

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СИСТЕМНОЙ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ.

Сообщение 2. Стратегическая, парадоксальная психотерапия, семейные мифы, междисциплинарный подход к семейной терапии

СУЧАСНІ НАПРЯМКИ СИСТЕМОЇ СІМЕЙНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ.

Повідомлення 2. Стратегічна, парадоксальна психотерапія, сімейні міфи, міждисциплінарний підхід до сімейної психотерапії

М. П. ЖДАНОВА

Киевская городская больница «Социотерапия»

Проведен критический анализ литературы, посвященной системной психотерапии. Охарактеризован разработанный автором междисциплинарный подход к ее использованию.

Ключевые слова: системная семейная психотерапия, методы, междисциплинарный подход.

Наведено критичний аналіз літератури, присвяченої системній сімейній психотерапії. Охарактеризовано розроблений автором міждисциплінарний підхід до її використання.

Ключові слова: системна сімейна психотерапія, методи, міждисциплінарний підхід.

Стратегическая психотерапия была разработана Дж. Хейли, К. Маданес, П. Вацлавик и др. Они предложили модель семейной психотерапии, в основе которой лежат четыре элемента: 1) симптомы, 2) метафоры, 3) иерархия и 4) власть.

Патологические симптомы рассматриваются как проблемы, возникшие при переходе семьи из одной стадии жизненного цикла в другую. Проблема формулируется в коммуникативных терминах как способ, с помощью которого один член семьи передает сообщение другому и пытается влиять на его отношение к себе. Таким образом, симптом служит метафорическим выражением коммуникативной проблемы, а изменение метафор и аналогий становится фокусом терапии.

По Клу Маданес [1], симптом может служить сообщением об одном внутреннем состоянии и одновременно — метафорой другого. Он может быть сообщением о внутреннем состоянии субъекта, одновременно выступая аналогией или метафорой симптома или внутреннего состояния, переживаемого другим человеком. Например, ребенок, отказываясь посещать школу, выражает этим не только собственный страх, но и страх матери. Кроме того, страх ребенка символизирует или репрезентирует страх матери, являясь по отношению к нему метафорой.

Возможно и аналогическое, и метафорическое взаимодействие между двумя членами семьи, которое воспроизводит и замещает собой взаимо-

действие в другой диаде семьи. Например, когда муж возвращается с работы чем-то обеспокоенный и расстроенный, жена старается его подбодрить или успокоить. Если в это время в семье заболевает ребенок, отец постарается точно так же подбодрить и утешить его, как это ранее по отношению к нему делала жена. Взаимодействие между отцом и сыном служит заменой взаимодействия между мужем и женой. Система взаимодействия, возникшая вокруг симптома, который имеет место у одного из членов семьи, может быть метафорой системы взаимодействий, сформированной на основе другой проблемной ситуации в семье, заменяя ее. Например, все члены семьи сосредоточиваются на проблеме одного из детей аналогично тому, как они сосредоточивались на существовавшей до этого проблеме отца. Это предотвращает взаимодействие, центром которого был отец. Фокус взаимодействия в семье циклически меняется: иногда он концентрируется на симптоме ребенка, иногда — на проблеме отца или супружеских трудностях, но характер взаимодействия остается одним и тем же — беспомощным и неконгруэнтным.

Данное направление психотерапии охватывает более широкий, чем сама семья, социальный круг. Психотерапевт может вступить в конфликт со школой, в которой учится ребенок-пациент, причем нередко на этот конфликт направлена психотерапия. Большое внимание уделяется вну-

трисемейной иерархии, межпоколенные коалиции блокируются. Часто родители избегают брать на себя ответственность за ребенка и при попытке терапевта установить адекватную иерархию семьи прибегают к следующим маневрам: один из родителей отказывается брать на себя властные функции, другой не готов участвовать в терапии либо терапевту отказывают в праве рассматривать проблему иерархии в семье.

Задача психотерапевта — выявить стереотипную последовательность интеракций и событий и изменить их таким образом, чтобы выздоровление члена семьи не зависело от патологизирующих семейных взаимоотношений. Для решения этой задачи П. Вацлавик [2] определяет семейную проблему, подчеркивая, что это проблема всей семьи, а не ее представителя, обратившегося за помощью; выясняет, что сделала семья для преодоления проблемы; устанавливает семейные цели с помощью самой семьи, поскольку то, что было бы хорошо для другой семьи, может не подойти для этой; разрабатывает терапевтическое вмешательство, призванное разрушить привычные стереотипы взаимодействия, которые и составляют проблему. В этой работе большое значение придается определению окончательной и промежуточных целей, формулируются объективные критерии, по которым можно судить об их достижении. Ответственность за результат возлагается в первую очередь на психотерапевта, о чем заключается соответствующий договор с семьей.

