


Сюзан М. Джонсон

The background of the cover features a vibrant, radial gradient of colors, transitioning from a bright yellow and white center to a deep red and orange at the edges. In the center, the dark silhouettes of a man and a woman are captured in a dynamic dance pose. The woman is on the left, wearing a large, flowing, light-colored dress with a prominent bow at the waist. The man is on the right, in a tuxedo, with his arms around the woman. The overall mood is romantic and celebratory.

Практика
эмоционально-
фокусированной
супружеской
терапии



СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие к русскому изданию	6
Предисловие к первому изданию	8
Предисловие ко второму изданию	11
Вступительное слово научных редакторов	15
Благодарности	17
Введение	19
1. Область супружеской терапии и ЭФТ	21
2. Любовь как привязанность: философия ЭФТ	43
3. Теория изменений ЭФТ: внутри и между	62
4. Основы ЭФТ: задачи и интервенции	75
5. Диагностика: определение танца и слушание музыки	136
6. Изменяя музыку: по направлению к деэскалации	153
7. Углубляя вовлеченность	168
8. Эмоциональное вовлечение: инсценировки и создание эмоциональной связи	189
9. Консолидация надежной базы	204
10. Клинические проблемы и решения	218
11. ЭФСТ: эмоционально-фокусированная семейная терапия	261
12. Травмы отношений: обращение с ранами привязанности	283
13. Инцидент с бутербродом: пример сессии эмоционально-фокусированной терапии	291
14. Сессия на второй стадии ЭФТ	311
Эпилог	330
Литература	334
Предметный указатель	349

Предисловие к русскому изданию

Я очень рада тому, что теперь и мои русскоязычные коллеги познакомятся с результатами нашей более чем тридцатилетней работы над созданием и развитием эмоционально-фокусированной терапии пар – первого подхода, в основе которого лежит ясная и проверенная теория любовных отношений взрослых и ставится цель их укрепить.

На сегодняшний день существует 16 исследований результативности ЭФТ и 9 исследований процесса терапевтического изменения в нашей модели; мы знаем, что в состоянии помочь парам, отношения в которых осложнены тревожными расстройствами (такими, как ПТСР) и депрессией. Мы также разработали модель, направленную на прощение серьезных ударов по отношениям – таких, как измена и другие случаи предательства. ЭФТ затрагивает общечеловеческие базовые эмоции и врожденные потребности привязанности. Она помогает партнерам изменить свои эмоциональные переживания в негативных циклах взаимодействия, оставляющих каждого из партнеров в состоянии отчаяния и одиночества, и постепенно научиться подавать партнеру новые эмоциональные сигналы, создающие надежную любовную связь. Безопасность такого рода позволяет обоим партнерам расти и развиваться как личностям.

Я научилась ЭФТ, систематически наблюдая за парами, с которыми работала. В начале 1980-х, когда мне внезапно пришлось иметь дело со множеством неблагополучных пар, я тщетно искала на книжных полках практическое пособие по созданию позитивных любовных отношений. Отчаявшись, я купила маленькую видеокамеру и стала записывать каждую терапевтическую сессию, многократно просматривала сессии до тех пор, пока не стала видеть паттерны – паттерны разрывов и восстановления связей.

Я усвоила, что терапевту следует в первую очередь замедлять негативный «танец» (чаще всего это некий вариант цикла «требование – отстранение»), а затем помочь паре создать такой тип диалога, который мы называли «Обними меня крепче» (Hold Me Tight), – когда

каждый из партнеров может находиться в контакте с собственными страхами привязанности и потребностями и конгруэнтно делиться ими с партнером таким способом, который помогает тому откликнуться. Так я узнала о природе привязанности у взрослых задолго до того, как мои коллеги, социальные психологи, провели многочисленные исследования, составляющие сейчас совокупность знаний по этому вопросу. Мои пары преподали мне простые, но важные уроки: с ними я узнала, что за реактивным гневом в отношениях всегда стоит ощущение угрозы привязанности и что если рассказать об этой угрозе и получить в ответ утешение, гнев отступает и начинают выстраиваться сочувствие и доверие. Я до сих пор осваиваю это с каждой приходящей ко мне парой.

У нас также есть живое интернет-сообщество терапевтов, работающих с парами, и вы можете присоединиться к нему через Международный центр совершенствования ЭФТ (www.iceeft.com). На сайте вы найдете список учебных DVD и курсов, проводимых в Европе и Северной Америке.

Прошли долгие годы, но для меня по-прежнему нет ничего более захватывающего, чем встреча с новой парой. Это так увлекательно – обнаруживать, на каком месте они застряли в своей борьбе за любовь и близость, и затем наблюдать, как они шаг за шагом набираются смелости и учатся открываться, учатся быть отзывчивыми друг с другом. Я надеюсь, что эта книга станет для вас, специалистов в области психического здоровья, работающих с парами, компасом в процессе изменений; поможет яснее увидеть проблему, с которой сталкиваются пары в дистрессе, позволит вам получить полное представление о том, как выглядит здоровая привязанность и как помочь сделать связь именно такой.

Тогда терапия пар станет безопасным приключением и для пары, и для терапевта.

Сью Джонсон
Оттава, Канада, 2012

Предисловие к первому изданию

Когда я сел писать это предисловие, слова находились с трудом. Я спросил себя, почему Сьюзан Джонсон попросила меня что-то сказать в начале этой книги. И тут я вспомнил о статье, которую написал десять лет назад, будучи редактором «Журнала супружеской и семейной терапии». Статья называлась «Время создавать связи». И тогда я понял, почему она попросила написать предисловие меня. Мы – в профессиональном смысле – родственные души, стремящиеся устранить искусственные и опасные границы, или разделения.

Есть несколько важных границ, которые «Практика эмоционально-фокусированной супружеской терапии. Создание связей» успешно преодолевает. Первая, и наиболее очевидная, граница – это то, что разделяет участников супружеской терапии эмоционально. Возможно, сейчас это не кажется практикующему специалисту таким уж революционным предприятием, но посмотрите еще раз: в последние два десятилетия то, что многие из нас считали «достижением» в терапии пар, включало в себя такие терапевтические маневры, как побуждение партнеров договариваться об обмене конкретными желаемыми поступками, предписание сделать вид, что у них есть определенные проблемы во взаимодействии, и вопрос об изменениях, которые могли бы произойти, случись ночью чудо, – как будто это на самом деле могло бы произвести чудо за одну ночь¹.

Как будто мы вдруг забыли, что обычно люди вступают в долговременные, близкие, серьезные отношения, потому что любят друг

¹ В системной семейной терапии и поведенческой супружеской терапии используются самые разные предписания, домашние задания и эксперименты, призванные изменить взаимодействие супругов и перестроить семейную систему в целом. А в краткосрочной ориентированной на решение терапии применяется так называемый «вопрос о чуде» (Прим. науч. ред.).

друга, нуждаются друг в друге и полагают, что данная связь – это самые важные отношения в их жизни. Разве это сентиментальная ерунда? Нет, это реальная жизнь. Именно с этими реалиями в отношениях и призывает нас работать Сьюзан Джонсон. Ведь в конечном счете терапия пары имеет дело именно со связью, соединяющей партнеров. Безусловно, некоторые из вышеперечисленных техник могут привести к серьезным изменениям во взаимодействии пары, но обязательно ли изменения во взаимодействии приводят к созданию связи, которая переживается как близость на уровне переживаний? Нет, не обязательно. И хотя фокусировка на эмоциях, возникающих во взаимодействии партнеров, может показаться делом очевидным, многие из нас совершенно не уделяли этому внимания. Поэтому предложенная д-ром Джонсон наглядная демонстрация того, как заново привнести эмоции в область взаимодействия, может по праву считаться прорывом в клинической практике.

Схожим образом она просит нас помочь партнерам по отношениям заново установить связь с самими собой. Эмоционально-фокусированная терапия (ЭФТ) обращается к «отщепленному», нагруженному тревогой, не принимаемому внутри нас, обходясь без обычного психологического жаргона, который столь коварно патологизирует совершенно нормальное и понятное человеческое поведение. Многие супружеские и семейные терапевты знают, что внутренние переживания могут быть изменены благодаря поведенческим и структурным изменениям в семейных взаимодействиях. Д-р Джонсон настоятельно напоминает нам о том, что паттерны взаимодействия точно так же могут измениться, если поспособствовать изменениям во внутренних переживаниях партнеров. Некоторые терапевтические методы в большей степени призваны производить внешние изменения, но, думаю, можно утверждать, что все действенные виды терапии затрагивают разные аспекты человеческого опыта и помогают достичь изменений на многих уровнях. Д-р Джонсон возвращает нас к осознанию того факта, что значимые изменения в супружеской терапии могут произойти благодаря сфокусированным на индивиде и уместным в данном контексте клиническим методам, которые на протяжении слишком долгого времени обесценивались или игнорировались в сфере супружеской и семейной терапии.

Если «Практика эмоционально-фокусированной супружеской терапии. Создание связей» – пример того, в каком направлении сейчас

развивается область супружеской терапии, тогда, возможно, это сигнализирует о том, что мы возвращаемся в мир психотерапевтического здравого смысла, в котором с людьми обращаются не как с кибернетическими системами или вместилищами извращенных желаний, а как с людьми. Если я слишком оптимистичен и это не то направление, куда сейчас движется терапия пар, тогда, возможно, «Практика эмоционально-фокусированной супружеской терапии. Создание связей» поможет нам найти верный путь.

Элан С. Гурмэн, доктор философии.

Профессор психиатрии

Медицинская школа Университета штата Висконсин

Предисловие ко второму изданию

Я же говорил, что так и будет. Почти десять лет назад я написал предисловие к первому изданию «Практики эмоционально-фокусированной супружеской терапии», где предсказывал, что эта книга и описанный в ней терапевтический метод вернут область супружеской терапии к более здоровому и человечному подходу в работе с нарушенными близкими отношениями. Так оно и вышло.

Не хочу сказать, чтобы это было таким уж гениальным предвидением с моей стороны. Все признаки указывали в этом направлении. Подходы к терапии пар с позиции теории объектных отношений начали воскресать и оттачиваться около 10–15 лет назад и пробудили интерес к внутреннему миру партнеров, чего, к сожалению, не доставало в первые три десятилетия истории семейной терапии (Gurman & Fraenkel, 2002). Но теория объектных отношений, такая убедительная и обладающая большой силой – по крайней мере я нахожу ее таковой – для того, чтобы помочь понять супружеские проблемы (Gurman, 2002), так и не вошла в основное течение супружеской и семейной терапии, отчасти из-за того, что она ассоциировалась с ранним психоаналитическим мышлением, которого так решительно сторонились основатели семейной терапии, а отчасти (и, возможно, в основном) из-за ее сложного языка, недоступного для большинства клиницистов.

Примерно на то же время, когда развивалась супружеская терапия объектных отношений, пришла пора расцвета поведенческих подходов. Казалось, у этих подходов были все шансы стать разумной альтернативой первому варианту, в силу их доступности для исследований и обучения. К несчастью для этих подходов, результаты исследований говорили о том, что ни достигаемый эффект, ни его продолжительность не оправдали первоначальных надежд. Исследователи пытались объяснить, чего же не хватает, что оказывается тем ограни-

чителем, который не позволяет традиционным поведенческим интервенциям быть эффективными при работе с парами. Увы, поведенческие методы, казавшиеся рациональной альтернативой смутным психодинамическим (предшествовавшим теории объектных отношений) подходам к терапии пар прошлых десятилетий, на деле оказались *слишком* рациональными. Внимание к поведению и к когнитивным процессам были преобладающими характеристиками этих способов работы с парами, а аффект оказывался на заднем плане. Почему? Для этого не было никаких оснований. И по-прежнему нет никаких оснований не обращать внимания на аффект и не высвечивать его в супружеской терапии, ни с точки зрения бихевиоризма, ни с точки зрения теории социального научения. По мере того, как поведенческие терапевты начали признавать ограничения своих методов, они постепенно стали применять все больше интервенций, ориентированных на принятие, большинство из которых, на мой взгляд, шаг за шагом сближало их с современными психодинамическими подходами – и, что интересно, с методом эмоционально-фокусированных терапевтов, а именно со стилем Сью Джонсон и ее коллег. Поведенческая терапия пар столкнулась со своей фобией аффекта и успешно преодолела ее посредством десенсибилизации!¹ Поведенческая терапия не только перестала бояться аффекта, она начала активно его использовать. Почему? Потому, что, как не устают повторять теоретики ЭФТ, именно эмоции являются ключевым элементом, организующим узы привязанности, и еще потому, что, в конечном счете, близкие и долгосрочные отношения – это отношения привязанности.

Нет ничего более фундаментального, неоспоримого и человеческого в близких отношениях, чем узы привязанности. Привязанность – это не какая-то слащавая идея, порожденная умами восторженных гуманистов (мне кажется, некоторые люди думают именно так), – это научно доказанная основа человеческих отношений, с солидным подтверждением со стороны современной нейробиологии и современной семейной психологии (Lewis, Amini & Lannon, 2000). Теория привязанности позволяет понять неизбежную взаимосвязь между внутренней и внешней жизнью людей, что делает ее по-настоящему

¹ Десенсибилизация – одна из ключевых техник поведенческой терапии, заключающаяся в постепенном привыкании индивида к изначально пугающему стимулу (Прим. науч. ред.).

интегративной и системной теорией. Системной – не в смысле организационных принципов корпорации или как действуют сложные технологические процессы и машины, а системной по-человечески. Корпорации и машины могут взаимодействовать на разных уровнях, но они не будут с нетерпением ждать встречи друг с другом, они не скучают друг по другу, когда расстаются, не оплакивают утрату друг друга. Как тонко подметил семейный терапевт Фред Далл лет двадцать назад, трудно целоваться с системой.

Второе издание *«Практики эмоционально-фокусированной супружеской терапии»* посвящено, в некотором смысле, тому, как партнеры целуются – то есть как они соединяются и как, если они попали в расстраивающие и разъединяющие их паттерны, помочь им воссоединиться. Это издание такое же хорошее, как и первое, точнее, даже лучше. В нем Сью Джонсон намного подробнее рассказывает об идеях, на которых основана теория привязанности, предлагая практикующему терапевту более обоснованное ощущение того, почему интервенции ЭФТ имеют смысл. В нем представлены еще более отточенные описания интервенций ЭФТ, последовательность и темп их применения. Несмотря на отсутствие видеозаписей, это издание позволяет понять о данном методе терапии так много, что вы можете практически «видеть» через напечатанные слова.

Я закончу свое вступление еще одним пророчеством: будет и третье издание *«Практики эмоционально-фокусированной супружеской терапии»*. Надеюсь, меня снова пригласят написать к нему предисловие, и посмотрим, насколько проницательным оказалось мое предсказание десятилетней давности!

Элан С. Гурман, доктор философии.

Профессор психиатрии

Медицинская школа Университета штата Висконсин

Литература

Gurman, A. S. (2002). Brief integrative marital therapy: A depth-behavioral approach. In A.S. Gurman & N.S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy*, 3rd edition (pp.180-220). New York: Guilford Press.

- Gurman A.S., Fraenkel P. (2002) The history of couple therapy: a millennial review. *Fam Process*, 41, 199-260.
- Lewis, T., Amini F. & Lannon R. (2000). *A general theory of love*. New York Vintage Books.

Вступительное слово научных редакторов

Брак никогда не бывает стабильным, если не считать стабильностью процесс непрекращающихся изменений.

Карл Роджерс

Участвовать более полно в отношениях – значит, в большей степени быть собой.

Сальвадор Минухин

Большинство наиболее сильных эмоций возникает в процессе установления, поддержания, разрыва и восстановления отношений привязанности.

Джон Боулби

В области психологических теорий и практик XXI век все чаще называют веком интеграции. На смену конкурирующим или игнорирующим друг друга точкам зрения, теориям, направлениям, школам приходит интегративное научно-практическое мировоззрение, акцентирующее взаимовлияние и взаимосвязанность различных аспектов человеческого существования. Кроме того, появляется все больше подходов, считающих людей архитекторами своей жизни. Психология, опирающаяся на веру в человеческий потенциал и на конструктивистскую систему взглядов, берет на себя смелость говорить о человеческом счастье как о достижимой психотерапевтической цели. Подобный оптимизм поддерживается современными исследованиями в области нейробиологии, свидетельствующими о пластичности человеческого мозга, т.е. о его способности развиваться не только в детстве, но и на протяжении всей жизни. Становление и развитие эмоционально-фокусированной супружеской терапии происходит в рамках этой общей тенденции. Согласно этому подходу, надежные эмоциональные связи создают оптимальное окружение как для индивидуального развития, так и для развития брака, семьи и социума в целом.

Сьюзан Джонсон создала оригинальную и весьма плодотворную интегративную модель супружеской терапии. ЭФТ – это синтез фокуса на интрапсихическом и интерперсональном мире человеческих существ, клинической практики и научных исследований, возможности обращения к глубинным человеческим переживаниям и потребностям и достижения изменений в рамках ограниченной во времени терапии.

Сьюзан Джонсон предложила нам воображаемый образ того, как могла бы возникнуть эмоционально-фокусированная супружеская терапия: «Если бы основатель клиентцентрированной терапии Карл Роджерс, создатель структурной семейной терапии Сальвадор Минухин и основоположник теории привязанности Джон Боулби собрались вместе за чашкой чая, чтобы обсудить работу со случаем нарушенных близких отношений, то результатом такой беседы могло бы стать возникновение эмоционально-фокусированной супружеской терапии». В этом воображаемом действе отсутствует «скромная» роль, сыгранная самой Сьюзан Джонсон.

Увы, когда подобные встречи происходят в реальности, они не приносят таких результатов. Как правило, основатели новых теорий и методов психотерапии расходятся, чтобы продолжить свой собственный путь. Создание интегративной модели психотерапии – это отдельный труд, требующий своего автора, его особых усилий по выбору и гармоничному сочетанию элементов разных теорий и методов психотерапии.

Создание интегративной модели психотерапии – это, как правило, попытка решить серьезную клиническую проблему и реализация личностных особенностей терапевта, результат творческих исканий, многолетнего опробования на практике, а также бесконечного служения сделанному открытию и разработанному методу.

Нам представляется, что все началось с доверия эмоциям, веры в способность к саморегуляции и ориентации на здоровье – ценностей гуманистической психологии, а также с трех необходимых и достаточных условий психотерапии Роджерса: эмпатии, безусловного принятия и подлинности терапевта. В поисках эффективных стратегий совладания с супружеским дистрессом эти установки были дополнены системным взглядом на процесс взаимодействия в паре и техниками структурной семейной терапии Сальвадора Минухина. И, наконец, в качестве опоры была взята теория привязанности Боулби – как теория

развития, травмы, а также любви во взрослом возрасте, в результате чего сформировался целостный гештальт ЭФТ, наполненный смыслом и большими возможностями.

Если бы мы попросили разных терапевтов ответить единственным словом на вопрос, что является основой эффективной психотерапии, то, наверно, мы бы получили самые разные ответы. По всей видимости, Сьюзан Джонсон ответила бы на этот вопрос словом: *любовь*. Забота об отношениях любви, похоже, самый главный элемент, самая большая ценность ее подхода.

Руководство «Практика эмоционально-фокусированной терапии» – это настоящий подарок широкому кругу специалистов, прежде всего, конечно, гуманистическим, семейным и психодинамическим терапевтам, а также всем другим психологам-консультантам и психотерапевтам, независимо от их теоретической ориентации, кому интересна область супружеской психотерапии. Эта книга может послужить богатым источником для осмысления человеческих отношений, обогащения и углубления профессионального видения, стать отправной точкой для развития новых областей клинической практики.

Люси Микаэлян

<http://www.familypoint.ru>

Константин Ягниук

<http://yagniuk.ru>

БЛАГОДАРНОСТИ

Как и в предисловии к первому изданию, в первую очередь я хочу поблагодарить все те пары и семьи, которые пригласили меня включиться в их борьбу за улучшение отношений и создание более прочных уз привязанности. Каждая из них научила меня чему-то новому. Каждая сердечно тронула и преподала мне урок о надеждах, страхах и сильных сторонах человечества.

Во-вторых, я хотела бы поблагодарить моих коллег, соавторов и ко-терапевтов по Институту пар и семей Оттавы за вдохновение и сотрудничество. Их усилия и вклады делают область взрослых любовных отношений и супружескую и семейную терапию по-настоящему волнующим и удивительным предприятием. Говорят, мы скоро отправим человека на Марс! С моей точки зрения, это незначительное достижение по сравнению с проникновением в тайну создания, поддержания и обновления прочных любовных отношений, от которых зависит наше развитие, здоровье и сама человечность. Мне особенно хочется отдать должное наиболее прогрессивным из моих коллег – теоретику взрослой привязанности д-ру Филу Шейверу из Университета Дэвиса и исследователю супружеских отношений д-ру Джону Готтману из Вашингтонского университета. Также заслуживают признания и мои коллеги по Психологической школе – такие как д-р Валери Виффен из Университета Оттавы и мои замечательные коллеги – эмоционально-фокусированные терапевты и авторы публикаций из Института пар и семей Оттавы.

Но больше всего я хотела бы поблагодарить мою семью и моих студентов. Студентов – за то, что они берутся за исследовательские проекты, постоянно расширяющие горизонты нашей работы. Семью – за то, что я получаю от нее, когда собираюсь улететь на очередное выступление или сижу за компьютером в своем кабинете. Любовь и поддержка моих близких – это моя безопасная гавань и надежная база, благодаря которым я могу продолжать работать.

Введение

Эта книга – пересмотренная и усовершенствованная версия вышедшей в 1996 году книги «Эмоционально-фокусированная супружеская терапия»¹. Предполагается, что эта книга послужит основным практическим руководством по эмоционально-фокусированной супружеской терапии (ЭФТ). Как и в первом издании, в ней есть глава, посвященная эмоционально-фокусированной семейной терапии (ЭФСТ).

ЭФТ является подходом к супружеской терапии, который продолжает расти и развиваться. Исследования достоверно подтверждают эффективность этой модели и заложенную в ней возможность достигать долговременных результатов, в том числе с клиентами из групп высокого риска. Так же как и в прошлом издании, здесь подробно представлена теория изменения, шаги терапевтического процесса и интервенции ЭФТ, но с более точными и детальными клиническими иллюстрациями и описаниями.

От издания 1996 года настоящее издание отличается наличием новых разделов: ЭФТ рассматривается в контексте революционных изменений, происходящих в области терапии пар; теория привязанности у взрослых, развивающаяся сейчас колоссальными темпами, описана здесь более детально; раздел, посвященный эмоциям, более обширен; подробнее описывается и феномен эмпатии; также описаны раны привязанности и метод работы с ними; раздел, посвященный ЭФСТ, дополнен еще одним случаем из практики; добавлены данные последних исследований в области ЭФТ – метаанализ и исследование терапевтического процесса; и, наконец, в конце книги приводится транскрипт сессии, происходящей на второй стадии ЭФТ. Суть ЭФТ осталась прежней, но в настоящем издании она изложена более ясно. ЭФТ фокусируется на конструировании эмоционального опыта и

¹ Термин «couple therapy» далее взаимозаменяемо переводится либо как «супружеская терапия», либо как «терапия пар», чаще как супружеская терапия, поскольку в большинстве примеров речь идет именно о супружеских парах (Прим. науч. ред.).

на интерперсональной драме переживающих дистресс пар, по мере того как этот опыт разворачивается здесь-и-сейчас. Эмоционально-фокусированный терапевт помогает паре направить этот процесс конструирования к созданию более надежной привязанности, питающей и укрепляющей обоих партнеров.

Для желающих больше узнать об ЭФТ в конце книги в разделе «Дополнительная литература» приводится список книг, отдельных глав и других материалов. Существует также рабочая книга для терапевтов², дополняющая настоящее издание. Рабочая книга, видеозаписи и ссылки на дополнительные источники, перечисленные на сайте ЭФТ – www.iceeft.com, – помогут терапевтам, находящимся в процессе освоения данной модели.

² Имеется в виду составленное С. Джонсон и ее коллегами издание «Становление эмоционально-фокусированного терапевта: рабочая книга», которое содержит практические упражнения по ЭФТ. Эта книга также готовится к выходу в свет в издательстве «Научный мир» (Прим. науч. ред.).

ОБЛАСТЬ СУПРУЖЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ЭФТ

В сфере терапии пар сейчас происходит революция (Johnson, 2003). Толчком для нее послужили накопившиеся разнообразные наблюдения и результаты исследований. Недавние исследования, посвященные супружескому дистрессу и удовлетворенности браком, исследования, показывающие влияние негативных и позитивных отношений на состояние здоровья людей и их качество жизни, а также исследования эффективных клинических интервенций согласуются друг с другом. Кроме того, все эти исследования связаны с изучением природы взрослых любовных отношений. Наконец-то *все результаты, полученные на разных уровнях обобщения и в разных исследованиях, согласуются между собой и укладываются в единую связную картину*. Наше понимание важности близких отношений и того, как они могут разладиться, наша способность выбрать правильные вмешательства и наметить картину процесса изменений, а также найти объяснение процессам, определяющим взрослые любовные отношения, достигли критической точки. Сейчас мы на самом деле можем говорить о супружеской терапии как об искусстве и науке, основанных на описании, предсказании и обосновании. ЭФТ является продуктом этой революции и одной из ее движущих сил; как терапевтическая модель она продолжает развиваться и совершенствоваться.

Начинающий супружеский терапевт больше не обязан соглашаться с тем, что любовь, как поется в песне, «это теплый ветер, который не удержишь в руках» и, следовательно, процесс восстановления любовных отношений – это нечто туманное и случайное. Уже существуют эмпирически выявленные паттерны супружеского дистресса и ориентиры в сфере взрослой привязанности, помогающие терапевту двигаться с парой от неблагополучия в отношениях к более стабиль-

ным и удовлетворительным отношениям. Протокол терапии, предложенный в настоящем издании, является усовершенствованной версией протокола, приведенного нами в первом издании 1996 года.

Цели настоящего издания

1. Снабдить супружеского терапевта четким и хорошо разработанным понятийным аппаратом, описывающим любовные отношения взрослых людей и процессы привязанности между ними.
2. Изложить принципы ЭФТ, дать поэтапное и пошаговое описание процесса «починки» и восстановления отношений.
3. Описать интервенции и поворотные события ЭФТ, ведущие к изменениям.
4. Подробно описать область применения ЭФТ – как использовать ЭФТ с разными партнерами, с разными типами пар, в работе с семьями (ЭФСТ).
5. Предоставить читателю руководство по преодолению типичных тупиковых ситуаций, возникающих в процессе восстановления отношений.

В XXI веке у терапевтов появляется более ясное понимание природы супружеского дистресса: суть в негативных эмоциях, переполняющих партнеров, и в ограниченных, негибких формах взаимодействия (Gottman, 1994). Теперь у терапевтов есть литература по супружеской терапии, в которой ясно описаны технологии изменений, представленные в форме эмпирически подтвержденных терапевтических интервенций (Snyder & Wills, 1989; Johnson, Hunsley, Greenberg & Schindler, 1999; Jacobson, Christensen, Prince, Cordova & Eldridge, 2000). Им доступны многочисленные изданные и продолжающие появляться новые публикации о природе взрослых любовных отношений (Sternberg & Barnes, 1988; Hazan & Shaver, 1994; Feeney, 1999) – феномена, который супружеская терапия до недавнего времени, казалось, игнорировала (Roberts, 1992). Кроме того, теперь доступны разработки, касающиеся следующих важных аспектов терапии пар – роли эмоций в процессе изменений (Johnson & Greenberg, 1994; Johnson, 1998) и ключевых интервенций для достижения изменений (Bradley & Furrow, 2004 JMFT 30, pp. 233-246).

Терапия пар как отдельное направление начинает входить в пору своего расцвета (Johnson & Lebow, 2000). Сфера ее применения также расширяется, и в настоящий момент к ней прибегают даже когда

речь идет об «индивидуальной» симптоматике – депрессии, тревожных расстройствах, хронических заболеваниях (Johnson, 2002; Kowal, Johnson & Lee, 2003; Dessaulles, Johnson & Denton, 2003). Это вполне логично в свете недавних исследований, показавших связь между качеством близких отношений и социальной поддержки и индивидуальным физическим и психологическим благополучием – за счет более эффективного функционирования иммунной системы и смягчения последствий стресса и травм (Burman & Margolin, 1992; Kiecolt-Glaser & Newton, 2001; Pennebaker, 1990; Whisman, 1999). Крепкие любовные отношения также способствуют личностному росту и самоактуализации и ассоциируются с согласованным позитивным образом себя (Ruvolo & Jobson Brennen, 1997; Mikulincer, 1995). Фактически, появляется все больше подтверждений того, что «заботливое утешение», обеспечиваемое близкими отношениями, защищает нас от физических и эмоциональных недугов и повышает устойчивость (Taylor, 2002). На основе этих исследований можно сделать как глобальные выводы, например, что эмоциональная изоляция для человека вреднее, чем курение (House et al., 1988), так и более специфические заключения, например, что способность полагаться на других положительно сказывается на состоянии сердечно-сосудистой системы, предотвращая возрастные нарушения (Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996). Появляются исследования нейробиологии близких отношений, в которых удастся идентифицировать специфические регуляторные механизмы – такие, например, как уровень гормона окситоцина, называемого «гормоном объятий» (Taylor et al., 2000), способного, по видимому, защищать нас от болезней.

Супружеская терапия все чаще признается основной интервенцией в области психического здоровья – возможно, из-за признания негативного воздействия развода на пары и семьи (Cummings & Davis, 1994; Netherington & Kelley, 2002) и их социальное окружение, или, возможно, потому что в американской культуре происходит быстрое сокращение прочих источников совместности (Putnam, 2000). Утрата «социального капитала» связывается с возрастающим уровнем депрессий и тревожных расстройств в этих культурах¹ (Twenge, 2000). У многих из нас не остается другого выбора, кроме как все больше и

¹ Речь идет о западных культурах, в которых индивидуализм и самодостаточность имеют большую ценность (Прим. науч. ред.).

больше зависеть от наших партнеров по близким отношениям в качестве источника поддержки и ощущения соединенности. Многие из нас фактически живут в сообществе численностью в два человека. И соответственно, качество близких отношений в жизни людей приобретает все большую значимость. В широких кругах общества также растет осознание ценности консультаций и профессиональной помощи в попытках восстановить супружеские и семейные отношения. Взрослые любовные отношения начинают рассматриваться как процесс, который можно понять, на который можно повлиять и который можно наладить. Брачное партнерство все чаще и чаще определяется как интенциональное² (Doherty, 2001), а не нечто из области магии, романтики, случая или судьбы. Таким образом, данная книга – один из шагов к появлению в области супружеской терапии более четкого, научно обоснованного и эффективного набора интервенций, приводящих к позитивным изменениям в близких отношениях.

Возникновение и рост ЭФТ

Эмоционально-фокусированная терапия (ЭФТ) оформилась в самостоятельное направление в начале 80-х годов XX века (Johnson & Greenberg, 1985, Greenberg & Johnson, 1986) как ответная реакция на нехватку четко определенных и проверенных вмешательств, предназначенных для работы с парами, – особенно не хватало более гуманистических и менее поведенческих интервенций. Подход назвали ЭФТ для того, чтобы привлечь внимание к центральной роли эмоций и эмоциональной коммуникации в организации паттернов взаимодействия и ключевых переживаний, определяющих близкие отношения. Также данный подход фокусируется на эмоциях как на мощном и часто необходимом для достижения изменений элементе, а не просто как на одной из составляющих супружеского дистресса. В то время в литературе по супружеской терапии не говорилось о необходимости обращаться к эмоциям как к движущей силе для создания изменений. Фактически в области терапии пар и тогда, и сейчас есть тенденция к избеганию эмоций. Эмоции часто рассматривались как вторичное

² Т.е. нечто, зависящее от намерений (интенций) участников (Прим. пер.).

осложнение поведенческого и/или мыслительного процесса, как опасная помеха терапии или просто как малоэффективное средство для достижения изменений. На каком-то уровне терапевтам, работающим с парами, всегда было понятно, что изменения в аффективной сфере являются существенной составляющей в налаживании отношений, но считалось, что изменения происходят за счет когнитивных и поведенческих средств.

Однако в последние годы значимая роль эмоций в развитии супружеского дистресса и в терапии пар становится все более признанной (Gottman, 1994). Исследования эмоций продолжаются (Plutchik, 2000; Tomkins, 1991; Lewis & Haviland-Jones, 2000). Представление об эмоциональной регуляции и эмоциональной вовлеченности как о ключевых факторах супружеского благополучия и неблагополучия (Johnson & Bradbury, 1999) и об эмоциональной природе человеческой привязанности (Bowlby, 1988, 1991; Johnson, 2003) стало более разработанным. Не только ЭФТ, но и другие подходы включают в себя фокусировку на эмоциях (Cordova, Jacobson & Christensen, 1998; Gottman, 1999), хотя есть терапии, вообще не касающиеся этого вопроса. В целом за последнее десятилетие стала ясна необходимость обращаться к эмоциям в работе по налаживанию отношений, а специальные методы и терапевтические вмешательства, позволяющие эффективно работать с ними, превратились в более доступные.

ЭФТ как терапевтическая модель выросла из систематических наблюдений за проходящими терапию парами и за процессами, которые приводят эти пары к налаживанию взаимоотношений. Современные модели супружеского дистресса, такие как модель Готтмана³, опираются на наблюдения и протоколирование специфических интеракций между партнерами по близким отношениям, так же, как это происходит в других моделях близких отношений между взрослыми людьми, в частности в теории привязанности. Поэтому, наверное, неудивительно, что существует согласованность между ЭФТ как терапевтической моделью, описательными моделями супружеского дистресса и теориями отношений, такими как теория привязанности,

³ Джон Готтман разработал хорошо известную на Западе модель, предсказывающую с высокой точностью вероятность развода в паре, которая отчасти опирается на метод анализа эмоций и микроэкспрессии Пола Экмана. На русском языке вышла в свет книга Д. Готтмана «Карта любви. 7 принципов, следуя которым вы сделаете свой брак счастливым» (2011) (Прим. науч. ред.).

например. Работа с парами научила Лесли Гринберга и меня, основателей подхода, описывать процесс изменений в ЭФТ и применяемые интервенции. Первый учебник по ЭФТ был написан как часть первого исследования результативности терапии – сравнивались пары, с которыми проводили ЭФТ, пары, которые не проходили терапию, и пары, прошедшие поведенческий коммуникативный тренинг (Johnson & Greenberg, 1985). Результативность ЭФТ в первом исследовании была впечатляющей – настолько, что за этим последовало еще два десятилетия исследований ЭФТ.

В настоящий момент существует восемь исследований, посвященных влиянию ЭФТ на супружеский дистресс. Был проведен метаанализ данных, полученных в результате наиболее строгих научных исследований. Еще два исследования посвящено влиянию ЭФТ на увеличение близости в паре и на проблемы сниженного сексуального желания (Johnson, Hunsley, Greenberg & Schindler, 1999). В целом эти исследования отличались научной точностью, с контролем соответствия – для гарантии того, что терапевты на самом деле следовали протоколу ЭФТ, и с контролем факторов, которые могли бы исказить результаты, – например, учитывался процент отсева из терапии. Ниже приводятся наиболее значимые для клинициста результаты исследования ЭФТ.

- В результате метаанализа была получена очень вдохновляющая статистика улучшений при использовании ЭФТ. В выборке прошедших терапию пар в 70–73 процентах случаев было отмечено восстановление отношений за 10–12 терапевтических сессий, а в 90% случаев наблюдалось значительное улучшение. Для сравнения – при проведении поведенческой терапии улучшение было отмечено в 35% случаев (Jacobson et al., 1984). То есть по такому параметру, как итоговые результаты, ЭФТ выгодно отличается от других исследованных подходов.
- В целом можно сказать, что после завершения курса эмоционально-фокусированной терапии не возникает рецидивов – возвращения отношений в прежнее состояние, что является главной проблемой при использовании поведенческих интервенций (Jacobson & Addis, 1993). Даже в группе наиболее высокого риска из принявших участие в исследовании ЭФТ – группе родителей хронически больных детей – резуль-

таты через два года оставались стабильными (Clothier, Manion, Gordon-Walker & Johnson, 2002).

- Судя по предварительным данным, качество терапевтического альянса является важной предпосылкой для успеха ЭФТ, также как вера женщины в равнодушие и безразличие ее супруга. Что же касается исходного уровня дистресса, который обычно считается главной переменной, определяющей результативность психотерапии, – проведенная спустя четыре месяца после окончания терапии оценка удовлетворенности отношениями показала, что в случае с ЭФТ это не самый важный показатель. Похоже, степень вовлеченности супругов в реализацию терапевтических задач сильнее связана с результативностью терапии, нежели исходный уровень неудовлетворенности отношениями. ЭФТ доказала свою эффективность с традиционными парами⁴ и с мужчинами, которым свойственно отстранение и сложности в выражении эмоций (Johnson & Talitman, 1997).
- Значительное число исследований посвящено изучению процесса изменения в ходе ЭФТ. Вопрос о том, как именно происходят изменения, особенно важен для практика. Были изучены ключевые изменения, происходящие в ходе терапии, и вычленены основные терапевтические вмешательства (Bradley & Furgow, 2004; Johnson, 2003). Были идентифицированы и изучаются новые задачи и процессы – такие как излечение ран привязанности через процесс прощения и примирения (Johnson, Makinen & Millikin, 2001).

Исследования природы супружеского дистресса (Gottman, 1994) и привязанности у взрослых (Cassidy & Shaver, 1999; Johnson & Whiffen, 2003) также уверенно подтверждают выбор терапевтического фокуса и мишеней интервенций в эмоционально-фокусированной терапии.

Таким образом, появляется все больше и больше ответов на четыре основных вопроса, возникающих в отношении любых терапевтических интервенций, а именно:

- ✓ Работает ли это?
- ✓ Как это работает по сравнению с другими подходами?

⁴ Имеются в виду пары с жестко определенными гендерными ролями в отношениях (Прим. науч. ред.).

- ✓ Как именно это работает – что должно случиться на сессии, чтобы произошли изменения?
- ✓ И, наконец, что конкретно следует делать терапевту для достижения изменений?

По мере изучения эффективности ЭФТ теоретическая концептуализация основ этой терапии расширялась и становилась более обоснованной благодаря проводимым исследованиям. В ЭФТ отношения между партнерами рассматриваются в первую очередь как эмоциональная связь, а не как соглашение, об условиях которого нужно договариваться. Терапия фокусируется в большей степени на эмоциональной вовлеченности и корректирующем опыте, а не на обучении коммуникативным навыкам или на достижении инсайта. Вместе с тем обоснованность применения теории привязанности (Bowlby, 1969, 1988) становится все более и более очевидной и хорошо увязывается с уточняющимися схемами вмешательств и исследованиями процесса изменений в ЭФТ (Johnson, 2003b). Продолжается вклад социальных психологов в исследования любовных отношений взрослых людей; уже ясно, что теория привязанности – наиболее многообещающий подход к пониманию взрослых любовных отношений (Hazan & Shaver, 1987; Hazan & Zeifman, 1999; Feenev, 1999). В целом теория привязанности признана «одним из наиболее всеобъемлющих, глубоких и творческих направлений в исследованиях психологии XX века» (Casidy & Shaver, 1999). Развитие теории взрослой привязанности растет в геометрической прогрессии и все в большей степени становится жизненно важной частью ЭФТ, предоставляя терапевту карту территории взрослых любовных отношений.

На настоящий момент ЭФТ является наиболее эмпирически проверенным подходом в области терапии пар, не считая поведенческих подходов, и опирается на двадцатилетний опыт исследований терапевтического процесса и его результатов. Цель этой книги – научить клиницистов максимально систематизированно применять ЭФТ, учитывая уникальность каждой пары и каждого отношений, равно как и «подводные камни» терапевтического процесса.

Перечислим сильные стороны ЭФТ.

- Ее допущения, стратегии и вмешательства ясно определены и подробно прописаны. Это краткосрочная, занимающая от 8 до 20 сессий терапия; ее результаты воспроизводимы; этой терапии обучается множество супружеских терапевтов.

- Существуют эмпирические подтверждения ее эффективности как по всей клиентской выборке в целом, так и по отдельным специфическим популяциям – например таким, как родители хронически больных детей (Walker и др. 1994), и значительности достигаемых изменений (Johnson, Hunsley, Greenberg & Schindler, 1995). ЭФТ инициировала исследования процесса изменения, а также вычленение и описание поворотных моментов терапии, связи успеха терапии с «клиентскими» переменными, что позволяет терапевтам предлагать терапию соответствующим клиентам и адаптировать терапию для конкретных клиентов.
- Процесс «терапевтического путешествия» с парой отчетливо прописан: это девять шагов, разделенных на три стадии.
- Подход имеет ясные теоретические основания. Это, во-первых, теория изменения, происходящая из синтеза гуманистической, основанной на переживании терапии и системного подхода, во-вторых – теория взрослых любовных отношений, которые рассматриваются как процесс привязанности. Как теория взрослой привязанности, так и эффективность интервенций основанного на переживании подхода достоверно подтверждается растущим числом исследований (Cassidy & Shaver, 1999; Elliot, 2002).
- ЭФТ применима к самым разным клиентам, типам пар и отношений – таких, в которых партнеры происходят из разных культур и социальных групп (Denton, Burtleson, Clarke, Rodriguez & Hobbs, 2000), к однополым парам (Josephson, 2003), пожилым парам (Bradley & Palmer, 2003) и парам, страдающим от хронических заболеваний (Kowal, Johnson & Lee, 2003), депрессии и тревожных расстройств – таких как посттравматическое стрессовое расстройство (Johnson, 2002). Существуют предварительные данные, согласно которым ЭФТ способствует снижению депрессии у партнеров (Dessaulles, Johnson & Denton, 2003); в ближайшее время станут известны результаты исследования ЭФТ с травмированными тревожными клиентами и их супругами.
- Интервенции ЭФТ превосходно согласуются с последними эмпирическими исследованиями природы супружеского дистресса, суть которого заключается в ригидных паттернах взаи-

модействия и в затопляющем негативном аффекте, а также с исследованиями природы привязанности у взрослых.

Подход ЭФТ

Что такое ЭФТ и чем этот подход отличается от других?

Это интегративный подход – он обращается и к тому, что внутри, и к тому, что между. ЭФТ интегрирует интрапсихический фокус – как индивидуумы перерабатывают свои переживания (в особенности свои ключевые эмоциональные реакции, связанные с привязанностью) – и интерперсональный фокус – как взаимодействия между партнерами организуются в паттерны и циклы. В нем рассматривается взаимовлияние системных паттернов, внутренних переживаний и самоощущения (sense of self) – как они пробуждают и создают друг друга.

Понимание процессов переживания и процессов взаимодействия являются критериями, помогающими терапевту вывести пару из негативного и ригидного круга внутренних и внешних реакций к большей гибкости и отзывчивости – основам надежной привязанности между близкими людьми. Предполагается, что позиции во взаимодействии, занимаемые супругами, поддерживаются как личными эмоциональными переживаниями, так и тем, как организовано их взаимодействие – то есть и интрапсихическими реальностями, и привычной для пары последовательностью шагов в танце их взаимодействия. Эти реальности и шаги взаимообусловлены и постоянно воссоздают друг друга. И то, и другое следует переработать и реорганизовать для достижения позитивной эмоциональной связи в паре. Создание такой надежной связи – основная цель ЭФТ.

ЭФТ позволяет достичь большей глубины в переживаниях и во взаимодействии. Первая цель терапии – затронуть и переработать эмоциональные реакции каждого партнера, часто лежащие в основании ограниченных и ригидных позиций в отношениях; благодаря этому становится возможным изменение этих позиций в сторону большей доступности и отзывчивости – строительных элементов надежной привязанности. Вторая цель терапии – создать новые эпизоды во взаимодействии, позволяющие отношениям стать источником

безопасности и комфорта для каждого из партнеров. Переработка внутренних переживаний нужна для того, чтобы полнее раскрыть межличностный контекст (например, муж может обнаружить, что его жена делает какие-то вещи не от злости на него, а от отчаяния). В свою очередь, структурирование новых эпизодов во взаимодействии переопределяет и раскрывает внутренние переживания каждого из партнеров (когда, например, муж говорит о том, как он нуждается в жене, а жена проживает собственные страхи, мешающие ей откликнуться, вместо того чтобы продолжать фиксироваться на недоступности мужа).

При успешном применении ЭФТ каждый партнер становится для другого источником ощущения надежности, защищенности и комфорта. Поэтому каждый из супругов оказывается в состоянии помочь партнеру в регулировании негативного аффекта и в создании позитивного и активного самовосприятия. Эмоционально-фокусированный терапевт выступает на сессии хореографом эпизодов соединения между партнерами, которые впоследствии сильно переопределяют отношения между ними.

Этот процесс можно уподобить путешествию:

- от отчуждения к эмоциональной вовлеченности;
- от бдительной защиты и самообороны к открытости и способности идти на риск;
- от пассивной беспомощности, переживаемой во вновь и вновь воспроизводимом танце отношений – к ощущению себя способным активно создавать этот танец;
- от отчаянных обвинений другого – к пониманию того, как каждый из партнеров мешает другому быть отзывчивым и заботливым;
- от сосредоточения на промахах другого – к обнаружению собственных страхов и устремлений;
- но самое главное – от изоляции к взаимосвязи. Для большинства пар это непростой путь, даже в сопровождении опытного терапевта.

Эмоционально-фокусированный терапевт помогает каждому человеку развернуть и реорганизовать собственный внутренний опыт; выражение собственных переживаний приводит к новому самопроявлению и новым способам взаимодействия с партнером, что, в свою очередь, пробуждает у партнера другие ответные реакции. Иными

словами, новый внутренний опыт создает новые виды диалога, а новый диалог создает новые эпизоды взаимодействия. Эти эпизоды складываются в новые шаги в отношениях и инициируют новые паттерны танца пары.

Чем ЭФТ отличается от других подходов?

Роль терапевта

Эмоционально-фокусированный терапевт не является тренером, обучающим новым коммуникативным навыкам или более эффективным способом вести переговоры. Эмоционально-фокусированный терапевт не является мудрым создателем инсайта относительно влияния прошлого – того, как паттерны отношений в родительских семьях могут влиять на текущую ситуацию в браке. Терапевт не является стратегом, использующим парадоксы и предписания симптома. Терапевт также не является в первую очередь учителем, помогающим паре модифицировать иррациональные ожидания и убеждения, касающиеся брака и отношений.⁵

Эмоционально-фокусированный терапевт скорее является *консультантом по процессу*, помогающим партнерам в переработке их переживаний, в особенности их эмоционального опыта в отношениях, и хореографом, участвующим в постановке нового танца их отношений. Во время сессии *терапевт занимает сотрудничающую позицию, иногда он следует за клиентами, а иногда он ведущий*, но не эксперт, говорящий супругам, какими должны быть их отношения. Терапевтический процесс дает паре возможность экспериментировать с новыми способами совместности так, что они могут осознанно выбирать, какие отношения хотят построить.

Основной фокус на настоящем

Эмоционально-фокусированный терапевт фокусируется на реакциях партнеров, возникающих «здесь-и-сейчас», прослеживая и глубоко проникая как во внутренние переживания, так и в маневры их

⁵ Автор перечисляет терапевтические позиции, соответствующие поведенческому, психодинамическому, стратегическому и когнитивному подходам (Прим. науч. ред.).

взаимодействия. Изменения на сессии происходят по мере того, как супруги начинают иначе переживать, ощущать себя и по-новому взаимодействовать друг с другом. Темы, связанные с отношениями в родительских семьях, затрагиваются в той мере, в какой они влияют на непосредственную чувствительность партнеров в настоящий момент и на их взаимодействие «здесь-и-сейчас», в отличие от супружеской терапии объектных отношений или аналитических подходов, или системной Боуэнианской терапии, в которой важное значение придается построению генограммы семьи. В меньшей степени используются интервенции, ориентированные на будущее, такие как предписания и домашние задания, являющиеся основным инструментом в поведенческой терапии.

Цель терапии – надежная связь

Цель ЭФТ – переработать переживания и реорганизовать взаимодействия для создания надежной связи между партнерами, дающей ощущение безопасной совместности. Тут основное внимание уделяется вопросам привязанности: безопасности, доверия и контакту, а также всему, что этому препятствует. Нет такой задачи, как обучение пары в дистрессе коммуникативным приемам как таковым, поскольку с точки зрения ЭФТ пары вряд ли будут их использовать в те моменты, когда это нужнее всего, то есть в моменты переживания боли и уязвимости. Поскольку проблемы партнеров не рассматриваются с точки зрения их личностных нарушений, незначительная роль отводится инсайтам в область бессознательных интрапсихических конфликтов. Считается, что одного инсайта недостаточно для того, чтобы достичь долговременных изменений в эмоционально заряженных паттернах взаимодействия. Также, поскольку отношения рассматриваются в первую очередь как эмоциональная связь, а не рациональная договоренность, терапевт не занимается тем, что помогает паре найти прагматические решения существующих проблем через новые соглашения или обсуждение условий. Когда отношения в паре становятся более безопасными, супруги могут использовать имеющиеся у них навыки договариваться друг с другом; в требующих разрешения вопросах появляется больше ясности и меньше тягостности, когда эти вопросы не нагружены конфликтами и переживаниями небезопасности привязанности.

Фокус на эмоциях

Наличие фокуса – это суть любой краткосрочной терапии. В ЭФТ считается, что центральную роль в драме неблагополучных отношений и в их изменении играют эмоции. Именно эмоции организуют поведение привязанности, которое является мотивирующей силой, направляющей нас к другим людям и сообщающей им о наших потребностях и желаниях. В ЭФТ эмоции не минимизируют, не берут под контроль и не просто называют, но дают им развиться и дифференцироваться. Мы часто описываем этот процесс как *распаковку* эмоциональной реальности клиента. Эмоциональные переживания и выражение эмоций рассматриваются как цель и активная сила изменений – намного в большей степени, чем в других, не ориентированных на переживание моделях терапии. Раскрытие и артикуляция новых аспектов эмоционального опыта или отодвинутых на задний план аспектов эмоциональных переживаний – первоочередные терапевтические задачи, а новый корректирующий эмоциональный опыт вовлеченности с партнером – сущность изменений в ходе ЭФТ. *Распаковка ключевых эмоций и использование их в качестве основы для новых реакций по отношению к партнеру в ходе терапевтического взаимодействия – «сердцевина» изменений в ЭФТ.*

Принятие людей такими, какие они есть

Если партнеры переживают дистресс, это не означает, что их следует считать дефицитарными, имеющими задержки в развитии или недостаточно владеющими нужными навыками. Не только мы, но и другие авторы находят, что рассматривать проблемы в супружеских отношениях исключительно как отражение того или иного дефекта развития чаще всего неверно (Gurman, 1992). Потребности партнеров, их желания и первичные эмоциональные реакции считаются в целом здоровыми и адаптивными. *Проблема в том, как эти потребности и желания выражаются, с учетом ощущения уязвимости и небезопасности в отношениях.* Как заметил Фрейд, мы никогда не бываем столь беззащитны, как тогда, когда любим. Когда эмоциональные реакции, например страх, заблокированы, отрицаются или искажены – это приводит к дисфункции. Терапевт скорее подтверждает переживания и реакции клиента, нежели учит его вести себя по-другому.

