиентом взаимной готовности сотрудничать, сравнимых исследований в области семейной терапии меньше. Одной из причин такого положения дел может быть общий недостаток внимания ранних теоретиков, уделяемого взаимоотношениям. Не учитывая качество эмоциональной связи с семьей клиентов, теоретики склонны были особо выделять стратегические или системные позиции в общении с клиентами — от присоединения (Minuchin, 1974) или демонстрации строгого нейтралитета (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1978), сознательного формирования коалиций (Sluzki, 1975) до втягивания семьи в изменения посредством уличивания или заманивания (Haley, 1976).

Если мы задумаемся о терапевтических взаимоотношениях в семейной психотерапии, то поймем, что должны учитывать взаимоотношения терапевта с каждым членом семьи, с каждой ее подсистемой и с семьей в целом. Этот процесс может оказаться достаточно сложным даже с клинической точки зрения, не говоря уже об исследовательской. Рассмотрим вашу работу с Хендерсонами. Если вы поддержите жалобу Брайена на вечную занятость Шейлы, вы рискуете оттолкнуть ее от себя. Если вы выразите свое сочувствие супругам, как родителям, потерявшим ребенка, вы рискуете потерять Брайена, потому что Шейла считает его ответственным за смерть Джессики.

Хотя исследователи семейной терапии еще не изучили взаимоотношения во всей их сложности, накапливаются свидетельства того, что душевная теплота, поддержка и общая заботливость терапевта являются необходимыми составными частями и что защитное поведение терапевта может отрицательно сказаться на результатах терапии (Waldron, Turner, Barton, Alexander & Cline, 1997). В самом раннем исследовании отзывчивости терапевта Шапиро (Shapiro, 1974) просил терапевтов оценить свои эмоциональные реакции на семью в целом после начального знакомства. Семьи, получившие неблагоприятную оценку своего терапевта, с меньшей вероятностью втягивались в терапию после периода ознакомления. В более позднем исследовании (Heatherington & Friedlander, 1990с) члены семьи оценивали

свою эмоциональную связь с терапевтом. Более сильными связями характеризовались те сеансы терапии, которые клиенты воспринимали как сравнительно более легкие и гладко идущие. Опрос клиентов об их впечатлениях от терапии подчеркнул роль заботливого терапевта. С точки зрения клиента, душевная теплота, доверие, безопасность и неформальность являются критическими аспектами семейной терапии (Bischoff & McBride, 1996; Christensen, Russell, Miller & Peterson, 1998; Greenberg, James & Conry, 1988; Sells, Smith & Moon, 1996).

Несмотря на эти данные, в большинстве исследований до настоящего времени эмоциональным аспектам взаимоотношений уделяется меньше внимания, а отношениям сотрудничества между семьей и терапевтом — больше. Результаты нескольких исследований показывают, что чувства сопричастности и союзничества возрастают на протяжении терапии (Kuehl, Newfield & Joanning, 1990; Sigal, Rakoff & Epstein, 1967). В случаях с семейными парами ощущение сотрудничества определяет их оценку глубины или ценности терапевтических сеансов (Heatherington & Friedlander, 1990c), их чувство личной ответственности за желательные изменения (Butler & Wampler, 1999), удовлетворенность браком после терапии (Bourgeois, Sabourin & Wright, 1990; Holtzworth-Munroe, Jacobson, DeKlyen & Whisman, 1989) и оценку ее результатов самим терапевтом (Pinsof & Catherall, 1986). В семейной терапии улаживание поведенческих проблем у ребенка зависит от сотрудничества между родителями и терапевтом в момент, когда обсуждаются цели терапии (de Kemp & Van Acker, 1997). Вполне понятно, что родители больше склоняются к сотрудничеству, когда манеру поведения терапевта можно назвать поддерживающей, а не назидательной или конфронтационной (Alexander, Barton, Schiavo & Parsons, 1978; Frankel & Piercy, 1990; Patterson & Forgatch, 1985).

Но как именно должен вести себя терапевт, чтобы установились отношения сотрудничества? Используя этнографический метод исследований, Селлз и сотрудники (Sells et al., 1996) оценивали восприятие терапии клиентом и самим терапевтом. (В этнографических исследованиях стремятся полностью понять жизненный опыт людей в конкретных, единичных условиях, а другие условия не рассматриваются.) Опрашивая семьи и терапевтов в клинике психотерапевтического тренинга на базе университета, авторы исследования выделили темы, лежащие в основе описания клиентами терапии в случае ее эффективности. В поддержку идеи о том, что прочный союз устанавливается,

когда клиент и терапевт прилагают совместные усилия, Селлз с сотрудниками (Sells et al., 1996) обнаружил, что участники указывали на ясно очерченные цели, тогда как недовольные терапией члены семей говорили об отсутствии директивных указаний со стороны терапевта. Небезынтересно, что, в то время как члены семей подчеркивали важность раппорта и теплых, доверительных отношений с «неформальным», «доступным» терапевтом, сами терапевты говорили о важности таких воздействий, как «присоединение, выведение из равновесия, переопределение фреймов» (Sells et al., 1996, с. 337). В таком несоответствии нет ничего удивительного, если учесть, что теоретики семейной терапии традиционно больше обсуждали технику терапии, нежели аспект взаимоотношений.

Хорошие рабочие взаимоотношения, однако, не устанавливаются легко или по известной схеме. Как и следовало ожидать, вероятность сепаратных союзов выше при работе с семьями, чем с парами (Heatherington & Friedlander, 1990c). По-видимому, здесь играет свою роль пол клиента. Как показало одно из исследований, в случае семейных пар прочный союз с терапевтом более важен для мужей, чем для жен (Bourgeois et al., 1990), в то время как в другой работе был выявлен обратный эффект — результаты терапии лучше, когда рейтинг союза с терапевтом у жены выше, чем у мужа (Quinn, Dotson & Jordan, 1997). Хотя это не всегда верно, в большинстве случаев именно женщина первой обращается за помощью для спасения своего брака. Если муж расположен к этому в меньшей степени, критическое значение имеет его ощущение-сотрудничества с терапевтом в самом начале терапии. Причем, если жена не удовлетворена предложенной терапевтом программой или отсутствием сочувствия с его стороны, пара может вскоре отказаться от терапии.

Развитие и поддержание теплых рабочих отношений с подростками может оказаться для семейного терапевта самой трудной задачей. В ориентированном на раскрытие исследовании наркотически зависимых подростков из гетто Даймонд, Лиддл, Хоуг и Дакоф (Diamond, Liddle, Hogue & Dakof, в печати) пришли к выводу, что самое важное для терапевта — внимательно прислушаться к подростку и сформулировать цели, на которые тот может откликнуться — иными словами, стать союзником. Это, разумеется, не просто, потому что при чрезмерном усердии родители могут почувствовать себя виноватыми и отгородиться защитными реакциями (Diamond & Liddle, 1999). Ключевым моментом, по-видимому, является указание всем членам семьи на

реальную возможность изменений. В самом деле, в одном из исследований (de Kemp & Van Acker, 1997) обнаружено, что уровень сотрудничества повышается благодаря ориентированным на решение проблем утверждениям и позитивным описаниям ребенка со стороны родителей и поддержке и подбадриванию со стороны терапевта.

До настоящего времени только в одном исследовании проверялась зависимость между рейтингом терапевтического союза у клиента и фактическим поведением во время сеансов. Используя Контрольно-коммуникационную систему кодировки семейных отношений (KKCKCO; англ. FRCCCS — Family Relational Control Communication Coding System, Friedlander & Heatherington, 1989; Heatherington & Friedlander, 1987), Хезерингтон и Фридландер (Heatherington & Friedlander, 1990b) обнаружили, что комплементарные интеракции, при которых клиент был «в преимуществе», а терапевт «не в преимуществе», предопределяли худшую оценку клиентом качества союза в начале терапии. (Сообщения из положения «в преимуществе» выражают попытку захватить контроль, когда, например, перебивают собеседника, задают дотошные вопросы, распоряжаются или наставляют, опровергают, меняют тему, в то время как сообщения с позиции «не в преимуществе» выражают отказ от контроля, например в виде соглашательства или уступчивости.) Хотя результаты едва достигают статистически значимых величин, вполне понятно, что клиент чувствует себя менее комфортно, когда терапевт выступает в роли «не в преимуществе». В самом деле, результаты FRCCCS постоянно показывают, что в превалирующей схеме отношений терапевт находится «в преимуществе», а клиент — «не в преимуществе» (Friedlander, Heatherington & Wildman, 1991; Heatherington & Friedlander, 1990b; Raymond, Friedlander, Heatherington, Ellis & Sargent, 1993). Стивенсон (Stevenson, 1993), опираясь на исследования одного из случаев в собственной практике, сообщает, что на наиболее успешных сеансах терапии он находился по отношению к членам семьи в преимущественном положении и склонен был объединяться либо с носителем симптомов, либо с периферийным членом семьи. По наблюдениям Стивенсона, коалиция с наиболее влиятельным членом семьи ставила его в положение «не в преимуществе». Вероятно, такая динамика подкрепляла дисфункциональные интеракции в семье или же деморализовала других ее членов.

В своей совокупности эти исследования подразумевают, что эффективный семейный психотерапевт ведет себя как заботли-

вый, но требовательный отец или патриарх, культивируя ощущение «мы все заодно». Хотя значимость терапевтических отношений была установлена достаточно надежно, меньше известно о том, как фактически в семейной терапии происходит формирование сильной эмоциональной связи и появление ощущения рабочего сотрудничества. Сравнительно лучше выяснено, что фактически происходит на сеансах семейной терапии в аспекте процесса желательных личностных изменений. Исследования процесса изменений в ходе семейной терапии вкратце обсуждаются в следующем разделе.

## ПРОЦЕСС ИЗМЕНЕНИЙ

Все это хорошо — можете вы подумать, — теперь мы узнали, что отношения заботы и сотрудничества с Хендерсонами обеспечат им необходимую основу для личностных изменений, однако что *именно* должно происходить на наших сеансах терапии? К ответу на этот вопрос можно подойти с нескольких сторон. Во-первых, можно говорить о видах воздействия, которое вы оказываете. Во-вторых, это разновидности изменений, которые вы хотите увидеть по окончании терапии. А третий аспект — самый сложный. Речь идет о том, как вам решать специфические дилеммы, которые могут возникнуть в ходе терапии — например, как преодолеть резистентность. Имеющаяся по каждому из этих направлений литература рассматривается ниже.

**Эффективные вмешательства.** Один из способов определить, какие вмешательства наиболее эффективны, — наблюдать за работой ведущих семейных психотерапевтов. В серии описательных исследований Фридландер с коллегами (Friedlander, Ellis, Raymond, Siegel & Milford, 1987; Friedlander et al., 1991; Friedlander & Highlen, 1984; Friedlander, Heatherington & Marrs, 2000; Friedlander, Highlen & Lassiter, 1985; Heatherington, Marrs & Friedlander, 1995) анализировали демонстрационные сеансы таких пионеров семейной психотерапии, как Натан Аккерман, Дон Джексон, Мюррей Боуэн, Сальвадор Минухин, Мара Сельвини Палаццоли и Карл Витакер, — наряду с работой современных теоретиков Майкла Уайта, Харлин Андерсон и Стива де Шазера. Наблюдались как сходство, так и различия не только между разными терапевтами, но также в рамках различных теоретических школ. Хотя здесь следует быть осторожными, ведь



многие из этих сеансов проводились довольно давно, результаты позволяют получить широкую перспективу уникальных особенностей каждого из подходов, а также их общих характеристик.

В целом эти сравнительные исследования демонстрируют примечательные черты сходства различных подходов. В сеансах, проведенных в 1960-х и в 1970-х гг. (Friedlander & Highlen, 1984; Friedlander et al., 1985, 1987), терапевты больше внимания уделяли проблемным детям и их родителям, чем остальным членам семьи, и в большей степени концентрировались на индивидах и диадах (особенно на родительских подсистемах), чем на треугольниках и на семье в целом. Воздействия, как правило, носили ориентирующий и информативный характер, терапевты больше полагались на опросы, на предоставление информации и указаний, нежели на пояснения, выражение сочувствия, подбадривание и интерпретации. Примечательной особенностью оказалось, что столь высококвалифицированные терапевты часто прибегали к непрямым способам воздействия, дабы довести некую мысль до одного из членов семьи, обращаясь к другому (например, «Почему твой отец не хочет, чтобы ты вырос?»).

Различия между терапевтами явно отражают их теоретические расхождения. В исследовании «Сериала о семье Хиллкрест» (Friedlander & Highlen, 1984; Friedlander et al., 1985) сравнивались и противопоставлялись беседы, которые Натан Аккерман, Мюррей Боуэн, Дон Джексон и Карл Витакер провели с одной и той же семьей. Результаты показывают, что Боуэн, например, чаще обращался к прошлому и к вопросам генеалогии, чем другие терапевты. Психодинамический подход Натана Аккермана выразился в его сосредоточенности на индивидах, а эмпирический подход Карла Витакера выразился в его самораскрытии и частых ссылаках на «здесь и сейчас» (Friedlander et al., 1985). Эти данные подразумевают, что различные подходы в семейной терапии не столь сильно отличаются друг от друга, как можно было бы подумать, знакомясь с соответствующими теориями. С другой стороны, подходы все же не идентичны, и различия между ними наблюдаемы, количественно измеримы и исполнены глубоким смыслом.

Небезынтересно, что наблюдалась замечательная последовательность в тех типах воздействия, которые одни и те же терапевты применяли для разных семей. При исследовании практики Карла Витакера и Сальвадора Минухина (каждый из них встречался с шестью семьями) оказалось, что самой изменчивой характеристикой их работы оказался уровень активности психо-

терапевтов (Friedlander et al., 1987). К числу других переменных факторов относились: а) интенсивность ссылок на «здесь и сейчас»; б) директивность или недирективность; в) объем информации, предоставляемой семье; г) сосредоточенность на родительских подсистемах. Как предполагают авторы исследования, такая изменчивость обуславливалась суждением терапевта о том, насколько каждая из семей открыта и готова к личностным изменениям. С защищающейся семьей терапевт может вести себя в большей мере недирективно, предлагать меньше информации и избегать фиксации на непосредственно существующих интеракциях и взаимоотношениях родителей и детей. При работе с более открытой и лучше мотивированной семьей картина может быть прямо противоположной.

В более позднем исследовании (Friedlander et al., 1991) шесть бесед, проведенных в 1980-х гг., сравнивались на предмет выявления отличий в схемах контроля взаимоотношений. Работа трех системных терапевтов миланской школы противопоставлялась работе трех ведущих структурных терапевтов. В то время как доминирующей схемой взаимоотношений в смысле FRCCCS в обеих группах была взаимодополнительность (терапевт — «в преимуществе», клиент — «не в преимуществе»), наблюдаемые различия соответствовали теории. По сравнению со структуралистами терапевты миланской школы больше использовали нейтральные, недирективные высказывания; у них было больше последовательностей «вопрос — ответ», а члены семьи реже переговаривались между собой. Структуралисты, с другой стороны, больше использовали нескрываемо контролирующие и выводящие из равновесия воздействия — распоряжения, прерывания говорящего, прямые и косвенные похвалы и поддержку в адрес того или иного члена семьи.

И наконец, в самом последнем изыскании анализировались сеансы семи терапевтов нарративного и конструкционистского направления (Friedlander et al., в печати; Heatherington et al., 1995). В этих беседах встречалось множество вопросов со стороны терапевтов, рефлексий и информационных сообщений (Heatherington et al., 1995). Как показал качественный анализ, в случаях, если вина становилась очевидной, терапевты склонны были уводить беседу в сторону или же признавать, подвергать сомнению, переформулировать толкования вины (Friedlander et al., 2000).

Глубокий качественный анализ способен в интересном курсе показать, что происходит во время единичного сеанса.

В скрупулезном диалоговом анализе одного сеанса, фокусированного на решении, Гейл и Ньюфилд (Gale & Newfield, 1992) обнаружили, что психотерапевт Билл О'Ханлон прибегает к высокой степени контроля и структурности наряду с юмором, чтобы обойти вопрос об обвинении и подтолкнуть супружескую пару к изменениям. Выдержки из расшифровки записей показывают, что О'Ханлон упорно лоббирует собственную программу действий, отказываясь допускать любой ориентированный на проблемы дискурс со стороны супругов. Впоследствии Коган и Гейл (Kogan & Gale, 1997) изучали резко контрастирующий подход Майкла Уайта. Анализ сеанса этого терапевта нарративного направления выявил ряд элементов, в которых нашли свое отражение его постмодернистская «неиерархическая роль» и применение «децентрализующей программы» (с. 101).