Терапевтический процесс проводится поэтапно, причем используются технические приемы любых школ и направлений, если они могут оказаться полезными. Широко применяется семейная дискуссия — обсуждение членами семьи круга проблем, касающихся жизни семьи и способов решения ее проблем. На начальном этапе психотерапии участие в дискуссии помогает поколебать устоявшиеся представления ее участников, зародить сомнения в универсальности своих убеждений. Далее формируется адекватное семейное представление о том или ином аспекте семейной жизни. При этом нередко выявляются ригидные неэффективные роли (пессимист, оптимист, теоретик, практик и т. д.), эгоцентризм и соперничество. В этих случаях вводятся специальные правила ведения дискуссии, которые обсуждаются семьей и закрепляются на последующих встречах: цель дискуссии — не доказать свою правоту, не согласиться ради мира, а совместно найти истину, прежде чем возражать — подумать, в чем может быть прав собеседник, и попробовать развить это положение.

В литературе описываются основные приемы, используемые семейными психотерапевтами при

ведении семейной дискуссии: эффективное использование молчания, умение слушать, обучение с помощью вопросов, повторение (резюмирование), обобщение, экспликация (раскрытие) эмоциональных состояний членов семьи, конфронтация с определенным мнением или членом семьи [3].

Дж. Хейли [4] приглашает на первую встречу всех членов семьи от 10 лет, чтобы точнее оценить иерархию, включить в изменение взаимоотношений всех участников конфликта и контролировать возможные негативные последствия для кого-то из них. Встреча состоит из пяти частей: вовлечение во взаимодействие всех участников, объяснение им их функций и функций терапевта в предстоящей работе; определение проблемы; взаимодействие: члены семьи обсуждают проблему между собой, а терапевт следит за открытостью дискуссии, чтобы раскрылись сила, контроль, иерархия; постановка конкретной цели работы (в поведенческих терминах); планирование следующей встречи и домашнее задание.

В стратегической семейной психотерапии основную методическую роль играют директивы, четко определяющие, что должны делать члены семьи как во время сессии, так и за ее рамками. Главное назначение директив — изменение взаимоотношений членов семьи друг с другом и с терапевтом. Директивы также позволяют узнать реакцию участников терапии на инструкцию, повышают включенность терапевта в жизнь семьи, вынуждают ее действовать, давая больше информации о структуре семьи и ускоряя процесс изменений. Они направлены на то, чтобы воссоединить разобщенных членов семьи, содействовать согласию между ними, усилить позитивный взаимообмен, помочь семье выработать более эффективные правила, лучше соблюдать границы между поколениями, позволять больше автономии своим членам и поддерживать их в достижении индивидуальных целей. Прежде чем давать директивы, психотерапевт должен мотивировать их, чтобы члены семьи захотели следовать им. Директивы могут быть простыми, применяющимися с целью изменить последовательность взаимодействий в семье, и сложными, учитывающими все многообразие семьи. Предписания могут касаться изменения места жительства, работы, организации досуга, ведения домашнего хозяйства, режима семьи, достаточно легко изменяемых привычек. Они представляют собой указание членам семьи — делать что-то, делать нечто иначе, чем раньше, не делать того, что делали раньше. Последний вид директив нередко требует напоминаний кому-либо из членов семьи со стороны других ее членов, а также системы наград и наказаний, которые помогли бы ему удержаться от нежелательных действий.

Директивы, кроме того, делятся на прямые, рассчитанные на готовность семьи к согласию с психотерапевтом, и парадоксальные, построенные с учетом сопротивления семьи. Прямые директивы имеют целью содействие коммуникативной открытости в семье, инструктирование родителей о способах контроля над детьми, помощь в распределении нагрузок и привилегий среди домочадцев, установление правил, регулирование секретности и обеспечение семьи необходимой информацией. Парадоксальные директивы используют при сопротивлении членов семьи терапии, когда наблюдаются нежелание сотрудничать и неспособность к выполнению прямых заданий, отсутствует положительная реакция на любое вмешательство, отмечаются ссоры и пререкания, взаимная дискредитация, сепарация и поляризация во взаимоотношениях членов семьи. Выполнение прямых заданий семье облегчают некоторые правила. Вначале следует обсудить все то, что семья уже сделала для решения проблемы, и возможные негативные последствия для каждого члена семьи, если проблему не удастся разрешить. Задания должны быть разумными и легко выполнимыми, соответствующими уровню функционирования семьи и четко сформулированными. При необходимости психотерапевт может использовать свой опыт и авторитет [5]. Р. Саймон приводит пример работы Клу Маданес с дисфункциональной семьей, иллюстрирующий не столько технику стратегической семейной психотерапии, сколько то, как в ней реализуется главный ресурс любой терапии — любовь.