Клиенты рассматриваются как люди, застрявшие в определенных «поглощающих» эмоциональных состояниях и самоподдержи-

вающихся циклах взаимодействия, а не как нарушенные в целом. Супруги зацикливаются на определенных способах, которыми они перерабатывают, организуют и регулируют свои эмоциональные переживания, а также на определенных способах взаимодействия друг с другом. Предполагается, что, если взять в расчет имеющийся у них опыт, супруги ведут себя последовательно; у них есть веские причины для того, чтобы ограничивать свои переживания и их выражение в контакте с партнером. И это задача терапевта – увидеть «скрытую рациональность» (Wile, 1981) за реакциями супругов, выглядящими деструктивно и иррационально.

Каковы истоки теории изменений в ЭФТ?

Если бы гуманистический терапевт Карл Роджерс (1951) и структурные семейные терапевты, такие как Минухин и др. (Minuchin & Fischman, 1981; Fisch, Weakland & Segal, 1982), собрались за чашкой чая, чтобы обсудить работу со случаем нарушенных отношений – результатом этой воображаемой беседы могла бы стать ЭФТ. Эмоции можно рассматривать как внутреннее переживание, также можно сфокусироваться на их системном компоненте (Johnson, 1998), то есть на том, как выражение эмоций влечет определенные реакции окружающих. Эмоции – это музыка отношений, под которую танцует пара, в этом смысле эмоции организуют ключевые моменты во взаимодействии. Некоторые положения ЭФТ роднят ее с традиционными гуманистическими подходами (Johnson & Boisvert, 2002; Cain & Seeman, 2002), фокусирующимися на эмпатическом понимании непосредственных переживаний клиента, в частности – его эмоций и внутренней системы координат (frame of reference).

ЭФТ является основанным на переживании⁶ подходом, поскольку акцент в нем делается на:

⁶ Термин «experiential» далее мы переводим как «основанный на переживании». Существуют несколько видов психотерапии, в которых эмпатическое принятие клиентского опыта, работа «здесь-и-сейчас» с фокусировкой на разворачивающихся эмоциональных процессах считается ключевым аспектом для достижения изменений. Гуманистическая терапия Карла Роджерса – один из этих ориентированных на переживание подходов (Прим. науч. ред.).

- непосредственном опыте взаимодействия человека с его окружением, на том, как человек активно создает и перерабатывает этот опыт в настоящий момент;
- значении эмпатии и подтверждения со стороны терапевта при создании наиболее благоприятного контекста для исследования и формирования нового опыта. Безопасность, которую дает принятие и аутентичность терапевта, позволяют раскрыться врожденным тенденциям клиента к самоисцелению. Терапевтический альянс основан на равенстве и сотрудничестве;
- колоссальной способности человеческих существ к личностному росту и к позитивной адаптивности эмоциональных реакций и потребностей. И Карл Роджерс, и Джон Боулби (1969), создавший теорию привязанности, используемую в ЭФТ, – оба стремились депатологизировать клиентов. Боулби был уверен, что все виды реакций и откликов на окружающий мир могут быть адаптивными; проблемы возникают, и Роджерс считал также, в случае если эти реакции становятся ригидными и не могут видоизменяться в ответ на появление новых жизненных обстоятельств. В помогающих отношениях «нужно сначала понять, где находится другой, и начинать оттуда»⁷. Роджерс был убежден, что терапевтам следует дать клиентам признание и подтверждение их исходного опыта нахождения и переживания отношений;
- на том, как внутренние и внешние реальности определяют друг друга. Эмоциям уделяется особое внимание, поскольку они ориентируют людей в их мире и говорят людям об их потребностях и страхах;
- эмоциях как средстве коммуникации, определяющим отношения. Эмоции связывают Я и систему, «танцующего и сам танец». Эмоционально-фокусированные терапевты, и специалисты в области теории привязанности уделяют особое внимание тому, как процессы построения, поддержания и изменения идентичности, с одной стороны, и паттерны взаимодействия, с другой, взаимообуславливают друг друга (Mikulincer, 1995);

⁷ Высказывание датского философа-экзистенциалиста Серена Кьеркегора (Прим. науч. ред.).

- культивировании и усилении нового корректирующего эмоционального опыта в непосредственном «здесь-и-сейчас» терапевтической сессии. Терапевты, работающие в основанных на переживании подходах, рассматривают такой опыт как основной источник значимых и устойчивых изменений.

ЭФТ является системным подходом, поскольку акцентирует внимание на:

- высокой значимости контекста. Поведение каждого партнера рассматривается в контексте поведения другого и как реакция на него. Каждый партнер в какой-то степени вызывает реакции другого, зачастую не осознавая, как это происходит. В типичном случае нарушенных отношений отстранение и неотзывчивость провоцируют критику и чрезмерную требовательность, и наоборот;
- структуре и процессе взаимодействия, то есть на том, как организованы взаимодействия и как поддерживаются паттерны. Такие параметры отношений, как близость-дистанция и доминирование-подчинение прослеживаются и делаются явными;
- ригидных негативных циклах взаимодействия, которые создают находящиеся в дистрессе пары, рассматриваемых как самоподдерживающиеся и считающихся основным фактором в ухудшении отношений;
- круговой, а не линейной причинности, которая в первую очередь принимается в расчет. Таким образом, внимание направляется на паттерны и на интерактивные последовательности, и на то, как элементы паттернов взаимодействия взаимно определяют друг друга, например – «я отстраняюсь, потому что ты ноешь, а ты ноешь, потому что я отстраняюсь».

ЭФТ является синтезом подходов, основанных на переживании, и системных подходов, объединяя внутриличностное и межличностное. Эмоционально-фокусированный терапевт помогает партнерам переработать их эмоциональные переживания и использует экспрессию эмоций как средство, позволяющее сдвинуть партнеров с привычных позиций во взаимодействии. Также эмоционально-фокусированный терапевт выступает в роли постановщика новых взаимодействий, пробуждающих у партнеров новые эмоциональные реакции. Как говорилось ранее, новый эмоциональный опыт влияет на то, как пара

«танцует», и новый «танец» влияет на то, как организуются эмоциональные переживания каждого из партнеров. Само слово *эмоция* происходит от латинского глагола «*movere*», означающего «двигать». По-новому организованные эмоции помогают партнерам сдвинуться к новым позициям в танце их отношений, а новые позиции создают благоприятные условия для надежной привязанности.

Как выглядит ЭФТ?

ЭФТ рассчитана на 8–20 сессий с парой. Предпосылкой для успеха терапии является позитивный терапевтический альянс с каждым из партнеров. В том формате, который здесь представлен, ЭФТ не используется для работы с парами в период развода и с насилием в отношениях. Лучше всего она подходит супругам, которые хотят перестроить отношения и стать ближе друг другу, чему препятствуют негативные циклы в их взаимодействии, чаще всего «обвинение-отстранение». Данная форма терапии применима не только при супружеском дистрессе. Например, ее регулярно используют в условиях клиники, где у обращающихся за помощью пар имеются, как правило, многочисленные проблемы, включая симптомы посттравматического расстройства и клинической депрессии. Кроме того, краткая форма ЭФТ применяется в неклинических случаях – с супругами, жалующимися на недостаток близости, а также когда один из партнеров пережил сильное потрясение, например угрожающее жизни заболевание, которое требует изменений в отношениях между партнерами. ЭФТ регулярно используют при работе с однополыми парами и с парами, столкнувшимися с хроническими и подрывающими силы заболеваниями (Kowal, Johnson & Lee, 2003). При наблюдении за ходом сессии можно заметить, как терапевт прослеживает и отражает эмоциональные моменты и шаги во взаимодействии. Терапевт помогает партнерам выкристаллизовать их эмоциональные переживания и управляет процессами взаимодействия, давая конкретные указания (например, «Вы можете сказать ему...?»). Терапевт помогает клиенту в развертывании его эмоциональных переживаний и в реализации новых откликов в отношениях.

В процессе терапевтических изменений можно выделить три стадии, подразделяемые на 9 шагов.

Стадия 1. Дезэскалация негативных циклов взаимодействия

Шаг 1. Создание альянса и очерчивание круга проблемных тем, в сердцевине которых лежит борьба за привязанность.

Шаг 2. Идентификация негативного цикла взаимодействия, касающегося этих тем.

Шаг 3. Обращение к непризнаваемым эмоциям, лежащим в основе занимаемых во взаимодействии позиций.

Шаг 4. Переопределение проблемы в терминах негативного цикла, лежащих в его основе эмоций и потребностей привязанности. Цикл определяется как общий враг, причина эмоциональных лишений и дистресса для обоих партнеров.

Стадия 2. Изменение позиций во взаимодействии

Шаг 5. Идентификация с ранее непризнаваемыми эмоциями, потребностями и аспектами Я в контексте привязанности и интеграция их во взаимодействие партнеров.

Шаг 6. Создание благоприятных условий для принятия переживаний партнера и его новых реакций во взаимодействии.

Шаг 7. Помощь и поддержка в выражении потребностей и желаний; создание эмоциональной вовлеченности и моментов близости между партнерами, переопределяющих их отношения привязанности.

Стадия 3. Консолидация и интеграция

Шаг 8. Помощь и поддержка в нахождении новых решений для старых проблем в отношениях.

Шаг 9. Консолидация новых позиций и новых циклов поведения привязанности.

Процесс изменений

В ходе вышеописанного процесса ЭФТ можно вычлениить три главных события, определяющих изменения:

- дезэскалация негативного цикла к концу первой стадии терапии;
- вовлечение отстраняющегося партнера на второй стадии терапии;
- смягчение обвиняющего партнера на второй стадии терапии.

Первая перемена в ходе терапии – деэскалация цикла – является изменением первого порядка; то есть то, как именно организовано взаимодействие, остается неизменным, а в чем-то меняются лишь элементы цикла. Так, например, отстраняющиеся партнеры решаются на чуть большую вовлеченность в отношения, а враждебно настроенные партнеры становятся менее реактивными и агрессивными. Партнеры могут начать сближаться (например, заниматься любовью); участие в терапии воспринимается как обнадеживающее; появляется надежда на благоприятное будущее их отношений.

Две другие перемены, о которых шла речь выше, касаются изменений второго порядка; они создают изменения в структуре отношений.

Вторая перемена происходит, когда более отстраненный партнер становится более активным и вовлеченным в отношения. Сюда входит изменение позиции во взаимоотношениях – того, что касается контроля и доступности для контакта. Отстранявшийся партнер говорит о своих потребностях и желаниях, вместо того чтобы отгораживаться или избегать супруга; на терапевтических сессиях он больше вовлекается в эмоциональное взаимодействие с другим.

Третье поворотное событие происходит, когда ранее настроенный враждебно или более активный партнер осмеливается выразить собственные потребности привязанности и показать свои слабости. При этом становится возможным взаимодействие, способное повысить уровень доверия в паре.

Для большей ясности мы описываем эти события как отдельные и независимые друг от друга. На практике они, безусловно, переплетены и взаимосвязаны. По мере того как критикующий супруг становится менее враждебным, отстраненный партнер решается на большую включенность во взаимодействие; чем больше он вовлекается, тем более открыто критикующий супруг показывает свои потребности и желания. Что позволяет менее вовлеченному партнеру стать более отзывчивым. Когда, благодаря этим поворотным событиям, взаимодействие в паре реорганизуется, становятся возможными моменты истинной близости; в этот момент оба партнера доступны и отзывчивы. Супруги тогда могут быть открытыми друг с другом, показывать свои потребности и страхи друг другу и могут по-новому ощутить свою взаимосвязанность.

Ниже мы проиллюстрируем эти поворотные события, или перемены.

Типичный процесс изменения: краткое описание

За помощью обратилась пара, в которой женщину беспокоит недостаток близости и то, что ее партнер не участвует в отношениях. Мужчина жалуется на агрессию жены и на отсутствие у нее логики, что вызывает его отстранение. Он полагает, что проблема решится, если чаще заниматься любовью. Она полагает, что проблема решится, если муж будет больше с нею разговаривать. Терапевт формирует альянс, производит диагностику отношений (см. главу 5), описывает паттерн их взаимодействия как преследование – обвинение и отстранение – задабривание/урезонивание, давая партнерам увидеть себя одновременно невольными создателями и жертвами этого цикла. Вот зарисовки эпизодов, отражающие происходящие в терапии изменения.

Деэскалация цикла

1. **Гейл (преследующая жена).** Я так злюсь. Для меня это так унижительно. Я никогда не чувствовала себя такой одинокой. Я хочу показать ему, что он не может так поступать со мной.
2. **Бен (отстраняющийся муж).** Неважно, что я делаю, мне дают понять, что во мне разочарованы. Я не говорю на этом языке и не знаю, как этому научиться. Я понимаю, что убегаю. Я прячусь. Я просто не знаю, что еще делать.
3. **Гейл (терапевту).** Я знаю, что я его отталкиваю своим нытьем, но я в такой панике (*обращается к нему*) когда я не могу до тебя достучаться!
4. **Бен.** Я, кажется, мастерски научился играть в прятки. И не думал, что ты пыталась до меня достучаться. Наверное, мы застряли в этом. Я не знаю, что делать, поэтому прячусь, а ты чувствуешь себя все более и более одинокой и выходишь из себя. И нам обоим больно, ведь так?

В их словах присутствует осознание разворачивающегося цикла, признание своей роли в цикле и шаги к артикуляции собственных переживаний, управляющих их поведением, а не только обвинение и избегание. На этой стадии супруги обычно говорят: «Я лучше узнаю, какая (какой) ты есть, на этих сессиях», или: «Я вижу, как этот “риту-

альный танец” управляет нашими отношениями, и кончается тем, что больно нам обоим».

Эмоциональное вовлечение отстраненного партнера

Бен. Я никогда не буду рубахой-парнем или душой компании, и не надо на меня в связи с этим давить. Мне нужно хотя бы немного твоего признания, когда я открываюсь. Если ты и дальше будешь оценивать меня, как учитель в школе, я буду вести себя как прежде. Мне не нужен секс все время. Иногда мне необходимо, чтобы просто меня обняли, я не хочу испытывать робость и стеснение в этой ситуации. Мне нужна твоя помощь в этом.

Говоря так, Бен отходит от защитного дистанцирования, становится более уверенным в себе, он вовлечен в отношения. Мужчина говорит о своих потребностях в близости и о самоощущении в отношениях с женой. Он более доступен и включен.

Смягчение обвиняющего партнера

1. **Гейл.** Я не уверена, что из этого что-то получится. Боюсь, что начну на тебя рассчитывать, а ты отвернешься. Я так давно не чувствовала себя с тобой в безопасности.
2. **Гейл.** Мне так хочется, чтобы ты сказал мне, что я для тебя на первом месте. Мне надо знать, что я важна для тебя, что ты хочешь быть со мной так же, как я с тобой. Мне необходимо понимать, что я тебе дорога.

Здесь женщина показывает свою уязвимость, как бы помещает себя в руки мужа. И когда он откликается эмоционально и мягко, наступают целительные моменты близости, запускающие новые циклы взаимного принятия и подтверждения.

Эта глава предназначена для формирования у читателя общего представления об ЭФТ и ее месте в супружеской терапии. Теперь давайте обратимся к философии подхода – пониманию близких отношений и природы терапевтических изменений.

ЛЮБОВЬ КАК ПРИВЯЗАННОСТЬ: ФИЛОСОФИЯ ЭФТ

«Держи меня крепко – никогда меня не отпускай»...

Любому терапевту, имеющему дело с предъявляемой проблемой, нужно ответить на три основных вопроса. То, как он на них ответит, зависит от системы координат, в которой он будет рассматривать это многогранное явление; ответы будут определять фокус и стратегию терапии. Это следующие три вопроса:

1. Что происходит в данном случае? В чем проблема? Что будет мишенью терапевтической интервенции?
2. Что в этом случае должно было бы происходить? Как все это выглядело бы в норме, в здоровом состоянии? Какова цель терапии?
3. Что паре нужно сделать, чтобы изменить проблему и двинуться в направлении более здоровых отношений? Как терапевт может способствовать такому изменению?

Терапевту нужна теория здорового функционирования – такая теория, которая описывала бы процесс возникновения проблемы, нарушающей такое функционирование, и теория терапевтического изменения. Когда в терапии нуждается супружеская пара, *клиентом являются взаимоотношения*. Терапевту, следовательно, нужна теория, которая описывала бы близкие отношения между взрослыми, описывала бы природу любви этих взрослых.

Любовные отношения взрослых с точки зрения ЭФТ

Если мы спросим у клиентов, что является основой счастливых долгих отношений, они ответят одним-единственным словом: *лю-*

бовь. Однако среди профессиональных семейных и супружеских терапевтов бытует мнение, что любви не существует. Это забытая переменная (Roberts, 1992). Традиционно терапия пар и семейная терапия занимались такими вещами, как власть, контроль, независимость и посредничество в конфликте – так что для любви и заботы не осталось места (Maskay, 1996). Предпринятая недавно попытка приложить категории теории привязанности к отношениям взрослых – революционного масштаба событие для терапии пар, поскольку благодаря этому у терапевтов, работающих с парами, впервые появилась непротиворечивая, применимая на практике и хорошо изученная теория, позволяющая понимать и влиять на взрослые отношения любви (Johnson, 2003b). Это часть более глобальной революции, заключающейся в том, что наука, наконец, начинает обращаться к «святым святым человеческих взаимоотношений» (Berscheid, 1999, p. 206).

Нет ничего лучше хорошей теории. Такая теория указывает терапевту на главные элементы сложной, многоплановой драмы, которую представляет из себя кризис в близких отношениях. Кроме того, такая теория даст терапевту язык для описания и признания законными переживаний каждого клиента. Когда удастся выявить характерные элементы отношений – в них можно начать ориентироваться и двигаться дальше; можно добраться до отдаленной цели. Теория любви не только помогает терапевту понять, что же именно не так в переживающей дистресс паре, но также позволяет наметить релевантные и значимые терапевтические цели, предпринять определенные шаги на пути к их достижению. Хорошая теория является гарантией того, что «мишень» для вмешательств выбрана верно, что интервенции затронут то, что является сутью дела.

Каковы же базовые положения теории привязанности, впервые сформулированные Джоном Боулби (1969, 1988), а затем получившие развитие и приложение к психологии взрослых социальными психологами, такими как Шейвер (Shaver & Mikulincer, 2002), и растущим числом семейных и супружеских терапевтов (Johnson & Whiffen, 2003)?

Положения теории привязанности

Десять положений теории привязанности:

1. Привязанность как врожденная движущая сила. Поиск и поддержание контакта со значимым другим – врожденная, первичная

потребность человека на протяжении жизни. Зависимость – явление, которое было патологизировано в нашей культуре, – данная природой часть человеческого существа, а не детская черта, которую можно перерастить. Привязанность и связанные с ней эмоции – это ядро, определяющая особенность близких отношений; для работающего с парой терапевта это суть дела. Такая теоретическая основа обладает достаточно высокой кросс-культурной валидностью (van Ijzendoorn & Sagi, 1999). Кроме того, она позволяет взглянуть на человека в более широкой, универсальной перспективе – перспективе эволюции человека как социального животного. Когда дует ветер, на глазах появляются слезы: страх изоляции и утраты есть в сердце каждого человека.

2. Надежная зависимость дополняет автономию. В соответствии с теорией привязанности, нет такого явления, как полная независимость от других или излишняя зависимость (Bretherton & Munholland, 1999). Бывает лишь эффективная или неэффективная зависимость. Надежная зависимость является условием для автономии и уверенности в себе. Надежная зависимость и автономия – две стороны одной медали, а не полярные противоположности. Результаты исследований говорят о том, что надежная привязанность положительно коррелирует с более связным, ясно сформулированным и позитивным представлением о себе (sense of self) (Mikulincer, 1995). Чем более надежная у нас привязанность, тем более отдельными и особенными мы можем быть. В этой модели «здоровым» считается сохранение ощущения взаимозависимости, а не достижение самостоятельности и отдельности от других.

3. Привязанность обеспечивает необходимое надежное пристанище (safe haven)¹. Контакт с фигурами привязанности – врожденный механизм выживания. Присутствие фигуры привязанности (которой обычно являются родители, дети, супруги или любимые) дает ощущение комфорта и безопасности, тогда как ощущение их недоступности переживается как дистресс. Близость с любимым успокаивает нервную систему (Schore, 1994). Это *природное лекарство от неизбежных в жизни стрессов и уязвимости*. Человеку любого возраста положительная привязанность дает *надежное пристанище*,

¹ Надежное пристанище – одна из характеристик надежной привязанности. Надежное пристанище, надежная или безопасная гавань, пристань – варианты перевода, которые далее используются как взаимозаменяемые (Прим. науч. ред.).

защищающее его от последствий стресса и неопределенности (Mikulincer, Florian & Wesler, 1993); это оптимальная среда для непрерывного развития личности.

4. Привязанность обеспечивает надежную базу. Безопасная привязанность также обеспечивает *надежную базу*, отправляясь с которой человек может исследовать мир и адаптивно реагировать на то, что его окружает. Наличие такой базы поддерживает исследование нового и обуславливает когнитивную открытость для восприятия новой информации (Mikulincer, 1997). Она придает уверенность, необходимую, чтобы идти на риск, обучаться, постоянно обновлять модель себя, других и окружающего мира, что облегчает приспособление к новым ситуациям. Надежная привязанность дает необходимые силы, чтобы сделать шаг назад и поразмышлять о себе, подвергнуть рефлексии собственное поведение и душевное состояние (Fonagy & Target, 1997). Когда в отношениях есть ощущение безопасности, индивидуумы более способны протянуть руку, оказать поддержку, преодолеть стресс и конфликты. Такие отношения оказываются более счастливыми, стабильными и удовлетворяющими. Потребность в надежной эмоциональной связи с партнером – связи, которая была бы надежной пристанью и базой, – центральная тема при дистрессе в паре и в процессе успешного восстановления отношений.

5. Связь строится из эмоциональной доступности и отзывчивости. Итак, эмоции запускают и организуют поведение привязанности. Если говорить более конкретно, то «кирпичиками», из которых строится надежная связь, являются эмоциональная доступность и отзывчивость. Фигура привязанности может присутствовать физически, но быть недоступной эмоционально. Дистресс сепарации возникает, когда фигура привязанности оценивается как недоступная. Важнейшее значение имеет именно эмоциональное вовлечение, а также вера в участие другого, если это потребуется. В логике привязанности – любая реакция (даже гнев) лучше, чем ее отсутствие. Если нет вовлеченности и эмоциональной отзывчивости, это считается как послание: «Твои сигналы не имеют значения, между нами нет связи», – исходящее от фигуры привязанности. Эмоции имеют центральное значение для привязанности; эта теория обеспечивает руководство для понимания и нормализации даже крайних эмоций, переживаемых парой в ситуации дистресса. В отношениях привязанности мы испытываем самые сильные эмоции; это те отношения, на которые эмоции

вливают больше всего. Эмоции сообщают нам и другим о том, каковы наши мотивы и потребности; они – музыка в танце привязанности (Johnson, 1996). Как предположил Боулби, «психология и психопатология эмоций... в основном оказывается психологией и психопатологией любовных уз» (1979, р. 130).

6. Страх и неопределенность активизируют потребности в привязанности. Когда человеку что-то угрожает, например травмирующие события или негативные аспекты повседневной жизни (стресс, болезнь), или существует угроза надежности самих отношений привязанности – возникает сильный аффект, и обусловленная привязанностью потребность в утешении и контакте становится преобладающей и непреодолимой. Активируется поведение привязанности, а именно поиск близости. Ощущение связи с любимыми – первичное, «встроенное» устройство эмоциональной регуляции. Привязанность к значимым другим – это наша *«главная защита от чувств беспомощности и бессмысленности»* (McFarlane & Van der Kolk, 1996). Эта теория помогает супружескому терапевту понять, как конкретное событие – флирт на вечеринке или короткий период отстранения в тот момент, когда человек был особенно нужен – может поставить отношения под угрозу и виток за витком создать засасывающую воронку дистресса.

7. Процесс дистресса сепарации предсказуем. Если поведение привязанности так и не побуждает к ответной реакции – приносящему утешение отклику со стороны фигуры привязанности, возобновлению контакта с нею, – запускается прототипический процесс гневного возмущения, цепляния, затем наступают депрессия и отчаяние и кульминация всего этого – отчуждение и обособление. Депрессия – это естественная реакция на утрату связи. Боулби считал, что гнев в близких отношениях часто оказывается попыткой возобновить контакт с недоступной фигурой привязанности, и различал гнев надежды и гнев отчаяния, причем последний ведет к чувству безысходности и неотвратимости. *В надежных отношениях реакция протеста на недоступность признается и принимается.* Эмоционально фокусированный терапевт рассматривает базовый дистресс в отношениях – разворачивающийся по схеме «требование-избегание» – как вариацию на тему сепарационного дистресса.

8. Существует конечное число небезопасных форм вовлеченности в отношения. Число способов, к которым прибегает человек,

чтобы справиться с неотзывчивостью фигуры привязанности, ограничено. Существует не так много способов справиться с отрицательным ответом на вопрос: «Могу ли я зависеть от тебя, когда нуждаюсь в тебе?». Реакции привязанности оказываются организованными в пределах двух осей – оси тревоги и оси избегания (Fraley & Waller, 1998).

Когда связь с незаменимым другим находится под угрозой, однако угроза еще не воплотилась, – система привязанности может прийти в состояние гиперактивации или лихорадочной активности. Поведение привязанности становится более заметным, выраженным и интенсивным – часто можно увидеть стремление «вцепиться», преследование, даже агрессию как способ взять любимое существо под контроль и добиться от него реакции. С этой точки зрения и критика, и обвинение, и эмоционально нагруженные претензии, присутствующие в проблемных взаимоотношениях, – это попытка справиться и совладать с болью и страхами привязанности.

Другая стратегия, к которой прибегают, чтобы справиться с отсутствием обеспечивающей безопасностью эмоциональной отзывчивости (особенно в случаях, когда надежда на отклик становится все прозрачней), – попытаться вовсе выключить систему привязанности, подавить потребности привязанности. Со стороны это выглядит как обсессивная сосредоточенность на каких-то задачах, погружение в работу, а также ограничение или избегание попыток вступить в эмоциональный контакт с фигурой привязанности – ведь это только сильно расстраивает. Эти две основные стратегии – тревожное озабоченное цепляние и отстраненное избегание – могут развиваться и стать привычным стилем в близких отношениях. Гневная критика, с точки зрения привязанности, – это чаще всего попытка что-то сделать с недоступностью другого партнера и протестная реакция на изоляцию и ощущение, что партнер тебя бросил. В избегающем отстранении можно увидеть попытку ограничить взаимодействие и регулировать собственные страхи – страх отвержения и подтверждение страха, что такой, какой я есть, я недостоин любви. Существует и третья стратегия при небезопасной привязанности – это сочетание поиска близости и испуганного избегания близости, когда ее предлагают. В литературе, посвященной детям, такую стратегию обычно называют дезорганизованной, а во взрослой – тревожно-избегающей (*fearful avoidant*) (Bartholomew & Horowitz, 1991). Такая стратегия обычно встречается в случаях хаотических и травматичных привязанностей, когда значи-

мые другие одновременно оказываются и источником страха, и способом с ним справиться (Johnson, 2002; Alexander, 1993).

Тревожная и избегающая стратегии впервые были выявлены в экспериментальных ситуациях разделения и воссоединения матери и младенца (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Некоторые младенцы были в состоянии справляться с дистрессом при разлуке, а когда мать возвращалась – явно искали у нее поддержки. Им удавалось посылать отчетливые сигналы и таким образом восстанавливать поддерживающий контакт с матерью; уверившись в том, что в случае необходимости она отзовется, они возвращались к игре и изучению пространства. Их охарактеризовали как детей с *надежной привязанностью*. Для других разлука оказывалась сильнейшим стрессом. Казалось, они были не уверены, вернется ли мать, а когда она возвращалась – или цеплялись за нее, или сердились. Их было трудно утешить; казалось, они были озабочены и полностью сосредоточены на установлении контакта с матерью, и были охарактеризованы как *тревожно привязанные*. У другой группы младенцев отмечены признаки значительного физиологического дистресса, но они выражали мало эмоций при расставании и воссоединении. Они сосредотачивались на практической деятельности и были определены как *избегающе привязанные*. Данные стили являются «самоподдерживающимися паттернами стратегий социального взаимодействия и эмоциональной регуляции» (Shaver & Clarke, 1994, p. 119). Они перекликаются с правилами выражения эмоций, выделенными Экманом и Фризенем (Ekman & Friesen, 1975), а именно, преувеличением-заменой одного чувства другим, что происходит, например, когда мы фокусируемся на гнев, а не на страхе, и преуменьшением чувств.

Недавние исследования в области взрослой привязанности расширили наши представления о стилях привязанности у взрослых. Например, взрослые с тревожной привязанностью склонны переживать разлуку с фигурой привязанности как катастрофу на грани жизни и смерти, тогда как взрослые с более надежной привязанностью более открыты к новой информации и способны пересмотреть свои убеждения, касающиеся отношений, а также более способны эффективно обращаться за поддержкой. Тревожные партнеры больше склонны к сильному гнев, тогда как избегающие переживают сильную враждебность, но приписывают неприязнь своим партнерам. Более того, избегающие партнеры склонны чувствовать враждебность в ситуациях,

когда другой партнер сигнализирует о состоянии дистресса и обращается за поддержкой. Выдвинуто предположение, что избегающие партнеры могут в целом быть достаточно социализированными, но стараются не принимать и не оказывать поддержки, когда у них или у их партнера актуализируются потребности привязанности. Люди с избегающей привязанностью также более склонны к беспорядочным сексуальным связям (Brennen & Shaver, 1995; Shaver & Mikulincer, 2002). Тревога и избегание приводят к развитию сверхбдительного отношения ко всему новому и неопределенному и к уравниванию отказа от оборонительной позиции с беспомощностью. Любой работающий с парами терапевт знает, что эти факторы оказываются предпосылкой и составной частью ограниченных и ригидных паттернов взаимодействия, а также препятствием для гибкости и открытости, необходимых для близости и связи.

Эти небезопасные, но ставшие привычными формы поведения с другими людьми не являются неизменными – в новых отношениях они могут быть модифицированы, но также легко становятся самовоспроизводящимися. Они запускают специфические поведенческие реакции, позволяющие регулировать эмоции и защитить Я от отвержения и брошенности, а также приводят в действие когнитивные схемы или рабочие модели себя и другого. В литературе по привязанности термином *стили привязанности*, обозначающим характеристику индивида, пользуются как синонимом термину *стратегии привязанности*, касающемуся особенностей поведения, более специфического для определенного контекста. Третий термин – *привычные формы вовлечения* (*habitual forms of engagement*) (Stroufe, 1996) – еще сильнее подчеркивает межличностную природу этого понятия. Эти формы вовлечения могут меняться и меняются, когда меняются отношения, и потому их лучше рассматривать как континуум, а не как нечто абсолютное (человек может быть и чувствовать себя в отношениях с другими в большей или меньшей безопасности). Литература, посвященная этим формам вовлечения в танце привязанности, помогает супружескому терапевту увидеть за конкретным содержанием и подчас драматичными обстоятельствами ключевые движения и «па» этого танца. Описания этих стратегий, или паттернов, также согласуется с описательными исследованиями супружеского дистресса – в которых выделен, например, паттерн «обвинение-преследование», за чем сле-

дует «оборона-дистанцирование», являющийся прелюдией к разрыву отношений.

Учитывая вышесказанное, неудивительно, что исследования подтверждают связь между стилем привязанности и удовлетворенностью браком. Индивидуумы, чьи супруги отличались ненадежным стилем привязанности, были менее удовлетворены в браке; пары, где обоим супругам была свойственна надежная привязанность, характеризовала большая адаптация, чем пары, где один или оба партнера имели ненадежный стиль привязанности (Feeney, 1994; Lussier, Sabourin & Turgeon, 1997). Принимая во внимание эти привычные реакции и самовоспроизводящиеся паттерны взаимодействия, легко увидеть, что теория привязанности является системной теорией (Johnson & Best, 2002), описывающей «систему, регулирующую реальность и создающую реальность, а не только являющуюся отражением реальности» (Bretherton & Mulholland, 1999, p. 98).

9. Привязанность включает рабочие модели себя и другого.

Мы определяем себя в контексте своих самых близких, самых личных взаимоотношений. Как указывалось выше, стратегии привязанности отражают наш способ переработки и обращения с эмоциями. Одни супруги склонны воспринимать происходящее как катастрофу и жаловаться, если они чувствуют себя отвергаемыми; другие замыкаются и молчат днями. Боулби выделял когнитивную составляющую в репрезентациях себя и другого, присущих тем или иным паттернам реагирования. Для безопасной привязанности характерна рабочая модель самого себя как достойного любви и заботы, как уверенного и компетентного; и исследования на самом деле показали наличие связи между надежной привязанностью и большей собственной полезностью (self-efficacy) (Mikulincer, 1995). Люди с надежной привязанностью, уверенные, что другие отзовутся, если в этом будет необходимость, имеют рабочую модель другого, согласно которой партнер представляется надежным и достойным доверия. Эти модели себя и другого, выкристаллизовавшиеся из тысяч взаимодействий, превращаются в ожидания и предубеждения, которые человек несет с собой в новые отношения. Это не одномерные когнитивные схемы; скорее, это *процедурные сценарии* (procedural scripts)² процесса образования взаимо-

² Термин из сферы искусственного интеллекта; сценарий – это последовательность действий, которые осуществляются в стереотипных ситуациях (Прим. пер.).

отношений и способов обработки информации о привязанности. Эти модели включают в себя цели, убеждения, стратегии привязанности, и все это глубоко связано с эмоциями. *Рабочие модели формируются, развиваются, поддерживаются и (что самое главное для супружеского и семейного терапевта) меняются в ходе эмоционального взаимодействия.* По мере самораскрытия клиента супружеский терапевт выявляет его рабочие модели себя и другого, которые, естественно, проявляются в сильно заряженных отношениях с любимыми. Например, стоит копнуть чуть глубже, изучая гневный протест переживающих дистресс партнеров, – и за ним часто обнаруживаются страхи, связанные собственной ценностью и любовью.

10. Изоляция и утрата являются по своей сути травмирующими. И, наконец, важно понимать, что теория привязанности является, по существу, теорией травмы. Боулби начинал свою карьеру как специалист в области здравоохранения, изучая влияние изоляции и разлуки с матерью на детей. Теория привязанности описывает и объясняет травму депривации, утраты, отвержения и оставленности теми, в ком мы больше всего нуждаемся, и то огромное влияние, которое она оказывает на нас. Боулби рассматривал эти травматические стрессоры и вытекающую из них изоляцию как нечто, в огромной степени влияющее на формирование личности и на способность человека справляться с другими стрессами в жизни. Он был уверен, что наличие у человека уверенности в любимом, знания, что тот будет рядом, если понадобится, «делает его намного менее склонным к острому или хроническому страху в сравнении с человеком, у которого такой уверенности нет» (1973, р. 406). Супружеским и семейным терапевтам хорошо известно, что такое стресс депривации и разлуки. Вокруг него разворачивается действие «типичного» дистресса в отношениях. Ведь клиенты на самом деле описывают свои переживания как травматические, так, будто это вопрос жизни и смерти. Как и теория травмы, теория привязанности помогает нам, в частности, оценить тяжесть эмоциональных ударов, таких как отвержение или ощущение оставленности любимыми. Находящиеся в состоянии дистресса партнеры, которым приходится переживать болезненную беспомощность, вызванную изоляцией и утратой, склонны занимать позицию обороны, бегства или замирания – характерные реакции в ситуации травматического стресса. Восприятие происходящего с точки зрения травмы, с фокусом на том, какой силой воздействия может обладать

беспомощность и страх, помогает супружескому терапевту настроиться на реальность страдающих партнеров и конструктивно взаимодействовать с этой реальностью.

Заметки о привязанности взрослых

Из-за свойственной нашей культуре сосредоточенности на индивидуальности и высокой ценности самодостаточности некоторым клиницистам и некоторым парам трудно думать о взрослых взаимоотношениях в терминах привязанности. Джон Боулби всегда был уверен, что привязанность – это роман длиной в жизнь, поэтому, пожалуй, стоило бы остановиться и специально перечислить основные сходства в характерных чертах привязанности, существующих между матерью и младенцем и между любящими друг друга взрослыми (в адаптированном виде приводится по: Shaver, Hazan & Bradshaw, 1988).

В обоих типах взаимоотношений существует глубокое желание внимания, эмоциональная отзывчивость и взаимный интерес. И ребенок, и находящийся в любовных отношениях взрослый чувствует себя более уверенно и безопасно, и, следовательно, больше уверен в способности справиться со стрессорами, когда есть ощущение, что любимый находится в зоне досягаемости. И в детско-родительских, и во взрослых отношениях люди чувствуют себя более счастливыми и расслабленными, у них более высокий порог дистресса, они легче переносят состояние неопределенности или неприятные эпизоды в отношениях, если партнер при этом воспринимается как человек, в целом доступный и отзывчивый. Когда фигура привязанности держится дистантно или отвергающе, как дети, так и влюбленные взрослые испытывают тревогу, озабоченность и не могут сконцентрироваться или исследовать свое окружение. Оба типа отношений характеризуются поиском контакта и большим количеством физических контактов – люди поглаживают друг друга, целуют, обнимаются и держатся за руки. Когда страшно, больно или плохо, и взрослым, и детям особенно хочется, чтобы любимый их поддержал и утешил. В любом возрасте разлука и утрата фигуры привязанности приводит к состоянию дистресса, в любом возрасте есть страх этой потери. Воссоединение вызывает радость и дает ощущение комфорта, что выражается в движении навстречу, приветствии; это особенно заметно, если были сомнения в том, что воссоединение состоится. И в детско-родительских,

и во взрослых отношениях люди делятся переживаниями и обмениваются подарками; и там, и там ценится доверие; в обоих типах отношений люди думают о том, как бы его любимый воспринял то или иное событие, как бы ему что-то понравилось или не понравилось. Это единственные отношения, для которых характерен продолжительный визуальный контакт – разглядывание и любование чертами внешности любимого, желание рассматривать его. Важна невербальная коммуникация: как влюбленные, так и детско-родительские пары «воркуют» друг с другом.

Фигура привязанности может быть не одна, но как у ребенка, так и у взрослого обычно есть одна ключевая, первичная фигура, олицетворяющая собой безопасное прибежище и надежную базу. Бедствия и неблагоприятные обстоятельства усиливают у человека потребность в другом, его поведение привязанности становится более выраженным, и неважно, сколько ему лет. Эмпатическая настройка является одной из составляющих и влюбленности, и игры с ребенком, поэтому, когда отношения привязанности складываются не совсем хорошо, – и тут, и там есть обостренная чувствительность к отсутствию взаимности и неодобрению. И влюбленные, и детско-родительские пары получают огромное удовольствие от внимания, одобрения и реакций заботы со стороны другого.

Напротив (и это верно для любого возраста), нарушение отношений оказывается серьезным стрессом и усиливает подверженность физическим и психологическим проблемам и болезням. От колыбели и до могилы каждому человеку нужен кто-то, кто будет заботиться, замечать, ценить, облегчать боль, подбадривать в жизненных неурядицах и держать за руку в темноте.

Принимая все это во внимание, важно также отметить, что взрослая привязанность отличается от детско-родительской по трем важным характеристикам:

1. Любовные отношения взрослых в большей степени опираются на репрезентации друг друга. У взрослых лучше получается быть мысленно рядом с любимыми (то есть иметь в своем сознании репрезентацию любимого); к этому образу они могут прибегнуть для утешения и поддержки. Чем ребенок меньше, тем больше он нуждается в осязаемом присутствии и физическом контакте.

2. Отношения взрослых более сексуально окрашены. Сексуальность можно рассматривать как поведение, мотивированное привязанностью, не в меньшей степени, чем удовольствием от оргазма или инстинктом размножения. Теоретики привязанности указывают на особую роль окситоцина, называемого «гормоном объятий» – выброс этого гормона происходит как при кормлении грудью, так и при оргазме. В этом контексте интересно отметить, что проститутки, для которых секс является рациональной сделкой, обычно избегают поцелуев, объятий и контакта лицом к лицу со своими клиентами.
3. Взрослые отношения по своей сути двусторонни и взаимны. В детско-родительских отношениях предполагается, что родитель возьмет на себя инициативу и создаст условия для отношений привязанности с ребенком. Взрослые ожидают, что процесс будет обоюдным.

Возможно и то, что взрослой связи нужно больше времени на то, чтобы перерасти из стимулирующей обстановки дружбы в эмоциональные узы любви. Некоторые теоретики говорят о сроке в два года, после которого можно говорить об отношениях как об обладающих характеристиками привязанности (Hazan & Zeifman, 1999). Также они подчеркивают: если речь идет об отношениях первостепенной важности – *более чем адаптивной можно считать реакцию тревоги и протеста даже на временную «утрату» фигуры привязанности, являющейся центральным источником эмоциональной и /или физической безопасности* (и это верно как для детей, так и для взрослых). Эти тревога и протест приносятся в кабинет супружеского терапевта под названием «трудности в общении» или «недостаток близости».

Учитывая вышесказанное, полезно заметить, что наиболее распространенная модель супружеского дистресса и развода (модель, согласно которой негативные эмоции, конфликт и негативные взаимодействия приводят к недостатку положительных чувств – любви, доверия и нежности), по-видимому, неверна (Roberts & Greenberg, 2002; Huston et al., 2001). Альтернативная модель, согласующаяся с положениями теории привязанности, предполагает, что как раз недостаток открытости и отзывчивости во взаимодействиях запускает процесс дистресса в отношениях. Личные потребности в привязанности оказываются неудовлетворенными, и именно эта депривация

и дистанция приводят к конфликту и дистрессу. Когда в отношениях восстанавливается отзывчивость на сигналы привязанности и связь становится более надежной, пары могут разрешить годами длившиеся споры, а в будущем – спорить и обсуждать свои разногласия так, чтобы это не угрожало отношениям.

Привязанность как интегративная точка зрения

Область супружеской терапии постепенно становится более интегративной, а теория привязанности обеспечивает интегративный взгляд на явления. Теория привязанности – это системная теория, так как она фокусируется на поведении в контексте и на паттернах коммуникации (Kobak & Duemmler, 1994; Erdman & Caffery, 2002). Эта теория также имеет эволюционную перспективу, постулируя существование «вшитой» системы управления (*wired-in control system*), призванной обеспечивать и заботу и близость между главными заботящимися лицами и детьми, а также партнерами, которым нужно скооперироваться, чтобы растить их детей. Также ее можно рассматривать как психодинамическую теорию индивида, фокусирующуюся на регуляции аффекта и способах восприятия других (Holmes, 1996). Некоторые теоретики привязанности рассматривают привязанность как внутреннее состояние психики, другие, наряду с супружескими и семейными терапевтами, рассматривают привязанность и стили привязанности с транзакционной точки зрения – то есть как нечто, что постоянно создается и воссоздается во взаимодействии с любимыми. У индивидуумов может быть несколько качественно различных отношений с разными заботящимися о них лицами, а стили привязанности могут меняться и меняются по мере того, как люди учатся и растут в отношениях с другими (Davilla, Karney & Bradbury, 1999). Привязанность, таким образом, интегрирует Я и систему, что и происходит в практике супружеской и семейной терапии. Современные версии теории привязанности также охватывают такие формы поведения, как поиск заботы, осуществление заботы и сексуальное поведение (Fee-ney, 1999).

Теория привязанности, со свойственным ей вниманием к эмоциям и признанием потребности в зависимости, очень созвучна и легко интегрируется с феминистскими взглядами, которые высказывали, в частности, такие авторы, как Бейкер Миллер и Пирс Стивер (Baker

Miller & Pierce Stiver, 1997) и Фишбейн (Fishbane, 2001). Теоретики привязанности сходятся во мнениях со сторонниками феминизма относительно значимости близких отношений и опасности патологизации нашей потребности в связи с другими (Vatcher & Vogo, 2001). Модели здоровых отношений в теории привязанности и в феминизме согласуются друг с другом. Все они считают, что в таких отношениях должно быть «обоюдное равноправие, взаимность, близость и взаимозависимость» (Haddock, Schindler, Zimmerman & MacPhee, 2000). Но самое главное – привязанность является клинической теорией, снимающей с любовных отношений налет тайны и демонстрирующей нам сюжет, лежащий в основании разворачивающегося дистресса таким образом, что мы можем эффективно переориентировать его.

Теория и исследования привязанности образуют интегративное целое в том, что касается обращения партнеров по отношению с эмоциями, переработке и организации информации о себе и других, коммуникации с близкими. Такой взгляд помогает супружескому терапевту понять, например, эмоциональную реактивность партнеров с тревожной привязанностью и стремление избегающих партнеров устраниться из эмоционального взаимодействия как раз в тот момент, когда другой ощущает себя уязвимым и нуждается в участии (Simpson, Rholes & Nelligan, 1992). Ощущаемая благодаря привязанности безопасность способствует большей открытости к новой информации, способности признавать альтернативную точку зрения, что помогает партнерам сотрудничать и вместе решать проблемы. Знание этого поощряет супружеского терапевта создавать эмоциональную безопасность и надежность привязанности, прежде чем приступить к поиску прагматического решения проблем или формированию навыков. Когда партнеры становятся способными мириться с некоторым уровнем неопределенности, они также оказываются готовными выйти за пределы замкнутого цикла во взаимодействиях, таких как «требование-избегание», и занять метапозицию в общении. Надежность привязанности благоприятствует открытости, непротиворечивости и компетентности в коммуникации. Как замечает в своей книге по эмоциональному интеллекту Гоулман, «надстройка на других требует чуточки спокойствия внутри себя» (1995, р. 112). Согласно результатам исследований, безопасность привязанности связана с некоторыми типами поведения, представляющими особый интерес для

супружеских терапевтов. Так, надежная привязанность положительно коррелирует со сбалансированной уверенностью в себе и с отсутствием вербальной агрессии. От надежных партнеров исходит больше поддержки, они реже прибегают к отвержению. Более подробно это описывается в отдельной публикации (Johnson, 2002).

И наконец отметим также, что в последнее время наблюдается сближение теории, исследований и практики в области супружеской терапии, и определенный вклад в это сближение вносит теория привязанности. Данные о природе дистресса в отношениях пары свидетельствуют о разрушительной мощи циклов «требование-избегание» и необходимости приносящего утешение, поддерживающего эмоционального участия (Gottman, Coan, Carrere & Swanson, 1998). Природа любви взрослых – в том виде, в каком она предстает в теории и результатах исследований привязанности, а также исследования результативности и процесса изменений в терапевтических модальностях типа эмоционально-фокусированной терапии – *все это говорит об одном и том же*. ЭФТ интегрирует фокус на эмоциях и специфических паттернах взаимодействия и выдвигает положение о том, что основным делом супружеской терапии должно быть обеспечение надежности уз привязанности.

Изменения в привязанности

Изменениями в привязанности можно считать изменения в поведенческих реакциях – например, человек становится более открытым и эмпатичным; в регуляции эмоций; в специфических для отношений, генерализованных представлениях о себе и другом; и в том, как организуется и обрабатывается информация в отношениях привязанности. Изменения могут происходить на разных уровнях, но в целом задача супружеского терапевта – создать условия для возникновения новых реакций привязанности, таких, которые преобразовали бы существующую между супругами связь в надежную привязанность.

В своих работах Боулби уделял внимание инсайту, то есть тому, как терапевт может помочь клиенту понять самого себя и таким образом изменить его негативные модели привязанности. Однако современные ориентированные на привязанность терапевты фокусируются в большей степени на опыте новых эмоциональных переживаний в

отношениях привязанности клиента, актуальных для него в настоящий момент, в качестве основного пути к его изменениям реакций и моделей привязанности. Эти новые эмоциональные переживания могут оказаться убедительнее, чем прежние страхи и предубеждения (Collins & Read, 1994), и обеспечивают развитие и расширение моделей привязанности, благодаря чему выстраивается и интегрируется новое поведение (Johnson & Whiffen, 1999).

С системной точки зрения полезно рассуждать об изменениях привязанности в терминах ограниченности и гибкости. Здоровье в системных подходах понимается как гибкость и способность адаптировать внутренние модели мира и поведенческие реакции к новым контекстам. Боулби подчеркивал, что полезные рабочие модели привязанности должны быть открытыми для пересмотра и проверки на актуальность (1969) и что ограниченная или защитная переработка актуальных переживаний может препятствовать этому процессу. В фокусе ориентированного на привязанность терапевта будет расширение диапазона поведения привязанности у клиента, а также то, как он понимает привычные и новые переживания привязанности и как он с ними обращается. Таким образом, изменения происходят в сердце, в голове и в определенных видах взаимодействий. Чтобы тревожная привязанность между супругами превратилась в более надежную, они должны увидеть собственную склонность к постоянной настороженности и то, как легко они разочаровываются. Еще супругам будут нужны новые переживания – получить опыт, когда любимого можно попросить о безопасном контакте, и прочувствовать его. Многие модели семейной и супружеской терапии уделяли особое внимание или поведению, или паттернам взаимодействия, или внутренней реальности. Изменения, в логике теории привязанности, требуют интеграции всех этих областей. Как теория привязанности, так и системная теория используют принцип круговой причинности, объясняющий возникновение и сохранение паттернов взаимодействия. Однако теория привязанности также предполагает, что специфические типы тревоги и способы регуляции этой тревоги являются ключевыми для организации принципиально важных реакций в близких отношениях (Johnson & Best, 2003). Реалии привязанности создаются тем, как партнеры «танцуют» друг с другом, как они понимают этот танец и внутренне настраиваются на него.

Значение теории привязанности для супружеской терапии

Теория привязанности дает ответы на наиболее фундаментальные вопросы, касающиеся человеческих взаимоотношений. Как получается, что мы становимся пленниками неэффективных стратегий, лишаящих нас желанной любви супругов и родных? Почему дистанцирование, как правило, не помогает погасить конфликт с фигурой привязанности? Почему определенные события влияют на отношения сильнее, чем другие? И главный вопрос супружеских терапевтов – на чем в первую очередь сфокусировать свои усилия для восстановления и укрепления драгоценных уз любви?