Кроме изучения работы экспертов, существуют и другие способы определить эффективные воздействия. Один из методов предполагает сравнительный анализ поведения более или менее опытных семейных терапевтов. В своем изобретательно поставленном эксперименте Пинсоф (Pinsof, 1979, 1986) сравнивал работу стажирующихся семейных терапевтов и их руководителей, причем просил руководителей провести вторую половину сеанса после двадцатиминутной суперизии за стажерами с помощью односторонне прозрачного зеркала. Как показали результаты, руководители уделяли интерперсональным аспектам больше внимания, чем стажеры, больше сосредоточивались на схемах внутрисемейной коммуникации и использовали более богатый методологический репертуар. В частности, руководителей характеризовала большая активность, откровенность, тенденция к интерпретациям и поддержке, большая сосредоточенность на «здесь и сейчас».

Еще один метод выявления эффективных воздействий предполагает сравнение случаев из практики, имевших благоприятный и неблагоприятный исход. Шильдз, Спренкль и Константайн (Shields, Sprenkle & Constantine, 1991) сообщают, что структурирование со стороны психотерапевта во время семейных разногласий оказалось различительным признаком для «завершающихся» и «незавершающихся» случаев в структурно-стратегической терапии по поводу проблем у детей. Степень структурирования позволяла, по данным исследования Грина и Херджета (Green & Herget, 1991), предсказывать результат работы с клиентом коллективных консультантов, использующих стратегический подход. В одном из ранних исследований процесса-ре-

зультативности Постнер, Гуттман, Сигал, Эпштейн и Ракофф (Postner, Guttman, Sigal, Epstein & Rakoff, 1971) обнаружили, что терапевты в группе хороших результатов были более активны и чаще обращались к отцам; к матерям апеллировали чаще в группе случаев с неблагоприятными исходами.

Этот тендерный эффект важен, поскольку действенность терапии ставится под угрозу, когда терапевт подкрепляет вредные стереотипы тендерных ролей (Luerpnitz, 1988). Хотя у нас может возникнуть искушение отвергнуть данные Постнера с коллегами в связи с эпохой, когда они были получены, современные исследователи выявили, что мужчины с большей вероятностью, чем женщины, задают темы в семейной терапии, а терапевты склонны перебивать женщин гораздо чаще, чем мужчин (Werner-Wilson, Price, Zimmerman & Murphy, 1997).

В большинстве рассмотренных выше исследований наблюдения производились только в один из моментов терапии, и во многих случаях беседы представляли собой демонстрационные сеансы, а не текущие терапевтические встречи. Поскольку вполне вероятно, что по мере продвижения терапии наблюдаются различия в процессе, ряд исследователей семейной терапии анализировал изменения, происходящие с течением времени. Эти исследования рассматриваются ниже.

**Изменения с течением времени.** Мы располагаем на удивление скудными сведениями о том, как много времени занимает процесс психологических изменений у средней семьи, особенно в клиниках и агентствах, куда большинство семей и обращается за помощью. Одно современное исследование (Hampson & Beavers, 1996) все-таки может дать некоторое представление об этой проблеме, хотя все данные ( $N = 434$  семьи) были получены в единственной клинике в Техасе. Результаты показывают, что некоторые семьи добивались успехов меньше чем за шесть сеансов, однако для большинства требовался более длительный период. Не удивляет, что добившиеся желаемых изменений за самый короткий срок рассматривали себя в качестве более компетентных еще в начале терапии. Те клиенты, чья предыстория включала в себя физическое или сексуальное насилие, в целом хуже поддавались краткосрочной терапии.

Но что именно происходит на сеансах по мере продвижения терапии? Два исследования конкретных случаев (Laird & Vande Kemp, 1987; Raymond et al., 1993) проливают свет на этот вопрос.

В обоих исследованиях высококвалифицированные структурные терапевты (Сальвадор Минухин и Джон Сарджент) работали с семьями, где ребенок страдает анорексией, в Филадельфийской детской воспитательной клинике. Несколько групповых исследований, проведенных в иных клинических условиях, также выявили полезную информацию о поведении терапевтов и клиентов и последовательности их взаимных воздействий.

Во-первых, в ряде исследований определено, каким образом поведение членов семьи изменяется со временем. Как сообщают Чемберлен, Паттерсон, Рейд, Каванаг и Форгатч (Chamberlain, Patterson, Reid, Kavanagh & Forgatch, 1984), наивысший уровень сопротивляемости клиента имел тенденцию проявляться в средней фазе поведенческой терапии, а высокая степень сопротивления (резистентности) предопределяла преждевременный отказ от терапии. Заинтересовавшись эмоциональным аспектом, Постнер и сотрудники (Postner et al., 1971) обнаружили, что члены семьи склонны со временем демонстрировать более интенсивную эмоциональную взаимосвязь друг с другом и выражать более мучительные чувства (страх, гнев, тревогу, горечь и зависимость), причем самое сильное изменение в проявлении эмоций наблюдается между вторым и шестым сеансом. Сходным образом, Гринберг и его коллеги (Greenberg et al., 1993) обнаружили, что при успешной EFT супружеские пары на последних сеансах склонны проявлять больше взаимной поддержки, согласия и понимания, меньше враждебности и стремления к контролю. С другой стороны, в исследовании конкретных случаев семейной терапии (Raymond et al., 1993) в ходе лечения наблюдалось обострение конфликта (определяемого как обмен высказываниями из положения «в преимуществе») между родителями, но конфликт между каждым из родителей и проблемным ребенком со временем сглаживался.

Другие исследователи сосредоточились на когнитивных изменениях в ходе терапии. При исследовании семейных пар, участвующих в групповой терапии, Мюррей Боуэн и Уинер (Bowen & Winer, 1971) наблюдали увеличение со временем относительной доли «я»-утверждений в речи каждого из супругов, что, вероятно, отражало возрастающую самодифференциацию. В более объемном исследовании удачных и неудачных случаев Мунтон и Антаки (Munton & Antaki, 1988) выявили, что по сравнению с семьями, добившимися слабых результатов, семьи, добившиеся хороших результатов, по мере продвижения терапии рассматривали свои проблемы как менее фиксированные.

Во-вторых, Постнер и коллеги (Postner et al., 1971) обнаружили, что успешные терапевты к концу терапии начинают говорить больше, чем в начале. Кроме того, у них в отличие от менее успешных терапевтов по мере продвижения терапии доля «направляющих» (авторитарных) ответов уменьшается по сравнению с «интерпретационными» ответами. В широкомасштабном исследовании результатов супружеской терапии (Cline, Mejia, Coles, Klein & Cline, 1984) поведение эффективного терапевта оказалось обусловлено социально-экономическим статусом (СЭС) семьи. Для пар со средним СЭС продвижение к меньшей директивное™ предопределяло возрастание эмоциональной экспрессивности клиента и усиление его позитивного поведения, такого, как признание, согласие, одобрение и принятие на себя ответственности. Обратная картина наблюдалась у супругов с низким СЭС, у которых, по-видимому, дела шли лучше, когда директивность терапевта со временем возрастала. По данным Клайна и соавторов, мужья с низким СЭС начинают лучше понимать семейную динамику, фактически не меняя способы коммуникации с женами. С другой стороны, мужья со средним СЭС учатся выражать свои чувства, и модель коммуникации между супругами постепенно улучшается по мере прогресса в терапии.

И, наконец, в двух успешных терапевтических случаях в Филладельфийской детской воспитательной клинике наблюдались фактические взаимодействия в процессе лечения. По данным первого исследования (Laird & Vande Kemp, 1987), отношение терапевта к членам семьи в начальной и завершающей фазе отличалось большей интерперсональной комплементарностью, чем в средней фазе терапии. Комплементарность, операционно определяемая с помощью «Структурного анализа социального поведения» (Benjamin, 1974), характеризует взаимосогласованные, удовлетворительные отношения типа «руководство — подчинение», в то время как некомплементарность свойственна интеракциям более конфликтным. О сходных результатах сообщают Раймонд и сотрудники (Raymond et al., 1993), определявшие комплементарность как схему контроля взаимоотношений типа «в преимуществе / не в преимуществе» в смысле FRCCCS (Friedlander & Heatherington, 1989). Хотя на протяжении всей терапии превалирующей схемой контроля была схема «терапевт в преимуществе / клиент не в преимуществе», ее частота снижалась в отношениях терапевтов с подростками на средней, реструктурной стадии терапии.

Хотя рассмотренные выше исследования информативны,

поскольку позволяют узнать, что происходит в процессе успешной терапии, они все же ограничены. Лишь в немногих из этих исследований принимался во внимание непосредственный терапевтический контекст. При работе с реальной семьей или супружеской парой наподобие Хендерсонов терапевту необходимо знать, что предпринять, столкнувшись со специфической клинической дилеммой. Что вы должны сделать, например, если Шейла и Брайен избегают разговоров на какую-то болезненную тему — скажем, о смерти их дочери, — хотя и признают их необходимость? Исследования, обсуждаемые в следующем разделе, посвящены процессу личностных изменений в рамках конкретного, соотносимого с реальностью терапевтического контекста.

**Механизмы изменений.** В последние годы исследователи процесса семейной терапии перенесли свое внимание на непосредственные терапевтические результаты с прежних глобальных показателей успеха терапии-, таких, как снятие симптоматики или адаптация к браку. Предпосылкой для таких перемен стали накапливающиеся свидетельства того, что проблематичное поведение во время сеансов имеет свои распознаваемые корни. Например, при исследовании работы Сальвадора Минухина в одном терапевтическом случае Критс-Кристоф и коллеги (Crits-Christoph et al., 1991) обнаружили, что девочка-подросток становится эмоционально неустойчивой всякий раз, когда другой член семьи приписывает ей черты патологии.

Непосредственные результаты вызывают особый интерес, потому что это соответствует потребности практика оценивать эффект специфических вмешательств. В качестве одного из примеров, Паттерсон и Форгатч (Patterson & Forgatch, 1985) обнаружили, что матери проблемных детей менее резистентны, когда манеру поведения терапевта можно назвать поддерживающей, а не назидательной или конфронтационной. В качестве другого примера, Роббинз, Александер, Невелл и Тернер (Robbins, Alexander, Newell & Turner, 1996) обнаружили, что установки подростка-правонарушителя становятся менее негативными после того, как терапевт проведет рефрейминг, но не после других видов терапевтического воздействия. И в еще одном примере (Melidonis & Bru, 1995) обвинительность снижалась, когда терапевт переориентировал мышление клиента на случаи исключения проблемы («Что ж, а теперь расскажите мне, когда ваш сын в пос-

ледний раз *действительно* выполнил все свои обязанности по дому»).

Что касается изменений, происходящих непосредственно во время сеанса, было проведено два исследования эмоционально фокусированной супружеской терапии (Greenberg, Ford, Alden & Johnson, 1993; Johnson & Greenberg, 1988). В первом исследовании Джонсон и Гринберг (Johnson & Greenberg, 1988) рассматривали лучшие, по оценкам самих терапевтов, сеансы в случаях с самыми благоприятными и самыми неблагоприятными исходами. Результаты подтвердили гипотезу авторов о том, что «смягчение» является критическим механизмом изменений при EFT. «Смягчение» происходит, когда доминирующий, обвиняющий супруг выражает свою уязвимость и просит близости и утешения у другого супруга, который — до этого момента — был отстраненным. Во втором исследовании EFT (Greenberg et al., 1993) ценность «внутреннего самораскрытия» была продемонстрирована на сеансах, положительно оцененных как терапевтами, так и супругами. На «пиковых» сеансах (по оценке клиентов) Гринберг с коллегами наблюдал более глубокие, эмоциональные переживания и больше «раскрытия, самовыражения, обращений друг к другу и радости» (1993, с. 83).

Две программы исследования процесса были посвящены поиску эффективных путей вовлечения семей в системную терапию. Основным допущением было то, что многие люди обращаются за профессиональной помощью, когда определяют проблемы в терминах установок или поведения других людей. Связанное допущение — что прямолинейный взгляд на проблемы необходимо модифицировать сразу же, иначе семейная терапия не будет эффективной.

В методологически совершенной исследовательской программе Шапочник с коллегами (Santisteban et al., 1996; Szapocznik et al., 1988) разработали метод «Стратегического структурного системного привлечения» (СССП; англ. SSSE — Strategic Structural Systems Engagement), чтобы мотивировать «трудновтягиваемые» семьи во время первого же телефонного контакта. Лежащее в основе SSSE допущение состоит в том, что, поскольку проблемная интерперсональная динамика, подпитывающая проблему, также препятствует семье втянуться в терапию, терапевт должен начать воздействие сразу, как только член семьи позвонит с просьбой о помощи. Воздействия в рамках SSSE включают в себя не только выражение сочувствия и заботы, но также при-



соединение, установление союзов, использование рефрейминга, советы и переговоры, а при необходимости и домашние визиты к резистентному члену семьи.

В первом исследовании по SSSE Шапочник и сотрудники (Szapocznik et al., 1988) включили в выборку кубинские семьи с подростками, употребляющими наркотики. Во втором исследовании (Santisteban et al., 1996) кубинские семьи сравнивались с латиноамериканскими (не кубинскими) семьями из того же общества. Результаты обоих исследований продемонстрировали эффективность SSSE по сравнению с семейной терапией при «привлечении как обычно» (Santisteban et al., 1996, с. 37). Более того, анализ поведения тех, кто не втянулся в терапию, предполагает, что лучше освоившиеся в культуре кубинские родители склонны придерживать своего личного взгляда на проблему. Попытки слишком быстро повлиять на их мнение были менее эффективны, чем постепенная реструктуризация после развернутого присоединения к ним (Santisteban et al., 1996).

В самом деле, помощь членам семьи в систематизации их подхода к своим проблемам — это неперемное условие семейной терапии. Стремясь выяснить, каким образом «трансформируются» (Sluzki, 1992) представления членов семьи о своих проблемах, Кулеан, Фридландер и Хезерингтон (Coulehan, Friedlander & Heatherington, 1996) выбрали четыре успешных и четыре неуспешных ангажировочных сеанса, исходя из ответов терапевтов на опросный лист, наблюдений персонала и независимой коллегии клиницистов. Успешными вводными сеансами оказались такие, в которых представления родителей о проблеме смещались с интрапсихического аспекта, сосредоточенности на одном только ребенке, в сторону аспекта, больше связанного с взаимоотношениями, интерперсонального. Качественный сравнительный анализ успешных и неуспешных «трансформаций» выявил трехстадийность процесса изменений. На первой стадии члены семьи выдвигают личные представления о проблеме, а также начинают исследовать интерперсональную динамику и несогласованность или случаи исключения в проблемах. На второй стадии признаются позитивные черты проблемного ребенка, а также требующие учета факторы (например, предыстория и структура семьи) и сильные стороны семьи. На этой стадии эмоциональный-тон сеанса смягчается по мере перехода от обвинений в адрес ребенка к позиции большей заботы и поддержки. На третьей стадии члены семьи выражают надежду, признают возможность изменений к лучшему.

Разумеется, систематический подход к проблеме и готовность участвовать в терапии еще не гарантируют полного отсутствия проблем. Вполне можно понять — в сущности, предвидеть, — что резистентные моменты еще встретятся, когда терапевт попытается вести семью к личностным изменениям. Несколько исследователей решили выявить последовательность воздействий, которая эффективно снижает сопротивление.

В одном из исследовательских проектов проблемой было преодолеть выпутанность семьи, выраженную в сопротивлении (отказе обсуждать специфические темы), и добиться ее участия в решении проблем (Friedlander, Heatherington, Johnson & Skowron, 1994; Heatherington & Friedlander, 1990a). Качественный сравнительный анализ четырех успешных и четырех неуспешных сеансов выявил серию взаимосвязанных шагов в процессе перехода от отстраненности к устойчивому участию. Во-первых, члены семьи признают собственную ответственность за то, что межличностные отношения зашли в тупик. Затем они делятся своими мыслями и чувствами относительно такого тупикового положения. Эти признания подтверждаются другими, ведущими членами семьи, чтобы сформировать новое понимание поведения друг друга и осознать ценность участия в терапии.

