

Семейная психология и семейная терапия № 4 - 2005

Ежеквартальный научно-практический журнал
Год издания девятый

В номере:

Семья

- Лазарева В.А.** Влияние согласованной ролевой структуры молодых супругов на удовлетворенность браком 3
- Степанова Л.Г.** Гендерная асимметрия в семейных взаимоотношениях 9

Дети

- Гриднева С.В., Ташева А.И.** Феномен детских страхов в контексте концепции совладающего поведения 24
- Уллубиева Н.С.** Влияние задержки психического развития на половую идентификацию в старшем подростковом возрасте 39

Родители

- Нестерова О.А.** Психолого-педагогические особенности работы с родителями в процессе взаимодействия школы и семьи 49

Дисфункциональная семья

- Микова Т.С., Ходырева Е.А.** Социально-психологический феномен девиантного материнства 58
- Печникова Л.С., Жуйкова Е.Б.** Психологические особенности детско-родительских отношений в приемных семьях 61
- Хорошенкова А.В.** Насилие в семье как социально-психологическая проблема 73
-

Методы помощи семье

- Кранц И.И.** Сравнительный анализ особенностей гештальтподхода и структурной школы семейной психотерапии С. Минухина 91
- Линде Н.Д., Воронцова В.В.** Эмоционально-образная терапия в работе «Телефона доверия» 100

Для всей семьи

- Слепкова В.И.** Семья в гуманистической психологии 114

-
- Авторский указатель статей, опубликованных в журнале «Семейная психология и семейная терапия» в 2005 году** 125

Подписной индекс журнала
по каталогу Агентства «Роспечать» – 47556

Периодичность — 4 выпуска в год

**Журнал «Семейная психология и семейная терапия»
зарегистрирован в Роскомпечати РФ,
свидетельство о регистрации № 016363 от 15 июля 1997 г.**

Учредители: частные лица

Издатель: ООО «Исследовательская группа “Социальные науки”»

Тел.: (08439) 7-41-26. E-mail: ig_socin@mail.ru

Главный редактор Лебедева Н.Н.

Выпускающий редактор Лидерс А.Г.

Корректор Иванова Н.А.

Компьютерная верстка: Федоров М.Н.

Формат 60×84/16 Тираж 430 экз. Заказ № 1252

Отпечатано на Фабрике офсетной печати

249035, г. Обнинск, ул. Королева, 6

Адрес редакции: 119261, Москва, а/я 754, Лидерсу А.Г.

E-mail: a-lider@mail.ru

*Запрещается перепечатка статей без согласия редакции
При использовании материалов ссылка на журнал обязательна*

© Журнал «Семейная психология и семейная терапия», 2005

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ГЕШТАЛТПОДХОДА И СТРУКТУРНОЙ ШКОЛЫ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ С.МИНУХИНА

Гештальтподход (ГП), как и структурный системный (ССТ) подход, дает возможность работать с клиентами и добиваться определенного психотерапевтического эффекта. Собственно говоря, это то общее, что эти подходы объединяет. Однако различие теоретических парадигм ведет к различиям в их практическом применении. Хотя можно принять во внимание, что с теоретической точки зрения для обоих подходов важным является опора на общую теорию систем Л. фон Берталанфи, с ее положениями о том, что: а) целое больше суммы составляющих его частей; б) все части и процессы целого взаимосвязаны и взаимобусловлены. А собственно *«гештальт — это целостность, принципиально отличающаяся от суммы составляющих его частей»* [3, с. 98].

Для начала определим, что семейная терапия предусматривает работу с семьей, которая является клиентом и объектом воздействия, а не с отдельным человеком. Разумеется, гештальтподход не исключает работу с семьей, поскольку в ГП соблюдаются принципы целостности, равновесия и творческого приспособления. Однако именно системность — тот фактор, который определяет обязательность учета взаимодействий всех членов семейной системы. Поэтому и принцип равновесия (гомеостаза) трактуется в ССТ более широко, включая в себя анализ актуальных взаимоотношений внутри целой семейной системы, учет взаимной детерминированности личностных особенностей всех членов семьи и их межличностных отношений, когда стиль общения, характер взаимодействия, тип воспитания, с одной стороны, и личностные особенности членов семьи, с другой стороны, образуют замкнутый самоподдерживающийся и постоянно воспроизводящийся гомеостатический цикл.