Теория привязанности, и в особенности ее последние формулировки и находки в области привязанности взрослых, предлагает супружескому терапевту способ увидеть характер взаимоотношений пары и направить взаимодействие супругов в определенное русло. Теория привязанности дает супружескому терапевту следующее:

- ясную концептуализацию здоровья близких отношений и главные признаки, по которым можно отличить здоровое состояние от дисфункционального. Из этого естественным образом вытекают определенные цели терапии и конечный пункт назначения в путешествии терапевта с каждой конкретной парой. Основная цель эффективной супружеской терапии должна быть связана с обращением к заботам и тревогам, связанным с отношениями привязанности, увеличением ощущения безопасности привязанности и содействием в создании надежной связи. Задача эмоционально-фокусированного терапевта – срежиссировать прототипические моменты близости, связи, создающие доверие и надежную привязанность. В этих эпизодах специально создается взаимная доступность и отзывчивость – те кирпичики, из которых складывается надежная связь. Я уверена, что именно эти изменяющие события защищают пары, проходящие ЭТФ, от рецидивов, которые часто имеют место в иных моделях супружеской терапии;
- ясно сформулированное депатологизирующее описание того, что составляет сущность дистресса, которое предлагает терапевту язык для описания травм и дилемм клиентов, и тем самым делает терапевтическую сессию «надежной гаванью»

и благоприятно влияет на обучение новым способам реагирования. Этот подход также предлагает эффективный вариант переформулирования реакций партнера в неблагоприятных отношениях – более способствующего сочувствию и контакту, чем недоверию и отчуждению;

- это способ ухватить, акцентировать и тем самым преобразовать ключевые элементы драмы взаимоотношений: связанные с привязанностью эмоции, страхи и устремления, а также паттерны взаимодействия, которые поддерживают дистресс сепарации. Забота терапевта – помочь супругам ясно выразить то, что делает привязанность небезопасной и более конструктивно справляться с депривацией, утратой доверия и связи. Каждый супружеский терапевт переживал это и знает, сколько нужно усилий, чтобы сохранять фокус при работе с отношениями в дистрессе, несмотря на хаос, драматизм и обилие частностей;
- новый способ понять и тем самым эффективно справляться с тупиками и ранами в отношениях. В главе 12 подробно обсуждается ориентированный на теорию привязанности подход ЭФТ к прощению и примирению.

Много лет назад Линн Хоффман (Hoffman, 1981) писала, что супружеская и семейная терапия располагает множеством идей о том, как добиваться изменений, но нет четкого представления о том, что надо менять. Она говорила, что «...семейная терапия лучше знает, как изменить, чем что менять. Описания конечного результата, который должен получить семейный терапевт, откровенно слабы. Клиницисты знают, что там, в кустах кто-то шуршит, но никто толком не занялся поисками и не объяснил, кто же это». Эта ситуация изменилась с появлением Джона Боулби и теоретиков взрослой привязанности. Как только нам удастся понять, что за драма разворачивается при дистрессе в отношениях, нам становится нужна теория изменения – подход к тому, на что направляется вмешательство. Следующая глава посвящена интеграции гуманистического, ориентированного на переживание и системного подходов к терапии, как это делается в ЭФТ.

ТЕОРИЯ ИЗМЕНЕНИЙ ЭФТ: ВНУТРИ И МЕЖДУ

Эмоционально-фокусирующая терапия является синтезом основанного на переживании и системного подходов к терапии. В ЭФТ считается, что дистресс в супружеских отношениях поддерживается теми способами, которыми люди организуют и перерабатывают свой эмоциональный опыт, а также сложившимися в паре паттернами взаимодействия. Эти паттерны начинают жить собственной жизнью, и сами себя воспроизводят и подкрепляют. Пары в дистрессе погружены в состояние автоматического эмоционального реагирования и в соответствующую последовательность ригидных интеракций – и то, и другое сужает пространство возможных взаимодействий и переживаний. Эмоциональная «музыка», под которую «танцуют» партнеры, и характер исполняемого ими «танца» взаимно подкрепляются в воспроизводящихся циклах обид и отчаяния. Такое суженное, поглощающее состояние – где все приводит к этому состоянию и поддерживает его, и нет ничего, что вывело бы из него, – делает эмоциональную доступность и отзывчивость в паре практически невозможными. Исследования показали, что пары, находящиеся в состоянии дистресса, отличаются ригидной структурой паттернов взаимодействия и интенсивным негативным аффектом.

Что нам говорят два терапевтических подхода – основанный на переживании и системный – о возможностях помощи паре в преопределении их взаимоотношений? Гуманистические, основанные на переживании, подходы фокусируются на переработке, детальном исследовании и раскрытии эмоционального опыта, а системные – на изменении паттернов взаимодействия.

Изменение внутреннего опыта с точки зрения гуманистических подходов

ЭФТ по сути является гуманистическим подходом к терапии (Johnson & Boisvert, 2002). Гуманистические подходы всегда признавали значение эмоций, видели в них важную составляющую процесса изменений и фокусировались на них более систематично, чем другие терапевтические модели и подходы. Каковы главные положения гуманистических, основанных на переживании подходов, существенных для практики ЭФТ?

- 1. Фокусирование на процессе.** Человек постоянно перерабатывает и конструирует свои переживания, символизируя и создавая новые смысловые конструкции (Cain, 2002). Именно клиент, а не терапевт является экспертом в области своего эмоционального опыта. Задача терапевта – помочь каждому клиенту более подробно изучить, прочувствовать и расширить осознание этих переживаний здесь-и-сейчас, на сессии; интегрировать те стороны переживаний, которые ранее не осознавались, и создать новые смыслы. Фокусом терапии является, таким образом, *актуальный процесс*. С этой точки зрения важно то, *как* перерабатывается происходящее, а не просто содержание события или переживание само по себе. Терапевт является консультантом по процессу. Таким образом, терапия – это процесс исследования, осуществляемый *совместно* терапевтом и клиентом. Как говорил Роджерс (1961), терапия – это процесс, в котором терапевт может «получать удовольствие от обнаружения порядка в переживаниях» (р. 24). То, как переживания упорядочены, уникально для каждого человека. Основанный на переживании подход с уважением относится к индивидуальным различиям и видит в каждом человеке и в любых отношениях уникальную культуру, с которой терапевту предстоит познакомиться. Позиция терапевта в данном подходе – это «информированное не-знание» (Shapiro, 1996), что хорошо согласуется с ориентацией на многообразие в области супружеской и семейной терапии.
- 2. Фокусирование на необходимости безопасного, сотрудничающего терапевтического альянса.** Гуманистические

терапевты считают, что люди – это в первую очередь социальные существа, которым необходимо ощущение причастности к другим людям и ощущение собственной ценности в их глазах; поэтому понять человека лучше всего можно в контексте его отношений с другими (Cain, 2002). Неудивительно, что принятие и эмпатия со стороны терапевта были признаны ключевыми факторами, способствующими переработке переживаний, конструированию новых смыслов и нового ощущения своей активности. Принятие терапевтом, или, как это называл Роджерс, его «безусловное позитивное отношение» (1951) к каждому клиенту, позволяет им по-новому встретиться лицом к лицу со своими переживаниями. Роджерс предположил, что эмпатическое отражение переживаний человека на самом деле является не отражением, а «обнаружением», которое в более полной мере упорядочивает и структурирует переживания клиента таким образом, что он может встретиться и справиться с «пугающими внутренними чувствами и конфликтами» (Rogers, 1961, p. 34). Как и в постмодернистских подходах (Anderson, 1977), терапевт стремится к эгалитарности, искренности и прозрачности в отношениях с клиентом, благодаря чему кабинет терапевта становится для клиента «безопасной гаванью». В этом безопасном пространстве люди начинают видеть, какие выборы они делают в отношениях, например замолчать или заставить другого умолкнуть, и начинают брать на себя ответственность за последствия того или иного выбора для себя и для своего партнера. В супружеской терапии создание безопасности требует особых усилий, которые осознанно прилагаются к тому, чтобы нормализовать переживания каждого из партнеров без отвержения или игнорирования центральных составляющих переживаний другого партнера. В супружеской терапии конечной целью является создание безопасных отношений принятия между партнерами.

3. **Фокусирование на здоровье.** Человеческие существа естественным образом стремятся к росту и развитию и в целом обладают здоровыми потребностями и устремлениями. Проблемы возникают в связи с ограничением, отрицанием или непризнанием этих потребностей и устремлений. Такое ви-

дение проблем (обусловленных негибкостью, сужением или «застреванием» в переработке переживаний) согласуется с более глобальной, межличностной системной точкой зрения, которая фокусируется на проблематичном характере слишком ограниченных паттернов во взаимодействии. В данной модели, как и в системных подходах, признаком здоровья считается открытость для переживаний и гибкость в реакциях, что открывает путь к освоению нового опыта и адаптации к новым условиям. Основанный на переживании подход является по своей сути непатологизирующим. В нем делается акцент на росте и развитии, происходящем посредством усвоения нового опыта и на приобретении новых способов переработки своих переживаний, а не на коррекции внутренних дефектов или недостатков. Этот подход предполагает, что в чрезвычайных обстоятельствах, в условиях ограниченного выбора, люди часто прибегают к таким способам совладания, которые впоследствии начинают их ограничивать и препятствовать построению позитивных взаимоотношений и стиля жизни. Все способы реагирования могут быть адаптивными (Bowlby, 1969) при условии, что возможно их изменение при изменении жизненных обстоятельств.

- 4. Фокусирование на эмоциях.** Эмоции в данном подходе ставятся на первое место, как и в теории привязанности; считается, что эмоции в основном адаптивны. Боулби и теоретики эмоций (Frijda, 1986) подчеркивали, что эмоции сообщают нам и другим людям о наших желаниях и потребностях и предшествуют важным поступкам, в особенности – реакциям во взаимоотношениях. Точнее говоря, согласно недавним предположениям, сделанным в рамках основанного на переживании подхода, эмоциональные схемы, или *конструкции*, формируются в определенных ситуациях в зависимости от фрустрации или удовлетворения потребностей или попыток достичь цели. Затем эти эмоциональные схемы направляют человека, позволяя различать и классифицировать переживания; в соответствии с ними организуются ожидания и реакции (Greenberg, Rice & Elliot, 1993). Эмоциональные схемы помогают нам предвидеть, интерпретировать, реагировать и управлять своими переживаниями. Эмоции не хранятся, а ре-

конструируются посредством оценки актуальной ситуации, которая запускает схему, представляющую собой упорядоченный набор ответных реакций. В терапии происходит активация эмоциональных схем, что делает их доступными для исследования и развития; благодаря новым переживаниям они могут быть модифицированы. Происходит контакт с эмоциями, их развитие и реструктуризация. Кроме того, посредством эмоций трансформируются способы конструирования опыта и реагирования на других. Это и цель, и средство изменений.

5. **Фокусирование на коррегирующем эмоциональном опыте.** Изменения происходят в настоящем, в результате подробной переработки переживаний и возникновения нового, и мощного, корректирующего эмоционального опыта. Изменения, таким образом, связаны, в первую очередь не с инсайтом, не с «вентиляцией» эмоций или приобретением новых навыков. Изменения происходят благодаря формированию и выражению новых эмоциональных переживаний, способных преобразовать то, как человек структурирует ключевые переживания, воспринимает себя и взаимодействует с другими. Все более признанным и экспериментально обоснованным становится тот факт, что сила эмоций и глубина переживаний в терапии прогнозируют положительный эффект терапии, причем не только в основанных на переживании, но и в когнитивно-поведенческих подходах (Greenberg, Korman & Paivio, 2002).

Супружеский терапевт, использующий основанный на переживании подход, будет, таким образом:

- держать в фокусе внимания и отражать эмоциональные переживания каждого партнера;
- подтверждать и принимать эти переживания, а не пытаться их игнорировать или заменить другими;
- подстраиваться и эмпатически исследовать переживания, фокусируясь на том, что в данный момент является самым живым и заметным, на физическом ощущении того, «что-еще-не-сформулировано», но уже проявляется во время специфических интеракций;
- раскрывать переживания клиента с помощью вопросов. Обычно это ориентированные на процесс вопросы *что?* и *как?*, а также посредством эмпатических предположений.

- направлять и вовлекать клиентов в выполнение терапевтических задач, которые создают новые способы переработки переживаний – например, чтобы клиенты обращали внимание на новые элементы проблемных реакций (на триггер, запускающий реакцию, а не на реакцию как таковую); расширять и углублять внимание к этому до тех пор, пока не проявятся новые грани и переживание не будет полностью реорганизовано. Например, в индивидуальной, основанной на переживании терапии такой задачей может быть предложение клиенту провести воображаемую беседу с ключевой фигурой привязанности, которая повлияла на формирование его образа себя, и прислушиваться в это время к своим эмоциональным реакциям. В следующей главе мы будем обсуждать задачи терапии, в которой подробнее остановимся на работе с эмоциями.

Эти направленные на переживание вмешательства изначально были разработаны для использования в индивидуальной терапии. В супружеской терапии бывают моменты, когда партнер наблюдает, как терапевт помогает другому супругу перерабатывать переживания. Но первый партнер при этом присутствует и вовлечен в происходящее, так что интеракции на сессии могут повлиять и на его переживания. Однако нельзя сказать, что терапевт занимается индивидуальной терапией одного супруга в присутствии другого. Целью *исследования интрапсихического опыта* является создание подходящей обстановки для нового контакта между партнерами как на сессии, так и дома. В соответствии с этой целью терапевт выбирает, на каких переживаниях он будет фокусироваться и какие вмешательства применять. В терапии пар должен соблюдаться баланс между интрапсихическим опытом каждого партнера, нормализацией различий в переживаниях партнеров и побуждением партнеров к взаимодействию. Терапевт также должен осознавать, что партнеры являются свидетелями его вмешательств и реагируют на них, и с особой бдительностью относиться к тому, что именно другой слышит в комментариях терапевта. Так, например, терапевт должен быть уверен, что, поддерживая одного партнера, он не обесценивает переживания другого.

Если мы ответим на вопросы, поставленные в начале этой главы, в рамках гуманистического, основанного на переживании подхода, мы получим следующие ответы. Проблемы возникают или поддерживаются, когда партнеры организуют или перерабатывают свои

переживания слишком ограничено; тогда осознание лимитировано, а поведенческие реакции негибки. Цель терапии – помочь клиентам развить их способность к переработке и символизации переживаний так, чтобы клиенты смогли войти в контакт со своими потребностями и жизненными целями и реагировать на окружающий мир (включая партнера) по-новому. С этой точки зрения осознание эмоций принципиально важно для здорового функционирования, поскольку именно эмоциональные реакции ориентируют человека в пространстве его потребностей и желаний и направляют его усилия к удовлетворению этих потребностей. Процесс изменений заключается в более интенсивном погружении в собственные переживания и создании нового опыта и новых смыслов, предшествующих адаптивным действиям.

Системная теория: изменение паттернов взаимодействия

Каковы основные положения теории систем (Bertalanffy, 1956), имеющих отношение к практике ЭФТ?

Во-первых, поскольку существует несколько системных направлений, лучше определиться с понятиями и словоупотреблением. *Системной теорией* здесь называется структурный системный подход, примером которого может служить работа Минухина и Фишмана (1981). Системная теория фокусируется на непосредственно наблюдаемых интеракциях и способности этих интеракций направлять и ограничивать индивидуальное поведение. Особенность системной семейной терапии заключается в том, что терапевт старается прервать повторяющийся цикл взаимодействия, частью которого является проблемное или симптоматическое поведение.

1. Системная теория предлагает нам посмотреть на конкретную ситуацию как на единое целое, увидеть, как взаимодействуют элементы в данном контексте, а не рассматривать один или два элемента в изоляции. В фокусе работы оказываются паттерны и поведенческие последовательности. Части могут быть поняты только в контексте целого, то есть поведение одного партнера может быть понято только в контексте поведения другого партнера. В центре внимания – паттерны и интерактивные циклы.

2. Элементы системы находятся друг с другом в определенных упорядоченных отношениях; они взаимодействуют предсказуемым и организованным образом. Следствием такой организации является стабильность и согласованность системы (Dell, 1982). Чтобы достичь изменений, системный терапевт будет фокусироваться на том, как элементы системы соотносятся друг с другом, на том, как организована система, а не на самих элементах. Изменения в природе элементов (например, если партнер становится менее враждебным) называются изменениями первого порядка и считаются недостаточными. Изменения в организации системы называются изменениями второго порядка (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974). Естественно, при такой точке зрения логичной оказывается фокусировка на процессе взаимодействия и на том, как он организуется в устойчивые самоподдерживающиеся паттерны. Стоит паттерну возникнуть, как его внутренняя согласованность начинает ограничивать влияние не вписывающегося в этот паттерн поведения. Например, когда обычно отстраняющийся супруг раскрывается и ищет близости с супругой, та не доверяет этому неожиданному поведению и продолжает атаковать; после этого отстраняющийся партнер скрывается в привычном убежище и отстраняется.
3. Причинность является циркулярной; нельзя сказать, что какое-то поведение просто является *причиной* другого поведения. Скорее, оно вплетено в круговую цепь других поведенческих реакций. Например, один супруг жалуется, когда другой отстраняется – но и отстранение является реакцией на жалобы. В центре внимания – не внутренние мотивы и намерения, а *влияние поведения одного партнера на поведение другого*. Такой взгляд на происходящее позволяет терапевту обнаружить, как каждый партнер невольно участвует в создании негативной реакции другого партнера в системе петель обратной связи взаимных влияний.
4. Упор делается не на содержание коммуникации, а на командном, или определяющем отношении, аспекте коммуникации. Другими словами, внимание обращается на то, *как* сказано нечто; это определяет роль говорящего и слушающего. Это позволяет терапевту фокусироваться на позиции каждого из пар-

тнеров по взаимодействию, определяя ее в терминах близости-дистанции, автономии-контроля. Это необходимо для понимания циклов и поведения каждого из партнеров в этих циклах. То, как участники определяются в коммуникации со значимыми другими, оказывает влияние на их самовосприятие, так что изменение структуры взаимоотношений влияет и на интрапсихические реакции, на отношение к самому себе.

5. Задача терапевта – изменить негативные и ригидные циклы взаимодействия, в которые раз за разом включается пара. Это можно сделать разными способами: переформулируя позиции во взаимодействии, что позволяет создавать новые способы восприятия и поведения, или, прерывая паттерны взаимодействия различными вмешательствами, например, указанием поделиться страхами, что создает новый тип диалога. Для достижения нужного результата терапевт должен присоединиться к системе отношений в паре и создать альянс.
6. Целью структурных системных вмешательств является реструктуризация интеракций таким образом, чтобы стала возможной большая гибкость (что позволит партнерам эффективнее адаптироваться к изменениям в ситуации и к изменению потребностей), и начался рост индивидуумов в отношениях. Другими словами, цель в том, чтобы создать систему, поддерживающую и совместность, и автономию, в которой есть условия для контакта, и пространство для индивидуальных различий и желаний. Там, где есть надежная привязанность, индивидуальные различия не воспринимаются как угроза, более того – они вносят оживление. Как отмечал Минухин, «участвовать более полно в отношениях – значит, в большей степени быть собой» (1993, р. 286). Несмотря на вышесказанное, теоретики системного подхода часто фокусируются только на границах и вопросах власти, не обращаясь к темам заботы и близости.

Как системная теория отвечает на вопросы, заданные в начале этой главы – вопросы о природе проблем, целях терапии и природе изменений? В системных терминах проблемой является структура отношений, позиции, занимаемые партнерами, и процесс взаимодействия. То есть проблема заключается в ограниченных повторяющихся последовательностях самовоспроизводящихся реакций, типичных

для нарушенных отношений. Цель терапии состоит в том, чтобы стимулировать более гибкие позиции и новые типы взаимодействия, которые позволят каждому партнеру получить ощущение контроля и близости в отношениях.

Интеграция системного и основанного на переживании подходов

Эти два способа создавать изменения прекрасно сочетаются и образуют хорошую пару. Они дополняют друг друга: один подход привносит интрапсихическую, а другой – интерперсональную точку зрения в супружескую терапию. Кроме того, данные подходы имеют определенное сходство.

Оба рассматривают человека скорее как изменчивую систему, постоянно находящуюся в процессе становления, а не как обладателя фиксированного характера, обусловленного психогенетическими детерминантами. Оба фокусируются на настоящем, а не на исторических причинах, когда речь идет о поиске объяснений специфического поведения. И оба этих подхода фокусируются на процессе – на том, как структурированы актуальные переживания и интерактивный тандем отношений.

В обоих подходах на людей смотрят как на «застрявших» или «запутавшихся», а не на как обладающих дефектами или больных. В основанном на переживании подходе считается, что люди оказались в плену ограниченных способов перерабатывать информацию и в поглощающих состояниях негативного аффекта, которые ограничивают их реакции. В системных подходах считается, что человека ограничивают паттерны взаимодействия или правила взаимоотношений.

В рамках обоих подходов принципиально, чтобы терапевт присоединился или образовал альянс с парой и помог партнерам сформировать более гибкие позиции, паттерны и способы перерабатывать содержимое своего внутреннего мира.

Точка зрения ЭФТ заключается в том, что супружескому терапевту необходимо пользоваться моделью терапевтических изменений, учитывающей как интрапсихическое, так и интерперсональное, так чтобы данные точки зрения дополняли и обогащали друг друга. Си-

стемную теорию нередко критиковали за безличность, за абстрактную эпистемологию и недостаточное внимание к тому, как сами члены семьи воспринимают свои отношения (Nichols, 1987). Кроме того, часто в системных подходах зависимость или сильная взаимосвязанность ошибочно квалифицировалась как «спутанность» или нездоровый недостаток отдельности (Green & Werner, 1996). Фокус на переживаниях в ЭФТ добавляет интрапсихическую составляющую к выявленным теоретиками системного подхода петлям обратной связи и делает акцент на заботе и безопасной связи. С точки зрения ЭФТ надежная привязанность делает возможной и максимальную дифференциацию (легче быть полностью самим собой, если у тебя надежная связь с теми, от кого ты зависишь), и максимальную близость и контакт. Безопасная соединенность со значимым другим также способствует большей гибкости и способности рефлексировать, а не просто реактивно откликаться на происходящее. То, что многими системными терапевтами – приверженцами теории Боуэна – было бы квалифицировано как спутанность, в ЭФТ расценивается как тревожная или тревожно-избегающая привязанность.

Таким образом, ригидные интерактивные паттерны имеют отношение не только к связности системы и к петлям обратной связи. Дело еще и в эмоциях привязанности, которые вплетаются в определенные позиции, занимаемые в отношениях, и в том, как эти эмоции «движут» людьми и определяют их шаги в танце отношений. Берта-ланфи, отец системной теории, предположил, что небольшое изменение в ведущем или организующем элементе системы может повлечь за собой значительные изменения во всей системе. Если эмоции привязанности рассматривать как ведущий элемент системы, как первичную сигнальную систему в близких отношениях, то можно легко интегрировать эмоции и процессы их изменения в системную теорию (Johnson, 1998).

Согласно мнению других теоретиков (Nichols, 1987), в терапии лучше использовать как телескопическую линзу (для исследования индивидуальных переживаний), так и широкоугольный объектив (для изучения интерперсонального танца). Использование только одного «прибора» может исказить реальность и увести в неверном направлении. Основанная на переживании модель предоставляет терапевту руководство к тому, как получить доступ и перерабатывать эмоциональные переживания, а системная мо-

дель дополняет ее, предлагая способы для перестройки взаимодействий.

Итоги: основные положения ЭФТ

Используя теорию привязанности в качестве основы для понимания взрослых любовных отношений, а основанный на переживании и системный подход – для достижения терапевтических изменений, что можно сказать о главных положениях ЭФТ?

1. Самой подходящей парадигмой для понимания близости в отношениях взрослых людей является парадигма эмоциональной связи, или эмоциональных уз. Ключевой темой в супружеском конфликте является надежность этих уз. Данная связь создается благодаря доступности, отзывчивости и эмоциональной вовлеченности в отношения. Она соответствует нашей врожденной потребности в безопасности, защите и контакте.
2. Эмоции – это ключ к организации поведения привязанности и к тому, как человек воспринимает себя и других в близких отношениях. Как теория привязанности, так и гуманистические теории подчеркивают важность эмоциональных переживаний и их выражения. Эмоции направляют и наделяют смыслом происходящее, мотивируют к действию и являются средством коммуникации с другими. Это и основная цель, и главный рычаг изменений в терапии пар. Создание нового эмоционального опыта считается самой значимой предпосылкой изменения как на интрапсихическом, так и на интерперсональном уровне.
3. Проблемы во взаимоотношениях поддерживаются тем, как организованы интеракции, а также преобладающим в отношениях эмоциональным опытом каждого из партнеров. Эти элементы взаимно определяют друг друга и могут быть использованы в терапии в качестве источников взаимного влияния и переопределения.
4. Потребности и желания привязанности по своей сути являются здоровыми и адаптивными. Проблема заключается в способе выражения этих потребностей и желаний, нередко создающем ощущение небезопасности. Существующие в рамках теории привязанности и в основанном на переживании подхо-

де взгляды на функционирование человека подчеркивают потенциально адаптивную природу большинства потребностей и желаний, а проблемы считаются следствием отрицания и ограничения таких потребностей. Распознавание и признание этих потребностей – ключевая составляющая ЭФТ.

5. Изменения в ЭФТ происходят благодаря обращению к эмоциям и переработке эмоциональных переживаний, лежащих за позицией, занимаемой в отношениях каждым из партнеров. Создание новых элементов эмоциональных переживаний и новые способы выразить эти переживания приводят к изменению позиций в отношениях и позволяют случиться новым ключевым эпизодам во взаимодействии, что делает возможным переопределение отношений между партнерами. Изменения происходят главным образом не через инсайт, катарсис или достижение новых договоренностей, а благодаря новому эмоциональному опыту и новым эпизодам во взаимодействии. Как говорил Эйнштейн, всякое знание – это опыт; все остальное – информация.

В настоящей главе речь шла о теоретических предпосылках, на которые опирается специалист, практикующий ЭФТ, выстраивая свои вмешательства; также было сделано обобщение основных положений ЭФТ. Следующая глава посвящена базовым терапевтическим навыкам, необходимым для успешного применения ЭФТ.

ОСНОВЫ ЭФТ: ЗАДАЧИ И ИНТЕРВЕНЦИИ

Углубляем переживания и режиссируем танец

Терапевт. И вот когда он к вам тянется, прямо сейчас, когда он наклоняется и говорит, что он в вас нуждается, что с вами происходит? *(Она сжимает руки и смотрит в пол).* Это трудно принять. Вы сдерживаетесь, держите себя в руках?

Жена. Да. Я стараюсь быть твердой. Я не верю ему. Я отзовусь, а потом... *(Она расцепляет руки, бессильно роняет их.)*

Терапевт. Тогда, если вы позволите себе надеяться и доверять, если вы рискнете, вдруг его там не окажется... и разочарование будет ужасным, невыносимым? *(Сочувственно кивает.)*

Жена *(терапевту).* Если бы вас тут не было, я бы прямо сейчас убежала из комнаты.

Терапевт. Со мной немного безопаснее, да? *(Она кивает.)* Можете сказать ему: «Я так боюсь надеяться, положиться на тебя?» Можете?

Муж *(терапевту).* Она не рискнет.

Терапевт. Ей это трудно. Можете ей помочь? Можете наклониться вперед и посмотреть на нее – так, чтобы она увидела, что вы к ней тянетесь? Поможете ей справиться со страхом? помните, на прошлой сессии вы уже сделали это.

В приведенном выше отрывке терапевтического диалога можно увидеть, как терапевт обращается к трем основным задачам ЭФТ, а именно:

1. Создание и поддержание безопасного терапевтического альянса для большего вовлечения партнеров в процесс изменения.

2. Обеспечение доступа, раскрытие и развертывание эмоциональных реакций партнеров в контексте отношений привязанности.
3. Управление, или режиссирование интерактивными процессами в паре с тем, чтобы перестроить ключевые взаимодействия.

Эмоционально-фокусированный терапевт должен быть в состоянии создавать безопасный контекст – надежную базу в терминах теории привязанности – для обоих партнеров, чтобы сделать доступными эмоции и работать с ними и чтобы в результате реструктурировать взаимодействия. Это означает, в частности, способность гибко переходить от переработки внутреннего опыта с одним партнером к режиссированию, управлению взаимодействием между партнерами, как хореограф управляет танцем. Терапевт переключается между задачами – он то отслеживает переживания и интеракции, то углубляет их и придает им определенное направление, и таким образом помогает переживаниям и взаимодействиям развиваться. Терапевт должен быть в состоянии удерживать в фокусе внимания множество реальностей, видеть происходящее и с системной точки зрения, и с точки зрения основанного на переживании подхода. Он должен понимать, что в какой-то момент молчаливое отстранение одного из супругов является ожидаемой реакцией на поведение второго супруга, и вместе с тем отмечать, каким образом тот способ, которым первый супруг организует свои переживания (его стратегии привязанности и способности совладания со страхами привязанности) вызывает это отстранение и фактически предопределяет поведение его партнера. Опора на теорию привязанности помогает терапевту удерживать внимание и на внутренней реальности, и на реальности взаимоотношений. Процесс можно описать так: в танце отношений шаги каждого из партнеров определяют эмоциональную музыку и то, как звучит эта музыка, что, в свою очередь, определяет, как танцует каждый из партнеров и какие ответные шаги делает.

Освоить ЭФТ легче, если личный стиль терапевта включает в себя, помимо вышеупомянутой гибкости, способность чувствовать себя комфортно в пространстве эмоциональных переживаний, а также способность занимать активную позицию и управлять взаимодействием. В ключевые моменты терапевтического процесса входит создание условий для интенсивных переживаний и заостренного, подчас драматического, контакта. Это, скорее, работа на близкой дистанции,

чем занятие отстраненной терапевтической позиции. Терапевт должен чувствовать себя достаточно комфортно, находясь в близком контакте с клиентами. Эмоционально-фокусированный терапевт – активный, гибкий, вовлеченный, раскрывающий вместе со своими клиентами новые возможности их отношений. Здесь личность терапевта является важным фактором, но при этом используются и определенные техники и интервенции. Эмоционально-фокусированный терапевт использует свой личный стиль и ресурсы, чтобы создать контекст для техник и интервенций и присоединиться к переживаниям каждого из клиентов. Три основных задачи, решение которых необходимо для успешного применения ЭФТ, – это создание рабочего альянса на основе сотрудничества, получение доступа к эмоциональному опыту и его переработка и реструктурирование взаимодействий. Они обсуждаются ниже.

Ключевая роль эмпатии

Прежде чем приступать к обсуждению ключевых задач ЭФТ, необходимо обсудить природу и значение эмпатии. Эмпатия – необходимое условие и неотъемлемая часть всех интервенций ЭФТ и гуманистических подходов к терапии в целом (Bohart & Greenberg, 1997; Rogers, 1975).

Слово «эмпатия» происходит от немецкого «*einfihlung*», означающее «чувствовать внутри», «вчувствоваться». Модель ЭФТ созвучна с утверждением Роджерса: «Идеальный терапевт в первую очередь эмпатичен» (1975, р. 5). Можно без конца перечислять то, как эмпатические ответы влияют на клиентов в терапии. Правильно подобранный, точный эмпатический ответ может:

1. Убедить клиента в том, что его опыт принимается, понимается другим человеческим существом. Это дает возможность снизить «страх неизвестного в собственных переживаниях» (Warner, 1997, р. 134). Благодаря этому неявные составляющие переживаний легче воспринять и признать своими. Увеличивая открытость переживаниям, можно сделать возможным их дальнейший пересмотр.
2. Способствовать тому, что клиент будет более внимательно прислушиваться к себе и другим. Эмпатический отклик тера-

певта – *образец принимающей позиции* по отношению к любым переживаниям клиента. Это увеличивает его способность узнавать и признавать новые элементы собственных переживаний и видеть их по-новому. По мере того как терапевт настраивается на клиента и так как он не оценивает его, клиент чувствует себя все более безопасно; это снижает потребность в защите от трудных переживаний, оказывающихся в фокусе внимания. Эмпатия – необходимый предшественник признания, подтверждения (validation) – техники, широко применяющейся в ЭФТ и являющейся одной из ее отличительных черт. Трудно признать то, к чему не можешь присоединиться или чего не можешь понять.

3. Сфокусировать внимание на процессе переработки и развертывании определенных переживаний и замедлить его так, что клиент сможет «ухватить» переживания, осознать их и затем переработать. Затем человек станет способным увидеть вещи в новом свете и включится в переживания на более глубоком уровне.
4. Организовать и упорядочить хаотические или амбивалентные переживания или сложить элементы таких переживаний в связанное, осмысленное целое.
5. Успокоить и уверить клиента, что трудные эмоции не будут его переполнять. Эмпатическими откликами возможно модулировать интенсивность сессии и сделать клиента максимально включенным. Эмпатию можно считать основным средством, с помощью которого терапевт создает «рабочую дистанцию» для безопасного взаимодействия с эмоциями. Эмпатические отражения сохраняют, поддерживают и контейнируют, когда переживания оказываются переполняющими. По замечанию Сигел (Siegel, 1999), то, что можно разделить – можно вынести.
6. Позволить прочувствовать, проверить, исследовать, различить и пересмотреть смыслы, придаваемые ключевым переживаниям.

Корректно и мягко сообщенное эмпатическое утверждение или предположение повышает у клиента чувство безопасности, способствует большему вниманию к содержанию переживания и его значению, тем самым создавая возможности для новых реакций. Терапевт является партнером в этом процессе; с помощью разнообразных форм

эмпатической отзывчивости он *упорядочивает* и *углубляет* переживания каждого клиента. Благодаря этому каждый партнер может контактировать с другим – как с терапевтом, так и со вторым партнером, продолжая быть включенным в постепенно раскрывающуюся перед ним собственную реальность.

Такой акцент на эмпатии связан с особым вниманием, которое уделяется в основанных на переживании терапевтических подходах конкретному опыту клиента или непосредственному «прочувствованному ощущению» (*felt sense*) и процессу его создания. Переживание и осмысление переживания – это постоянно продолжающаяся работа. Переживание – это «знание без слов: знание, предвещающее слова, из которого слова исходят» (Vanaerschot, 1997, p. 142). При здоровом функционировании переживания постоянно видоизменяются и эволюционируют, вместе с ними меняются смыслы и поведенческие отклики.

Эмпатическая настройка и отзывчивость – весьма трудная задача для терапевта, требующая *стремления* вступить в контакт с переживанием каждого клиента и войти с ним в резонанс. Этот навык можно развить, но он предполагает открытость со стороны терапевта и его готовность быть по-настоящему пытливым и любознательным. Вместе с каждым клиентом терапевт *делает открытия* в области переживаемого клиентом опыта. Чтобы достичь высокого уровня эмпатического понимания, терапевт должен не только погружаться в мир клиента, но также и быть в контакте с собственными переживаниями, сверяться с ними, как с ориентиром, чтобы быть в состоянии настраиваться на очертания, окраску и форму проявляющихся или смутно угадываемых переживаний, которые оказываются доступными клиенту. Терапевт, таким образом, должен активно «использовать» собственный опыт, чтобы быть в контакте с переживаниями клиента, сохраняя вместе с тем позицию «как будто», чтобы не потерять себя и не быть поглощенным этими переживаниями. В этом случае терапевту удается подобрать слова, которые сам клиент не мог найти, и помочь ему развернуть имплицитные или скрытые аспекты ключевых переживаний. Чтобы оставаться сосредоточенным и эмпатически включенным, терапевт также должен уметь справляться с любыми элементами внутреннего мира клиента, затрагивающими уязвимые места терапевта, и быть в состоянии отставлять собственные представления, если это требуется. Терапевту нужно уметь сообщать эмпатию каждому клиен-

ту, не обесценивая при этом переживания другого супруга. Эмпатия – это состояние интенсивной сосредоточенности, многоуровневая задача, требующая постоянных усилий, комплексный навык и подлинная связь – это особый способ отношения к клиенту.

Эмпатические вопросы в ЭТФ чаще всего касаются эмоций – или, точнее, потребностей и страхов, проявляющихся по мере того, как разворачивается драма отношений привязанности в паре. Эмпатия терапевта, как мягкая подсветка, выбирает определенные моменты и элементы переживаний для дальнейшего исследования и направляет и фокусирует терапевтическую сессию. Эмпатическая надстройка позволяет проследивать и ощущать переживания клиента, разворачивающиеся во времени. Терапевт неизбежно будет ошибаться, формулируя переживания клиента, но, как указывают Богарт и Гринберг (Bohart & Greenberg, 1997), польза эмпатического отклика не в его объективной точности, а в том, что он позволяет присоединиться к клиенту и вместе продвигаться в исследовании его переживаний.

Задача 1: создание и поддержание терапевтического альянса

В ЭТФ этот альянс характеризуется тем, что терапевт способен быть с каждым из партнеров, когда партнер сталкивается с собственными эмоциональными реакциями и воспроизводит свою позицию в отношениях. Терапевт – *сотрудничающий партнер* в том, что касается собирания воедино и переработки переживаний, и *ведущий* в создании нового танца отношений. Как было заявлено выше, терапевт действует как *консультант по процессу*, а не как эксперт в области содержания психики каждого из партнеров или в том, как правильно строить близкие отношения.

Успешный альянс включает в себя три элемента (Bordin, 1994). В нем у клиента есть *связь* с терапевтом, в рамках которой терапевт воспринимается как достаточно теплый и поддерживающий; клиент считает *задачи, предлагаемые терапевтом*, осмысленными и полезными; у клиента и терапевта сходное понимание общих *целей* терапии. Связь с клиентом – залог уверенности в том, что терапевт будет принимающим и готовым помочь клиенту иметь дело с его болезнен-

ными переживаниями и разрушительными повторяющимися циклами, являющимися частью супружеского дистресса. Было обнаружено, что второй элемент терапевтического альянса, согласие клиентов с задачами, предлагаемыми терапевтом, является наиболее важным для прогнозирования результативности ЭФТ (Johnson & Talitman, 1996). Это похоже на правду, поскольку, по опыту эмоционально-фокусированных терапевтов, именно вовлеченность в выполнение терапевтических задач является решающим фактором, влияющим на результативность. Предположительно дело в том, что у клиентов есть ощущение, что такие задачи терапии, как обращение к эмоциям, потребностям и страхам привязанности, являются осмысленными и имеющими отношение к решению их проблемы; поэтому процент прерывания терапии в случае ЭФТ крайне низок. Клиенты знают, что имеют дело с самой сутью их отношений и чувствуют, что в этом их понимают и поддерживают.

Цель терапии – построение более безопасной эмоциональной связи в паре, а не просто уменьшение конфликтов между супругами или лучшее умение договариваться – вызывает отклик большинства клиентов, хотя данная цель и должна быть переведена на их язык и донесена до них на этом языке, с учетом их представлений об отношениях.

Значимость качества альянса подтверждают результаты исследования процесса ЭФТ (Johnson & Talitman, 1996), согласно которому данный фактор объясняет 20% дисперсии в результатах терапии. Это больше, чем 10% объясняемой дисперсии, обычно приписываемое качеству альянса в исследованиях результативности психотерапии (Beutler, 2002). В целом, согласно данным исследований, позитивный продолжительный альянс с терапевтом необходим для положительного результата терапии, но это еще не все; самого по себе этого недостаточно. Логично, что позитивный, придающий уверенности альянс с терапевтом особенно важен в случае, когда изменения предполагают значительную эмоциональную вовлеченность в процесс терапии и участие в сложных и рискованных взаимодействиях с партнером по близким отношениям.

Построение альянса – важнейшая и неотъемлемая часть вмешательства, производимых на начальных сессиях ЭФТ; это касается интервенций, ориентированных как на индивидуальные переживания, так и на взаимодействия в паре. Отражение и подтверждение переживаний каждого партнера и его позиции в отношениях и безоценочное

описание того, как организовано взаимодействие в паре, – это сами по себе мощные вмешательства; кроме того, они позволяют построить прочный альянс. Оба партнера получают опыт общения с терапевтом, дающий им ощущение, что терапевт уделяет особое внимание их переживаниям, а также способен разобраться в сложной сети взаимодействий, в которой они запутались. Эти вмешательства более детально описаны в главах 5 и 6.

Если говорить в общем, наиболее важным элементом в построении альянса является позиция терапевта, занимаемая им по отношению к паре, к супружескому дистрессу и к желательным изменениям. В ЭФТ для данной позиции характерны:

- 1. Эмпатическая настройка.** Как указывалось выше, терапевт постоянно стремится эмпатически настроиться на каждого партнера и установить личный контакт. *Эмпатия* может быть описана как *акт воображения*, как способность на мгновение переселиться во внутренний мир клиента (Guernsey, 1994). В основанных на переживании подходах считается, что занятие эмпатической позиции и сообщение эмпатии клиенту – само по себе целительно (Rogers, 1951). Как говорилось выше, эмпатия снижает тревогу клиента и позволяет более полно включиться в переживаемое им прямо сейчас. Терапевт не оценивает правдоподобность, реалистичность или дисфункциональность высказывания клиента, он занят тем, что вступает в контакт с его внутренним миром. Терапевт пытается понять, каково это – быть на месте клиента, в его ситуации, в чем суть переживаний этого человека? Способность терапевтов слушать, связывать услышанное со своим собственным опытом и затем оставаться с субъективными переживаниями клиентов позволяет ответить на этот вопрос. Во время клинических исследований и исследований в области психологии развития было замечено, что настройка часто включает в себя внимание к невербальным сообщениям и подражание или отражение этих физиологических сигналов и стоящих за ними эмоций (Stern, 1985; Watson, 2002).
- 2. Принятие.** Безоценочная позиция является основой для создания прочного альянса. Такая позиция в определенном смысле является производной и от того, кем терапевт является, и насколько он, как человек, осознает свои собственные недо-

статки и особенности, и от теорий и убеждений, которых он придерживается. Трудно занимать и транслировать безоценочную позицию, если терапевт руководствуется теоретической моделью, видящей людей дефицитарными или обладающими дефектами. Обсуждаемую позицию легче сохранять, если терапевт придерживается относительно позитивного взгляда на человеческую природу и верит в способность людей меняться и расти. Основанный на переживании подход к терапии делает особый упор на необходимости для терапевта *уважать и ценить клиентов такими, какие они есть*, и быть в состоянии мириться с неопределенностью и с теми сторонами жизни клиентов, которые даже они сами не ценят и не хотят принимать. Такая позиция уважения и принятия позволяет партнерам в присутствии терапевта находиться лицом к лицу с тем, с чем они не готовы столкнуться наедине с самими собой или не готовы открыть партнеру. Случается, что терапевту нелегко уважать определенное поведение клиента, но он может с уважением относиться к эмоциям, которые стоят за этим поведением. Например, можно с уважением отнестись к страху утраты и связанным с ним желанием контролировать партнера, вместе с тем осознавая, как оскорбительные комментарии, проистекающие из этого страха, негативно влияют на обоих партнеров и на их отношения. Настройка и принятие того, что является верным для клиента, предшествуют любым попыткам изменить что-либо или исправить. Принятие, скорее, активно, нежели пассивно; оно включает в себя *активную позицию признания и подтверждения* в отношении каждого партнера. Это предполагает не только непатологизирующее отношение, но и явное переформулирование негативного поведения как творческой адаптации к невозможным обстоятельствам, и готовность учиться – как проявление мужества и силы (Johnson, 2002).

- 3. Подлинность.** Подлинность, неподдельность – искренняя способность терапевта быть самим собой – основополагающий элемент альянса. Это, конечно, не означает, что терапевт ведет себя импульсивно или постоянно занимается самораскрытием; речь идет о его доступности и отзывчивости, выражающимися таким образом, что клиент может этому доверять.

Так, терапевт может признать, что совершил ошибку и *позволить клиентам учить себя лучше понимать их переживания*. Коротко говоря, терапевтические отношения – это реальная встреча двух личностей, и терапевт участвует в ней с честностью и прямоотой, сохраняя верность своим принципам, хотя в случае супружеской терапии альянс может оказаться не таким глубоким, как в индивидуальной терапии. При работе с парой глубина альянса опосредуется присутствием, возможно самой главной, фигуры привязанности в личной жизни каждого из партнеров – его супруга или супруги. Часть искренности терапевта также заключается в его готовности быть достаточно прозрачным и в его желании быть понятным. Например, в ЭФТ терапевт готов разъяснять клиентам, что именно он сейчас делает и как это поможет терапевтическому процессу. Самораскрытие терапевта обсуждается в данной главе ниже.

4. **Постоянное активное отслеживание.** Если альянс должен поддерживаться на протяжении всего курса терапии, терапевту следует активно отслеживать, проверять и, если нужно, восстанавливать альянс. Терапевт отслеживает свою вовлеченность во взаимодействие с каждым супругом, активно обнаруживая и перерабатывая реакции каждого из партнеров в свой адрес. Если у терапевта появляется подозрение, что альянс нарушен, – приоритетом становится восстановление альянса. Терапевт может задавать вопросы о реакциях клиентов на его комментарии или вмешательства, создавая обстановку, в которой клиенты могут выразить свою точку зрения и желания. Эмпатический вопрос со стороны терапевта может предотвратить нарушение альянса и/или укрепить его; например, в конце сессии терапевт мог бы отметить, что партнеры интенсивно работали, и предложить им высказаться, в особенности озвучить их тревоги и беспокойство по поводу процесса или содержания сессии. Терапевт активно поощряет партнеров к тому, чтобы те дали ему обратную связь.
5. **Присоединение к системе.** Супружеский терапевт присоединяется не только к каждому из партнеров, но и к системе их отношений. На начальном этапе он видит и принимает отношения такими, какие они есть, и тот способ, которым они организованы. В системной терминологии – терапевт присоеди-

няется к системе. Для этого ему требуется не только связать воедино и быть в состоянии описать позиции, паттерны и циклы в отношениях, но также точно воспроизвести для пары присущую только им версию неблагоприятных отношений. Наиболее распространенный паттерн – требование/критика/преследование, за которым следует оборона/дистанцирование/«непробиваемая стена». Терапевт описывает последовательность и паттерн взаимодействий в эмпатичной и уважительной манере, помогая паре увидеть их взаимодействие с метаперспективы. Так партнеры смогут взять ответственность за свою часть в создании этого паттерна и одновременно быть признанными в качестве пострадавших от него¹.

Терапевт должен уметь давать подтверждение и признание переживаниям и занимаемым позициям каждого из партнеров в присутствии другого без того, чтобы каким-то образом обесценивать переживания другого. Каждый партнер также видит терапевта и другого супруга в отношениях друг с другом; это может быть центральной частью альянса и процесса изменений в целом. Супруг, например, может во взаимодействии с терапевтом проявить себя с новой стороны. От терапевта это требует высокого уровня понимания того, как его вмешательства в отношении одного из супругов могут влиять на другого, и желание фокусироваться на этом. Например, терапевт может спросить, какие реакции возникают у супруга в ответ на только что происходивший диалог между терапевтом и другим супругом, и обнаружить, что этот супруг считает, что другой имеет преимущества в терапии или что услышанный диалог вызвал возмущение – как это супруг поделился чем-то с терапевтом и не мог поделиться этим со своим супругом?

Вышеописанная позиция отражает отношения сотрудничества и партнерства между парой и терапевтом, что в явной форме выражается на начальных сессиях через выявление целей терапии и разнообразных задач, в которые терапевт будет вовлекать пару. Начальная диагностическая оценка в ЭФТ заключается в прояснении целей каждого из партнеров и уточнении совместимости их целей, а также

¹ Автор имеет в виду, что супруги являются и создателями, и жертвами проблемного паттерна в их отношениях (Прим. науч. ред.).

в прояснении того, чего каждый из партнеров может ожидать от терапии.

Задача 2: доступ к эмоциям и их переформулирование

В процессе ЭФТ внимание сосредоточено на эмоциональном опыте, его раскрытии, переформулировании и реструктурировании. *Выражение нового и/или расширенного эмоционального опыта позволяет реорганизовать позиции, занимаемые партнерами во взаимодействии друг с другом.* Например, увидев отчаянное одиночество, которое испытывает критикующий и нападающий партнер, можно а) создать новый смысловой контекст его враждебности, б) переработать эту враждебность в отчаяние, что позволяет этому партнеру предстать в новом свете перед своим супругом, в) вызвать иное восприятие враждебного поведения у другого супруга, что способствует появлению новых реакций в адрес критикующего партнера. Обращение к эмоциям и их углубление особенно важны в определенные моменты терапии, а именно на шаге 2 и 5, и в ключевые поворотные моменты терапии, которые обсуждаются далее.

Эмоции в ЭФТ

Прежде чем описывать основные навыки, необходимые для выполнения обсуждаемой задачи, важно прояснить, что такое эмоции с точки зрения ЭФТ. Эмоции рассматриваются не как примитивная иррациональная реакция, но как высокоуровневая система обработки информации. В своей терапевтической практике я никогда не встречала бессмысленных или необоснованных эмоций, если, конечно, рассматривать их в соответствующем контексте. Важно отметить, что, поскольку *эмоция* – это обширное понятие, которое употребляется в отношении самых разных переживаний – от смущения до отчаяния, здесь этот термин обозначает *немногочисленные базовые универсальные эмоции*, выделенные в основных теоретических работах на эту тему (Plutchik, 2000; Tomkins, 1991; Izard, 1977). Если говорить более конкретно, в этой книге речь идет о гневе, страхе, удивлении, стыде/отвращении, боли/тоске и печали/отчаянии.

Каждой из этих эмоций соответствует уникальное и универсально распознаваемое выражение лица, врожденный неврологический механизм, социальная функция, помогающая нам выживать и воздействовать на других. Эмоциональные реакции отличаются быстротой и интенсивностью. Они начинают развиваться вскоре после рождения (Izard, 1992).

Здесь эмоции рассматриваются с точки зрения переработки информации, т.е. как интеграция физиологических реакций, смысловых схем, тенденции к действию, а также рефлексивное осознание этого опыта. Если рассматривать эмоции как *процесс*, то полезно думать о них как о разворачивающихся последовательностях, как много лет назад было предложено Магдой Арнольд (Arnold, 1960). Если взор фиксирует продолговатый черный объект на лесной тропинке, ваша первая реакция – *оценка*; обычно краткая, быстрая, убедительная и глобальная. Это хорошее или плохое, угрожающее или безопасное? Суть этой реакции в скорости, а не точности, она происходит в лимбической системе головного мозга, в частности в миндалине². Далее следует *физиологическое возбуждение*. Если результат оценки «змея» – «опасно», то сердце учащенно бьется, тело готовится бежать. За этим чаще всего следует *переоценка* – она более подробная, с бóльшим привлечением когнитивных функций, и протекает в корковых областях головного мозга. На этом этапе происходит приписывание смысла, например: «это просто палка» или «это большая гадюка». Затем запускаются *непреодолимые поведенческие тенденции*: человек или улыбается и расслабляется с удивлением и облегчением, или бежит от опасной змеи.