Сходное, но более масштабное исследование недавно провели Даймонд и Лиддл (Diamond & Liddle, 1996, 1999), которые заинтересовались тупиковыми взаимоотношениями родителей и детей. В этой работе «переключающее воздействие» (Diamond & Liddle, 1996, с. 482) осуществлялось после той фазы беседы, на которой родители проявляют фрустрацию, расписываются в своей беспомощности и готовы от всего отказаться, а подростки качают права, ниспровергают авторитеты и выражают чувство безнадежности. Успешное преодоление тупика происходит, когда семья приступает к осмысленному, взаимоуважительному обсуждению отношений родителей и детей. Качественный сравнительный анализ четырех успешных и четырех неуспешных переключающих воздействий выявил, что подростки становятся менее резистентными и больше склонны к сотрудничеству, когда родители прекращают попытки их контролировать и стараются их понять. Небезынтересно, что переключающее воздействие, по-видимому, наиболее эффективно в случаях с более функциональными семьями, потому, вероятно, что от родителей при этом требуется проявлять гибкость и чувствовать себя комфортно после отказа от контроля (Diamond & Liddle, 1996).

## СЛЕДСТВИЯ

В отличие от многочисленных исследований результативности сравнительно мало внимания уделялось самому процессу семейной терапии. Многие исследователи проводили подробный и скрупулезный анализ работы мастеров психотерапии, но лишь немногие определяли успех терапии в терминах ее результатов для клиента. Большинство исследований имеет описательный характер и сосредоточено либо на воздействиях терапевта, либо на реакциях клиента, уделяя мало внимания взаимодействиям терапевта и семьи в распознаваемых эпизодах личностных изменений.

Тем не менее существует литература, благодаря которой мы можем делать осмысленные выводы о том, что происходит при эффективной семейной терапии. В целом имеющиеся исследования показывают, что в семье происходят как внутрличностные, так и интерперсональные изменения и что затрагиваются как эмоционально-когнитивный, так и поведенческий аспект личностного опыта. Далее, в то время как эффективные терапевты стремятся быть активными и играть ведущую роль, применяя широкий диапазон воздействий на межличностные отношения, терапия должна проводиться в теплой, не содержащей угрозы атмосфере, когда возникает чувство взаимного уважения и сотрудничества. Примечательно, что эти выводы не служат безоговорочным подтверждением взглядов ни теоретиков структурно-стратегического направления, подчеркивающих необходимость занять по отношению к семье позицию эксперта, авторитета, ни теоретиков нарративного направления, настаивающих на том, что новые решения старых проблем приходят при минимальной директивности терапевта. До той поры, пока дальнейшие исследования процесса прольют больше света на эти разногласия, мы допустим, что у эффективного психотерапевта *одновременно* имеют место как авторитетность, *так и* сотрудничество.

В обзоре опубликованных исследований процесса Фридландер и соавторы (Friedlander et al., 1994) очертили несколько направлений для дальнейших изысканий в этой области. Во-первых, мы мало знаем о том, как ведут себя клиенты при эффективной семейной терапии; как они рассматривают терапевтический процесс; как с течением времени изменяются их система ценностей, установки и убеждения; или почему они начинают испытывать иные чувства по отношению к самим себе или другим членам семьи. Точно так же мы мало знаем о том, как терапевти-

ческие воздействия одновременно влияют на разных членов семьи. Зато мы знаем, что терапевтический союз может быть расторгнут и что некоторые клиенты (в силу своих семейных ролей) реагируют на терапевтические воздействия более позитивно, чем другие. И все же у нас мало информации о том, как эффективным терапевтам удастся удовлетворять противоречивые требования индивидов, семейных подсистем и семьи в целом.

И, наконец, мы мало знаем о том, как вопросы половой принадлежности, социально-экономического статуса и культурных различий влияют на процесс терапии. Обзор основных направлений в исследованиях супружеской и семейной терапии за десять лет (Bean & Crane, 1996) показал, что менее чем в 5% опубликованных исследований работа велась с семьями другой расовой принадлежности. Важны не только эти факторы, ведь существует еще множество других переменных (возраст, этап биографии, религия, тип сообщества), которые тоже нуждаются в учете. В самом деле, диапазон испытываемых необходимо расширить, чтобы включить в него, например, семьи с повторным браком, семьи с усыновленными детьми, семьи геев и лесбиянок, семьи с тремя поколениями родственников и тому подобное. Сама концепция *семьи* стремительно изменяется, причем в культуре, возможно, быстрее, чем в наших теориях и исследованиях (Friedlander et al., 1994).

## Практику в науку

Если мы на минутку вернемся к Хендерсонам, мы сможем увидеть, что, в сущности, имеется вполне достаточное количество исследований, которыми мы могли бы руководствоваться в своей работе. Мы вправе с разумной долей уверенности полагать, что семейная терапия способна принести пользу несчастным семейным парам и что множество самых разных подходов в принципе пригодно для того, чтобы смягчить, например, депрессию Шейлы и мотивировать у Брайена воздержание от алкогольных эксцессов. Литература о психотерапевтическом процессе содержит указания, подчеркивающие важность установления сбалансированных, заботливых отношений союза терапевта и клиентов, указания о разновидностях воздействий, которые могут оказаться полезными в различные моменты терапии, а также о когнитивных, эмоциональных и интерперсональных изменениях, предстоящих Хендерсонам в ходе терапии.

И именно то, чего мы *не знаем* относительно эффективной

работы с семьями наподобие Хендерсонов, подсказывает нам темы дальнейших исследований, которые, в свою очередь, способны определить направления работы терапевтов с подобными супружескими парами. Мы, например, можем умозрительно рассудить, что событие утраты Хендерсонами дочери необходимо проанализировать на некоторую психотерапевтическую глубину, чтобы терапия оказалась успешной. Не исключено также, что для Хендерсонов окажется важно иметь дело с таким терапевтом, у которого, по мнению супругов, будет достаточно собственного жизненного опыта, чтобы понять застарелые негативные особенности их брака. Это лишь два соображения, которые можно преобразовать в клинически осмысленные вопросы для исследования. В самом деле, неповторимость каждой семьи рождает множество вопросов, заслуживающих внимания науки, — как рождают их и сходства, наблюдаемые у разных семей.

В «Отчете потребителя» за 1995 г. опубликованы результаты статистически случайного опроса читателей. Большая часть из тех 4000 респондентов, которые побывали клиентами психотерапевтов, благоприятно оценивают свой опыт. Хотя сам обзор и содержащиеся в нем выводы вызвали некоторую полемику со стороны исследователей, очевидно, что психотерапия прочно заняла свое место под солнцем.

Несмотря на эту оптимистическую перспективу, мы не можем утверждать, что психотерапия эффективна для всех, кто обращается за помощью. Нельзя быть уверенными и в том, что эффективность наших терапевтических усилий всегда обусловлена именно теми причинами, которые мы видим. Интересуясь «кухней» эффективного мастерства экспертов, упомянутых в нашем обзоре, мы способны обнаружить в их работе (как и в собственной) подходы, схемы и закономерности, которые можно наблюдать, измерять и использовать для обучения других терапевтов. В своих консультационных кабинетах мы должны рассуждать как ученые — давать такие предсказания, которые все же допускают возможность опровержения, проверять и пересматривать свои гипотезы, модифицировать собственное поведение, исходя из результатов работы, и т. д. Продолжая исследования, формальные или неформальные, мы сможем точнее предвидеть ближайшие и отдаленные последствия нашей работы с семьями. Мы не хотим полагаться на случайные встречи со своими клиентами на футбольной трибуне!

## ССЫЛКИ

- Alexander J. R., Barton C., Schiavo R. S., and Parsons B. V. 1976. Systems-behavioral intervention with families of delinquents: Therapist characteristics, family behavior, and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 44:656—664.
- Alexander J. P., and Parsons B. V. 1982. *Functional family therapy*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Azrin N. H. 1976. Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*. 74:339—348.
- Azrin N. H., Donohue B., Besalel V. A., Kogan E. S., and Acierno R. 1994. Youth drug abuse treatment: A controlled outcome study. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*. 3:1—16.
- Bank L., Mariow J. H., Reid J. B., Patterson G. R., and Weinrott M. R. 1991. A comparative evaluation of parent training interventions for families of chronic delinquents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 19:15—33.
- Barkley R. A., Guevremont D. C., Anastopoulos A. D., and Fletcher K. F. 1992. A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 60:450—462.
- Barlow D. H., O'Brien G. T., and Last C. G. 1984. Couples treatment of agoraphobia. *Behavior Therapy*. 75:41—58.
- Barrett P. M., Dadds M. R., and Rapee R. M. 1996. Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64:333—342.
- Baucom D., Shoham V., Mueser K. T., Daiuto A. D., and Stickle T. R. 1998. Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66:53—88.
- Bean R., and Crane D. R. 1996. Marriage and family therapy research with ethnic minorities: Current status. *American Journal of Family Therapy*. 24:3—7.
- Beardslee W. R., Swatling S., Hoke L., Rothberg P. C., van de Velde P., Focht L., and Podorefsky D. 1998. From cognitive information to shared meaning: Healing principles in prevention intervention. *Psychiatry*. 67A 12—129.
- Benjamin L. S. 1974. Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*. 81:392—425.
- Birnbrauer J. S., and Leach D. J. 1993. The Murdoch early intervention program after 2 years. *Behaviour Change*. 10:63—74.
- Bischoff R. J., and McBride A. 1996. Client perceptions of couples and family therapy. *American Journal of Family Therapy*. 24/1 17—128.
- Black D. R., Gleser L. J., and Kooyers K. J. 1990. Ameta-ana-

lytic evaluation of couples weight-loss programs. *Health Psychology*. 9:330—347.

Bourgeois L., Sabourin S., and Wright J. 1990. Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 5<Y:608—613.

Bray J. H., and Jouriles E. N. 1995. Treatment of marital conflict and prevention of divorce. *Journal of Marital and Family Therapy*. 21:461—474.

Brent D. A., Holder D., Kolko D., Birmaher B., Baugher M., Roth C, Iyengar S., and Johnson B. A. 1997. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and support therapy. *Archives of General Psychiatry*. 54:877—885.

Brent D. A., Kolko D. J., Birmaher B., Baugher M., Bridge J., Roth C, and Holder D. 1998. Predictors of treatment efficacy in a clinical trial of three psychosocial treatments for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 37:906—914.

Brownell K. D., Kelman J. H., and Stunkard A. J. 1983. Treatment of obese children with and without their mothers: Changes in weight and blood pressure. *Pediatrics*. 77:515—523.

Butler M. H., and Wampler K. S. 1999. Couple-responsible therapy process: Positive proximal outcomes. *Family Process*. 38:27—54.

Campbell T. J., and Patterson J. M. 1995. The effectiveness of family interventions in the treatment of physical illness. *Journal of Marital and Family Therapy*. 27:545—584.

Cedar B., and Levant R. F. 1990. A meta-analysis of the effects of parent effectiveness training. *American Journal of Family Therapy*. 18:373—384.

Cerny J. A., Barlow D. H., Craske M. G., and Himadi W. G. 1987. Couples treatment of agoraphobia: A two-year follow-up. *Behavior Therapy*. /&401-415.

Chamberlain P., Patterson G., Reid J., Kavanagh K., and Forgatch M. 1984. Observation of client resistance. *Behavior Therapy*. /5:144-155.

Chamberlain P., and Reid J. B. 1991. Using a specialized foster care treatment model for children and adolescents leaving the state mental hospital. *Journal of Community Psychology*. /9:266—276.

Chamberlain P., and Rosicky J. G. 1995. The effectiveness of family therapy in the treatment of adolescents with conduct disorders and delinquency. *Journal of Marital and Family Therapy*. 22:441—460.

Christensen L. L., Russell C. S., Miller R. B., and Peterson C. M. 1998. The process of change in couples therapy: A qualitative investigation. *Journal of Marital and family Therapy*. 24:177—188.

Clarkin J. F., Carpenter D., Hull J., Wilner P., and Glick I.

1998. Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatric Services*. 49:531—533.

Clarkin J. F., Glick I. D., Haas G. L., Spencer J. H., Lewis A. B., Peyser J., DeMane N., Good-Ellis M., Harris E., and Lestelle V. 1990. A randomized clinical trial of inpatient family intervention. V: Results for affective disorders. *Journal of Affective Disorders*. 18:17-28.

Cline V. B., Mejia J., Coles J., Klein N., and Cline R. A. 1984. The relationship between therapist behaviors and outcome for middle- and lower-class couples in marital therapy. *Journal of Clinical Psychology*. 40:691—704.

Cobb J. P., Mathews A. A., Childs-Clarke A., and Blowers C. M. 1984. The spouse as co-therapist in the treatment of agoraphobia. *British Journal of Psychiatry*. 144:282—287.

Cobham V. E., Dadds M. R., and Spence S. H. 1998. The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66:893—905.

Connell S., Sanders M. R., and Markie-Dadds C. 1997. Self-directed behavioral family intervention for parents of oppositional children in rural and remote areas. *Behavioral Modification*. 27:379—408.

Consumer Reports. 1995. Mental health: Does therapy help? November, 734-739.

Corder B. F., Corder R. F., and Laidlaw N. C. 1972. An intensive treatment program for alcoholics and their wives. *Quarterly Journal of the Study of Alcohol*. 33:1144-1146.

Coulehan R., Friedlander M. L., and Heatherington L. 1996, June. *Transforming narratives: A change event in constructivist family therapy*. Paper presented at the annual conference. Society for Psychotherapy Research, Amelia Island, FL.

Cramer B., Robert-Tissot C., Stern D. N., Serpa-Rusconi S., DeMuralt M., Besson G., Palacio-Espasa F., Bachmann J. —P., Knauer D., Berney C., and D'Arcis U. 1990. Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: A preliminary report. *Infant Mental Health Journal*. 11:218—300.

Crits-Christoph P., Luborsky L., Gay E., Todd T., Barber J. P., and Luborsky E. 1991. What makes Susie cry? A symptom-context study of family therapy. *Family Process*. 30:337—345.

Dadds M. R., Heard P. M., and Rapee R. M. 1991. Anxiety disorders in children. *International Review of Psychiatry*. J/231—241.

Dadds M. R., Schwartz S., and Sanders M. 1987. Marital discord and treatment outcome in behavioral treatment of child conduct disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 55:396—403.

Dandeneau M. L., and Johnson S. M. 1994. Facilitating inti-



macy: Interventions and effects. *Journal of Marital and Family Therapy*. 20:17-33.

Davidson G. N. S., and Horvath A. O. 1997. Three sessions of Brief Couples Therapy: A clinical trial. *Journal of Family Psychology*. 11:422-435.

de Kemp R. A. T., and Van Acker J. C. A. 1997. Therapist-parent interaction patterns in home-based treatments: Exploring family process. *Family Process*. 36:281-295.

Diamond G. M., and Siqueland L. 1995. Family therapy for the treatment of depressed adolescents. *Psychotherapy*. 32:77-90.

Diamond G. S., and Liddle H. A. 1996. Resolving a therapeutic impasse between parents and adolescents in Multidimensional Family Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64:481-188.

Diamond G. S., and Liddle H. A. 1999. Transforming negative parent-adolescent interactions: From impasse to dialogue. *Family Process*. 38:5-26.

Diamond G. M., Liddle H. A., Hogue A., and Dakof G. A. (in press). Alliance building techniques with adolescents in family therapy. *Psychotherapy*.

Dunn R. L., and Schwebel A. I. 1995. Meta-analytic review of marital therapy outcome research. *Journal of Family Psychology*. 9(1):5&-68.

Edwards M. E., and Steinglass P. 1995. Family therapy treatment outcomes for alcoholism. *Journal of Marital and Family Therapy*. 21:475-510.

Eldridge K., Christensen A., and Jacobson N. S. 1999. Integrative couple therapy. In D. M. Lawson and F. F. Prevatt. *Casebook in family therapy*. Belmont. CA: Wadsworth.

Estrada A. U., and Pinsof W. M. 1995. The effectiveness of family therapies for selected behavioral disorders of childhood. *Journal of Marital and Family Therapy*. 27:403-440.

Evans R., Matlock A. L., Bishop D. S., Stranahan S., and Pederson C. 1988. Family intervention after stroke: Does counseling or education help? *Stroke*. 19:1243-1249.

Everaerd W., and Dekker J. 1981. A comparison of sex therapy and communication therapy: Couples complaining of orgasmic dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 7:278-289.