Мать четверых детей — в прошлом наркоманка, а ныне религиозная фанатичка — жестоко наказывала своих детей, семилетних братьев, которые мочились в окно, устраивали поджоги в доме, подожгли колыбель с младенцем и т. п. Маданес оценила поведение детей как своеобразную заботу о матери, которую настолько поглотили созданные ими проблемы, что ей самой уже не требовался надзор со стороны полиции. Когда мать расплакалась, Клу велела Роберту, более агрессивному близнецу, крепко обнять и поцеловать мать, вытереть ей слезы и пообещать заботиться о ней. Мальчик повторил подсказку со всей нежностью, на которую был способен, и несколько минут не обнимал мать, а она ласкала его. Психотерапевт сказала: «С этого момента ты станешь маминим помощником. Будешь отвечать за то, чтобы маме было легче жить. Скажи маме, что ты для нее сделаешь как ответственный?» Мальчик, смущаясь, проговорил: «Буду убирать». Психотерапевт сказала: «Скрепи обещание — обними, поцелуй ее, ведь теперь ты в ответе за порядок в доме». Мальчик исполнил. «А еще что-нибудь сделаешь как ответственное лицо?» — спросила психотерапевт. «Буду хорошо вести себя в школе», — пообещал Роберт. «Скрепи обещание». Работа с семьей продолжалась 10 месяцев, но уже после этой первой встречи главные

симптомы у детей исчезли, и мать больше не проявляла к ним жестокости.

Парадоксальная психотерапия была одним из первых применена А. Адлером [6]. Эту технику под названием «антинегативной» он присоединил к негативной позиции пациента, а затем использовал реверсию (обращение). В. Франкл на этой основе разработал технику «парадоксальной интенции», когда симптом намеренно выпячивается, подчеркивается и таким образом берется под сознательный контроль [цит. по 3]. Парадоксальную психотерапию широко применяли в работе с семьями М. Эриксон, Дж. Хейли, К. Маданес, П. Пэпп, М. Сельвини Палаццоли и др.

Метод особенно эффективен, когда имеют место жесткие поведенческие образцы и значительное сопротивление. Парадоксальные техники обладают многими преимуществами. С помощью позитивного рефрейминга (переопределения значения) поведенческих паттернов удается улучшить психологический климат в семье. Эта техника позволяет терапевту полностью принять внутри-семейные паттерны и присоединиться к ним, позволив членам семьи продолжать их проявлять, уменьшая у них чувство вины. Рефрейминг смысла патологического поведенческого паттерна стимулирует развитие новых перспектив как у семьи в целом, так и у отдельных ее членов. Предписание симптоматического поведения делает семью ответственной за собственное поведение, побуждает ее творчески относиться к жизни, а не проявлять беспомощность перед многочисленными жизненными трудностями. Парадоксальные директивы используют неповиновение семьи и следуют логике сопротивления до тех пор, пока всех ее членов не охватит чувство абсурдности и пресыщения.

П. Пэпп [7] использует при построении парадоксальных предписаний три правила: 1) позитивно определить симптом как поведение, мотивированное стремлением поддержать семейную стабильность, объяснить, какие выгоды приносит симптом; 2) предписать цикл взаимодействий, продуцирующих симптом; настаивать на продолжении симптоматического поведения (выполнение задания теперь означает контроль терапевта над семьей, а семьи — над симптомом); 3) сдерживать семью, когда та начинает проявлять первые признаки изменения, ставя под сомнение готовность семьи отказаться от вторичной выгоды, приносимой симптомом.

Важнейшими этапами использования парадоксальных директив являются: формирование терапевтических отношений, четкое определение проблемы, постановка целей, разработка плана, дискредитация усилий по решению семейной проблемы, использование парадоксальной директивы,

поощрение симптоматического поведения (отрицание психотерапевтом своей роли в возникновении положительных изменений и взятие на себя ответственности за неудачу) [8].