В супружеской терапии происходят похожие вещи: она спрашивает, любит ли он ее, он гримасничает и поднимает бровь, она оценивает этот противоречивый сигнал как негативный и опасный, поджимает губы, ее тело напрягается, как для боя. Затем она спрашивает: «Как понимать эту дурацкую гримасу?» Он смотрит в сторону, а она производит повторную оценку: «Как всегда, никакого ответа – и чего

² Миндалина, или миндалевидное тело, – анатомический термин, которым обозначается скопление нервных клеток внутри височной доли головного мозга высших позвоночных; имеет форму миндаины. Миндалина является частью лимбической системы; с ее функционированием связано эмоциональное поведение (например, поведение привязанности, страх, оборонительное и агрессивное поведение), мотивация и сохранение части прошлого опыта (Прим. науч. ред.).

я только спрашиваю – вот дура». Затем она наклоняется вперед и падает: «Ты просто эмоциональный калека. Ты даже не знаешь, зачем я сегодня сюда пришла». Эмоции «толкнули» ее в атакующую позицию, что, в свою очередь, запускает у другого партнера мощный процесс защитного отгораживания. Рассматривая эмоции как процесс, терапевт имеет возможность заметить, прояснить, развернуть или переиграть любую часть эмоциональных последовательностей и тем самым расширить целое.

Таким образом, эмоции оказываются богатым источником смысла: они представляют собой очень важную для нас обратную связь. Наши эмоции определяют наши реакции и организуют наше поведение. Выражение эмоций в коммуникации с другими также является регулятором социального взаимодействия, таким образом, все яснее вырисовываются социальные функции эмоций. Первичная социальная функция эмоций, возможно, заключается в том, чтобы мобилизовать нас на быстрые действия в ситуациях важных межличностных контактов (Ekman, 1992). В целом эмоции, как внутренний компас, служат нам ориентиром в окружающем мире и обеспечивают нас важнейшей информацией о личном значении событий; они говорят нам о наших желаниях и потребностях. И действительно, практически невозможно решиться действовать, не соотносясь с эмоциями (Damasio, 1994). Это первичная и непреодолимая мотивирующая сила. Гнев обеспечивает нас энергией для борьбы, наводит страх на атакующих и защищает нас. Печаль свидетельствует о переживании утраты и вызывает у других желание позаботиться и помочь. Стыд заставляет нас прятаться и искать убежища, чтобы сохранить свое место в социальной группе. Страх дает энергию для сражения или бегства и побуждает других защитить нас.

Здесь эмоции рассматриваются как изначально адаптивная система реагирования, способная быстро реорганизовать поведение человека в целях его безопасности, выживания или удовлетворения потребностей. В близких отношениях эмоции:

- **фокусируют внимание и ориентируют партнеров на их собственные потребности и на определенные сигналы из внешнего мира и/или социального окружения.** Когда мне грустно, я особенно остро осознаю, как сильно нуждаюсь в контакте, и особенно чувствительна к любым признакам отстранения партнера;

- **окрашивают переживания и конструируют смысл.** Так, переживаемый мной гнев располагает меня к тому, чтобы видеть в поведении другого оскорбление в мой адрес и напоминает мне о других случаях, когда я испытывала схожие переживания;
- **подготавливают и организуют реакции, в особенности поведение привязанности.** Когда мне тревожно, я, вероятнее всего, буду искать у моего партнера поддержки и утешения;
- **активируют ядерные убеждения³ о себе, других людях и о характере взаимоотношений.** При эмоциональном накале во взаимодействии на первый план естественным образом выходят мои представления о себе, например: «Видимо, я заслуживаю такого отношения. Я неудачница».
- **являются средством коммуникации с другими.** Эмоции по своей сути социальны. Это первичная сигнальная система во взаимодействиях, определяющих отношения. Эмоции вызывают у других определенные отклики, играя, таким образом, ключевую роль в организации взаимодействий. Эти выражения эмоций пробуждают в других комплементарные эмоциональные реакции. В контексте привязанности, например, выражение страха или неблагополучия вызывает сострадание и желание утешить. Такие комплементарные отклики являются ключевым элементом при ухаживании, формировании привязанности и примирении (Keltner & Haidt, 2001). В целом можно сказать, что демонстрируемая уязвимость обезоруживает и вызывает сочувствие, тогда как гнев заставляет либо уступить, либо отдалиться. Эмоции большой интенсивности обладают свойством перевешивать прочие соображения и вызывают непреодолимые реакции, такие как «нападение-бегство» или «приближение-избегание». Эти реакции трудно подавить или контролировать; в нарушенных отношениях они сужают диапазон возможных реакций другого партнера. Эмоции – это

³ Ядерные схемы (core cognitions) – термин из когнитивной психологии, обозначающий общие, абсолютные представления и убеждения относительно себя и мира. Находятся на самом глубоком уровне сознания; типичные стратегии поведения и правила жизни формируются на основании ядерных схем. В когнитивной терапии используется термин «глубинная схема» (Прим. пер.).

музыка в танце близких отношений. Когда мы меняем музыку – мы изменяем танец.

Эмоции – это мощная сила, особенно в близких отношениях, поэтому, если мы не будем задействовать ее на службе терапии, то, в лучшем случае, мы лишимся могущественного союзника, а в худшем – получим активный элемент, подрывающий терапию. Фокус на эмоциях оказывается продуктивным еще и потому, что сильные аффективные реакции способны быстро вызвать обширные изменения как самих эмоциональных реакций, так и в представлениях/убеждениях клиентов. Как писал Сартр, эмоции включают трансформацию мира: для человека в печали на улице всегда идет дождь. Они могут также послужить преобразованию мира в более позитивное место, полное новых возможностей.

В обсуждаемом подходе эмоции чрезвычайно значимы. В случае нарушенных отношений привязанности, в которых реакции партнеров обладают сильным эмоциональным воздействием, корректирующий опыт тоже должен пробуждать эмоции. Отличие прежнего и нового эмоционального опыта порождает изменение. «Тогда как мышление обычно меняет мысли, только переживание чувств может изменить эмоции» (Guidano, 1991, p. 61). Интересно отметить, что когда партнеры пытаются совладать с угрожающими эмоциями, они часто так и поступают, стараясь переключиться на альтернативные эмоции. Например, со страхом часто справляются, переходя в состояние гнева.

Эмоциональные реакции можно разделить на первичные, вторичные и инструментальные (Greenberg & Johnson, 1988). Первичные эмоции – это непосредственная реакция на происходящее «здесь-и-сейчас»; вторичные эмоции – это реакции или попытки совладать с этой непосредственной реакцией, часто затмевающие восприятие и осознание первичного отклика. Например, при супружеском конфликте чаще выражается защитный гнев, нежели чувство страха, боли или другие первичные аффекты. Инструментальные эмоции используются для управления, или манипуляции, реакциями другого.

Эмоции также могут стать дезадаптивными или усилить проблемное поведение следующими способами:

- непереработанные эмоциональные реакции могут выйти на поверхность в другом контексте и помешать разрешению актуальной ситуации. Например, переживания в нынешних отношениях у людей, в прошлом переживших насилие, оказы-

ваются окрашены паникой, связанной с опытом насилия. Болезненные эмоции часто подавляются, а не перерабатываются и интегрируются. Однако опыт показывает, что подавление – очень энергоемкий процесс, не избавляющий в итоге от эмоциональной боли (Gross & Levenson, 1993);

- переполняющие эмоции, которые невозможно регулировать, могут охватить все чувства и сузить фокус восприятия. Сильный страх (он – в особенности) осуществляет такой жесткий контроль над процессом переработки информации, что все, не являющееся прямым выходом из ситуации, выпадает из области восприятия (Izard & Youngstrom, 1996). Охваченные страхом, мы ищем только признаки опасности и способы ее избежать;
- ограничение в осознании эмоций или в их выражении может ограничивать и отзывчивость; человек оказывается в ловушке подпитывающих друг друга *негативных эмоций и взаимодействий*. Переживающие дистресс пары обычно взаимодействуют на уровне вторичных реактивных эмоций, которые влекут за собой негативные отклики их партнеров и таким образом поддерживают негативные эмоции.

Эмоционально-фокусированный терапевт сосредотачивается на *первичных эмоциональных реакциях, которые не замечаются, не различаются или не признаются, хотя терапия часто начинается с того, что терапевт отражает и подтверждает вторичные реакции, обычно предъявляемые парой как часть цикла их дистресса*. В ходе ЭФТ эмоции перерабатываются и по-новому регулируются, что приводит к более адаптивным реакциям. Ограничивающие, переполняющие или непереработанные эмоциональные реакции могут быть осознаны и прояснены в безопасной атмосфере терапевтической сессии. По мере того, как происходят изменения, отношения клиента становятся пространством, в котором трудные эмоции по-новому регулируются, выражаются в более адаптивной форме и в конечном счете преобразуются. Например, когда клиент признал в присутствии своего партнера, что впадает в панику в ситуации близкого физического контакта, в другом супруге это часто пробуждает сочувствие и желание утешить: так в нынешних отношениях происходят новые, целительные эмоциональные переживания, редуцирующие и изменяющие природу панических реакций.

Другими словами, переживание и выражение первичных эмоций, лежащих в основании позиций во взаимодействии – таких как чувство утраты, крошечное за гневной критикой, или беспомощность и ощущение личного провала, стоящие за отстранением, – и есть то, что способно помочь паре перейти на новый уровень эмоциональной вовлеченности и преобразовать проблемные циклы взаимодействия. Дифференцировать типы эмоций, описанные выше, несложно; в процессе терапии это происходит естественным образом.

Также важно прояснять следующие темы, касающиеся степени переживания эмоций и того, как это использовать в ЭФТ.

- **Вовлеченность.** Обычно эмоциональные переживания не обсуждают со стороны, с позиции ограниченной включенности. Называть эмоции и отстраненно их обсуждать – неэффективно. Поэтому эмоции пробуждаются и переживаются как можно более живо. Именно степень вовлеченности в эмоциональные реакции позволяет исследовать новые стороны эмоциональной жизни каждого из партнеров и реорганизовать эмоциональные отклики. Терапевт старается использовать простые, конкретные слова и образы, позволяющие человеку соединиться с его переживаниями, а не оперирует абстрактными терминами и интерпретациями. Если эмоции начинают переполнять – терапевт отражает и упорядочивает эмоциональные переживания, и это успокаивает клиента. Рассмотрение эмоций в контексте негативного цикла и небезопасности привязанности дает клиентам возможность понять свои переживания, что делает эти переживания более управляемыми. Джэндлин (Gendlin, 1996) отмечал, что в основанных на переживании подходах терапевт помогает клиенту создать *безопасную рабочую дистанцию* для контакта с эмоциями, и это обеспечивает достаточную эмоциональную вовлеченность, но не переполнение ими. Данное понятие согласуется с недавними публикациями, посвященными эмоциональному интеллекту (Salovey, Hsee & Mayer, 1993). Эмоциональный интеллект подразумевает способность распознавать возникающие чувства, регулировать их, чтобы они не переполняли, обдумывать и контролировать эмоциональные порывы, когда это необходимо, и использовать «мудрость эмоций» для руководства к осмыслению своего опыта и в совершаемых поступках. Кроме того, поскольку эмпатическая

настройка – это основа безопасной привязанности, терапевт активно помогает партнеру настроиться, распознать и откликнуться на первичные эмоции другого партнера.

- **Исследование.** У нас нет цели навесить тот или иной ярлык на переживания клиентов или научить их выражать себя «лучше». Скорее, процесс исследования эмоций призван расширить переживания и представления каждого из партнеров о самих себе в отношениях с другим. Этот процесс включает постоянное фокусирование на пока не проясненных сторонах и находящихся в тени аспектах переживаний, а также дифференциацию и символизацию этих переживаний. Это может означать *распаковку* переживания, которое человек обозначает, к примеру, как гнев, и выделение его составляющих: раздражения, горечи, беспомощности и страха. Можно фокусироваться и на отдельных элементах эмоций – например, на мимолетном ощущении «ямы в животе», которое человек испытывает непосредственно перед тем, как оцепенеть и отдалиться от партнера. Исследование таких элементов позволяет увидеть новые грани переживания, что приводит к развертыванию эмоционального опыта и в дальнейшем может быть использовано для его реорганизации. Например, оцепенение при более пристальном исследовании может быть развернуто и стать ощущением безнадежности и неповиновения. Переживание и выражение этих эмоций позволит партнеру выйти за пределы оцепенения. Обозначение своего состояния и сообщение об оцепенении часто является первым шагом к тому, чтобы из него выйти и вступить в контакт с партнером. Также это помещает поведение дистанцирования в новый смысловой контекст для другого партнера, что создает возможность нового диалога.
- **Новые эмоции.** Неразборчивое вентилирование негативных эмоций для достижения катарсиса не является частью процесса ЭТФ и может быть вредным в супружеской терапии. Повторяющееся раз за разом выражение вторичных реактивных эмоций и так составляет неизменную часть ежедневного взаимодействия в неблагополучной паре. Польза от супружеской терапии заключается в обнаружении и развитии новых или непризнанных ранее аспектов эмоциональных переживаний. В

ЭФТ эмоции «раскрывают», пересматривают или перестраивают, продвигаясь из глубины к поверхности. Эмоционально-фокусированный терапевт не пытается с помощью убеждений вывести клиента из его сложного эмоционального состояния; скорее, он способствует новому уровню вовлеченности в переживаемое и выработке новых элементов переживания с тем, чтобы изменить существующее эмоциональное состояние.

На каких эмоциях фокусироваться?

При принятии решения о том, на каких эмоциях фокусироваться, терапевт руководствуется следующими тремя принципами.

- Основное внимание уделяется самым острым и явным аспектам переживаний, возникающим в процессе терапии, например на слезах, бросающейся в глаза невербальной позе, ярком образе или выражении клиента.
- Уделяется внимание эмоциям, *характерным при выражении потребностей и страхов привязанности*. Гнев – обычная реакция на отсутствие отклика со стороны фигуры привязанности. За ним следуют печаль и горе, а также тоска по утраченному и беспомощность. Стыд также может свидетельствовать о том, что клиент не может попросить о чем-то, в чем нуждается, или показать свою потребность в близости. Однако в центре внимания теории привязанности находятся страх и уязвимость, которые наиболее часто являются ядерными негативными аффектами при определении неблагоприятных отношений.
- Терапевт фокусируется на той эмоции, которая, на его взгляд, *играет организующую роль в негативных взаимодействиях* и ограничивает доступность и отзывчивость. Терапевт фокусируется на страхе, промелькнувшем в глазах отстраняющегося партнера, непосредственно перед тем, как он заявил о своей готовности уступить в ответ на жалобы своего супруга или супруги.

Вопрос о том, за какой эмоцией следовать, какую эмоцию разворачивать, оказывается более сложным в случае травмы, когда одновременно возникает множество мощных и входящих в противоречие эмоций (см. примеры в главе 6, Johnson, 2002). С типичной парой

эмоционально-фокусированный терапевт обычно начинает с признания гнева, присутствующего в критике, и с тревоги и беспомощности, стоящей за отстранением, а затем прослеживает признаки страха и небезопасности привязанности.

Стадия терапии обычно определяет, на каких эмоциях и на какой глубине эмоциональных переживаний терапевт сфокусируется, будет прослеживать и работать. На начальных сессиях надо стремиться к тому, чтобы сделать явными имплицитные вторичные эмоции – например, партнер открыто признает свой гнев, вместо того чтобы перечислять ошибки супруга/супруги или свои прошлые обиды, и далее – к помещению вторичных эмоций каждого из партнеров в контекст негативного цикла их взаимодействия и признание этих эмоций. Затем терапевт будет фокусироваться на первичных эмоциях привязанности, проскальзывающих во взаимодействиях в этой паре. В середине ЭФТ терапевт будет больше фокусироваться и углублять контакт каждого из клиентов с первичными, более глубинными эмоциями – например с беспомощностью, подпитывающей реакции гнева. Эти более глубинные эмоции обычно присутствуют имплицитно, но еще не сформулированы и/или не озвучены. Они – формирующие, направляющие (Wile, 1994). Кроме того, у людей могут быть чувства по поводу этих чувств, например страх своего гнева или стыд своего страха. В этом случае терапевт должен обеспечить признание, подтверждение и поддержку переживаниям клиента с тем, чтобы тот смог принять свои эмоции.

Терапевты также должны уметь справляться с собственными тревогами по поводу сильных эмоций. Почти каждый терапевт может озвучить определенные катастрофические страхи, связанные с пробуждением таких эмоций, и, конечно же, у клиентов, особенно у травмированных, часто бывают схожие страхи. Мы можем бояться того, что, если эмоции выйдут наружу, это никогда не кончится. Может быть страшно, что эмоции нас захватят, и мы окажемся в состоянии дезорганизации, утратим ощущение собственного Я. Мы боимся потерять контроль и оказаться рабами порывов, свойственных этим эмоциям, так что мы только ухудшим ситуацию или навредим себе или другим. Нам страшно, что можно не выдержать этих эмоций и «сойти с ума». Мы боимся, что если мы проявим те или иные эмоции, это покажется другим людям странным и/или неприемлемым. Подобные страхи могут блокировать способность терапевта воспринимать,

принимать, раскрывать и использовать эмоциональные переживания, чтобы производить изменения.

Готовность и способность клиента откликаться на терапевтические интервенции также указывает терапевту, с какой интенсивностью фокусироваться на эмоциях. *Эмоционально-фокусированный терапевт находится в близком контакте с переживаниями клиента, с тем, что клиент переживает здесь и сейчас.* При этом важным фактором является готовность клиента оставаться с какой-либо эмоцией, жить с ней. Например, партнер может в тот или иной момент признать, что чувствует растерянность и дискомфорт, но при этом не быть готовым обозначить определенные аспекты своих переживаний как страх. Клиенты обычно используют характерное для их опыта описание эмоций, и терапевт должен принимать это. Например, партнер может избегать слова «злость» и настаивать на «разочаровании» и быть вполне готовым углубиться в прояснение этого «разочарования»; или немолодой мужчина может говорить о том, что он «расстроился», но почувствует себя небезопасно, если назвать это чувство «грустью».

Другой способ думать об этом состоит в том, чтобы учитывать, что у эмоционально-фокусированного терапевта могут быть различные входные точки, с которых начинается работа с эмоциями. Эмоциональное переживание можно развить, обращаясь к *абстрактным комментариям или образам*, используемым клиентом на сессии. Например, партнер говорит: «Это очень трудно» или «Меня это расстраивает», или «Это для меня как ба-бах»; или терапевт может исследовать реакции на определенное взаимодействие или *фрагмент диалога* между клиентами – например, спросить: «Как вы себя чувствуете, когда говорите ему ...?» или «Что с вами происходит, когда ваш супруг говорит...?». Также терапевт может отразить названную или предполагаемую эмоцию, когда получает *пример привычного негативного цикла в паре*. Терапевт прослеживает и исследует эмоции, содержащиеся в предъявленном парой рассказе. События, произошедшие на сессии или между сессиями, значимые в контексте темы привязанности, также следует рассматривать и исследовать.

Ниже приводится пример обращения к эмоциональным реакциям и их исследования.

Начальный этап терапии: оба партнера – дистантные и сдержанные. Муж, обычно занимающий обвиняющую и преследующую по-

зицию, рассказывает историю. Накануне вечером супруги были в гостях. По дороге он думал о том, что последние несколько недель жена отклоняла его намеки о сексе, так что в гостях он изрядно выпил, чтобы «успокоиться». Потом он пошел искать жену, и увидел ее явно увлеченной разговором с очень привлекательным мужчиной, который выглядел «как дурацкая модель с журнальной обложки». Тогда муж «решительно направился» к ней через комнату и спросил, собирается ли она весь вечер «флиртовать и распутничать» с этим «идиотом». Она холодно ответила, что разговор «приятнейший» и что он может уходить, когда захочет, а она собирается продолжить беседу. Он выбежал на улицу и в ярости поехал домой. После этого они не разговаривали друг с другом до тех пор, пока не пришли на прием к эмоционально-фокусированному терапевту. Терапевт рассматривает описанное событие в контексте негативного паттерна во взаимодействии партнеров; паттерна, согласно которому муж приходит в состояние беспокойности, сердится или требует чего-то от жены, а жена, обиженная и чувствующая безнадежность, отстраняется. Далее терапевт, вероятнее всего, замедлит темп и восстановит в беседе с мужем последовательность, в которой развивались события, фокусируясь на обсуждаемых ранее элементах эмоциональных реакций: триггер, или начальный сигнал, ощущения в теле, повторная оценка и приписывание смысла, действие, а также его последствия. В этом случае терапевт отражает гнев клиента и фокусируется на том, что вызвало эту эмоциональную реакцию. Что он увидел, когда посмотрел в другой конец комнаты на увлеченную разговором жену? Что эта картина для него значила? Что конкретно в открывшейся картине так его расстроило? Сначала клиент просто повторяет свои уничижительные комментарии в адрес жены, но терапевт мягко и медленно повторяет свой вопрос. Тогда клиент начинает фокусироваться на своих воспоминаниях и говорит: «то, как она на него смотрела». Терапевт следует за этой репликой, и у клиента внезапно на глазах появляются слезы, и он говорит сдавленным голосом: «На меня она больше так не смотрит». Это позволяет начать исследование потребностей и страхов привязанности этого клиента и того, как он их выражает в общении с женой, которой совсем непросто разглядеть за внешними проявлениями враждебности его уязвимость. В этом событии муж обходит переживания боли, страха, возможной потери и внезапно участвовавшего сердцебиения; вместо этого он концентрируется

на вторичной защитной реакции – на ярости. Терапевт также мог бы развернуть реакции этого клиента, фокусируясь на других элементах – таких, как ощущения в теле, возникшие, когда он смотрел в другой конец комнаты или когда он рассказывал об инциденте. Терапевт мог бы перейти к приписываемому значению и оценке происходящего, задавая вопрос: «Что вы говорили себе, когда шли через комнату?», или фокусироваться на его мотивации (например, что еще он хотел бы сказать жене), например: «Ты не можешь так поступать со мной». Развертывание любого из этих элементов позволяет углубить и перестроить всю картину события, а потом и картину происходящего в отношениях супругов.

Цель терапии, особенно в задаче 2 ЭТФ, – выявить, развить и переформулировать основные эмоции привязанности, использовать новые аспекты эмоциональных переживаний для расширения смыслового пространства, задействовать эмоции, чтобы «продвинуть» клиентов к новым реакциям, и применять развернутый эмоциональный опыт так, чтобы расширить диапазон взаимодействий в паре.

Говоря другими словами: если мы посмотрим на составляющие эмоций и на то, как терапевт мог бы использовать их в терапии, – как бы это могло выглядеть? Эти составляющие — ключевое событие, или триггер эмоции; первичная оценка или восприятие; телесное возбуждение, повторная оценка (приписывание смысла, чаще всего с учетом циклов, идентичности, привязанности) и стремление к действию.

Пример

Жена. С тобой так трудно. Не переношу такого твоего отношения!

Муж (*роняет руки и отворачивается, глядя в окно*).

Терапевт. Что с вами происходит, когда жена говорит: «...»?

Муж. Ничего, я привык. Она все время это говорит.

Терапевт. Вы ничего не чувствуете, когда она говорит: «...»? (*Повторяет ключевую фразу.*)

Муж. Это так часто бывает. Тут ничего не поделаешь. Пытаюсь забыть. (*Переключается на совладание.*)

Терапевт. Вы пытаетесь забыть все те случаи, когда она говорит вам, что ей вас трудно переносить. (*Он кивает.*) Но в ту долю секунды, когда вы пытаетесь отмахнуться от этого и «забыть», что она сказала, что вы чувствуете в этот момент? Когда она говорит: «С тобой так трудно»?

Муж. Не знаю. Просто ухожу в сторону.

Терапевт. В этом есть что-то тяжелое? Это расстраивает? Это трудно принять, слишком трудно? *(Он кивает.)* Что вы слышите в ее словах? *(Фокусируется на первоначальной оценке.)*

Муж *(оценка-угроза)*. Она говорит, что я безнадежен. Эти отношения обречены, псу под хвост.

Терапевт *(фокусируется на телесной активности)*. Вы опускаете руки, бросаете их – вот так – это безнадежность? Поражение? *(Переходит к смысловой переоценке.)*

Муж. Наверное, так. Да.

Терапевт. Вы как будто бы опускаете руки и сдаетесь. Это безнадежно?

Муж. Да. *(Смотрит вниз, рассматривает свои ботинки, говорит тихо.)* Я ничего не могу сделать.

Терапевт *(фокусируется на смысле)*. Вы слышите в ее словах: «С тобой слишком трудно», испытываете безнадежность, пытаетесь отмахнуться от этого, но ваша поза выражает безысходность, и вы говорите себе: «Как же это? Я все развалил. Я что, ее уже потерял?»

Муж. Да. Я уже все полностью развалил. Ничего у меня с ней никогда не получится. У нее свои стандарты, а я не могу... у меня никогда... *(Слезы.)*

Терапевт *(тенденция к действию)*. И вы сдаетесь и отстраняетесь, чтобы защитить себя, отгородиться от боли и беспомощности. *(К жене.)* А тогда вы сердитесь еще больше. *(Она кивает.)* И вот круг, в который попали ваши отношения и из-за которого вам обоим одиноко. *(Значимость привязанности.)* Вы об этом плачете?

Муж. Нет. Просто глаза слезятся.

Терапевт. Вы говорите себе: «Я все развалил, потерял ее, у меня с ней никогда ничего не получится»? И вам отчасти хочется опустить руки, и кажется, что ей не угодить и вам не видать ее любви, это так? *(Повторяет смысловую схему.)*

Муж. Верно, мой брат сказал: «Наступает время жениться, хотя ты еще молодой. Но делай, как знаешь. У нас в семье все рано женились». *(Переводит разговор на другую тему.)*

Терапевт. Я хотела бы вернуться *(Фокусировка.)*. То есть когда вы слышите, что жена сердится, вы отстраняетесь, пытаетесь

забыть, а она видит... Что она сказала? Она видит холодность (Она кивает.) А на самом деле у вас опустились руки. Вы пытаетесь справиться с сильным ощущением крушения, провала, страха, что никогда не сможете ей угодить. Так, что вы замыкаетесь и отгораживаетесь от нее. Я правильно понимаю то, что происходит? (Суммирует все элементы эмоционального переживания в контексте цикла.)

Муж. Да, так. Думаю, так. Это так (Плачет.)

Когда эмоциональное переживание «распаковывают» и собирают его в связанное, осмысленное целое, а клиент при этом полностью эмоционально включен, бывает уместно предложить инсценировку.

Терапевт (предлагая инсценировку). Вы можете посмотреть на нее и сказать: «Я слышу, что я безнадежен, что я тебя уже потерял, поэтому я замыкаюсь, чтобы было не так больно». Можете сказать ей это?

Затем терапевт поможет жене с формулировкой и разработкой ее отклика на это сообщение.

Давайте теперь посмотрим на особые навыки, которые эмоционально-фокусированный терапевт использует в процессе терапии.

Навыки и интервенции: доступ к эмоциям и их переформулирование

1. Отражение

Терапевт обращает внимание и отражает наиболее заметную в настоящий момент эмоцию. Терапевт сообщает свое понимание переживаемого и направляет внимание клиента на это переживание. Отражением является не просто эхообразное повторение или перефразирование слов клиента. Оно требует значительной концентрации со стороны терапевта и эмпатического погружения во внутренний мир клиента. Терапевт прослеживает переживания клиента, перерабатывает их вместе с ним и осознает, как данный конкретный человек шаг за шагом выстраивает свои переживания. Терапевт отмечает и озвучивает изменения в потоке переживаний, например, если внезапно про-

исходят изменения в уровне эмоциональной вовлеченности клиента или он «застревает» и не может подобрать слова.

Точное отражение позволяет клиенту почувствовать, что его слышат и с ним считаются. Таким образом, терапевтическая сессия становится безопасным пространством, а терапевт воспринимается как союзник. Подобное отражение, кроме того, *направляет внимание клиента вовнутрь, обостряет восприятие собственных переживаний*, а также *замедляет процесс* межличностного общения на сессии. Отражение подчеркивает важность определенных высказываний и фокусирует терапевтический процесс. *Отражение как бы поворачивает переживание к свету, так что становятся видны его новые грани*. Отражение можно считать средством, помогающим клиентам ухватить и испытать нечто из их опыта, что казалось смутным или абстрактным. Оно может сгладить, а может и заострить переживания, в зависимости от того, как его использовать. Это – основной инструмент эмоционально-фокусированного терапевта, позволяющий фокусировать и направлять сессию. Хорошее отражение – первый шаг к тому, чтобы сделать переживание клиента живым, осязаемым, конкретным, точным и активным (а не воспринимать свой опыт, как нечто, происходящее со мной без моего участия).

Пример

Терапевт. Помогите мне понять, Елена: по сути вы сейчас говорите Питеру: «Я не вижу, что ты меня хочешь и что скучаешь по мне. То, что я вижу и слышу, – это что во мне чего-то недостает. Я тебя разочаровываю. Как в Библии⁴, я взвешена на весах и найдена слишком легкой. Я чувствую себя униженной, побежденной». Это так?

Жена. Так. Именно. Меня списали, забраковали.

2. Признание

Эмоционально-фокусированный терапевт доносит до клиентов, что каждый из них имеет право на свои переживания и эмоциональные реакции. При необходимости терапевт явно разграничивает переживания одного партнера и намерения и/или качества другого партнера: например, один партнер с полным основанием может чувствовать

⁴ Отсылка к библейской цитате: «Ты взвешен на весах и найден очень легким» Дан.5:27 (пророчество поражения и смерти вавилонского царя Валтасара) (Прим. пер.).

себя ненавидимым, в то время как второй вовсе не испытывает ненависти. Терапевт считает, что в подобных реакциях нет ничего ненормального, иррационального, постыдного или странного. Эмпатическое отражение, применяемое с уважением и заботой, несет именно такое послание, но, кроме того, важно *явным образом* выразить признание и подтверждение тому, как каждый партнер чувствует себя во взаимоотношениях. Подтверждение со стороны терапевта создает ощущение безопасности, снижает общий уровень тревоги и противодействует атмосфере обесценивания и самообороны, свойственной неблагополучным парам. Признание и подтверждение также является противодействием ограниченному самовосприятию и самопредъявлению, основанному на самокритике или на ожидании осуждения со стороны других. Эмпатическое отражение и подтверждение побуждают клиентов активнее включаться в собственные переживания, которые затем можно полнее раскрыть и сформулировать.

Пример

Терапевт. Кажется, я понимаю. Стоит ему сказать, что он подавлен, вы сразу чувствуете, что для вас это слишком, и вам становится немного страшно. Как будто на вас наваливается тяжкий груз, наваливается так, что невозможно дышать. Естественно, что этот груз хочется спихнуть с себя, чтобы можно было вздохнуть. И вы злитесь на мужа за то, что он не может выбраться сам. Так что вы или отгораживаетесь и уходите в себя, или говорите ему, чтобы он завязывал с этим. Это примерно так?

3. Пробуждающие отражения и вопросы

Пробуждающие отклики направлены в первую очередь на предполагаемые, неясные или появляющиеся в данный момент аспекты переживаний партнера и побуждают к исследованию и вовлеченности. Слово «пробуждающие», «эвокативные» происходит от латинского глагола *evocare* – «призывать, вызывать». Терапевт обходит поверхностные темы в содержании беседы и обращается к эмоциям клиента. Он старается «вживую» уловить качество переживания и неявно присущие этому переживанию элементы, расширяя эти переживания, зачастую используя пробуждающие образы. Это помогает клиенту выстроить свои переживания в более живой и дифференцированной форме.

Эти отражения предлагаются клиенту ввиду *предположений* так, чтобы клиент мог ощутить их, примерить, скорректировать, переформулировать или принять как есть, а не получить экспертное заключение о своих реакциях. Отражения могут фокусироваться на том, как именно воспринимаются и переживаются сигналы, получаемые от партнера; на наиболее заметных составляющих эмоциональной или телесной реакции; на желаниях и устремлениях, стоящих за конкретной реакцией; на конфликтующих элементах внутри этой реакции; или же на тенденциях к действию или намерениях, свойственных этому эмоциональному переживанию. Терапевт подводит клиентов к *«переднему краю» их переживаний* и приглашает сделать следующий шаг в формулировании и символическом выражении этого переживания. Рассмотрим следующие примеры.

Примеры

1. **Терапевт.** Что именно в тоне голоса Марии, который вы слышите прямо сейчас, создает ощущение, что земля уходит из-под ног?
2. **Терапевт.** Когда вы говорите это, Сэм, ваш голос звучит сдавленно, как будто больно произнести, что вы, возможно, не тот, кто нужен Марии?
3. **Терапевт.** Мне кое-что надо прояснить. Кажется, вы говорите, что когда вы видите такое выражение на ее лице, у вас появляется это огромное желание убежать и спрятаться. Это так? Помогите мне понять.
4. **Терапевт.** Вы хотите убежать и спрятаться, но другая ваша часть настаивает на том, чтобы вы попробовали отстоять свою позицию, это так?
5. **Терапевт.** И когда вы это слышите, некая часть вас, недоверчивая часть, хочет закричать: «Я никогда не позволю тебе еще раз сделать мне так же больно!» Так?

Такие вопросы, как: «Что с вами происходит, когда вы...», «Как вы себя чувствуете, когда слышите... или когда говорите...», «Как это для вас, когда...?», – напрямую предлагают клиенту углубить собственное осознание переживаемого в данный момент. Внимание может быть сфокусировано на внутреннем переживании или на процессе взаимодействия.

6. **Терапевт.** Что происходит с вами, когда вы начинаете чувствовать безнадежность, о которой только что сказали?
7. **Терапевт.** Что сейчас произошло? Мария, вы вздрогнули, когда Джим хлопнул себя по ноге, и затем промолчали; что с вами было в тот момент?

Для того чтобы точнее уловить переживания клиента, терапевт может направить внимание на определенный их элемент. Это можно сделать, просто повторив значимую фразу, которую клиент обронил и не стал на ней заостряться, или попросив клиента повторить ее самому. Например:

8. **Терапевт.** Вы не могли бы повторить, Мария? Ту фразу, когда вы сказали «Я не позволю тебе меня сломать!».

Такие вмешательства приглашают партнеров к исследованию и повторной переработке их переживаний. По мере того как клиенты все больше включаются и вовлекаются в процесс переживания, начинают проявляться новые элементы, преобразующие это переживание. Пробуждающие реакции – основной инструмент терапевта, используемый для того, чтобы помочь клиенту перейти от отрицания любой эмоции или отреагирования эмоции в виде обвинения или принижения другого («Ты просто ничтожество!») к прямому признанию своего вторичного аффекта («Я на тебя очень злюсь!») и дальнейшему формулированию стоящей за ним первичной эмоции («Я становлюсь такой беспомощной. Я унижаю тебя, только бы добиться какой-то твоей реакции»).

Есть также особый тип побуждающих высказываний – когда терапевт пробуждает части личности или голос фигуры привязанности для того, чтобы расширить и переработать переживание. Терапевт может призвать противоположную часть Я клиента, чтобы высветить дилемму или углубить переживаемое. Также терапевт может воззвать к голосу или говорить от лица фигуры привязанности – и таким образом дать признание и подтверждение страху, переживаемому клиентом, или дать ему «противоядие» от затопляющего страха.

Примеры

1. **Терапевт.** И вот, Эми, одна ваша часть говорит: «Не делай этого. Не рискуй. Тебе уже делали больно раньше». Но другой части так грустно, так одиноко. Эта, вторая часть, говорит: «Ищи

его, тянись к нему, дотянись до того, что тебе так нужно». Это так?

- 2. Терапевт.** Прямо сейчас страх говорит: «Просто замолчи, отойди в сторону и замри». Это так? Страх говорит: «Это безнадёжно».

Эти интервенции усиливают степень вовлеченности в происходящее в настоящий момент. Фокус при этом может быть различным – можно помогать клиенту войти в контакт с его эмоциональным опытом, касающимся восприятия себя и другого в отношениях; можно помогать переработать определенную особо нагруженную реакцию, которая стоит за его позицией во взаимодействии; или развивать и реструктурировать какие-то непреодолимые эмоциональные реакции таким образом, чтобы увеличить отзывчивость и доступность партнеров.

4. Усиление

По мере того как терапевт отслеживает внутренние и межличностные процессы, разворачивающиеся в каждом из партнеров и в паре, он также может высветить и усилить определенные реакции и взаимодействия. Обычно это те реакции и взаимодействия, которые играют решающую роль в поддержании деструктивных аспектов в отношениях пары, – впрочем, если возникают позитивные или новые взаимодействия, их также усиливают. Терапевт может использовать усиление эмоций, чтобы помочь клиентам по-новому включиться в собственные переживания и создать новый тип диалога между ними. Усиление выводит находящийся на заднем плане эмоциональный опыт в центр внимания, так что теперь его можно использовать для преобразования переживаний и взаимодействия. Есть несколько способов сделать это:

- повторять фразу, чтобы усилить ее значимость;
- сама манера говорить о чем-то способна усиливать переживание. Эмоционально-фокусированный терапевт обычно наклоняется вперед, замедляет и понижает тон голоса, когда хочет усилить переживаемую уязвимость и незащищенность, и повышает голос, усиливая проявления решительности;
- использовать яркие, емкие образы и метафоры, описывающие квинтэссенцию переживания;

- управлять инсценировками во взаимодействии, переводя интрапсихический опыт в плоскость общения партнеров;
- удерживать, иногда очень упорно, определенный фокус внимания. Терапевт блокирует попытки выйти или сменить направление переживаемого, не давая ослабить эмоциональную напряженность момента.

Пример

Далее следует выдержка из терапевтической сессии, иллюстрирующая вышеописанные интервенции.

Терапевт. Скажите еще раз, Джим: «Я просто не могу открыться и довериться ей».

Джим. Да, я просто не могу. Не могу себя заставить. Я отшатываюсь. Держу ее на расстоянии.

Терапевт. Как вы чувствуете себя, когда говорите это, Джим?

Джим. Мне грустно, но такое ощущение, что так надо. Так надо. Так лучше.

Терапевт. Спокойнее, безопаснее, когда она за дверью, когда она на расстоянии.

Джим. Да, так оно и есть. В моей стране...

Терапевт. Вы хотите держать ее в стороне. По ту сторону двери можно чувствовать себя спокойнее.

Джим. Да.

Терапевт. А вы можете сказать ей: «Я собираюсь держать тебя на расстоянии, на некоторой дистанции. И неважно, что ты делаешь. Я вообще не готов довериться кому бы то ни было. Я не дам тебе по-настоящему со мной соединиться».

Клиент начинает излагать собственную версию сказанного терапевтом и раздражается слезами. В этот момент происходит усиление переживаний Джима, а его позиция в отношениях выражается явным образом.

5. Эмпатическое предположение/интерпретация

Здесь эмоционально-фокусированный терапевт делает заключение об актуальном состоянии клиента и о его переживаниях, исходя из невербальных, интерактивных и контекстуальных аспектов, и помогает клиенту придать им окраску, форму, привести в соответствие со своим опытом и продвинуть эти переживания на шаг вперед. Это

делается не для того, чтобы показать психогенетические причины или паттерны, не для того, чтобы помочь клиенту более «правильным» образом интерпретировать происходящее с ним, но для того, чтобы расширить и прояснить его переживания так, чтобы новые смыслы могли проявиться сами по себе, естественно. Такие догадки, предположения не являются рациональными ярлыками, которые могли бы подвести под определенную категорию и таким образом ограничить переживание, и не предназначены для того, чтобы снабдить клиента новой информацией о нем самом. Цель – создать благоприятные условия для более интенсивного переживания, из чего спонтанно возникает новое понимание, а не вызвать инсайт ради инсайта. Вмешательства, которые здесь используются, возникают из эмпатического погружения в переживания клиентов и из знаний о позициях и паттернах во взаимодействии конкретной пары. Также терапевт руководствуется теорией привязанности, дающей понимание взрослых любовных отношений, которое является основой ЭФТ.

С точки зрения основанного на переживании подхода важно, чтобы эти интерпретации не были навязаны клиентам и не помешали бы им делать собственные открытия. В терапии пары риск этого ниже, так как тут действуют системные закономерности, которые видны терапевту и которые незамедлительно дают корректирующую обратную связь некорректным вмешательствам. Кроме того, интерпретации делаются в предположительной манере, а партнеров активно поощряют к тому, чтобы они на протяжении всей терапии направляли и поправляли терапевта.

Вмешательства в ЭФТ обычно касаются *защитных стратегий, потребностей привязанности, а также ядерных катастрофических страхов и фантазий в контексте привязанности*. Эти предположения говорят о потребности в самозащите, которую клиенты явным образом испытывают; они формулируют такие реакции привязанности, как беспомощное оплакивание и поиск утешения; а также помогают выразить классические человеческие страхи поглощения/порабощения, отвержения и оставленности. Отношение к себе, читающееся между строк в диалогах партнеров, например восприятие себя недостойным любви и признания, также озвучивается с помощью данного вида вмешательств. Так терапевт развивает переживания партнеров, делает явными те элементы переживаний, которые партнерам трудно сформулировать или признать.

Примеры

1. **Терапевт.** Сэм, у меня возникает ощущение, что вы как будто разрываетесь. С одной стороны, вам хочется сказать Марии: «Иди к черту, никто не собирается стоять у тебя над душой с ожиданиями и требованиями, никто не собирается тебя побеждать», а с другой вы отчаянно боитесь ее злости и отвержения, того, что она может вас прогнать.
Сэм. Да, все именно так и получается.
2. **Терапевт.** Кэрри, где вы в данный момент?
Кэрри. Не знаю.
Терапевт. Что происходит?
Кэрри. Не знаю... просто тишина внутри.
Терапевт. Как будто вы сейчас где-то далеко?
Кэрри. Да, очень далеко.
Терапевт. Там, где никто не сможет причинить вам боль, да? (*Кэрри оживленно кивает.*) Это единственный способ чувствовать себя сейчас в безопасности, так?
Кэрри. Да, я прямо сейчас отключаюсь.
Терапевт. Какое при этом ощущение, когда отключаешься?
Кэрри. Ощущение пустоты. Но это лучше, чем... чем... (*Долгая пауза.*)
Терапевт. Чем когда тебя унижают или стыдят, так?
Кэрри. Да, я попросила его, а он посмеялся надо мной, вот только что он посмеялся.
Терапевт. Так, как будто вы ничего не значите для него, то, чего вы хотите, ничего не значит, как будто вы ничто, да?
Кэрри. Я не буду просить и умолять, не дождется. Я не буду бороться, чтобы он меня услышал.
Терапевт. Вы отойдете туда, где он не сможет до вас добраться, и так одержите над ним победу, так? (*Кэрри кивает.*) Там пусто и одиноко, но зато там вы невредимы?

Особый вид предположений используется в ходе поворотных событий на второй стадии ЭФТ – когда терапевт перестраивает взаимодействия и создает условия, в которых отстраняющийся партнер мог бы включиться, а обвиняющий партнер – смягчиться. Эта интервенция состоит в том, чтобы посеять «семена привязанности». Также это форма усиления и форма подтверждения. Терапевт углубляется в

страх клиента, обнаруживая за ним потребности привязанности, заблокированные страхом. В анализе успешных случаев смягчения обвиняющего партнера эмпатическое предположение – часто встречающаяся интервенция. Данное вмешательство подтверждает безвыходность ситуации, возникающей из-за страха клиента, и дает возможность увидеть картину того, как могли бы развиваться события, если бы страх был не таким сильным. Вмешательство всегда начинается со слов: «И вы вот никогда не могли...». Устремления и поведение привязанности, заблокированные страхом, затем явно озвучиваются. Это вмешательство создает картину возможных попыток к сближению, которые терапевт намерен развивать в ходе терапии.

Примеры

1. **Терапевт** (*низким, пробуждающим голосом обращается к клиентке, которая обнаружила страх открываться перед партнером и не может попросить его откликнуться*). И вот вы никогда, никогда не могли повернуться к нему и сказать: «Иди ко мне и побудь со мной. Иди сюда и будь со мной, потому что ты мне нужен, и я прямо сейчас должна быть для тебя на первом месте». (*Клиентка качает головой.*) Вы бы никогда не могли этого сделать, никогда. Это было бы слишком страшно. Вы этого даже не заслуживаете. Это так?

Пруденс. Не могу я так, не могу.

2. **Терапевт** (*клиенту, пытающемуся снова сойтись со своей женой*). То есть вы никогда не могли дать ей понять, как ее «постоянные проверки», как вы это называете, подавляют вас и заставляют отстраняться. вы бы никогда не могли прямо попросить ее пойти на риск и дать вам шанс научиться близости?

Такие вмешательства в какой-то степени бросают клиентам вызов, предлагая им возможный вариант более близких отношений, но при этом терапевт остается эмпатичным и принимающим.

Также эмоционально-фокусированный терапевт иногда использует несколько более сложную форму предположения, называемую *иносказанием* (*disquisition*) – это делается, когда у партнеров есть сильное сопротивление к исследованию своих переживаний и вышеозначенные техники оказываются неэффективными. Иносказание – это история, рассказываемая терапевтом о парах вообще или о типах су-

пруджеских проблем. Поданное как история, имеющая некоторое сходство с историей этих клиентов, или, возможно, чем-то им полезное, иносказание представляет собой метафорическое описание ключевых реакций партнеров и предположительно стоящих за ними эмоций. Такая история, поданная в повествовательной и не таящей в себе угрозы манере, показывает клиентам, что терапевт понимает межличностную и интрапсихическую реальность каждого из партнеров. Обычно это более развернутая версия той истории, которую пара предьявляет терапевту, касающаяся эмоциональных переживаний, связи между ними и того, как партнеры реагируют друг на друга. В результате такой интервенции обычно один или оба партнера идентифицируются с какими-то аспектами истории и начинают соотносить их с собственными переживаниями. Это не прямой и очень бережный способ затронуть определенные переживания с относительно закрытым клиентом или парой.

Примеры

Терапевт может использовать иносказания, чтобы развить переживания партнеров, вовлеченных в деструктивные циклы взаимодействия:

Терапевт. Кое-что здесь напоминает мне о других парах, с которыми мне доводилось работать; у вас, разумеется, все может быть совершенно иначе, но в некоторых парах более активный участник иногда доходит до такой точки, когда ему хочется, чтобы другому тоже стало больно. Чтобы убедиться в том, что он тоже что-то значит, как-то может повлиять на партнера, который кажется непробиваемым и закрытым. А кончается все тем, что он начинает просто изводить другого, лишь бы показать, что с ним так нельзя поступать, нельзя его игнорировать и не считаться. А для другого это выглядит как нападение, как нескончаемая атака по всем фронтам, так что другой просто окапывается, прячется в траншею, выстраивает защиты. Вы как будто говорите: «Ты меня не достанешь»; правда, это утомительно – жить, постоянно вслушиваясь, не приближается ли «стрельба», в постоянной готовности сорваться и бежать или прятаться. В конце концов, оба чувствуют себя отвратительно. Не знаю, имеет ли это какое-то отношение к вам?

Терапевт может также использовать иносказания, чтобы связать клиента с переживанием, которого тот пока не признает. Например,

после рассказа о вторгающемся, ревнивом поведении мужа (тот подслушивал, когда жена говорила с друзьями по телефону) – поведении, которое не удастся обсудить в ходе сессии, может быть предложено следующее иносказание:

Терапевт (*обращаясь к жене*). Я слышу, что вам и правда, трудно понять такое поведение Теда, а ему, похоже, тяжело об этом говорить. Я не вполне понимаю, что происходит. Но я вижу, как Вы на это сердитесь. И мне на ум приходит один мой прежний клиент. Он терпеть не мог ходить с женой в гости. Мало-помалу он осознал, как тоскливо и одиноко ему становится, когда он слышит ее веселый, оживленный голос, обращенный к другим. Это напоминало ему о временах, когда она так разговаривала с ним, и тогда он чувствовал себя особенным и любимым. Это также напоминало ему о том, что теперь все иначе, что он ее почему-то потерял. Она больше не говорила с ним таким голосом. Он чувствовал себя лишним и это было грустно, так что он начинал сердиться и задавать ей кучу вопросов, касающихся ее разговоров в гостях, а она чувствовала, что он вмешивается в ее жизнь. Но это был другой клиент. Возможно, к вашей истории это имеет мало отношения, у вас все может быть по-другому.

Эта интервенция в первую очередь направлена на переживания мужа, но адресуется жене в форме истории про кого-то другого.

6. Самораскрытие

Это незначительная часть репертуара эмоционально фокусированного терапевта, особенно если сравнивать ЭФТ с другими гуманистическими основанными на переживании подходами (Kempler, 1981). Обычно самораскрытие ограничивается определенным кругом задач – построением альянса, усилением признания и подтверждения реакций клиента или присоединением к клиентам с тем, чтобы помочь им определить составляющие их переживаний.

Примеры

1. **Муж.** Я чувствую себя по-идиотски, я не должен был позволять своим тревогам настолько выйти из-под контроля, чтобы я не мог даже слышать жену.

Терапевт. Гм-м, по себе я знаю, что действительно трудно воспринимать что-то, когда мне страшно. Тогда для чего-то другого остается мало места.

2. **Муж.** Я уверен, что могу справиться с чем угодно. Сейчас я ничего не чувствую вообще.

Терапевт. Сейчас вы кажетесь себе очень устойчивым (*тот кивает*). Я бы просто хотел поделиться с вами: когда я вижу, как вы боретесь, как ваша жена пытается достучаться до вас, а вы остаетесь за своей «стеной» – я чувствую печаль. Прямо сейчас это кажется мне печальным.

Такие вмешательства нормализуют, подтверждают реакции клиентов или позволяют пробудить больший эмоциональный отклик у партнера, который не находится в контакте со своими переживаниями.

Краткое обобщение

Вышеописанные терапевтические интервенции основаны, во-первых, на принятии каждого партнера таким, какой он есть, и на создании с помощью этого принятия контекста для исследования и углубления эмоционального опыта. Конкретные реакции и позиции обоих партнеров, как правило, разворачиваются и разрабатываются в деталях, а не оспариваются или заменяются более грамотными навыками. Эмоционально-фокусированный терапевт, скорее, будет подтверждать и помогать партнерам исследовать потенциально негативные реакции, такие как гнев или молчаливое замыкание в себе, а не предлагать или обучать другим реакциям.

Помочь клиенту войти в контакт, переработать и в случае необходимости перестроить переживание и восприятие себя и другого в близких отношениях – это процесс исследования и созидания. Клиент осваивает новые – прежде отрицавшиеся, отбрасываемые или просто не сформулированные – элементы собственных переживаний.