КРАНЦ Илона Иосифовна — преподаватель кафедры прикладной психологии факультета психологии Белорусского государственного педагогического университета.

В ССТ семья рассматривается как *целостная система, которая гомеостатически стремится как к сохранению сложившихся связей между элементами, так и к их эволюции* [5, с. 352]. Учет принципа гомеостаза роднит ССТ с ГТ, где также одним из постулатов является обмен энергией и информацией между фигурой и фоном.

Задача ГП состоит в том, чтобы помочь человеку восстановить его границу контакта с окружающей средой, при этом основное значение имеет осознание собственных потребностей и механизмов прерывания их удовлетворения, то есть способов разрыва контакта, типов сопротивления. Основными понятиями гештальта являются актуальность, осознанность, ответственность. *«ГП и ГТ помогают людям осознать механизмы, которые толкают на повторение привычных паттернов поведения; обрести внутренний локус контроля и развить способность принимать ответственность за свои мысли, переживания, слова и дела, собственный стиль жизни... Для клиента это означает исследовать новые пути разрешения проблем, расширить палитру собственных выборов в трудных и критических ситуациях, получать удовлетворение от самостоятельно принятых решений»* [3, с. 27].

Задачи ССТ ориентированы на изменение функционирования и структуры семьи, установление эффективного баланса гибкости структуры семейных ролей, четкости и проницаемости внутренних и внешних границ коммуникаций подсистем и всей семейной системы в целом. Поэтому в этом случае основной упор делается на учете колебаний всей совокупности семейных структур и типов взаимодействия с целью обретения нового уровня сложности и дифференцированности всей системы на новом уровне функционирования. При этом важно помнить, что семья, по С. Минухину, — это *холон, входящий в более широкую культуру*, и задача терапии — *помочь ему стать более адекватным в рамках возможностей, существующих в данной семейной и культурной системах* [4].

Как в ГП, так и в ССТ признается наличие этапов развития и нормативных кризисов (этапы жизненного цикла семьи и нормативные кризисы). Именно на этих отрезках своего существования прежние способы решения проблем уже не работают, и появляется необходимость находить новые способы адаптации.

ССТ отличается учетом структуры семьи. Сюда входят структура семейных ролей, семейных подсистем и границ между ними. Структура семейных ролей предписывает особенности, обстоятельства и последо-

вательность коммуникативных и поведенческих актов, касающихся взаимодействий и взаимоотношений между членами семьи. Семейные подсистемы (холоны) — *«более дифференцированная совокупность семейных ролей, позволяющая избирательно исполнять определенные семейные функции, обеспечивать жизнедеятельность семьи. Один из членов семьи может быть участником нескольких подсистем. Одновременное функционирование в нескольких подсистемах обычно малоэффективно»* [5, с. 353]. *«Границы между подсистемами — это правила, определяющие, кто и каким образом выполняет семейные функции»* [5]. Единицей терапевтического вмешательства в ССТ является именно холон [4, с. 19]. Но поскольку индивида также можно рассматривать как холон (индивидуальный), то в этом вопросе явно видно сходство обоих подходов. Однако межиндивидуальные взаимодействия отличаются от взаимодействия структур (холонов), если в последних наблюдается более одного человека.

Особенности формулирования гипотез. На наш взгляд, принципиальная схема формирования гипотезы является общей для обоих подходов. В этом смысле гештальттерапевту проще — он работает с одним человеком (в классическом варианте). Прохождение по циклу контакта в гештальттерапии с выдвижением и проверкой гипотез, проведением эксперимента, формированием и разрушением фигуры контакта не всегда требует формирования общей циркулярной гипотезы и может происходить в течение одной сессии. Гештальттерапевт может использовать себя, свой резонанс клиенту (**мы используем такое обозначение — клиент — чтобы подчеркнуть единство возможностей индивида и семьи в клиентской позиции**) для построения гипотезы. В то же время терапевт, работающий в рамках ССТ, для начала должен присоединиться не к одному человеку — члену семьи, а ко всей семье в целом. Определить, как каждый член семьи участвует в поддержании всей системы как единого целого. Выдвигая гипотезу об особенностях семьи в ССТ, терапевт должен мыслить в категориях целостной семейной структуры, предварительно оценивая, как то или иное воздействие отразится на семейных взаимоотношениях в целом. Он учитывает понятия дифференцированности и триангуляции в неадекватную подсистему, распределение семейных ролей и состояние границ между подсистемами, стадии, на которой находится семейная система, форму семьи и т.д., и даже возможные системные причины психосоматических заболеваний.