Eysenck H. 1952. The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*. 16:319-324.

Falloon I. R. H., Boyd J. L., and McGill C. W. 1982. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: A controlled study. *New England Journal of Medicine*. 306:1437-1440.

Falloon I. R. H., Boyd J. L., McGill C. W., Williamson M., Razani J., Moss H. B., Gilderman A. M., and Simpson G. M. 1985. Family management in the prevention of morbidity of schizophre-

nia: Clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*. 42:887—986.

Fals-Stewart W., Birehier G. R. and O'Farrell T.J. 1996. Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: Effects on relationship adjustment and drug-using behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64:959—972.

Fals-Stewart W., O'Farrell T. J., and Birchler G. R. 1997. Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: A cost outcomes analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 75:789—802.

Foley S. H., Rounsaville B. J., Weissman M. M., Sholomaskas D., and Chevron E. 1989. Individual versus conjoint interpersonal therapy for depressed patients with marital disputes. *International Journal of Family Psychiatry*. 10:29—42.

Forehand R., and Long N. 1988. Outpatient treatment of the acting-out child: Procedures, longterm follow-up data, and clinical problems. *Advances in Behavior Research and Therapy*. 10:129—177.

Frankel B. R., and Piercy F. P. 1990. The relationship among selected supervisor, therapist, and client behaviors. *Journal of Marital and Family Therapy*. 16:407—421.

Friedlander M. L., Ellis M. V., Raymond L., Siegel S. M., and Milford D. 1987. Convergence and divergence in the process of interviewing families. *Psychotherapy*. 24:570—583.

Friedlander M. L., and Heatherington L. 1989. Analyzing relational control in family therapy interviews. *Journal of Counseling Psychology*. 55:139—148.

Friedlander M. L., Heatherington L., Johnson B., and Skowron E. A. 1994. «Sustaining engagement»: A change event in family therapy. *Journal of Counseling Psychology*. 41:438—448.

Friedlander M. L., Heatherington L., and Marrs A. In press. Responding to blame in family therapy: A narrative/constructionist perspective. *American Journal of Family Therapy*. 22:133—146.

Friedlander M. L., Heatherington L., and Wildman J. 1991. Interpersonal control in structural and Milan systemic family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. 17:395—108.

Friedlander M. L., and Highlen P. S. 1984. A spatial view of the interpersonal structure of family interviews: Similarities and differences across counselors. *Journal of Counseling Psychology*. 31:411—487.

Friedlander M. L., Highlen P. S., and Lassiter W. L. 1985. Content analytic comparison of four expert counselors approaches to family treatment: Ackerman, Bowen, Jackson and Whitaker. *Journal of Counseling Psychology*. 52:171 — 180.

Friedlander M. L., Wildman J., Heatherington L., and Skowron E. A. 1994. What we do and don't know about the process of family therapy. *Journal of Family Psychology*. 5:390—416.

Friedrich W. N., Luecke W. J., Beilke R. L., and Place V. 1992. Psychotherapy outcome of sexually abused boys: An agency study. *Journal of Interpersonal Violence*. 7:396—409.

Fristad M A., Gavazzi S. M., and Soldano K. W. 1998. Multi-family psychoeducation groups for childhood mood disorders: A program description and preliminary efficacy data. *Contemporary Family Therapy*. 20:385-402.

Gale J., and Newfield N. 1992. A conversation analysis of a solution-focused marital therapy session. *Journal of Marital and Family Therapy*. 18:145-153—165.

Giblin P., Sprenkle D. H., and Sheehan R. 1985. Enrichment outcome research: A meta-analysis of premarital, marital, and family interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*. 11:257—271.

Goldman A., and Greenberg L. 1992. Comparison of integrated systemic and emotionally focused approaches to couples therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 60:962—969.

Goldstein M. J., and Miklowitz D. J. 1995. The effectiveness of psychoeducational family therapy in the treatment of schizophrenic disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*. 21:361—376.

Gordon T. 1970. *P.E.T.: Parent effectiveness training*. New York: Peter H. Wyden.

Gordon Walker J., Johnson S., Manion I., and Cloutier P. 1996. Emotionally focused marital intervention for couples with chronically ill children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64:1029—1036.

Green R. J., and Herget M. 1991. Outcomes of systemic/strategic team consultation: III. The importance of therapist warmth and active structuring. *Family Process*. 30:321—336.

Greenberg L. S., Ford C. L., Alden L., and Johnson S. M. 1993. In-session change in Emotionally Focused Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67:78—84.

Greenberg L. S., James P. S., and Conry R. F. 1988. Perceived change processes in emotionally focused couples therapy. *Journal of Family Psychology*. 2:5—23.

Gurman A. S., and Kniskern D. P. 1981. Family therapy outcome research: Knowns and unknowns. In *Handbook of family therapy*, A. S. Gurman and D. P. Kniskern, eds. New York: Brunner/Mazel.

Hahlweg K., and Markman H. J. 1988. Effectiveness of behavioral marital therapy: Empirical status of behavioral techniques in preventing and alleviating marital distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57:MQ-U1.

Hahlweg K., Markman H. J., Thurmaier F., Engi J., and Eckert V. 1998. Prevention of marital distress: Results of a German prospective longitudinal study. *Journal of Family Psychology*. 12:543—556.

Haley J. 1976. *Problem solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Hampson R. B., and Beavers W. R. 1996. Measuring family therapy outcome in a clinical setting: Families that do better or do worse in therapy. *Family Process*. 55:347—361.

Harrington R., Kerfoot M., Dyer E., McNiven F., Gill J., Harrington V, Woodham A., and Byford S. 1998. Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 57:512—518.

Hastings P., and Hamberger L. K. 1998. *Treating men who batter*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Hawton K., and Catalan J. 1986. Prognostic factors in sex therapy. *Behaviour Research and Therapy*. 24:377—385.

Heatherington L., and Friedlander M. L. 1987. *The Family Communication Control Coding System: Coding Manual*. Unpublished manual. (Available from L. Heatherington, Department of Psychology, Williams College, Williamstown, MA 01267.)

Heatherington L., and Friedlander M. L. 1990a. Applying task analysis to structural family therapy. *Journal of Family Psychology*. 4:36-48.

Heatherington L., and Friedlander M. L. 1990b. Complementarity and symmetry in family therapy communication. *Journal of Counseling Psychology*. 57:261—268.

Heatherington L., and Friedlander M. L. 1990c. Couple and family therapy alliance scales: Empirical considerations. *Journal of Marital and Family Therapy*. 16:299—306.

Heatherington L., Marrs A., and Friedlander M. L. 1995, June. *Toward an understanding of how clients' constructions change in family therapy*. Paper presented at the annual conference, Society for Psychotherapy Research, Vancouver, BC.

Heavey C. L., Larson B. M., and Carpenter K. M. 1996, May. *Promoting the marital adjustment of first-time parents: A pilot test of PREP*. Poster session presented at the Fifth Annual National Institute of Mental Health Conference on Prevention Research, McLean, VA.

Henggeler S. W., and Borduin C. M. 1990. The treatment of parent-child difficulties. In *Family therapy and beyond: A multisystemic approach to treating the behavior problems of children and adolescents*, S. Henggeler and C. M. Borduin, eds. (pp. 62—93). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Hogan D. R. 1978. The effectiveness of sex therapy: A review of the literature. In *Handbook of sex therapy*, J. LoPiccolo and L. Lo Piccolo, eds. New York: Plenum Press.

Holtzworth-Munroe A., Jacobson N. S., DeKlyen M., and Whisman M. A. 1989. Relationship between behavioral marital

therapy outcome and process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57:658—662.

Horn W. R., Ialongo N. S., Pascoe J. J., Greenberg G., Packard T., Lopez M., Wagner A., and Puttier, L. 1991. Additive effects of psychostimulants, parent training, and self-control therapy with ADHD children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 50:233-240.

Hurlburt D. F. 1993. A comparative study using orgasm consistency training in the treatment of women reporting hypoactive sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 79:41—55.

Ialongo N. S., Horn W. P., Pascoe J. M., Greenberg G., Packard T., Lopez M., Wagner A., & Puttier L. 1993. The effects of a multimodal intervention with attention-deficit hyperactivity disorder children: A 9—month follow up. *Journal of the American Academic of Child and Adolescent Psychiatry*. 32:189—189.

Jacobson N. S., and Addis M. E. 1993. Research on couples and couple therapy: What do we know? Where are we going? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67:85—93.

Jacobson N.S., Foilette W. C., Revenstorff D., Baucom D. H., Hahlweg K., and Margolin G. 1984. Variability in outcome and clinical significance of behavioral marital therapy: A reanalysis of outcome data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 52:497—504.

Jacobson N. S., Fruzzetti A. E., Dobson K., Whisman M., and Hops H. 1993. Couple therapy as a treatment for depression: II. The effects of relationship quality and therapy on depressive relapse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61:516—519.

Jacobson N. S., and Margolin G. 1979. *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner/Mazel.

Johnson S. M., and Greenberg L. S. 1985. Emotionally focused couples therapy: An outcome study. *Journal of Marital and Family Therapy*. 7:313-317.

Johnson S. M., and Greenberg L. S. 1988. Relating process to outcome in marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. 74:175-183.

Johnson S. M., and Williams- Keeler L. 1998. Creating healing relationships for couples dealing with trauma: The use of emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. 24:25—40.

Kaplan H. S. 1974. *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions*. New York: Brunner/Mazel.

Kazdin A. E. 1987. *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Newbury Park, CA: Sage.

Kazdin A. E. 1997. Parent management training: Evidence, out-

come, and issues. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 30:1349—1356.

Kazdin A. E., Esveltd-Dawson K., French N. H., and Unis A. S. 1987. Effects of parent management training and problem-solving skills training combined in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 26:416—424.

Kazdin A. E., and Weisz J. R. 1998. Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66:37—52.

Keith S., Schooler N., Bellack A., Matthews S., Mueser K., and Haas G. 1989. The influence of family management on patient stabilization. *Schizophrenia Research* 2:224.

King C. A., Hovey J. D., Brand E., Wilson R., and Ghaziuddin N. 1997. Suicidal adolescents after hospitalization: Parent and family impacts on treatment follow-through. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 36:85—93.

Knutsen S. F., and Knutsen R. 1991. The Tromso survey: The family intervention study — the effect of intervention on some coronary risk factors and dietary habits, a 6—year follow-up. *Preventive Medicine*. 20:197-212.

Kogan S. M., and Gale J. E. 1997. Decentering therapy: Textual analysis of a narrative therapy session. *Family Process*. 36:101 — 126.

Kramer K. M., Arbuthnot J., Gordon D. A., Rousis N. J., and H o z a J. 1998. Effects of skill-based versus information-based divorce education programs on domestic violence and parental communication. *Family and Conciliation Courts Re-view*. 36:9—31.

Kuehl B. P., Newfield N. A., and Joanning H. 1990. A client-based description of family therapy. *Journal of Family Psychology*. 3:310—321.

Laird T L., and Vande Kemp H. 1987. Complementarity as a function of stage in therapy: An analysis of Minuchin's structural family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. 13:127—137.

Left J., Kuipers L., Berkowitz R., Eberlein -Fries R., and Sturgeon D. 1982. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenia patients. *British Journal of Psychiatry*. 141:121 —134.

Liddle H. A., and Dakof G. A. 1994, February. *Effectiveness of family-based treatments for adolescent substance abuse*. Paper presented at the 1994 Society for Psychotherapy Research Conference. Santa Fe, NM.

Liddle H. A., and Dakof G. A. 1995. Efficacy of family therapy for drug abuse: Promising but not definitive. *Journal of Marital and Family Therapy*. 21:51-544.

Lieberman A. P., Weston D. R., and Pawl J. H. 1991. Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development*. 62:199-209.

Liebman R., Minuchin S., and Baker L. 1974. The use of

structural family therapy in the treatment of intractable asthma. *American Journal of Psychiatry*. 131:535—540.

Liepman M. R., Silvia L. Y., and Nirenberg T. D. 1989. The use of family behavior loop mapping for substance abuse. *Family Relations*. 5\*282—287.

Linzen D. 1993. *Recent onset schizophrenic disorders: Outcome, prognosis and treatment*. Unpublished doctoral dissertation. University of Amsterdam, Netherlands.

Longabaugh R., Beattie M., Noel N., Stout R., and Malloy P. 1993. The effect of social investment on treatment outcome. *Journal of the Study of Alcohol*. 44:465—478.

Lovaas O. I. 1987. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 55:3—9.

Luepnitz D. A. 1988. *The family interpreted*. New York: Basic Books.

MacPhee D. C., Johnson S. M., and Van der Veer M. M. C. 1995. Low sexual desire in women: The effects of marital therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 21:159—182.

Mansdorf I. J., and Lukens E. 1987. Cognitive-behavioral psychotherapy for separation anxious children exhibiting school phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 26:222—225.

Markman H. J., and Hahlweg K. 1993. The prediction and prevention of marital distress: An international perspective. *Clinical Psychology Review*. 13:29—13.

Markman H. J., Renick M. J. H., Floyd F. J., Stanley S. M., and Clements M. 1993. Preventing marital distress through communication and conflict management training: A 4— and 5— year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67:70—77.

Masters W. H., and Johnson V. E. 1970. *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.

Matthews A., Bancroft J., Whitehead A., Hackman A., Julier D., Bancroft J., Gath D., and Shaw P. 1976. The behavioral treatment of sexual inadequacy: A comparative study. *Behaviour Research and Therapy*. 14:427—436.

McCrary B. S., Noel N. E., and Abrams D. B. 1986. Comparative effectiveness of three types of spouse involvement in outpatient behavioral alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*. 47:459—467.

Mehta M. 1990. A comparative study of family-based and patient-based behavioral management in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*. 757:133—135.

Melidonis G. G., and Bry B. H. 1995. Effects of therapist exceptions questions on blaming and positive statements in families with adolescent behavior problems. *Journal of Family Psychology*. 9:451—457.

- Miller G. E., and Prinz R. J. 1990. The enhancement of social learning family interventions for childhood conduct disorder. *Psychological Bulletin*. 108:291-307.
- Minuchin S. 1974. *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin S., and Nichols M. P. 1993. *Family healing: Tales of hope and renewal from family therapy*. New York: The Free Press.
- Minuchin S., Rosman B., and Baker L. 1978. *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Morisky D. E., Levine D. M., Green L. W., Shapiro S., Russell R. P., and Smith C. R. 1983. Five year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. *American Journal of Public Health*. 73:153-162.
- Munton A. G., and Antaki C. 1988. Causal beliefs amongst families in therapy: Attributions at the group level. *British Journal of Clinical Psychology*. 27-91-97.
- Newman F. L., and Tejeda M. J. 1996. The need for research that is designed to support decisions in the delivery of mental health services. *American Psychologist*. 51:1040-1049.
- O'Farrell T. J., Choquette K. A., Cutter H. S. G., Brown E. D., and McCourt W. 1993. Behavioral marital therapy with and without additional couples relapse prevention sessions for alcoholics and their wives. *Journal of Studies on Alcohol*. 54:652-666.
- O'Farrell T. J., Choquette K. A., and Cutter H. S. G. 1998. Couples relapse prevention sessions after behavioral marital therapy for male alcoholics: Outcomes during the three years after starting treatment. *Journal of Studies on Alcohol*. 59:357-370.
- O'Leary K. D., Sandeen E., and Beach S. R. H. 1987, November. *Treatment of suicidal, maritally discordant clients by marital therapy or cognitive therapy*. Paper presented at the 21st annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. Boston, MA.
- O'Leary K. D., Risso L. P., and Beach S. R. H. 1990. Attributions about marital discord/depression link and therapy outcome. *Behavior Therapy*. 27:413-422.
- Orlinsky D. E., and Howard K. I. 1986. Process and outcome in psychotherapy. In *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3rd, ed., S. L. Garfield and A. E. Bergin, eds. (pp. 311-381). New York: Wiley.
- Patterson G. R. 1982. *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson J. M. 1991. Family resilience to the challenge of a child's disability. *Pediatric Annals*. 20:491-499.
- Patterson G. R., and Forgatch M. S. 1985. Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 53:846-851.



Pearce J. W., LeBow M. D., and Orchard J. 1981. Role of spouse involvement in the behavioral treatment of overweight women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 49:236—244.

