

**ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский
центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского”
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ПСИХОТЕРАПИЯ
СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ**

Учебное пособие



Москва - 2022

УДК 615.851

ББК 53.57

П86

Учебное пособие подготовлено в ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России доктором медицинских наук, профессором **В.И. Бородиным**, кандидатом психологических наук, доцентом **Ж.В. Кошелевой**, кандидатом медицинских наук, доцентом **М.А. Парпара**.

Учебное пособие утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России 30 ноября 2020 г., протокол № 7.

Рецензенты:

Л.С. Канаева – доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник Отдела пограничных расстройств ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России;

И.Ф. Тимербулатов – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии с курсом ИДПО, ФГБУ ВО “Башкирский государственный медицинский университет” Министерства здравоохранения РФ.

П86 Бородин В.И., Кошелева Ж.В., Парпара М.А. **Психотерапия семейных отношений: Учебное пособие.** – М.: ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2022. – 87 с.

В учебном пособии дана характеристика особенностей психотерапии семьи. Подробно описаны психотерапевтические рекомендации. Разделы пособия соответствуют тематическому плану основной профессиональной образовательной программы высшего образования по подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности “психотерапия”.

Для непрерывного профессионального образования психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, иных специалистов.

ISBN 978-5-86002-354-3

ББК 53.57

© В.И. Бородин, Ж.В. Кошелева,
М.А. Парпара, 2022.

© ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского”
Минздрава России, 2022.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
<i>В.И. Бородин</i> Семейная психотерапия детей и подростков.....	6
<i>Ж.В. Кошелева</i> Психотерапия супружеской пары (психоаналитический подход)	41
<i>М.А. Парпара</i> Когнитивно-поведенческая терапия семьи	67

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время психотерапия в России представлена во всем разнообразии направлений, форм и методов. Она давно уже зарекомендовала себя в качестве доказательно эффективной модели оказания медико-психологической помощи в психиатрии и других областях медицины, а также как неотъемлемая составляющая различных немедицинских психологических услуг во многих сферах современной общественной жизни. С нарастающей активностью проводятся научные исследования эффективности разнообразных психотерапевтических методик, механизмов действия психотерапии, нежелательных явлений в процессе ее проведения и т.д. Постоянно расширяется спектр клинических и иных показаний для самых разных психотерапевтических подходов. Те или иные методы и формы психотерапии применяются на протяжении всего жизненного цикла человека, в различные возрастные периоды. В повседневной практике психотерапевты работают с индивидуальными клиентами (индивидуальная психотерапия), группами (групповая терапия), супружескими парами (супружеская терапия) и семьями (семейная терапия). Исходя из фактически общепринятого био-психо-социально-духовного подхода к диагностике, лечению и коррекции психических расстройств и других психологических проблем, возникающих в жизни каждого современного человека, наиболее востребованной в этих условиях становится комплексная или системная парадигма оказания психотерапевтической и психологической помощи, которая, в частности, определяет методологию системной семейной психотерапии. В связи с этим возникает необходимость постоянного совершенствования образовательного процесса в области семейной психотерапии и в первую очередь, когда это касается детей и подростков.

Цель настоящего учебного пособия заключается в расширении теоретических знаний и практических навыков в области семейной психотерапии, которая может осуществляться на основе как психоаналитической, так и когнитивно-поведенческой метапсихологии, а также в рамках системного подхода, в том числе, при психических и поведенческих расстройствах детского и подросткового возраста.

При подготовке пособия использованы материалы отечественных и зарубежных изданий, опыт практической работы и научные публикации сотрудников “ФГБУ НМИЦ ПН им. В.П. Сербского”, перечень которых представлен в списке литературы.

Учебное пособие предназначено для дополнительного профессионального образования психиатров, психотерапевтов, клинических психологов и иных специалистов, деятельность которых связана с проведением психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий в отношении разных групп пациентов и лиц с актуальными психологическими проблемами. В нем содержится информация, представленная впервые в учебной литературе по специальности “психиатрия”.

Основное внимание в данном учебном пособии уделено специфике семейной психотерапии детей и подростков с психическими и поведенческими расстройствами. Отдельно рассмотрены особенности проведения семейной психотерапии в психоаналитическом и когнитивно-поведенческом формате.

Пособие соответствует основной профессиональной образовательной программе высшего образования по подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности “психиатрия” (“психотерапия”).

Проф. В.И. Бородин

СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

В.И. Бородин

Определение и краткая история семейной терапии

Семейная психотерапия – это система психологических воздействий на семью как на живую открытую систему с целью оптимизации ее функционирования (Эйдемиллер Э.Г., 2000). По мнению М.М. Кабанова (1985), семья содержит в себе как са-ногенный, так и патогенный потенциал. Все это обуславливает необходимость ***системного биопсихосоциального подхода к семейной психотерапии***. В связи с этим становятся понятными характерная для семейной психотерапии теоретическая и практическая эклектика, а также актуализация в ее рамках ***интерперсонального подхода к личности***.

Исторически первым в семейной психотерапии было психодинамическое направление, выросшее из анализа З. Фрейдом случая “маленького Ганса”, описанного им в знаменитом эссе “Анализ фобии пятилетнего мальчика” (1909). Известно, что отец Ганса вел дневник и писал Фрейду письма, в которых сообщал о процессе интерпретации переживаний сына, страдающего навязчивым страхом перед лошадьми, а в ответ получал советы по дальнейшему проведению этого процесса. Позднее были сформулированы основные принципы психодинамического подхода в рамках семейной психотерапии: анализ исторического прошлого членов семьи, их неосознаваемых желаний, психологических проблем и взаимных проекций, пережитых на ранних этапах онтогенеза каждого члена семьи и воспроизводимых в актуальном опыте. Задачей психотерапии являлось достижение инсайта (осознания) того, как нерешенные в прошлом проблемы влияют на взаимоотношения в семье в данный момент и как из этого нарушенного контекста отношений возникают невротические симптомы и неконструктивные способы адаптации к жизни у конкретных ее членов. С другой стороны, есть мнение, что семейная психотерапия стала активно разви-

ваться из групповой психотерапии и именно как альтернатива психоанализу (Minuchin S., 1974).

Учение о “семейной диагностике” и “семейном лечении” различных психических расстройств возникло в последней четверти XIX в. (Маляревский И.В., 1887; Smith Z.D., 1890). Подлинным основоположником семейной психотерапии в России и одним из первых в мире был И.В. Маляревский. В 1882 г. в Санкт-Петербурге он основал врачебно-воспитательное заведение для психически больных детей и подростков, персонал которого уделял большое внимание диагностике взаимоотношений в семьях психически больных, роли дисгармоничного воспитания в формировании тех или иных проявлений душевных болезней. С родственниками больных детей проводилось “семейное воспитание” – прообраз современной семейной психотерапии (цит. по Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В., 2008). Начиная с середины 40-х гг. XX в., после завершения Второй мировой войны потребность в семейной психотерапии неуклонно росла во всех странах мира, и в настоящее время в ней выделяются несколько направлений и методов.

Основные понятия и методы семейной терапии

Семейная терапия, и особенно *системная семейная терапия*, является одним из основных и общепризнанных (Ремшмидт Х., 2000) психотерапевтических подходов в детском и подростковом возрасте, поскольку психическое развитие и личностное становление ребенка с самого раннего периода и до завершения пубертата по большей части осуществляются за счет семейного ресурса. Огромное разнообразие пограничных психических и психосоматических расстройств в детском и подростковом возрасте так или иначе связано с неблагоприятными семейными ситуациями, и все они, в свою очередь, оказывают обратное влияние на жизнь семьи в целом и всех ее членов по отдельности. Основным источником психогений у детей и подростков, по мнению Ю.А. Фесенко и В.И. Гарбузова (2019), является семья. Естественно думать, что тяжелые психические и соматические расстройства, возникающие у детей и подростков, приводят в этом плане к еще более значимым изменениям в

семейной системе, включая и главных **“носителей симптоматики”**.

Системная семейная терапия М. Боуэна

В основе боуэновской теории семейных систем лежит положение об эмоциональной системе. Эмоциональная система способствует удовлетворению самых насущных потребностей выживания и адаптации в окружающей среде. Примерами эмоциональной системы в действии являются инстинктивные формы поведения: размножение, забота о потомстве, поиск пищи и борьба за нее. Эмоциональная система также управляет автоматическими физиологическими процессами, возникающими в ответ на стрессовые воздействия. Когда эта система дает сбой, у человека могут возникать психологические, соматические и даже социальные симптомы как проявления эмоционального процесса, реализуемого в системе сложных взаимоотношений – в семье – на протяжении нескольких поколений. Таким образом, в рамках данной теории психодинамический подход переплетается с системным.

Боуэновская теория семьи как системы эмоциональных отношений базируется на восьми взаимопереплетающихся концепциях: 1) о дифференциации Я; 2) о **семейном треугольнике**; 3) о **семейных проекциях**; 4) о ядерном эмоциональном процессе в семье; 5) об эмоциональном разрыве в семье; 6) о **межпоколенческой трансмиссии** (передаче); 7) о сиблинговых позициях; 8) об эмоциональном процессе в обществе.

Практическое приложение вышеописанной теории, по мнению самого М. Боуэна, представляет вторичный интерес. Тем не менее, последователи выделяют четыре основные стадии в процессе системной семейной терапии: 1-я – сбор информации о моделях взаимоотношений в семье на протяжении нескольких поколений; 2-я – развитие понимания клиентом собственного участия в реализации этих моделей и собственной ответственности; 3-я – построение клиентом планов собственного личностного изменения; 4-я – практическая реализация своих планов. В числе технических приемов – **дифференциация Я, эмоциональное ограничение, детриангуляция, генограмма**.

Миланская модель системной семейной терапии

Примером нового теоретического и практического подхода к системной семейной терапии можно считать Миланскую модель, созданную М.С. Палаццоли, Л. Босколо, Дж. Чеккином и Дж. Прата в 70-е годы прошлого столетия. Длительное время они пользовались поддержкой П. Вацлавика, регулярно посещавшего Милан и обсуждавшего результаты работы данного центра семейной терапии с терапевтами. За короткое время Миланская группа достигла успехов в работе с членами семей больных шизофренией и клиентами с нарушениями пищевого поведения.

Предметом исследования в рамках данной школы были коммуникативные связи, которые возникают и самоподдерживаются в семейной системе с идентифицированным психически больным клиентом. Была сформулирована теория, которая говорила, в частности, о шизофрении как об особой форме системного семейного взаимодействия (**коммуникативная теория шизофрении**).

В рамках данной модели главную роль играл такой метод работы как **“метод двух комнат”**: терапевт и клиент находятся в одном помещении и отделены от коллег-терапевтов, которые наблюдают за процессом лечения через одностороннее зеркало или путем видеонаблюдения. Лечащий и наблюдающий терапевты обсуждают концепцию сеанса терапии (обсуждение гипотез). Разговором руководит лечащий терапевт. При необходимости терапевт и наблюдатели проводят консультации во время перерывов. По завершении разговора команда врачей принимает решение об оптимальном конечном вмешательстве (например, домашнее задание или разъяснение симптома), которое сразу сообщается клиенту. Другая методика заключалась в формировании **контрпарадоксов** в ответ на парадоксы семейных отношений в семьях больных шизофренией и другими психическими заболеваниями. Цель вмешательства – во-первых, устранить патогенные стереотипы взаимодействия в семейной системе и, во-вторых, корригировать симптомы, предъявляемые клиентом.

Стратегическая семейная терапия Дж. Хейли

Этот метод семейной психотерапии ориентирован на решение актуальных проблем семьи. Термин “стратегический” принадлежит Дж. Хейли, который на сеансах психотерапии брал на себя ответственность за создание **стратегии решения проблемы** клиента или семьи. Дж. Хейли и его сторонники в своей работе ставили четкие цели, включая снятие симптомов. Данный подход характеризуется чрезвычайным вниманием к деталям симптома и меньшим интересом – к семье, ее духовному росту и благополучию. Отдельный род задач для стратегической семейной терапии – помощь семьям, переживающим кризис перехода на следующую стадию **семейного жизненного цикла**. Эти стадии были выделены и описаны Дж. Хейли: 1) период знакомства и влюбленности; 2) начало супружества; 3) рождение и воспитание ребенка; 4) середина супружества; 5) отлучение и отвыкание родителей от детей; 6) уединение и старость.

Источниками стратегического подхода к семейной терапии являются: общая теория систем, теория коммуникации, разработанные группой Пало-Альто под руководством Г. Бейтсона, и эриксоновский подход к семейному консультированию.

Вместо метода, одинаково используемого в различных случаях, в данном подходе акцент переносится на планирование особой стратегии действий для каждой специфической проблемы. Индивидуальные проблемы стратегическими психотерапевтами рассматриваются как манифестация семейных. Само вмешательство достаточно интенсивно и кратковременно. Психотерапевт атакует определенное звено семейной системы, ответственное за формирование симптома, используя **концепцию круговой причинности** (циркулярная модель причинности, по Andolfi M., 1980).

Структурная семейная терапия С. Минухина

История создания теории и техник структурной семейной психотерапии неразрывно связана с именем С. Минухина. В конце 1960-х гг. С. Минухин с сотрудниками проводили психотерапию на базе интерната для мальчиков с делинквентным поведением, проживающих в Нью-Йорке. Заметное влияние на формирование структурного подхода оказала разработанная

Дж. Хейли психотерапия, ориентированная на решение проблем, а также психотерапия с участием ближайшего социального окружения Р. Спекса.

Техника структурной семейной психотерапии основана на нескольких ключевых теоретических положениях: 1) семья как базисная человеческая система; 2) в рамках семейной системы выделяются подсистемы; 3) у семейной системы и ее подсистем имеются границы с определенными характеристиками; 4) внешнее поведение как фактор, оказывающий влияние на отдельных членов семьи; 5) эволюция параметров взаимодействия. В структурной семейной психотерапии “пациентом” является семья, а проблема или симптом считаются отражением состояния здоровья семейного организма в целом. В составе семейного организма имеются три ключевые подсистемы: супружеская, родительская и подсистема сиблингов. Границы системы или подсистемы представляют собой правила, определяющие, кто и как участвует во взаимодействии.

Оценивая семейные отношения, психотерапевт пытается расширить концепцию проблемы, а семья склонна рассматривать ее очень узко, сводя, например, к алкоголизму или неуправляемому поведению ребенка. Члены семьи надеются, что психотерапевт избавит от симптома одного из них, **идентифицированного пациента**, не затрагивая паттерны взаимодействия в семье. Техника структурной семейной психотерапии в своей основе связана с усилиями психотерапевта, направленными на то, чтобы стать частью семейной системы. Таким образом, психотерапевт и семья объединяются для создания новой временной – терапевтической системы. В процессе терапии последовательно используются такие технические приемы, как присоединение к семье (аккомодация), отслеживание семейных коммуникаций, мимесис (подражание/копирование семейного стиля поведения), фокусирование и разыгрывание паттернов внутрисемейного взаимодействия, разметка границ и перестройка семейной системы.

Экспериментальная семейная терапия К. Витакера

У **экспериментальной семейной терапии** К. Витакера есть и другое название: **экзистенциальная семейная те-**

рапия. Позже сам К. Витакер стал называть ее символической терапией, основанной на личностном опыте. Это название отражает сочетание “реальных” взаимоотношений терапевта с семьей и “нереальную”, т.е. подвластную переносу, сторону их встреч. Реальное и нереальное тесно переплетаются в данном подходе, и их нельзя рассматривать по отдельности.

Основная конечная цель экспириентальной семейной терапии – усиление чувства принадлежности к семье у ее членов и, одновременно, укрепление их свободы отделяться от семьи, стимуляция **процесса индивидуации**. Считается, что человек может быть самим собой лишь в той мере, в какой он принадлежит другим, и наоборот. Таким образом, развитие автономии и индивидуации в сочетании с установлением более гибкого стиля руководства – наиболее важные цели данного вида семейной терапии.

Терапия семьи осуществляется в режиме **котерапии**: команда терапевтов представляет собой модель брака, а отдельный терапевт – модель для членов семьи. Терапевты не обучают, редко интерпретируют, но они являются активными участниками терапевтической надсистемы. Семейный терапевт похож на тренера семейной группы; он не является игроком. К. Витакер отмечает в процессе семейной терапии три главные стадии: ранняя, или начальная, когда семья и терапевт определяют свое положение, а также решают, кто за что отвечает в терапевтической системе; центральная стадия, когда семья работает над изменением своей системы; и заключительная, когда терапевт и семья разделяются, завершая терапевтический контакт. При этом конкретные технические приемы в экспириентальной семейной терапии рассматриваются как нечто второстепенное, а главенствует свободный творческий подход.

Сетевая терапия Р. Снека

Сетевая терапия – это подход, созданный Р. Снеком и К. Аттнив для содействия семьям во время кризиса, при помощи созыва всей их социальной сети – родственников, друзей, соседей – на собрания, численностью в среднем по пятьдесят человек. Работали с ними команды специалистов, которые делали упор на разрушении деструктивных паттернов семей-

ных отношений и мобилизации поддержки для новых в этом плане возможностей (Арчакова Т.О. и соавт., 2019). Встречи терапевтических команд с сетевыми группами длились по 2–4 часа, и, как правило, это случалось от 3-х до 6-ти раз. При этом использовались техники групп встреч, чтобы снять защиты, сопротивления 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.

В сетевом подходе в качестве инструмента, позволяющего увидеть сеть социальных контактов ребенка, является **карта социальных контактов, или сетевая карта**, которая включает в себя разные системы в социальном окружении клиента. Сетевые сессии часто производят то, что Р. Спек и К. Аттнив назвали **“сетевым эффектом”**, – чувство эйфорической связанности и громадное удовлетворение от разрешенных проблем. Однажды приведенная в действие сетевая группа, когда возникает необходимость, всегда приходит на помощь. Большинство актуальных техник сетевой терапии, которая по сути является вариантом коммуникативной семейной терапии, заключается в обучении семьи правилам ясных коммуникаций, анализе и интерпретации коммуникативных паттернов и манипулировании интеракциями при помощи различных стратегических приемов.