Процесс и особенности выработки циркулярной гипотезы подробно описан в книге С. Минухина и Ч. Фишмана «Техники семейной

терапии», поэтому мы ограничимся только постулатом о необходимости и даже обязательности выработки циркулярной гипотезы в работе семейного терапевта, в отличие от процесса гештальттерапии.

Таким образом, в ССТ терапевт вынужден охватывать значительно больший объем информации, в силу чего доминантным становится анализ дисфункциональных моментов взаимодействия системы, и снижение роли чувств, актуального проживания их, хотя принципов осознанности и ответственности в ССТ никто не отменял.

Позиция терапевта. Для обоих подходов справедливо представление о терапевте, *как человеке, который расширяет контексты клиента, помогая создавать такой новый контекст, в котором становится возможным исследование не известного ранее* [4]. Задачей терапевта является поддержка клиента или членов клиента-семьи и поощрение их экспериментировать с такими видами поведения, которые ранее были не доступны (например, семейной системой).

В ССТ терапевт занимает с самого начала ведущее положение. Именно он определяет функции всех участников терапевтической системы. *«Как лидер он должен приспосабливаться, уговаривать, подчинять себе, поддерживать, направлять, предлагать и следовать за другими, чтобы оставаться лидером»* [4, с. 36]. Но это совсем не обязательное условие проведения терапии в рамках ГП. Хотя в обоих случаях терапевт вырабатывает в себе навыки использования себя самого в качестве инструмента изменения, однако именно для ГТ подобные навыки имеют решающее значение. У гештальттерапевта имеются более широкие возможности: не только анализировать сложившуюся ситуацию, но и полноценно жить (экзистенциально быть) в гештальте.

Терапевт, работающий с индивидом, предлагает клиенту измениться, работать над собой с целью дальнейшего развития. Семейный терапевт воздействует на другом уровне: члены семьи могут измениться, если изменится контекст, в котором они живут. *Терапевт говорит клиенту (членам семьи): «Помогите другому измениться, и это позволит вам меняться во взаимоотношениях с ним, и изменит вас самих в рамках холона»* [4].

Значение переживаний терапевта. В ГТ большое внимание уделяется развитию чувств и осознанию их, мы учимся концентрировать внимание на их оттенках, поэтому и такое большое значение приобретает учет чувств и переживаний терапевта во время работы с клиентом. Умение обращаться со своими чувствами, осознавать их и поддерживать

контакт с ними позволяет терапевту поддерживать терапевтический контакт с клиентом и выходить из контакта, отзываться на то, что происходит на границе контакта.

Стратегии интервенции. В ССТ утверждается примат системы по отношению к входящему в нее элементу, поэтому стратегии интервенции разрабатываются относительно целесообразности работы с целой семейной системой и входящими в ее состав семейными структурами, а не отдельными людьми, как это делается в ГТ.

Глобальная стратегия интервенции, на наш взгляд, вытекает из задач соответствующего подхода. Однако определенное родство имеется в том, что все стратегии интервенции должны быть направлены на помощь в продвижении клиента (индивида или семьи), застрявшего на этапе гомеостаза в потребности сохранить статус-кво, что лишает клиента возможности творчески откликаться на изменившиеся условия. терапевт способствует созданию кризиса («плодотворного смятения»), необходимость разрешения которого *«подтолкнет клиента дальше по его собственному эволюционному пути»* [4, с. 33]. Причем для ССТ важно, что этим направлением будет более сложная организация семейной системы, такая, которая поможет лучше справиться с текущей ситуацией в семье.