Feed S., Roberts M., and Forehand R. 1977. Evaluation of the effectiveness of a standardized parent training program in altering the interaction of mothers and their noncompliant children. *Behavior Modification*. 7:323-350.

Pinsof W. M. 1979. The Family Therapist Behavior Scale (FTBS): Development and evaluation of a coding system. *Family Process*. 18:451—461.

Pinsof W. M. 1986. The process of family therapy: The development of the Family Therapist Coding System. In *The psychotherapeutic process: A research handbook*, L. S. Greenberg and W. M. Pinsof, eds. New York: Guilford Press.

Pinsof W. M., and Catherall D. R. 1986. The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*. 12:137—151.

Pinsof W. M., and Wynne L. C. 1995. The efficacy of marital and family therapy: An empirical overview, conclusions and recommendations. *Journal of Marital and Family Therapy*. 27:585—614.

Pinsof W. M., Wynne L. C., and Hambright A. B. 1996. The outcomes of couple and family therapy: Findings, conclusions, and recommendations. *Psychotherapy*. 33:321—331.

Postner R. S., Guttman H. A., Sigal J. J., Epstein N. B., and Rakoff V. M. 1971. Process and outcome in conjoint family therapy. *Family Process*. 10:451—174.

Prince S. E., and Jacobson N. S. 1995. A review and evaluation of marital and family therapies for affective disorders. *Journal of Marital and Family therapy*. 21:311—401.

Quinn W. H., Dotson D., and Jordan K. 1997. Dimensions of therapeutic alliance and their associations with outcome in family therapy. *Psychotherapy Research*. 7:429—438.

Randolph E. T., Eth S., Glynn S. M., Paz G. C Leong G. B., Shaner A. L., Sirachan A., van Vort W., Escobar J. I., and Liberman R. P. 1994. Behavioural family management in schizophrenia: Outcome of a clinic-based intervention. *British journal of Psychiatry*. 164:501-506.

Raymond L., Friedlander M. L., Heatherington L., Ellis M. V., and Sargent J. 1993. Communication processes in structural family therapy: Case study of an anorexic family. *Journal of Family Psychology*. 6:308-326.

Robbins M. S., Alexander J. F., Newell R. M., and Turner C. W. 1996. The immediate effect of reframing on client attitude in family therapy. *Journal of family Psychology*. 10:2%—34.

Russell G. F. M., Sz mukler G. I., Dare C, and Eisler I. 1987. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*. 44/1047—1056.

Santisteban D. A., Szapocznik J., Perez-Vidal A., Kurtines W. M., Murray E. J., and LaPernere A. 1996. Efficacy of intervention for engaging youth and families into treatment and some variables that may contribute to differential effectiveness. *Journal of Family Psychology*. 10:35—44.

Satin W., LaGreca A. M., Zigo M. A., and Skyler J. S. 1989. Diabetes in adolescence: Effects of multifamily group intervention and parent simulation of diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*. 14:259—275.

Satterfield J. H., Satterfield B., and Cantwell D. P. 1981. Three-year multimodality treatment study of 100 hyperactive boys. *Journal of Pediatrics*. 98:650-655.

Sayger T. V., Home A. M., and Glaser B. A. 1993. Marital satisfaction and social learning family therapy for child conduct problems: Generalization of treatment effects. *Journal of Marital and Family Therapy*. 19:393-402.

Schlee K. A., Heyman R. E., and O'Leary K. D. 1998. Group treatment for spouse abuse: Are women with PTSD appropriate participants? *Journal of Family Violence*. 13:1—20.

Schmidt S. E., Liddle H. A., and Dakof, G. A. 1996. Changes in parenting practices and adolescent drug abuse during multidimensional family therapy. *Journal of Family Psychology*. 10:12—27.

Sells S. P., Smith T. E., and Moon S. 1996. An ethnographic study of client and therapist perceptions of therapy effectiveness in a university-based training clinic. *Journal of Marital and Family Therapy*. 22:321-342.

Selvirii-Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., and Prata G. 1978. *Paradox and counterparadox: A new model in the therapy of the family in schizophrenic transaction* (translator, E. V. Burt). New York: Aronson.

Shadish W. R., Ragsdale K., Glaser R. R., and Montgomery L. M. 1995. The efficacy and effectiveness of marital and family therapy. A perspective from meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*. 27:345-360.

Shapiro R. J. 1974. Therapist attitudes and premature termination in family and individual therapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 159:101-107.

Shields C. G., Sprenkle D. H., and Constantine J. A. 1991. Anatomy of an initial interview: The importance of joining and structuring skills. *American Journal of Family Therapy*. 19:3—18.

Shoham V., Rohrbaugh M. J., Stickle T. R., and Jacob T. 1998. Demand-withdraw couple interaction moderates retention in cogni-

tive-behavioral versus family-systems treatments for alcoholism. *Journal of Family Psychology*. 4:557—577.

Sigal J. J., Rakoff V. and Epstein N. B. 1967. Indicators of the therapeutic outcome in conjoint family therapy. *Family Process*. 6:215—226.

Sisson R. W., and Azrin N. H. 1986. Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 17:15—21.

Sluzki C. 1975. The coalitionary process in initiating family therapy. *Family Process*. 14:11—11.

Sluzki C. 1992. Transformations: A blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process*. 31:217—230.

Smith M. L., and Glass G. V. 1977. Meta-analysis of psychotherapy outcomes studies. *American Psychologist*. 32:752—760.

Stanton M. D. 1995, May. *Family therapy for drug abuse*. Paper presented at the National Conference on Marital and Family Therapy Outcome and Process Research: State of the Science, Philadelphia, PA.

Stanton M. D., and Shadish W. R. 1997. Outcome, attrition, and family — couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin*. 122:170—191.

Steinberg E. B., Sayger T. V., and Szykula S. A. 1997. The effects of strategic and behavioral family therapies on child behavior and depression. *Contemporary Family Therapy*. 19:537—551.

Stern D. N. 1995. *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books.

Stevenson C. 1993. Combining quantitative and qualitative methods in evaluating a course of family therapy. *Journal of Family Therapy*. 15:205—224.

Sullivan K. T., and Bradbury T. N. 1997. Are premarital prevention programs reaching couples at risk for marital dysfunction? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 65:24—30.

Szapocznik J., Kurtines W. M., Foote F. H., Perez-Vidal A., and Hervis O. 1983. Conjoint versus one-person family therapy: Some evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 51:889—899.

Szapocznik J., Kurtines W. M., Foote F. H., Perez-Vidal A., and Hervis O. 1986. Conjoint versus one-person family therapy: Further evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person with drug-abusing adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54:395—397.

Szapocznik J., Perez-Vidal A., Brickman A. L., Foote F. H., Santisteban D., Hervis O., and Kurtines W. 1988. Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: A strategic structural systems approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56:552—557.

Szapocznik J., Rio A., Murray E., Cohen R., Scopetta M., Rivas-Vazquez A., Hervis O., Posada V., and Kurtines W. 1989. Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57:571—578.

Taylor T. K., Schmidt F., Pepler D., and Hodgins C. 1998. A comparison of eclectic treatment with Webster-Stratton's Parents and Children Series in a children's mental health center: A randomized clinical trial. *Behavior Therapy*. 29:221—240.

Van Widenfelt B., Markman H. J., Guerney B., Behrens B. C., and Hosman C. 1997. Prevention of relationship problems. In *Clinical handbook of marriage and couple interventions*, W. K. Halford & H. J. Markman, eds. (pp. 651—678). Chichester, United Kingdom: Wiley.

Vansteenwegen A. 1996. Who benefits from couple therapy? A comparison of successful and failed couples. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 22:63—67.

Waldron H. B., Turner C. W., Barton C., Alexander J. F., and Cline V. B. 1997. Therapist defensiveness and marital therapy process and outcome. *American Journal of Family Therapy*. 25:233—243.

Walker J. G., Johnson S., Manion I., and Cloutier P. 1996. Emotionally focused marital intervention for couples with chronically ill children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. (54:1029—1036.

Webster-Stratton C. 1990. Long-term follow-up with young conduct problem children from preschool to grade school. *Journal of Clinical Child Psychology*. 19:144—149.

Webster-Stratton C., and Herbert M. 1994. *Troubled families, problem children. Working with parents: A collaborative process*. New York: John Wiley & Sons.

Werner-Wilson R. J., Price S. E., Zimmerman T. S., and Murphy M. J. 1997. Client gender as a process variable in marriage and family therapy: Are women clients interrupted more than men clients? *Journal of Family Psychology*. 11:373—377.

Wiens A. N., and Menustik C. E. 1983. Treatment outcome and patient characteristics in an aversion therapy program for alcoholism. *American Psychologist*. 38:1089—1096.

Winer L. R. 1971. The qualified pronoun count as a measure of change in family psychotherapy. *Family Process*. 10:243—248.

Worthington E. L., Hight T. L., Ripley J. S., Perrone K. M., Kurusu T. A., and Jones D. R. 1997. Strategic hope-focused relationship-enrichment counseling with individual couples. *Journal of Counseling Psychology*. 44:381—389.

Zimmerman T. S., Prest L. A., and Wetzel B. E. 1997. Solution-focused couples therapy groups: An empirical study. *Journal of Family Therapy*. 19:125—144.

# Приложение А

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

### ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ СЕМЕЙНЫХ СИСТЕМ

Carter B., and McGoldrick M. 1988. *The changing family lifecycle: A framework for family therapy*, 3rd, ed. Boston: Allyn and Bacon.

Guerin P. J., Fogarty T. P., Fay L. E., and Kautto J. G. 1996. *Working with relationship triangles: The one-two-three of psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Hoffman L. 1981. *The foundations of family therapy*. New York: Basic Books.

Imber-Black E., ed. 1993. *Secrets in families and family therapy*. New York: Norton.

Kerr M. E., and Bowen M. 1988. *Family evaluation*. New York: Norton.

Minuchin S. 1974. *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Nichols M. P. 1999. *Inside family therapy*. Boston: Allyn and Bacon.

Paolino T. J., and McCrady B. S., eds. 1978. *Marriage and marital therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Watzlawick P., Beavin J., and Jackson D. 1967. *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.

### КУЛЬТУРА И СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ

Boyd-Franklin N. 1989. *Black families in therapy: A multisystems approach*. New York: Guilford Press.

Davis L., and Proctor E. 1989. *Race, gender, and class: Guidelines for practice with individuals, families and groups*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Pedersen P. 1987. The frequent assumptions of cultural bias

in counseling. *Journal of Multicultural Counseling and Development*. /5.16-24.

Pinderhughes E. 1989. *Understanding race, ethnicity, power: The key to efficacy in clinical practice*. New York: The Free Press.

Sue D. W., and Sue D. 1990. *Counseling the culturally different: Theory and practice*, 2nd, ed. New York: Wiley.

Walsh F. 1998. *Re-visioning family therapy*. New York: Guilford Press.

## БРАК

Dicks H. V. 1967. *Marital tensions*. New York: Basic Books.

Guerin P. J., Fay L., Burden S., and Kaullo J. 1987. *The evaluation and treatment of marital conflict: A four-stage approach*. New York: Basic Books.

Lederer W., and Jackson D. 1968. *The mirages of marriage*. New York: Norton.

Lerner H. G. 1985. *The dance of anger: A woman's guide to changing patterns of intimate relationships*. New York: Harper & Row.

Scarf M. 1987. *Intimate partners: Patterns in love and marriage*. New York: Random House.

## РОДСТВЕННИКИ И РАСШИРЕННАЯ СЕМЬЯ

Guerin P. J., ed. 1976. *Family therapy: Theory and practice*. New York: Gardner Press.

Lerner H. G. 1989. *The dance of intimacy; A woman's guide to courageous acts of change in key relationships*. New York: Harper & Row.

McGoldrick M., and Gerson R. 1985. *Genograms in family assessment*. New York: Norton.

## СЕМЬИ С МЛАДЕНЦАМИ И МАЛЕНЬКИМИ ДЕТЬМИ

Brazelton T. B. 1983. *Infants and mothers: Differences in development*, rev., ed. New York: Dell.

Combrinck-Ciraham L., ed. 1988. *Children in family contexts: Perspectives on treatment*. New York: Guilford Press.

Faber A., and Mazlish E. 1974. *Liberated parents, liberated children*. New York: Grosset & Dunlap.

Ginott H. 1969. *Between parent and child*. New York: Macmillan.

Patterson G. 1975. *Families: Application of social learning theory to family life*. Champaign, IL: Research Press.

## СЕМЬИ СО ВЗРОСЛЫМИ ДЕТЬМИ

Bank S., and Kahn M. 1982. *The sibling bond*. New York: Basic Books.

Bios P. 1979. *The adolescent passage: Developmental issues*. New York: International Universities Press.

Faber A., and Mazlish E. 1987. *Siblings without rivalry*. New York: Norton.

Fishel E. 1979. *Sisters: Love and rivalry inside the family and beyond*. New York: Quill/William Morrow.

Micucci J. 1998. *The adolescent in family therapy*. New York: Guilford Press.

Schlaadt R., and Shannon P. 1986. *Drugs of choice*, 2nd, ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Sells S. 1998. *Treating the tough adolescent*. New York: Guilford Press.

## РАЗВОД, ПОВТОРНЫЙ БРАК И НЕРОДНЫЕ РОДИТЕЛИ

Ahrons C., and Rodgers R. 1987. *Divorced families: A multidisciplinary developmental view*. New York: Norton.

Isaacs M. B., Montalvo B., and Abelson D. 1986. *The difficult divorce*. New York: Basic Books.

Vaughan D. 1986. *Uncoupling: Turning points in intimate relationships*. New York: Oxford University Press.

Visher E., and Visher J. 1988. *Old loyalties, new ties: Therapeutic strategies with stepfamilies*. New York: Brunner/Mazel.

## ПОЗДНИЕ ГОДЫ

Levinson D. 1978. *The seasons of a man's life*. New York: Ballantine.

Nichols M. P. 1987. *Turning forty in the eighties*. New York: Fireside/Simon & Schuster.

Viorst J. 1986. *Necessary losses*. New York: Simon & Schuster.

## ТЕХНИКИ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ

Anderson C, and Stewart S. 1983. *Mastering resistance: A practical guide to family therapy*. New York: Guilford Press.

Gerson M-J. 1996. *The embedded self: A psychoanalytic guide to family therapy*. New York: Analytic Press.

Guerin P. J., Fay L., Burden S., and Kautto J. 1987. *The evaluation and treatment of marital conflict: A four-stage approach*. New York: Basic Books.

Isaacs M. B., Montalvo B., and Abelson D. 1986. *The difficult divorce: Therapy for children and families*. New York: Basic Books.

Minuchin S., and Fishman H. C. 1981. *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Minuchin S., and Nichols M. P. 1993. *Family healing: Tales of hope and renewal from family therapy*. New York: The Free Press.

Taibbi R. 1996. *Doing family therapy: Craft and creativity in clinical practice*. New York: Guilford Press.

White M., and Epston D. 1990. *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.



# Приложение Б

## Карьера и обучение

### Как стать семейным психотерапевтом

Есть много путей для того, чтобы стать семейным психотерапевтом. Не все из них предполагают прохождение учебной программы в супружеской и семейной психиатрии, хотя этот путь — самый прямой. Множество людей, имеющих государственную лицензию или сертификат в супружеской и семейной психиатрии (ССТ), окончили высшее учебное заведение с более традиционной степенью — магистра или доктора философии в клинической психологии, магистра социального работника по социальной программе или степенью магистра в психологическом консультировании или уходе за больными. В зависимости от требований их штата эти терапевты после получения степени не в супружеской и не в семейной психотерапии должны пройти некоторые дополнительные курсы в супружеской и семейной психотерапии и получить более обширное руководство для того, чтобы иметь возможность называться супружескими и семейными психотерапевтами (см. ниже раздел по лицензированию).

Какой путь выберете вы — должно зависеть от того, чем вы именно хотите заниматься. Например, если вы надеетесь обучать или проводить исследования в семейной психотерапии, вы поступите правильно, если пройдете программу получения степени доктора философии. Если вы больше хотите заниматься клинической практикой в больнице или частным образом, вам может не понадобиться степень доктора философии и вы можете пойти на одну из многих программ получения степени магистра в семейной и супружеской психотерапии (за списком одобренных учебных программ в супружеской и семейной психиатрии обращайтесь в Американскую ассоциацию супружеской и семейной психотерапии, описанную дальше).