Нарративная семейная психотерапия

Дж. Брунер – социолог, который первым ввел термин “нарративная психотерапия” и существенно повлиял на концепцию повествования (**нарратива**), используемую в семейной психотерапии. В рамках данного подхода считается, что способ интерпретации людьми собственного опыта оказывает мощное воздействие на их жизнь.

Нарративная терапия концентрируется на исследовании того, как опыт вызывает те или иные ожидания и как эти ожидания затем переформируют опыт через создание организующих повествований. Иными словами, повествования о жизни действуют как фильтры, отделяющие тот опыт или те

переживания, которые не согласуются с сюжетной линией, от того, что клиент воспринимает как истинный опыт своей жизни. Если их нельзя отфильтровать, события искажаются до тех пор, пока так или иначе не уложатся в основную канву повествования. Целью нарративной терапии является **трансформация идентичности** как семьи в целом, так и отдельных ее членов.

Практика нарративной семейной психотерапии заключается в том, чтобы помочь членам семьи **деконструировать** непродуктивные повествования и создать новые, более продуктивные. **Экстернализация проблемы** – один из способов деконструкции. Когда проблема экстернализирована и заново сформулирована на языке, более приближенном к реальному опыту, человек может противостоять ей. Рассматривая проблему как внешний феномен, нарративные психотерапевты дают возможность семье раскрыть влияние этой проблемы на жизнь всех членов семьи.

Перечисленные выше подходы и методы семейной терапии отнюдь не исчерпывают ее современного разнообразия, что, в свою очередь, подтверждает актуальность новых разработок в этой области и, прежде всего, в рамках детско-подростковой психотерапии. При этом следует еще раз подчеркнуть, что семейная психотерапия – это особый вид психотерапии, направленный на коррекцию межличностных отношений и имеющий целью устранение эмоциональных расстройств в семье, которые обычно наиболее выражены у одного из членов семьи – **носителя симптома**. При этом ребенок как носитель симптома (**идентифицированный пациент**) помогает сохранять **семейный гомеостаз**, подкрепляя родительскую потребность в контроле (**позитивная интерпретация симптома**).

При позитивной интерпретации симптома важно:

1. Выявить нарушения семейной коммуникации (внутри семьи и с внешним миром): взаимные нападки, критика, отвержение, клевета, неумение выслушивать друг друга, эмоциональное и физическое пренебрежение друг другом, отсутствие или избыток дисциплинарных воздействий.

2. Диагностировать искажения эмоциональных связей и интеракций между родителями, отсутствие или искажение родительской модели поведения, с которой ребенок сознательно или бессознательно идентифицируется.
3. Определить наличие дисфункциональных стилей совладания со стрессом (например, неадекватная агрессия или уход в болезнь), выделить наиболее часто используемые психологические защиты, стратегии совладания с трудностями, когнитивные искажения (правила, установки).
4. Обратить внимание на отсутствие конкретных социальных навыков (совместный прием пищи, выражение положительных эмоций, ведение разговора, соблюдение правил проживания).
5. Собрать информацию, объединяющую людей и события вместе. Кто первым заметил? Кто больше всех беспокоился о проблеме? Выяснить попытки самостоятельного разрешения проблемы, что помогает поместить симптом в определенный контекст и сформулировать первичные гипотезы.
6. Определить нарушения границ между подсистемами (размытые, жесткие). Понятие “подсистема” может быть использовано для описания отдельных элементов системы, например членов семьи. Семейные подсистемы определяются такими факторами, как поколение, пол, интересы. Структурная теория утверждает, что дисфункцию системы создают крайние варианты. Если внешние границы слишком жесткие, это мешает обмену между семьей и окружением, приводя к застою в системе. Если границы слишком слабые, то у членов семьи много связей с внешней средой и мало – между собой.
7. Доступна ли семья, включая “носителя симптома”, изменениям? После того как психотерапевт сформулировал гипотезу, его следующий шаг – составление терапевтического контракта с семьей и оглашение условий проведения терапевтического курса. Это осуществляется путем определения связи между симптомом и системой, выработкой дилеммы изменений.

В целом симптом в рамках семьи необходимо рассматривать с разных позиций:

1. Симптом – это метафора, отражающая групповую тему семьи.
2. Симптом – это часть циркулярной коммуникативной последовательности.
3. Симптом означает, что семья испытывает трудности при переходе от одной стадии жизненного цикла к другой.
4. Симптом выполняет в семейной системе и другие функции: морфостатическую, т.е. консервацию семейной системы в ее текущем состоянии; морфогенетическую, т.е. изменение семейной системы и переход на другую стадию жизненного цикла семьи.
5. Симптом – это и коммуникативная метафора, поскольку является не только характеристикой состояния, но и выражением межличностных отношений. В ряде случаев симптом выполняет функцию скрытой, парадоксальной коммуникации между людьми: симптомом можно манипулировать, снимать с себя ответственность и т.д. Симптом в ряде случаев – это особенный “член семьи” – он для чего-то нужен в семейных отношениях.
6. Симптом можно рассматривать с позиции вторичной выгоды, когда он становится выгодным, полезным для чего-то; когда различные потребности реализуются неосознанно с помощью конкретного симптома, например, заболеть чем-нибудь, чтобы не ходить в школу, находясь дома, получать ласку и заботу со стороны родителей.
7. Если симптом используется как секретное оружие в тайной борьбе и все больше закрепляется в постоянно повторяющемся цикле взаимодействия, то всякие попытки облегчить его, скорее всего, будут заранее обречены на неудачу. Психотерапевт в таком случае окажется в парадоксальном положении, когда семья будет просить его ликвидировать симптом у “идентифицированного пациента”, но при этом всячески сопротивляться изменениям.

Продолжительность семейной психотерапии может длиться от нескольких недель до нескольких лет и обуславливается тяжестью психических расстройств у “носителя симптома”, выраженностью межличностных конфликтов в семье, мотивацией членов семьи к достижению терапевтических изменений. В семейной психотерапии можно выделить несколько этапов (Эйдемиллер Э.Г., 1976; Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В., 1989):

- 1) диагностический (семейный диагноз);
- 2) ликвидация семейного конфликта;
- 3) реконструктивный;
- 4) поддерживающий.

Под **семейным диагнозом** понимается типизация нарушенных семейных отношений с учетом индивидуально-личностных свойств членов семьи и характеристик болезни одного из них (Мишина Т.М., 1983). Диагностика семейных отношений осуществляется в процессе присоединения к семейной группе психотерапевта, выдвигающего и проверяющего проблемные диагностические гипотезы. Особенность процедуры семейной диагностики заключается в том, что она носит сквозной характер, т.е. сопровождает семейную психотерапию на всех этапах и предопределяет выбор психотерапевтических техник. Другая особенность диагностики семейных отношений заключается в стереоскопическом ее характере. Это означает, что в случае, если информация о происходящем получена от одного из членов семьи, на односторонних встречах, то она должна быть сопоставлена с информацией от других членов семьи и тем впечатлением, которое сложилось у психотерапевта на основании расспроса и наблюдения за поведением участников процесса психотерапии (“семья глазами ребенка”, “семья глазами родителей”, “семья глазами психотерапевта”, “какие мы на самом деле”).

На втором этапе в ходе односторонних встреч психотерапевта с пациентом и членами его семьи осуществляется выявление и кларификация (прояснение) истоков семейного конфликта и ликвидация его посредством эмоционального отреагирования

каждого члена семьи, вовлеченного в конфликт, в результате установления адекватного контакта с психотерапевтом. Психотерапевт помогает участникам конфликта научиться говорить на языке, понятном всем. Кроме того, он берет на себя роль посредника и передает в согласованном объеме информацию о конфликте от одного члена семьи к другому. Невербальный компонент этой информации может быть транслирован психотерапевтом на сеансе совместной встречи, для чего используется прием “робот-манипулятор”. Выслушав противоречивое сообщение участника сеанса, психотерапевт переводит его на язык жеста, а экспрессивность жеста соотносит с сензитивностью и толерантностью участников.

Таким образом, на этой стадии ведущими оказываются следующие психотерапевтические методы: недирективная психотерапия, нацеленная на вербализацию неосознаваемых отношений личности, а также специально разработанные методы воздействия членов семьи друг на друга, попытка установить контакт и добиться эффекта, влияя в иерархизированном порядке на различные стороны личности участников (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В., 1999).

На этапе реконструкции семейных отношений осуществляется групповое обсуждение актуальных семейных проблем либо в отдельно взятой семье, либо в параллельных группах пациентов со сходными проблемами и их родственников. В этих же группах проводятся ролевой поведенческий тренинг и обучение правилам конструктивного спора.

На поддерживающем этапе, или этапе фиксации, в естественных семейных условиях закрепляются навыки эмпатического общения и возросший диапазон ролевого поведения, приобретенные на предыдущих этапах, заслушиваются ответы о динамике внутрисемейных отношений, проводятся консультирование и коррекция приобретенных навыков общения применительно к реальной жизни.

Выделение этапов позволяет структурировать процесс семейной психотерапии, обосновывает последовательность применения тех или иных психотерапевтических методов в зависимости от целей и объема диагностических данных. По

Э.Г. Эйдемиллеру, В.В. Юстицкису, понятие “этап семейной психотерапии” и выбор адекватной ему психотерапевтической методики – взаимосвязанные между собой понятия.

К психотерапевтическим приемам, наиболее часто применяемым в семейной психотерапии, относятся следующие (Мишина Т.М., 1983):

- 1) эффективное использование молчания,
- 2) умение слушать,
- 3) обучение с помощью вопросов,
- 4) повторение (резюмирование),
- 5) суммарное повторение,
- 6) уточнение (прояснение) и отражение аффекта,
- 7) конфронтация,
- 8) проигрывание ролей,
- 9) создание “живых скульптур”,
- 10) анализ видеомagneитофонных записей.

Сторонники расширенного понимания содержания **семейной психотерапии** считают, что любое индивидуальное психотерапевтическое воздействие на членов семьи, преследующее цель позитивного влияния на семью в целом, можно расценивать в качестве одного из вариантов семейной психотерапии (Bach O., Scholz M., 1980; Kratochvil S., 1985). Это допущение оказывается справедливым, если, выслушивая пациента и выдвигая гипотезу о семейном диагнозе, психотерапевт мыслит категориями целостной семейной системы и, “следовательно, предварительно оценивает, как то или иное воздействие отражается на семейных взаимоотношениях в целом” (Столин В.В., 1981). Кроме того, смысл принципа системности проявляется в свете идеи о “круговой причинности” в семье, т.е. о взаимодетерминированности личности и межличностных отношений, согласно которой стиль общения, характер взаимодействия, тип воспитания, с одной стороны, и личностные особенности членов семьи – с другой, образуют замкнутый, постоянно воспроизводящийся гомеостатический цикл (Andolfi M., 1980). Семейная психотерапия является попыткой разрушения (деконструкции)

этого цикла и создания конструктивных альтернатив семейного функционирования.

Принципиальное отличие **семейного консультирования** от психотерапии заключается в отказе от концепции болезни, в акценте на анализе ситуации, аспектов ролевого взаимодействия в семье, в поиске личностного ресурса субъектов консультирования и обсуждении способов разрешения ситуации – “веера решений”. Многообразие приемов и методов семейного консультирования обусловлено различными теоретическими концепциями, среди которых ведущим в настоящее время является когнитивно-поведенческий подход.

Семейные аспекты детско-подростковой психотерапии

В практике детской психотерапии можно выделить две принципиальные ориентации: 1) работа непосредственно с ребенком и 2) работа с его социальным окружением, прежде всего с семьей. Таким образом, семейная психотерапия облигатно входит в систему психотерапевтической помощи детям и подросткам. Тем более, что проблемы в семейной системе входят в число основных этиопатогенетических факторов, учитываемых при построении психотерапевтически ориентированного диагноза (Карвасарский Б.Д., 2000). Методологической основой детской психотерапии является комплексное использование различных психотерапевтических подходов в рамках основных форм психотерапии (индивидуальной, семейной, групповой), с учетом специфики и этапов онтогенетического развития личности. В раннем детском возрасте ориентация психотерапевтической работы на систему “мать-дитя” объясняется особой важностью и симбиотическим характером взаимоотношений ребенка с матерью. В подростковом возрасте разнонаправленное родительское участие необходимо для прохождения формирующейся личностью трудного процесса созревания собственного Я и приобретения самостоятельности в рамках большого социума, а психотерапевтическая работа здесь ориентируется на самые разные сферы жизнедеятельности, обязательно включая семью, индивидуально-личностную сферу, микросоциальное окружение и общество в целом.

Решение о направлении ребенка на психологическое/психотерапевтическое лечение, как правило, принимается в семье. В зависимости от своих культурных приоритетов каждая семья может определять, какие трудности в детстве считаются достаточно серьезными и заслуживающими специфического психологического вмешательства. При этом между решением обратиться за психологической помощью и реальным обращением уже начинается позитивная семейная динамика, способствующая некоторому смягчению проблем ребенка, что показывает, насколько чутко эти проблемы могут откликаться на изменения в семейном климате.

Поскольку семейный контекст имеет решающее значение для определения отношения ребенка к психологической помощи, все больше детских психотерапевтов предпочитают встречаться со всей семьей в рамках первоначальной оценки семейной ситуации. Семейные встречи позволяют лучше понять реальные семейные отношения, чем индивидуальные беседы с отдельными персонами. Подобные встречи чаще всего оказываются первым случаем, когда все члены семьи могут непосредственно обсудить свои трудности. Часто семья сразу же получает возможность поговорить на болезненные или даже запретные темы, которые, если их открыто озвучить, можно продолжать обсуждать дома. Размышление об истории детей, а иногда и родителей, может привести к осознанию тревожных событий, патогенное значение которых ранее могло быть не распознано. Братья и сестры указанного ребенка обычно рады присутствовать, вникать в происходящее, высказывать свое мнение и, при необходимости, включаться в дальнейшие планы по оказанию помощи.

Если психологическая оценка семьи допускает возможность, а тем более указывает на необходимость индивидуальной психотерапии ребенка, детский психотерапевт планирует встретиться с ним один на один. Эти индивидуальные встречи дают терапевту возможность понять некоторые аспекты внутреннего мира ребенка, преобладающую модель его отношений с окружающими, основные страхи и тревоги, а также способы совладания с ними. Семейные встречи помогают выявить, ка-

кие события и переживания прошлого и настоящего, в семье и за ее пределами привели к возникновению особых трудностей у ребенка и, возможно, к их закреплению. Иногда выясняется, что эти трудности были функцией конфликтов, которые спонтанно разрешаются на этапе диагностики, и дальнейшая помощь не требуется. Детские психотерапевты обычно не проводят долгосрочную семейную работу. В большинстве случаев такую работу будет выполнять семейный терапевт-специалист либо другой детский психотерапевт, не имеющий отношения к первому.

Семейная терапия часто является методом выбора, когда вся семья подверглась тяжелой травматизации, например, в виде тяжелой утраты, или какому-либо иному тяжелому кризису. Семейный подход представляется естественным в отношении детей раннего и дошкольного возраста, которых вряд ли возможно психологически отделить от родителей. Иногда семейная терапия оказывается единственным подходом, доступным для подростков, чье поведение может причинять их родителям серьезные страдания. Такие подростки могут согласиться прийти на прием с семьей, так как считают, что проблема заключается в их родителях. И, наконец, семейная терапия, как правило, является первоначальным выбором, когда дети глубоко погружены в семейные отношения или склонны к всемогущему контролю до такой степени, что их родителям требуется неотложная помощь до начала индивидуального лечения.

Основным отличием семейной терапии от индивидуальной является то, что первая дает возможность работать непосредственно с семейными отношениями и, в частности, изучать перенос, который происходит между поколениями. Перенесение между поколениями становится очевидным, когда родители проецируют на своих детей нереальные пристрастия и ожидания, вытекающие из их собственного прошлого опыта, который они получили в родных семьях. Родители обычно идентифицируют себя слишком близко со своими детьми, предполагая, что у них те же потребности или отношения, что и у них самих, но наиболее бессознательно и тонко они могут отождествлять собственных детей со своими родителями и, таким образом, повторять детские отношения, поставив собственного ребенка на место своего родителя.

Индивидуальная терапия в детском возрасте также часто является предметом выбора, но в этих случаях психотерапевт должен оценить, может ли семья поддержать индивидуальное лечение для своего ребенка. Насколько необходимы регулярные индивидуальные сессии, если есть конфликтующие внутрисемейные запросы? Могут ли родители позволить своему ребенку развивать близкие отношения с другим взрослым, или их любопытство, ревность или зависть приведут к неопозволительному вмешательству? И, самое главное, могут ли они позволить своему ребенку измениться? И хотя может показаться очевидным, что изменения – это то, чего родители как раз и хотят, нет никакой гарантии, что ребенок изменится только в том направлении, которое их устроит. Успешная терапия любого рода способна вызвать у ребенка/подростка бурные и болезненные чувства, которые, пока они не интегрированы, могут в свою очередь спровоцировать у родителей желание, чтобы лечение никогда не начиналось. В крайних случаях психотерапия приводит к тому, что при отказе ребенка от собственной некритической лояльности по отношению к взрослому родителю последний рискует испытать непереносимую эмоциональную фрустрацию и “сломаться”. Подобные возможности необходимо учитывать и предупреждать их в обязательном порядке.