Г. Моздиерч с соавт. [цит. по 3] разработали систему парадоксальных техник, целью которых было нейтрализовать попытки пациентов контролировать психотерапевта и прочих значимых других; успокоить пациентов, побуждая относиться к симптомам без опасения и продолжать их проявлять; обеспечить «двойную терапевтическую связь»: если пациент подчиняется предписаниям психотерапевта, взаимодействовать с ним, если противостоит им — объединяться с близкими. Дж. Браун, Д. Кристенсен [цит. по 3] приводят примеры парадоксальных заданий из своей практики. К стратегической модели близка парадоксальная модель миланской школы [цит. по 3], которая основывается на тех же исходных психотерапевтических принципах: выдвижение терапевтических гипотез, принцип циркулярности, нейтральность, позитивное истолкование симптомов или проблем пациента и его семьи. Терапевтические гипотезы о неадаптивности взаимоотношений в семье, приводящей к формированию симптомов болезни у пациента, и путях их устранения выдвигаются котерапевтами на основании наблюдения за спонтанной семейной дискуссией и супервизорами, наблюдающими за работой терапевтов через односторонне-прозрачное зеркало. Уже во время первого обращения по телефону фиксируют тон голоса будущего пациента, требование всевозможной информации, манипулятивные попытки добиться назначения приема на определенное время, заставить уговаривать себя о встрече. Информацию, полученную во время первого телефонного контакта, записывают в стандартную карту.

Циркулярность понимается как в этиопатогенетическом смысле (принцип круговой причинности Андольфи), так и в практическом, когда члены семьи поочередно (по кругу) общаются через психотерапевта. При этом каждый член семьи получает возможность высказаться, а терапевту удается сохранить контроль над ходом дискуссии. Нейтральность и принятие характеризуют позицию психотерапевта по отношению ко всем членам семьи. Позитивное истолкование симптома основано на отношении к нему как к одному из способов адаптации, задачей терапии является поиск других способов.

Сторонники парадоксальной психотерапии используют бригадный метод: с семьей работают несколько разнополых психотерапевтов, в то время как другие наблюдают за их работой через односторонне-прозрачное зеркало. Терапевтической бригаде легче сохранить нейтральность, выдвинуть

новую гипотезу, поддержать каждого члена семьи. Играет роль также разделение ответственности, но еще большую — коллективный системный подход бригады к своей работе.

В определенный момент котерапевты уходят, чтобы обсудить то, что происходит на сессии, вместе с супервизорами. Затем они возвращаются, комментируют то, что было ранее, и ставят перед семьей определенную задачу. Семья уходит, а психотерапевты собираются для постсессионной дискуссии. Перед каждой последующей сессией бригада вновь собирается для обсуждения предыдущей встречи с семьей и выдвижения новых терапевтических гипотез. Домашние задания оформляются письменно и выдаются каждому члену семьи. При выраженном сопротивлении семьи составляются парадоксальные записки, в которых психотерапевты признают свое поражение и силу семьи, благодаря чему семья испытывает чувство превосходства и одновременно желание убедить терапевтов в ошибочности их пессимизма. Предписания инвариантны, т. е. не объясняются и не обсуждаются.

Большое значение придается укреплению власти родителей парадоксальными способами. Так, психотерапевт заключает тайный союз («заводит секрет») с родителями, и новый секрет помогает семье избавиться от власти «скелетов в шкафу». В семьях, где есть дети, страдающие нервной анорексией, аутизмом, шизофренией, отношения построены на двойной связи, т. е. на парадоксах, когда одно предписание исключает другое. Для лечения такой семьи применяется метод контрпарадокса.

Уклоняясь от критической позиции, терапевты входят в семейную систему как полноправные члены. Они одобряют наблюдаемое ими поведение членов семьи, но не определяют, кто хорош или плох, проявляют интерес к отношениям родителей с их «широкими семьями» и к реагированию семьи на эти отношения. При этом постепенно проясняются конфликты с «широкими семьями» и существующие внутри них группировки. Каждый из родителей продолжает попытки вступить в коалицию с терапевтами с целью определить, наконец, что хорошо и что плохо в семейной системе. Терапевты отвечают на этот маневр контрманевром, объявляя идентифицированного пациента подлинным лидером в семье, добровольно пожертвовавшим собой во имя того, что он считает благом для семьи либо для одного или нескольких ее членов. Родители, вступая в отношения с терапевтами, которые постепенно заменяют их, немедленно начинают конкурировать не только между собой, но и с идентифицированным пациентом. Последний переходит с позиции родителя по отношению

к своим родителям на позицию их брата или сестры и начинает отказываться от своих симптомов. Он уже не проявляет выраженной симптоматики и начинает играть менее значительную роль как на сеансах, так и в домашней жизни.