Если вы заинтересованы в изучении аспекта душевного здоровья, который не очень тщательно рассматривается в программах супружеской и семейной психиатрии, например психологическое тестирование, социальная политика, индивидуальная психотерапия или психофармакология, вы можете получить степень в супружеской и семейной психиатрии, а затем пройти требуемые курсы и руководства в одном из многих неакадемических институтов семейной психотерапии, описанных в последнем разделе этого указателя.

## Профессиональные организации

Американская ассоциация супружеской и семейной психотерапии (ААССП — American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT)), расположенная в Вашингтоне, была организована в 1942 г. Лестером Дерборном и Эрнестом Грейвсом в качестве профессиональной организации, чтобы устанавливать стандарты для супружеских консультантов. В 1970 г. она была расширена, включив в себя семейных психотерапевтов, и стала главным мандатным органом для этой области. Благодаря требованиям, предъявляемым к членству в Ассоциации, были установлены стандарты для семейных психотерапевтов, которые используются различными штатами и регулируют профессию. ААССП также лоббирует в федеральном правительстве и в правительствах штатов интересы семейных психотерапевтов, например государственное лицензирование.

Количество членов ААССП неимоверно выросло, отражая рост области. Организация с 1982 г. увеличилась более чем вдвое и состоит сегодня из 23 000 супружеских и семейных психотерапевтов. Этот вид членства и деньги, получаемые от него, превратили ААССП в могущественного игрока в политике душевного здоровья и способствовали признанию обществом и правительством семейной психотерапии как отдельной области.

У ААССП есть кодекс этики, который включает следующие пункты: ответственность перед клиентами; конфиденциальность; профессиональная компетентность и честность; обязательства перед студентами, служащими, наблюдателями и объектами исследования; финансовое урегулирование и реклама. С ААССП можно связаться по адресу 1133 15th Street NW, Suite 300, Washington, DC 200005-2710; телефон: 202-452-0109; веб-сайт: <http://www.aamft.org>

Хотя у ААССП есть представительство в Калифорнии, главной организацией ССП в Калифорнии является Калифорнийская ассоциация супружеской и семейной психотерапии (КАССП — California Association of Marriage and Family Therapy (CAMFT) с 29 филиалами и общей численностью 25 000 членов. Размах КАССП дал Ассоциации право голоса в законодательстве штата. КАССП спонсирует ежегодную конференцию и издает журнал «Калифорнийский психотерапевт». Для дополнительной информации свяжитесь с КАССП, 7901 Raytheon Road, San Diego, CA-92111; телефон: 619-292-2638; веб-сайт: <http://www.camft.org>

Американская академия семейной психотерапии (ААСП — American Family Therapy Academy (AFTA) была организована в 1977 г., чтобы служить нуждам пожилых исследователей, врачей и инструкторов, которые желали короткого и более близкого общения, чтобы делиться идеями и разрабатывать общие интересы. Несмотря на высокие стандарты членства, принимающие во внимание годы преподавания, клинический опыт и заинтересованность в том, чтобы оставаться маленькой, членство ААСП по сравнению с 500 человек в 1983 г. к настоящему моменту удвоилось. ААСП — это мозговой центр высокого уровня, сосредоточенный на своих ежегодных конференциях и информационных бюллетенях. За более подробной информацией обращайтесь в ААСП, 2020 Pennsylvania Avenue NW, № 273, Washington, DC 20006; телефон: 202-994-2776.

Международная ассоциация семейной психотерапии (МАСП — International Family Therapy Association (IFTA) была основана в 1986 г. для всемирных контактов психотерапевтов. Ежегодно МАСП спонсирует Мировой конгресс семейной психотерапии в разных странах. Страны, в которых в разные годы проходил конгресс: Финляндия, Греция, Голландия, Ирландия, Израиль, Венгрия, Мексика и Польша. Кроме того, МАСП раз в два года выпускает информационный бюллетень. С МАСП можно связаться по адресу: Akron Child Guidance Cnter, 312 Locust Street, Akron, OH 44302.

## Конференции

Помимо множества семинаров и конференций, спонсируемых частными лицами или проводимых местными отделениями ААССП, существуют четыре главные национальные встречи. Самая крупная из них — ежегодная конференция ААССП в ок-

тябре. Она охватывает более 200 различных тем, среди которых для каждого специалиста обязательно находится что-нибудь интересное.

Вторым является Сетевой симпозиум семейной психотерапии, проводимый журналом «Сеть семейной терапии» (*Family Therapy Networker*) каждый март в Вашингтоне. Все присутствующие на нем приглашаются на 80 семинаров. Каждый год симпозиум посвящен своей теме, и приглашенные пленарные выступающие — знаменитости в этой области семейной психотерапии. Телефон для информации: 202-829-2452.

Ежегодная встреча ААССП намеренно отличается от других конференций. Благодаря своему малому размаху, она недоступна не членам Ассоциации. Это одно из мест, где лидеры области могут собраться вместе в относительно неформальной обстановке, чтобы обсудить новые идеи. Встреча организована вокруг групп по интересам в виде кратких презентаций, предназначенных для установки диалога и дебатов.

Еще одна конференция, на которой можно встретить многих семейных психотерапевтов, не посвящена исключительно семейной психотерапии. Американская ортопсихиатрическая ассоциация является многообучающей организацией, чья ежегодная конференция обычно содержит значительный процент презентаций, посвященных семейной психотерапии и вопросам, интересным терапевтам, ориентированным на систему.

## Публикации

Первой книгой, целиком посвященной диагнозу и лечению семей, была «Психодинамика семейной жизни» Натана Аккермана, изданная в 1958 г. Первый журнал поля, «Семейный процесс» (*Family Process*), был основан в 1961 г. После этих публикаций литература по семейной психотерапии возросла до уровня, когда практически невозможно сохранить превосходство. Мы насчитали более двадцати журналов и информационных бюллетеней, посвященных какому-либо аспекту семейной психотерапии, издаваемых в Соединенных Штатах, плюс многие другие страны издают собственные журналы. Количество книг огромно, так что мы отсылаем читателя к указателю рекомендованной литературы выборочного путеводителя по самым полезным книгам и статьям области. Мы опишем лишь некоторые из главных периодических изданий.

«Семейный процесс» продолжает оказывать сильное влияние на область. Многие из дебатов и разработок, описанных в предыдущих главах этой книги, впервые появились на его страницах. Журнал был основан в 1961 г. Доном Джексонном и Натаном Аккерманом, его редакторами в разное время являлись Джей Хейли, Дон Блок, Карлос Слуцкий. Ныне его редактирует Питер Стейнгласс. «Журнал супружеской и семейной психотерапии» (*Journal of Marital and Family Therapy*) также достаточно влиятелен и, как официальный журнал ААССП, имеет широкий круг читателей. Под редакцией Алана Гурмана во время 1980-х и Дугласа Спренкля в 1990-х гг. он сконцентрировал свое внимание на исследованиях и улучшил стандарты. Нынешний редактор журнала Фрома Уолш одинаковое внимание уделяет исследованиям и клинической практике.

Журнал «Сеть семейной терапии» посвящен вопросам семейной терапии и психотерапии. Он также имеет сильное влияние. Круг его читателей широк (более 70 000 человек). Журнал завоевал популярность своим методом рассмотрения провокационных вопросов. Рич Симон превратил маленький информационный бюллетень в самое широко читаемое периодическое издание по психотерапии и ознакомил со многими идеями семейной терапии психотерапевтов по всей стране. В 1993 г. «Сеть» своими очерками завоевала Американскую журнальную награду — наивысшую возможную для журнала.

Существует еще ряд журналов, которые, подобно «Семейному процессу» и «Журналу супружеской и семейной терапии», посвящены общим вопросам области. Это «Американский журнал семейной терапии» (*Americical Journal of Family Therapy*), «Журнал семейной психотерапии» (*Journal of Family Psychotherapy*), «Международный журнал семейной терапии» (*International Journal of Family Therapy*), «Современная семейная терапия» (*Contemporary Family Therapy*) и «Собрания семейной терапии» (*Family Therapy Collections*). Вдобавок появился ряд специализированных журналов, таких, как «Журнал системных терапий» (*Journal of Systemic Therapies*), ранее «Журнал стратегической и системной терапий» (*Journal of Strategic and Systemic Therapies*), который читают терапевты, использующие эти термины, чтобы описать себя, в то время как терапевты по системе Боуэна читают журнал «Семейная система». Те же, кто интересуется работой Уайта, подписываются на «Обозрение Далвич-центра» (*Dulvich Centre Review*) и «Случаи семейной терапии» (*Family Therapy Case Study*).

Взаимное обогащение семейной терапии с другими областями представлено в «Семейной системной медицине» (*Family Sys-*

*terns Medicine*) — журнале, посвященном сотрудничеству медицины и семейной терапии, в «Журнале семейной психологии» (*Journal of Family Psychology*), издаваемом отделением Американской психологической ассоциации, и в журнале «Феминизм и семейная терапия» (*Feminism and Family Therapy*), который отражает растущее влияние феминистского мышления в области.

Новости в пределах области и справочники важных разработок передаются через информационный бюллетень ААССП «Новости семейной терапии» (*Family Therapy News*), «Обзор супружеской и семейной терапии» (*Marital and Family Review*) и «Бюллетени Брауновского университета семейной терапии» (*Brown University Family Therapy Newsletter*). Те, кто интересуется разделом социологии, называемым семейной наукой, имеют много общего с семейными терапевтами и читают «Семейные отношения» (*Family Relations*) и «Журнал брака и семьи» (*Journal of Marriage and Family*).

## Лицензирование

В настоящее время супружеские и семейные терапевты контролируются в тридцати семи штатах, некоторые другие сейчас рассматривают законопроекты по лицензированию. Количество штатов, лицензирующих и сертифицирующих супружеских и семейных терапевтов, за последнее десятилетие увеличилось более чем в три раза. Большинство условий для выдачи лицензий сравнимы со стандартами для клинического членства в ААССП. Общие требования включают в себя окончание аккредитованной программы-по супружеской и семейной терапии, два года последипломного контролируемого клинического опыта и сдачу экзамена штата (18 штатов требуют это) или государственного экзамена для супружеских и семейных терапевтов, который проводится Ассоциацией регулирующей комиссии супружеской и семейной терапии и используется оставшимися 19 штатами.

## Центры обучения

Как обсуждалось ранее, семейная терапия главным образом развилась за пределами научных кругов. Есть, однако, небольшое количество докторских программ и большее количество магистерских программ, специализирующихся в супружеской и семейной терапии в университетах по всей стране. Американская

ассоциация супружеской и семейной терапии официально признает 29 магистрских программ и 10 докторских программ и может предоставить их список. Так как мы не осведомлены о сопоставимом списке неуниверситетских центров обучения, мы опишем лишь некоторые из самых знаменитых центров в Соединенных Штатах. Хотя другие центры существуют по всему миру, наше пространство слишком ограничено, чтобы перечислить их здесь. Читатель может заметить, что большинство описанных центров расположено на северо-востоке, где семейная терапия наиболее сильна. Мы начнем отсюда и двинемся на запад.

*Кембриджский семейный институт (Family Institute of Cambridge)* в Массачусетсе был основан в 1976 г. Расположенный ныне в Уотертауне, он является некоммерческим центром обучения и исследований в прикладной системной теории. В его преподавательский состав входят такие известные терапевты, как Майкл Богард, Лаура Шазин, Ричард Шазин, Терри Рил, Кэти Уэйнгартен и Салиан Рот. Институт предлагает четыре ряда обучения: 1) нарративные подходы; 2) теория семейной системы; 3) терапия пар; 4) женский групповой метод. Институт также предлагает широкое разнообразие краткосрочных и долгосрочных курсов, групповое руководство и конференции. Есть у него и исследовательские стипендии для студентов. За информацией обращайтесь к Suzanne Bourque, 51 Kondazian Street, Watertown, MA 02172.

*Семейный институт Кантора (Kantor Family Institute)* в Сомервиле, штат Массачусетс, был основан Дэвидом Кантором после того, как тот ушел из Кембриджского семейного института в 1980 г., и наполнен его структурной/аналитической моделью терапии так же, как психодинамической и другими течениями семейной терапии. Этот институт предлагает ряд трех-одногодичных обучающих программ, которые основываются друг на друге, но могут быть использованы независимо. Он также предлагает специализированную программу для лечения пар и организационной консультации, разнообразие интернатур и курсов. За большей информацией обращайтесь к Ulrike Dettling, Kantor Family Institute, 7 Sheppard Street, Cambridge, MA 02138.

*Центр семьи Минухина (Minuchin Centre for the Family)* — это маленький частный обучающий институт в Нью-Йорке, основанный в 1981 г. Сальвадором Минухиным. Преподавательский состав включает в себя Дэвида Гринана, Ричарда Холма и Вай-Юнга Ли. Специальные программы предназначены для обучения по сети и консультации с учреждениями, которые работают

с неимущими семьями, занимаются воспитанием чужих детей, сутью плохого обращения, работают с бездомными и детьми с психиатрическими установками. Годовое обучение экстерном происходит на трех уровнях: начинающие семейные терапевты, более опытные терапевты, администраторы и руководители. Курс делает ударение на структурной семейной терапии, но на него повлияли феминизм и многокультурие. Дополнительные вопросы могут быть направлены David Greenan, 114 East 32nd Street, 4th Floor, New York, NY 100016.

*Институт семьи Аккермана (Ackerman Institute for the Family)* в Нью-Йорке был основан как Семейный институт Натаном Аккерманом в 1960 г. После смерти Аккермана в 1971 г. центру было присвоено его имя, и директорство принял Дональд Блок, который передал эстафету Питеру Стейнглассу. Кроме Блока и Стейнгласса в институте преподают такие знаменитые семейные терапевты и теоретики, как Пегги Пен, Джордж Колапинто, Ольга Сильверштейн, Марсия Шейнберг, Вирджиния Голднер, Питер Френкель и Джиллиан Уолкер. Институт предлагает обучение системной семейной терапии. Он предоставляет двухгодичную клиническую программу экстерном для более опытных семейных терапевтов и семинары на протяжении всего года. За дальнейшей информацией обращайтесь к Marcia Sheinberg, Director of Training, 149 East 78th Street, New York, NY 10021.

*Вестчестерский семейный институт (Family Institute of Westchester)* недавно переехал из Маунт-Вернона в Уайт-Плейнз, штат Нью-Йорк. Его возглавляет Элиот Розен. Институт обучает многоконтекстуальному подходу, который включает аспекты структурной и стратегической техник и основан на боуэнианской модели. Институт работает с 1977 г. и главным образом известен своей учебной программой, которая обычно длится два года. Есть в нем также двухгодичная программа повышения квалификации, слушатели которой собираются еженедельно. Специализированные учебные программы предлагаются в многокультурной семейной терапии и терапии для гомосексуальных пар и семей. Дополнительная информация предоставляется Pat Colluci, Director of Training, Family Institute of Westchester, 7—11 South Broadway, Suite 400, White Plains, NY 10601.

*Центр семейного изучения (Centrefor Family Learning)* в Рай-Брук, штат Нью-Йорк, был основан в 1973 г. Филипом Горином, который учился у Мюррея Боуэна. Центр предоставляет трехгодичную учебную программу в системной семейной терапии, которая включает клиническое годовое обучение экстерном для



опытных терапевтов, за ним следует год стипендии аспиранта на факультете центра и работа в детских и подростковых проектах. На третьем году другая стипендия аспиранта, изучение супружеских конфликтов. Центр также предлагает разнообразие научных конференций и семинаров и Общественную учебную программу, которая записана для кабельного телевидения. За дополнительной информацией обращайтесь к Eileen Guerin Pendagast, Director of Post-Graduate and Communication Education, 16 Rye Ridge Plaza, Rye Brook, NY 110573.

*Учебная программа семейной терапии (Family Therapy Training Program) в Рочестерском университете (University of Rochester)* была основана в 1983 г. Джудит Ландау-Стентон и М. Дунканом Стентоном. Эта программа обучает модели Рочестера и объединяет структурный, стратегический, транспоклоенчатый, эмпирический и экосистемный подходы в серии обучения экстерном и семинаров. Особыми зонами интереса являются культурный переход и медицинская семейная терапия. Практиканты могут работать с пациентами. В преподавательский состав входят Лайман Уинн, Сюзан Макданиел, Дэвид Сиберн и основатели программы. За более подробной информацией обращайтесь к David Seaburn, Family Therapy Training Program, Department of Psychiatry, University of Rochester, 300 Crittenden Boulevard, Rochester, NY 14642-8409.