Консультирование родителей и родительская терапия в практике детско-подростковой психотерапии

В традиционном подходе взаимодействие детского психотерапевта с родителями ограничивалось встречами с ними, проводимыми время от времени, для проверки прогресса ребенка в процессе терапии. Цель подобных встреч состояла в том, чтобы поддерживать отношения сотрудничества между терапевтом и родителями, чтобы дать терапевту ощущение развития ребенка в семье, в школе и в более широком социальном мире, а родителям – возможность узнать о терапии, а также поддерживать уверенность в способности терапевта помочь их ребенку. В лучшем случае такие встречи могут дать реальный шанс интегрировать различные точки зрения и развить понимание ребенка как родителями, так и терапевтом, но они также могут

создавать трудности, обусловленные расхождениями в целях между терапевтом и родителем. В любом случае эти встречи являются важной составляющей хорошей психотерапевтической практики.

Поддерживающая терапия с родителями, которую за рубежом в прошлом выполняли социальные работники, теперь чаще осуществляется самими детскими психотерапевтами, происходит, как правило, параллельно с лечением ребенка, проводимым другим терапевтом, но иногда как самостоятельное вмешательство, поскольку считается, что наиболее полезным вкладом являются направленные изменения со стороны родителей. Такая работа требует значительного разнообразия подходов. Спектр включает поддержку обеспокоенным родителям, чье психическое состояние может нанести ущерб их детям, помощь обездоленным и уязвимым родителям (например, семьям погибших, матерям, оставленным их партнерами, семьям беженцев), а также работу по изучению неосознаваемых аспектов родительского восприятия тех или иных проблем, приводящих к различным нарушениям родительского функционирования. Некоторые излишне ранимые родители бывают не в состоянии принять рефлексивные комментарии и срочно нуждаются в специфических отношениях для выражения собственного замешательства, депрессии, отчаяния и неуверенности в себе. Другие же проявляют способность к более глубокому анализу своего вклада в проблемы собственных детей и взгляду на свою собственную семейную историю как на попытку полнее понять актуальные семейные трудности.

Работая с родителями, психотерапевт предлагает модель того, как реагировать на эмоциональный стресс, которая имеет следующие основные позиции. Во-первых, это создание и поддержание надежной обстановки, в которой можно говорить об очень болезненных, травмирующих вещах. Как и в случае с лечением ребенка, **индивидуальные занятия** с родителями проводятся регулярно во времени и пространстве, и это помогает сдерживать нередко возникающие инфантильные элементы. Во-вторых, это создание с родителем некоторого общего языка для описания болезненных эмоциональных состояний. Поиск

слов для описания страдания сам по себе является помощью, потому что он дает ощущение комфорта, не оставляя человека наедине с собственной болью. Многие одинокие или эмоционально обездоленные родители находят ресурсы для понимания своих собственных детей через опыт ощущения понимания и приобретения способов мышления о чувствах, которые могли быть для них до этого неизвестными. В-третьих, это определение границ и различий: между родителями и детьми, между взрослыми и инфантильными аспектами личности, которые как раз и могут быть прояснены в структурированной терапевтической обстановке. Так, эмоционально обездоленному родителю может быть очень трудно определить присутствие потребности и жадности в себе и/или в своем ребенке. В-четвертых, это постоянно развивающееся понимание сложного внутреннего мира человеческих эмоций и интимных отношений, а также возможностей и ограничений со стороны внешней реальности. Чтобы поддержать развитие подлинного родительского функционирования, внимание должно быть уделено не только отдельному человеку, но и брачным отношениям, где они есть, всему спектру семейных отношений между поколениями, а также ближайшему социальному окружению. Наиболее важно при этом уделять внимание анализу скрытого смысла деструктивного поведения как собственного, так и окружающих.

Некоторые родители более восприимчивы к *групповой терапии*. Группа предоставляет, прежде всего, утешение тем фактом, что другие тоже испытывают чувство неудачи из-за тех или иных трудностей, связанных с поведением детей. Групповая работа также полезна, когда есть чувство социальной изоляции, особо выраженная фрустрация или отсутствие поддерживающих партнеров. Групповая культура, если в группе нет глубоко обеспокоенных и деструктивных людей, может создавать пространство для работы с уязвимостями каждого человека, с ощущением непрерывности во времени, поскольку каждый член группы чувствует, что о нем помнят другие. Однако, по большому счету, групповая работа строится на мобилизации конструктивного родительского потенциала, нередко ограничиваемого влиянием разнообразных негативных личностных

факторов, что требует коррекции в рамках более защищенного пространства индивидуальной психотерапии.

Таким образом, обязательной составляющей любой психотерапии, адресованной детям и подросткам, является работа с родителями, их тревогами, личностными проблемами, взаимной конкуренцией, чувствами зависти и ревности, переживанием неудачи. Такт, терпение и реальная вера в общий характер задачи, прежде всего, со стороны терапевта приобретают здесь очень важное значение. Прямое использование терапевтических интерпретаций, переноса и контрпереноса уместно только тогда, когда родители действительно желают стать пациентами самостоятельно. Большую же ценность для родителей, а также детей имеют понимание и сочувственное отношение к их проблемам со стороны психотерапевта.

Особенности семейной терапии детей и подростков, показания и противопоказания

В целом психотерапия детей и подростков предполагает разнообразные формы лечения: разовые консультации, краткие или долгосрочные психотерапевтические вмешательства, индивидуальная работа с детьми и подростками или работа только с родителями, а также системная семейная психотерапия.

Дети обычно приходят на терапию от одного до пяти раз в неделю по согласованию с родителями или опекунами, а также с самим ребенком или подростком. Сессии проводятся в одно и то же время и в одной и той же комнате каждую неделю. Одновременно родителей посещает другой член профессиональной команды, чтобы узнать о лечении и поддержать их усилия по оказанию помощи ребенку в домашних условиях. Продолжительность лечения варьируется от нескольких месяцев до нескольких лет, если только краткое вмешательство не было предварительно согласовано. Механизмы для проверки эффективности лечения автоматически работают при условии постоянного взаимодействия с родителями, что подтверждает определяющую роль семейного контекста любой психотерапии в детско-подростковом возрасте.

В психотерапии с ребенком всегда наличествуют три элемента (позиции): ребенок – психотерапевт – родитель. Родительская фигура обязательно присутствует в терапевтическом пространстве, даже если сам по себе родитель не присутствует в нем физически. Помимо этого могут быть и другие фигуры (позиции): администрация образовательного учреждения, органы опеки, социальные службы. Таким образом, психотерапия с детьми и подростками отличается от психотерапии взрослых более сложной структурой психотерапевтической ситуации и, соответственно, более сложной системой отношений (Филиппова Е.В., 2016).

Общие показания для семейной терапии: невротические расстройства у детей и подростков; острые эмоциональные и тревожные расстройства; симптоматическое поведение одного из членов семьи, включая ребенка; подростковые реакции эмансипации (воровство, уходы, бродяжничество и т.д.); психосоматические расстройства; суицидальное поведение; супружеская дисгармония; семейные кризисы.

Противопоказания для семейной терапии: выраженное девиантное или делинквентное поведение; сексуальное и физическое насилие в семье; неконтролируемые острые аффективные реакции на сеансах; высокий уровень агрессии и непримиримость между супругами; серьезные сексуальные проблемы; нежелание сотрудничать.

Кроме того, при проведении семейной терапии, в том числе детей и подростков, приходится сталкиваться со специфическими и сложными этическими проблемами, связанными с конфиденциальностью и мультikonфиденциальностью, сохранением личных секретов членов семьи, ценностью и профессиональной компетентностью терапевта, двойными отношениями, отказом от сотрудничества со стороны членов семьи, не посещающих терапию и т.д.

Семейная терапия при расстройствах аутистического спектра

Термин расстройства аутистического спектра – РАС (от англ.: ASD – autism spectrum disorders) относится к группе состояний, связанных с развитием нервной системы и характери-

зующихся нарушениями в сферах социального взаимодействия и коммуникации (использовании вербального и невербального языка), а также ограниченными и повторяющимися моделями (стереотипиями) в поведении, интересах и деятельности. Растущая с каждым годом распознаваемость этой группы расстройств, эмоциональное влияние, оказываемое ими на семьи, и бремя финансовых затрат, связанное с их лечением и социальной помощью, делают РАС социально значимым заболеванием. Благодаря доступным сегодня методам лечения можно добиться более высокого уровня качества жизни для таких пациентов, по сравнению всего с несколькими годами ранее, однако следует признать, что у людей, страдающих этими расстройствами, невозможно добиться полного излечения на протяжении всего жизненного цикла.

Несмотря на то, что не существует способа окончательного излечения РАС, имеются строгие доказательства того, что соответствующие образовательные программы, рассчитанные на применение на протяжении всей жизни, ***поддержка для семей***, а также создание высококачественных общественных служб могут разительно изменить в лучшую сторону жизнь лиц с РАС и их родственников. На сегодняшний день наибольшую доказательную базу накопили ***программы вмешательства, основанные на принципах поведенческой терапии, предназначенные для улучшения взаимоотношений родитель-ребенок***, а также с акцентом на развитии социальных и коммуникационных навыков.

В соответствии с рекомендациями международной организации ***Autism Europe***, вмешательства, эффективность которых наилучшим образом подтверждена результатами научных исследований, отвечают четырем принципам:

- ***Индивидуализация...*** Не существует единственного метода лечения, который одинаково эффективен для всех пациентов с РАС. Разнообразие проявлений этого спектра, равно как индивидуальные навыки, интересы, взгляды на жизнь, обуславливают необходимость индивидуального подхода.

- Структура... А именно, организация и адаптация окружающей среды с тем, чтобы обеспечить по возможности максимальное участие каждого индивида, предлагая ему различные средства коммуникации, устанавливая короткие и долгосрочные цели, определяя пути достижения этих целей и способы мониторинга результатов.
- Интенсивность и генерализация... Используемые вмешательства не должны быть спорадическими или краткосрочными, а применяться систематически на ежедневной основе, в разных условиях и всеми, кто работает и живет рядом с человеком, страдающим аутизмом. Это будет способствовать тому, что навыки, усвоенные в более структурированных условиях, могут также поддерживаться в реальной жизни. Те, кто отвечает за проведение вмешательства, должны также иметь доступ к соответствующей поддержке и консультироваться профессионалами, компетентными в вопросах лечения РАС.
- Участие семьи... В детстве и более позднем возрасте ***родители должны стать ключевым элементом каждого вмешательства.*** Общим знаменателем любого профессионального вмешательства должны быть информирование, обучение и поддержка, всегда реализуемые в контексте семейных ценностей и культуры. Для того чтобы избежать дискриминации, с которой все еще сталкиваются большинство таких семей, должны быть доступны другие важные источники поддержки, такие как присмотр за ребенком, временный уход, дополнительный кратковременный отдых или налоговые льготы. Чтобы предоставить этим семьям возможность иметь такой же уровень качества жизни, как и у остальных, необходимо обеспечить им доступ к адекватному образованию, социальной и медицинской помощи.

Таким образом, последний из вышеперечисленных факторов выводит ***семейную составляющую*** на первый план в структуре любого терапевтического и реабилитационно-абилитационного подхода к РАС на протяжении всего жизненного

цикла человека. Независимо от возраста большинство людей с РАС проживают в своих семьях. Именно у этих семей нужно спросить о том, в какой помощи они нуждаются, каковы их приоритеты, о чем они мечтают, как они хотели бы спланировать жизнь своего ребенка. Лица с РАС должны участвовать в этом диалоге, непосредственно или путем передачи полномочий людям, которые их хорошо знают. Семьи являются важнейшей сетью поддержки, которую невозможно заменить государством. Их роль должна быть признана с благодарностью, а задача государства состоит в том, чтобы помочь им максимально реализовать свой потенциал. При этом речь идет не только о целях в отношении психического здоровья, но и о борьбе с общественным невежеством и дискриминацией (Fuentes J. et al., 2012).

Семейная терапия на основе привязанности при депрессивных и тревожных расстройствах у детей и подростков

Теория привязанности (Bowlby J.A., 1969) основывается на предположении, что чувство безопасности ребенка в жизни зависит от доступности родителей и их защиты. Когда родитель надлежащим образом реагирует на эту потребность, у ребенка развивается безопасный стиль привязанности. Если же формирующаяся привязанность ассоциируется с какой-либо угрозой, это резко усиливает риск развития тех или иных психологических проблем у ребенка, включая тревожные и депрессивные расстройства. Наблюдения показали, что многие родители депрессивных детей и подростков в детстве сами не имели адекватного воспитания, что не позволило им обрести достаточно надежный стиль привязанности. В роли родителей они нередко чувствуют двойственность, беспокойство или неспособность утешить и успокоить собственных детей. В таких семьях выражение негативных, уязвимых чувств часто нежелательно и небезопасно. Отсутствие уверенности в безопасности межличностных отношений, в свою очередь, блокирует развитие эффективных навыков решения психологических проблем. Вместо прямого разрешения конфликта и возникающего чувства разочарования дети и подростки реагируют

избеганием или отрицанием конфликта, а также другими эмоционально-когнитивными искажениями. При этом они склонны сохранять дисфункциональные внутрисемейные отношения, фактически защищая родителей от собственного гнева или грусти и опасаясь еще большего их ухудшения (Diamond G.S., Siqueland L., 1998). В итоге выражения гнева по поводу проблем, связанных с привязанностью, приобретают косвенный характер, через конфликты из-за повседневных поведенческих проблем. Подавленные подростки также склонны винить себя в этих неудачах привязанности, считая себя недостойными родительской любви, что может способствовать формированию негативной схемы себя и других, повышая риск развития депрессии (Cicchetti D. et al., 1995).

С точки зрения *семейной терапии на основе привязанности* прямое обсуждение проблем, возникших в детско-родительских отношениях, может выступать ключевым механизмом развития *безопасного стиля привязанности*. Разговоры о травмирующих семейных отношениях способствуют их разыгрыванию в безопасных условиях терапевтической ситуации и переживанию корректирующего опыта привязанности. Для родителей эти беседы дают возможность обеспечить более эффективную переработку собственных чувств и обеспечить эмоциональную защищенность перед своими детьми, у которых при этом восстанавливается вера в способность родителей обеспечивать надежную основу для комфортных взаимоотношений. Таким образом, восстановление доверия и справедливости между членами семьи является основной целью данного вида семейной терапии (Boszormenyi-Nagy I., Spark G.M., 1973), а сосредоточение внимания на аффективном взаимодействии, обучении и проработке – ее важнейшим техническим средством.

Лечение в рамках семейной терапии на основе привязанности в первую очередь направлено на помощь семье в выявлении и обсуждении прошлых и настоящих конфликтов, разрушивших привязанность и подорвавших доверие. После того как некоторые из этих проблем будут рассредоточены, если не решены, семья может служить надежной базой для развития автономии ребенка/подростка, повышения успеваемости в школе, восстановления в социуме и т.д.

Для достижения этих целей разработано пять основных лечебных задач:

1. Рефрейминг отношений.
2. Альянс с ребенком/подростком.
3. Альянс с родителем.
4. Разрешение проблемы привязанности.
5. Повышение личностной компетентности.

Следует добавить, что психотерапевтическая работа с тревожными пациентами, особенно подросткового возраста, часто требует комбинации вышеописанной семейной терапии на основе привязанности с индивидуальной когнитивно-поведенческой терапией.

Семейная терапия при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)— это хроническое и серьезным образом снижающее уровень социальной адаптации личности расстройство, охватывающее не только период детства, но и взрослую жизнь. Эпидемиологические исследования показывают, что от 3 до 5% детского населения страдает данным расстройством. Дименсиональный подход (МКБ и DSM) к изучению и оценке СДВГ выделяет два различных поведенческих измерения, лежащих в основе симптоматики данного расстройства. Одно из них характеризуется симптомами, связанными с нарушениями внимания, другое — симптоматику расторможенности (включая гиперактивное и импульсивное поведение). Помимо основных проблем с невнимательностью, гиперактивным и импульсивным поведением, дети и подростки с СДВГ могут также страдать от сопутствующих заболеваний и функциональных дефицитов, которые усугубляют картину нарушений и усложняют диагностику и последующее лечение.

Неудивительно, что взаимодействие внутри семьи с детьми, страдающими СДВГ, характеризуется более высоким уровнем диссонанса и дисгармонии, чем обычно. Как правило, эти дети менее послушны и в меньшей степени способным соблюдать

любые инструкции, а также чаще, чем их здоровые сверстники, демонстрируют негативное поведение. В связи с преимущественно “отрицательно-реактивным” паттерном реагирования таких детей в ситуации воспитания их родители, соответственно, чаще демонстрируют по отношению к ним более директивное, командное поведение, часто сочетающееся с неодобрением и гораздо реже – с вознаграждением. Обследования детей и подростков с СДВГ и их родителей выявляют значительно повышенный уровень негативных взаимодействий, гневных конфликтов, а также дефицит позитивного и стимулирующего поведения по отношению друг к другу. Родители ребенка, страдающего СДВГ, как правило, испытывают серьезный стресс в сочетании с ощущением родительской некомпетентности.

Семейный план лечения СДВГ должен основываться на оценке наличия не только основного расстройства, но и всех сопутствующих заболеваний и функциональных нарушений у ребенка и его родителей, а также, возможно, у других членов семьи. Большое значение на протяжении всего периода лечения имеет психообразование. После того, как основные факты о нарушениях, их этиологии, семейной передаче и сопутствующей патологии обсуждены, семье следует рекомендовать план лечения.