Частные стратегии интервенции могут отличаться для терапевтов обоих подходов, а могут быть сходными. Например, для семейного терапевта и гештальттерапевта важно, что:

- Индивид и семья — открытые системы, находящиеся в постоянном взаимодействии с окружающей средой; это самоорганизующиеся системы. Причем поведение всей системы целесообразно. В этом смысле источник преобразования системы лежит внутри нее.
- Конфликт внутри системы, который остался неотработанным, воспроизводится в других отношениях.
- Привычные лично ему стратегии поведения, модели или правила действий нельзя навязывать клиенту.
- Принцип работы с настоящим и актуальным «здесь и сейчас» клиента заключается в получении нового опыта взаимодействия, нового опыта ощущений.

Для семейного терапевта также важно, что:

- Все взаимоотношения людей рассматриваются исходя из структуры семьи, и в меньшей степени — из личной истории (как в ГТ).
- Поиск ресурса осуществляется преимущественно внутри семейной системы, а не вообще в любых отношениях и явлениях.

- Структура семьи, типичные взаимоотношения, семейные сценарии просматриваются на генограмме семьи.

- Важно стараться не акцентировать внимание только на нуклеарной семье, упуская влияние расширенной семьи: ее взаимодействия с нуклеарной семьей и влияние на нее. Терапевт в ССТ работает не с индивидом, вызывая у него изменения (как характерно для ГТ), а с дисфункциональным взаимодействием, когда индивид (идентифицированный пациент) является только носителем симптома.

Работа с симптомом. В ГП симптом рассматривается преимущественно как проявление устойчивого способа прерывания контакта (удовлетворения потребности): конфлюенция, проекция, интроекция, дефлексия, ретрофлексия, плюс разные авторы могут выделять отдельно другие частные способы (например, эгоизм, девалидизация и проч.), в то время как в ССТ симптом несет скорее коммуникативную нагрузку, обретая смысл в способах нарушения взаимодействий в структуре семейных ролей, нарушения границ между подсистемами, а также патологизации стандартов взаимодействия и самой семейной структуры.

Базовая идея Ф. Перлза и П. Гудмана состояла в том, что психопатология должна быть изучением прерываний и других нарушений процесса творческого приспособления к среде [6, с. 230–231]. *«Всякий симптом — это то, что некогда было творческим приспособлением, а затем превратилось в консервативное приспособление»* [7, с. 5]. И это верно для обоих подходов. Тогда, анализируя симптом, мы должны рассматривать его в контексте контакта, а это предполагает рассмотрение конкретных потребностей, конкретных характеристик среды и конкретных смыслов симптоматического поведения. Причем все это в двух измерениях. В детерминистическом измерении мы касаемся прошлого опыта и гипотетической ситуации возникновения симптома. В экзистенциальном измерении мы анализируем настоящее время, в котором актуализируется и поддерживается симптом. В первом случае мы выясняем, какие потребности и переживания «застыли» в этом симптоме. Во втором случае мы можем понять, от каких актуальных возможностей, от какого нового опыта спасает, удерживает, уводит клиента наличие данного симптома (цит. по [6, 7]).

Работа с симптомом в ГТ. Первое основание понимания симптома, унаследованное гештальттерапией от Фрейда, — это концепция двойной природы симптома. Симптом является «атакой» на свободное проявление возбуждения и одновременно косвенным, «компромиссным»

способом поддержать активность, связанную с удовлетворением некоторой потребности. Причем той самой потребности, возбуждение от существования которой «подавляется». Симптом также является способом борьбы с тревогой и одновременно способом хронического подержания тревоги.

Понимание противоречивости симптома позволяет перейти к понятию сопротивления и понятию хронического напряжения низкой интенсивности.

На основе догадки о том, что феномен сопротивления сопротивлению (подавления отворачивания) лежит в основе патологического процесса, Ф. Перлз позже развил один из важнейших тактических принципов гештальттерапии. Хотя сопротивление можно рассматривать как репрессию потребности и подавление связанного с актуализацией этой потребности возбуждения, борьба терапевта с сопротивлением не принесет ничего, кроме увеличения интенсивности репрессии. Нет смысла подавлять подавление, нет смысла сопротивляться сопротивлению. За сопротивлением чему-то всегда стоит другая потребность. Надо дать этому сопротивлению выразить себя, исчерпать себя, и тогда оно уступит место противоположной тенденции.