*Институт семьи в Нью-Джерси (Family Institute of New Jersey)* был основан в 1991 г. Моникой Мак-Голдрик. Он существует для обучения, исследования и работы в поддержку культурного многообразия и полномочия тех голосов, которые наше общество заглушает. Кроме трехгодичной засвидетельствованной программы, институт предлагает различные семинары, лекции обществу и консультации школам и другим организациям. Его стипендии доступны национальным меньшинствам. Преподавательский состав включает таких известных терапевтов, как Нидия Гарсия Прето, Рея Алмейда, Паулет Мур Хайнс, Элиана Гил и Шарлеса Хаттон. За дальнейшей информацией обращайтесь к Monica McGoldrick, 312 Amboy Avenue, Metuchen, NJ 08840.

*Институт семейной терапии в Вашингтоне (Family Therapy Institute of Washington)* является центром обучения и клиникой, до недавнего времени руководимой Клу Маданес и Джейм Хейли, недавно ушедшим на пенсию. Преподавательский состав обучает, руководит и проводит терапию, подчеркивающую стратегический, фокусированный на проблеме подход. Клиника при институте предлагает лечение специалистами, прошедшими обучение у Хейли и Маданес. Вопросы можно задавать James Keim, Family

Therapy Institute of Washington, DC 5850 Hubbard Drive, Rockville, MD 20852.

*Джорджтаунский семейный центр (Georgetown Family Centre)*, расположенный в Вашингтоне, округ Колумбия, существует, чтобы совершенствоваться, проверять, расширять и определять системную теорию Боуэна. Мюррей Боуэн основал и возглавлял этот центр до своей смерти в 1990 г. Нынешний его директор — Майкл Кер. Программы обучения включают в себя недельную аспирантскую программу и специальную программу для жителей пригорода, которые встречаются на три последовательных дня четыре раза в год. Другие возможности обучения включают месячную Серию клинических конференций и ежегодный Главный симпозиум. Описания этих программ доступны в Georgetown Family Center, 4400 MacArthur Boulevard NW, Suite 103, Washington, DC 20007.

*Центр обучения семейной терапии в Вашингтоне (Family Therapy Practice of Washington)*, был основан в 1980 г. Марианной Уолтере после ее ухода из Филадельфийской клиники. У центра есть база структурной семейной терапии, и он предлагает аспирантские программы экстерном. Кроме этого, центр разрабатывает программы для работы с населением группы риска и изменяющимися семейными структурами, подобно их проекту воспитания подростков в чужих семьях, проекту помощи при семейном насилии и проекту быстрорастущих молодежных/многочисленных семейных групп. За более подробной информацией обращайтесь к Director of Training, 2153 Newport Place NW, Washington, DC 20037.

*Филадельфийский учебный центр детства и семьи (Philadelphia Child and Family Guidance Training Center)* был создан в поздние 1990-е, после того как учебные программы в знаменитой Филадельфийской детской воспитательной клинике были сведены на нет. Большинство преподавателей нового центра обучались в старом центре и работали с Минухиным в то время, когда он разрабатывал структурную семейную терапию. Преподавательский состав центра включает множество знаменитых структурных терапевтов: Мэрион Линдблад-Гольдберг, Чарльза Фишмана, Гордона Ходаса и Рута Сефарби. Центр проводит двухгодичную аспирантскую программу, трехнедельную летнюю практику и курс. За дополнительной информацией обращайтесь к Marion Lindblad-Goldberg, Director, Philadelphia Child and Family Guidance Training Center. Inc. PO. Box 4092, Philadelphia, PA 19118-8092.

*Центр краткосрочной семейной терапии (ЦКСТ) (Brief Family Therapy Center — BFTC)* в Милуоке знаменит своей специализацией в исследованиях, обучении и клинической практике крат-

косрочной терапии. ЦКСТ предоставляет краткосрочные и долгосрочные программы обучения терапии, что привлекает терапевтов из всей Северной Америки, Европы и Азии. Профессорско-преподавательский состав включает Стива де Шазера и Инзу Ким Берг, которые представляли свои семинары и конференции в более чем 30 странах и писали исключительно о психотерапии. За дополнительной информацией обращайтесь в Brief Family Therapy Center, P.O. Box 13736, Milwaukee, WI 53213.

*Семейный институт (Family Institute)* (бывший Чикагский) был основан в 1968 г. Чарльзом Крамером, чтобы предоставлять обучение, исследования и клинические услуги. Уильям Пинсоф является президентом института, в котором, вероятно, представлен самый большой штатный преподавательский состав, включающий в себя известных семейных терапевтов: Дугласа Брейнлина, Шерил Рампаж, Джей Леблоу и Ричарда Шварца. Они предлагают разнообразие учебных программ, основанных на многоуровневом объединенном подходе. Элементы этого подхода включают в себя объединенную, фокусированную на проблеме терапию, метаструктурную перспективу, внутреннюю семейную системную модель, феминизм и мультикультуризм. Они предлагают магистерскую программу в семейной терапии в контакте с Северо-Западным университетом и годовой клинической учебный практикум, постдокторскую стипендию и учебные программы в семейной системной терапии. В 1994 г. институт открыл вместительный филиал в Эванстоне, штат Иллинойс. За дополнительной информацией обращайтесь к Jenn Pilewski, 618 Library Place, Evanston, IL 60201.

*Чикагский центр семейного здоровья (ЧЦСЗ) (Chicago Center for Family Health)* был открыт в 1991 г. содиректорами Джоном Роландом и Фрома Уолшем. Связанный с Чикагским университетом, курс центра объединяет системную теорию со структурой жизненного цикла семьи со многими поколениями. Кроме общего обучения семейной терапии, ЧЦСЗ предлагает специализированное обучение терапии пар, размышление над разводом и медицинскую семейную терапию. Учебные программы включают в себя двухгодичную программу, семинары, курсы и занятия в консультационных группах. В преподавательский состав центра входят также другие известные терапевты — такие, как Джин Комбс, Джил Фридман и Том Тод. За дополнительной информацией обращайтесь к John Rolland, CCFH, North Pier, Suite 651, 445 E. Illinois Street, Chicago, IL 60611.

*Хьюстонский Галвестонский институт (Houstone Galveston In-*

*stitute*) — частная некоммерческая организация — был основан в 1977 г. Харлин Андерсон и ныне покойным Гарри Гулишианом. Направлением института является «совместный системный подход языка», который ставит ударение на открытости, делении клиническим опытом, живых консультациях и наблюдении за работой преподавательского состава. Программы включают в себя: 1) связанные с местом проживания (стипендии, интернатуры и обучение); 2) программы экстерна (вольнослушание, семинары, руководство и конференции); 3) программы по обучению иностранных студентов. За дополнительной информацией обращайтесь к Susan Levin, 3316 Mount Vernon, Houston, TX 77006.

*Институт психических исследований (ИПИ) (Mental Research Institute — MRI)* в Пало-Альто, штат Калифорния, был основан в 1969 г. Доном Джексоном и считается местом рождения семейной терапии. ИПИ более известен своим кратким терапевтическим подходом к семьям. Его преподавательский состав включает такие известные имена, как Пол Вацлавик, Ричард Фиш и Артур Воден. ИПИ предлагает широкий выбор учебных программ, включающих симпозиумы, продолжительные семинары, четырех- или шестинедельные программы проживания и программы по краткой терапии или по подходу Майкла Уайта. Недавно здесь открылось обучение по сети. За дальнейшей информацией обращайтесь к Karin Schlanger, Director of Training, 555 Middlefield Road, Palo Alto, CA 94301.

## СОДЕРЖАНИЕ

|                      |    |
|----------------------|----|
| Предисловие. . . . . | 5  |
| Пролог. . . . .      | 10 |

### ЧАСТЬ I. СОСТОЯНИЕ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ

|  |    |
|--|----|
| <i>Глава первая. ОСНОВЫ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ.</i> . . . .                | 15 |
| Миф о герое. . . . .   | 19 |
| Убежище психотерапии. . . . .  | 21 |
| Семейная терапия в сравнении с индивидуальной. . . . .               | 24 |
| Психология и социальный контекст. . . . .                            | 25 |
| Сила семейной терапии. . . . .                                       | 26 |
| Современные культурные влияния. . . . .                              | 28 |
| Линейное и циклическое мышление. . . . .                             | 30 |
| Рекомендации по чтению. . . . .                                      | 33 |
| Ссылки. . . . .  | 33 |
| <i>Глава вторая. ЭВОЛЮЦИЯ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ.</i> . . . .              | 33 |
| Необъявленная война . . . . .  | 35 |
| Динамики малой группы. . . . .                                       | 39 |
| Движение по работе с детьми. . . . .                                 | 48 |
| Влияние социальной работы. . . . .                                   | 52 |
| Изучение семейных динамик и этиологии шизофрении . . . .             | 55 |
| Грегори Бейтсон, Пало-Альто. . . . .                                 | 56 |
| Теодор Лидз, Йель . . . . .  | 62 |
| Лайман Уинн, национальный институт психического<br>здоровья. . . . . | 65 |
| Ролевые теоретики. . . . .   | 68 |
| Супружеское консультирование. . . . .                                | 71 |

|   |     |
|---|-----|
| От исследований к лечению: пионеры семейной             |     |
| терапии. . . . .  | 73  |
| Джон Белл. . . . .                                      | 74  |
| Пало-Альто. . . . .                                     | 75  |
| Мюррей Боуэн. . . . .                                   | 86  |
| Натан Ахкерман. . . . .                                 | 91  |
| Карл Витакер. . . . .                                   | 96  |
| Айвен Божормений-Неги. . . . .                          | 98  |
| Сальвадор Минухин. . . . .                              | 100 |
| Другие первые центры семейной терапии. . . . .          | 103 |
| Золотой век семейной терапии. . . . .                   | 106 |
| Резюме. . . . .   | 112 |
| Рекомендуемая литература. . . . .                       | 118 |
| Ссылки. . . . .   | 119 |
| <i>Глава третья. РАННИЕ МОДЕЛИ И БАЗОВЫЕ ТЕХНИКИ:</i>   |     |
| ГРУППОВОЙ ПРОЦЕСС И АНАЛИЗ                              |     |
| КОММУНИКАЦИЙ. . . . .                                   | 125 |
| Очерк о лидерах. . . . .                                | 126 |
| Теоретические положения. . . . .                        | 129 |
| Нормальное развитие семьи. . . . .                      | 134 |
| Развитие расстройств поведения. . . . .                 | 136 |
| Цели терапии . . . . .                                  | 139 |
| Условия для изменения поведения. . . . .                | 141 |
| Техники. . . . .  | 144 |
| Уроки ранних моделей. . . . .                           | 153 |
| Критический взгляд на систему. . . . .                  | 158 |
| Этапы семейной терапии. . . . .                         | 162 |
| Первый телефонный звонок. . . . .                       | 162 |
| Первое интервью. . . . .                                | 164 |
| Начальная стадия терапии. . . . .                       | 169 |
| Средняя стадия терапии. . . . .                         | 172 |
| Завершение. . . . .                                     | 174 |
| Оценка семьи. . . . .                                   | 176 |
| Существующая проблема. . . . .                          | 177 |
| Понимание того, как было получено направление . . . . . | 178 |
| Идентификация системного контекста . . . . .            | 178 |

|   |     |
|---|-----|
| Этап жизненного цикла. . . . .  | 179 |
| Семейная структура. . . . .   | 180 |
| Коммуникация. . . . .   | 180 |
| Наркотическая и алкогольная зависимость. . . . .  | 181 |
| Жестокость в семье и сексуальное насилие. . . . .   | 181 |
| Внебрачные увлечения. . . . .   | 182 |
| Пол. . . . .  | 183 |
| Культурные факторы. . . . .   | 183 |
| Этический фактор. . . . .   | 184 |
| Работая с управляемой медициной. . . . .  | 185 |
| Рекомендуемая литература. . . . .   | 188 |
| Ссылки. . . . .   | 189 |
| <br><i>Глава четвертая. ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ КОНЦЕПЦИИ</i><br><b>СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ. . . . .</b> |     |
| Системная теория. . . . .   | 193 |
| История системного мышления. . . . .  | 193 |
| Функционализм. . . . .  | 203 |
| Структурализм. . . . .  | 207 |
| Наследие кибернетики и структурного<br>функционализма. . . . .                            | 209 |
| Общая теория систем. . . . .  | 211 |
| Гуманизирующее влияние Сатир. . . . .   | 216 |
| Боуэн и самодифференциация. . . . .   | 218 |
| Непризнанное направление. . . . .   | 221 |
| Устоявшиеся концепции и методы. . . . .   | 225 |
| Взаимосвязанность. . . . .  | 226 |
| Последовательности интеракций. . . . .  | 227 |
| Треугольники. . . . .   | 228 |
| Круговая причинность. . . . .   | 229 |
| Непрямые коммуникации. . . . .  | 230 |
| Семейная структура. . . . .   | 231 |
| Функция симптома. . . . .   | 234 |
| Обходя сопротивление. . . . .   | 235 |
| Непатологический взгляд на людей. . . . .   | 236 |
| Исходная семья. . . . .   | 237 |
| Жизненный цикл семьи. . . . .   | 239 |

|  |     |
|--|-----|
| Фокусирование на достоинствах . . . . .      | 242 |
| Семейные нарративы. . . . .                  | 243 |
| Влияние культуры. . . . .                    | 244 |
| Одностороннее зеркало и видеозапись. . . . . | 246 |
| Резюме. . . . .                              | 247 |
| Рекомендуемая литература. . . . .            | 248 |
| Ссылки. . . . .                              | 249 |

## ЧАСТЬ II. КЛАССИЧЕСКИЕ ШКОЛЫ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ

|  |     |
|--|-----|
| <i>Глава пятая. СЕМЕЙНАЯ СИСТЕМНАЯ ТЕРАПИЯ</i> |     |
| БОУЭНА . . . . .                               | 252 |
| Очерк о лидерах . . . . .                      | 253 |
| Теоретические положения. . . . .               | 257 |
| Самодифференциация. . . . .                    | 258 |
| Треугольники. . . . .                          | 259 |
| Эмоциональный процесс                          |     |
| нуклеарной семьи. . . . .                      | 260 |
| Процесс семейного проецирования. . . . .       | 261 |
| Процесс мультигенеративной передачи. . . . .   | 262 |
| Позиция сиблинга. . . . .                      | 263 |
| Эмоциональное отсечение. . . . .               | 265 |
| Социальный эмоциональный                       |     |
| процесс. . . . .                               | 265 |
| Нормальное развитие семьи. . . . .             | 267 |
| Развитие расстройств поведения. . . . .        | 271 |
| Цели терапии. . . . .                          | 279 |
| Условия для изменения поведения. . . . .       | 282 |
| Техники. . . . .                               | 285 |
| Боуэнианская супружеская терапия. . . . .      | 287 |
| Боуэнианская терапия                           |     |
| с одним человеком. . . . .                     | 293 |
| Оценка теории и результатов терапии. . . . .   | 302 |
| Резюме. . . . .                                | 306 |
| Рекомендованная литература. . . . .            | 310 |
| Ссылки. . . . .                                | 311 |



|   |     |
|---|-----|
| <i>Глава шестая. ЭМПИРИЧЕСКАЯ СЕМЕЙНАЯ</i>            |     |
| ТЕРАПИЯ. . . . .                                      | 313 |
| Очерк о лидерах . . . . .                             | 314 |
| Теоретические положения. . . . .                      | 317 |
| Нормальное развитие семьи. . . . .                    | 321 |
| Развитие расстройств поведения. . . . .               | 323 |
| Цели терапии. . . . .                                 | 326 |
| Условия для изменения поведения. . . . .              | 328 |
| Техники. . . . .                                      | 334 |
| Оценка теории и результатов терапии. . . . .          | 348 |
| Резюме. . . . .                                       | 351 |
| Рекомендуемая литература. . . . .                     | 353 |
| Ссылки. . . . .                                       | 354 |
| <br><i>Глава седьмая. ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ СЕМЕЙНАЯ</i> |     |
| ТЕРАПИЯ. . . . .                                      | 357 |
| Очерк о лидерах . . . . .                             | 359 |
| Теоретические положения. . . . .                      | 362 |
| Психология влечений Фрейда. . . . .                   | 362 |
| Эго-психология. . . . .                               | 363 |
| Теория объектных отношений. . . . .                   | 363 |
| Нормальное развитие семьи. . . . .                    | 369 |
| Развитие расстройств поведения. . . . .               | 374 |
| Цели терапии. . . . .                                 | 383 |
| Условия изменения поведения. . . . .                  | 387 |
| Техники. . . . .                                      | 391 |
| Оценка теории и результатов терапии. . . . .          | 410 |
| Резюме. . . . .                                       | 412 |
| Рекомендуемая литература. . . . .                     | 412 |
| Ссылки. . . . .                                       | 413 |
| <br><i>Глава восьмая. СТРУКТУРНАЯ СЕМЕЙНАЯ</i>        |     |
| ТЕРАПИЯ. . . . .                                      | 418 |
| Очерк о лидерах . . . . .                             | 419 |
| Теоретические положения. . . . .                      | 422 |
| Нормальное развитие семьи. . . . .                    | 428 |