Родительский тренинг эффективного управления для детей и подростков с СДВГ. Для семей с ребенком дошкольного возраста, страдающим СДВГ, родительский тренинг эффективного управления является одним из центральных компонентов семейного вмешательства. После обсуждения с родителями причин оппозиционного и вызывающего поведения ребенка начинается работа над совершенствованием навыков управления, начиная с увеличения положительного родительского внимания к детям в течение 10–20-минутного “особого времени” каждый день. После того, как родительское внимание было установлено в качестве подкрепления, родителей учат, как применять свое позитивное внимание к двум критическим целевым параметрам поведения их детей: соблюдение родительских инструкций и самостоятельная игра. Родителей учат “ловить

ребенка на том, что он хороший” (послушный), а также посещать и хвалить ребенка, когда он играет самостоятельно, в то время как родитель занят чем-то другим. Соблюдение родительских инструкций и самостоятельная игра являются критическими целевыми моментами в терапии. Для маленьких детей увеличение позитивного родительского внимания может быть достаточным. Для детей старшего возраста следующим шагом является разработка системы вознаграждения за соблюдение установленных правил, а также расширенный набор целевых моделей поведения, таких как социальное поведение, связанное с импульсивностью, соответствующие возрасту обязанности по дому и другие обязанности. Позже родители обучаются процедуре тайм-аута, чтобы использовать ее в качестве мягкого наказания для уменьшения несоблюдения установленных правил, а затем и других видов деструктивного поведения, которые все еще могут иметь место. Заключительный этап основной программы обучения родителей посвящается обобщению лечебных эффектов в зависимости от условий и времени. Родители обучаются процедурам управления деструктивным поведением в общественных местах и в школе. На последнем сеансе основное внимание уделяется прогнозу и планам по профилактике и/или разрешению возможных будущих проблем поведения. Затем через 1 месяц после заключительного сеанса интенсивной фазы проводится сеанс для пересмотра целей и закрепления результатов лечения.

Семейные интервенции для детей и подростков с СДВГ.

Понимание подросткового поведения в рамках развития подростка помогает уменьшить враждебность, которую родители могут привнести в последующие обсуждения. Вслед за этим проводятся терапевтические сеансы, в ходе которых используются стратегии когнитивной реструктуризации, помогающие родителям и подросткам оставаться в рамках разумных ожиданий. Затем проводится тренировка коммуникативных навыков с родителями и подростками, чтобы уменьшить негативные коммуникативные привычки, характерные для семей с высоким уровнем конфликтных переживаний у родителей и под-

ростков. Проработка негативных коммуникативных привычек, таких как обзывание друг друга, перебивание, критика, чтение нотаций и копание в прошлом, прямо нацелена на то, чтобы избавиться от этих вредных привычек как во время сеансов, так и дома; более позитивные коммуникативные привычки, такие как прямое выражение гнева, умение слушать, даже когда кто-то не согласен, и фиксация на настоящем, согласовываются и практикуются. Последняя крупная стратегия – это решение семейных проблем, обсуждение конфликтных зон, в ходе чего родители и дети/подростки постепенно осваивают приемлемые для них правила семейного взаимодействия. Как только все эти навыки усвоены, они активно применяются в дискуссиях на сеансах терапии и, в конечном счете, в домашних условиях.

Краткосрочная стратегическая семейная терапия для подростков с проблемами поведения

Поведенческие проблемы в подростковом возрасте существенно мешают молодым людям овладевать нормальными коммуникативными навыками и эффективно функционировать в своей среде. Деструктивное поведение, включая неповиновение органам власти, нарушение личных и имущественных прав других людей и употребление психоактивных веществ, вызывает серьезную озабоченность у родителей, школьного персонала и общества в целом. Теория и конкретные методы ***краткосрочной стратегической семейной терапии*** (КССТ) были разработаны в течение последних трех десятилетий с помощью строгой программы клинического внедрения и оценки исследований (доказательная психотерапия). Основной целью данного вида терапии является улучшение семейных отношений и отношений между семьей и другими важными системами, влияющими на молодых людей (школа, сверстники). Стратегически ориентируясь на дезадаптивные семейные взаимодействия, КССТ призвана уменьшить проблемы поведения подростков (употребление наркотиков, общение с асоциальными сверстниками, агрессивное и насильственное поведение) путем исправления вышеуказанных семейных взаимодействий.

Семья – это **система**, которую следует рассматривать как целостный организм, а не просто как совокупность индивидов, составляющих ее. В программе КССТ этот взгляд на семейную систему проявляется в следующих предположениях:

1. Семья – это система с взаимозависимыми/взаимосвязанными частями.
2. Поведение каждого члена семьи влияет на семью, а семья влияет на каждого из ее членов.
3. Поведение одного члена семьи может быть понято только путем изучения контекста (то есть семьи), в котором оно происходит.
4. Меры вмешательства должны осуществляться на уровне семьи и учитывать сложные взаимоотношения внутри семейной системы.

В то время как концепция систем говорит нам, что члены семьи взаимозависимы, **структура** помогает нам объяснить модели поведения членов семьи, составляющих семейную систему. В КССТ структура определяется как взаимосвязанные поведенческие взаимодействия между индивидами, которые имеют тенденцию повторяться и создавать определенные паттерны (стереотипы) взаимодействия между членами семьи. Этот взгляд на структуру проявляется в следующих предположениях:

1. Повторяющиеся паттерны взаимодействий встречаются в любой семье.
2. Повторяющиеся взаимодействия (то есть способы поведения членов семьи друг с другом) либо успешны, либо неудачны в достижении целей семьи или ее отдельных членов.
3. КССТ нацелена на те повторяющиеся паттерны взаимодействия (то есть на привычные способы внутрисемейного поведения), которые непосредственно связаны с проблемами поведения молодых людей.

КССТ – это **стратегический** подход, который использует прагматичные, проблемно-ориентированные и плановые вмешательства. Этот подход акцентирован на разработке

вмешательства, которое было бы быстрым и эффективным при устранении симптомов. В КССТ этот стратегический подход проявляется в следующих предположениях:

1. Вмешательства носят практический характер, т.е. адаптированы к уникальным особенностям семей и их потребностям.
2. Интервенции ориентированы на решение проблем (проблемно-ориентированный подход).
3. Интервенции хорошо спланированы.

В КССТ есть три набора шагов: присоединение, диагностика и реструктуризация. Вовлечение подростков и членов их семей в лечение, как правило, само по себе является сложной задачей. Первым шагом в работе с семьей является установление и построение рабочих терапевтических отношений. Эта работа начинается с самого первого контакта. Конечная цель процесса объединения состоит в том, чтобы терапевт сформировал новую – терапевтическую систему, включающую всю семью и терапевта. Успешное **присоединение** к семейной системе требует от терапевта одновременного внимания к мыслям, чувствам и целям отдельных членов семьи, а также к паттернам взаимодействия, которые управляют семейной системой. Таким образом, присоединение происходит на двух уровнях: на индивидуальном, где оно предполагает установление отношений с каждым участвующим членом семьи, и на семейном, где терапевт должен признавать, уважать и поддерживать характерные для семьи паттерны взаимодействия. На индивидуальном уровне от психотерапевта требуется умение находить способы поддержки индивидов по обе стороны конфликта. На семейном уровне терапевт должен одновременно учитывать различные контексты, в которых формируются индивидуальные терапевтические отношения.

В КССТ **диагностика** состоит в выявлении паттернов семейного взаимодействия, которые ответственны за проблемное поведение подростка. Для постановки диагноза семьи семейные взаимодействия оцениваются по пяти параметрам: организация, резонанс, стадия развития, выявленная терпеливость и

разрешение конфликтов. То, что говорят члены семьи, считается менее важным, чем то, что они делают.

Основная цель КССТ – помочь семье изменить дезадаптивные паттерны взаимодействия, выявленные в процессе диагностики. Терапевт планирует, как он будет вмешиваться, чтобы помочь семье перейти от ее нынешнего способа взаимодействия и связанных с ним нежелательных явлений к более адаптивному и успешному. Меры, используемые для того, чтобы помочь семьям перейти от их неадаптивных моделей взаимодействия к более здоровым моделям, называются **реструктуризацией**. В рамках КССТ существуют четыре метода реструктуризации: 1) работа в настоящем (процесс против содержания); 2) рефрейминг – формулирование иной перспективы или структуры реальности, нежели та, в рамках которой действовала семья; 3) работа с границами и альянсами; 4) распределение задач (задания занимают центральное место во всей работе с семьями и используются как внутри, так и вне сеансов терапии в качестве основного инструмента для организации изменений).

Завершение терапии происходит тогда, когда становится ясно, что семья выполнила план лечения, ее функционирование улучшилось, а проблемы подросткового поведения уменьшились или были устранены полностью. Таким образом, окончание лечения определяется не количеством проведенных сеансов (в среднем – от 12 до 16), а улучшением поведенческих параметров. Следует также отметить, что, по мнению независимых наблюдателей, доказательные исследования влияния КССТ на семейные взаимодействия (Szapocznik J. et al., 2002; Santisteban D.A. et al., 2003) подтвердили значительное усиление сплоченности и улучшение функционирования семьи.

Л и т е р а т у р а

1. Детская и подростковая психотерапия / Учебник для бакалавриата и магистратуры / Под ред. Е.В. Филипповой. – Серия: Бакалавр и магистр. Академический курс. – М.: Издательство Юрайт, 2016. – 430 с.
2. Детская и подростковая психотерапия: неврозы у детей / Учебное пособие для бакалавриата и специалитета / Сост.: Ю.А. Фесенко, В.И. Гарбузов. – 2-е изд. – (Серия: Авторский учебник для бакалавриата и специалитет). – М.: Издательство Юрайт, 2019. – 330 с.
3. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных: Издание 2-е, перераб. и доп. – Л.: Медицина, 1985. – 215 с.
4. Маляревский И.В. О способах и целях воспитания болезненных и отсталых в душевном развитии детей. Средства обеспечения их в будущем // Труды Первого съезда отечественных психиатров. – СПб.: типография М.М. Стасюлевича, 1887. – С. 1046-1053.
5. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – (Серия “Золотой фонд психотерапии”) – СПб.: Издательство “Питер”, 2000. – 1024 с.
6. Психотерапия детей и подростков: Пер. с нем / Под ред. Х. Ремшмидта. – М.: Мир, 2000. – 656 с., ил.
7. Семейная психотерапия: Хрестоматия / Сост.: Э.Г. Эйдемиллер, Н.В. Александрова, В. Юстицкис. – СПб.: Питер, 2000. – 512 с.
8. Технология работы с сетью социальных контактов: рекомендации и опыт / Арчакова Т.О., Евстешина О.И., Романова В.: Методическое пособие, 2019. – 79 с.
9. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. – (Серия “Мастера психологии”) – СПб.: Питер, 2008. – 672 с.: ил.
10. Andolfi M. Prescribing the family's own dysfunctional rules as a therapeutic strategy // Journal of Marital and Family Therapy. – 1980. –Vol. 6 (№ 1), P. 29-36.
11. Boszormenyi-Nagy I., Spark G.M. Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy. – Oxford, England: Harper & Row, 1973.
12. Bowlby, J.A. Disruption of affectional bonds and its effects on behavior // Canada's Mental Health Supplement, 1969, 59, 12.

13. Cicchetti D., Toth, S.L., Lynch M. Bowlby's dream comes full circle: The application of attachment theory to risk and psychopathology // *Advances in Clinical Child Psychology*. – 1995, 17, 1-75.
14. Diamond, G.S., Siqueland, L. Emotions, attachment and the relational reframe: The first session // *Journal of Systemic Therapies*. – 1998, 17, 36-50.
15. Fuentes J., Bakare M., Munir K., Aguayo P., Gaddour N., Öner Ö., Mercadante M. Autism spectrum disorders // *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. 2012.
16. L. von Bertalanffy. General System Theory – A Critical Review // “General Systems”, 1962. – Vol. VII. – P. 1-20.
17. Minuchin S. Families and Family Therapy. Cambridge: Harvard University Press, 1974.
18. Santisteban D.A., Coatsworth J.D., Perez-Vidal A., Kurtines W., Schwartz S.J., LaPerriere, A., Szapocznik J. Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance abuse // *Journal of Family Psychology*. – 2003. – Vol. 17. – P. 121-133.
19. Smith Z.D. Proceedings of the National Conference in Charities and Corrections. – 1890. – P. 377.
20. Szapocznik J., Robbins M.S., Mitrani V.B., Santisteban D., Hervis O., Williams R.A. Brief strategic family therapy with behavior problem Hispanic Youth (pp. 83–109).: In F. Kaslow (Ed.) *Comprehensive Handbook of Psychotherapy*, New York: Wiley & Sons. 2002.
21. The handbook of child and adolescent psychotherapy/ Ed. Monica Lanyado and Ann Horne, 1999. – London and New York. – 475 p.

ПСИХОТЕРАПИЯ СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ (ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ ПОДХОД)

Ж.В. Кошелева

“Выраженный эгоизм защищает от заболевания, но в конце концов человек должен начать любить для того, чтобы не заболеть, и будет больным, если не сможет любить...”

З. Фрейд

Введение

Психоаналитическое изучение брака и лечение нарушений супружеских отношений имеют давнюю историю. Среди отечественных психоаналитических и семейных психотерапевтов существует представление, что психоанализ – это классическая индивидуальная терапия, а для лечения супружеских пар и семей в середине XX в. была создана классическая семейная терапия – системная семейная терапия. Данное мнение длительное время сохранялось из-за отсутствия переводов литературы по психоаналитической супружеской и семейной терапии и того, что в России достаточно долго происходило только становление психоаналитического образования по стандартам Международной Психоаналитической Ассоциации для классической индивидуальной психотерапии (психоанализа).

Цель данного раздела методического пособия “Семейная психотерапия” – дать представление о психоаналитическом подходе к изучению и лечению нарушений супружеских отношений.

С самого начала становления психоанализа делались попытки изучения супружеских отношений. Это связано с тем, что обоснование этиологии истерии (неврозов в целом) определяется сексуальностью. Например, в работе “О нарцизме” (1914) З. Фрейд описывает особенности выбора объектов любви и осо-

бенности любовной жизни мужчин и женщин. Он выделил две формы выбора объекта в супружеской жизни: по примыканию, когда супруг(-га) будет “напоминать” фигуру отца или матери, или нарциссический выбор объекта, когда супруг(-га) будет представлять ту или иную часть самого субъекта. З. Фрейд сделал наблюдение, что несчастный брак и физическая слабость часто являются заменой невроза, тем самым в безрассудном выборе супруга в супружестве удовлетворяется чувство вины человека и его потребность в наказании.

В конце 20-х и 30-х годов XX в. К. Хорни написала ряд статей, посвященных недоверию между полами и проблемам брака. Она задалась вопросом: “Почему люди вступают в брак, несмотря на высокую вероятность супружеского несчастья?”. И пришла к следующему выводу: “В браке мы стремимся к осуществлению наших старых желаний, проистекающих из эдиповой ситуации в детстве”. *Эдипов комплекс, перенос и навязчивое повторение* – три концепции классического психоанализа, которые К. Хорни использовала для объяснения драм в супружеской жизни, проистекающих из ранних конфликтных отношений в родительской семье.

В течение нескольких последующих десятилетий психоаналитические исследования проблем института брака ограничивались использованием концепций классического психоанализа для понимания взаимоотношений между полами и динамики развития отношений в браке. Переход от традиционной техники индивидуального психоанализа к терапии пары был осуществлен Натаном Аккерманом в США и Генри Диксом в Англии, которые с конца 50-х годов начали проводить психоаналитически ориентированную терапию супружеских пар. Далее Ю. Вилли (1982), Ж.-Ж. Лемэр (1979, 1989, 2005), Р. Каэс (2009), Э. Смаджа (2011) во Франции, Э. Пичон-Ривьер (1965), Х. Блежер (1969) в Аргентине и др. развили психоаналитическую технику работы с супружескими парами.

Психоаналитически ориентированная терапия пар стремится к соединению индивидуальной и интерперсональной психологии, особым образом обращается к межличностному взаимодействию и истории супружеской пары, пытаясь тем

самым проработать сосредоточенность системной семейной психотерапии исключительно на *взаимодействии*, минимизируя значение индивидуальной истории и психодинамики в процессе лечения пары. С другой стороны, психоаналитически ориентированная терапия пар стремится выйти за пределы личного психоанализа, который игнорирует то, каким образом межличностные паттерны пары определяют внутреннюю жизнь субъекта.

Необходимо подчеркнуть, что психоаналитически ориентированная терапия пар основана на фундаментальных положениях психоаналитической метапсихологии, включающих:

- 1) топографическую точку зрения, предполагающую рассматривать психические события как результат не только сознательных, но и бессознательных процессов, с присущими им характеристиками архаичного и примитивного способа функционирования;
- 2) динамический подход, согласно которому психические явления являются результатом взаимодействия таких психических сил, как влечения, защиты и интересы Эго;
- 3) экономическую точку зрения, которая имеет отношение к распределению, преобразованию и расходу психической энергии влечений и аффектов;
- 4) генетический подход, который обращает внимание клинициста на прогрессивное развитие от младенчества до взрослого возраста, то есть на то, как прошлое присутствует в настоящем;
- 5) структурную точку зрения, согласно которой психическое явление может быть рассмотрено как следствие противостояния таких внутриспсихических структур, как Ид, Эго и Супер-Эго (Фрейд З.), или, например, центральное Эго, либидинальное Эго, антилибидинальное Эго, Эго-идеал, либидинальный объект и антилибидинальный объект (Фэйрберн Р.);
- 6) адаптивный подход, который предполагает изучение межличностных и социальных феноменов, влияющих на психику индивида или испытывающих влияние с ее стороны.

Кроме метапсихологических положений, в психоаналитически ориентированной психотерапии пар используются некоторые принципы и методы, заимствованные из техники классического психоанализа:

- 1) принцип нейтральности;
- 2) принцип активного слушания;
- 3) методы анализа сопротивления и защит;
- 4) интерпретации бессознательных фантазий, сновидений и *переноса*;
- 5) использование *контрпереноса психотерапевта* в качестве инструмента исследования бессознательного пары.

Важной технической задачей психоаналитически ориентированного на работу с парой психотерапевта является стремление установить *рамки* терапии, создающие надежное и безопасное окружение, в котором личные чувства и фантазии, связанные с переживанием уязвимости (чаще всего нарциссической), могут быть выражены и проработаны. Для этого в рамках сеанса с парой психоаналитический психотерапевт фокусируется на отношениях, проявляющихся в терапевтической ситуации и *на паттернах взаимодействия*, на бессознательных силах, побуждающих пару к повторению прошлых драм в своей супружеской жизни. Психотерапевт интересуется не только *сознательными аспектами их отношений*, но и *внутренними объектными отношениями* пары, заявляющими о себе посредством обоюдных процессов проективной идентификации или проекции.