Если в семье есть и другие дети, то часто в этот момент кто-то из братьев или сестер идентифицированного пациента тоже начинает демонстрировать болезненные симптомы. Терапевты одобряют это поведение, объясняя его чуткостью ребенка к родителям, опасаясь окончания терапии. Родители в последней попытке побудить терапевтов продолжать лечение усиливают конкурентную борьбу между собой. Терапевты отказываются от родительской роли, которую они до того момента принимали, и парадоксально приписывают ее представителю или представителям младшего поколения.

Поскольку эффект парадоксальных предписаний усиливается с течением времени, сессии проводятся не чаще 1–2 раза в месяц, а попытки семьи ускорить встречу оцениваются как сопротивление и пресекаются. Количество сессий ограничивается десятью по принципу «сейчас или никогда!».

Семейные мифы и этапы семейной психотерапии были предметом разработок А. Я. Варги [9] и Э. Г. Эйдемиллера, В. Юстицкого [10]. В современной российской семье специфическими причинами конфликтов служат такие ее особенности — то, что семья обычно не нуклеарная, а трехпоколенная, и очень велика взаимная материальная и моральная зависимость между ее членами [9]; границы семейной системы не соответствуют требованиям оптимальной организации; семейные роли смешаны, функции разделены нечетко; индивидуальность и суверенность фактически отсутствуют, основным является вопрос о власти. Широко распространены семейные мифы, лежащие в основе семейной идентичности и определяющие поведение членов семьи. А. Я. Варга описывает их следующим образом.

Миф «Мы — дружная семья» характерен для семей, переживших много потерь, оторвавшихся от родных мест и не интегрировавшихся в новое окружение. Негласные девизы семьи: «Наш дом — наша крепость», «Один за всех — все за одного», «Разлучаться нельзя». Нуклеарная семья не выделена из семейного клана, ее дети — общие для всех, племянники и племянницы приравниваются к родным детям. Дети включены в обслуживание психологических потребностей родителей, забота о собственных потребностях оценивается как эгоизм, а предпочтение, оказываемое «чужому», — как предательство. Конфликты скрываются от детей и окружающих, отношения не выясняются, не-

гативные эмоции подавляются или вытесняются. Наиболее частые симптомы — тревожно-депрессивные расстройства, импульсивное агрессивное и аутоагрессивное поведение, анорексия.

Миф «Мы — герои и выживальщики» основывается на мысли — предки сумели выжить в тяжелых условиях, совершая героические поступки. Члены семьи испытывают острую потребность преодолевать трудности, которые сами же ищут или создают. Для них характерен максимализм установок, ригидность аффекта, обычно напряженного до страсти: сумасшедшая любовь, безумное счастье, бешеная ревность, страшное горе. Они принципиальны и непримиримы, не прощают обид и гордятся тем, что, поссорившись, годами не разговаривают друг с другом. Детей воспитывают в аскетическом духе, требуют отличной учебы, сурово наказывают, используя порку. В такой семье часто встречаются нелеченные хронические заболевания и психологические проблемы — «герои» обходятся без врачей и психологов.

Миф «Спасительница» поддерживает гиподисфункционалов практически и/или исправляет морально. Она всегда рядом с больными и инвалидами, если кто-то в семье готов согрешить, его подтолкнут с помощью механизма запретного плода. Спасительнице нужна жертва. Если муж не был алкоголиком, он им станет. Если сын был паинькой, он свяжется с компанией наркоманов. Дочь после любовной неудачи впадет в затяжную депрессию. Еще один миф — «Мы — люди». Культивируется сверхценное отношение к знаниям, образованию. Маленький ребенок, только зайка, рыбка, чтобы сделать из него человека, надо его выучить, поэтому к учебе относятся как к священному ритуалу. Дети не имеют права на четверку, у них развивается школьная фобия, страх неудачи и отказ от деятельности, в которой они могут оказаться не на максимальной высоте. Дети в такой семье много болеют, дома беспорядок, а мама в это время получает очередной диплом, папа прикован к телевизору или читает газеты.