|  |     |
|--|-----|
| Развитие расстройств поведения. . . . .                        | 431 |
| Цели терапии. . . . .  | 439 |
| Условия изменения поведения. . . . .                           | 441 |
| Техники. . . . .   | 444 |
| Присоединение и аккомодация. . . . .                           | 446 |
| Работа с интеракциями. . . . .                                 | 448 |
| Постановка диагноза. . . . .                                   | 449 |
| Выявление и видоизменение<br>интеракций. . . . .               | 451 |
| Установление границ. . . . .                                   | 455 |
| Нарушение равновесия. . . . .                                  | 457 |
| Борьба с непродуктивными<br>предположениями. . . . .           | 460 |
| Оценка теории и результатов терапии. . . . .                   | 462 |
| Резюме. . . . .  | 464 |
| Рекомендуемая литература. . . . .                              | 467 |
| Ссылки. . . . .  | 468 |
| <br><i>Глава девятая. КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ</i>             |     |
| СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ. . . . .                                 | 469 |
| Очерк о лидерах. . . . .                                       | 470 |
| Теоретические положения. . . . .                               | 475 |
| Нормальное развитие семьи. . . . .                             | 479 |
| Развитие расстройств поведения. . . . .                        | 482 |
| Цели терапии. . . . .  | 487 |
| Условия для изменения поведения. . . . .                       | 488 |
| Техники. . . . .   | 494 |
| Поведенческий тренинг для родителей. . . . .                   | 494 |
| Поведенческая супружеская психотерапия. . . . .                | 505 |
| Когнитивно-поведенческий подход к семейной<br>терапии. . . . . | 514 |
| Лечение сексуальной дисфункции. . . . .                        | 519 |
| Оценка теории и результатов терапии. . . . .                   | 522 |
| Резюме. . . . .  | 525 |
| Рекомендуемая литература. . . . .                              | 528 |
| Ссылки. . . . .  | 529 |

### ЧАСТЬ III. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ

|  |     |
|--|-----|
| <i>Глава десятая. СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ ВСТУПАЕТ<br/>В XXI ВЕК</i> . . . . .                                | 541 |
| Стирание границ . . . . .  | 542 |
| Постмодернизм . . . . .  | 544 |
| Конструктивизм . . . . .   | 546 |
| Разговорные и коллаборативные подходы . . . . .  | 549 |
| Герменевтическая традиция . . . . .  | 553 |
| Социальный конструктивизм . . . . .  | 555 |
| Нарративная революция . . . . .  | 557 |
| Ответ семейной терапии управляемой медицине:<br>терапия, фокусированная на решении<br>проблем. . . . . | 558 |
| Феминизм и семейная терапия . . . . .  | 559 |
| Аполитичная машина . . . . .   | 560 |
| Обвинение матери . . . . .   | 561 |
| Взгляд через призму пола . . . . .   | 562 |
| Насилие в семье . . . . .  | 563 |
| Мультикультурализм . . . . .   | 566 |
| Раса . . . . .   | 571 |
| Нищета и социальный класс . . . . .  | 575 |
| Проблемы геев и лесбиянок . . . . .  | 578 |
| Духовность . . . . .   | 580 |
| Приспособление лечения к населению и его<br>проблемам . . . . .  | 582 |
| Эмпирически обоснованные программы лечения . . . . .   | 584 |
| Медицинская семейная терапия и психологическое<br>просвещение . . . . .                                | 586 |
| Психологическое просвещение и шизофрения . . . . .   | 586 |
| Медицинская семейная терапия . . . . .   | 591 |
| «Я» в системе . . . . .  | 594 |
| Управляемая медицина . . . . .   | 597 |
| Резюме . . . . .   | 600 |
| Рекомендуемая литература . . . . .   | 603 |
| Ссылки . . . . .   | 604 |

|   |     |
|---|-----|
| <i>Глава одиннадцатая. ОТ СТРАТЕГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ<br/>К ТЕРАПИИ, ОРИЕНТИРОВАННОЙ НА РЕШЕНИЕ:<br/>ЭВОЛЮЦИЯ КРАТКОСРОЧНОЙ ТЕРАПИИ.</i> | 614 |
| Модель ИПИ, стратегическая и миланская системная<br>модели.   | 614 |
| Очерк о лидерах.  | 615 |
| Теоретические положения.  | 618 |
| Нормальное развитие семьи.  | 626 |
| Развитие расстройств поведения.   | 627 |
| Цели терапии.   | 629 |
| Условия изменения поведения.  | 633 |
| Техники.  | 635 |
| Подход ИПИ.   | 636 |
| Подход Хейли и Маданес.   | 640 |
| Миланская модель.   | 648 |
| Другие нововведения.  | 653 |
| Оценка теории и результатов терапии.  | 655 |
| Резюме.   | 658 |
| Психотерапия, фокусированная на решении<br>проблемы.  | 659 |
| Очерк о лидерах.  | 660 |
| Теоретические положения.  | 661 |
| Нормальное развитие семьи.  | 665 |
| Развитие расстройств поведения.   | 665 |
| Цели терапии.   | 666 |
| Условия изменения поведения.  | 667 |
| Техники.  | 669 |
| Женщина, которая была сильнее, чем<br>предполагала.   | 672 |
| Оценка теории и результатов терапии.  | 675 |
| Резюме.   | 678 |
| Рекомендуемая литература.   | 680 |
| Ссылки.   | 681 |
| <i>Глава двенадцатая. НАРРАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ.</i>  | 687 |
| Очерк о лидерах.  | 689 |
| Теоретические положения.  | 693 |

|  |     |
|--|-----|
| Нормальное развитие семьи. . . . .                                   | 700 |
| Развитие расстройств поведения. . . . .                              | 703 |
| Цели терапии. . . . .  | 706 |
| Условия изменения поведения. . . . .                                 | 708 |
| Техники. . . . .   | 711 |
| Начало терапии. . . . .  | 712 |
| Экстернализация: «Личность не есть проблема» . . . .                 | 712 |
| Кто виноват — личность или проблема? . . . . .                       | 715 |
| Чтение между строк проблемного<br>повествования. . . . .             | 716 |
| Пересоздание всего повествования. . . . .                            | 717 |
| Подкрепление нового повествования. . . . .                           | 718 |
| Деконструкция доминирующих культурных<br>дискурсов. . . . .          | 719 |
| Рассказ и пересказ как способ обогатить<br>повествование. . . . .    | 721 |
| Случай с негодником Фу-у. . . . .                                    | 722 |
| Оценка теории и результатов терапии. . . . .                         | 723 |
| Психотерапия социальной справедливости. . . . .                      | 728 |
| Резюме. . . . .  | 729 |
| Рекомендуемая литература. . . . .                                    | 731 |
| Ссылки. . . . .  | 731 |
| <i>Глава тринадцатая. ИНТЕГРАТИВНЫЕ МОДЕЛИ.</i> . . . .              | 733 |
| Эклектизм. . . . .   | 735 |
| Избирательное заимствование. . . . .                                 | 736 |
| Специально разработанные интегративные<br>модели. . . . .            | 738 |
| Модели, предназначенные увеличить широту<br>охвата. . . . .          | 739 |
| Модели, сочетающие два подхода. . . . .                              | 746 |
| Модели, разработанные для конкретных клинических<br>проблем. . . . . | 754 |
| Модель внутренних семейных систем. . . . .                           | 760 |
| Субличности, или «части» личности. . . . .                           | 761 |
| «Я» как целитель. . . . .  | 763 |

|   |     |
|---|-----|
| Идентификация «частей» личности и использование<br>их языка . . . . . | 765 |
| Утешение тряпичной куклы. . . . .                                     | 766 |
| Резюме. . . . .   | 770 |
| Рекомендуемая литература. . . . .                                     | 771 |
| Ссылки. . . . .   | 772 |

#### ЧАСТЬ IV. ЗНАЧЕНИЕ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ

|  |            |
|--|------------|
| <i>Глава четырнадцатая. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ . . . . .</i> | <i>775</i> |
| Теоретическая чистота и технический эклектизм. . . . .     | 775        |
| Семейный терапевт — творец или ученый? . . . . .           | 777        |
| Теоретические положения. . . . .                           | 778        |
| Семьи как системы. . . . .                                 | 778        |
| Стабильность и изменчивость. . . . .                       | 779        |
| Прошлое и настоящее. . . . .                               | 781        |
| Коммуникация. . . . .                                      | 783        |
| Процесс/содержание. . . . .                                | 786        |
| Монадная, диадная или триадная модель. . . . .             | 788        |
| Нуклеарная семья в социальном контексте. . . . .           | 791        |
| Личностное как политическое. . . . .                       | 794        |
| Границы. . . . .   | 797        |
| Нормальное развитие семьи. . . . .                         | 799        |
| Развитие расстройств поведения. . . . .                    | 804        |
| Негибкие системы. . . . .                                  | 805        |
| Функции симптомов. . . . .                                 | 808        |
| Скрытая динамика. . . . .                                  | 810        |
| Патологические треугольники. . . . .                       | 813        |
| Цели терапии. . . . .                                      | 816        |
| Условия для изменения поведения. . . . .                   | 818        |
| Действие или инсайт? . . . . .                             | 819        |
| Изменение во время сеанса или изменение<br>дома. . . . .   | 822        |
| Продолжительность терапии. . . . .                         | 824        |
| Соппротивление. . . . .                                    | 826        |
| Отношения психотерапевта и семьи. . . . .                  | 829        |
| Техники. . . . .   | 833        |

|  |            |
|--|------------|
| Кого приглашать . . . . .  | 834        |
| Терапевтическая команда. . . . .   | 837        |
| Вхождение в семейную систему. . . . .  | 838        |
| Оценка. . . . .  | 842        |
| Решительные вмешательства. . . . .   | 846        |
| Контекст и применимость школ семейной терапии . . . . .                          | 851        |
| Выбор теоретической позиции: рациональные<br>или иррациональные факторы. . . . . | 857        |
| Резюме. . . . .  | 858        |
| Рекомендуемая литература. . . . .  | 861        |
| Ссылки. . . . .  | 862        |
| <br><i>Глава пятнадцатая. ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ</i>                             |            |
| <b>СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ: НАУКУ В ПРАКТИКУ,</b>                                       |            |
| <b>ПРАКТИКУ В НАУКУ. . . . .</b>   | <b>864</b> |
| Насколько эффективна семейная терапия?. . . . .                                  | 865        |
| Общая эффективность семейной терапии. . . . .                                    | 866        |
| Семейная терапия, применяемая при лечении<br>заболеваний взрослых. . . . .       | 868        |
| Семейная психотерапия психологических<br>расстройств у детей. . . . .            | 878        |
| Семейная терапия интерперсональных проблем . . . .                               | 887        |
| Следствия. . . . .   | 895        |
| Чем обусловлена эффективность семейной терапии? . . . .                          | 898        |
| Терапевтические отношения. . . . .   | 900        |
| Процесс изменений. . . . .   | 904        |
| Следствия. . . . .   | 915        |
| Практику в науку. . . . .  | 916        |
| Ссылки. . . . .  | 918        |
| Приложение А. . . . .  | 933        |
| Приложение Б. . . . .  | 937        |

**Майкл Николе  
Ричард Шварц**

## **СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ КОНЦЕПЦИИ И МЕТОДЫ**

Ответственный редактор *Н. Косьянова*  
Редактор *С. Бобко*  
Художественный редактор *А. Мусин*  
Технический редактор *Н. Носова*  
Компьютерная верстка *О. Шувалова*  
Корректор *М. Суховицкая*

ООО «Издательство «Эксмо»  
127299, Москва, ул. Клары Цеткин, д. 18, корп. 5. Тел.: 411-68-86, 956-39-21.  
Home page: [www.eksmo.ru](http://www.eksmo.ru) E-mail: [info@eksmo.ru](mailto:info@eksmo.ru)

*По вопросам размещения рекламы в книгах издательства «Эксмо»  
обращаться в рекламный отдел. Тел. 411-68-74.*

**Оптовая торговля книгами «Эксмо» и товарами «Эксмо-канц»:**  
109472, Москва, ул. Академика Скрябина, д. 21, этаж 2.  
Тел./факс: (095) 378-84-74, 378-82-61, 745-89-16, многоканальный тел. 411-50-74.  
E-mail: [reception@eksmo-sale.ru](mailto:reception@eksmo-sale.ru)

**Мелкооптовая торговля книгами «Эксмо» и товарами «Эксмо-канц»:**  
117192, Москва, Мичуринский пр-т, д. 12/1. Тел./факс: (095) 411-50-76.  
127254, Москва, ул. Добролюбова, д. 2. Тел.: (095) 745-89-15, 780-58-34.  
[www.eksmo-kanc.ru](http://www.eksmo-kanc.ru) e-mail: [kanc@eksmo-sale.ru](mailto:kanc@eksmo-sale.ru)

**Полный ассортимент продукции издательства «Эксмо» в Москве  
в сети магазинов «Новый книжный»:**  
Центральный магазин — Москва, Сухаревская пл., 12  
(м. «Сухаревская», ТЦ «Садовая галерея»). Тел. 937-85-81.  
Москва, ул. Ярцевская, 25 (м. «Молодежная», ТЦ «Трамплин»). Тел. 710-72-32.  
Москва, ул. Декабристов, 12 (м. «Отрадное», ТЦ «Золотой Вавилон»). Тел. 745-85-94.  
Москва, ул. Профсоюзная, 61 (м. «Калужская», ТЦ «Калужский»). Тел. 727-43-16.  
Информация о других магазинах «Новый книжный» по тел. 780-58-81.

**ООО Дистрибуторский центр «ЭКСМО-УКРАИНА». Киев, ул. Луговая, д. 9.**  
Тел. (044) 531-42-54, факс 419-97-49; e-mail: [sale@eksmo.com.ua](mailto:sale@eksmo.com.ua)

**Полный ассортимент книг издательства «Эксмо» в Санкт-Петербурге:**  
РДЦ СЗКО, Санкт-Петербург, пр-т Обуховской Обороны, д. 84Е.  
Тел. отдела реализации (812) 265-44-80/81/82/83.

**Сеть книжных магазинов «Буквоед»:**  
«Книжный супермаркет» на Загородном, д. 35. Тел. (812) 312-67-34  
и «Магазин на Невском», д. 13. Тел. (812) 310-22-44.

**Сеть магазинов «Книжный клуб «СНАРК»** представляет самый широкий ассортимент книг издательства «Эксмо». Информация о магазинах и книгах в Санкт-Петербурге по тел. 050.

**Полный ассортимент книг издательства «Эксмо» в Нижнем Новгороде:**  
РДЦ «Эксмо НН», г. Н. Новгород, ул. Маршала Воронова, д. 3. Тел. (8312) 72-36-70.

**Полный ассортимент книг издательства «Эксмо» в Челябинске:**  
ООО «ИнтерСервис ЛТД», г. Челябинск, Свердловский тракт, д. 14. Тел. (3512) 21-35-16.

Подписано в печать с готовых диапозитивов 19.08.2004.  
Формат 84 x 108<sup>1</sup>/32- Гарнитура «Тайме». Печать офсетная.  
Бум. тип. Усл. печ. л. 50,4.

Тираж 3 000 экз. Заказ №2379

ОАО «Тверской полиграфический комбинат»  
170024, г.Тверь, пр-т Ленина, 5. Телефон: (0822)44-42-15  
Интернет/Home page - [www.tverpk.ru](http://www.tverpk.ru) Электронная почта (E-mail) - [sales@tverpk.ru](mailto:sales@tverpk.ru)