Характерные особенности психоаналитического способа работы с парами: слушание психотерапевтом свободно возникающих тем; следование за аффектами; анализ сновидений, фантазий и ассоциаций, представленных обоими членами пары; и исследование семейной истории каждого супруга.

Описывая общие особенности техники психоаналитического терапевта, работающего с парами, важно отметить, что цель его работы состоит в создании *переходного пространства* (по Винникотту Д.), в котором пара может проявлять свои актуальные способы взаимодействия, исследовать с помощью терапевта свою систему разделенных защит и фантазий и

изобретать новые способы существования. Супружеская пара постепенно учится принимать факт взаимной зависимости, а также отдельности друг от друга и переживать психологические отличия партнера без разочарования, гнева или чувства брошенности, в результате обретает способность воспринимать свои отношения как нечто *третье*, как что-то, что они создали между собой в ходе совместной жизни.

Далее в методическом пособии будет более подробно описаны:

1. Психоаналитический взгляд на развитие пары (Кернберг О., Смаджа Э.);
2. Типы супружеских конфликтов и формулировка некоторых гипотез, описывающих эти конфликты (Дикс Г., Вилли Ю., Лемэр Ж.-Ж.);
3. Психоаналитическая техника работы с парами, предложенная Г. Диксом (1956), и краткосрочная форма психотерапии с супружескими парами (Донован Дж., 2003).

Психоаналитический взгляд на развитие пары

В данном разделе рассмотрим психоаналитический взгляд на динамику создания пары и возможные трудности, с которыми мужчина и женщина могут сталкиваться в этом процессе (Кернберг О., Смаджа Э.).

Основное условие для создания пары – это способность влюбляться. Способность, которая объединяет идеализацию с эротическим желанием и психическими возможностями для развития глубоких объектных отношений в межличностных отношениях (Кернберг О.). Когда мужчина и женщина влюбляются, они пытаются соединить полноценные сексуальные отношения, несущие эмоциональную близость, и свои идеалы о паре, соединить нежность, эротизм и любовь, заставляя агрессию служить любви. В каком-то смысле мужчина и женщина пытаются реализовать романтический миф о двух любящих сердцах, нашедших друг друга во враждебной толпе, и нарциссическое желание вечной любви с исключительными правами. Объект любви должен вызывать удовлетворение нарциссичес-

ких, эротических и агрессивных желаний, а выбор объекта любви предопределяется эдиповым комплексом каждого из партнера. Если З. Фрейд выделял два вида выбора партнера, то современные авторы (Лемэр Ж.-Ж. и др.) выделяют несколько видов выбора объекта:

- выбор, связанный с образами родителей (“эдипов выбор”), при этом выбор объекта может быть как положительный, так и отрицательный, с родителем того же или противоположного пола;
- выбор объекта и догенитальные инстинкты, когда объект любви используется как средство защиты от проявлений различных инстинктов;
- нарциссический выбор, когда ориентиром для выбора служит тот, кем субъект является на данный момент, кем бы хотел быть или тот, кто был бы частью собственного Я субъекта;
- выбор по “недостатку”, когда осуществление нарциссических желаний может происходить в соответствии с отрицательными чертами характера партнера и выбирается объект с латентным недостатком именно в той области, где партнер боится обнаружить свои недостатки;
- партнер и “плохие” объекты, когда объект нужен, чтобы его ненавидеть;
- выбор партнера как защита от риска сильной любви и “поглощения” слишком значимым предметом любви.

С психодинамической точки зрения для каждого члена пары также важно совершить дерзкий отказ от покорного подчинения бессознательным гомосексуальным группам латентного и раннего подросткового периодов: мужчина должен пренебречь анальным обесцениваем сексуальности и защитным отвержением женщин; женщина должна отказаться от группового сговора об отвержении желанной сексуальной близости и частичной десекуализации мужчин.

Состояние влюбленности в паре представляет собой одновременно и процесс скорби, связанный со взрослением (с тем, что становишься самостоятельным). В этом процессе разделения

происходит подтверждение хороших отношений с *интернализированными внутренними объектами прошлого*, по мере того как индивид обретает уверенность в возможности давать и получать любовь и одновременно испытывать сексуальное удовлетворение – в противоположность детскому конфликту между любовью и сексом (Кернберг О.)

Совместный отказ пары от сексуальных табу детства может привести мужчину и женщину к более свободному выражению телесного эротизма, расширить их эмоциональную, культурную и социальную жизнь. Но психодинамическая трудность заключается в том, что сексуальность пары по своей сути глубоко конфликтна, день за днем она является объектом инвестирования для каждого из партнеров и для пары в целом, запуская различные составляющие Эроса (Грин А., 1997): нарциссические, нежные, агрессивные и эротические инвестиции, состояния удовольствия и неудовольствия, догенитальные и генитальные составляющие либидо, различные составляющие гетеро- и гомо- сексуальности каждого из партнера, характерные особенности мужского и женского желания, нагруженные аффектами, догенитальные фантазмы (слияние субъекта и объекта, бисексуальность, поглощение, пожирание) и фантазмы эдипального уровня (соблазнения, первосцена и кастрация, инцестуозный фантазм) – все это вызывает чувство тревоги, создает сложную игру идентификаций в паре. Другими словами, стиль сексуальной жизни или сексуальность пары изобретается совместно обоими партнерами и может в дальнейшем развиваться, что важно понимать психотерапевту, работающему с супружескими парами.

Более того, в сексуальности пары, кроме непосредственного удовлетворения влечений, важное место занимает нарциссическое удовлетворение, которое проявляется как чувство наполненности, полученное в “нарциссическом союзе”. В современной психоаналитической парадигме есть понимание того, что в сексуальном акте реализуется как фантазм воображаемого общего тела, так и нарциссический фантазм, структурирующий пару как групповое психическое единство, а также бисексуальный фантазм всемогущества, отрицающий разницу полов и другие различия (Смаджа Э., 2018).

Вся эта сложность эротического пары может часто приводить к конфликтам или к трудностям в разные периоды и этапы ее жизни. Психоаналитики, социологи, антропологи, демографы и историки едины во мнении, что современные пары стали нестабильными, хрупкими, полиморфными, а члены пары – более требовательными друг к другу: в сексуальных отношениях, в общении (“Он должен уметь поддерживать разговор на любую тему”, “Мы ничего не должны скрывать друг от друга”), в интеллектуальных достижениях, в заботе и т.д. Другими словами, в первую очередь идет речь о создании комфортных условий внутри пары. Сохранить в паре отношения становится все сложнее, несмотря на нарциссическое желание вечной любви с исключительными правами.

В настоящее время как за рубежом, так и в современной России наблюдается увеличение количества пар, которые обращаются за помощью к специалистам с самыми разными запросами. Наиболее частыми из них являются:

- пара расценивает свои отношения как трудные, несостоятельные, слишком сложные и проблемные; отсутствие понимания в паре;
- состояние *постоянного* конфликта в паре;
- кризис перехода к статусу семьи, когда супруги становятся родителями;
- симптомы в поведении одного из супругов, препятствующие нормальному функционированию брака (разные виды психопатологий, расстройства поведения...);
- негативные симптомы в поведении ребенка;
- конфликтные отношения новой пары, когда один из партнеров уже состоял в браке и имеет детей.

Перечисленные проблемы без оказания психотерапевтической помощи паре часто приводят к ситуациям разрыва, которые свидетельствуют о неудаче *в работе пары*. Работа пары – это психическая работа, которую совместно выполняют *Я* обоих партнеров на трех уровнях – бессознательном, предсознательном и сознательном. Она включает экономические, динамические и топические аспекты и протекает в трех реаль-

ностях: телесно-сексуальной, психической и социокультурной (Смаджа Э., 2018).

В заключении этой части важно отметить, что история каждой супружеской пары обширна и сложна, но можно выделить критические, структурирующие и трансформирующие периоды создания пары. К ним можно отнести: знакомство, условия выбора партнера, начало совместной жизни, периоды личностных кризисов и их влияние на развитие пары, выработка культуры семьи, желание – нежелание иметь ребенка, критический период рождения ребенка, пары без ребенка, проблемы совместной жизни пары, когда дети вырастают и покидают родительский дом, совместное старение.

Жизнь пары исторически развивается в трех реальностях: телесно-сексуальной, психической и социокультурной, поэтому семейный психотерапевт психоаналитической ориентации балансирует в своей работе на всех трех уровнях, интерпретируя причины конфликтов, кризисов и страданий супружеской пары.

Типы супружеских конфликтов

Одним из основоположников психоаналитической традиции при работе с парами является Генри Дикс (1990–1977). Первоначальный интерес Г. Дикса к изучению брака был антропологическим. Местное отделение Ассоциации благополучия семьи в Лондоне, охватывающей множество смешанных браков, обратилось к нему с просьбой рассмотреть случаи ранних супружеских конфликтов. Первоначально Г. Дикс придерживался гипотезы, что неспособность супругов общаться и достигать согласия на уровне невысказанных ожиданий может быть объяснена конфликтом культур, и не обязательно предполагать в ком-то из них наличие невротических особенностей личности. Однако вскоре выяснилось, что похожие неоправданные ролевые ожидания также нарушают отношения между супругами одного культурного и классового происхождения и что именно семейная культура партнеров ответственна за структурирование не проговоренных ролевых ожиданий касательно себя и партнера.

В своих работах Г. Дикс определил брак как “сговор” между двумя людьми принятия на себя определенных социальных ролей, которые не только удовлетворяют потребности другого в той мере, в какой они могут быть поняты, но также в различной степени отвечают требованиям культуры и нравов общества, частью которого эти люди являются. Согласно Г. Диксу, брак как социальный институт является выражением культурального стремления обеспечить стабильность и безопасность потребностей в отношениях между полами и между супругами и их детьми, что, как правило, принимается большинством пациентов на сознательном уровне. Брак же как система межличностных отношений будет стабильным и прочным в той степени, в какой ему удастся достигнуть качества единой или интегрированной диады. Прочность и стабильность такой интеграции зависит от баланса удовлетворения и фрустрации, от преобладания удовлетворенности обоих партнеров над неудовлетворенностью. При этом здесь вовсе не подразумевается отсутствие конфликтов и, тем более, счастья.

По мнению Г. Дикса, можно различить как в теории, так и на практике три основных, внутренне связанных друг с другом уровня, или подсистемы, которые играют роль при выборе брачного партнера и в поддержании связности диады на разных фазах. Соответствие, т.е. схожесть или комплементарность на этих трех уровнях, по мнению Г. Дикса, определяет качество длительных отношений в браке.

Первой и самой “открытой” подсистемой является система социокультурных ценностей и норм. В современном обществе выбор супругами друг друга в значительной степени обусловлен автономным обязательством партнеров друг перед другом обеспечивать ожидаемое удовлетворение взаимных потребностей, значимыми остаются также и традиционные правила выбора (по возможности) на основе социальной однородности, которая реализуется на базе субкультурной близости класса, религии, образования, расы и т.д., в рамках которой будущие супруги могут объединяться на основе разделенных идентификаций с социальным статусом и ценностями родителей.

Вторая подсистема состоит из “центральных эго” супругов и действует на уровне личных норм и ценностей, сознательных суждений и ожиданий. Вторая подсистема берет свое начало в истории развития объектных отношений и социальном научении, предшествовавшем браку. Другими словами, вторая подсистема соответствует способности двух взрослых людей сотрудничать в плане соблюдения интересов, предпочтений друг друга сознательным личным выбором и позитивной идентификацией с родителями. Вторая подсистема, когда она работает исправно, соответствует зрелой зависимости (по концепции Фэйрберна Р.), характеризующейся способностью дифференцированных индивидов к кооперативным взаимоотношениям с дифференцированными объектами.

Эти две первые подсистемы в какой-то мере принадлежат сфере социальной психологии и социологии, поскольку главным образом имеют дело с сознательными процессами и выборами. Однако чтобы брак состоялся и выжил, не давая значительных трещин, необходима также *бессознательная комплементарность*, или соответствие в паре на уровне третьей подсистемы.

Третья подсистема – это “бессознательные силы”, действующие между партнерами, которые формируют как “позитивные”, так и “негативные” взаимодействия. Это область, в которой сконцентрированы побуждения, направленные на удовлетворение потребностей в объектных отношениях. Это “вытесненные” или “отщепленные” внутренние эго-объектные отношения. Их динамическое присутствие влияет на целостность или потенциальную противоречивость восприятия центральным эго собственных объектных потребностей и прямо, с которой оно может исполнять свои психосоциальные роли при поиске объекта и сохранении удовлетворительных отношений с ним.

В ходе теоретического осмысления своей клинической практики с супружескими парами Г. Дикс пришел к выводу, что “брак может оказаться нежизнеспособным на любом из трех уровней/подсистем. Необходимо, чтобы по крайней мере две подсистемы из трех функционировали так, чтобы суммарно удовлетворение преобладало над неудовлетворенностью у обоих партнеров. Но самое важное, по мнению автора, то,

что гомеостаз и адаптация диады зависят от способности двух партнеров справляться с напряжением в третьей подсистеме — где “бессознательные силы” формируют как “позитивные”, так и “негативные” взаимодействия между супругами в паре. Выделение трех подсистем функционирования супружеской пары позволило Г. Диксу сформулировать несколько гипотез для понимания напряжений и конфликтов в супружеской паре.

Первая гипотеза. Множество напряжений и разногласий между партнерами, по-видимому, происходят *из разочарования и возмущения*, которые один из них или оба переживают, когда другой не в состоянии исполнять роль супруга/супруги в соответствии с заранее сложившейся моделью или по образцу фигуры из фантазийного мира. Как результат, глубокая амбивалентность по отношению к супругу прорывается наружу в обиде и ненависти, ранее скрываемых идеализацией.

Впоследствии автор эту гипотезу дополнил: “Напряженность между брачными партнерами может порождаться разочарованием из-за того, что партнер играет ту же семейную роль, что и фрустрирующая его/ее родительская фигура, подобие которой отрицалось во время ухаживания. Это открытие, зачастую с чертами сговора, приводит к модификации собственного ролевого поведения субъекта в направлении регрессии к более детским реакциям на партнера, что, в свою очередь, приводит к неудовлетворенности и к конфликтам в паре.

Вторая гипотеза. Субъектов может раздражать в своих супругах те тенденции, которые исходно вызывали притяжение, поскольку партнер бессознательно воспринимался как символ „утраченных“ вследствие вытеснения аспектов собственной личности субъекта. Иначе говоря, “партнер оказывается привлекателен, поскольку он или она представляет открытие важного утраченного аспекта собственной личности. В разгаре фазы ухаживания и заключения брака биологическое сексуальное влечение часто скрывает этот потенциальный источник напряжения в будущем. В сознательные цели и задачи брачного союза впоследствии вторгаются ранее скрытые склонности вновь разыграть *внутрипсихический сценарий* в новой обстановке брака, который становится в различной степени экраном для

проекций таких неразрешенных напряжений каждого члена пары.

Идеи Г. Дикса о сговоре пары оказались очень плодотворными для других психоаналитических психотерапевтов. Так, например, Ю. Вилли отмечает, что выбор супруга – это одновременно компромисс и конфликт, являющийся общим невротическим симптомом. Он выделил уже четыре типа сговора:

- нарциссический, который характеризуется такой связью между партнерами, внутри которой один – нарцисс – воплощает для другого идеальное Я, подкрепляя таким образом свой нарциссизм идеализацией партнера;
- оральный тип основан на любви с чертами отношений матери – младенца (в позиции матери может быть как мужчина, так и женщина в паре). Любить в этих парах – значит дарить заботу, внимание, защиту. Один отдает, а другой получает – в этом состоит фундаментальный принцип этого типа сговора;
- садо-анальный сговор подразделяется на сговор господина и раба, садо-мазохистский сговор и сговор “верность-неверность”. Так, “активный” в паре стремится к доминированию, автономии и неверности, проецируя на партнера свое желание подчиняться и тревогу разлуки. “Пассивный” партнер стремится к зависимости, подчинению и ревности, проецируя на партнера свое желание быть независимым, а также свои фантазии об измене;
- эдипально-фаллический сговор основан на проблеме соперничества партнеров за право “быть мужчиной в паре”. Так, мужчина стремится показать свою мужественность, наделяя партнера пассивными женскими атрибутами, а его партнерша принимает пассивную женскую роль, тайно желая взять “фаллический реванш”.

В целом, с точки зрения Ю. Вилли, трудности при построении пары связаны с неразрешенным эдиповым конфликтом каждого из супругов, в частности, со страхом инцеста.

Ж.-Ж. Лемэр, психоаналитик, работающий с парами, в своих работах, развивая идеи как Г. Дикса, Ю. Вилли, так и теоретиков метапсихологии – М. Кляйн, Д. Винникотта, М. Буве,

– рассматривает пару как человеческую микрогруппу, структурированную, саморегулирующую систему, основанную на взаимодействии сознательных и бессознательных желаний и потребностей каждого из ее членов, а также на взаимной амбивалентной привязанности. Все это структурное образование задается ритмом смен фаз организации и дезорганизации между партнерами, образуя нечто вроде динамического равновесия. Ж.-Ж. Лемэр предлагает рассматривать пару как своего рода игру проекций и идентификаций, проективных и интроективных, придающую ей прочную устойчивую форму. Пара – это сцена и средство для осуществления бессознательных желаний, которые субъекты не смогли бы исполнить в одиночку.

Такое понимание пары разделяют многие современные психоаналитические психотерапевты, которые работают с супружескими парами на трех уровнях психической реальности: групповом (семья как малая группа); межличностном (межличностное взаимодействие на сознательном и бессознательном уровнях) и индивидуальном (каждый партнер переживает свои личные конфликты, кризисы и психические состояния).