Задача 3: реконструирование взаимодействий

Две задачи: доступ/переформулирование эмоций и перестройка взаимодействий разделяются здесь лишь из соображений большей ясности; на практике они всегда взаимосвязаны. Эмоционально-фокусированный терапевт использует новый эмоциональный опыт для создания нового типа диалога, и затем применяет этот диалог для создания новых эпизодов взаимодействия, которые затем воздействуют на эмоциональную жизнь партнеров. Наши способы регулировать эмоции, контактировать с ними и выражать их и то, как мы контактируем с другими людьми, – это две стороны одной медали. Таким образом, обнаружение и выражение своей уязвимости одним из партнеров делает возможным новый диалог, диалог о желании этого партнера получить утешение и успокоение от своего супруга, что позволяет проявиться новым реакциям с его стороны. В свою очередь, новый диалог, в котором уязвимый супруг решается показать, что нуждается в другом, и в ответ получает заботу, укрепляет в нем стремление полагаться на партнера и создает первые проблески доверия. Я и система, танцор и танец оказываются в тесной взаимосвязи, отражая и создавая друг друга.

Для реализации задачи 3 терапевт делает следующее:

- прослеживает и отражает паттерны и циклы взаимодействия;
- производит переформулирование проблемы с учетом контекста, то есть с учетом циклов и процессов привязанности;
- реструктурирует взаимодействия, режиссируя новые эпизоды, в которых привычная для каждого из партнеров позиция во взаимоотношениях модифицируется.

1. Прослеживание и отражение

Терапевт прослеживает и отражает процессы взаимодействия – примерно так же, как он прослеживает и отражает процессы внутренних переживаний, создающие эмоциональный опыт каждого из партнеров. Описывая процесс и структуру взаимодействий, терапевт помогает сфокусироваться на происходящем между партнерами, что проясняет природу взаимоотношений между ними.

В самом начале терапевтического процесса терапевт, опираясь на рассказы пары и собственные наблюдения, по частям воссоздает типичные для этой пары проблемные взаимодействия. Данные интерактивные последовательности терапевт отражает, сообщает паре и описывает как повторяющийся паттерн; чаще всего им оказывается паттерн «обвинение-защита» или «преследование-избегание». Как указывалось выше, партнеры считаются и невольными создателями, и жертвами этих негативных циклов взаимодействия.

Идентификация и детальное исследование негативного цикла взаимодействия, продолжающееся в ходе терапии, экстернализирует проблему, подобно тому, как это происходит в нарративных психотерапевтических подходах (White & Epston, 1990). Это профилактика такого поворота событий, при котором проблема в отношениях будет объясняться «дефектом» одного из супругов; это позволяет смягчить обвинения и разрушительные споры о том, кто несет ответственность за неблагополучие в отношениях. Такое описание проблемы позволяет партнерам взять на себя некоторую долю ответственности за то, как развиваются отношения; в качестве врага выступает деструктивный цикл, а не другой партнер или собственная неадекватность. Деструктивный паттерн взаимодействия описывается как нечто, живущее своей, отдельной жизнью и подрывающее попытки пары вступить в контакт и заботиться друг о друге. После этого партнеры могут начать сближаться, вдвоем выступая против врага, обкрадывающего их отношения. Ощущение общего внешнего врага создает взаимное притяжение внутри пары.

Описание паттернов взаимодействия, так же как и описание внутренних переживаний, проходит через всю терапию, со временем становясь все более детальным и углубленным. Когда негативные паттерны вступают в действие, эмоционально-фокусированный терапевт фокусируется на *прототипических моментах во взаимодействии* и либо обращается к стоящим за ними эмоциям, чтобы лучше вникнуть в происходящее в паре, либо отражает и/или заново проигрывает взаимодействие, чтобы кристаллизовать «танец» этой пары. При этом терапевт может задавать следующие вопросы:

- Что сейчас произошло? Вы сказали... и тогда вы сказали...
- Как вы реагируете, как вам хочется ответить, когда он так говорит об этом?

Затем взаимодействие повторно проигрывается, описывается и суммируется для того, чтобы пряснить и заострить внимание на разворачивающихся интерактивных последовательностях и на позициях, занимаемых партнерами в отношениях, т.е. на таких аспектах отношений, как близость/контакт, власть и контроль.

Примеры

Ниже приводится пример отражения деструктивного цикла на первой сессии.

Терапевт. Давайте посмотрим, правильно ли я вас понимаю.

Обычно бывает так: вам хочется большей близости с Уолтом и вы пытаетесь поговорить с ним о своих чувствах и отношениях, а вы, Уолт, предпочитаете чем-нибудь заниматься или быть в большой компании друзей, и вам сложно найти время для разговоров о чувствах и отношениях. Вы даже не уверены, что точно понимаете, что именно Джейн имеет в виду под этим «поговорить». Дошло до того, что для вас, Джейн, Уолт стал больше соседом по комнате, чем партнером, вы на него изрядно злитесь и критикуете; Уолт, а вы стараетесь избежать ее гнева, так что еще чаще уходите куда-нибудь и проводите с ней все меньше времени. Как-то так?

Далее следует отражение того же цикла, но на более поздних стадиях терапии.

Терапевт. Это один из таких случаев, когда вы, Джейн, начинаете чувствовать себя совсем одиноко. Так, как будто Уолт к вам безразличен? Вы чувствуете себя невидимой, и вас это возмущает (*«невидимая» и «возмущает» – собственные слова Джейн из предыдущих сессий*), и вы протестуете, вы срываетесь и «даете ему в лоб», как вы говорите.

Джейн. Да, а он тогда в своей манере делает свое «меня тут нет».

Терапевт. Понятно.

Уолт. Нет смысла оставаться.

Терапевт. Вы переживаете это как что-то, с чем вы ничего не можете поделать, это воспринимается как безнадежность.

Уолт. Правильно, правильно, тогда я сбегаю. Иду к друзьям.

Терапевт. Бежите в более безопасное место, где на вас никто не срывается, никто не говорит, как вы его разочаровали. Это то, что вам так трудно слышать?

В следующем эпизоде терапевт воспроизводит определенный момент разворачивающегося цикла и детальнее выявляет позицию, занимаемую партнером.

Терапевт. Мария, что произошло прямо сейчас? Вы прикусили губу, замолкли и отвернулись к окну. Питер, а вы сказали: «Ты никогда не слушаешь, наверное, мне лучше найти кого-нибудь, кто будет слушать», а вы, Мария, ответили: «Правда, наверное, правда, так». Звучит так, будто вы говорите Питеру: «Я не буду слушать. Я больше не буду слушать критику. Я умолкну и отдалюсь и закроюсь от тебя». (*Позиция озвучивается и переформулируется как занимаемая активно.*) Питер, ваш голос звучит сердито и обвиняюще, вы ведь дали Марии понять, что можете уйти, это серьезная угроза, да? Для вас это так, Мария, и вы как будто говорите «Я отгорожусь от тебя»?

Мария. Да, я впадаю в такое состояние. Не позволю себя постоянно критиковать, анализировать, давить. Так что я иду смотреть телевизор или делаю другие вещи, о которых он говорит. Я закрываюсь от него.

Терапевт. Как будто защищаете себя; если не защититесь, вас уничтожат.

Мария. Если бы я его слушала, я чувствовала бы себя пустым местом. Со мной всегда что-то не так. Зачем ему надо быть со мной, если я такая ужасная.

Терапевт. Если подпустить его ближе, вы ожидаете услышать что-то вроде: «Ты ужасная, ты ничто, тебя почти невозможно любить»? (*Мария соглашается.*) Так что вы от него закрываетесь (*Мария кивает.*)

Переформулирование

В результате прослеживания, идентификации и углубленного раскрытия циклов во взаимодействии, о которых говорилось выше, эмоционально-фокусированный терапевт может переопределить поведение каждого партнера с учетом этих циклов и с учетом поведения второго партнера. Это не переформулирование, или рефрейминг, в стратегическом⁵ смысле данного понятия; контекст, или фрейм, не

⁵ Техника рефрейминга широко используется в системной семейной терапии. В классических подходах системной семейной терапии считается, что симптоматическое

является условным, он обусловлен постепенно раскрывающейся эмоциональной реальностью партнеров по отношениям. Как и в работе структурных системных терапевтов, таких как Минухин и Фишман (1981), поведение каждого из партнеров постоянно помещается в контекст реакций другого партнера.

Так, отчаянное желание близости будет рассматриваться в данном подходе не как дефект в структуре характера нуждающегося супруга («она слишком зависимая») или родительской семьи («она видит в нем безучастного отца»), а в контексте существующих отношений между супругами. Ее отчаяние скорее всего будет определено как отражение дистантной позиции, занимаемой ее супругом в настоящий момент, и, соответственно, ее эмоциональной депривации. Дистанцирующееся поведение другого супруга, в свою очередь, может быть понято как самозащита от яростных преследований, а не как показатель безразличия. Такие переопределения помогают партнерам увидеть, как они, сами того не желая, вызывают у другого негативные переживания, приводящие к негативным реакциям.

В ЭФТ поведение каждого партнера рассматривается не только в контексте поведения другого или в контексте паттерна их взаимодействия, но и в более специфическом: речь идет о привязанности, и с этой позиции эмоционально-фокусированный терапевт рассматривает романтические любовные отношения. *Реакции во взаимодействиях понимаются в контексте стоящих за ними переживаний уязвимости и отношений привязанности.* Гнев, таким образом, может быть переопределен как отчаянный протест против недоступности партнера или как реакция на разлуку с партнером. Отгораживание со стороны дистанцирующегося супруга – одно из типичных поведенческих проявлений, ассоциирующееся с разрушением брака (Gottman, 1991) – может быть понято, как попытка этого партнера регулировать собственные страхи, возникающие в отношениях привязанности, и как попытка защитить отношения от нарастающих негативных взаимодействий. Терапевт может рассматривать реакции гнева и отстранения как показатели того, насколько жизненно важен другой супруг, как

поведение идентифицированного пациента является функцией, поддерживающей гомеостаз семейной системы. Соответственно, для достижения изменений терапевты могут приписать смысл симптому и «прописать» симптом семье; например, поблагодарить ребенка за плохое поведение, которым он сплачивает всех членов семьи, защищает семью от надвигающихся бед и т.п. (Прим. науч. ред.).

фигура привязанности, для гневающегося/отстраняющегося супруга. Это полная противоположность тому, как партнеры в нарушенных отношениях воспринимают такие реакции; обычно их расценивают как недостаток любви и заботы. Обсуждаемые переформулирования – не просто внешние ярлыки, которые терапевт навешивает на реакции во взаимодействии. Чтобы быть эффективными, они должны вытекать из описания клиентами их собственных переживаний, из их метафор, отражающих эти переживания и процессы взаимодействия.

Вот три основных и наиболее часто используемых в ЭФТ переформулирования: гнев переопределяется как протест против недоступности фигуры привязанности, отдаление – как страх, а интерактивный цикл (а не кто-то из партнеров или его/ее «недостатки») – как общий враг или общая для партнеров проблема. Отдаление и защита переопределяется как проявление значимости для данного человека его отношений привязанности – это способы совладания с ощущением небезопасности привязанности, а не безразличие или холодность.

Пример

Терапевт. Конечно, это трудно – раскрыться и показать ей себя таким, какой вы на самом деле, если вы уверены, что ей не понравится и она скажет вам об этом, или когда вы уверены, что она на вас разозлится.

Гэри. Я просто немею. Этот голос говорит мне: «Она меня бросит, как и все остальные». Я застываю на месте, а она бесится все сильнее и сильнее.

Терапевт. Вы застываете на месте, как будто вы ее уже потеряли. Это опасно.

Гэри. Если я буду вести себя совсем тихо, это прекратится, она успокоится, когда я замру.

Терапевт. Если вы совсем замрете, опасность может пройти стороной? *(Он кивает.)* Это так страшно, что она может уйти, так что вы застываете и прячетесь.

Гэри. Да, и я знаю, что она от этого бесится.

Сью. Я не могу найти тебя.

Варианты переформулирования, предложенные выше, помещают реакции одного из партнеров в контекст поведения второго партнера,

цикла их взаимодействия и сущности привязанности, а также обеспечивают возможность взгляда с метаперспективы на то, как шаг за шагом строятся отношения. Пара включается в процесс, который позволяет им непосредственно увидеть, как шаги каждого партнера направляют танец в определенном направлении, а также то, как каждый из них пытается, в меру своих сил и умений, обезопасить отношения привязанности.

Реконструирование и формирование взаимодействий

Терапевт управляет взаимодействием партнеров для создания новых событий в их отношениях; эти события послужат в дальнейшем для переопределения отношений. Это наиболее директивная часть ЭТФ и часто наиболее напряженная. Терапевт ведет партнера к тому, чтобы тот вступил во взаимодействие определенным образом, поощряя выражение нового эмоционального опыта в непосредственном контакте с другим партнером или поддерживая партнеров в том, чтобы они могли напрямую заявить друг другу о своих потребностях и желаниях. В такие моменты отношения в паре как будто оказываются на новой, неизведанной территории, и каждый супруг нуждается в руководстве и поддержке терапевта.

Терапевт управляет взаимодействием в паре разными способами. Он может:

1. Выкристаллизовать и инсценировать существующие позиции в отношениях для более детального их исследования.
2. Перевести новое эмоциональное переживание в специфическое новое поведение, не укладывающееся в привычный паттерн взаимодействия.
3. Подчеркнуть новые или редко проявляющиеся реакции, которые могли бы изменить позицию, занимаемую партнером в отношениях.
4. Режиссировать поворотные события, ведущие к изменению структуры отношений.

1. Инсценировки: как воспроизвести занимаемые в настоящий момент позиции, чтобы они могли быть непосредственно пережиты и развернуты

Терапевт фокусируется на ключевых аспектах взаимодействия, поддерживающих структуру отношений, подчеркивает их и способствует все более явному их проигрыванию. Это непосредственный и действенный способ выявить тупиковые ситуации во взаимоотношениях и сделать такие ситуации доступными для преобразования.

Пример

В отношениях, длящихся 10 лет, мужчина уклоняется от своих обязательств, настаивая на сохранении за собой отдельной квартиры; периодически он разрывает отношения, но через несколько недель организует романтическое примирение.

Хосе. Понимаешь, я не могу резко все изменить, так вот взять и сделать шаг. Я ценю свой покой. Может быть, нам стоит на несколько месяцев сделать перерыв в терапии, это лучшее решение, которое я могу предложить. Ты такая замечательная, пожалуйста, не принимай это на свой счет, ничего личного.

Мария. Ну, я знаю, что сделать шаг, пойти на сближение... тебе это трудно.

Терапевт. Хосе, в чем решение? Помогите мне понять.

Хосе. Наверное, если мы расстанемся на несколько месяцев, я за грущу, почувствую утрату...

Терапевт. Решение притормозить, да (*Хосе кивает.*) и продолжать жить порознь? (*Хосе кивает.*) Вы можете сказать ей: «Я не собираюсь впускать тебя. Вот на столько я тебя подпустил, но не дальше».

Хосе. Ну... Я не уверен. Я вряд ли смогу так сказать.

Терапевт. Вы могли бы сказать ей: «Я не собираюсь впускать тебя. Я никогда не впускал. Я никогда не позволял ни одной женщине приблизиться ко мне настолько, чтобы она могла причинить мне настоящую боль и не хочу позволить этого в будущем».

Хосе (*со вздохом*). Я должен это сказать? Это так грустно.

Терапевт. Если вам это подходит. Может быть, я что-то не так говорю?

Хосе. Нет, я думаю все верно. (*Долгое молчание.*) Но это трудно сказать. (*Терапевт кивает, соглашаясь.*)

Терапевт. Думаю, это важно. Вы оба много раз подходили к этой черте. *(Оба кивают.)*

Хосе *(смотрит на свою подругу)*. Я, я не подпущу тебя. Я никогда никого не подпускал *(плачет)*, никогда... нет.

Терапевт. Может ли она что-нибудь сделать, чтобы изменить это, Хосе? Она старалась так долго и так сильно.

Хосе. Нет, нет... *(Подруге.)* Ты ничего не можешь сделать. Я должен сам решиться и рискнуть.

Терапевт также может попросить пару воспроизвести какое-то специфическое, принципиально важное взаимодействие, в котором отражается суть негативного цикла или момент, на котором цикл «заклинивает». Терапевт выделяет и извлекает маленькую значимую часть интерактивного процесса; часть, представляющую микрокосмос отношений в паре. Например:

- 1. Терапевт.** Что это было? Элисон, вы сказали: «Мне больно», а вы, Тим, сказали: «Я не согласен». Это происходит все время, не так ли? Вы говорите: «Мне больно», а Тим в ответ говорит: «Нет, тебе не больно. Я ничего плохого не сделал». Что, если мы вернемся к этому еще раз? Можете сказать ему о своей боли, Элисон?
- 2. Терапевт.** Сейчас произошло то же самое, как в том случае дома, про который вы мне рассказывали, так? Крис, вы чуть-чуть, совсем чуть-чуть рискнули. Вчера вечером, дома, вы придвинулись к ней коленом чуть ближе. И вы надеялись, что она оставит свое колено прижатым к вашему. Но она отодвинулась, да? И прямо сейчас, Мария: Крис чуть-чуть рискнул, а вы сказали: «Да, вижу. Но если он думает, что я собираюсь как-то отреагировать, дать ему подойти поближе, он ошибается». Как будто он сначала должен что-то доказать. *(Мария кивает.)* И тогда, Крис, вы сдаетесь и погружаетесь в подавленное состояние, и это в очередной раз подтверждает для вас, Мария, ощущение своей беспомощности и необходимость защищать себя своими силами. Вот и получается, что эти риски, маленькие риски, шаги по новому пути никуда не приводят. Верно?

2. Обращение нового эмоционального опыта в новое поведение в отношениях

Это происходит по мере того, как терапевт помогает партнеру углубиться в эмоциональные переживания и извлечь из них нечто новое. Это новое в переживаниях и предлагается непосредственно изложить супругу. Это первый шаг к созданию позитивного диалога и к преобразованию позиций, занимаемых партнерами по отношениям. Изменения в ЭФТ происходят не благодаря переработке внутренних эмоциональных переживаний как таковых, а благодаря новому диалогу, который становится возможным в результате такого опыта. Терапевт выделяет в этом переживании то, что относится к сфере взаимоотношений – то есть как переживание связано с другим супругом, и делает это, максимально используя собственные слова клиента, а затем предлагая ему озвучить получившуюся версию другому партнеру. Обычно клиент соглашается, иногда немного модифицирует слова, чтобы они звучали для него наиболее естественно, «как свои». Если клиент не может выразить другому свои чувства, на этом следует сфокусироваться и исследовать.

Примеры

1. **Терапевт.** Можете посмотреть на нее? Можете сказать ей: «Мне так страшно, мне так страшно рискнуть и обратиться к тебе. Я знаю, что ты отвернешься».
2. **Терапевт.** Это похоже на сильное желание, на сильную тоску. (*Женщина кивает.*) Про это на самом деле никогда не говорилось. Можете сказать ему об этом? О том, как сильно вам хочется, чтобы вас просто обняли и утешили?
3. **Терапевт.** Правильно ли я понимаю? Даже в гневе вы продолжаете говорить: «Я хочу отдавать себя, любить тебя. (*Женщина кивает.*) Я защищаюсь своей холодностью. Я тоже хочу безопасности и близости, но не на твоих условиях». (*Она снова кивает.*) Можете сказать ему это? Попробуйте, пожалуйста.

3. Усиление новых реакций

Тут терапевт выделяет и усиливает любую реакцию, выходящую за рамки привычного негативного паттерна и потенциально способную создать новый тип взаимосвязи. Обычно такие реакции возни-

кают время от времени, но проходят незамеченными за привычным паттерном диалога между партнерами.

Пример

Терапевт. Что это было только что? Не так, как обычно. Марк, как вам это было – сказать то, что вы сейчас сказали?

Муж. Ну, думаю, немножко по-другому. Может быть, я повел себя как-то иначе, будто рискнул, вышел из укрытия.

Терапевт. Можете сказать это Джоанне еще раз? Мне показалось, это было что-то вроде: «Не говори мне кто я, это меня отталкивает»? (*Терапевт суммирует и проясняет сказанное и просит клиента еще раз воспроизвести эту реакцию.*)

4. Режиссирование поворотных событий

По мере того как новые эмоциональные переживания и новые аспекты Я проявляются в терапии, а на первый план выходят вопросы привязанности, терапевт может способствовать взаимодействиям, которые все значительнее переопределяют такие параметры отношений, как автономия – контроль и близость – дистанция, и создают основу для большей эмоциональной включенности и более безопасной связи в паре. Термин *режиссировать* (*choreograph*) используется тут не случайно: терапевт, как режиссер или хореограф, имеет общее представление о танце, он шаг за шагом задает его направление и структуру, однако танец также является творческой продукцией самих танцоров и средством их самовыражения.

В определенном смысле все вмешательства, описанные выше, приводят к эпизодам вовлеченности и соединения партнеров. Когда происходят подобные события – или, напротив, когда отношения однозначным образом определяются как прекратившиеся – начинается новый танец. Новый эмоциональный опыт и новые шаги во взаимодействии, возникшие в ходе терапии, собираются вместе для переопределения позиции каждого из партнеров и отношений между ними.

В типичном цикле «обвинение-избегание» должны произойти два поворотных события (*change events*), изменяющих позиции, занимаемые партнерами по отношениям: отстраняющийся партнер становится более доступным, улучшается его контакт как с собственными эмоциями, так и с эмоциями супруга; обвиняющий партнер уходит от

гнева и давления и просит об удовлетворении потребностей привязанности из менее защищенной позиции. Эти сдвиги делают возможным такой контакт между супругами, при котором они становятся более доступными друг для друга и отзывчивыми. *В поворотных событиях супруг явно занимает новую позицию в отношениях, что приводит к реорганизации взаимодействия.*

Терапевт удерживает взаимодействие сфокусированным, блокируя попытки партнеров уклониться или выйти из ситуации, помогает им выразить суть переживаемых эмоций и деликатно подводит пару к большей эмоциональной вовлеченности. В следующем небольшом примере мы рассмотрим, как эмоционально-фокусированный терапевт режиссирует процесс вовлечения обычно отстраняющегося мужа, а затем – начинающееся смягчение обычно критикующей жены; кульминацией становится эпизод безопасного эмоционального соединения супругов.

Пример

Мария. Почему ты мне не сказал, что был так подавлен? Я спросила, а ты сказал, что все в порядке, а потом ушел и попытался себя угробить. Выпил все эти таблетки.

Тэд. Потому что я ждал, что ты скажешь: «Расскажи своему терапевту». Я не верил, что ты поймешь.

Терапевт. Для вас это значило бы пойти на большой риск, к тому же в тот момент вы уже были сильно расстроены (Тэд кивает), но на самом деле вам была нужна она, а не терапевт.

Тэд. Ну конечно. Если бы я мог пойти к ней, и чтобы она меня успокоила. Все было бы по-другому, но я не смог рискнуть.

Терапевт. Не могли вынести саму мысль о том, что она может оттолкнуть вас, и потому сдались?

Тэд. Да, и сейчас я хочу, чтобы она (*терапевт делает клиенту знак, чтобы тот говорил в направлении жены*), я хочу, чтобы ты вылезла из бульдозера, перестала заниматься решением проблем, перестала меня допрашивать и чтобы мы просто могли быть вместе, мне именно это нужно. (*Мария отворачивается.*)

Терапевт. Что происходит, Мария?

Мария. Чувствую себя растерянной. У меня хорошо получается решать проблемы, это мой стиль. Не знаю, что еще сказать.

Терапевт. Что с вами было, когда Тэд сказал, что нуждается в вас?

Мария. Было хорошо, но я не знаю, что мне делать. Как будто я потеряла ориентиры. Ты считаешь, что я для тебе нужнее, чем ребята с работы? (*Возвращается к прежнему способу реагирования «выспрашивающей жены».*)

Терапевт. Мария, вы могли бы сейчас сказать ему: «Я в растерянности».

Мария. Да... тут жарко... если я не могу заниматься решением проблем, чего он хочет? (*Терапевт смотрит на Тэда.*)

Тэд. Мне нужно, чтобы ты не только решала проблемы... нечто большее....

Мария (*со слезами*). Ну да, вот оно... Если я не великий руководитель, не бульдозер, не менеджер... тогда я чувствую себя очень уязвимой. Тут я не уверена в себе. (*Начинает яростно потирать руки.*)

Терапевт. Это незнакомая территория, да? (*Мария кивает.*) Вы не уверены, чувствуете себя ранимой и знаете, что Тэд это видит. Немного необычно, может быть даже страшновато?

Мария. Конечно, конечно так. Я не такая сильная, как все думают.

Терапевт. Вы можете сказать ему: «Это страшно – вылезти из бульдозера и стать уязвимой».

Мария (*Тэду*). Это правда. Тут я в себе не уверена. Ты хочешь так? Я никогда так не делала.

Тэд (*со слезами*). Я хочу, чтобы мы были вместе (*складывает руки лодочкой и прижимает обе руки к груди*), а не чтобы ты мною управляла. Мы можем так? (*Сейчас он эмоционально включен и уверенно заявляет жене о своих потребностях в совместности.*)

Мария. Я попробую.

Здесь терапевт не только помогает партнерам сформулировать новые отклики в адрес другого, но также создает атмосферу для нового диалога, опирающегося на эти новые реакции. В вышеприведенном примере процесс шел гладко; но бывают случаи, когда терапевту приходится помогать партнерам, чтобы они смогли увидеть, осознать и отдать должное этим новым откликам со стороны супругов. После данной интервенции терапевт ясно определяет и проговаривает вслух новые позиции, которые партнеры заняли относительно друг друга,

и то, что эти новые позиции и формы диалога означают для их отношений.

Специальные техники для трудных терапевтических ситуаций

Существуют специфические техники, которыми эмоционально-фокусированные терапевты пользуются в трудных случаях и тупиковых ситуациях. Терапевты могут:

- предложить диагностические картины и истории (*diagnostic pictures and narratives*) с описанием взаимодействий пары в такой форме, которая высвечивает имеющееся затруднение и позволяет паре лицом к лицу столкнуться с его последствиями для их отношений;
- проводить индивидуальные сессии, чтобы исследовать специфические препятствия, возникающие в ходе терапевтического процесса. Эти препятствия могут оказаться ранами привязанности. Ранам привязанности посвящена следующая глава.

Диагностические картины или истории

Терапевт изображает картину отношений в паре, занимаемые позиции и разворачивающиеся циклы и исследует природу имеющегося затруднения. По сути, терапевт как бы говорит: «Мы застряли в этом месте, не так ли? Как мы можем сдвинуться и что будет, если сдвинуться не получится?».

Терапевт рисует конкретную, специфическую картину. Он опирается на процесс, имевший место на предыдущих сессиях и на субъективное восприятие этого процесса партнерами. Используемая схематическая презентация отношений может применяться для усиления ощущаемого клиентами тупика. Кроме того, предлагаемый рисунок показывает, что возможное будущее отношений в паре ограничено весьма узким набором вариантов. Часто в результате этого процесса кто-то решается на некий риск или на новую реакцию, и это позволяет выйти из тупика.

Наиболее часто встречающееся в ЭФТ препятствие возникает в случаях, когда ранее отстраненный партнер становится более вклю-

ченным и доступным, но другой не решается рискнуть – поверить ему и откликнуться эмоционально. Терапевт может начать с пересказа того, что происходило в терапии вплоть до настоящего момента, затем изобразить паттерны нынешнего взаимодействия и показать, как эти паттерны блокируют дальнейшее развитие отношений.

Пример

Терапевт. Так ли это для вас? Мы дошли до того, что вы, Терри, на самом деле хотите контакта с Сарой. Я вижу, как вы приглашаете ее быть с вами, вы не прячетесь и не пытаетесь заставить ее силой, вы протягиваете ей руку, да? *(Он кивает.)*
Сара, вы тоже это видите?

Сара. Думаю да, он сейчас такой. Он сейчас стал другим.

Терапевт. Но вы, говоря вашими словами, по-прежнему за стеной. У вас нет уверенности, что вы хотите научиться доверять ему, так ли это?

Сара. Я просто хотела, чтобы скандалы кончились, они, правда, кончились. Но насчет близости я не уверена, это совсем другая история. Может быть, мне нужны более дистантные отношения, чем ему.

Терапевт помогает Саре озвучить ее представление о большей близости с супругом – оказывается, для нее это было бы «как прыгнуть с тарзанки». После этого партнеры могут обсудить последствия – что будет, если все останется как есть сейчас, там, где отношения застряли. *Задача терапевта – показать паре, какие варианты выбора у них есть.* Важно, чтобы терапевт не оценивал приемлемость того или иного выбора, не навязывал супругам какие-либо ценности или варианты отношений. Паре предстоит самостоятельно решить, как им жить дальше. Выбор супругов может решительно отличаться от представлений самого терапевта о «хороших отношениях» или от того, чего терапевт хотел бы для самого себя.

Иногда удается ухватить суть возникшего затруднения с помощью аллегорической истории или предположения. Например, муж, страдающий от посттравматического стрессового расстройства, переживал кризис и стал настолько требовательным к жене и давил на нее так сильно, что это стало просто опасно. Ему рассказали историю – это была попытка описать эмоциональную реальность и позиции отно-

шений обоих супругов. История начиналась так: «Жил-был маленький мальчик, и жил он в очень страшном, холодном месте; однажды этот мальчик встретил маленькую девочку и попросил: «Подержи меня на ручках». Она согласилась, потому что полюбила мальчика, но у нее начали болеть руки, и она попробовала ненадолго отпустить его. Мальчик испугался, что она может уйти, и настоял на том, чтобы она продолжала его держать. В конце концов руки у девочки заболели так сильно, что она спустила мальчика с рук. Он пришел в ярость и принялся ее бить. И тогда она ушла, хотя ей было очень грустно и очень этого не хотелось». Подобные истории позволяют паре увидеть более полную картину происходящего между ними, отойдя от болезненной фиксации лишь на одном аспекте отношений. Но, разумеется, этот прием работает только в том случае, если история «зацепит» пару и супруги используют историю, чтобы пересмотреть свою ситуацию.

Индивидуальные сессии

Индивидуальные сессии должны распределяться между партнерами поровну, чтобы не нарушать равновесие в терапии. Если проводится индивидуальная сессия с одним партнером – с другим партнером тоже должна быть проведена индивидуальная сессия. На этих сессиях терапевт с помощью техник, направленных на переживание, обращается к конкретным эмоциональным реакциям, которые могут блокировать эмоциональную вовлеченность партнера во время супружеских сессий, или более прицельно фокусируется на некоторых проблемных реакциях, мешающих прогрессу в ходе совместных сессий. Например, терапевт может обратить особое внимание на угрозы одного из партнеров выйти из отношений (обсуждалось также в другой работе, см. Johnson & Greenberg, 1995) или исследовать реакции (например, стыд), мешающие пойти на риск и решиться на что-то новое во время супружеских сессий или препятствующие тому, чтобы попросить другого партнера об удовлетворении потребностей привязанности.

Помимо основанных на переживании техник, применяемых для переработки проблемных реакций, терапевт также активно акцентирует значение привязанности в отношениях и использует диалоги с

фигурами привязанности. С чрезвычайно самокритичными, склонными к самоуничижению и считающими себя недостойными любви клиентами терапевт может обратиться к их предыдущему опыту позитивных привязанностей, чтобы оспорить этот негативный образ себя. Для этого терапевт проводит воображаемую встречу с позитивной фигурой привязанности. Клиента просят представить себе как, например, его мать отнеслась бы к нынешней ситуации в его браке и что она бы сказала ему. Затем клиенту предлагается с помощью терапевта сформулировать более сочувствующую, принимающую позицию в отношении самого себя. Однако стоит напомнить, что подобные техники полезны лишь в том случае, если клиент эмоционально включается в процесс.

Индивидуальные сессии также могут быть полезны в случае кризиса, когда под угрозой оказывается терапевтический процесс – например, когда смерть кого-то из родителей клиента приводит к его внезапному уходу, устранению из супружеских отношений, и это может свести на нет прогресс, уже достигнутый парой во время совместных сессий.

Итоги

В ЭФТ терапевт ведет себя как проводник, консультант по процессу переработки и реорганизации эмоциональных переживаний в отношениях; он также помогает в реорганизации взаимодействий так, чтобы в паре стала возможна эмоциональная вовлеченность и безопасное соединение. Это сильнодействующий процесс изменений, включающий исследование не только привычных для каждого из партнеров способов устанавливать отношения и быть в контакте со своими близкими, но и собственных эмоций, потребностей привязанности и ядерных представлений о себе. Целью является корректирующий эмоциональный и межличностный опыт, новое переживание себя в отношениях с другим. Кроме того, описанный выше процесс предоставляет людям возможность строить такие отношения, какие они хотят иметь в своей жизни.

В ходе типичной сессии эмоционально-фокусированный терапевт занят тем, что:

• **отслеживает уровень терапевтического альянса.** «Я чувствую, что это трудный для вас процесс. Могу я каким-то образом немного больше поддержать вас?»;

• **отражает вторичные эмоции.** «И вы очень злитесь, когда такое происходит, потому что тут что ни сделаешь – проиграешь. И я понимаю (*другому партнеру*) что для вас его злость внезапна, как гром среди ясного неба»;

• **отражает глубинные эмоции.** «То есть происходит как-то так: когда он поворачивается к вам спиной, вас охватывает что-то вроде паники, верно? И вы чувствуете это прямо сейчас, когда он отворачивается от вас?»;

• **признает текущие реакции.** «Кажется, я начинаю понимать. Для вас «закрываться», как вы это называете, – это естественный способ справляться с трудными переживаниями. Вообще-то вас это защищало всю жизнь, так что когда звенит тревожный звонок, появляется эта реакция – как единственное что можно сделать»;

• **подтверждает только что пережитые глубинные эмоции.** «Вам очень трудно, когда жена говорит, что вы ее разочаровали. Вы можете выглядеть непробиваемым, но на самом деле это как нож в сердце. Так больно, что вы просто впадаете в ступор»;

• **пробуждает отклики:**

а) «Что происходит с вами, когда вы слышите, что жена так с вами разговаривает, Джон? Когда она говорит, что чувствует себя загнанной в угол и лишенной свободы. Что вы ощущаете, когда слышите ее слова?»;

б) «Что сейчас произошло, Алан? Мария сказала, что в этих отношениях она никогда не чувствовала заботы; тогда вы плотно закрыли рот и сложили руки на груди крест-на-крест?»;

в) «Что эта часть вас – часть, которая велела вам никогда не открываться, чтобы вам больше никогда не сделали больно, что эта часть говорит вам прямо сейчас?»;

• **усиливает.** «Можете еще раз сказать это, Эван: «Где ты? Я не могу тебя найти?» Можете посмотреть на нее и сказать это еще раз?»;

• **делает эмпатические предположения.** «Не знаю, правильно ли я понимаю. Это как-то так: «Если она не хочет меня каждый день –

значит, я ее потерял. Для меня это сигнал, подтверждающий, что она все еще тут, что она хочет быть со мной. Это так?»;

- **прослеживает и отражает взаимодействия.** «Что сейчас было? Вы сказали... и тогда вы сказали..?»;

- **переформулирует поведение каждого из партнеров в контексте цикла.** «Прямо сейчас это опасная территория для вас обоих. Вы чувствуете, что вам надо протестовать; протестовать против того, что Джим отдалился, но вас, Джим, это отпугивает. Это только еще раз убеждает вас в том, что надо бы найти место куда спрятаться, да?»;

- **переформулирует поведение каждого из партнеров исходя из потребностей привязанности.** «Когда вы «сидите в засаде», как вы это называете, это как будто вы пытаетесь сделать так, чтобы он на вас отреагировал, чтобы убедиться, что вы можете влиять и что между вами есть отношения, есть связь, так ли это?»;

- **реструктурирует взаимодействия.** «Можете сказать это ей, Том, могли бы вы сказать ей: «Я не знаю, как подойти и быть ближе, я не знаю, как».

ВМЕШАТЕЛЬСТВА: КАК ЭТО ДЕЛАЕТСЯ

Конгруэнтность терапевта – соответствие между невербальными и вербальными сообщениями – является в ЭТФ вопросом первостепенной важности. Не случайно невербальный аспект коммуникации определяется как «командный»⁶. Он окрашивает содержание коммуникации и управляет реакциями слушателя. Поэтому эмоционально-фокусированный терапевт должен отдавать себе отчет в своих невербальных посланиях. Обучая терапевтов, мы говорим о том, как терапевт может *поддерживать собственным голосом и удерживать его в настоящем времени*. Определенная поза, тембр голоса, зрительный контакт создают не только безопасную связь с терапевтом и способствуют прочному альянсу, это еще и *приглашение* клиента к более глубокому погружению в его переживания. Такое сочетание безопас-

⁶ Согласно теории коммуникации (см., например, П. Вацлавик, Д. Бивин, Д. Джексон «Психология межличностных коммуникаций», 2000), в любом сообщении может быть выделен передающий и командный аспект, или «что» говорится и «как» говорится. Согласованность этих аспектов соответствует здоровым отношениям (Прим. науч. ред.).

ности и вовлеченности создает рабочую дистанцию между ним и его сильным эмоциональным переживанием, тем самым позволяя в него углубиться и изучить в тонкостях. В частности, когда нужно ввести клиента в контакт с трудными эмоциями, полезно то, что мы сокращенно называем ВОПРМС (RISSSC).

- **Вторить (Repeat).** Важно несколько раз повторять ключевые слова и фразы.
- **Образ (Image).** Образы насыщены эмоциями сильнее, чем абстрактные слова.
- **Просто (Simple).** Слова и фразы должны быть максимально краткими и емкими.
- **Размеренно (Slow).** На сессии разворачивается эмоциональное переживание; это процесс небыстрый.
- **Мягко (Soft).** Тихий, заботливый голос успокаивает и поддерживает в более глубоких переживаниях, а также помогает рискнуть.
- **Словами клиента (Client's words).** Эмоционально-фокусированный терапевт отмечает, принимает и использует слова и фразы клиента; это создает обстановку сотрудничества и принятия.

Такая манера и тон принципиально важны для *развертывания* и работы с сильными поглощающими эмоциями. В данном стиле нет необходимости в ситуациях, когда перед терапевтом стоят другие задачи, например прослеживание цикла или обсуждение конфликта.

Помогая клиенту развернуть переживание и включиться в него, эмоционально-фокусированный терапевт может взять термин или слово, используемое клиентом, замедлить процесс терапии, чтобы сфокусироваться на термине или слове – таком как *темно, сложно, невозможно, замороженный* – в вышеописанном стиле ВОПРМС.

Пример

Дэнис (*высоким голосом, торопливо, в отвлеченной манере*). Говорить об этом невозможно. Есть другие вещи, все эти дела с коттеджем и финансами. Мне, правда, нечего сказать. Между нами *все очень сложно*. Я ничего не чувствую – *пусто*.

Терапевт (*медленно, тихим мягким голосом*). То есть когда жена говорит вам, как она только что сказала, что она сдается, что

она уже отчаялась быть с вами близкой, вы чувствуете, что вам нечего сказать. Просто *пустота*? (Он кивает.) Эта *пустота*, какая она?

Дэнис (медленнее, низким голосом). Не знаю. Ну, *просто темно*.

Терапевт. *Просто темно*. Когда жена говорит вам, что отчаялась, что она готова сдаться в том, что касается ваших отношений, вы оказываетесь нигде – в *темноте*, в *пустоте*?

Дэнис. Да, все равно, какой смысл? Я просто застываю на месте. Ну а какой смысл? Я не знаю ничего этого, как правильно строить отношения, и все такое.

Терапевт (используя ВОПРМС). То есть вы застываете на месте, оказываетесь в *темноте*, *пустоте*; могу предположить, что если это все происходит дома, вы просто отгораживаетесь? Да? (Он кивает). И тогда она думает, что вам все равно, что вам безразлично. А вы на самом деле переполнены переживаниями и «*все так сложно*», как вы это называете, и вы в *темноте*, вы не знаете, что делать. (Он кивает, появляются слезы.) Должно быть, ужасно чувствовать себя в такой *темноте*. В *темноте* можно потеряться... Или, может быть, там страшно?

Дэнис. А как же, конечно. (Поеживается.)

Терапевт. Но вы ничего не можете поделать... или, по крайней мере, выглядит так, что не можете. Вы потерялись в *темноте*. Куда идти – непонятно, и становится страшно и *пусто*. Можете сказать ей: «Когда ты говоришь мне..., я ...»?

Тут эмоционально-фокусированный терапевт держит в фокусе внимания и углубленно исследует происходящее прямо сейчас, в данный момент. Но не только сфокусированность терапевта и его интервенции придают клиенту решимости для того, чтобы погружаться в свои переживания, вникать и разбираться в них, – важна и манера, в которой терапевт это делает.

Супружеская терапия – это многоплановое действие, разворачивающееся от сессии к сессии; интервенции будут различаться в зависимости от целей и задач на разных стадиях и этапах процесса изменения. Однако представляется полезным также сфокусироваться на процессах, повторяющихся на каждой сессии.

Процессы и вмешательства на сессии

ЭТФ – процессуальный подход. На каждой сессии терапевт обращает внимание на то, как оба партнера конструируют отношения, переживают их, в особенности – это эмоции, связанные с привязанностью и вовлечением в отношения. Для этого терапевт будет постоянно отслеживать, отражать как внутренние реакции, так и шаги, и паттерны во взаимодействии. Терапевт дает клиентам прочувствовать то, что они переживают в отношениях, затем помещает этот опыт в контекст паттернов их взаимодействия, и наоборот. Терапевт доверяет врожденным способностям клиентов к росту и развитию, силе корректирующего эмоционального опыта, силе устремлений и порывов, продиктованных привязанностью. В целом, эмоционально-фокусированный терапевт разворачивает различные грани переживаний и взаимодействий к свету. Для терапевта эмоции – это музыка отношений в паре, а отношения – танец, создающий эту музыку. Терапевт внимательно изучает и то, и другое, чтобы добиться следующих сдвигов:

- смутное должно стать ясным;
- невнятное – осязаемым;
- обобщенное – конкретным;
- «там-и-тогда» – «здесь-и-сейчас» ;
- глобальное – личным;
- пассивное – активным;
- абстрактное – конкретным.

Таким образом, на каждой сессии наблюдатель застал бы эмоционально-фокусированного терапевта, раз за разом проделывающим следующее:

- терапевт прослеживает, отражает, признает, нормализует и «распаковывает», разворачивает эмоциональный процесс – определяет место эмоций в контексте привязанности и циклов взаимодействия – инсценирует – исследует процессы, разворачивающиеся в ходе инсценировки;
- он прослеживает, отражает эпизоды взаимодействия – помещает их в контекст привязанности и полного цикла взаимодействия – вслушивается в эмоциональную мелодию этих эпизодов взаимодействия – разворачивает и исследует ключевые аффекты привязанности.

Таким образом, эмоционально-фокусированный терапевт посто-

янно держит в фокусе внимания то, как кадр за кадром проявляются эмоциональные эпизоды, шаги во взаимодействии, паттерны, то есть как создаются реалии привязанности.

Сейчас настало время обратиться от техник к процессу терапии, где интервенции соединяются в свое время в единое целое для выполнения определенных терапевтических задач.

ДИАГНОСТИКА: ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАНЦА И СЛУШАНИЕ МУЗЫКИ

ЭФТ: шаги 1 и 2

В этой главе описываются первые два шага процесса ЭФТ: отслеживание конфликтных тем и идентификация негативного цикла взаимодействия, поддерживающего пару в состоянии дистресса и делающего надежную привязанность невозможной.

В основанных на переживании моделях, к которым относится ЭФТ, диагностика не отделяется от процесса терапии. Эмоционально-фокусированный терапевт в каком-то смысле постоянно изучает своих клиентов и производит оценку их потребностей. Однако первые две сессии ЭФТ и обычно следующие за ними две индивидуальные принято считать диагностическими, оценочными.

Основные цели терапевта на первых сессиях

- Установить контакт с обоими партнерами. Создать альянс, где оба партнера чувствуют себя в безопасности, чувствуют принятие со стороны терапевта и начинают уверяться в том, что он понимает их цели и в состоянии им помочь.
- Распознать и оценить природу проблемы и состояние отношений, включая применимость в данном случае супружеской терапии вообще и ЭФТ в частности.
- Увидеть и оценить, каковы цели каждого из партнеров, каковы их ожидания от терапии, и удостовериться, что эти цели достижимы и совместимы, причем не только с индивидуальными ожиданиями партнеров, но и с умениями терапевта и характером терапии.
- Создать терапевтическое соглашение между парой и терапевтом, прийти к согласию касательно целей терапии и о том, как она будет проходить.

Такое соглашение невозможно, если у пары слишком разные или противоречащие друг другу планы относительно терапии. Паре, где муж уже устранился из отношений, но жена заставила его пойти на супружескую терапию в отчаянном стремлении заставить его передумать, обычно рекомендуют какой-нибудь вид индивидуальной терапии. Однако несколько сессий супружеской терапии могут прояснить природу взаимоотношений и, например, помочь все еще включенному в отношения партнеру начать процесс переживания утраты и горевания.

Случается, что партнеры приходят в терапию с запросами (agendas), удовлетворить которые терапевт не может; например, партнер, разъяренный отказом жены приноравливаться к его требованиям, пытается заставить терапевта согласиться с тем, что несговорчивость жены – признак душевного нездоровья, и убедить жену соответствовать его ожиданиям. В некоторых случаях наиболее правильным будет не начинать супружескую терапию. Кроме того, есть противопоказания для применения ЭФТ. Более подробно они будут обсуждаться в 10 главе. Так, ЭФТ не применяют при работе с отношениями, в которых присутствует актуальное насилие, или когда проявление уязвимости одним из партнеров подвергнет его реальному риску – например, в семье, где для мужа привычной является словесная агрессия, и во время сессии он неоднократно унижает жену, поддразнивая ее, когда она говорит о своей депрессии с суицидальными мыслями. Тому, как распознать насилие в паре и решить вопрос о применимости супружеской терапии, посвящена работа Богграда и Медероса (Bograd & Mederos, 1999).

Цели процесса

Если возникают проблемы, подобные вышеописанным, они выйдут на поверхность в процессе диагностики, по мере того как терапевт будет сосредоточиваться на описанных ниже процессуальных целях.

- Начнет входить в переживания каждого из партнеров и получать представление о том, как каждый из них воспринимает данные отношения.
- Начнет построение гипотез о слабых местах и аспектах при-

вязанности, которые стоят за позицией, занимаемой в отношениях каждым из партнеров.

- Будет проследивать и описывать типичный повторяющийся цикл во взаимодействии, удерживающий пару в состоянии дистресса, и прояснять позиции, занимаемые партнерами в этом взаимодействии.
- Начнет понимать, как развивались данные отношения и что привело пару в терапию. Узнает историю отношений этой пары.
- Начнет строить и проверять гипотезы о том, что блокирует надежную привязанность и эмоциональную вовлеченность как во внутреннем мире каждого партнера, так и в их взаимодействии. Хотят ли они оба отношений одного и того же типа? Насколько оба серьезно относятся к своему союзу и привержены ему?
- Получит представление о том, как пара откликается на интервенции и насколько трудным или легким обещает быть процесс терапии. Берет ли каждый на себя часть ответственности за проблемы в отношениях? Насколько партнеры готовы и хотят идти на риск на сессиях? Терапевт также оценивает уровень ригидности в воспроизведении занимаемых позиций и уровень реактивности в паре.
- Отмечает сильные стороны каждого партнера и позитивные аспекты во взаимоотношениях.

К концу диагностического этапа, по мере того как терапевт продвигается к шагу 3 в ЭФТ, у него уже есть топографическая карта характерных интеракций, определяющая характер привязанности в этой паре, есть четкое представление о занимаемых позициях и паттернах. Также у терапевта начинает складываться ощущение того, как каждый партнер переживает происходящее на эмоциональном уровне. Терапевт начинает чувствовать тональность этих отношений; он слышит музыку их танца.

Процесс терапии

Как выглядят первые сессии ЭФТ? Каков обычный процесс проведения терапии на первых двух этапах?

Давайте рассмотрим типичную сессию, принимая во внимание те вопросы, которые приходят в голову терапевту в начале терапии.

- Кто эти люди? Как устроена их повседневная жизнь? Терапевт собирает базовую информацию.
- Почему они решили пройти терапию именно сейчас?
- Как каждый из них видит проблему в отношениях? В состоянии ли партнеры поддерживать диалог о своих взглядах или же их взгляды радикально различаются и/или каждый жестко стоит на своем?
- Видит ли каждый из них сильные стороны своих отношений? Что держит их вместе? Как они описывают друг друга? Какие виды проблемных взаимодействий партнеры описывают, как они пытались справиться со сложностями?
- Как супруги видят историю своих взаимоотношений и что, с их точки зрения, объединило их в начале?
- Как каждый из них предьявляет себя и собственную историю терапевту? Звучат ли в этих историях темы привязанности и связанные с ними проблемы?
- Как пара обычно взаимодействует на сессии? Если предложить им для обсуждения какую-то тему, как разворачивается диалог? Какие послания содержатся в невербальных реакциях партнеров?

Обычно пары воспринимают первые сессии как достаточно насыщенные и эмоционально заряженные. Супругов побуждают рассказывать об их взглядах на неблагополучие в браке, о ссорах и проблемах, равно как и о позитивных моментах в отношениях; партнерам предлагают вступить в диалог друг с другом на трудные для них темы. Терапевт, предоставляя паре пространство для описания последней ссоры, для изложения своих точек зрения на конфликтную ситуацию или для рассказа о том, насколько различия в их подходах к конфликту типичны для семей их происхождения, также задает направленные вопросы и фокусирует сессию на темах привязанности, эмоциональных переживаний и конкретных последовательностях во взаимодействии.

Во время сессии с парой происходит так много событий на самых разных уровнях, что даже перед опытным терапевтом стоит вопрос, на что обращать внимание, что является ключевым вопросом в этом переплетении фактов, чувств, инцидентов и интеракций. На первых сессиях партнеры обычно делятся самыми важными ключевыми со-

бытиями из опыта их взаимодействия, определяющими для каждого из них характер отношений и имплицитно содержащими ответ на вопрос о том, кем в отношениях является каждый из них; как определяется их Я в отношениях с другим. Также они воспроизводят типичные для них последовательности во взаимодействии, которые иногда усиливаются терапевтом, отражающие суть и качество отношений. Такие моменты являются *персональными ориентирами и ориентирами во взаимодействии* в пространстве супружеских отношений, они помогают терапевту яснее увидеть картину затруднений в паре. Появлению этих ориентиров всегда соответствует сдвиг к более глубокому переживанию аффекта. Отдельное внимание уделяется тому, как в процессе описания или воспроизведения этих инцидентов каждый партнер определяет другого, давая обозначение его переживаниям и характеру, а также тому, как партнеры определяют самих себя в отношениях с другим. Чтобы у читателя создалось представление о том, какими могут быть эти инциденты, ниже приводится несколько примеров.