Психотерапевт, работающий с семейными мифами, вначале определяет, в каких поведенческих ритуалах проявляет себя миф в данной семье, кто, с кем и как его воспроизводит и зачем нужен данный ритуал. Затем семье предлагают другой ритуал, который не поддерживает старый миф. Например, «Спасительнице» предлагают игнорировать пьяного мужа, а когда он трезв, не выяснять отношения, а наоборот — делать все для сближения. Из расширенной «Дружной семьи» выделяют нуклеарную, из последней — супружескую пару; отменяют негласный запрет на выражение негативных чувств к членам клана. «Выживальщикам» дают парадоксальное предпи-

сание на время вернуться в ту нищету, от которой они так старались уйти.

Э. Г. Эйдмиллер, В. В. Юстицкий [10] выделяют три этапа семейной терапии. На первом (ликвидация семейного конфликта) в ходе индивидуальных встреч психотерапевта с пациентом и членами его семьи выявляют и классифицируют истоки семейного конфликта и в результате установления адекватного контакта с психотерапевтом ликвидируют его посредством эмоционального отреагирования каждого члена семьи. Психотерапевт помогает участникам конфликта выработать общепонятный язык, берет на себя роль посредника и передает в согласованном объеме информацию о конфликте от одного члена семьи к другому. При этом используется недирективная терапия, направленная в основном на вербализацию неосознаваемых отношений личности, и такие методы воздействия членов семьи друг на друга, как установление контакта, влияние через механизмы семейной иерархии и др.

На втором этапе (реконструкции семейных отношений) проводятся групповое обсуждение актуальных семейных проблем, ролевой поведенческий тренинг и обучение правилам конструктивного спора по С. Кратохвилу [11]. На третьем этапе в естественных семейных условиях закрепляются навыки эмпатического общения и возросший диапазон ролевого поведения, приобретенные на предыдущих этапах, корректируются приобретенные навыки общения применительно к реальной жизни семьи.

Авторы описывают разработанную ими модель семейной системной терапии следующим образом:

1. Объединение психотерапевта с семьей, присоединение его к имеющейся структуре ролей.
2. Формулирование психотерапевтического запроса.
3. Реконструкция семейных отношений.
4. Завершение психотерапии и отсоединение психотерапевта.

Нами был разработан междисциплинарный подход к системной семейной психотерапии, состоящий из четырех компонентов — социального, психологического, социально-психологического и семейно-функционального. Задачей диагностики

при этом является определение соответствующих уровней адаптации членов семьи как между собой, так и в социуме. Социальный компонент отражает социальный статус и удовлетворенность им каждого члена семьи, в том числе детей; психологический компонент — характерологическую и личностную совместимость всех членов семьи, определяющую ее психологический климат; социально-психологический — культуру общения, удовлетворенность членов семьи своими взаимоотношениями и правильное отношение к проблемному члену семьи; функциональный — формирование, динамику развития семьи и выполнение семейных функций.

Анализ состояния перечисленных компонентов дает возможность поставить семейный диагноз и разработать систему эффективной семейной психотерапии.

Л и т е р а т у р а

1. *Маданес К.* Стратегическая семейная терапия.— М.: Ин-т психотерапии, 1994.— 304 с.
2. *Вацлавик П.* Как стать несчастным без посторонней помощи.— М., 1990.— 270 с.
3. *Старшенбоум Г. В.* Сексуальная и семейная психотерапия.— М.: Высшая школа психологии, 2003.— 300 с.
4. *Хейли Дж.* Терапия испытанием: Необычные способы менять поведение.— М.: Ин-т психотерапии, 1998.— 400 с.
5. *Саймон Р.* Один к одному: Беседы с создателями семейной терапии.— М.: Класс, 1996.— 224 с.
6. *Адлер А.* Практика и теория индивидуальной психологии: Лекции по введению в психотерапию для врачей, психологов и учителей.— М., 2002.— 256 с.
7. *Пэпп П.* Семейная терапия и ее парадоксы.— М.: Ин-т психотерапии, 1998.— 289 с.
8. *Роджерс К.* О групповой психотерапии.— М., 1992.— 225 с.
9. *Варга А. Я.* Семейные мифы в практике системной семейной психотерапии // Журн. практ. психолога.— 2001.— №1–2.— С. 65–76.
10. *Эйдмиллер Э. Г., Юстицкий В.* Психология и психотерапия семьи.— СПб.: Питер, 1999.— 656 с.
11. *Кратохвил С.* Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний.— М.: Медицина, 1991.— 159 с.

Поступила 22.08.2006