Психоаналитическая техника работы с парами

Первый подход – это модель психоаналитической психотерапии супружеской пары, разработанная Г. Диксом, в которой он опирается на технику классического психоанализа, используя перенос, контрперенос и интерпретацию как основные технические приемы. Второй подход – психоаналитическая краткосрочная психотерапия Дж. Донована – конкретно направлен на разрешение *типичных конфликтов* супружеской пары, терапия длится в пределах 16 сеансов.

Г. Дикс разработал модель психоаналитической психотерапии супружеской пары. Важно отметить, что он работал с парой как классический психоаналитик, используя интерпретацию бессознательного материала как основной метод вмешательства. Что касается длительности терапии, то он не устанавливал каких-либо временных ограничений. Пациентам он говорил, что невозможно предвидеть, сколько недель или месяцев потребуется для лечения, – это зависит от того, как

мы будем продвигаться. Однако опыт подсказал, что терапия с еженедельными сессиями должна длиться 1–2 года.

Первые два-три сеанса, следуя психоаналитической традиции, называются диагностическими. Сначала Г. Дикс рекомендует тщательно исследовать детство обоих пациентов и историю брака, чтобы сформировать *рабочую гипотезу* для понимания текущего конфликта. Затем он предлагает проводить параллели между детскими конфликтами индивидуумов и напряжением в их браке, существующем на данный момент. Причем Г. Дикс советует делать такие интерпретации довольно рано, уже на самых первых сеансах. Это важная практическая особенность подхода Г. Дикса в работе с парами.

В конце диагностических сеансов психотерапевт должен создать кадр (время, место, частота, оплата), где будет развиваться процесс супружеской психотерапии. Психотерапевт информирует пару об общей схеме терапии, в соответствии с которой он собирается вести психотерапию и которую придется принять обоим партнерам.

Первое правило касается сеансов: обязательное присутствие обоих партнеров на каждом сеансе, при отсутствии одного из партнеров сеанс невозможен; фиксированная продолжительность (один час): периодичность (один раз в неделю или в две недели).

Второе правило – право (не обязанность) каждого говорить то, что он думает, чувствует или воображает, с гарантией того, что его не будут перебивать. То же касается пересказа сновидений, фантазий, воспоминаний.

Третье правило – отстраненность и невмешательство со стороны аналитика. Такая позиция отражает принципиально символический характер происходящего и исключает любые формы совращения и вмешательства в реальность пары в виде советов и рекомендаций. Поэтому если пара требует от психотерапевта подсказывать им что делать, если она пытается переложить на него ответственность за принятие решений, это всегда необходимо интерпретировать, например, как стремление пары зависеть от авторитетного мнения. Часто такая интерпретация зависимости становится отправной точкой на сеансе для инсайта в паре.

Важный технический прием – любое отклонение от правил может стать предметом обсуждения. Г. Дикс считал, что процесс психотерапии состоит из двух основных аспектов, которые он описал следующим образом: цель первых сеансов: исследовательская и диагностическая. Но также важно психотерапевту мотивировать обоих супругов на изменения в ходе психотерапии и делать новую информацию доступной партнерам для понимания и проработки их трудностей.

По мнению Г. Дикса, позиция психотерапевта – это позиция относительно пассивного наблюдателя, позволяющего ситуации развиваться спонтанно, но предлагающего интерпретации и уточняющие замечания там, где это необходимо для понимания или проработки трудностей пары. Такая позиция в целом соответствует позиции нейтральности в психоаналитической парадигме.

Эта нейтральная позиция позволяет психотерапевту стать третьей стороной для пары, быть как бы арбитром, что постепенно запускает переносы каждого из партнера на психотерапевта. Психотерапевт оказывается в роли материнской фигуры – доступной, принимающей, контейнирующей тревоги и проблемы своих пациентов – детей, которые находятся в братско-сестринских отношениях, так как в каждом из них запускается эдипов комплекс. Одновременно психотерапевт находится и в роли отцовской фигуры – как защищающая фигура Сверх-Я, устанавливающая границы, а также как критик и хранитель аналитического метода. Однако эта ситуация заставляет психотерапевта регрессировать к позиции ребенка, который оказался перед двумя родителями, переживающими кризис, и у психотерапевта заново актуализируется “перво-сцена”, садомазохистические, эксгибиционистские и нежные компоненты инфантильного желания.

Семейный психотерапевт находится в *функции символического объекта*, которого сначала боятся и идеализируют, затем очерняют или подвергают нападению и, наконец, рассматривают более реалистично, кроме этой функции, текущая работа терапевта довольно монотонна – это закрепление более ранних интерпретаций последующими примечаниями, повторением

того, что уже было сказано, с использованием других слов или новых вариантов старого материала. На некоторое время семейный психотерапевт становится “контрдиадой”, вспомогательным совместным Эго реальности данной супружеской диады, ассимилирующим то, что пара экстернализирует относительно друг друга и терапевта. Он же возвращает все это им в виде интерпретаций и реинтерпретаций.

Таким образом, основная терапевтическая техника психоаналитического психотерапевта, работающего с супружескими парами, – интерпретация, цель которой состоит в появлении нового психического материала, забытого, вытесненного или игнорируемого, и в мобилизации чувств, которые в состоянии тревоги подвергались отрицанию. Проработка переноса на психотерапевта позволяет паре избавляться от тех переносов, которые определяли ее функционирование до психотерапии, заставляя каждого проигрывать собственные и совместные инфантильные сценарии, когда пара оказывается запертой в совместно созданном неврозе. Это очень важный психотерапевтический процесс исцеления от страданий в семейной паре.

При этом семейный психотерапевт обязан учитывать, что консультация пары подразумевает говорить о себе в присутствии другого, когда идет речь о *разоблачении своего внутреннего мира, за которым неизбежно последует ослабление психических защит*. Знание всего того, что другой говорит или умалчивает о себе, о партнере, о паре, может сделать ситуацию консультации или вне ее взрывоопасной. Всегда существует риск неадекватной трактовки слов партнера и использования их для разжигания нового домашнего конфликта. Поэтому семейный психотерапевт учитывает крайнюю амбивалентность психических инвестиций каждого из участников пары.

Согласно Г. Диксу, как и при любой психоаналитической терапии, терапевт исполняет роль *переходного объекта*, задача которого – не только принять проекции и нереалистичные ожидания, ощущая их на своей собственной личности (что может быть очень тяжело), но и отвечать на эти послания и эмоциональный натиск таким образом, чтобы его комментарии расширяли понимание пациентов. В этой сложной ситуации у

терапевта может возникать сильная тревога, когда его начинают воспринимать как бесполезную, нелюбящую родительскую фигуру, и он вынужден доказывать, что он полезен и обладает способностью брать на себя ответственность. *Только твердо придерживаясь тактики принятия и интерпретации негативного переноса и инфантильных требований, терапевт сможет противостоять инфантильным обвинениям и упрощениям, разрушающим цель терапии – проработку прошлого в переносе.* Это позволяет пациенту интернализировать новый, иной, более взрослый итог встречи, так как повторяющиеся кризисы или напряжение в браке мотивированы теми же силами, которые теперь открыто проявляют себя в терапевтической ситуации. По мере того, как чувства к внутренним объектам высвобождаются и прорабатываются в переносе на семейного психотерапевта, в отношениях супругов происходит параллельный процесс роста.

В целом подход, описанный Г. Диксом, по своему ритму и технике близок к классическому процессу психоаналитического лечения, и его разделяют многие психотерапевты, которые имеют классическое психоаналитическое образование.

В заключении описания психоаналитической техники работы в паре необходимо сформулировать показания и противопоказания для такой формы работы с супружеской парой. Важно, чтобы у пациентов был хорошо сформирован процесс вербализации и символизации, а также была способность у обоих партнеров включаться в самоанализ. Например, Э. Смаджа отмечает, что многочисленные формы конфликтной коммуникации, даже такие тяжелые случаи, как брачные нарциссические раны с обоюдной агрессией, можно считать хорошими начальными показаниями к терапии, но все же нельзя говорить о безусловной возможности положительной трансформации. Проблема нарушений нормальной эротической жизни остается одной из самых трудных и непредсказуемых для проработки в ходе супружеской психотерапии.

Противопоказанием для семейной психоаналитической психотерапии, предложенной Г. Диксом, является бред ревности в рамках психоза или меланхолии с бредом, различные случаи

первертного или девиантного поведения. Психоаналитическая семейная психотерапия с такими парами может только усугубить ситуацию или оказать на них патогенное влияние.

Метод краткосрочной психотерапевтической работы Дж. Донована

Метод краткосрочной психотерапевтической работы Дж. Донована оптимизирован для разрешения супружеского конфликта пары. Главной терапевтической целью данной модели является разрешение актуального супружеского конфликта с помощью анализа его движущих сил, корни которых находятся в детстве каждого из супругов.

Этот метод предполагает, в первую очередь, индивидуальные изменения, однако прорабатываются лишь те грани личности супругов, которые проявляются в конфликте. Во вторую очередь, подход предполагает изменение *взаимодействия* супругов. Немало времени на сессиях уделяется обучению партнеров взаимодействию на основе *эмпатии* и взаимопонимания. Формирование устойчивых изменений в отношениях супругов занимает от 14 до 16 сессий.

Подход применим в психотерапевтической работе с парами, находящимися в хроническом конфликте, который раз за разом разворачивается по одному и тому же сценарию и рассчитан на людей, обладающих развитой способностью к рефлексии и мотивацией на сохранение отношений.

Травматические события или сексуальные злоупотребления в прошлом супругов не являются противопоказанием к прохождению терапии, если Эго обоих партнеров в достаточной мере интегрировано. Однако, отмечает Дж. Донаван, этот подход едва ли будет эффективен, если у кого-то из супругов имеется нарциссическое или пограничное расстройство личности.

Структура процесса терапии состоит из 5 этапов.

Первый этап работы посвящен изучению сценария конфликта, формированию рабочего альянса и занимает, по крайней мере, 2 сессии. На этом же этапе терапевт проводит диагностику психического состояния партнеров, оценивает, подходит ли метод для работы с данной парой, и составляет картину

конфликта. Беседа проходит в свободной манере, терапевт наблюдает за взаимодействием пары, помогает сформулировать запрос супругов друг к другу. Он ищет ответы на вопросы: какие события предвещают начало ссоры? Кто чаще выступает инициатором? Какие чувства и в какой момент возникают у каждого из супругов? Кто что говорит и делает, чтобы разжечь конфликт? В то же время терапевт *обращает внимание на упоминание супругами эпизодов из детства, истории отношений с родителями и братьями и сестрами*. Психотерапевт ищет взаимосвязи между прошлым и настоящим супругов, но пока еще не озвучивает свои гипотезы.

Второй этап является важной подготовительной фазой данной терапевтической модели и занимает 2 сессии. Здесь делается акцент на ретроспективном исследовании взаимоотношений супругов со своими родителями и братьями и сестрами. Перед парой и терапевтом встают вопросы: какое влияние оказал ранний опыт объектных отношений на взаимодействие между супругами? В какой степени этот опыт определил бессознательный выбор партнера, который ограничивает возможности получения удовольствия от отношений и приводит к повторяющемуся мучительному конфликту?

На основании полученной информации терапевт составляет фокальный треугольник, который складывается из трех “вершин”: 1) сценария конфликта, 2) индивидуальных особенностей супругов, 3) истории родительских семей супругов. Используя модель фокального треугольника, психотерапевт суммирует и структурирует сведения, которые супруги спонтанно озвучивают на первых двух встречах. Картина фокального треугольника проясняется по мере того, как терапевт и супруги проводят параллели между вершинами треугольника. Вероятно, супруги сталкивались с подобным конфликтом в родительской семье. Например, возможно, один или оба супруга идентифицировались со своими родителями и заимствовали у них определенные черты характера или особенности поведения, усиливающие конфликт.

Важное теоретическое положение: несмотря на то, что конфликт возникает при взаимодействии супругов, но его природа

и источник индивидуальны. Супруги нападают не друг на друга, а, в первую очередь, на *внутренние объекты*, которые они спроецировали на партнера. В результате на 3-м этапе работы психотерапевт сосредотачивается на анализе психологической динамики каждого супруга в отдельности и на проработке их внутренних объектных отношений. Для реализации этих задач Дж. Донован предлагает использовать модель треугольника конфликта Д. Мэлана, согласно которой *у каждого человека есть скрытые желания и непереносимые чувства, которые потенциально могли бы способствовать психологическому росту и близости с другими*. Однако он переживает вину по поводу своих желаний и тревогу, что его желание никогда не осуществится. Когда тревога возрастает, человек автоматически начинает защищаться против нее. Чем яростнее он защищается, тем меньше остается надежды на осуществление желаемого и все глубже вытесняются в подсознание непереносимые чувства.



Рис. 1. Модель треугольника конфликта Д. Мэлана

Стрелки снаружи треугольника обозначают направление психодинамической энергии. Стремление к осуществлению тайных желаний вызывает вину и тревогу, вследствие чего мотивы подавляются при помощи защитного поведения. Чем яростнее человек защищается, тем меньше остается надежды на осуществление желаемого и все глубже вытесняются

в подсознание непереносимые чувства. Скрытые желания и непереносимые чувства обычно спрятаны в бессознательном, тревога и защита представляют собой частично осознаваемый механизм, а связь между тревогой и защитой, как правило, прослеживается наиболее явно.

На 3-м этапе психотерапии супружеской пары, который длится 5–6 сессий, психотерапевт исследует треугольники конфликта каждого супруга. По мере того, как проясняются связи между вершинами треугольников конфликта, оба супруга, являясь свидетелями этого процесса, начинают лучше понимать мотивы и тревоги партнера и более эмпатично относиться к чувствам друг друга. К этому моменту терапевт обладает достаточным количеством информации, чтобы приступить к фазе активных вмешательств и интерпретаций.

4-й этап терапии посвящен реконструкции треугольника конфликта. После того как партнеры узнали много о себе и своем альянсе с объектами из детства, они могут *объединиться* в работе над разрешением конфликта и отказаться от искаженного восприятия партнера. Начинается фаза активных терапевтических вмешательств (конфронтаций, интерпретаций), направленных на ослабление ригидных защит, так чтобы они перестали быть оружием в конфликте. Очень важно психотерапевту заметить, что как только один из партнеров ослабляет свои защиты, другой тут же идет ему навстречу, супруги начинают открыто обсуждать возможности получения удовлетворения от ранее неприемлемого желания в супружеских отношениях.

5-й этап терапии посвящен проработке конфликта супругов и развитию у них способности разрешать его конструктивно. Конфликт повторяется до тех пор, пока треугольник конфликта остается неосознаваемым, и партнеры провоцируют друг друга играть определенную роль в своем треугольнике. Когда оба супруга достигают инсайта и прорабатывают его, они приходят к осознанию своей роли в конфликте, а значит, партнеры созрели для того, чтобы нести ответственность за отыгрывание своих детских паттернов и отказаться от взаимных обвинений. Как только один из партнеров ослабляет свои защиты, другой

чаще всего идет ему навстречу, и они получают возможность изменить их патологический паттерн взаимодействия. Если раньше супруги обвиняли друг друга, то теперь они пытаются предложить друг другу поддержку, чтобы вместе разрешить конфликт. Каждый из супругов обретает независимость от своего треугольника конфликта и возможность взаимодействовать на более зрелом уровне, не нападая и не обороняясь. Каждая пара разрабатывает свои уникальные стратегии преодоления конфликта. Некоторые пары откладывают разговор на проблемную тему до тех пор, пока оба не будут готовы. Другие придумывают кодовые слова, которые используют в момент приближения ссоры. По мере того как психотерапевт отмечает, что пара начинает самостоятельно разрешать конфликт, и видит, что партнеры начали брать на себя ответственность за свои действия, он начинает планировать окончание терапии. На данном этапе много внимания уделяется формированию эмпатического слушания и подкреплению нового позитивного опыта взаимодействия супругов.

В завершении описания метода краткосрочной психотерапевтической работы Дж. Донована для разрешения супружеских конфликтов можно обобщить этапы работы данной терапевтической модели:

1) исследование супружеского конфликта; 2) изучение фокального треугольника: сценарий конфликта, индивидуальные особенности супругов, истории родительских семей супругов; 3) исследование треугольника конфликта: защита, тревога, неприемлемые действия и чувства; 4) реконструкция треугольника конфликта; 5) проработка конфликта; 6) развитие эмпатических способностей каждого из участников пары разрешать конфликт.

Примеры техник работы с супружескими парами Г. Дикса и Дж. Донована показывают, как формируется “переходное” пространство и время между страданиями и изменениями, которые происходят на уровне отдельной личности и пары в целом в процессе супружеской психотерапии. Часто личные изменения каждого из супругов могут мотивировать их начать индивидуальную психотерапевтическую работу.

В заключении данной части пособия, где рассматривался психоаналитический подход в работе с супружескими парами, можно отметить, что реальность супружеской жизни в современном мире находится на пересечении множества противоположных психических потоков каждого из членов пары и “оживляется” многочисленными конфликтами – внутренними и внешними. Как было отмечено ранее, внутренние конфликты пары являются интра- и интерпсихическими по своей природе и часто разыгрываются бессознательно. Внешние конфликты возникают в жизни пары из исторического и социокультурного контекста. Каждая пара в процессе своего становления неизбежно проходит через критические этапы, когда ей необходимо сделать “работу пары” по разрешению различных конфликтов, в результате чего пара становится более зрелой, с чувственной эротической жизнью.

В настоящее время многие специалисты подчеркивают факт исторического перехода от традиционной зависимости пары от института брака и церковных канонов к определению ее в терминах внутренних и межличностных отношений, что приводит к некоторой хрупкости и уязвимости пары в современном мире. В итоге современное общество часто предписывает членам супружеской пары придерживаться парадоксальных и патогенных правил: быть взрослым и ответственным, но оставаться при этом молодым и сохранять юношескую “свежесть”; быть мужественным, но не стесняться своей женственности; вести себя как настоящая женщина, но раскрывать в себе мужское, фаллическое начало; заниматься саморазвитием, думать о своем будущем, но и быть альтруистом; жить настоящим и получать удовольствие, но при этом планировать многое наперед и другие подобные предписания. Каждая современная пара, состоящая из мужчины и женщины, стремится для своего развития находить баланс на разных уровнях своего бытия: телесно-сексуального, психического и социокультурального. Часто работа психоаналитического психотерапевта с супружескими парами помогает паре найти индивидуальные возможности для преодоления их кризисов и конфликтов, для обретения немифического счастья и эротического удовольствия.