Персональные ориентиры или инциденты

Такие инциденты имеют особое значение, так как они связаны с привязанностью, что часто не понимается вторым партнером; к ним постоянно возвращаются во взаимодействии, часто используя их как оружие в споре. Их невозможно ни забыть, ни обойти стороной, ни разрешить в нынешнем эмоциональном климате отношений.

- Жена подробно и последовательно рассказывает, что ее родители хотели мальчика, а ее называли уродливой и тупой. Но настоящий взрыв происходит, когда она со слезами на глазах припоминает знакомство с семьей мужа: своим родным он описал ее как хорошую женщину, из хорошей семьи, только вот «лицом не вышла». Когда она рассказывает об этом и плачет, он улыбается и минимизирует значение инцидента, тем самым подпитывая ее гнев и отчуждение от него. Она же продолжает и доходит до замечания, что у нее всегда были сомнения относительно собственной ценности в его глазах.
- Жена рассказывает о том, как муж отказался идти с ней в больницу, где ей был назначен прием, очень ее пугающий и потенциально травмирующий, потому что позвонил его друг и попросил приехать.

- На вид очень сдержанный мужчина, рациональный и отстраненный, настаивает на том, что в браке для него нет проблем. Жена чувствует отчуждение из-за постоянной замкнутости мужа. Затем он начинает рассказывать, как 10 лет назад у него была очень коротенькая интрижка, и любовница однажды сказала ему, какой он физически красивый и привлекательный, – и начинает безудержно плакать.

Все эти инциденты приоткрывают дверь во внутренние переживания партнеров по поводу брака. Они также подсказывают нам, какова природа их страданий и как каждый из них ощущает себя в отношениях с другим партнером. С точки зрения привязанности эти события можно рассматривать как оставление или предательство; они также могут указывать на раны привязанности и на тоску по близости, переживаемые партнерами. Эмоционально-фокусированный терапевт останавливается на этих переживаниях, признает их, помогая клиенту глубже в них вникнуть и полнее осознать их значение и влияние на отношения. Терапевт также будет использовать их на следующих сессиях как точку отсчета для понимания эмоциональных переживаний партнеров в отношениях.

Ориентиры во взаимодействии

Взаимодействие между партнерами, происходящее на первых сессиях, живо демонстрирует позиции партнеров и негативный цикл, в который они вовлечены. Терапевт обращает внимание на позиции и циклы, отражает их и может сообщить свое видение паре в качестве обратной связи. В них можно углубиться и исследовать, что также является частью процесса диагностики. Такое углубление должно совершаться с уважением и аккуратностью, поскольку это начало терапевтического процесса и альянс между терапевтом и партнерами пока лишь предварительный. Например, может возникнуть взаимодействие, в котором один партнер доминирует или контролирует. Терапевт отмечает, как на это реагирует другой, равно как и то, как и когда более контролирующий партнер действует в своей манере.

- Муж со слезами говорит, что не может больше продолжать очень тяжелое лечение от бесплодия, на котором настаивает жена. Она обрывает его и спокойным, сдержанным тоном объ-

ясняет, что она ничего не может поделать, раз он бесплоден. Поэтому он должен продолжать процедуры, о которых они договорились. После этого муж выглядит сдавшимся и очевидным образом устраняется из общения.

- Жена рассказывает о том чувстве унижения, которое она испытывает, когда муж критикует ее в присутствии членов ее семьи. Он заявляет, что если она исправит свое поведение, например будет более добросовестно заниматься хозяйством, ему не придется ее критиковать. В этот момент она начинает плакать, а он продолжает указывать ей на то, что даже здесь на сессии ей не хватает навыков общения. После этого жена начинает спорить с мужем, настаивая на том, что ему не следует быть таким перфекционистом.
- Один партнер обвиняет и угрожает, а другой сохраняет спокойствие и держится отстраненно. Первый партнер усиливает поток обвинений, а другой высказывает однозначное мнение, что тот больной или ущербный. Первый партнер плачет и отстраняется. После короткой паузы или смены темы паттерн повторяется. Инциденты такого рода можно просто отметить для себя, а можно сфокусироваться на них – выбор терапевта зависит от того, что происходит на сессии. Например, жене, которая недостаточно тщательно делала работу по дому, можно предложить продолжить говорить мужу о своих переживаниях, а терапевт в этом разговоре будет поддерживать обоих партнеров. По мере того как пара будет справляться с этим заданием, мы увидим их ригидность или относительную гибкость в паттерне данного взаимодействия и то, какие реакции партнеров влияют на поддержание паттерна.

Также обычно происходят интеракции, позволяющие судить о качестве контакта и поддержки в отношениях и о том, что блокирует такой контакт и поддержку. Например, один из партнеров может стать уязвимым, и терапевт отметит наличие или отсутствие отклика со стороны второго партнера.

- Женщина плачет о смерти новорожденного ребенка и о том, какой одинокой она чувствует себя в своем горе. Потом она

спрашивает мужа, случается ли ему так себя чувствовать. Муж смотрит в потолок и заявляет, что слезами ребенка не вернешь и что все это бессмысленно. После этого жена нападает на него по поводу того, как он огорчает своих детей долгими отлучками из дома.

- Жена заявляет, что ее муж – эмоциональный калека и не способен чувствовать. Позже на сессии он плачет. Терапевт спрашивает жену, которая при этом смотрит в окно – что с ней происходит, когда муж плачет. Она заявляет, что не верит этому или не доверяет его слезам и считает, что он манипулирует терапевтом.
- Очень интеллектуализирующий и отстраняющийся супруг в конце первой сессии срывается и со слезами на глазах заявляет, что не знает, как показать жене свою любовь, как сказать, что она – источник его счастья в жизни. Жена, которая до того с горечью жаловалась на то, что не чувствует себя любимой и значимой для мужа, выглядит смущенной, но затем возмущенно нападает на него, заявляет, что она не комнатный цветок и что его тон и комментарии для нее унижительны.

Обычно партнеры предъявляют терапевту, создавшему благоприятную обстановку для их взаимодействия и усиливающему их интеракции, не только те аспекты своих позиций в отношениях, которые касаются вопросов контроля и потребности во внимании, но и то, как в негативном цикле позиция, занимаемая каждым из супругов, приводит в действие позицию другого. Следует обращать внимание на скорость, степень автоматизма и ригидность такого цикла. Пары различаются тем, насколько они *осознают цикл*, насколько *преодолимы цикл*, есть ли у них способы *выхода из цикла* и начала новой формы контакта, тем, *как сильно цикл подчиняет себе отношения*. Часто пары ждут до тех пор, пока цикл не раскрутится как волчок, и лишь потом идут к терапевту. Слово *волчок* дает представление о скорости, самовоспроизводящемся и поглощающем характере негативного цикла. Этот цикл часто поглощает и определяет все составляющие взаимоотношений пары.

Индивидуальные сессии

В рамках диагностического процесса эмоционально-фокусированный терапевт часто проводит индивидуальные сессии с каждым из партнеров, обычно – после первой или второй совместной сессии. Индивидуальные сессии нужны для того, чтобы:

1. Укрепить терапевтический альянс с каждым из супругов.
2. Понаблюдать и построить взаимодействие с каждым из партнеров в другой обстановке, когда партнер отсутствует.
3. Получить информацию и проверить гипотезы, которые трудно проверить при супруге. Например, терапевт может собрать информацию о степени заинтересованности в отношениях, об отношениях вне брака или о травмах привязанности из прошлого, влияющих на состояние нынешних отношений. Также терапевт может изучить то, как каждый из супругов воспринимает другого; такие не подвергнутые цензуре ключевые восприятия другого могут пригодиться на дальнейших терапевтических сессиях. Также терапевт может проверить, нет ли противопоказаний к супружеской терапии – например, насилия в отношениях.
4. Такие сессии позволяют терапевту уточнить свое первоначальное впечатление о глубинных чувствах и ощущении небезопасности привязанности, влияющих на позицию каждого из партнеров, и начать артикулировать это ощущение небезопасности с каждым из партнеров индивидуально.

Проблем с секретами, которые клиент может сообщить терапевту на индивидуальной сессии и сохранение которых блокирует терапию и подрывает ее эффективность, тут обычно не возникает. Если на индивидуальной сессии становится известно о чем-то, что может помешать улучшению супружеских отношений, например о продолжающейся эмоциональной связи вне брака, то терапевтический альянс, строящийся на принципах сотрудничества и партнерства, дает возможность обсудить с клиентом предоставленную им информацию с точки зрения целей и ожиданий клиента от терапии, а также влияния этого на супружеские отношения. Затем терапевт предлагает поделиться этой информацией с другим партнером, чтобы было возмож-

но следовать целям терапии. Терапевт обсуждает с клиентом любые страхи и сомнения, препятствующие такому раскрытию. Кроме того, терапевт помогает этому клиенту поделиться информацией с супругом на следующей сессии.

На начальных сессиях диагностика и терапия переплетены между собой. Если первые сессии рассматривать как терапевтические, какие процессы и интервенции обычно здесь происходят? Этому будет посвящен следующий раздел, организованный по тому же принципу, что и остальные главы, в которых будут обсуждаться все девять шагов ЭФТ. Мы выделим *маркеры* (точки вмешательства), *задачи* терапевтического процесса, *терапевтические интервенции*, *процессы изменения* в паре и как эти процессы понимаются в ЭФТ, а также *конечное состояние* таких процессов или *желательный результат*.

Терапевтические процессы

Терапевтические маркеры

Проводить первую терапевтическую сессию с парой – это все равно что оказаться посреди давно начавшейся пьесы, когда не знаешь ни сюжета, ни персонажей. Один из первых шагов в терапии – сформулировать, на что терапевту следует обращать внимание и на что реагировать. Маркер – это такой момент в терапии, когда определенное выражение переживаний или какое-то событие во взаимодействии сигнализирует терапевту о проблеме в эмоциональной переработке или во взаимодействии или о возможности вмешаться в происходящее. Появление определенных маркеров указывает эмоционально-фокусированному терапевту на определенные задачи и интервенции, которые приводят к определенному отклику или активности со стороны клиента и вносят вклад в изменения, происходящие на сессии. Маркерами в ЭФТ являются прототипические реакции – как эмоциональные отклики в адрес партнера, так и события во взаимодействии, определяющие опыт в отношениях и структуру отношений в паре. Для терапевта это сигналы, требующие внимания и вмешательства.

Ниже описываются типы маркеров, которые обычно возникают на первых сессиях (как интрапсихические, так и интерперсональные).

Интрапсихические маркеры

1. Рассказ об истории отношений или о проблемах в отношениях прерывается *сильными эмоциональными реакциями*. В этот момент партнеры обычно выражают аффект невербально: человек плачет, краснеет, отворачивается, кусает губы, сжимает руки в кулаки – и повествование или диалог прерывается. Задача терапевта в этот момент – сфокусироваться на аффекте и признать его и тем самым создать на сессии безопасную обстановку для таких переживаний.
2. В рассказе об отношениях явным образом замечен *недостаток эмоций*. Клиент описывает драматические и часто травматические события в отстраненной манере, как будто это случилось с кем-то другим. Несоответствие между тем, что было сказано, и как это было сказано, а также подозрительное отсутствие эмоций привлекает внимание терапевта. Задача в данном случае – исследовать недостаточную вовлеченность в личные переживания, а также понять, что этот эпизод говорит об отношениях в паре, о вовлеченности партнеров в отношения и о том, как он определяет отношения.
3. В моменты сильного аффекта партнеры могут выражать *убеждения* относительно самих себя, другого партнера или их взаимоотношений, которые воспринимаются как несоответствующие данному контексту и кажутся слишком жесткими или разрушительными. Эти убеждения часто звучат как определения идентичности. Это своего рода декларации или утверждения относительно того, что из себя представляет человек как личность, другой человек, данные отношения или отношения в целом. Часто партнеры передают тот смысл, которым они наделили ключевые эпизоды во взаимодействии и который исключают возможность изменений, или развитие новых точек зрения, или поступление новой информации. Задачей в такие моменты является отражение и высвечивание этих убеждений; следует начать переопределять их как часть разрушительного цикла, управляющего отношениями пары.
4. Определенные *вопросы привязанности могут быть идентифицированы*, но они не признаются клиентом; или признаются, но отклик со стороны партнера блокирует разрешение этих

вопросов. Например, жена винит мужа в том, что он трудолюбив, но не готова сфокусироваться на собственном ощущении оставленности, на ощущении утраты. Задача тут – начать фокусироваться на этих вопросах и обозначить их как центральные в сохранении проблем в отношениях пары.

Интерперсональные маркеры

1. На первых сессиях терапевт обращает особое внимание на *позиционные маркеры* – то есть на комментарии или реакции, с помощью которых в отношениях регулируются близость-дистанция и вопросы власти. Эти маркеры проскальзывают в диалоге между терапевтом и каждым из партнеров, в диалоге партнеров между собой, а также в историях об отношениях, которые каждый из них рассказывает. Терапевту следует получить четкое представление о позиции каждого из партнеров в отношениях с другим и о восприятии и эмоциональной реакции каждого из партнеров на эти позиции.
2. Терапевт обращает внимание на *маркеры негативного цикла*. Наиболее распространенным циклом в нарушенных отношениях является некая форма преследования/критики и отстранения/избегания. Однако можно также встретить циклы отстранение-отстранение, когда оба партнера относительно не включены, и непостоянные циклы «нападение-нападение». При циклах «отстранение-отстранение» пара обычно рассказывает историю, из которой явственно следует, что этот цикл возник из паттерна «преследование-отстранение»; однако к моменту обращения в терапию преследующий партнер также стал менее вовлеченным и начал отстраняться. Пара рассказывает и демонстрирует терапевту, как занимаемая каждым из них позиция взаимодействует с позицией другого, создавая негативные самоподдерживающиеся паттерны в отношениях. *Терапевт прослеживает и проясняет такие циклы*. Терапевту следует четко сформулировать описание цикла таким образом, чтобы супруги восприняли его как релевантное и соответствующее их опыту. Далее они могут начать интегрировать предложенное описание в свою систему представлений об отношениях. Индивидуальные реакции помещаются в более широкий контекст цикла.

3. Терапевт обращает особое внимание на то, как партнеры взаимодействуют друг с другом, когда возникает возможность для позитивного контакта и эмоционального участия, и в частности – на то, как такая возможность блокируется. Это иллюстрирует, как внутренняя небезопасность привязанности каждого из партнеров воспроизводится во взаимодействии. Задача заключается в том, чтобы отметить, как паре удастся вступить в позитивный контакт и исследовать, как происходит выход из такого контакта, например когда один тянется к другому, а другой быстро перемещается в недоступную позицию. Если позитивный контакт создается на первых сессиях, задача заключается в том, чтобы сфокусироваться на таких событиях и отметить их как сильную сторону отношений.

Вмешательства

Вероятнее всего, на данном этапе эмоционально-фокусированным терапевтом будут использованы следующие вмешательства.

1. Отражение

На первых сессиях часто используется эмпатическое отражение переживаний каждого из партнеров по поводу отношений и отражение последовательностей во взаимодействии (позитивных и негативных), характеризующих отношения.

Пример

Терапевт. Итак, помогите мне понять, Дэн. Вы говорите, что когда-то Ивонна – отстраненная и тихая – казалась вам пленительной и загадочной, но сейчас это обескураживает и злит вас; кончается тем, что вы начинаете ее допрашивать, а она переживает это как «докапывание до нее». Это так?

2. Признание

Это особенно важно на первых сессиях. Терапевт транслирует следующую мысль: эмоции и реакции обоих партнеров законны и понятны и их реакции – лучшее решение, которое им удалось найти. Ак-

тивное принятие каждого человека необходимо для прочного альянса и для процесса ЭФТ.

Пример

Терапевт. Кажется, я понимаю, Мария. Вы говорите о чувстве такого сильного, совершенно отчаянного желания знать, что Роб к вам испытывает, что угрозой навредить себе этими таблетками вы попытались положить конец этим ужасными сомнениям. Сомнениям и подозрениям, что ему все равно или что он мечтает от вас избавиться. Я понимаю, Роб, что вы переживаете это совсем иначе. Вы чувствуете себя так, будто с вами играют в игры, и это приводит в ярость; как будто Мария дергает вас за ниточки.

3. Пробуждающие отражения и вопросы

Эти интервенции всегда делаются в предположительной и очень уважительной манере, особенно – на нескольких первых сессиях, когда терапевт только знакомится с этими отношениями, а альянс еще не сформирован. Терапевт фокусируется на неясных и пока только угадываемых аспектах переживания, проясняя, как каждый из партнеров воспринимает и переживает проблему в отношениях, и идентифицируя позиции и циклы во взаимодействии. Это делается с особой заботой и уважением. Подобные отражения также охватывают все вопросы, касающиеся вовлеченности партнеров в процесс терапии, – их ограничения, тревоги и сомнения. Задачей этих интервенций является не столько активная переработка переживаний, сколько обеспечение доступа к тому, как переживаются отношения каждым из партнеров.

Пример

- 1. Терапевт.** Как вы чувствуете себя, когда слышите, что Мария говорит о вас с такой заботой?
- 2. Терапевт.** Как это было для вас обоих, говорить со мной? Вы поделились многими трудными и болезненными вещами.

Усиления и эмпатические предположения на начальных сессиях используются значительно реже, хотя терапевт и может суммировать реакции партнеров в пробуждающей или выразительной манере, чтобы высветить цикл и/или переживания отношений каждым из них. Партнеров также *явным образом* побуждают поправлять терапевта и

помогать терапевту лучше их понимать в случаях, если у клиентов возникает ощущение, что картина их отношений, которая складывается у терапевта, не имеет к ним отношения, не точна или вызывает дискомфорт.

4. Прослеживание и отражение взаимодействий

На начальной стадии терапевт особенно фокусируется на типичных поведенческих последовательностях, которые, по-видимому, определяют отношения и отражают проблемы, связанные с привязанностью. Прослеживание и отражение интеракций является существенной частью в идентификации паттернов во взаимодействии. Последовательности взаимодействий затем выстраиваются в сюжет в соответствии с тем нарративом отношений, который предъявляет пара, с описанием типичных инцидентов во взаимодействии и исходя из наблюдения за интеракциями на сессии.

Пример

Терапевт. То есть получается, что большая часть ваших отношений подпадает под такую схему: Фред чувствует себя оставленным, становится «склочным» и «вспыльчивым», а вы отказываетесь быть той, кого он «пилит», как вы это называете, и отстраняетесь еще больше. Это как-то так? Точно как это случилось здесь минуту назад, когда он потянулся к вам и ткнул вас пальцем, а вы отмахнулись от него и отодвинули стул.

5. Переформулирование

Эта интервенция может использоваться на первых сессиях, но на сравнительно неглубоком уровне. Даже на первой сессии терапевт может начать переопределять одного супруга как обделенного вниманием и заботой (депривированного), а другого – как нуждающегося в том, чтобы защищать себя дистанцированием. Однако применимость подобного переформулирования зависит от того, описывают ли клиенты свои переживания таким образом. Подобные переформулирования могут быть включены в часть описания цикла. В общем и целом – процесс переформулирования проблем в паре начинается с того момента, когда пара вступает в контакт с терапевтом, с вопросов, которые терапевт им задает, с выбранного терапевтом фокуса внимания. Некоторые переформулирования проходят красной нитью через всю

терапию. Проблема пары описывается как самовоспроизводящийся негативный цикл, подрывающий безопасность привязанности; проблемные реакции обычно рассматриваются в контексте страхов, связанных с партнером, и значимостью партнера как фигуры привязанности, а не как недостатки характера, безразличия или враждебности по отношению к партнеру. Однако центральной задачей на начальном этапе терапии является вовлечение пары в терапевтический процесс и понимание сути интрапсихических и интерпсихических перипетий, структурирующих отношения.

Пример

Терапевт. Отодвигаться – это ваш способ постоять за себя, защитить себя от его «тычков», да? А для вас ткнуть ее пальцем – это способ сказать: «Я тут,пусти меня, обрати на меня внимание». Так?

Процесс изменения в паре и желательный результат

Желательный результат первых сессий ЭФТ – это когда оба партнера чувствуют себя понятыми и принятыми терапевтом. Они начинают безопасно чувствовать себя на сессии и уверяются в терапевте как в человеке, который будет их уважать, и как в профессионале, который способен понять сложности их отношений. Терапевт вселяет в партнеров надежду, организуя сессию таким образом, чтобы каждый был услышан; подтверждая и признавая переживания и сильные стороны каждого из партнеров и ясным образом давая понять, что для каждой пары близкие отношения являются испытанием, но таким, в преодолении которого терапевт мог бы им помочь. Обратная связь в конце первой сессии всегда включает в себя описание сложностей, с которыми они уже столкнулись и с которыми справились, даже если единственный намек на это – их решение обратиться за помощью. К концу первой сессии терапевт также создает альянс, в котором он становится новым принимаемым парой партнером по созданию более любящих отношений.

Если по результатам первых встреч терапевт не рекомендует ЭФТ, тогда паре дается обратная связь и предлагается диагностическая кар-

тина, которая обычно включает в себя описание их цикла взаимодействия и обобщенное описание того, как каждый из них чувствует себя в отношениях, а также причины, по которым им не рекомендуется ЭФТ. Далее обсуждаются другие виды возможной помощи, даются рекомендации, куда можно обратиться. Это может быть индивидуальная терапия, группы для работы с зависимостями, группы по управлению гневом или другие формы ориентированных на отношения в паре интервенций, например медиация развода.

В ходе первых сессий пара обычно проходит путь от сомнений по поводу терапевтического процесса к большему комфорту и уверенности в нем; от тревог по поводу общения с терапевтом к ощущению себя принятыми им и к восприятию терапевта как человека, на которого можно положиться и на чью помощь можно рассчитывать; от чувства растерянности и отчаяния по поводу отношений – к началу ощущения надежды и собственной способности повлиять на происходящее; от ощущения, что повторяющиеся раз за разом интеракции завели их в тупик – например, к постоянным спорам о том, кто виноват в нынешних отношениях, к ощущению новых возможностей и открытий; от ограниченной картины отношений и их влияния на представления о себе каждым из партнеров – к более широкой картине цикла, и того, как он держит обоих партнеров в ловушке и в состоянии беспомощности.

К концу первых сессий, как и к концу каждой сессии, терапевт суммирует самые яркие моменты, темы и развитие событий на сессии таким образом, чтобы признать обоих партнеров и дать им надежду. Важно также оставить немного времени на вопросы клиентов о процессе терапии, и в частности – об ЭФТ. В ориентированной на сотрудничество и партнерство терапевтической модели такие расспросы поощряются и терапевт целиком и полностью отзывается на них. Иногда такие расспросы являются очень общими, иногда очень специфическими и конкретными, например клиент может спросить, почему терапевт так много фокусируется на эмоциях или почему просит его говорить о трудных вопросах напрямую с супругом, как это происходит в инсценировках. Эмоционально-фокусированный терапевт отвечает на эти вопросы как можно более открыто и прозрачно.

Транскрипт первой сессии можно посмотреть отдельно (Johnson & Greenberg, 1992). Учебная запись сессий ЭФТ также позволяет увидеть процесс, описанный в этом транскрипте (Johnson, 1993).

ИЗМЕНЯЯ МУЗЫКУ: ПО НАПРАВЛЕНИЮ К ДЕЭСКАЛАЦИИ

ЭФТ: шаги 3 и 4

*«Я чувствую себя такой маленькой,
как будто голый, когда приходится просить.
И я делаю себя больше, становясь напористее».*
«Это работает: ты меня пугаешь до чертиков, и я прячусь».
*«Я чувствую досаду и разочарование.
Я еще более одинока, чем до свадьбы».*
*И я начинаю ломиться в дверь, стучу все громче и громче.
Вдруг он услышит. Мне так одиноко, и я так устала.
«Кажется, я выстраиваю стену. Я не могу слушать
весь негатив, всю эту критику. Это меня убивает».*

В этой главе описаны третий и четвертый шаги терапевтического процесса: установление контакта с непризнаваемыми чувствами, которые определяют позицию во взаимодействии, переформулирование проблемы в терминах негативного цикла, а также обращение к лежащим в основании чувствам и потребностям привязанности. На этой стадии терапии первоочередная задача терапевта – услышать музыку отношений в паре, то есть получить доступ к первичным эмоциям, которые обычно исключаются из осознания индивида и явным образом не представлены во взаимодействии партнеров. Вторая задача – использовать эти эмоциональные реакции и потребности привязанности, о которых говорят данные реакции, чтобы расширить контекст, в котором рассматриваются проблемы в паре. Проблема состоит в способе, которым взаимодействует пара, и в эмоциональных откликах, организующих это взаимодействие.

В данной главе описываются маркеры, задачи, терапевтические интервенции, процессы изменения в паре и желательный результат к концу этой части терапии. Как было сказано выше, шаги в терапии не следуют один за другим, линейно; скорее, каждый шаг интегрируется с последующими шагами, так что терапевт будет продолжать обращаться к эмоциям, от четвертого и до девятого шага, опираясь на основу, сформированную на третьем шаге. Последующие сессии и шаги ЭФТ содержат элементы предшествующих шагов, которые затем интегрируются в задачи текущей сессии. Когда глубинные эмоции впервые затрагиваются на третьем шаге, терапевт связывает их с позицией, занимаемой партнером во взаимодействии. Далее данный шаг встраивается в пятый – на котором эти эмоции переживаются более полно и соотносятся с тем, как каждый из партнеров воспринимает себя и другого в отношениях. На шаге 7 эти эмоциональные переживания становятся основанием для выражения потребностей и желаний в паре.

Каждый партнер проходит эти шаги с разной скоростью. Иногда один партнер лидирует и, начиная с шага 3, несколько опережает второго. Но в целом на первой стадии терапии (шаги с 1 по 4) терапевт поровну распределяет внимание между партнерами, помогая отстраняющемуся партнеру найти собственный голос, а обвиняющему партнеру – озвучивать что-то еще, помимо враждебных чувств.

Обращение к эмоциям на третьем шаге терапии – это *не*:

- повторение прошлого эмоционального опыта в отношениях с целью обвинить другого или оправдать себя;
- «вентилирование» негативных эмоций в надежде, что не подавляемое их выражение позволит ослабить эти реакции;
- обозначение, «навешивание ярлыка» на эмоциональные реакции одного из партнеров, чтобы научить другого партнера вести себя иначе;
- обсуждение эмоций на когнитивной дистанции, или, пользуясь аналитической терминологией, с точки зрения наблюдающего эго.

Обращение к эмоциям в данном случае – это:

- активное вовлечение и фокусировка на эмоциональных переживаниях разворачивающихся здесь и сейчас;
- погружение в эти переживания, так, чтобы они могли быть переработаны и пересмотрены;

- переработка переживаний, которая включает в себя процесс исследования и созидания, позволяющий обнаружить новые аспекты переживаний;
- обозначение данных переживаний теми словами, которые подходят этому партнеру и которые проясняют его способ реагировать на своего супруга или супругу.

Маркеры

На шаге 3 терапевт производит вмешательства в следующие моменты:

1. Один из партнеров выражает защитные вторичные эмоции, составляющие значимую часть взаимодействия в переживающей дистресс паре. Часто это гнев или разочарование, выражаемые в процессе обвинения другого или оправдания себя. Задачей тут является в первую очередь распознавание и признание этих вторичных реакций, а затем – вовлечение клиента в процесс исследования специфических переживаний и пробуждение эмоций, значение которых преуменьшалось, которые обесценивались или избегались. Это может произойти, когда партнер рассказывает терапевту историю отношений или говорит о проблемах в отношениях или когда он припоминает конкретный инцидент, с его точки зрения особенно показательный для этих отношений. Это также может произойти и в ходе непосредственного взаимодействия пары на сессии.
2. Один из партнеров реагирует на другого невербально, что заслуживает внимания в силу неконгруэнтности этих реакций, их интенсивности и влияния на взаимодействие. Например, пока жена жалуется и плачет, муж постукивает ногой и хмурится с выражением явного нетерпения. Затем жена смотрит на него и замолкает. В другой паре жена сообщает, что хочет прекратить отношения, а муж начинает смеяться и говорит о предстоящем летнем отдыхе. Задача терапевта – замедлить разворачивающийся процесс взаимодействия и сфокусировать внимание на эмоциях, которые стоят за невербальными реакциями.

3. На сессии партнер начинает исследовать свои эмоциональные реакции и сталкивается с новым, живым ощущением того, как он переживает данные отношения, или по-новому описывает эти переживания, но быстро выходит из этого процесса, оказавшись снова пойманным в негативный цикл взаимодействия с партнером. Другой партнер, в свою очередь, может обесценить эти переживания и выдать привычную реакцию «борьба или бегство», которая выходит на передний план и затмевает начавшийся процесс исследования. Задача терапевта – перенаправить терапевтический процесс и вернуть партнера к исследованию своего эмоционального опыта, помогая партнеру участвовать в нем более полно.
4. Пара демонстрирует цикл взаимодействия, который был выявлен на втором шаге терапии. Сами партнеры могут идентифицировать свое взаимодействие как часть цикла, или терапевт может сделать соответствующий комментарий. Теперь задача состоит в том, чтобы увидеть позицию человека во взаимодействии и сфокусироваться на том, как он воспринимает своего партнера и переживает захватывающие его эмоции в данном взаимодействии.

Безусловно, у каждой пары есть собственные и характерные только для этой пары способы взаимодействия и переживания отношений. Поэтому процесс терапии должен стать для них процессом исследования и постижения уникальных, специфических сторон их внутреннего и внешнего миров; того, как они создают собственное счастье и собственное неблагополучие. Однако для эмоционально-фокусированного терапевта определенные позиции в отношениях предсказуемым образом оказываются связанными с определенными эмоциями, стоящими за ними, хотя у разных людей эти эмоции переживаются, перерабатываются и описываются по-разному. Предсказуемость еще более усиливается благодаря теории привязанности – теории отношений, лежащей в основе ЭФТ. Например, супруг, занимающий во взаимоотношениях позицию гневного преследования или критика, будучи переориентирован терапевтом на исследование своих глубинных эмоций, часто обнаруживает там панику и ощущение беззащитности. Обнаруживаются и страхи привязанности – быть брошенным и/или отверженным. С другой стороны – партнер, занимающий отстраненную позицию, скорее всего обнаружит в себе робость

и ощущение некомпетентности, связанное с неспособностью угодить партнеру, а также парализующее чувство беспомощности. Это происходит от незнания, как именно ответить партнеру таким образом, чтобы вызвать позитивную реакцию привязанности или, по крайней мере, свести на нет негативный цикл.

Вмешательства

Как уже отмечалось ранее, невербальное поведение терапевта играет существенную роль при обращении к глубинным эмоциям клиента. Оно передает клиентам принятие и помогает создать надежную базу, опираясь на которую каждый партнер может пуститься в исследование собственных переживаний. Невербальное поведение терапевта либо помогает клиенту фокусироваться на его переживаниях и перерабатывать их, либо препятствует этому. Значение такого поведения невозможно переоценить. Зачастую именно невербальная составляющая отличает удачное вмешательство от неудачного; в результате клиент либо входит в контакт со своими переживаниями, либо просто называет и/или избегает их. Когда эмоционально-фокусированный терапевт пробуждает более глубокие эмоции, он обычно находится в открытой позиции по отношению к клиенту, часто он наклоняется вперед и говорит в особой манере. Фактически терапевт усиливает определенные аспекты переживаемого партнером и приглашает его следовать за этими переживаниями и войти с ними в более глубокий эмоциональный контакт.

Далее перечислены интервенции, к которым по большей части прибегает терапевт на данном этапе.

1. Признание

Признание, подтверждение переживаний – краеугольный камень для этой стадии терапии. Конечно же используется и отражение – основное вмешательство на протяжении всей терапии, но на третьем шаге это в большей степени прелюдия к подтверждению и пробуждающим высказываниям и вопросам, чем главная интервенция. Важность признания терапевтом эмоциональных состояний становится очевидной, если принять во внимание следующий факт: первое пре-

пятствие к контакту с собственным эмоциональным состоянием – это автоматическая самокритика, основанная на убеждении, что те или иные эмоции неприемлемы, неприличны или даже опасны. Ожидания, что определенные эмоции и их выражение будут неприемлемы для других, также блокирует этот контакт. Послание, которое тут транслируется клиенту, состоит в том, что все эмоции и реакции на них каждого из партнеров *обоснованы, правомерны и понятны*, это обычные человеческие реакции. Это противодействует самокритической позиции, которую занимают многие клиенты по отношению к собственным эмоциям, и поощряет более глубокое погружение в эмоции и их исследование. Явное уважение и подтверждение переживаний партнеров создает в терапии надежную базу, позволяя каждому из них самовыражаться более открыто, несмотря на риск вызвать неодобрение со стороны другого партнера на сессии. Эмоционально-фокусированный терапевт будет отражать чувства и признавать их – это первый шаг к тому, чтобы поощрить партнеров продвигаться дальше в мир своих эмоциональных переживаний.

Примеры

- 1. Терапевт.** Как мне кажется, ваше поведение, которое Хелен называет «гестаповский допрос и копание» – это попытка срочно найти ответ, выяснить, почему вам никак не удается по-настоящему приблизиться к ней. Вы ученый, для вас это естественное поведение. Вы пытаетесь найти ответ, найти ключ к решению проблемы, которая мучит вас; проблема – одиночество, которое вы испытываете в отношениях.
- 2. Терапевт.** Кажется, есть что-то унижительное или стыдное в том, чтобы сказать, насколько вам нужно, чтобы Марк утешал и подбадривал вас. Как будто что-то заставляет вас чувствовать, что вам не следовало бы в этом нуждаться. Вам трудно об этом говорить? Часто нам с детства внушают, что не нужно ни в ком нуждаться, и потому трудно признаться, когда обнаруживаешь это желание в себе. Похоже, требуется изрядная доля смелости, чтобы говорить об этом.

2. Пробуждающие отражения и вопросы

Эти вмешательства разработаны для того, чтобы открыть и расширить эмоциональный опыт в отношениях каждого из партнеров.

Терапевт следует за переживаниями клиента и фокусируется на предполагаемых и частично выраженных аспектах переживания, которые наиболее заметны и/или начинают проявляться. Это вмешательство в первую очередь предлагает клиенту оставаться в контакте с определенным переживанием, во вторую – продвинуться в нем дальше. По мере того как это происходит, могут проявляться новые элементы переживания, которые приведут к его реорганизации. Терапевт является партнером и сотрудником в этом исследовании, продвижении и переработке, он способствует разворачиванию и развитию эмоционального опыта в течение сессии. Как говорилось выше, терапевт может начать с некоего сигнала, например с телесной реакции клиента или с порыва к действию, или с осознания, спонтанно возникшего при переработке переживания. Терапевт может просто повторять определенные фразы, предлагать образ или метафору или задавать проясняющие вопросы.

Примеры

- 1. Терапевт.** Что с вами происходит, Джим, когда жена рассказывает, каким она вас видит, и говорит о том, как она была разочарована отношениями?
- 2. Терапевт.** Том, как это вам: всегда передвигаться будто по зыбучим пескам, быть таким осторожным, осмотрительным, бдительным? Как вы себя при этом чувствуете?
- 3. Терапевт.** Что с вами происходит, сейчас, когда вы говорите об этой «бойне», как вы это называете?
- 4. Терапевт.** Что происходит с вами, когда вы опускаете руки и говорите: «Я не могу утешать разъяренного быка»?

3. Усиление

Терапевт добивается большей интенсивности, кристаллизации переживаний и помогает паре воспроизвести ключевые проблематичные, равно как и новые возникающие эмоциональные реакции, в соответствии с которыми организуются позиции во взаимодействии. Устойчивая и последовательная фокусировка на чем-либо является одним из способов усилить реакции или межличностные взаимодействия и послания.

Пример

Терапевт. Тед, вы здесь о многом сказали, но я обратила внимание на фразу: «*Это меня жжет*». Вы сказали это, когда речь зашла о неодобрении со стороны Дженни. Вам очень больно, что не удастся ей угодить, больно, как от огня. Ожоги невыносимо болят. (*Тед начинает плакать.*)

4. Эмпатические предположения

Этими интервенциями терапевт поощряет одного из партнеров к тому, чтобы тот на шаг продвинулся в своих переживаниях, чуть расширяя актуальное переживание. Для этого терапевт опирается на свои впечатления о клиенте или на свое понимание происходящего в этих отношениях, а также на собственные представления о проблемах в браке и о природе близких отношений. Терапевт может предложить такую формулировку переживаний человека, которая будет включать в себя новый элемент или по-новому сопоставить элементы переживания в надежде на прояснение или появление нового понимания происходящего. Чем более терапевт находится «в контакте» с клиентом, чем глубже его эмпатическое погружение в переживания клиента, тем более точными и значимыми для последнего будут такие предположения и тем выше вероятность того, что клиент их примет и будет использовать.

Терапевтические отношения в ЭФТ таковы, что, если комментарии терапевта не полезны или не имеют отношения к реальности клиентов, клиенты его поправят или просто отвергнут предложенную формулировку. В терапии пар такие предположения являются открытыми для мгновенной корректирующей обратной связи – или от самого находящегося в переживаниях человека, или от другого супруга, или в результате постоянного наблюдения терапевтом за взаимоотношениями в паре. Предположения, которые оказываются слишком далекими от понимания клиентов, не будут приняты; если выдвигать их постоянно, они повредят альянсу, поскольку люди будут чувствовать себя неправильно понятыми и обесцененными терапевтом. В идеале такие предположения следует предлагать клиентам в форме, приветствующей корректировку со стороны клиента. Такие предположения должны только на один шаг опережать то, что клиент уже осознает.

В ЭФТ эти предположения часто используют для кристаллизации ощущения ненадежности и страхов привязанности, для соотнесения этих страхов с конкретными элементами в поведении партнера, которые служат триггерами для этих страхов. Такие предположения лучше всего удаются, если они просты, конкретны, побуждают к ответной реакции и сопровождаются невербальными реакциями терапевта, описанными ранее.

Пример

Терапевт. Когда вы говорите: «Я как маленький. Ненавижу это, но мне приходится просить», – и потом смотрите в пол, у меня возникает чувство, что в том, чтобы просить, есть что-то стыдное для вас. (*Клиент кивает.*) И, возможно, грустное?

Тим. Да, о да, я не хочу просить и просить...

Терапевт. Чтобы она пришла и поняла вас.

Тим. Да, точно. Я, правда, этого хочу, но...

Терапевт. Просить трудно, и когда приходится это делать, вас это возмущает?

Тим. Да, так что когда я прошу, я прошу с эдаким напором. Я говорю: «Ну-ка поцелуй меня».

Терапевт. Вы чувствуете себя маленьким, когда просите, так что делаете себя побольше, например становясь напористее, да?

5. Прослеживание и отражение паттернов и циклов взаимодействия

На шагах 3 и 4 терапевт помещает обнаруживаемые эмоциональные реакции каждого из партнеров в контекст поведения другого партнера и цикла пары. Это позволяет подтвердить и обеспечить признание реакциям каждого из них и начать создавать новый, более процессуально-ориентированный взгляд на проблему в отношениях. Шаг 2, идентификация цикла, оказывается интегрированным в шаги 3 и 4.

По мере обнаружения эмоций происходит их локализация в цикле и связывание с потребностями привязанности каждого партнера. Описание цикла, в свою очередь, развивается до тех пор, пока оно не вместит все значимые эмоциональные реакции партнеров. Контекст цикла подчеркивает законность реакций и, в свою очередь, ведет к дальнейшей распаковке и переработке эмоций.

На шаге 4 пара готова принять, что *проблема как таковая* заключается в цикле и в питающих его переживаниях небезопасности в отношениях.

Пример

Терапевт. И когда он отстраняется, как сделал это сейчас, когда замолчал и отвернулся, это вас «доводит до белого каления», вы так это называете. Это тревожит. (*Она кивает.*) Он недоступен, и тогда что вы обычно делаете?

Хелен. Тогда я рву его в клочья – словами. Он не может меня игнорировать.

Глен. И тогда я отстраняюсь еще больше. Это схема, о которой мы говорили. Из нее так трудно выйти.

6. Переформулирование проблемы в терминах контекстов и циклов

Это одновременно и основная интервенция в ЭФТ, красной нитью проходящая через всю терапию (проблема всегда помещается в контекст цикла), и отдельная составляющая шага 4. Тут терапевт суммирует происшедшее на шагах 2 и 3 и с особой тщательностью формулирует проблему в виде позиций, которые партнеры заняли в их паттерне взаимодействия, а также в виде негативных циклов, подмявших под себя отношения, и сильных чувств, подчиняющих себе поведение каждого человека. Такое понимание происходящего приходит на смену исходной формулировке проблемы – той, которая была у пары при обращении: например «трудности коммуникации», или какой-то более частной формулировки, которая поддерживала дистресс в паре, например: «Проблема в том, что она думает, что у нас проблема».

Примеры

- 1. Терапевт.** Да, эта схема «пни-и-беги» и сейчас управляет всем, но мне кажется, что вы начинаете ее разбирать, деталь за деталью.
- 2. Терапевт.** То есть этот паттерн как бы подмял под себя ваши отношения. Он стоит на пути всей той близости, которая была между вами, он цепляет за живое, потому что вы оба чувствительные и ранимые. Это так?

Джун. Да, и я понимаю, как это держит меня в раздраженном и тяжелом состоянии, я начинаю искать, что не так, и отталкиваю его. Тогда он прячется еще больше, но (*обращаясь к мужу*) ты тоже бесишься.

Джим. Я больше всего злюсь, когда особенно боюсь, что ты уйдешь. Я думаю, мы оба до смерти боимся, с этого все и начинается.

Процессы в паре и желаемый результат

Недостаточность открытой коммуникации, особенно в вопросах, касающихся привязанности и эмоциональной уязвимости, *ограничивает не только взаимодействие в паре, но и переживание, и переработку собственного аффекта каждым из партнеров*. Партнеры в дистрессе прячут свои уязвимые места не только друг от друга, но и от самих себя – настолько, что даже соприкосновение с такими чувствами становится сложным или чем-то чуждым для них. Потому для большинства клиентов третий шаг ЭФТ переживается как связанный с риском и повышением тревоги. У них как минимум четыре страха, четыре «дракона»:

1. Дракон самокритики: «Ненавижу эту часть себя, она убогая».
2. Страх перед процессом раскрытия тех аспектов Я, в которых сам клиент не уверен и с которыми ему неуютно: «Я раньше такого не чувствовал, наверное, я схожу с ума».
3. Страх негативных реакций со стороны другого партнера, например: «Она надо мной посмеется, а то и хуже – будет презирать. Она не захочет, чтобы я до нее дотрагивался».
4. Страх непредсказуемых изменений в неблагоприятных, но предсказуемых отношениях: «Я в растерянности. Я чувствую себя так, будто не знаю тебя. С кем я была все эти годы и что мне сейчас делать?»

С другой стороны, супруги чувствуют колоссальное *облегчение*, получив возможность переработать и понять собственные эмоции и паттерны в отношениях и получив ощущение личного *влияния*, когда они понимают на собственном опыте, как каждый человек невольно создает цикл в отношениях («это делаю я, возможно, я могу сделать

это по-другому»). Облегчение приходит и с принятием ответственности, которое не сопровождается чувствами стыда или неполноценности. Партнеры делают комментарии такого типа: «Я этого никогда никому не говорил, черт, я раньше никогда даже себе не позволял почувствовать это, но это для меня так». Реакцией на это другого партнера бывает удивление, растерянность или неверие: «Я не верю, я от тебя таких слов никогда не слышала. Я чувствую себя так, будто даже и не знаю, кто ты на самом деле».

В этом процессе ожидаемая поддержка и руководство со стороны терапевта обеспечивают надежную базу, с опорой на которую человек продолжает исследование. Например, с клиентом, переживающим неверие (как в примере, приведенном выше) терапевту следует отразить и признать такую реакцию. Подобное неверие и даже недоверие и проверка «нового» партнера рассматривается не как «тайный сговор», как в аналитических моделях, а как естественная реакция на новое и дезориентирующее восприятие супруга.

Чтобы сохранять надежную базу, терапевт должен быть в состоянии быстро менять фокус, переходя от исследования чувств одного партнера к прояснению влияния их на другого и его поддержке; или переходить от помощи одному партнеру глубже изучить эти эмоции к помощи в переработке негативных реакций другого партнера и включению их в разворачивающийся процесс. Например, когда наблюдающий супруг выражает скепсис, терапевт может заметить: «Это может быть для вас странно, это совсем не то, к чему вы привыкли за годы общения с мужем. Поэтому для вас немного трудно принять это. Может быть, вы слишком злитесь, чтобы услышать, что он сейчас говорит, но мне кажется, было бы важно, чтобы он мог сказать значимые для него вещи. Так что я несколько минут попытаюсь просто помочь ему сделать это, а потом мы снова обсудим, каково это для вас – слушать то, что он говорит».

Именно на третьем шаге проявляются актуальные для каждого из партнеров вопросы привязанности и можно начать их прояснять; впервые они как таковые становятся темой для обсуждения в паре. На четвертом шаге эти вопросы и интеракции, блокирующие эмоциональную вовлеченность, описываются как часть проблемы. *Пара признает такую формулировку, поскольку она естественным образом протекает из их непосредственного эмоционального опыта. Негативный цикл, а не другой партнер, становится врагом.*

Эмоциональные переживания, лежащие за позицией каждого из партнеров, различны у мужчин и женщин. Женщины чаще говорят о недостатке близости и нехватке контакта как о главной причине своего дистресса, тогда как мужчины чаще выделяют в качестве главного элемента чувство неадекватности и некомпетентности. Похожим образом эмоциональная дистанция в отношениях была определена как фактор, связанный с состоянием здоровья у женщин, тогда как несогласие и открытая неприязнь обычно коррелируют с состоянием здоровья у мужчин (Fisher et al., 1992).

Кроме того, в это время начинают исследоваться и проявляться травмирующие инциденты в отношениях (предательства и «преступления» против привязанности), ударившие по самой сути привязанности и активно влияющие на то, как определяются отношения в настоящий момент. Например, небольшой сегодняшний инцидент, приведший к разочарованию одного из супругов, может стать огромной проблемой, поскольку вызывает в памяти ставший ключевым инцидент из прошлого, когда один из партнеров пережил травмировавшую его брошенность, отвержение или предательство от руки другого или даже от другой важной фигуры привязанности. По мере переработки эмоций, стоящих за позициями в отношениях, эти инциденты оживают на сессиях, и теперь с ними можно конструктивно работать. Этим ранам привязанности и подробностям работы с ними посвящена 12 глава.

По мере того как партнеры начинают перерабатывать свои эмоции, начинают живо выходить на поверхность их базовые убеждения, схемы или рабочие модели, связанные с восприятием и определением самого себя и другого. Этот процесс продолжается и становится более интенсивным на пятом шаге. Это исследование для партнеров, а не обнаружение уже сформулированных и знакомых взглядов. Страхи (касающиеся своей непригодности для любви, например) становятся доступными на этом шаге.

К окончанию шага 4 пара уже сформулировала согласованную и связную картину или историю паттернов, определяющих отношения, а также то, как пара их создает. Эта картина формируется вместе с терапевтом, но это – история клиентов, и они признают ее как свою, поскольку она согласуется с их эмоциональным опытом. Собственное Я, переживаемое в отношениях с другим, стало более развернутым, вследствие чего начинает меняться, то есть соотноситься с этим опы-

том презентация себя. Отстраняющийся партнер говорит на сессии о своем параличе, вызываемом критикой со стороны другого, а не загибает и цепенеет. Другой супруг все еще злится, но не выражает враждебность так же активно как раньше, а начинает больше говорить о собственной уязвленности и боли.

Так происходит *деэскалация*, один из намеченных пунктов изменений в ЭФТ. Это изменение первого порядка (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974) в том смысле, что партнеры стали более гибкими в своих позициях, но сам способ организации взаимодействия по сути не изменился. Следующий пункт изменения – это когда отстраняющийся партнер перемещается в более *вовлеченную* в отношения позицию и озвучивает условия, при которых возможна эта вовлеченность, а супруг, ранее державшийся враждебно, позволяет себе больше *мягкости*. Этот этап описан в следующей главе.

К этому моменту терапии во взаимном восприятии обоих партнеров также начинают происходить изменения, по мере того как каждый партнер открывается перед другим. Например, отстраняющийся супруг теперь воспринимается не как полностью безразличный и незаботливый, скорее, как отстраняющийся в попытке защитить себя от действий другого, оказывающих на него огромное влияние. Терапевт определяет негативный цикл как результат колоссального влияния партнеров друг на друга и как их попытки с этим справиться. Это приободряет партнеров и они, как правило, охотно принимают такую формулировку, не только потому, что на сессиях они воспринимают партнера по-новому, но и из-за непереносимости тех отношений привязанности, которые сложились к настоящему моменту: чувствовать себя эмоционально не значимым и не имеющим эмоционального влияния на другого. Отстраняющиеся партнеры обычно тоже хорошо воспринимают то, что враждебность со стороны партнера – это проявление не слепой злости, но реакция отчаяния в ответ на их собственное отстранение.

То, какой мощью обладает реакция отстранения, часто оказывается для партнеров неожиданностью. Предлагаемое теорией привязанности понимание проясняет отрицательное влияние отстранения, ведь поведение отстранения определяет человека как недоступного для контакта и не откликающегося. Тот факт, что отстраняющийся партнер выглядит недоступным, воспринимается как реальная угроза безопасности привязанности для другого партнера. В общем, те-

перь для каждого из супругов другой выглядит менее опасным и более доступным, чем в начале терапии. Поведение более агрессивного партнера будет далее трактоваться не как «Она пытается меня разрушить», а как «Она пойдет на все, чтобы добиться моей реакции».

Такому сдвигу в восприятии особенно способствует то, что терапевт направляет супругов, поощряет их взаимодействовать с опорой на новоприобретенный эмоциональный опыт. Таким образом, жена не только становится свидетельницей того, как муж с помощью терапевта входит в более глубокий контакт со своими эмоциональными переживаниями и развивает их, но и получает новый опыт во взаимодействии с мужем, когда он обращается к ней и делится этими переживаниями, когда он говорит ей вещи вроде: «Мне так страшно тебя разочаровать, что я большую часть времени прячусь». Это не только новая информация, в которой содержится большая сила. Это переопределяет отношения по-новому: теперь это отношения, в которых возможен такой контакт или обмен такими посланиями; само по себе это является новым событием в отношениях, новым явлением, или новой формой эмоциональной вовлеченности, что меняет существовавший сценарий.

К окончанию четвертого шага партнеры включаются в новый диалог – об эмоциях, привязанности друг к другу, о циклах, о том, как все это взаимосвязано; супруги на сессиях начинают общаться друг с другом с большей эмоциональной включенностью. Когда деэскалация полностью завершена, терапевтическая сессия становится безопасной базой, опираясь на которую клиенты могут пойти на риск и позволить себе большую эмоциональную открытость и инициировать контакт друг с другом на новом уровне.