Кроме того, Ф. Перлз утверждал, что механизмом фиксации симптома является хроническое напряжение низкой интенсивности. Для того чтобы не сознавать какого-либо переживания, необходимо не сознавать тех телесных ощущений, которые сигнализируют о наличии этого переживания. Для этого, в свою очередь, необходимо ущемить активность организма (мышечную, дыхательную или др.) в том месте, где локализованы соответствующие ощущения. Важно, что если сознаваемое таким образом напряжение будет иметь высокую интенсивность, то это приведет к формированию боли, то есть «острого» сигнала. Для хронификации напряжения необходима низкая его интенсивность. Существование хронического напряжения в определенной части тела нарушает обменные процессы и создает телесную готовность для образования симптоматики. Невротизацию Ф. Перлз видел как искривление, когда человек может проявлять только одну из двух полярных поведенческих тенденций, в то время как другая является «заблокированной». Однако, когда речь идет не о невротических тенденциях вообще, а о симптоматическом поведении, то человек не может в полной мере выразить себя ни в одной из полярных тенденций. Основанием для возникновения симптома является не ситуация обеднения возможностей,

а ситуация невозможности. Две противоположности блокируют друг друга, и человек оказывается парализованным и вынужденным искать суррогатную форму удовлетворения взаимоблокированных потребностей. При этом симптом, частично удовлетворяя обе потребности, в то же время подавляет обе эти потребности. Это напряжение противоположных сил «застывает» в симптоме, существует в форме хронического напряжения низкой интенсивности (цит. по [3, 6, 7]).

ГТ, вслед за психоанализом, уделяет значительное внимание тем феноменам, которые являются общими для контекста «там и тогда» (жизненные отношения) и контекста «здесь и теперь» (отношения терапевт—клиент).

Работа с симптомом в ССТ. На уровне ССТ рассмотрению подвергается функционирование симптома в системах межличностных взаимодействий в рамках холонов и в отношениях с макросистемами. В межличностном плане роль симптома регулятивна в отношениях клиента с ближайшим окружением и терапевтом.

Симптом в ССТ носит системный характер, что проявляется в следующих признаках: сравнительно сильное влияние на других (членов семьи); непроизвольность и неподконтрольность проявления симптома со стороны его носителя (обычно идентифицированного пациента); симптоматическое поведение закрепляется окружением и может быть выгодным другим членам семьи [8]. Очевидно, что понимание смысла симптоматического поведения в контексте межличностных отношений в семье, значение симптома для всей системы в целом и для отдельных членов семьи является ключом к решению терапевтических задач. Э.Р. Эйдемиллер описывает функцию симптомов в семье следующим образом: *«симптоматическое поведение является частью циркумplexных коммуникативных последовательностей, имеет функции, связанные со стабилизацией и развитием семейной системы»* [8, с. 95].

Важной дополнительной информацией для обоих подходов является понимание социальных и правовых последствий той или иной болезни и социокультурное значение симптома.

Литература

1. Хломов Д. Динамический цикл контакта в гештальттерапии // Гештальт—2003. Сборник материалов Московского гештальт института. — М., 2003. — С. 36—41.

2. Хломова Д. Динамическая концепция личности в гештальттерапии // Гештальт – 1996. Сборник материалов Московского гештальт института. – М., 1996. – С. 46–51.

3. Лебедева Н.М., Иванова Е.А. Путешествие в гештальт: теория и практика. – СПб.: Речь, 2004. – 560 с.

4. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 304 с.

5. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 1999. – 656 с.

6. Перлз Ф., Гудман П. Теория гештальттерапии. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2001. – 384 с.

7. Робин Ж.-М. Гештальт. – М., 2002.

8. Системная семейная психотерапия / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. – СПб.: Питер, 2002. – 368 с.

РЕПОЗИТОРИЙ БГПУ

**Гештальт гештальтов
Евро-Азиатский вестник гештальттерапии
Научно-практический журнал**

Издается с 2005 г. при организационной и финансовой поддержке
«Журнала практического психолога»
(подписной индекс по каталогу Агентства «Роспечать» 71808)

Редактор А.Г. Лидерс

Справки о наличных номерах журнала
по E-mail: a-lider@mail.ru