Контрольные вопросы

1. Какие выборы объекта (супруга/супруги) для семейной жизни описал З. Фрейд?
2. На каких фундаментальных положениях психоаналитической метапсихологии основана психоаналитическая супружеская психотерапия (сформулировать минимум 5 положений)?
3. Какие технические методы психоаналитической супружеской психотерапии заимствованы из классической психоаналитической техники?
4. Перечислить основные запросы современной пары для психоаналитической супружеской психотерапии (минимум 5 запросов).
5. Что понимают под понятием “работа пары”?
6. Какие уровни функционирования брака описал Г. Дикс?
7. Сформулируйте первую гипотезу Г. Дикса о природе супружеского конфликта.
8. Сформулируйте вторую гипотезу Г. Дикса о природе супружеского конфликта.
9. Какие правила вводит семейный психоаналитический психотерапевт для развития процесса супружеской психотерапии?
10. Как понимается “позиция нейтральности” семейного психоаналитического психотерапевта?
11. Какие есть показания и противопоказания для работы пары с семейным психоаналитическим психотерапевтом?
12. Какая основная цель краткосрочной психотерапевтической работы с парой по методу Дж. Донована?
13. Какие этапы краткосрочной семейной психотерапии с парой выделил Дж. Донован?
14. Из каких составляющих состоит фокальный треугольник конфликта пары, выделенный Дж. Донованом?
15. Сколько длится психотерапия супружеской пары по методу Г. Дикса и Дж. Донована?

Л и т е р а т у р а

1. Качалов П.В. Психоналитический глоссарий. – М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского, 2005. – 221 с.
2. Кернберг О. Отношение любви. Норма и патология. – М.: Независимая фирма “Класс”, 2000. – 252 с.
3. Кисельникова Е.А. Краткосрочная терапия объектных отношений. <https://www.psyoffice.ru/5491-12-3686.html>
4. Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу. – М.: Высшая школа, 1996. – 624 с.
5. Смаджа Э. Пары. Мультидисциплинарный подход. – М.: Когито-Центр, 2017. – 212 с.
6. Смаджа Э. Пары в психоанализе. – М.: Когито-Центр, 2018. – 174 с.
7. Ягнюк К.В. Вклад Генри Дикса в развитие супружеской терапии объектных отношений. www.psyoffice.ru/5462-12-3816.html

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ СЕМЬИ

М.А. Парпара

Введение

На сегодняшний день когнитивно-поведенческая психотерапия семьи входит в число наиболее востребованных подходов в психотерапии. Интерес к данному направлению растет по мере появления новых исследований эффективности метода. Но так было не всегда. Длительное время считалось, что когнитивно-поведенческий подход излишне линейен, поверхностен, направлен на симптом, а не на семейную систему в целом, и в долгосрочной перспективе, по меньшей мере, не эффективен, если не вреден для функционирования семьи (Schwartz N., 2001). В начале работы с парами, по свидетельству уже самих когнитивно-поведенческих терапевтов (Dattilo F., 1989), они не уделяли должного внимания роли семьи в формировании мировоззрения клиента, а также тому действию, какое оказывало лечебное воздействие на семью в целом. В то же время их оппоненты, теоретики системного подхода, отмечали важность обнаружения дисфункционального поведения и нарушений коммуникации внутри семьи. В терминах когнитивно-поведенческого подхода принято говорить об анализе проблемного поведения и поддерживающих его циклах. В защиту данного направления как метода семейной терапии можно отнести и успех отдельных техник в работе с парами и семьями, таких как тренинги коммуникативных навыков. Более того, считающаяся классической системная семейная психотерапия была не в состоянии помочь более чем 30% пар (Baucorn D.H. et al., 1998). Эти и другие противоречия, а также появление новых бихевиоральных концепций побудили ученых продолжить исследования когнитивно-поведенческого подхода при терапии пар и семей и добиться существенного прогресса в разработке принципов современной психотерапии семьи.

Исторический обзор техник когнитивно-поведенческой психотерапии

Впервые техники когнитивно-поведенческого подхода при терапии семьи стал применять и затем опубликовал один из основоположников когнитивно-поведенческой психотерапии – Артур Эллис (Ellis A. et al., 1961). Он и его коллеги полагали, что проблемы в семьях клиентов происходят главным образом из-за иррациональных и нереалистичных убеждений относительно друг друга, а также из-за негативной оценки отношений в семье. Рационально-эмотивная психотерапия, которая могла помочь выявить и устранить подобные когнитивные ошибки восприятия, быстро стала популярной как групповой, так и индивидуальной психотерапией. Однако в области семейной психотерапии в это время (1960–70-е гг.) избегали линейности, отдавая предпочтение теориям системной психотерапии. На дальнейшее развитие семейной когнитивно-поведенческой психотерапии существенное воздействие оказала теория обучения. Так, стратегии оперантного обучения приводили к существенному улучшению взаимодействия в проблемных парах, а также помогали родителям контролировать поведение агрессивных детей. Стали появляться смелые заявления, что ни семья, ни терапевт не нуждаются в понимании развития семейной динамики, чтобы помочь ей. Так, Р.П. Либерман (Lieberman R.P., 1970) считал, что необходим лишь осторожный поведенческий анализ. В то же время среди специалистов рационального направления были и такие, кто возвращался к системному подходу. Например, Я. Фэллоун (Falloon J., 1998) в поздних своих трудах поощрял пары к открытому системному подходу. Он считал, что человек находится в системах своих личных убеждений, эмоций, физиологии, но он включен и в другие системы – межличностного, семейного и социального взаимодействия. И, по мнению Фэллоуна, ни одна из систем не должна игнорироваться в процессе терапии. Этот подход был разработан А.А. Лазарусом (Lazarus A.A., 1976), который в своем одноименном методе отмечал важность учета всех систем и завоевал популярность у системных семейных терапевтов. Однако со временем системный семейный подход сфокусиро-

вался на скорее внутрисемейной динамике, а внешние факторы признавались практически нерелевантными. Напротив, целью поведенческого анализа Дж. Паттерсона (Patterson G., 1974) оставалось тщательное изучение всех систем, в частности поведения в школе или на работе, а не только в семье.

Новой волне интереса к когнитивно-поведенческим методам работы с семьей способствовал успех введенных бихевиористами коммуникативных тренингов в структуру оказания помощи семьям и парам. По-видимому, это связано с тем, что и ранее системные терапевты признавали центральными звеньями в патогенезе различных семейных дисгармоний именно нарушенные коммуникативные процессы между членами семьи. Однако они исходили из теории двойного послания (Bateson G. et al., 1956), согласно которой противоречивые указания или эмоциональные послания на разных уровнях (например, когда любовь выражается на словах, а ненависть выражается невербально) негативно влияют на психическое развитие детей и психологический климат в семье.¹ Когнитивно-бихевиоральные терапевты также были увлечены изучением неясной и негативной коммуникации в дисфункциональной семье. В своих исследованиях Д. Микловитц (Miklowitz D.J., 1995) показал, что негативное отношение в семье к психическому заболеванию у одного из ее членов существенно снижает вероятность улучшения ее течения и повышает риск рецидивов психической болезни. Напротив, когнитивно-поведенческая терапия, включающая тренинг коммуникативных навыков и тренинг навыков решения проблем, улучшала функционирование семьи (Mueser K.T., Glynn S.M., 1999).

За последние десятилетия методы когнитивно-бихевиоральной терапии стали чаще использовать системно-ориентированные семейные психологи. Однако существуют различия: в системном подходе чаще используются парадоксальные пред-

¹ Позднее данная теория была признана несостоятельной (Firth C. et al., 2003; Kidman A.D., 2007) По имеющимся данным, коммуникативные расстройства скорее действуют как стресс-факторы при биологической склонности к расстройствам (Mueser K.T. et al., 1999).

писания, временные принятия стороны одного из членов семьи, директивы и другие отличающиеся методики.

Механизмы изменений при работе с парами и семьями

Когнитивные процессы

Считается, что восприятие друг друга у членов семьи сильно упрощено. Например, муж помнит лишь то, что жена его все время ругает, а жена чаще считает супруга жадным или раздражительным. Согласно этой концепции, восприятие всегда будет связано и с опытом взаимодействия членов семьи друг с другом, но этот опыт чаще будет добавляться к первоначальному восприятию. В некоторых случаях может происходить существенное изменение первоначального восприятия, что получило название сдвига восприятия.

Ожидания и стандарты

К формированию дисфункции в семье могут приводить следующие когнитивные процессы:

1. *Избирательное внимание.* Склонность членов семьи замечать только определенные аспекты отношений друг с другом (все внимание, например, уделяется забывчивости партнера, а его щедрость игнорируется).
2. *Атрибуции.* Приписывание члену семьи мотива его поведения (например, что он якобы хочет манипулировать другими).
3. *Ожидания.* Негативные прогнозы по поводу отношений в семье.
4. *Установки.* Представления членов семьи об общих особенностях людей и отношений. Представления жены, что мужчины не нуждаются в привязанности.
5. *Стандарты.* Нереалистичные требования к отношениям со стороны каждого из членов семьи. Представления, что партнеры всегда должны делиться своими чувствами друг с другом.

Избирательное внимание

Существуют исследования, указывающие на то, что люди, которым свойственно избирательное внимание, имеют более низкий процент согласия по поводу прошлых бесед, событий или воспоминаний. Проявление такого внимания семьи к негативным аспектам поведения кого-то из ее членов может приводить к значительному ухудшению отношений, вплоть до их разрыва. Классический пример, когда подросток жалуется, что его лишь ругают. Развитие более сбалансированного видения партнера или члена семьи, напротив, приводит к улучшению семейного взаимодействия.

Атрибуции

Люди склонны приписывать мотивы поведения другим, часто это бывает и в семьях. В дисфункциональных семьях их члены часто склонны обвинять друг друга. Такая предвзятость создает напряжение в семьях и парах, служит причиной разрыва отношений. Депрессивные люди более склонны к атрибуции. Они нередко приписывают личности партнера негативные черты, которые, по их мнению, не подлежат изменению. Например, жена заявляет, что муж “всегда был эгоистом и таким и останется”. Из этого она делает вывод о невозможности дальнейших отношений. Впоследствии такая женщина будет искать и находить подтверждения своей атрибуции (“Самосбывающиеся пророчества”).

Ожидания

Любому человеку свойственно строить предположения, ожидать каких-либо последствий, как-то готовиться к ним. Считается, что мозг не терпит смысловых лакун, а человек любит определенную стабильность и предсказуемость. Если же индивид склонен к атрибуции в отношении своих родных, он предвзят, то вряд ли сможет сохранить позитивный настрой или даже нейтральность в семейных отношениях. Ожидания, как и атрибуции, согласно когнитивной модели, вполне осознанны клиентом. Ожидания формируются часто на небольшом фактическом материале, что затрудняет работу с ними.

Пример. Супруга говорит, что изменяет мужу с любовником, потому что муж якобы нездоров психически. У мужа действительно есть шизоидные черты личности, но он адаптирован, добрый, веселый, о нем хорошие отзывы от людей, которые его знают. “Как я могу рассчитывать на его понимание? Он же больной совсем и даже денег в дом не приносит, все сам пытается починить!”

Данные о связи ожиданий с атрибуцией получены Н.Б. Эпштейном и Н. Баулоком (Epstein N.B., Baucom D.H., 2002): чем больше члены семьи склонны к взаимным обвинениям, тем негативнее их ожидания в текущей семейной ситуации. В другом исследовании говорилось о том, что часто ссорящиеся пары чаще склонны видеть причину разлада в их отношениях в поведении партнера и каких-либо посторонних факторах, чем в собственных ошибках (Pretzer J., Epstein N., Fleming B., 1991).

Установки

Установки формируются из убеждений и в большей степени влияют на поведение и эмоции. Они тесно связаны с мировоззрением, являются частью общей направленности жизни. Негативные события не только дополнительно травмируют членов семьи, но и укрепляют их негативные установки об отношениях.

Пример. Дочь разведенных родителей с опаской смотрит на молодых людей, потому что боится повторения неудачного брака, как у родителей. Она торопится прекратить отношения при малейших проблемах, чтобы не испытывать в будущем большую боль и предательство.

Стандарты

Стандарты являются еще более общими и базовыми когнициями по отношению к установкам. Стандарты представляют собой твердое убеждение в том, что и как должно быть. Они меньше связаны с личностью другого, а больше с культурой, воспитанием. Например, долгое время мужчины верили в то, что женщина-хранительница очага, а мужчина является добытчиком. Если партнер не находит привычного для себя ролевого

стандарта поведения в отношениях, то у такой пары рано или поздно возникнет недовольство и начнутся конфликты.

Пример. Жена росла в патриархальной семье, где отец был добытчиком, а мать занималась лишь воспитанием детей. Ее муж, напротив, предложил выйти на работу после декрета, чтобы вместе оплачивать кредит на жилье. Жена чувствует “предательство” со стороны супруга.

Стандарты часто устанавливаются в семьях в силу каких-то стрессовых событий. Например, семья живет закрыто, не доверяет никому из посторонних, никогда ни о чем не просит знакомых или соседей. В далеком прошлом эта семья могла пережить предательство или иметь какие-то секреты. И хотя в настоящий момент им нечего скрывать, стандарт закрытого образа жизни сохраняется и распространяется уже на молодежь, которой не разрешают приглашать друзей домой.

Установки и стандарты в когнитивной терапии относят к так называемым схемам, так как они связаны с мировоззрением в целом.

Пример. Полина и Артем прожили в браке около года, у них жалобы на то, что Полина слишком много тратит, а Артем слишком мало зарабатывает. Это вторые браки у обоих, детей нет. Полина тяжело рассталась с первым мужем, проходила лечение в психиатрической клинике по поводу депрессии. Артем также расстался с женой из-за ее претензий к нему. Полина росла в богатой семье, ее капризы всегда удовлетворялись. Артем, напротив, из бедной семьи. Он решил во всем потакать жене, разрешал тратить деньги, брать кредиты, чтобы ее не расстраивать и не быть причиной ее депрессии. Полина легко тратила деньги или лишь обвиняла мужа в безынициативности. Оба говорили, что полностью разочарованы в институте брака.

Атрибуции. Артем полагал, что Полина не может контролировать себя. Полина тоже “поставила крест” на Артеме, так как он неспособен к “адекватному” заработку.

Ожидания. Оба были уверены, что в их ситуации ничего нельзя изменить.

Установки. Ожидания и атрибуции утверждали каждую из сторон в своих негативных установках по поводу брака вообще,

мира вообще. Вероятно, подобные негативные установки и в прошлых отношениях сыграли негативную роль.

Стандарты. Полина считала, что имела право тратить любые денежные суммы. Артем считал, что должен больше работать.

Автоматические мысли и искажения

Наряду со схемами в когнитивной терапии принято говорить об автоматических мыслях и когнитивных искажениях.

Непрерывный поток мыслей в голове по поводу отношений называется автоматическими мыслями. Они существуют как бы вторым фоном, не мешая целенаправленной деятельности. Автоматические мысли формируются путем так называемых искажений мышления, связаны с избирательным вниманием, атрибуцией и ожиданием. В классической когнитивно-бихевиоральной терапии выделяют следующие искажения:

1. *Произвольное умозаключение.* Член семьи выносит суждение на основании недостаточных данных. Например, родители считают, что если ребенок опоздал на полчаса, то он связался с “плохой” компанией.
2. *Избирательное абстрагирование.* Информация выдернута из контекста, игнорируется какая-то другая важная часть. Например, супруг искренне убежден, что жена “вечно недовольна”, игнорирует содержательную часть ее претензий.
3. *Чтение мыслей.* Искажение, когда член семьи считает, что знает, о чем думают члены семьи, но при этом не имеет достаточных для этого оснований. Например, дочь думает, что мать просто “издевается” и поэтому не разрешает гулять по ночам.
4. *Негативное предсказание будущего.* Член семьи видит свое ближайшее или отдаленное будущее в темном свете.
5. *Катастрофизация.* Член семьи считает: то, что произойдет, будет настоящей катастрофой, которую невозможно пережить. Например: “Это ужасно, если меня не примут другие”.

6. *Наклеивание ярлыков.* Член семьи глобально оценивает себя или другого человека по отдельным характеристикам. Например: “Я трус” или “Он недостойный человек”.
7. *Девальвация позитива.* Член семьи приуменьшает значение позитивных достижений или характеристик, оценивая их как тривиальные. Например: “Такого результата можно ожидать от любого”.
8. *Негативный фильтр.* Член семьи концентрируется только на негативных результатах, игнорируя позитивные. Например: “Никто не проявил интереса ко мне. В моей жизни были только провалы”.
9. *Сверхобобщение.* Член семьи делает глобальные обобщения на основе единичного случая. Например, жена думает: “Сегодня муж даже не обратил на меня внимания. Я ему не нужна”.
10. *Дихотомическое мышление.* Склонность мыслить в категориях “все или ничего”. Например: “Зачем пытаться еще раз, если ничего не получается”.
11. *Долженствование.* Член семьи интерпретирует события с позиции долженствования (какими они должны быть), а не с позиции какими они являются. Например: “Я должен достигнуть этого положения, иначе я неудачник”.
12. *Персонализация.* Склонность целиком брать ответственность за произошедшие события на себя, не учитывая, что и другие тоже несут часть ответственности. Например, жена алкоголика, возобновившего потребление: “Я должна была предвидеть этот срыв и принять меры”.
13. *Обвинение.* Склонность полагать, что другой человек несет полную ответственность за чувства и состояние другого. Например: “Это он виноват в том, что я чувствую себя никчемной”.
14. *Неадекватные сравнения.* Член семьи интерпретирует события с использованием стандартов, которые являются недостижимыми для него. Например: “Другие члены семьи более успешны”.