УГЛУБЛЯЯ ВОВЛЕЧЕННОСТЬ

ЭФТ: шаги 5 и 6

*И она сказала: «Я как девица в темнице.
Твои страхи – страх доверять и все такое –
они как дракон, не дающий приблизиться ко мне.
Я стою того, чтобы ради меня сразиться
с драконом. Как ты можешь развернуться
и уйти и дать дракону победить?»*

В этой главе описывается начало второй стадии терапии – изменение структуры ключевых взаимодействий, что также называется в литературе «изменением позиций во взаимодействии» (Johnson & Denton, 2002). Конкретнее говоря, здесь описывается пятый шаг терапии, на котором происходит идентификация непризнаваемых потребностей привязанности и аспектов Я и их последующая интеграция в отношения, и шестой шаг терапии – принятие переживаний другого партнера и новые способы взаимодействия. Пятый шаг – наиболее интрапсихически-ориентированная часть ЭФТ. В основанной на переживании парадигме считается, что изменения в терапии – это процесс становления человека самим собой, а не еще более усердные попытки стать тем, кем не являешься, что особенно актуально на этом шаге. По мере того как сам человек переживает себя по-новому, меняется и его самопрезентация; так, мужчина, который раньше подстраивался и угождал, начинает проявлять злость и вести себя увереннее. На шестом шаге терапевт помогает другому партнеру начать принимать новое самопредъявление супруга, включать его в ранее сложившийся образ супруга и становиться более отзывчивым к новому поведению партнера. Другому партнеру может понадобиться на этом этапе зна-

чительная помощь. Как было сказано выше – супруги, находящиеся в состоянии дистресса, далеко не всегда воспринимают превращение родного противника в чужого незнакомца как нечто позитивное.

Пятый шаг является в каком-то смысле водоразделом в процессе терапии. Первые четыре шага привели нас к пятому; шаги с шестого по девятый опираются на процессы, которые запускаются на пятом шаге; эти процессы используются для реструктурирования взаимодействия партнеров. Как показали исследования процесса изменения в ЭФТ (Johnson & Greenberg, 1988), те партнеры, которые позволяли себе сильнее углубляться в собственные эмоциональные переживания, достигли больших изменений в терапии. Это активное вовлечение и есть основная составляющая пятого шага. Интенсивное соприкосновение с собственными эмоциями создает условия, необходимые для появления нового вида эмоциональной вовлеченности партнера.

На пятом шаге на первый план выходят ранее несформулированные или избегаемые переживания; клиент встречается с ними, признает их и открыто выражает во взаимодействии с партнером. Это само по себе обогащает опыт отношений для каждого из клиентов. Обычно отстраняющийся супруг, склонный избегать чувства тревоги, которое в нем вызывают комментарии жены (и он доходит до того, что начинает избегать общества жены вообще), теперь в состоянии полностью пережить и назвать свой страх, вызываемый ее критикой. Делая это, он берет на себя ответственность за то, как он справляется со своим страхом («Я прячусь и отгораживаюсь от тебя»). Его самораскрытие перед женой и перед самим собой вызывает в нем новые чувства по отношению к занимаемой позиции («Я не хочу бояться; не хочу, чтобы мне было нужно прятаться, я хочу, чтобы меня принимали!»); он предстает перед женой в новом свете. Его нынешний образ обладает потенциалом пробудить новую реакцию в жене. По сути шестой шаг терапии посвящен тому, чтобы помочь партнеру конструктивно реагировать на непривычное поведение супруга (например, с признанием того, что ему страшно) и на его новый образ. В частности, на шестом шаге терапевт сдерживает любые попытки обесценить новые реакции партнера – через поддержку другого партнера, пока тот находится в растерянности, смятении из-за возникающего ощущения, что супруга «подменили». Терапевт прикладывает все свои усилия к тому, чтобы паттерн взаимодействия изменился.

Следует особо подчеркнуть слово «*непризнаваемые*» в описании пятого шага. На пятом шаге партнеры признают и «входят в права обладания» своими эмоциональными переживаниями в отношениях, что *придает сил* переживающему партнеру. Как это получается?

Процесс, происходящий на пятом шаге, ориентирует партнера на его собственные потребности в этих отношениях, а *вновь обнаруженные эмоции пробуждают новые тенденции к действию*. Например, отстранявшийся муж признает свой страх и в процессе этого – свое неутоленное желание и стремление быть принятым. Это, в свою очередь, пробуждает эмоции, которые не согласуются с его привычной тактикой прятания и избегания, например гнев; эмоции, которые требуют, чтобы он занял определенную позицию и заявил о своих желаниях.

Распознавание таких первичных эмоций и потребностей неразрывно связано с определением себя, собственного Я, поэтому описание пятого шага отсылает нас к данному вопросу. Наиболее драматичные эмоции, возникающие на пятом шаге, связаны с самоощущением и представлением о себе каждым из партнеров как о заслуживающем любви и достойным ее. То есть можно сказать, что на пятом шаге происходит *интеграция* малоизвестных и ранее неприемлемых частей Я в собственный опыт клиента и в его близкие отношения. Например, если для человека становится допустимым самому быть в контакте и предъявить другому свои уязвимые места, ранее отрицаемые или игнорируемые, это *способствует более полному ощущению себя и своей позиции во взаимодействии*. В результате возникновения мощных аффектов эмоции, глубоко связанные с идентичностью человека и с надежностью привязанности (а это – ядерные аспекты определения себя и другого) – становятся доступными и открытыми к модификации. Такая модификация происходит в результате нового опыта во взаимодействии с терапевтом и, что еще более важно, – с партнером.

По мнению Боулби (1988), эмоциональная коммуникация обеспечивает нас жизненно важной информацией для конструирования и реорганизации рабочих моделей Я. Если кто-то незнаком с теорией привязанности, он может думать о связи между самоопределением и определением отношений и в логике конструктивизма – парадигмы, ставшей к настоящему моменту значимой частью системных подходов. В соответствии с ней значимые другие являются основными дей-

ствующими лицами в поддержании субъективной реальности, особенно – в подтверждении такого ключевого компонента реальности, который называется идентичностью. Обозначение и предъявление ранее непризнанных сторон себя значимому другому, а затем включение этих сторон во взаимоотношения способствует расширению и переопределению собственного Я. Это, скорее всего, произойдет, если другой партнер сможет принять новые стороны своего супруга и если новое взаимодействие окажет позитивное влияние на отношения.

Маркеры

На пятом шаге терапевт делает интервенции, когда:

1. Эмоциональные реакции, выявленные на третьем шаге, переживаются или упоминаются клиентом на сессии. Теперь самому человеку проще идентифицировать и обозначить эти эмоции, легче привязать их к занимаемой в цикле позиции; например, теперь, когда терапевт спрашивает отстраняющегося партнера, что с ним происходит, он получает развернутый связный ответ: «Я просто сдаюсь. У меня с ней никогда ничего не получится, я маленький и испуганный. Я иду на попятный, ухожу». Задача терапевта в этот момент – признать и подтвердить эмоции и действия, к которым побуждают эмоции (в данном случае – отстраниться и защитить себя), и помогать партнеру детальнее дифференцировать свой опыт, принять и присвоить его.

Чаще всего эти эмоции являются различными версиями страха, беспомощности и отчаяния, обозначенными специфическим для клиента образом. В процессе дифференциации становится все более ясно, как переживаются и понимаются эмоции; как сам переживающий судит о себе, исходя из того, что он чувствует; каково восприятие партнера, встроенное в эти переживания; и обычные способы совладания с этими переживаниями – как интрапсихические, так и в отношениях с партнером. Описанный выше процесс не является анализом или обсуждением элементов переживания. Человек оказывается погруженным в переживания, элементы которого проявляются по мере того как переживание разворачивается.

2. Партнер начинает исследовать – по-новому, живее – собственные глубинные чувства, но другой его перебивает, или сам клиент выходит из процесса и пускается в абстрактные рассуждения или пространные описательные комментарии. Задача терапевта – перенаправить процесс и, если требуется, заблокировать вмешательство другого партнера, создавая благоприятные условия для более интенсивного включения в эмоциональные переживания.

На шестом шаге терапевт включается, когда один из партнеров (еще на пятом шаге) достигает ощущения завершенности или синтеза глубинной эмоции и способен явным образом связать свои переживания с привычным способом реагирования на партнера. После этого терапевт просит клиента поделиться этим синтезом с другим партнером; человек делает это, оставаясь включенным. Важно, чтобы человек оставался сфокусированным на собственном опыте, а не на партнере. Задача на шестом шаге заключается в том, чтобы помочь другому услышать, переработать и откликнуться на то, чем с ним сейчас поделились так, чтобы это новое переживание стало бы частью взаимодействия в паре и начало бы видоизменять его. Нет никаких причин, по которым наблюдающий супруг должен с готовностью принимать или доверять переменам в том, как другой описывает себя в отношениях. Наоборот – у него за плечами годы разочарований и негативных переживаний, что не способствует отзывчивости. Если бы не присутствие терапевта – недостаток отзывчивости в ответ на самораскрытие был бы потенциально негативным переживанием для раскрывающегося партнера. Это привело бы к повторному запуску негативного цикла и откату партнера в прежнее состояние большей ограниченности во взаимодействии. С системной точки зрения терапевт продвигает и расширяет наметившийся сдвиг в паттерне взаимодействия, он развивает новый тип диалога в паре так, чтобы изменения не потонули в устоявшемся паттерне, но начали бы его преобразовывать.

В целом новое поведение партнера, решившегося на самораскрытие, вызывает растерянность и смятение, но случается, что партнер, склонный занимать обвиняющую позицию, использует ситуацию, в которой другой более уязвим, и атакует или обесценивает супруга. В таких случаях терапевту следует определенным образом вмешать-

ся и, как мы это называем, «поймать пущенную стрелу». Терапевту нужно преобразовать потенциальную «ядовитость», содержащуюся в негативной реакции, и защитить уязвимого партнера. Например, обвиняющий партнер может заявить: «Это просто бред – мне кажется, ты сейчас изображаешь жертву. Если ты просто хочешь показать, что ты жертва, как будто ты тут такой хороший – просто давай уходи отсюда». Терапевт использует эмпатические предположения и определяет такое поведение как реакцию на новое и сбивающее с толку изменение в танце отношений, вызывающее желание обесценить или лишить партнера власти. Терапевт может сказать: «Вам нелегко это слышать. Вы, правда, не знаете, как относиться к тому, что он сейчас говорит. Это не стыкуется с вашими представлениями о нем. Так что вы интерпретируете то, что он делает, негативно. Вы уходите в оборону и начинаете отстреливаться, чтобы он вас не одолел, да? Вам тяжело видеть, как он набирается смелости и пытается приблизиться к вам, говоря... *(Терапевт пользуется случаем, чтобы повторить ключевые слова из сказанного рискованном клиентом, тем самым подерживая его)*.

Шестой шаг почти всегда начинается со слов терапевта, обращенных к наблюдающему партнеру: «Как вам, что с вами происходит, когда ваш супруг так говорит, когда он говорит ...».

Вмешательства

Отражение и подтверждение переживаний и вызванных ими реакций во взаимодействии – неизменные элементы в репертуаре эмоционально-фокусированного терапевта, они остаются и сейчас. Однако на этом этапе терапии на первый план выходят другие вмешательства, на которых мы остановимся подробнее.

1. Пробуждение

Терапевт фокусируется на появляющихся, но пока не сформулированных сторонах переживаний клиента и помогает ему встретиться с этим переживанием здесь-и-сейчас, разворачивая и углубляя его на сессии. Терапевт использует живой и точный язык, особенно образы и метафоры, чтобы помочь человеку раскрыть эти переживания.

Примеры

Расширение прочувствованного ощущения эмоционального опыта с помощью вопросов и отражений – основная часть пятого шага.

1. **Терапевт.** Что происходит с вами, Джим, когда вы смотрите в пол и говорите «Это страшно, сказать ей, кто я»?
2. **Терапевт.** Вы говорите о разочаровании, да, Мария? (*Она кивает.*) Так больно надеяться, что он будет рядом, и именно в тот момент, когда он больше всего нужен, вы не сможете его найти. У вас появляется это нехорошее чувство в животе, о котором вы говорили (*она кивает*) и потом... Что это за ощущение?

Отражения и вопросы, которые здесь применяются, соединяют различные элементы переживания клиента, используя его собственные слова, а потом приглашают к более интенсивному переживанию того, что сейчас происходит с клиентом.

Развертывание контекста, запускающего эмоциональное переживание

Муж. Вот прямо сейчас я хочу убежать и спрятаться.

Терапевт. Страшно сейчас? (*Он кивает.*) Что произошло? Что вы увидели?

Муж. Это выражение на ее лице. Она мне не поверит, неважно, что я скажу. Я не смогу победить.

Терапевт. Ее выражение лица?

Муж. Да, ее поднятые брови, это как «ну-ну, мужик, давай, что еще расскажешь?» Неважно.

Терапевт. Вы пытались приблизиться к ней, правильно? (*Он кивает, она поднимает брови.*) И вы чувствуете себя...?

Муж. Раздавленным.

Терапевт. Раздавленным, раздавленным и побежденным, так что хочется убежать и спрятаться.

Муж. Да.

Развертывание формулировки/смысла переживания и того, как оно организует реакцию одного человека на другого

Жена. Это невыносимо, мне так грустно. Как у тебя язык поворачивается говорить мне такие вещи. (*она переходит из состояния*

печали в состоянии гнева на партнера, который только что сказал, что она не принимает заботу, которую он предлагает.)

Терапевт. Вам так грустно от его слов, что для него это так, как будто это вы не можете принять любовь.

Жена (*тише*). Я не знаю, о чем он говорит.

Терапевт. Сейчас что-то произошло. Произошло что-то, что для вас «невыносимо», верно?

Жена. Он как будто говорит, что я сама виновата, что не чувствую себя любимой.

Терапевт. Да, и вы злитесь, как будто он вас обвиняет (*Она кивает*) в том, что вы не чувствуете себя любимой. (*она начинает плакать.*) Так грустно, так одиноко, что это невыносимо.

Жена. Да, и мне не нравится это чувство, эта грусть.

Терапевт. Как она ощущается, эта печаль?

Жена. Я как маленький беспомощный ребенок, нюни распустила. Я не позволю говорить со мной так. (*Говорит сердито.*)

Терапевт. Куда подевалась печаль? (*Она смеется*). Сейчас вы выглядите рассерженной. (*Она кивает.*) Это лучше, чем чувствовать себя печальным маленьким нелюбимым ребенком?

Жена. Да. Мне безопаснее, когда я злюсь. (*Смеется.*) Тогда я вроде бы не чувствую печали и беспомощности. Так лучше.

Терапевт. Чувствуете себя в большей безопасности, более взрослой, когда сердитесь? А что происходит с печалью?

Жена. Он ее не видит, и так лучше.

Терапевт. А что было бы, если бы вы просто позволили себе переживать печаль?

Жена. Я... я... я бы развалилась на куски. Я бы плакала без конца, и ему бы это не понравилось.

После этого терапевт продвигается дальше – пробуждает и исследует скорбь и утрату, стоящие за словами: «Я бы плакала без конца». Последствия этого цикла ясно видны: гнев жены и ее потребность защитить себя от своих собственных печальных чувств и от страха быть отверженной мужем сводит ее участие во взаимодействии к гневным жалобам, что, в свою очередь, заставляет мужа отстраняться.

Как следует из этих примеров, вопросы и отражения используются вместе, что позволяет терапевту проследивать переживания клиента и приглашать его подробнее исследовать переживания. Простые

техники, такие как повторение, также фокусируют процесс на более важных элементах, например на печали в приведенном выше примере. Терапевт также заново проигрывает происходящее, возвращая клиента к переживаемому и углубляя его. Образы, которые используют супруги, оказываются здесь особенно полезными; их можно использовать и на последующих сессиях, чтобы вызвать ассоциирующиеся с ними эмоциональные переживания.

2. Усиление

Терапевт усиливает эмоциональные реакции, чтобы сделать их более живыми и реальными. Благодаря этому клиенту будет легче погрузиться в них. Также терапевт усиливает позиции во взаимодействии, которые отражают (и постоянно участвуют в воссоздании) этих реакций. Усиление – это способ помочь партнерам более полно прочувствовать и войти в резонанс со своими эмоциями; усиление позволяет создать на сессии мощное переживание, которое будет влиять и на поведение вне сессии.

Примеры

1. Усиление эмоций на шаге 5

Жена. Это так, будто я – чужой человек.

Терапевт. Вы не часть семьи, не часть его жизни?

Жена. Верно. Как будто я сама по себе.

Терапевт. Совсем сама по себе, никого нет рядом, никто не возьмет за руку, не поддержит.

Жена (*плачет*). Я не важна. Мы пошли гулять, он играл с собакой и даже не заметил, что я развернулась и ушла в дом.

Терапевт. Он не заметил, что вы ушли. Вас не было там. (*Она кивает и плачет.*) С каким чувством вы вошли в дом? Что вы неважны, вы ничего не значите? (*Она кивает.*)

Жена. Будто меня не существует.

Терапевт. Будто вы невидимка?

Жена. Да, жена-невидимка. (*Мужу.*) Ты меня не видишь.

Терапевт. Вы как бы говорите: «В какой-то момент получается так, что я чувствую, будто меня не существует, будто я для тебя никто».

В каком-то смысле все интервенции в ЭФТ направлены на усиление эмоций, поскольку терапевт фокусируется на эмоциональных реакциях, признает и подтверждает их. Здесь, однако, терапевт намеренно прилагает усилия к тому, чтобы переживание стало ярко выраженным и чтобы высветить всю его значимость для клиента и его отношений. Это касается не только партнера, с переживаниями которого работают в данный момент; это оказывает колоссальное влияние и на наблюдающего партнера. Ведь он не только слышит из уст супруга новые, другие, слова – он видит его совсем другим, глубоко и искренне переживающим, что обычно вызывает реакции большего сочувствия и заботы.

2. Усиление существующих и меняющихся позиций

Это вмешательство приглашает супругов к тому, чтобы признать не только эмоции, стоящие за их позициями во взаимодействии, но и сами позиции, являющиеся отражением этих эмоций и способами их регулировать. Позиция, которую человек занимает осознанно и активно и которая воспринимается, как правомерная, уже отличается от той же самой позиции, являющейся автоматической реакцией на действия другого со смутно ощущаемыми собственными эмоциями.

Как было сказано выше, пятый шаг служит водоразделом в процессе ЭФТ. В него входит признание актуальных переживаний и проблемной позиции, являющейся отражением этих переживаний. Здесь, за счет углубления эмоциональных переживаний и их выражения, закладывается фундамент для новых позиций, появляющихся на седьмом шаге.

3. Усиление актуальной проблемной позиции посредством инсценировки

Терапевт. Можете сказать это еще раз, Питер: «Я не хочу доверять тебе, что-то во мне скорее умрет, чем попросит тебя о помощи. Я обещал себе, что больше никому не дам шанса сделать мне больно».

4. Усиление начинающей проявляться новой позиции

Терапевт. Как вы себя чувствовали в связи с тем, что только что сделали, Питер?

Питер. Вы имеете в виду, что рискнул, рискнул показать ей свою слабость, то, чего мне хочется?

Терапевт. Вы чувствуете себя достаточно сильным, чтобы сделать это сейчас, решиться на этот шаг, потянуться к ней. (Он

кивает.) Можете сказать ей, что чувствовали, когда рискнули и пошли наперекор внутреннему голосу, требовавшему защищаться, когда потянулись к ней?

3. Эмпатические предположения

Они используются на пятом и шестом шаге для расширения и прояснения переживаний, затронутых на предыдущих шагах, а также для того, чтобы уложить в единую картину все сложности, которые могут возникнуть у партнеров на шестом шаге в ответ на перемены в супруге.

На пятом шаге это вмешательство приписывает смысл или создает контекст для понимания сильных, возникающих непосредственно на сессии эмоциональных реакций. Если это понимание не вполне согласуется с переживаниями клиента, не обогащает их – клиент может поправить терапевта, и терапевт признает и учтет поправки. Часто терапевт добавляет всего один элемент в формулировку переживания или помещает его в контекст потребностей и страхов привязанности.

Хотя инсайт и может быть частью этого процесса, не он является целью данной интервенции. Цель состоит в том, чтобы углубить связь человека с его эмоциональными переживаниями и позволить им развиваться дальше.

Эмпатические предположения используются на этом этапе ЭФТ, пожалуй, чаще, чем когда бы то ни было. Видимо, полезно будет пояснить, чем эмпатическое предположение *не является*:

- заменой одного набора когнитивных ярлыков на другой;
- абстрактным интеллектуальным обобщением опыта;
- обучением клиента более подходящим способам вести себя или смотреть на вещи;
- попыткой достигнуть инсайта относительно себя или другого.

Правильно примененное эмпатическое предположение вырастает из:

- эмпатической погруженности терапевта в переживания клиента здесь и сейчас;
- понимания терапевтом контекста отношений, позиций и паттернов, а также интрапсихических переживаний, обычно стоящих за теми или иными позициями и паттернами;

- теоретических основ ЭФТ, согласно которым теория привязанности успешно объясняет происходящее в близких отношениях взрослых;
- переработки эмоционального опыта самим терапевтом, благодаря чему он получает идеи и ориентиры, помогающие понимать переживания других людей в конкретных ситуациях.

Идеальное эмпатическое предположение уважительно, гипотетично, специфично и лишь на один шаг опережает способность клиента сформулировать его. Часто оно фокусируется на страхах привязанности, связанных не только с ожидаемыми реакциями других, но и с обнаружением чего-то в самом себе. Фокусировка на страхе оправдана, если принять во внимание, что именно страх блокирует как внутреннюю эмоциональную переработку, так и интерпсихическую вовлеченность, тем самым сужая круг возможных реакций во взаимодействии.

Примеры

Эмпатические предположения на 5 шаге

Терапевт. Итак, когда вы возвращаетесь домой раньше времени, подъезжаете к дому, в голове у вас возникает картина, что сейчас вы обнаружите Уолта, занимающимся любовью с кем-то?
(*Норма кивает.*)

Норма. Я его застукаю. (*Со злостью.*)

Терапевт. Предающего вас (*Норма кивает.*)

Уолт. Я в жизни ни о чем таком не думал, как тебе могло прийти в голову, что я могу такое сделать?

Норма. Но ты не занимаешься любовью со мной!

Уолт. Ты меня близко не подпускаешь. Замораживаешь меня. Иначе я бы конечно занимался. Я тебя люблю. (*Норма плачет.*)

Терапевт. Норма, что с вами сейчас? (*Она смотрит в пол.*) Что-то тронуло вас? Злились, а потом расплакались.

Уолт. Стоит мне сказать, что я ее хочу, что я ее люблю – она плачет. Появляется трещинка в броне, а потом она замолкает.

Терапевт. Это правда, Норма? Вас так трогает, когда Уолт говорит что любит вас?

Норма (*с надрывом в голосе*). Я не верю, что он меня хочет. (*Уолт вздыхает.*)

Терапевт. Но он сказал это, и в какой-то момент это вас тронуло?

Норма (*недоверчиво*). Думаю, да.

Терапевт. Вы услышали, как он говорит, что хочет вас, и вас это тронуло до слез; одна часть вас хочет этого, хотя другая не верит ему. (*Она кивает.*) Вы хотели бы ему верить?

Норма. Конечно, но такого никогда не было, никогда.

Терапевт. Никогда такого не было, чтобы кто-то на самом деле вас хотел, ценил, дорожил вами. Это и вправду очень печально. Из-за такого можно и расплакаться. (*Она кивает.*) Одна часть вас хочет верить ему, а другая говорит: «Сдайся, не будь дурой, защищайся, смотри внимательнее и увидишь, как он тебя предаст, да?» Он унижит вас.

Норма. Да, я не хочу хотеть этого... думать... может быть... и тогда.

Терапевт. Позволить себе стремиться к этой любви только для того, чтобы все эти надежды рассыпались. Так что вы прячете эти стремления подальше и стараетесь держаться твердо, да?

Норма. Я не чувствую стремления, только злость. Мне вообще все равно, дорожит он мной или нет.

Терапевт. Правда? Об этом не стоит плакать, о том, чтобы быть важной для кого-то, быть для Уолта кем-то особенным, ради кого стоит бороться?

Норма. Я никогда не чувствовала себя особенной ни для кого. Я сдалась. Все меня унижают.

Терапевт. Вы никому не можете доверять. (*Она кивает.*) Вы не предоставите никому возможности опять вас унижить. Вы на страже.

Норма. Это правда, всегда настороже, и голос говорит: «Это опять случится, даже с Уолтом – случится». (*Сжимает кулаки.*)

Терапевт. Голос говорит: «Даже не думай о том, чтобы ему доверять, не будь дурой» – да? «Будь на страже. Приходи домой раньше времени, кто знает, что ты там найдешь». Вы пришли домой пораньше чтобы найти то, чего боитесь больше всего?

Норма (*закрыв глаза*). Страх такой сильный.

Эмпатические предположения на шаге 6

Терапевт. Уолт, что происходит с вами, когда Норма это говорит?

Уолт. Много чего. Я думаю, это нечестно, она меня незаслуженно подозревает, я не могу ей доказать, что я не такой, это тщетно. Я не заслуживаю всех этих проверок и подозрений.

Терапевт. Да, вы возмущены, и, может быть, обижены. (*Он кивает.*) Можете ли вы расслышать, как Норме трудно даже подумать о том, чтобы доверять вам, убрать свою настороженность?

Уолт. Я слышу это.

Терапевт. И как вам это слышать?

Уолт. Грустно. Она такая израненная, такая испуганная... совсем как я!

Терапевт. Можете сказать ей это?

Уолт. Я вижу, как тебе страшно. Как мне тебе доказать, что я тебя не предаю?

Терапевт. Вы хотите понять, как помочь ей меньше бояться? (*Он кивает.*) Спросите ее.

Особый тип предположения, включающий аналогии или иносказания, иногда используется на шестом шаге для нормализации любых негативных реакций на новые переживания и на возникающую новую позицию другого.

Примеры

Аналогии и иносказания на 6 шаге

Терапевт. Я понимаю, как вам трудно – пойти на такой риск и получить от Марии ответ, в котором чувствуется злость; но многим людям, которые были подолгу травмированы и разочарованы в отношениях, бывает очень трудно откликнуться, когда партнер начинает раскрываться и осмеливается что-то сказать. Многие люди не могут в это поверить или боятся поверить. Некоторые хотят, чтобы теперь другой почувствовал ту боль, с которой они жили годами. Вам трудно продолжать рисковать, но точно так же трудно принять, когда наши близкие вдруг начинают делать что-то по-другому. Это уже совсем иная история, как будто мужа подменили, это как-то странно, это сбивает с толку. Но я не знаю, Мария, насколько это имеет отношение к вам – у вас-то свои чувства, своя реальность.

Как было сказано выше, пятый шаг является наиболее интрапсихически-ориентированным из всех шагов ЭФТ. Шестой шаг также фокусируется на индивидуальных реакциях, поэтому более

интерперсонально-ориентированные интервенции на данном этапе терапии являются менее значимыми. Переформулирование реакций во взаимодействии в терминах привязанности – часть эмпатического предположения, но здесь оно используется в большей степени как интрапсихическое, нежели чем интерпсихическое вмешательство. Интерперсональная интервенция – реструктуризация взаимодействия – происходит на пятом и шестом шагах в те моменты, когда новые, возникающие переживания используются как основа для интеракций нового типа. Этот процесс продолжается и выходит на передний план на седьмом шаге. Интересно отметить, что даже на самых интрапсихических шагах ЭФТ внутренние переживания все равно связываются со взаимодействием и используются для его реструктуризации. Эмоционально-фокусированный терапевт все время балансирует на границе внутреннего и внешнего и играет на том, как одно отражает и создает другое.

4. Реструктурирование взаимодействий

Терапевт управляет инсценировками актуальных позиций, которые партнеры занимают уже более открыто, осознанно и активно, и выстраивает взаимодействие таким образом, чтобы в него вошли новые элементы переживаний, возникших на пятом шаге, тем самым превращая новое эмоциональное переживание в новое взаимодействие. На шестом шаге терапевт отслеживает реакции второго партнера на эти новые переживания или на их выражение, и, если нужно, инсценирует менее ограничивающие и/или более принимающие отклики.

Примеры

Шаг 5

Терапевт. Вы можете сказать ему, Норма: «Мне так страшно. Я больше не могу позволить себе даже надеяться, даже хотеть твоей любви. Я заворачиваюсь в «колючки» (слово, ранее употребленное Нормой), жду и ищу доказательств, что ты меня предаешь. Я только на мгновение позволяю себе прикоснуться к своему желанию».

Шаг 6

Терапевт. Можете ли вы сказать ей, Билл: «Я слишком злюсь, чтобы услышать тебя прямо сейчас. Я не собираюсь признавать и уважать твою смелость».

Процессы в паре и желательный результат

Что с точки зрения пары происходит на шагах 5 и 6? Если в терапии все идет по плану, происходит взаимодействие многих разных элементов на многих разных уровнях. Хотя один партнер из двоих обычно оказывается на шаге 5 первым, оба переживают сходный процесс. Этот процесс характеризуется следующими признаками.

- Эмоциональные переживания, ставшие доступными на 3 шаге, интенсифицируются и приобретают большую силу. Происходит процесс дифференциации и символизации этих переживаний. Вместе с тем приходит понимание значимости этих переживаний для Я, находящегося в отношениях с другим, например: «Я должна защищать себя. А то кто еще обо мне позаботится? Никто никогда этого не делал, я давно сдалась. Когда мы только познакомились, я было надеялась, что ты... но...».
- Появляется отношение к этим переживаниям как к своим собственным, а не созданным другим. По мере того как клиент осваивает этот опыт и проживает его, он признает проистекающие из этого опыта тенденции к действию и импульсы, которые привели к определенной позиции во взаимодействии и внесли вклад в создание негативного цикла в отношениях. Например: «Мне так страшно. Думаю, когда я рискую приблизиться к тебе, я делаю это со всякими оговорками, не напрямую, и как только что-то идет не так, я убегаю. Большую часть времени я за стенкой. Конечно, ты не можешь меня найти».
- Расширение эмоционального опыта, признание этого опыта и занимаемой позиции в цикле взаимодействия приводит к осознанию ядерных Я-концепций и моделей, связанных с интенсивными эмоциями, возникающими при этом. Эти представления, похоже, естественным образом проявляются в эмоционально нагруженных интерперсональных ситуациях, в которых присутствует еще и терапевт, обеспечивающий ощущение безопасности. Переживание боли от негативного определения в отношениях привязанности открывает путь к самоощущению и представлениям о себе; это происходит так четко и остро, что становится возможным их активное исследование и последующее переформулирование, например: «И

я говорю себе: «А ты чего ждал? У тебя плохо со всеми этими любовными делами. Я чувствую себя вооо-от таким (*показывает маленькое расстояние между большим и указательным пальцами*). Я больше даже не могу ее просить. Я в этих эмоциональных делах – полный ноль, понимаете? Мне известно это, и поэтому, когда она начинает говорить, что разочарована (как будто я не знаю, что я ее разочаровываю), я не могу этого вынести. И я начинаю орать».

Все вышесказанное делает возможным переработку первичных эмоций, связанных с ощущением себя в отношениях с другим, в результате чего переживание связи с другим развивается и меняется. В частности, самые главные желания и устремления, заложенные в этих эмоциях, начинают проявляться; их начинают озвучивать. Далее, на 7 шаге, с ними можно работать. До этого момента у партнеров обычно существуют проблемы с артикуляцией того, что им нужно, возможно, из-за того что они не чувствуют, что дождутся нужного им ответа, или потому, что их желания неясны им самим или слишком болезненны, чтобы их осознавать. Кроме того, они не готовы просить, потому что просьба поставит их в уязвимое положение перед партнером.

Если говорить о привязанности, то поведение привязанности начинает меняться на этом этапе терапии, по мере того как перерабатываются эмоции, это поведение организующие. Партнер, ранее отстранявшийся, становится более доступным, а также более уверенным; он берет на себя часть контроля над тем, как определяются отношения, и над тем, как он сам определяется в этих отношениях. Когнитивные модели себя и другого, «разогретые» этим процессом, становятся доступными для переформулирования. Позиции во взаимодействии занимают более активно и начинают смещаться в направлении большей доступности и контакта. Страхи и небезопасность привязанности перерабатываются и признаются частью взаимодействия, а не чем-то, что контролирует танец пары откуда-то из-за сцены.

Если говорить о поворотных событиях, создающих изменения, шаг 5 здесь является принципиальным. Он создает основу для повторного вовлечения отстраняющегося супруга и для смягчения другого супруга. Эти события более подробно обсуждаются в одной из последующих глав.

Что здесь происходит с точки зрения наблюдающего партнера, обычно на шаг отстающего от другого в процессе ЭФТ и наблюдающего за тем, как другой партнер вступает в процессы пятого шага?

Во-первых, он видит супруга другим – *по существу* другим. Слово «по существу» используется намеренно: наблюдающий супруг видит своего партнера вовлеченным в интенсивное исследование собственных эмоциональных переживаний, а не просто действующим по-другому. И понятно, что, если спросить супругов, они ответят, что центральным моментом ЭФТ является изменение в восприятии партнера. Восприятие партнера становится более объемным и менее ригидно организованным. Старые, устоявшиеся взгляды на партнера проверяются новым опытом на прочность. Партнер, который ни разу не проронил ни слезинки, плачет, который никогда не сердился – выражает гнев. Это не только сообщает новую информацию о партнере, но и создает ощущение связи, человеческой общности между супругами, которая была утрачена за годы отчуждения и конфликта. Супруги говорят о том, что когда они видят эмоциональную реальность другого – их это трогает, подталкивает в новом направлении. Это вызывает сочувствие или, как минимум, любопытство.

Во-вторых, наблюдающий партнер также вовлекается другим в диалог нового типа, не обязательно более комфортный, поначалу кажущийся даже более опасным, чем привычные негативные, но предсказуемые циклы этой пары. Новый диалог не только оказывает эмоциональное влияние на наблюдающего партнера, но и проверяет на прочность его позицию во взаимодействии. На определенном уровне переживающий партнер, погруженный в процессы шага 5, может показаться значительно менее опасным, чем раньше. Таким образом, потребность в сильных защитах против него становится менее очевидной. Кроме того, переживающий партнер начинает занимать более уверенную позицию в отношениях, тогда как раньше он реагировал в пассивной манере. Это может и напугать, и приободрить наблюдающего партнера. В частности, новый диалог содержит возможность для близкого, доверительного контакта, и наблюдающий партнер вынужден на это как-то откликаться; обычно он обнаруживает амбивалентность в своих реакциях, по крайней мере поначалу, даже если он годами боролся за близость.

В-третьих, наблюдающий партнер слышит, что другой берет на себя ответственность за позицию, занимаемую в отношениях, за свой

вклад в эволюцию отношений. Это обычно ослабляет обвинительную позицию другого и приглашает наблюдающего партнера присоединиться и также взять на себя часть ответственности за подобное развитие отношений.

Все вышесказанное относится к любому из супругов, кто бы из них ни перешел на пятый шаг первым. В классическом цикле обвинение-отстранение отстраняющегося партнера следует подводить к пятому шагу первым, но в цикле отстранение-отстранение первым идет более готовый, более мотивированный из партнеров. Когда второй партнер также оказывается на 5 шаге – создаются условия, при которых возможны новые объединяющие супругов события, обычно происходящие, когда оба партнера доступны и отзывчивы, то есть когда второй супруг вовлекается в шаг 7. Как указывалось в первой главе, описание процесса изменения в виде последовательных и независимых шагов дается в интересах большей ясности и является некоторым упрощением. Возрастающая отзывчивость обычно отстраняющегося партнера и большая открытость обычно критикующего переплетены между собой и взаимно обуславливают друг друга. Снижение уровня враждебности со стороны критикующего партнера позволяет другому приблизиться; сокращение дистанции со стороны отстраняющегося партнера позволяет другому набраться смелости и попросить о чем-то нужном. Этот процесс происходит на протяжении всей терапии. В некоторых парах (особенно при сравнительно небольшом и непродолжительном дистрессе), партнеры переходят к этим шагам практически синхронно.

Шаг 6 включает в себя принципиально важное развитие нового типа диалога между партнерами и требует, чтобы терапевт был с ними, отслеживал их переживания и поддерживал их. Реакции наблюдающего партнера на данном этапе примерно следующие: «Это правда? Он и на самом деле так чувствует? Почему я раньше этого не видела? Он в какие-то игры играет. Не знаю, получится ли у меня, хочу ли я доверять этому? Ему грустно, мне теперь тоже грустно. Могу ли я позволить себе такие чувства? Я не собираюсь просто так ослаблять бдительность. Приятно слышать, что ему не все равно, но испуган ли он на самом деле? Он, может быть, и откроется, а я что... Мне что, тоже опять рисковать, опять начинать надеяться? Я не готова». Если отношения были очень враждебными, первая реакция представляет

из себя тот или иной вариант фразы: «Не верю ни на грамм» или: «Пойди, расскажи кому-нибудь другому, меня это не волнует».

Таким образом, шестой шаг включает в себя интрапсихический компонент – терапевт помогает наблюдающему партнеру переработать новые реакции другого и откликнуться на них, и компонент взаимодействия – терапевт, структурирует новый диалог, включая в него новые элементы, теперь уже представленные в переживании каждого из партнеров. Наблюдающего партнера следует поощрять к тому, чтобы он исследовал все свои негативные реакции на супруга и выражал эти реакции прямо, например, он может говорить: «Я все еще слишком злюсь, когда слышу тебя, и не уверен, что хочу тебе верить». Как и другие шаги, этот шаг занимает несколько сессий, в ходе которых терапевт при каждом удобном случае создает условия для нового и позитивного контакта между партнерами. Для этого можно предложить супругам следующее переопределение: партнер с переживаниями которого работает терапевт, нуждается в помощи наблюдающего партнера для того, чтобы оставаться вовлеченным и решаться на большее в отношениях.

По мере того как переживающий партнер остается вне цикла негативного взаимодействия и выстраивает новую позицию в отношениях, второй оказывается лицом-к-лицу с тем, как ему самому трудно быть доступным и отзывчивым. Здесь часто дело в том, что тот из партнеров, кто первым достигает шага 5 или 7, приводит в действие ощущения неуверенности, небезопасности у второго супруга, чем буквально заставляет другого признать эти страхи и неуверенность, то есть перейти к пятому шагу. Ставший доступным и потенциально отзывчивым партнер бросает вызов ограничениям, которые могут быть у наблюдающего партнера в отношении близости с другим, сталкивая супруга с его собственным нежеланием рисковать и доверять.

В этот момент частью терапии может стать некое «тестирование», часто необходимый период перед тем, как партнер начнет откликаться на перемены в другом. Эти проверки следует отразить, признать и поместить в контекст цикла. Терапевт может отразить потребность в тестировании и стоящую за ним тревогу. В некоторых случаях, если это затягивается, терапевт может занять более конфронтующую позицию и сказать: «Вы делаете шаг назад и проверяете его снова и снова, просите его доказать, что он любит вас и что он изменился. Это

естественно, учитывая как больно вам было. Но ведь он и вправду не может доказать вам, что вы должны рисковать – распространите на него презумпцию невиновности. Он будет ошибаться – он тоже учится. Это все в сухом остатке сводится к вопросу о том, можете ли вы рискнуть и начать открывать ему дверь, когда он стучится». Терапевт далее поощряет обоих супругов к тому, чтобы оба оставались вовлеченными и могли выносить тревогу, вызванную новым способом взаимодействия.

Для наблюдающего супруга процесс шестого шага начинается с фокусирования на переживающем партнере и постепенно сменяется сосредоточением на собственной способности откликаться на новую вовлеченность партнера в отношения. Для переживающего супруга на шагах 5 и 6 происходит развитие его эмоциональной вовлеченности в отношения. Эта вовлеченность далее приходит на смену тому или иному поведению, бывшему частью негативного цикла, – избеганию, отстранению или гневному принуждению. Во второй раз шаг 6 обычно проходит быстро и без осложнений, идет ли речь о ситуации, когда ранее не вовлеченный отстраняющийся партнер отзывается на смягчение более критикующего партнера, или (что случается реже и в более благополучных парах) смягчившийся критикующий партнер отзывается на увеличивающуюся вовлеченность отстраняющегося партнера, когда тот переходит к пятому шагу.

В случае когда для наблюдающего партнера возникающие изменения оказываются слишком сильным стрессом (настолько, что это приводит к эскалации негативного цикла) и обычные способы справиться с вышеозначенными реакциями не приводят к желаемому результату, можно предложить индивидуальные встречи с каждым из партнеров. Это более подробно обсуждается в практических примерах в главе 10. Случается, что ключевые эпизоды из истории отношений, пережитые как травма привязанности (подробнее обсуждается в главе 12), выходят на поверхность на шестом шаге, блокируя способность наблюдающего партнера доверять и откликаться на новое поведение другого. Исследование этих критических инцидентов привязанности, этих «преступлений», может пробудить в наблюдающем партнере глубинные страхи и опыт травмы; то есть этот опыт предшествует его переходу к пятому шагу.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВОВЛЕЧЕНИЕ: ИНСЦЕНИРОВКИ И СОЗДАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СВЯЗИ

ЭФТ: шаг 7 и поворотные события

«Пятачку и Женщине-Супергерою трудно быть близкими».

«Ты мне нужен, чтобы тьма отступила».

Джим, отстраняющийся супруг (*жене, Марии, начинает преобразующую инсценировку*). Я хочу, чтобы ты дала мне шанс. Я хочу, чтобы ты перестала меня прессовать и помогла научиться лучше тебя любить. Я могу это сделать, ведь я хочу этого. Я просто привык прятаться, но больше не хочу вести себя так. Ты меня слышишь?

Мария. Ладно. Это трудно принять. Я сама не знаю, верю ли тебе. Но ты, правда, хочешь научиться лучше меня любить?

Джейн, обвиняющая супруга (*мужу Полу, начинает преобразующую инсценировку*). Я не думаю... нет, я вижу, что ты здесь. Ты больше со мной, для меня. Да, я вижу это. Но не думаю, что могу сделать шаг навстречу. Какая-то часть меня говорит, что это слишком рискованно, мне ведь раньше было так больно. Не уверена, что у меня получится. Может быть, мне сейчас слишком страшно пробовать.

Пол. Думаю, я, действительно, причинял тебе боль, но хочу, чтобы ты попробовала впустить меня.

Эта глава посвящена 7 шагу ЭФТ, облегчающему выражение потребностей и желаний и создающему эмоциональную вовлеченность в отношения. Седьмой шаг завершает процесс, в котором новые эмо-

циональные переживания и способы их выражения используются для изменения позиций во взаимодействии и переструктурирования взаимодействий. Именно на эту часть терапии приходятся поворотные события, обеспечивающие эффективность ЭФТ. Седьмой шаг приводит к поворотному событию: отстраняющегося партнера – к повторному вовлечению в отношения, а критикующего – к смягчению отношения, в результате чего он оказывается в состоянии просить о контакте с позиции собственной уязвимости. Как обсуждалось ранее, повторное вовлечение отстраняющегося партнера обычно предшествует смягчению критикующего партнера. Кроме того, когда обвиняющий партнер по завершении седьмого шага смягчается и оба партнера становятся доступными и отзывчивыми, возникают эпизоды с новым видом мощной эмоциональной связи. Эти эпизоды еще более укрепляют начавшую развиваться эмоциональную вовлеченность в паре и создают новый позитивный цикл соединения между супругами. Данный цикл становится таким же самовоспроизводящимся и самоподкрепляющимся, как и исходный негативный цикл, и способствует формированию надежной привязанности между партнерами.

Остается открытым вопрос о том, с чего же начинается разрушение удовлетворенности браком: то ли с негативных конфликтных взаимодействий, гасящих позитивные чувства в паре, то ли с отсутствия отзывчивости в близких отношениях, призванных удовлетворять потребности привязанности, в результате чего происходит разрушение близости и эскалация конфликтов и негативизма (Roberts & Greenberg, 2002). Безусловно, надежная связь и взаимная, любящая отзывчивость, присущая такой связи, позволяет партнерам благополучно справляться с различиями и конфликтами. Как бы то ни было, двадцатилетняя практика работы и исследований в ЭФТ дает возможность предположить, что возникновение взаимной отзывчивости и эмоциональной вовлеченности приводит пару к новому уровню безопасности и уверенности в отношениях. Супруги теперь могут дать и дают друг другу любовь и заботу на новом уровне, что является противоядием для прошлых обид и боли и позволяет утвердиться в достижениях, сделанных на стадии деэскалации ЭФТ.

Предварительным условием для шага 7 является прохождение шагов 5 и 6 обоими партнерами: эмоциональная переработка переживаний на пятом шаге и последующие события во взаимодействии на шестом шаге приводят к открытому заявлению о своих потребностях

и желаниях на седьмом шаге. Открытое и обоснованное заявление приводит говорящего к изменению его позиции во взаимодействии, что, в свою очередь, побуждает другого партнера включиться в тот же процесс и *подтягивает* другого партнера к говорящему. Переработка эмоций на пятом шаге приводит к увеличению осознания потребностей и желаний, также как осознание голода приводит к отчетливому желанию есть и выражению этого желания.

Формулировка и выражение потребностей связаны с занимаемой позицией. По мере переработки глубинных эмоций и расширения эмоционального опыта происходит развитие и изменение позиции во взаимодействии, которая была организована в соответствии с этими эмоциями. Например, заявление клиента, звучащее на пятом шаге как: «Я чувствую себя маленьким и бестолковым с тобой и живу в страхе, что ты это увидишь и уйдешь от меня, так что я замираю и стараюсь все заглаживать», на седьмом шаге превращается в «Я устал замирать. Я хочу чувствовать, что я для тебя важен. Я хочу, чтобы ты придержала при себе критику и перестала угрожать, что уйдешь. Я больше не хочу чувствовать себя в этих отношениях маленьким». Сейчас партнер говорит из сильной и более активной позиции – в этой позиции он сам определяет отношения, а не реагирует на определения партнера. Он более вовлечен в собственные эмоциональные переживания и занимает, скорее, доступную, нежели дистанцирующуюся или неприступную позицию. Когда один из супругов оказывается способным присоединиться к другому, происходит не только *новый эпизод эмоционального соединения*; сами отношения начинают переформулироваться и становятся надежной базой. Это переопределение в дальнейшем станет основой для процессов третьей стадии терапии – консолидации и интеграции. Третья стадия состоит из шага 8 – решения проблем, и шага 9 – консолидации новых позиций и более гибких паттернов взаимодействия.

Когда оба партнера по очереди проходят через седьмой шаг, они оказываются способными оставаться в контакте с собственными эмоциональными переживаниями и в состоянии четко формулировать, в чем они нуждаются, чтобы ощущать себя в безопасности и чувствовать связь с супругом. Потребности привязанности, ставшие явными на предыдущих шагах, теперь ясны и могут быть выражены открыто и с ощущением правомочности. Просьбы и пожелания, высказываемые супругами, касаются центральных потребностей привязанности

– потребности в контакте и комфорте и потребности в отклике со стороны другого, что чрезвычайно значимо для ощущения безопасности и позитивного самоощущения, а не только для занимаемых ролей, выполняемых функций или менее эмоционально значимых аспектов отношений.

Этот новый способ выражения потребностей формирует у просящего новую позицию во взаимодействии – более равноправную, более дружелюбную. Эти просьбы обладают новым качеством – в них есть искренняя попытка вступить в эмоциональный контакт с другим партнером, а не просто договориться о чем-то на взаимовыгодных условиях. Здесь ключевое, очень важное слово – *попросить*. Просьбы теперь высказываются не в форме требований к другому и не в контексте обвинений.

На этом этапе терапии возникает способность придерживаться занимаемой позиции в гибкой манере, а не обороняться или реагировать каким-то другим, ограниченным способом; возможно, дело в том, что новая позиция основана на интеграции эмоциональных переживаний, а также на более тонком понимании взаимосвязи между личным эмоциональным опытом и опытом взаимодействия с супругом. Например, когда один из партнеров высказывает обвинение, вновь вовлеченный в отношения партнер, который ранее отстранялся, теперь способен сохранить свою позицию и признать ответственность без отстранения и запуска негативного цикла. Муж может сказать: «Да, я повел себя как раньше. Я привык так себя вести. Но я не хочу, чтобы ты решила, что я не стараюсь, и разозлилась, так что я снова не смогу к тебе подступиться. Я буду работать над собой и над отношениями, чтобы этого не было, и я хочу, чтобы ты мне верила».

Результат пятого шага виден здесь в том, как человек проявляет себя, исходя из нового самоощущения, из более дифференцированной рабочей модели себя и другого. Партнер, например, начинает с отстраненной позиции, в которой он воспринимал себя неадекватным, а другого – как критикующего и опасного (так он ведет себя на шагах 1 и 2), но приходит к позиции, с которой слабости рассматриваются как часть человеческой природы, а он сам, как заслуживающий того, чтобы с его потребностями по праву считались. Тогда ему хочется попросить другого, чтобы тот откликнулся на эти потребности, и, например, сказать: «Я робею. Но могу быть и сильным. Ты тоже не все время сильная. Но мне трудно справиться с моими страхами и

проявить свои сильные стороны, когда ты кричишь, какой я рохля. Я хочу, чтобы ты перестала. Я хочу немного уважения. Пятачку трудно сблизиться с Супер-Женщиной». Самовосприятие обвиняющего партнера расширяется за счет включения более четкого ощущения своих «слабых мест» и потребностей привязанности.

На шаге 7 партнеры в состоянии предъявить свои специфические просьбы таким способом, который притягивает их супругов; в этом случае супруг с большей вероятностью откликнется на просьбу. Сигналы привязанности при этом ясны (Kobak, Ruckdeschel & Hazan, 1994). То, как высказаны просьбы, поддерживает у супруга ощущение, что он незаменим и чрезвычайно значим для партнера, и это укрепляет и усиливает связь. В такие моменты супруг может заявлять что-то вроде: «Я и не знал, что значу для тебя так много, что ты нуждаешься во мне». Эти просьбы, по сути, неявным образом обращены к заглушенным потребностям привязанности слушающего супруга; просьбы помогают ему отозваться, ответить говорящему. Препятствия к этой отзывчивости уже были проработаны в процессе завершения шестого шага.

Процесс седьмого шага заключается в том, что новый эмоциональный опыт (шаг 5), интегрированный во взаимодействие (шаг 6), теперь используется для перестройки отношений. Новый эмоциональный опыт партнера, полученный на шаге 5, превращается в новое событие на шаге 7, в котором переопределяются вопросы контроля и близости (принадлежности) в отношениях.

Маркеры

Терапевт производит интервенции, когда:

1. Партнер вновь обращается или углубляет эмоциональное переживание, с которым он встретился на пятом шаге, но не может выразить потребности и желания, имплицитно присущие этому переживанию. Задача терапевта – помочь партнеру сформулировать потребности и желания, возникающие из этого переживания, и способствовать их выражению во взаимодействии с другим партнером.