15. *Ориентация на сожаление.* Склонность фокусироваться больше на прошлых достижениях, чем на реальном, которое заслуживает сожаления: “Раньше-то я мог заниматься с детьми несколько часов!”.

Дефицит навыков коммуникации и навыков решения проблем

Члены дисфункциональных семей часто боятся быть непонятыми, а то и высмеянными другими членами семьи, они не рассчитывают на помощь близких, не готовы и сами идти на компромисс. Иногда это связано с традицией или алекситимией, но чаще речь идет о подавлении каких-то своих эмоций.

Пример. Дочь скрывает рецидив булимии, так как боится осуждения родителей. Родители стараются не замечать очевидных признаков ухудшения, но еще сильнее ругают ее за ожорство.

Напротив, обучение коммуникации в сочетании с психотерапией улучшает взаимодействие в семьях.

Избыток негативного поведения и дефицит позитивного между партнерами

Члены дисфункциональных пар нередко совершают действия, направленные на привлечение внимания партнеров к себе и своим чувствам, и при этом вполне осознанно ранят чувства партнера.

Пример. Жена обижает мужа, чтобы “лучше дошло”. Муж, в свою очередь, мстит другим способом: медлит с какими-то делами или делает не совсем то, что хотела бы жена. Каждый из них по сути привлекает внимание к себе, что способствует хронификации конфликта.

Нередко это проявляется в форме латентных конфликтов, когда нет возможности открыто выразить чувства.

Основной принцип когнитивно-поведенческого вмешательства сводится к сокращению случаев негативного поведения и укреплению позитивного паттерна.

Дисфункциональные супруги используют три вида проблемного поведения: взаимные нападения, требования – укло-

нения (один требует, другой дистанцируется) и взаимное дистанцирование. Ослабить такие паттерны поведения помогает дополнительная индивидуальная терапия.

Привязанность

В 1950-х годах психоаналитик Джон Боулби (Bowlby J., 1969) разработал концепцию, которую он назвал теорией привязанности.

В рамках этой теории термин “привязанность” означает “биологический инстинкт, при котором ребенок начинает искать близости к значимому взрослому, когда чувствует угрозу или дискомфорт. Поведение на основе привязанности ожидает ответ от значимого взрослого, который в силах снять эту угрозу или дискомфорт”. Джон Боулби считал, что склонность детенышей приматов испытывать привязанность к значимым взрослым была результатом эволюции, поскольку поведение привязанности облегчит для них процесс выживания перед лицом таких опасностей, как нападение хищника.

Теория привязанности стала господствующей теорией, используемой сегодня при изучении поведения младенцев и малышей и специалистами в области детского психического здоровья, лечения детей, а также в смежных областях. Надежная привязанность – это такой тип связи, при которой дети чувствуют, что они могут положиться на значимых взрослых, которые способны удовлетворить их потребность в близости, эмоциональной поддержке и защите. Данный стиль привязанности считается здоровым и эффективным. Страх сепарации – это то чувство, которое младенцы испытывают, когда они изолированы от своих значимых взрослых. При тревожно-амбивалентной привязанности младенец чувствует угрозу сепарации, когда отделяется от значимого взрослого, и даже если тот возвращается к младенцу, он уже не чувствует себя спокойным и в безопасности. Избегающий стиль – это такой тип привязанности, когда ребенок сам избегает родителей. Дезорганизуемый тип образуется в том случае, когда есть нехватка самого конструкта поведения привязанности.

В 1980-х годах теория стала распространяться и на взрослых. К. Хазан и П. Шейвер (Hazan C., Schaver P., 1987) предположи-

ли, что вначале у партнеров формируется привязанность, а уже на нее накладывается романтический образ. Эта теория была развита К. Барталамью и Л.М. Горовицем (Barthalomew K., Horowitz L. M., 1991), которые предположили, что более зрелое чувство привязанности характеризуется мыслительными процессами. Они выделили 4 вида привязанности:

1. Прочная привязанность – представление о себе как о человеке, достойном любви, и о других как о заслуживающих доверия, обеспечивающих комфорт.
2. Поглощенная привязанность – негативная оценка себя и позитивная оценка других, что формирует почву для зависимых отношений с целью повышения своей значимости.
3. Тревожно-сдержанная привязанность – негативная оценка себя и других приводит к страху перед близостью и стремлению избегать отношений.
4. Отстраненная привязанность – позитивное отношение к себе и негативное – к окружению порождает стремление избегать отношений с другими.

Исследования подтвердили связь между удовлетворенностью отношениями и взрослой привязанностью (Mikulincer D.J., 2002). Когда оба партнера имеют прочную привязанность, они удовлетворены полностью и в романтических своих отношениях (Senchak M., Leonard K.E., 1992). Пары с незрелыми видами привязанности чаще чувствительны к нежелательному поведению партнера, они реже прощают ошибки (Mikulincer M., Shaver P.R., 2007).

Когнитивные процессы и теория привязанности

Для лечения расстройств личности Дж. Янг (Young J.Y., 1990) решил усовершенствовать когнитивно-поведенческую психотерапию и предложил схема-терапию. Она объединила когнитивно-бихевиоральную теорию, психоанализ, гештальт-терапию, теорию объектных отношений и теорию привязанности. В основе новой терапии лежит представление о неких паттернах поведения, связанных одновременно с эмоциями и

особенностями привязанности в детстве. Ранняя дезадаптивная схема – это особое восприятие действительности, сформировавшееся в детстве под влиянием травматических событий или плохого обращения и активирующееся на протяжении всей жизни при некоторой схожести обстоятельств с событиями в детстве. При активации схемы человек переживает сильные негативные эмоции и использует свои привычные копинг-стили, чтобы с ними справиться. Есть три копинг-стиля: капитуляция, избегание и сверхкомпенсация, каждый из которых включает несколько копинг-стратегий. Ранняя дезадаптивная схема руководит действиями человека, помогая ему упрощать восприятие угрожающих ситуаций. Независимо от копинг-стиля все действия человека приводят к усилению и подкреплению схемы, и нужна специальная терапия, чтобы помочь человеку ослабить влияние своих схем и действовать более адаптивным образом. Цель схемной терапии – помочь пациенту идентифицировать свои схемы, осознать источник эмоций, возникающих при активации схемы, пережить эти эмоции и найти способы иначе реагировать на события, активирующие схему.

Если партнеры имеют патологические схемы, то они чаще будут вовлекаться в дисфункциональные отношения. Интересно, что одни схемы связаны с другими. Так, схема покинутости, т.е. страх, что тебя бросят, создает почву для другой схемы, например, подчинения. В ней партнер может формировать черты зависимости, полностью избегать самостоятельности. На сегодняшний день схема-терапия супружеских пар активно развивается и даже несколько выделяется из общего когнитивно-поведенческого подхода.

Роль регуляции аффекта

Достаточно часто супруги обращаются за помощью в случаях проблем с общением, отсутствия понимания между собой. Принято считать эмоции во многом бессознательными, и даже первично бессознательными процессами, которые, тем не менее, заставляют человека вести себя определенным образом. По мнению многих поведенческих терапевтов, когниции способны регулировать аффект. Для клиентов с пограничным расстрой-

ством, а затем и для дисфункциональных пар была разработана диалектико-поведенческая психотерапия.

Диалектическая поведенческая психотерапия является одним из направлений “третьей волны” поведенческой психотерапии. Она называется “диалектической”, поскольку пациенту предлагается осознать, что существует много различных точек зрения на ситуацию, которую он субъективно воспринимает как “невыносимую” и “безвыходную”. Благодаря этому диалектическому подходу к ситуации пациент приобретает способность спокойно взвешивать все “за” и “против”, а затем выбирать тот взгляд на проблему, который позволит ему вести себя наиболее благоприятным для него образом. Слово “диалектическая” в названии метода также подчеркивает, что здесь пациента обучают отказу от ограничивающего подхода, сводящегося к прямолинейным представлениям о причинно-следственных отношениях. Пациента также учат находить оптимальную линию поведения с помощью сопоставления различных (иногда противоречивых) взглядов и мнений (по диалектической схеме “тезис-антитезис-синтез”). Диалектическая психотерапия является эклектическим течением. Помимо диалектических приемов анализа проблемы, в ней также используются методы когнитивно-поведенческой терапии, приемы эффективного общения и некоторые медитативные техники.

Подобные интервенции проводят в дисфункциональных парах. При помощи медитаций снижают уровень агрессии у партнеров. Когнитивные и поведенческие техники помогают им по-новому взглянуть на свои проблемы. Данный вид терапии скорее поведенческий, он относительно прост, гуманистичен и довольно скоро дает результаты.

Интенсивность эмоций и эмоциональный фокус

В середине 1980-х появилась и быстро набрала популярность эмоционально-фокусированная терапия (ЭФТ) супружеских пар. Она во многом является эклектичной и сочетает в себе элементы клиент-центрированной терапии, гештальт-терапии, системной терапии и теории привязанности. В рамках ЭФТ психотерапевты помогают клиентам работать над изменением

себя и избавлением от боли, вызванной неудовлетворенными детскими потребностями, которые влияют на взаимодействие в супружеских и романтических отношениях.

Согласно ЭФТ, эмоции организованы в эмоциональные схемы, которые различны как у разных людей, так и у одного и того же человека в разные моменты времени. Их 4 категории: первичные адаптивные, первичные дезадаптивные, вторичные реактивные и инструментальные.

Первичные адаптивные эмоциональные реакции – это самые первые реакции, которые появляются у человека при предъявлении того или иного стимула. Они полезны и спасительны.

Первичные дезадаптивные эмоциональные реакции также являются теми реакциями, которые в первую очередь появляются у человека в ответ на стимул. Однако они основаны на эмоциональных схемах, не являющихся полезными (они могли быть полезными в прошлом опыте человека, но в настоящей ситуации – нет). Такие схемы чаще всего формируются на основе травматических переживаний.

Вторичные реактивные эмоциональные реакции – это сложные цепные реакции, являющиеся реакцией человека на его первичную адаптивную или неадаптивную реакцию. Так, он заменяет первичную реакцию вторичной, реактивной. Другими словами, это эмоциональные реакции на предшествующие эмоциональные реакции.

Инструментальные эмоциональные реакции переживаются и выражаются человеком после того, как он однажды узнал, что его эмоциональная реакция может оказывать воздействие на других, например, заставляет обращать внимание, соглашаться, одобрять или просто не осуждать.

ЭФТ вводит понятие “негативного цикла взаимодействия” внутри пары и выделяет следующие критерии циклов:

1. Реакция каждого партнера является стимулом к реакции другого (критика стимулирует отстраненность, а отстраненность – еще большую критику и т.д.).
2. Поведение пары организовано в виде повторяющихся циклов взаимодействия.

3. Негативные циклы запускаются вторичными адаптивными эмоциями, такими как гнев, обвинение, холодность. Они являются реакцией на более глубокие чувства, такие как страх заброшенности, беспомощности или тоска по контакту и связи.
4. Негативный цикл подкрепляет сам себя. Из такого цикла очень трудно выйти.
5. Негативный стресс усиливает дистресс и поддерживает чувство небезопасности.

ЭФТ не является когнитивно-бихевиоральной терапией, в большей степени она концентрируется на восстановлении привязанности и сфере чувств, но во многом опирается на когнитивно-поведенческую модель.

Техники когнитивно-бихевиоральной терапии

Тренинг коммуникации

Непонимание между супругами может стать причиной развода. Напротив, дружеское общение способствует сохранению брака. На коммуникативном тренинге для пар и семей особое внимание уделяется “4 всадникам апокалипсиса (развода)” (Gottman J.M., 1994).

1. Недовольство – постоянное выражение гнева, осуждение противоположной стороны.
2. Презрение – проявляется в сарказме, подтрунивании, резких осуждениях.
3. Защитное поведение – попытка держать партнера на расстоянии.
4. Обструкция – полное игнорирование собеседника.

Инструкции говорящему.

Будьте внимательны к слушателю.

Не говорите много.

Если задаете вопрос, пусть он будет по сути дела.

Избегайте закрытых вопросов, на которые можно ответить “да” или “нет”, чтобы слушающий мог более полно ответить.

Не бойтесь пауз.

Избегайте перекрестных допросов.

Инструкции слушающему.

Слушайте внимательно.

Не перебивайте.

Уточняйте смысл.

Реагируйте на услышанное.

Резюмируйте, чтобы не оставалось незавершенности.

Психотерапевт помогает членам семьи развивать эмпатию, валидировать чувства друг друга (валидировать – признать право другого на чувства). Он может вмешиваться, если члены семьи перебивают друг друга или вновь поддались негативным циклам коммуникации.

Техника карандаша и блокнота

Супругам дается инструкция по записи своих мыслей по поводу отношений в режиме “реального времени”. Дело в том, что члены семьи часто боятся, что не успеют всего сказать. Отсюда возникает напряжение и общение становится менее рациональным. После подобной техники уместно провести выявление автоматических мыслей.

Пример записи автоматических мыслей в семье

Мать	Лена (дочь)	Отец
АМ: Мой муж всегда критикует Лену. Поэтому она безобразничает в школе	АМ: Можно, что хочу, делать	АМ: Моя жена слишком беззаботна. Поэтому Лена безобразничает в школе
Схема: Я как любящая мать должна вступаться и защищать от гнева. Родители должны быть гибкими		Схема: Я должен быть сильным и установить правила для Лены. Родители должны быть жесткими
Мать подрывает авторитет отца	Проблемы с поведением в школе	Отец ужесточает наказания

Соглашение об изменении

Члены семьи подписывают соглашение о том, что каждый из них согласен изменять поведение и улучшать навыки обще-

ния. Цель такого соглашения в самонаблюдении, саморазвитии каждого из членов семьи. Формируется выход из ситуации ожидания собственного изменения в ответ на изменение другого (из ситуации “пусть он сначала изменится!”).

Взаимовыгодные контракты

Возможно подписание взаимовыгодных контрактов, это повышает мотивацию к собственным изменениям.

Тренировка уверенного поведения

В случае перевернутой иерархии, проблем с границами рекомендован тренинг уверенного поведения. Робкие и застенчивые члены семьи лишь на первый взгляд сохраняют мир, они часто содействуют дисфункции.

Парадоксальные техники

В классической когнитивно-поведенческой терапии семьи эти техники редко используются, но ряд авторов приветствует их применение. Часто клиенту или семье предписывается симптоматическое поведение, но в определенных условиях. Например, паре с проблемами в сексуальной сфере предписывается строжайшее воздержание от сексуальных и любых романтических контактов в течение месяца. Однако важно понимать, что парадоксальный способ может срабатывать в одних случаях и не срабатывать в других. Данные стратегии более уместны в качестве терапии пар, зашедших в тупик при выполнении стандартного протокола.

Деэскалация и тайм-аут

В дисфункциональных семьях необходимо снижать эмоциональный накал ее членов, учить их останавливаться, если эмоции становятся интенсивными, а разговор – неконструктивным. Можно обучать применять стоп-карточки, любые другие знаки для остановки. Обучение навыкам осознанности, которые способствуют деэскалации конфликтов.

Репетиция поведения, обмен ролями

Когнитивно-поведенческая модель предполагает репетиции и проигрывание поведения на сессиях. Это позволяет в период кризиса быть менее подверженными эмоциям.

Контроль за изменениями, домашние задания

Возможны аудио- и/или видеофиксация поведения семьи (с их письменного согласия), их совместные дневниковые записи об этапах терапии. При отсутствии контроля со стороны терапевта мотивация к изменениям резко снижается, даже быстрее, чем при индивидуальной терапии.

Профилактика рецидива

Семья должна быть морально готова к рецидивам и иметь инструкции на случай нового кризиса.

Борьба с негативными установками насчет изменений

Важно поддерживать оптимизм в семьях и парах относительно возможности изменений.

Контрольные вопросы

1. Что такое атрибуция?
2. Чем является ожидание?
3. Что такое стандарт?
4. Как формируется схема?
5. Какие виды когнитивных искажений вы знаете?
6. Назовите виды привязанности в классической теории Дж. Боулби?
7. Какие виды взрослой привязанности выделены К. Бар-таламью и Л.М. Горовицем?
8. Что такое тревожно-сдержанная привязанность?
9. Что представляет собой отстраненная привязанность?
10. Какая привязанность является оптимальной?
11. Как связаны когниции и привязанность?
12. Какие выделяют признаки развода?
13. Назовите техники помощи семьям при когнитивно-поведенческом подходе.
14. Всегда ли используются парадоксальные методы в когнитивно-поведенческом протоколе помощи семье?

Л и т е р а т у р а

1. Бек Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. – СПб.: Питер, 2018. – 416 с.
2. Даттилио Ф. Когнитивно-бихевиоральная терапия с парами и семьями. – М: ФОРУМ, 2015. – 304 с.
3. Джонсон С. Практика эмоционально-фокусированной супружеской терапии. Создание связей. – М.: Научный мир, 2013. – 364 с.
4. Прашко Я., Можны П., Шлепецки М. и др. Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2015. – 1072 с.

Психотерапия семейных отношений

Учебное пособие

Заведующая редакцией

Н.Б. Гончарова

Редактор

М.М. Игнатенко

Компьютерная верстка

М.М. Абрамовой

Подписано в печать 16.05.2022 г.

Формат 60х84/16. Гарнитура Century Schoolbook.

Бумага офсетная. Цифровая печать. Усл. печ. л. 5,4.

Федеральное государственное бюджетное учреждение
“Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии имени В.П. Сербского” Министерства здравоохранения
Российской Федерации

119034 ГСП-1, Москва, Кропоткинский пер., 23.

ДЛЯ ЗАМЕТОК