2. Партнер спонтанно начинает выражать свои потребности и желания, находясь в контакте с терапевтом, но не обращается к своему

партнеру, или меняет тему и начинает более общий разговор. Задача терапевта – перенаправить процесс, чтобы человек начал говорить о своих желаниях партнеру, или вернуться к более актуальной теме и поддержать человека в том, чтобы он делился своими желаниями с супругом.

3. Другой партнер или открыто реагирует на новое поведение переживающего партнера, или начинает обесценивать его новое поведение. В обоих случаях терапевт призывает переживающего партнера продолжать реагировать в эмоционально вовлеченной манере, заявляя о собственных потребностях и предпочтениях. Также может потребоваться, чтобы терапевт отразил и признал трудности, возникающие у наблюдающего партнера, которому приходится как-то реагировать на изменения во взаимодействии. В случае если второй партнер реагирует позитивно, терапевт признает, усиливает и поддерживает эту реакцию.

Вмешательства

По мере того как клиенты переходят к шагу 7, они становятся все более инициативными и терапевт начинает передавать им управление процессом, становясь менее активным, по необходимости подбадривая и перенаправляя партнеров. Главная задача – переструктурирование взаимодействия через прослеживание, усиление и переформулирование интеракций, в особенности посредством создания нового взаимодействия на основе нового эмоционального опыта. Часть этих взаимодействий станет новыми, объединяющими супругов, событиями. В большей степени интрапсихические вмешательства, такие как пробуждающие высказывания и эмпатические предположения, используются при возникновении препятствий или когда люди не могут продвигаться вперед. Например, когда партнер внезапно сталкивается с тем, что ему трудно попросить о нужном отклике, терапевт помогает ему исследовать возникшее затруднение.

Пробуждающие отражения и вопросы

Терапевт фокусируется на переживаниях клиента по мере их появления, чтобы помочь ему прояснить свои желания и стремления

или сложности, возникающие в связи с выражением своих желаний партнеру.

Примеры

1. Терапевт (*вновь вовлекающемся, а ранее отстраненному партнеру*). Если я вас правильно слышу, вы говорите о том (*суммирует*) особом страхе, что она уйдет, что ее угрозы, когда она говорит, что так и сделает, держат вас в подвешенном состоянии, безо всякой опоры, и из-за этого трудно расслабиться и вовлечься в отношения. Это так?

Тим. Да, и тогда я закрываюсь, но это совсем не то, чего я хочу. (*Складывает ладони, одну на другую, и держит перед собой.*)

Терапевт. А то, чего хотите вы – это? (*Тим не отвечает, смотрит на руки.*) Ваши руки держат одна другую, как в гнездышке, в корзиночке. Что с вами происходит сейчас?

Тим. Мне не удастся держать ее так. Она вся вкладывается в своих родителей, ну, вы понимаете, что я имею в виду.

Терапевт. Да. А то, чего хотите вы – это?

Тим. Я хочу держать ее.

Терапевт. Оберегать ее.

Тим. Я хочу, чтобы она сложила все яйца в одну корзину, нашу корзину, чтобы перестала бегать из дома.

Терапевт. Чтобы набралась смелости и доверилась вам. (*Он кивает.*) Пожалуйста, скажите ей это, можете?

2. Терапевт. Слишком трудно сказать ему об этом?

Джейн. Не думаю, что я смогу. По-видимому это бессмысленно. Он не услышит. (*Слезы.*)

Терапевт. Что вы чувствуете, когда говорите это, Джейн?

Джейн. Я знаю, что будет. Он разозлится или начнет оправдываться.

Терапевт. То есть вы не хотите рисковать.

Эмпатическое предположение

Иногда необходимо помочь клиентам обозначить их желания, которые они отодвинули на задний план для поддержания стабильности в отношениях и чтобы приглушить собственную боль.

Пример

Марион. Это были такие трудные отношения. Думаю, я закопала все надежды очень глубоко.

Терапевт. Вы не уверены, что хотите снова надеяться?

Марион. Верно. Иногда можно просто плыть по течению, жить, как живут соседи по общежитию.

Терапевт. Как будто все желания, все мечты, которые были у вас до встречи с Гарри, теперь под замком?

Марион. Думаю, да. *(Плачет, затем останавливается, откидывая волосы назад рукой; лицо становится напряженным.)*

Терапевт. Помогите мне понять. Вы как будто чувствуете: «Я больше не буду ничего хотеть, я не буду мечтать, а потом разочаровываться»?

Марион. Точно. *(Снова плачет.)*

Терапевт. Но слезы... О чем ваши слезы, Марион? Чего вам так хотелось и от чего пришлось отказаться?

Марион *(взрываясь).* Я хотела, чтобы он меня обнимал, хотела почувствовать, что я ему дорога, хотя бы немножко, только для него одного. *(Тихо плачет.)*

Терапевт. Мне кажется, какая-то ваша часть по-прежнему хочет этого? Да? *(Она кивает.)*

Прослеживание и отражение цикла

На этом этапе терапии прослеживание и отражение цикла обычно касается не негативного цикла, с которым пара пришла. Скорее, отражаются изменения в негативном цикле и начало нового, более позитивного. В частности, это заключается в прослеживании и отражении мини-последовательностей, разворачивающихся во внутренней и внешней реальности и взаимно создающих и отражающих друг друга. Например, на сессии, описанной выше, терапевт мог бы отразить и описать происходящее так: жена позволила себе выразить свою тоску, но у нее было много опасений и дурных предчувствий, поэтому в последний момент она подправила свое заявление, сделав его более неопределенным, на что труднее откликнуться. Тогда муж, который также не хотел рисковать, отреагировал минимально. Отражая такое взаимодействие, терапевт создает условия для исследования процесса, в котором страхи жены влияют на то, как она озвучивает свои потребности, и что в свою очередь влияет на реакции мужа. Терапевт

также может заново воспроизвести процесс, чтобы сфокусироваться и изучить определенную его часть.

Терапевт также прослеживает и подытоживает новые взаимодействия, возникающие на шаге 7. Он выделяет моменты, когда переживающий супруг идет на определенный риск, высвечивает возможности для проявления привязанности, содержащиеся в таких взаимодействиях.

Пример

Терапевт. Это невероятно, Терри – то, что вы сейчас сделали. Требуется много мужества, чтобы сделать это – сказать Джун: «Просто перестань говорить мне каждую минуту, как ставить ноги, и у нас может быть получится танго вдвоем; я хочу танцевать с тобой. Если ты только поверишь мне немножко, я, может быть, смогу разобраться, как танцевать». А вы, Джун, сказали: «Ну, может быть, и сможешь», – и засмеялись. Это очень отличается от нескольких первых сессий, когда сама мысль довериться Терри казалась... *(Пауза.)*

Джун. Невыносимой *(Терапевт кивает.)* Сейчас у меня, кажется, есть вера в то, что он хочет «танцевать».

Терапевт. И это все меняет. Вы оба находите новые пути к тому, чтобы быть вместе, строить отношения вместе, да?

Переформулирование

Трудности, возникающие у партнеров с тем, чтобы заявить о своих потребностях, терапевт вписывает в контекст их опыта в негативном цикле, а также в контекст ожиданий и уязвимости, появившихся в результате этого цикла.

Пример

Терапевт. Я понимаю, что для вас это смерти подобно – рискнуть и попросить Грэма об этом, после того как вы столько времени чувствовали, что вы для него не важны. *(Она кивает.)* Страшно. *(Она кивает.)* Вы попросите, а он?

Элиза. Он выскажет мне все рациональные причины, по которым хотеть того, чего я хочу, неприемлемо, а потом он отвернется, и я буду чувствовать себя и маленькой, и одинокой. Это рискованно.

Терапевт. Осмелиться и попросить о том, чего хочешь, когда так больно и страшно, надеяться, что он откликнется, да? *(Она кивает.)*

Реструктурирование взаимодействия

Наиболее типичное вмешательство в этот момент терапии, а зачастую и единственно необходимое, – это «хореография» просьбы и усиление позитивного отклика. Это режиссирование определенного движения и сопровождающих его конгруэнтных невербальных реакций в разворачивающемся танце может, однако, потребовать от терапевта изрядной, почти непрерывной фокусировки и директивности.

Пример

Терапевт. Вы могли бы попросить ее: «Я хочу, чтобы ты начала вылезать из окопов. Я хочу близости».

Мартин *(терапевту)*. Да, я хочу этого. В конце концов, тогда все будет лучше и проблемы с ее семьей будут...

Терапевт. Мартин, можно вас перебить? Вы могли бы посмотреть на свою жену и сказать ей, что хотите, чтобы она вылезла из окопа, чтобы впустила вас?

Мартин *(поворачивается к жене и говорит, глядя на нее)*. Да, я хочу, чтобы ты впустила меня; я никуда не денусь. Я хочу быть с тобой рядом, а не за стеной. Мне нужно немножко нежности, и я хочу отвечать нежностью.

Терапевт. Что вы чувствуете, когда говорите это, Мартин?

Мартин. Это хорошее чувство, что-то настоящее, я будто становлюсь выше ростом, когда это говорю. *(Терапевт улыбается и кивает.)*

Терапевт. Сьюзан, каково вам слышать это?

Сьюзан. Немножко страшно, но в общем мне нравится, и *(партнеру)* мне, правда, нравится, что тебе настолько хотелось это сказать, что ты рискнул; это – не как обычно. Больше похоже на то, что было между нами в самом начале.

Далее терапевт будет подчеркивать значимость этого эпизода и заключенного в нем потенциала для надежной связи в паре.

В этой главе представляется более уместным обсудить не процессы в паре и желательные результаты, но поворотные события, по-

скольку организация этих событий является важной частью шагов 5–7 для каждого из партнеров.

Поворотные события

Завершением 7 шага для отстраняющегося партнера становится поворотное событие (*change event*) – *повторное вовлечение в отношения избегающего партнера*, а для критикующего таким поворотным событием становится *смягчение*. Завершив 7 шаг, оба партнера становятся более доступными, отзывчивыми и способными напрямую обсуждать темы, касающиеся их привязанности, так что у терапевта появляется возможность создавать условия для позитивных событий во взаимосвязи партнеров. Когда это произойдет, можно переходить к последним двум шагам, включающим в себя процесс окончания терапии.

Два поворотных события, упомянутых выше, – повторное вовлечение в отношения и смягчение, описывались в первом учебнике по ЭФТ (Greenberg & Johnson, 1988), а транскрипт эпизода смягчения можно найти в одной из глав нашей книги (Johnson & Greenberg, 1995). Тем не менее прохождение партнеров через типичные версии поворотных событий представлены ниже, чтобы сформировать у читателя более четкую картину пошагового разворачивания процесса.

Повторное вовлечение в отношения избегающего партнера

Этот процесс начинается на пятом шаге – с признания и присвоения эмоций, стоящих за позицией, которую человек занимает в отношениях. Более отстраненный партнер (обычно, но не всегда, это мужчина) во всей полноте переживает реальный страх близости, сопровождающийся тяжестью и ужасом от катастрофических ожиданий, например: «Сейчас она увидит, какой я неадекватный и жалкий».

Далее партнер перерабатывает этот страх с терапевтом, который направляет его к тому, чтобы поделиться своим страхом с супругом. Партнер делает это конгруэнтно, то есть вербальные послания отчетливы и не расходятся с невербальными. Он может сказать: «Я не могу позволить тебе увидеть меня. Иногда мне кажется, что ты должна была бы чувствовать ко мне отвращение».

Затем он подходит к более специфической боли, о которой может напрямую сказать супруге: «Я никогда не был и не буду твоим замечательным, потрясающим первым возлюбленным. Я – это просто я, и так как с ним, у нас с тобой тоже никогда не будет. У меня сейчас так пусто внутри» (*часть шага 5*).

Жена сначала отвечает с недоверием и холодной отстраненностью, терапевт признает ее чувства, и тогда она начинает пробираться сквозь послание партнера: «Ты ожидаешь, что я поверю... Я надеюсь, тебе, действительно, больно... ты мне никогда не говорил. Я такого не ожидала. Мне так грустно... Я и не знала, что делаю тебе больно» (*часть шага 6*).

При поддержке терапевта муж остается вовлеченным и сфокусированным на собственных реакциях и на диалоге с женой. Его эмоциональный опыт начинает проявляться в действиях, ясно сообщая, что с ним сейчас происходит и чего ему хочется. Он начинает ощущать, что его эмоции оправданы и называть словами элементы переживания, например, говорит: «Я не могу все время доказывать, что стою твоего внимания. Я не собираюсь всю жизнь карабкаться на Эверест, справляться с твоей критикой и так сильно бояться приблизиться к тебе. Лучше я буду спать один и смирюсь с одиночеством».

Терапевт помогает жене услышать это и справиться с тревогой. Он поощряет мужа, чтобы тот высказал жене свои желания и потребности. В них входит то, что он может и чего не может, что будет и чего не будет делать в отношениях. Теперь он активно определяет отношения (прежде он никогда этого не делал) и себя, свою роль, свои желания в них. Теперь он заявляет: «Я хочу ощущать себя желанным, чувствовать себя тем человеком, с которым тебе нравится быть. Я не хочу прятаться. Я хочу, чтобы ты помогла мне научиться быть близким» (шаг 7).

Теперь он выглядит скорее сильным, нежели бессильным, находящимся в контакте со своими эмоциями, а не избегающим их, скорее присутствующим в отношениях, а не уклоняющимся, ищущим контакта, а не избегающим его.

Эта последовательность здесь упрощена, чтобы ясно показать, как именно разворачивается процесс. Безусловно, случаются выпадения из процесса, появляются отвлекающие факторы, те или иные препятствия на этом пути, где пары «застревают». После того как поворотное событие произошло, данный опыт интегрируется в пред-

ставления о себе и в отношения. Теперь партнер, приходя на сессию, говорит о себе в более позитивном ключе и по-другому взаимодействует с супругом. Он также делает практические шаги, чтобы изменить структуру взаимоотношений дома, например более активно принимает решения или иначе ведет себя с детьми. Таким образом, человек продвигается к шагам 8 и 9. Скорость этого процесса у каждого своя.

В частности, этот процесс займет больше времени, шаги будут более мелкими, а продвижение – поэтапным, если в прошлом у человека был опыт насилия в значимых отношениях, то есть, если травма была нанесена фигурой привязанности (Johnson, 2002). Терапевт приспосабливается к темпу процесса, личному стилю и истории каждого из клиентов.

Смягчение

Этот процесс начинается на 5 шаге и часто стимулируется движением другого партнера в направлении большей доступности и вовлеченности в отношения.

Вместо того чтобы фокусироваться на ошибках друг друга, партнеры начинают обращать больше внимания на себя, входя в контакт с мощными страхами привязанности и/или переживаниями, организующими их поведение в отношениях с другим. Эти страхи и переживания заново интенсивно переживаются и перерабатываются на сессии; подчеркивается их влияние на актуальное взаимодействие, например: «Я пообещала себе, что больше ни на кого не буду рассчитывать. Мужчины всегда предадут тебя. Нельзя быть такой ранимой. Ты можешь рассыпаться. Так что я бью первой и держу свои слабые стороны при себе».

Когда супруга, начавшая процесс смягчения, говорит мужу такое, он способен быть более отзывчивым, чем раньше. Часто это позволяет ей продолжить перерабатывать свои глубинные переживания и/или позволяет терапевту непосредственно сконцентрироваться на ее явном, проявляющемся в настоящий момент нежелании сблизиться с мужем. В приведенном примере жена может заговорить о большой печали, которая возникает у нее, когда она позволяет себе соприкоснуться с желанием близости и переживанием страхов близости с другим. Женщина вновь обращается к специфическим переживаниям в этих и других отношениях, как и к специфическим травмирующим

и значимым инцидентам, и перерабатывает их, говоря, например: «Я окружила себя колючей проволокой, так что он не может войти. Когда я представляю, как он улыбается другой женщине и отворачивается от меня, я становлюсь холоднее, холоднее, холоднее» (*шаг 5*). Затем терапевт помогает ей поделиться этими переживаниями напрямую с мужем – сказать ему: «Я не могу тебя впустить», – и помогает супругу отреагировать на это с заботой и вниманием (*шаг 6*).

По мере того как она все глубже и интенсивнее контактирует с собственным опытом переживания близости и разъединения, ее определение себя и другого приобретают четкие очертания. Терапевт помогает супруге исследовать эти определения, и эмоционально присоединиться к партнеру и, например, помочь ей сказать: «Я чувствую панику, когда он вот так отгораживается; это невыносимо. Как будто мягкая перчатка сжимается вокруг горла, душит меня. Я чувствую себя голой и беспомощной. Я готова на все, чтобы не чувствовать этого». Терапевт просит ее рассказать партнеру об этой панике или сказать ему: «Я не позволю тебе делать это со мной» (*шаг 5*).

Ее потребности и устремления выходят на первый план, и терапевт помогает ей сформулировать их и поделиться ими с партнером: «Я хочу, чтобы ты обнял меня, помог мне почувствовать себя в безопасности. Ты мне нужен, помоги мне сделать так, чтобы тьма отступила» (*шаг 7*).

Когда один партнер говорит другому о своих потребностях привязанности с более мягкой, уязвимой позиции, *между супругами возникает сильная, настоящая связь*. В этот момент терапевт старается быть как можно более ненавязчивым и поддержать пару в их первых шагах нового танца – танца, в котором партнеры двигаются навстречу друг к другу, позволяют себе растрогаться и начинают доверять друг другу.

То, насколько быстро это начнет распространяться за пределы сессии и интегрироваться в отношения, зависит от каждой конкретной пары. Это также задача последних двух шагов терапии.

И, наконец, стоит отметить результаты недавнего исследования (Bradley & Furtow, 2004), в котором были систематизированы все шаги и вмешательства, использовавшиеся для успешного смягчения. Исследование показало, что эмоционально-фокусированные терапевты в случаях успешных смягчений особенно активно используют пробуждающие высказывания, усиление эмоций и актуальных и

меняющихся позиций и шагов во взаимодействии, признание, подтверждение и эмпатические интерпретации, помешающие реакции, потребности и страхи в контекст привязанности. Это исследование подчеркивает, что терапевту необходимо больше фокусироваться на страхах обвиняющего партнера, связанных со сближением с супругом; что терапевт должен явным образом направлять клиента к тому, чтобы он сделал шаг навстречу, пошел на определенный риск в инсценировке, побуждая его к удовлетворению потребностей привязанности в отношениях с супругом. Сделанные в этом исследовании наблюдения также позволили идентифицировать определенные вмешательства, которые мы назвали «сеять семена привязанности», посредством которых терапевт, адресуясь к страху клиента сблизиться с супругом, говорит что-то вроде: «То есть вы никогда не могли...». Это вмешательство делает желания и страхи привязанности явными и осязаемыми. Исследователи выделили шесть тематических шагов в процессе смягчения:

- фокусировка обвиняющего партнера на возможности рискнуть и сделать шаг в сторону партнера;
- обращение к страхам сближения;
- поддержка обвиняющего партнера в те моменты, когда он на деле делает этот шаг и открыто выражает свои потребности в привязанности;
- поддержка и признание смягчающегося обвинителя;
- переработка события с теперь уже вовлеченным, а ранее отстраняющимся партнером;
- поддержка этого партнера в том, чтобы сделать ответный шаг и отозваться на смягчавшегося обвинителя.

Данное исследование показало, что терапевту при необходимости следует возвращаться к исследованию страхов сближения. Эта фокусировка включает в себя исследование страха того, как отреагирует другой («Он может просто развернуться и уйти») и страхов, касающихся своего Я (например: «Он увидит, что никакая я не особенная, что со мной слишком трудно»). Исследования такого рода необходимы, поскольку они разбирают и подвергают детальному рассмотрению ключевые преобразующие события в терапии (Jonhson, 2003) и очевидным образом обогащают повседневную работу в таких подходах, как ЭФТ.

КОНСОЛИДАЦИЯ НАДЕЖНОЙ БАЗЫ

ЭФТ: шаги 8 и 9

«Она стала доступнее. Она держит меня за руку в постели».
«Мы до сих пор иногда ругаемся, но она не чужая, она мне не враг».
«Я могу сказать, когда чувствую себя небезопасно, и это все меняет».

В этой главе описывается завершающая фаза ЭФТ: шаг 8, на котором терапевт содействует выработке новых решений наболевших проблем, и шаг 9 – когда происходит консолидация новых позиций, занимаемых партнерами в отношениях друг с другом. Эти новые позиции более гибкие и способствуют взаимной доступности и отзывчивости. Отношения становятся *надежной базой*, с которой можно исследовать мир и справляться с возникающими в нем проблемами, и *безопасной гаванью*, в которой можно найти убежище и защиту.

Шаг 8

Поворотные события, произошедшие на прошлых стадиях, теперь напрямую влияют на способность пары решать проблемы и по-партнерски кооперироваться в повседневной жизни. Как осуществляется это влияние? Во-первых, повседневные практические задачи больше не являются ареной для выяснения отношений. *Проблемы решаются намного проще, когда они не угрожают безопасности привязанности, не превращаются в борьбу за власть, самоопределение или определение отношений.* Например, проблема с семейными финансами – это проблема с финансами, а не триггер для негативного цикла взаимодействия, где один супруг обвиняет и критикует друго-

го, а другой сдается и отказывается разговаривать. Идет совместное обсуждение общей проблемы, а не переговоры с противником.

Во-вторых, начавшая создаваться атмосфера безопасности и доверия благоприятствует тому, чтобы вникать в сложные вопросы и оставаться включенным в их обсуждение.

В-третьих, пара тратит меньше времени и энергии на регуляцию негативных эмоций и защиту своих «слабых мест». Поэтому партнеры более эффективно используют свои способности для решения тех проблем, с которыми они сталкиваются.

В-четвертых, и это, пожалуй, важнее всего, меняются природа и смысл проблем, с которыми сталкивается пара, поскольку изменился контекст взаимоотношений. То, что муж подолгу сидит на работе, уже не означает, что у мужа «роман с работой»; это значит, что работа требует от него больших временных затрат. Партнеры по-другому определяют проблемы в отношениях и встречают их вдвоем, как одно целое, а не поодиночке, как изолированные индивиды.

Исследования показали, что эффективность ЭФТ не улучшается при добавлении к терапии обучения навыкам коммуникации и решения проблем (James, 1991). На практике пары лучше решали проблемы после прохождения ЭФТ, несмотря на тот факт, что в процессе терапии они специально не тренировались в этой области. Это неудивительно, поскольку в данном подходе отсутствие или недостаток навыков не рассматривается, как существенный фактор для возникновения и поддержания супружеского дистресса. Однако верно и то, что, как и во всех видах терапии, пара обучается новому поведению, даже если непосредственного обучения этому не происходило. В ЭФТ терапевт дает паре образец, как можно по-новому разговаривать и сблизиться с партнером – просто тем, как он сам это делает, вступая в контакт с одним из супругов, в то время как другой наблюдает. Кроме того, процесс терапии ярко и живо показывает, как партнеры могут себя вести и какими они могут быть, когда чувствуют себя в безопасности и когда их переживания признаются. Терапевт также откликается на ощущение небезопасности привязанности, существующее у каждого партнера, и таким образом формирует подобное отношение у другого партнера.

Процесс более эффективного обсуждения повседневных вопросов начинается с того, что более отстраняющийся партнер вновь вовлекается в отношения и берет на себя инициативу по переопределению от-

ношений. Например, муж говорит, что беспорядок в кладовке больше не является проблемой, поскольку он сейчас абсолютно уверен в том, что не хочет там убирать, но при этом он понимает, что это давний источник переживаний для его жены, поэтому он взял на себя инициативу и нанял домработницу, чтобы она сделала уборку. Что касается более значимых вопросов, они обычно остаются неразрешенными до тех пор, пока оба партнера не пройдут через шаг 7. Некоторые вопросы могут затрагивать жизненные дилеммы, которые невозможно разрешить в принципе, но с которыми можно было бы справляться более эффективно, например проблемы, связанные с необходимостью ухаживать за хронически больным ребенком или проблемы в связи с работой, требующей постоянных переездов из города в город или из страны в страну.

Маркеры: шаг 8

На шаге 8 терапевт производит вмешательства, когда:

1. На последних стадиях процесса повторного вовлечения партнер начинает признавать свою роль и видеть свой вклад в практическую составляющую отношений. Теперь его участие в отношениях носит более проактивный характер и открывает новые возможности для решения проблем. Например, муж заявляет, что понимает озабоченность жены вопросом финансов и готов этим заняться – в связи с чем он завел отдельный семейный счет, на который ежемесячно кладет определенную сумму. Но он хотел бы вести свой бизнес на своих условиях, без вмешательства жены. Задача терапевта – поддержать инициативу вновь вовлекающегося супруга, помогая при этом другому супругу оставаться открытым и откликаться на такие действия. Терапевт также помогает паре проговаривать то, как процесс решения проблем влияет на отношения и на паттерн взаимодействия пары.
2. Когда оба партнера завершили шаг 7 – чаще всего после того, как более критикующий партнер завершил процесс смягчения, – пара начинает обсуждать давние жизненные дилеммы и вопросы, которые в прошлом привели к отчуждению (напри-

мер, заводить ли еще одного ребенка). Такие вопросы оставались неразрешенными из-за конфликта во взаимоотношениях, но также и потому, что значимость определенных вопросов зачастую очень непростым образом связана с самим определением отношений. Например, то, сколько денег вкладывается в загородный дом, к окончанию терапии может оказаться очень незначительной проблемой, несмотря на тот факт, что эта тема была предметом многолетних споров. Это произошло, потому что загородный дом перестал восприниматься женой в качестве убежища, где можно спрятаться от семьи, и перестал быть символом постоянно висящей угрозы расставания для мужа. Очень значимые решения, такие как заводить ли ребенка, в большинстве случаев бывают нагруженными смыслами привязанности. Например, жена может выйти из открытой оппозиции и признать тот факт, что она хочет иметь детей, только после проработки ее страхов положиться на мужа и проработки предыдущего инцидента, когда она была больна, ранима и не чувствовала, что он откликается на ее потребности. Задача терапевта – организовать обсуждение и исследование, тем самым помогая паре найти их собственные решения. Терапевт фокусируется на том, чтобы диалог на такие темы стал источником близости и контакта, а также на помощи паре в преодолении препятствий, стоящих на пути к позитивному взаимодействию.

Шаг 9

Шаг 9 посвящен консолидации новых позиций – позиций большей отзывчивости, из которых теперь взаимодействует каждый партнер, а также интеграции изменений, достигнутых в терапии, в повседневную жизнь пары и в понимание самого себя каждым из партнеров. Как и на начальных сессиях, когда терапевту удавалось поймать пару в гуще негативного цикла, ухватить структуру действующего цикла и высветить его, так и сейчас терапевт может *поймать пару в процессе создания нового позитивного цикла* и отметить моменты, когда пара оказывается способной выйти из старого, негативного цикла. Эффект

от замечания таких моментов колоссален. Это – как остановить и заставить замереть сложный танец отношений и удерживать его так, что мы можем рассмотреть элементы, из которых он создан.

Вообще, главной целью терапевта на данном этапе является идентификация и поддержка здоровых, конструктивных паттернов взаимодействия. *Терапевт помогает паре сконструировать связанное и устраивающее их обоим описание терапевтического процесса, которое включает в себя опыт, полученный партнерами в терапии, и новое понимание их взаимоотношений.* В исследовании привязанности Мэйн и Гессе (Hesse, 1999) способность создавать согласованный нарратив, или историю, о близких отношениях является признаком надежной привязанности; эта способность связана с условным реагированием (contingent responding) – то есть со способностью настраиваться на другого. Важно, что теперь пара способна создать такой нарратив, и терапевт поддерживает эту способность. На практике создание такого нарратива, по всей видимости, не только дает ощущение завершения терапевтического процесса, но и позволяет закрепить изменения, достигнутые парой.

Этот нарратив может использоваться как признание и подтверждение достижений, дающее паре уверенность на будущее. Эта история включает в себя понимание прежних способов взаимодействия и их эмоциональной подоплеки, и переход к нынешнему способу взаимодействия, и то, как пара проделала этот путь. В особенности нарратив фокусируется на тех способах, которые пара нашла, чтобы выйти из негативного цикла взаимодействия и создать позитивное взаимодействие. Терапевт отмечает мужество пары и те моменты, когда оба рисковали и делали что-то по-другому. Терапевт также высвечивает имеющийся у пары потенциал – их способность защищать и заботиться друг о друге в будущем. На этом этапе терапевт больше следует за клиентами, чем ведет их, больше комментирует процесс в паре, чем направляет его. Терапевт вдохновляет супругов озвучить дальнейшие цели и мечты, касающиеся их отношений.

Когда оба партнера достигли шага 9, поднимается разговор о завершении терапии. Данная тема обычно включает в себя обсуждение опасений того, что будет с отношениями без терапевтических встреч; обговаривается вероятность возврата к прежнему циклу и как пара с этим справится; также затрагиваются вопросы, как в данном браке разворачивался процесс нарушения и восстановления отношений.

Супругов поощряют обращаться друг к другу, а не к терапевту, за поддержкой при обсуждении этих тем. Кроме того, вновь поднимаются те вопросы, с которыми пара пришла к терапевту, чтобы подвергнуть их пересмотру и «закреть» эмоционально. *Цель состоит в том, чтобы пара завершила терапию не только с ощущением благополучия, но также и со способностью поддерживать и сохранять эмоциональную вовлеченность, которая позволит укреплять связующие их узы.* Это далее создает надежную базу, с которой каждый партнер может продолжать самопознание и функционировать более эффективно.

Маркеры: шаг 9

Терапевт производит вмешательства, когда:

1. Партнеры на сессии занимают новые позиции и воспроизводят новые позитивные циклы во взаимодействии, а также обсуждают схожие эпизоды вне терапевтического сеанса. Контакт в паре очевидным и ощутимым образом отличается от негативного паттерна на начальных сессиях. Задача терапевта – высветить эти изменения и соотнести их с надежностью отношений, их будущим благополучием и расширенным восприятием самих себя у каждого из партнеров. Символически обозначая и усиливая изменения, достигнутые супругами, терапевт помогает паре сформулировать эти изменения, сделать их конкретными и ощутимыми, тем самым давая возможность паре включить их в картину отношений.
2. Партнеры полагают, что дальше они могли бы обойтись без терапевта и в состоянии отметить конкретные перемены, которые произошли с каждым из них, и то, как эти перемены повлияли на отношения. Они также озвучивают страхи, связанные с тем, что больше у них не будет «страховочного троса» в виде терапии. Задача терапевта – подтвердить наличие у супругов сил и способностей строить отношения в соответствии с их меняющимися потребностями, а также придать партнерам уверенности и оставить их с инструментами, которые позволят справиться в случае возобновления негативного цикла.

Терапевт также поддерживает готовность супругов укреплять эмоциональную вовлеченность и позитивную связь.

Терапевт подчеркивает, что произошедшие изменения принадлежат паре, и активно оспаривает попытки приписать изменения его, терапевта, познаниям или мастерству. Всегда оставляется возможность для поддерживающих сессий в будущем, но они подаются как скорее всего ненужные. В случае необходимости такие встречи обычно состоят из двух-трех сессий и происходят после кризисного события, например, если смерть ребенка или болезнь одного из партнеров серьезно повлияла на отношения.

Вмешательства: шаги 8 и 9

Терапевт отражает процесс взаимодействия в паре и подтверждает новые эмоции и реакции, которыми супруги делятся и которые они воспроизводят. Обычно это делается с меньшей директивностью и интенсивностью со стороны терапевта, чем на предыдущих сессиях. Наибольшую активность терапевт проявляет, когда конструктивный процесс начинает сводиться на нет реакциями одного из партнеров. Терапевт использует пробуждающие высказывания, чтобы переработать переживания этого партнера и разблокировать возможности к позитивному реагированию. Эмпатические предположения на этом этапе терапии, как правило, не нужны. Усиление используется только в те моменты, когда нужно усилить конкретные изменения, сделанные парой. Переструктурирование взаимодействия в паре, которое произошло в терапии, делается явным через высвечивание актуальных позиций и циклов, через прямое сопоставление их с прошлыми позициями и циклами и через усиление новых специфических реакций. На всем протяжении заключительных сессий терапевт комментирует происходящее с точки зрения привязанности и процессов привязанности. Ниже приводятся примеры интервенций.

Отражение и подтверждение новых паттернов и реакций

Пример

Терапевт. Я обратил внимание, Майк, как вам удалось заметить свой порыв убежать и спрятаться, и потом вы просто продол-

жили делиться с Марией, остались с ней в контакте. Вы понимаете, о чем я?

Майк. Да, сейчас я могу это сделать, но не всегда. Это потому, что она уже не кажется такой опасной, а может быть, это я чувствую себя сильнее?

Терапевт. Да, нужно много усилий, чтобы так поступать, и это помогло Марии оставаться с вами и не злиться. Верно, Мария?

Пробуждающие высказывания

Пример

Терапевт. Могу я остановить вас на минутку, Джим? Было такое ощущение, что дела идут хорошо (*Джим кивает*), но потом что-то произошло, и характер танца изменился. Вы понимаете, о чем я?

Джим. Да, она сказала слово «зависимый», и я кис. У нас была отдельная история с оскорблениями: она говорила, что я зависимый, а я чувствовал себя каким-то дефективным идиотом. Это слово для меня очень нагружено негативным смыслом, поэтому я стал вести себя агрессивно, будто она – враг.

Терапевт. Можете сказать ей об этом чувстве своей дефективности, Джим, и о том как оно влияет на вас и вашу способность продолжать разговор? Можете помочь ей понять...

Тут терапевт перенаправляет взаимодействие обратно в пару и побуждает супругов к потенциально глубокому и конструктивному диалогу.

Переформулирование

Терапевт переопределяет новые реакции как альтернативы старому циклу и помещает старые и новые циклы в контекст близких отношений. Терапевт задает основу, на которой пара может построить рассказ о том, «как у нас было» и «как у нас сейчас и как дальше может быть». Терапевт, например, может говорить о том, как каждый партнер теперь помогает другому проявлять отзывчивость и доступность и как активно помогает в создании безопасной привязанности для другого.

Пример

Терапевт. И когда Дэвид делает это, говорит о своих страхах, вы чувствуете себя по-настоящему важной для него и по-настоящему близкой с ним. И это помогает не впадать в депрессию и быть более вовлеченной в отношения, да?

Переструктурирование взаимодействия

Терапевт сейчас консолидирует новые позиции, занимаемые партнерами, фокусируясь и развернуто комментируя природу их реакций. В каком-то смысле терапевт суммирует переструктурирование, произошедшее на предшествовавших сессиях, или призывает супругов к тому, чтобы они сами подвели итоги. Также терапевт при подходящем случае режиссирует те взаимодействия, которые закрепляют новые реакции.

Пример

Терапевт. Знаете, сейчас было очень заметно, Кэри, что когда вы обсуждали инцидент на вечеринке, вы были другими, не такими, как несколько месяцев назад.

Гэри (со смехом). Несколько месяцев назад там началась бы третья мировая война. У нас еще бывают такие стычки.

Терапевт. Да, эти битвы иногда происходят – как рецидивы.

Гэри. Но мы сейчас можем из них выйти и поговорить о них.

Терапевт. Что стало по-другому, Кэри; что в вас и для вас изменилось?

Гэри. Ну, раньше у меня все усилия были направлены на то, чтобы не дать ей добраться до меня, если надо – замереть, и это только подливало масла в огонь ее ярости.

Процессы в паре и желательный результат

Как выглядит пара к завершению терапии? Теперь, когда терапевт наблюдает за взаимодействием, трудно или практически невозможно встретить фиксированные ригидные позиции. Оба партнера могут время от времени отстраниться; оба могут рассердиться и начать критиковать, но они готовы на риск в отношениях и способны

проявить собственные слабости и реагировать на слабости партнера с заботой. Короче говоря, *негативные взаимодействия более расплывчатые и перерабатываются иначе, к тому же они меньше влияют на то, как определяются отношения.* С другой стороны, позитивные взаимодействия становятся более явными, они замечаются и признаются супругами. Качество контакта между партнерами сдвинулось в сторону безопасности, близости и доверия. То, как партнеры говорят друг о друге, смысл, который они приписывают поступкам друг друга, приобретает более позитивный и сочувственный характер; в целом меняется то, как супруги общаются друг с другом.

Качество взаимодействия, пожалуй, лучше всего можно уловить на контрасте двух видов диалогов – тех, где каждый защищается от другого и занят регуляцией собственного негативного аффекта, и тех, где каждый партнер открыто исследует другого и себя самого в отношениях с другим. Теория привязанности полагает, что в маленьких детях исследовательская активность поддерживается ощущением безопасности и надежности; у взрослых ощущение надежности также поддерживают любопытство и открытость, необходимые для взрослой близости.

Терапия пар не всегда приводит к образованию более близких, доверительных отношений. Случается, что процесс прояснения циклов взаимодействия и стоящих за ним эмоций приводит к тому, что пара решает расстаться или жить вместе параллельными, относительно не связанными друг с другом жизнями. Тогда картина завершения терапии выглядит несколько иначе. Негативный цикл был модифицирован, и супруги больше не винят друг друга, не застревают в болезненных тупиках, когда один старается умиротворить другого, а тот держит первого на расстоянии вытянутой руки. В таких случаях, однако, позитивные циклы более ограничены и выражаются в спокойных успешных переговорах, а не в доверительных, глубоких контактах. Например, пара может сойтись на том, что партнеры не подходят друг другу в качестве супругов, но они много вложили в отношения и хотят остаться вместе следующие три года, чтобы довести до конца свое общее дело – воспитание детей. Оба согласны, что после этого каждый из них будет свободен следовать собственным целям и вступать в другие отношения.

Если завершение вызывает сильную тревогу у одного или у обоих партнеров, терапевт использует пробуждающие высказывания, чтобы

помочь каждому исследовать свои страхи и переориентирует партнеров на обсуждение этих страхов, чтобы они искали помощи друг у друга в повседневной жизни. В целом, если терапевтический процесс шел хорошо, партнеры воспринимают приближение конца сессий с некоторым волнением, но также чувствуют, что сейчас у них больше контроля в отношениях, чем когда бы то ни было. Они готовы отойти от безопасной базы терапии и отправиться в самостоятельное путешествие.

Терапевтический процесс может быть для одних партнеров в большей, а для других в меньшей степени напряженным и всеобъемлющим. Борьба за установление близких отношений неизбежно связана с борьбой за самоопределение, что иногда оборачивается экзистенциальным кризисом для одного из партнеров. Термин *экзистенциальный кризис* используется здесь в том же значении, что и в работе Ялома по экзистенциальной психотерапии (Jalom, 1980). Иногда такие партнеры уже находятся в индивидуальной терапии, и тогда терапевт, работающий с парой, может договариваться с терапевтом по индивидуальной работе о том, как увязать два терапевтических процесса. Бывают случаи, когда человек в ходе супружеской терапии сталкивается с жизненными дилеммами и насущной проблемой выбора, что приводит его в индивидуальную терапию.

Описанный процесс может удерживаться в обычных рамках ЭФТ или же на каком-то этапе, возможно, потребуются провести нескольких индивидуальных сессий. В таких случаях завершение терапии обычно оказывается более острым или существенным, поскольку включает в себя не только переопределение отношений, но и закрытие экзистенциальной дилеммы. Например, мужчина пятидесяти лет, который никогда в полной мере не был вовлечен в отношения, даже с собственными детьми, в терапии открыл для себя несколько веских причин, по которым он удерживал себя в столь жестких границах, а также собственные страхи, связанными с близостью. Супружеская терапия в данном случае включала в себя признание его тоски по близости и его боязни зависеть от кого-либо. Завершение терапии стало, кроме всего прочего, и разрешением личной проблемы, которая сопровождала человека всю его жизнь.

Подводя итог вышесказанному, отметим, какие изменения происходят к моменту завершения терапии:

- **эмоциональные.** Ослабление негативного аффекта, изменение способов его переработки и регуляции. Партнеры теперь способны оставаться в эмоциональном контакте и могут использовать взаимоотношения для регуляции негативных аффектов, таких как страх, неуверенность или небезопасность. Позитивно окрашенный аффект возникает благодаря более позитивным циклам взаимодействия. Партнеры сильнее вовлечены в собственные эмоциональные переживания; они более открыты своим эмоциям и могут выражать их так, что супругу проще на них откликнуться;
- **поведенческие.** Партнеры ведут себя друг с другом иначе, супруги более доступны и отзывчивы и на сессии, и в повседневной жизни. В результате каждый воспринимает отношения как более надежные. Партнеры становятся менее скованными, более открытыми к сообщениям другого. Изменяется специфическое поведение привязанности. Например, партнеры просят о том, в чем нуждаются, и делают это таким способом, который помогает другому партнеру откликнуться. Изменения происходят и в тех областях, которые явным образом могли не затрагиваться в терапии, например, меняется частота и качество сексуальных контактов, улучшается способность решать практические проблемы и т.д.;
- **когнитивные.** Партнеры воспринимают друг друга иначе. В процессе терапии они получили новый опыт и увидели друг друга в новом свете, и теперь каждый делает иные, более позитивные умозаключения о намерениях и реакциях партнера. Супруги также включают новые элементы в определение партнера и в самоопределение; используя терминологию привязанности, можно сказать, что изменились их рабочие модели. Кроме того, трансформировался их взгляд на отношения в целом, поскольку в терапии они получили новый опыт восприятия своих отношений как уз привязанности;
- **межличностные.** Негативные циклы теперь ограничены, а новые позитивные циклы реализуются во взаимоотношениях. Теперь партнеры могут «разорвать цепь» (Gottman, 1979) самовоспроизводящихся негативных интеракций, равно как и инициировать новые отклики, пробуждающие более позитивные циклы.

тивные реакции у супруга и в итоге приводящие к большему эмоциональному участию и вовлеченности.

Поддержание и укрепление более безопасной связи

В последние годы мы с коллегами пришли к выводу, что нужно помочь парам напрямую обратиться к вопросу, как им сохранить достижения, полученные в ходе терапии. Например, представляется полезным спросить у партнеров, как они собираются поддерживать эмоциональную связь, над созданием которой так усердно работали. Супругам предлагают подумать, как им раньше удавалось так организовать свою жизнь, что безопасная близость между ними становилась практически невозможной. Например, одна работающая пара жила по графику, исключавшему практически любую совместность. Жена вставала в 6 утра и занималась хозяйственными делами, а потом уходила на работу. Муж просыпался в 8.30 и работал дома. После работы она развозила детей по многочисленным занятиям и около 9 вечера падала в кровать. Он же предпочитал работать до полуночи. Выходные были посвящены семейным делам и личным тренировкам. Такой распорядок выработался, по крайней мере отчасти, как способ справиться с неудовлетворенностью в браке, но стал образом жизни. Завершающие сессии с этой парой включали в себя критический анализ их режима и планирование того, как встроить в повседневную жизнь время для их отношений, чтобы отношения могли вновь расцвести. Мы называем это *«подстраиванием вашей жизни под ваши отношения»*, в противовес такому положению дел, когда отношения остаются за пределами жизни.

Особенно полезно фокусироваться на моментах привязанности – моментах расставания, воссоединения, признания и поддержки и на ритуальных моментах близости. Парам предлагается ясно определить, как они будут обыгрывать прощания и встречи. Их также поощряют найти время для игры друг с другом и быть не только родителями или работающими гражданами. Например, ситуация, когда муж возвращается с работы к жене, которая весь день сидела дома с маленькими детьми, часто провоцирует у жены чувство обделенности. Муж измо-

тан, и ему нужно минут двадцать, чтобы прийти в себя, но тогда жена чувствует себя отверженной. Партнеров побуждают обсудить такие ключевые моменты, когда у каждого свои, отличные от другого, потребности, и найти способы признать и откликнуться на потребности привязанности другого. Совместное времяпрепровождение предлагается организовать как своего рода ритуал или церемонию, например каждый день в одно и то же время и в определенном месте пить кофе вдвоем. Сюда можно отнести также разговоры по душам, объятия перед сном и по утрам.

Иногда взгляд на отношения с точки зрения привязанности приводит к тому, что супруги сравнивают отношения друг с другом с отношениями со своими детьми и начинают видеть свои отношения в меньшей степени как фон и в большей степени как «фигуру» в своей жизни. Например, большинство родителей вне зависимости от того, насколько они заняты, находят время, чтобы пожелать детям спокойной ночи и даже провести с ними какое-то время перед сном. Большинство родителей спрашивает о том, как у ребенка прошел день, и, если нужно, оказывают поддержку. Отношения привязанности описываются как нечто живое, например, как растение. Отношения между партнерами теперь здоровы, но если их не поливать и не подкармливать – они неизбежно зачахнут и погибнут. Можно также обсудить значимость тех или иных конкретных поступков в контексте привязанности. Например, для одних партнеров объятия и поцелуи на ночь являются более значимыми сигналами привязанности, чем для других. Партнеров поощряют открыто обсуждать друг с другом те поступки и реакции, которые поддерживают жизнь и благополучие в их отношениях, и активно планировать, что можно еще сделать для поддержания их достижений, полученных в результате в терапии.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

Становление эмоционально- фокусированного терапевта

В этой главе обсуждаются клинические проблемы и вопросы, возникающие в ходе освоения эмоционально-фокусированной терапии. Мы будем говорить о показаниях и противопоказаниях к ЭФТ; о том, что делать в трудных терапевтических ситуациях; об интеграции ЭФТ с другими подходами; и о том, как стать эмоционально-фокусированным терапевтом.

Каким типам пар или индивидов ЭФТ особенно подходит и, наоборот, не подходит?

В целом ЭФТ лучше всего работает с парами, которые до какой-то степени эмоционально вкладываются в отношения и у которых есть желание понять, каков их вклад в возникновение и поддержание проблем в отношениях. Данное утверждение, пожалуй, верно для всех видов супружеской терапии. Мотивация к изменениям, желание исследовать свое поведение и участвовать в терапевтическом процессе, включающее готовность к эмоциональным рискам, – это общие факторы, обычно ассоциирующиеся с изменениями в психотерапии. Помимо этого, существует ряд исследований (Johnson & Talitman, 1997), позволяющих делать более точные прогнозы о потенциальной эффективности ЭФТ в том или ином случае.

Согласно этим исследованиям, ЭФТ оказывается наиболее эффективной, когда пара образует хороший альянс с терапевтом. Вероятно,

это происходит потому, что такой альянс позволяет парам наиболее полно участвовать в терапевтическом процессе. Было показано, что качество альянса является намного более значимым и общим показателем успешной терапии, чем изначальный уровень дистресса. Другими словами, связь с терапевтом, наличие общих терапевтических целей и, в частности, ощущение важности тех задач, которые ставит терапевт для достижения этих целей, имеет большее значение, чем уровень неблагополучия в паре к моменту начала терапии. Вероятно, пара воспринимает задачи, предлагаемые терапевтом, как релевантные, когда мастерство терапевта позволяет приспособливать их к каждой паре посредством соответствующих формулировок. Кроме того, это может быть отражением и самой сущности ЭФТ, то есть ЭФТ особенно подходит парам, которым недостает близости и эмоционального контакта и которые считают, что их проблемы связаны с качеством существующей между ними связи. Возможно, дело еще и в том, что ЭФТ обращается к самой сути, из которой проистекают нарушения в отношениях, и тем самым пробуждает надежду на значимые изменения, способные затронуть базовые эмоции, желания и страхи клиентов. По данным исследований ЭФТ, процент обрывов в этом виде терапии крайне низкий; похоже, клиентам созвучна эта модель с ее сфокусированностью на привязанности и присущих ей терапевтических задачах.

Хотя в гуманистической и основанной на переживании теориях и подчеркивается важность альянса, для нас был неожиданностью тот факт, что упомянутое выше исследование выявило именно качество альянса, а не исходный уровень дистресса, в качестве ключевого фактора, определяющего результативность терапии. В других исследованиях, применительно к другим терапевтическим подходам, исходный уровень дистресса в паре был (с большим отрывом от других факторов) основным прогностическим признаком успеха или неуспеха в терапии. Из этого следует заключить, что главная задача эмоционально-фокусированного терапевта, особенно на начальных стадиях терапии, состоит в создании прочной позитивной связи с каждым из партнеров; в создании надежной базы, опираясь на которую каждый партнер может начать исследование своих близких отношений. Иными словами, главный вопрос заключается в том, смогут ли партнеры включиться в терапию, насколько они доступны для терапевта, а не в том, насколько глобальными и неподатливыми представляются их проблемы.

Означает ли это, что для вовлечения в ЭФТ от клиентов требуются особые способности к выражению или осознанию своих эмоций? Практика показывает, что совершенно нет; вышеупомянутое исследование свидетельствует, что сложности с выражением эмоций и самораскрытием не препятствуют прогрессу в ЭФТ. На самом деле эмоционально-фокусирующая терапия оказалась наиболее полезной мужчинам, чьи жены характеризовали их как «неспособных к проявлению чувств». Возможно, дело в том, что поддерживающая обстановка ЭФТ способствует самовыражению и самораскрытию, и результаты подчас оказываются ошеломляющими и для мужей, и для их жен. Наш опыт показывает, что партнеры, имеющие трудности с выражением эмоций, крайне отзывчивы к признанию и подтверждению, получаемому сначала от терапевта, который выступает в роли вызывающего доверие «дополнительного процессора» (surrogate processor), способного присоединиться к их внутреннему миру и придать смысл их переживаниям. Исследования также показали, что более взрослые мужчины (старше 35 лет) особенно восприимчивы к ЭФТ; возможно, тут дело в том, что мужчины с возрастом начинают считать вопросы близости и привязанности более значимыми.

Для женщин наиболее важной переменной, влияющей на успех терапии, оказалось присутствие у них надежды на то, что они все еще не безразличны своим супругам. Это мощный прогностический фактор, говорящий о возможной адаптации обоих супругов друг к другу и о близости между ними к моменту завершения терапии и через некоторое время после ее завершения (follow-up)¹. В культурах, традиционно возлагающих ответственность за поддержание близких отношений на женщин, данный фактор является своего рода границей «снизу» и может быть понят следующим образом: в случае если у женщины есть хотя бы минимальное желание рискнуть и довериться своему партнеру, супружеская терапия, по крайней мере данный вид супружеской терапии, имеет больше шансов на успех. И, напротив, если женщина не готова рисковать и эмоционально вовлекаться в отношения с партнером, даже в поддерживающей терапевтической

¹ Имеется в виду отсроченная оценка результатов терапии, которая обычно проводится через несколько месяцев, год или более продолжительное время после окончания терапии, позволяя оценить устойчивость достигнутых изменений и эффективность используемого метода терапии (Прим. науч. ред.).

обстановке, тогда возможности для развития отношений оказываются ограниченными. Таким образом, данная переменная требует пристального внимания терапевта, практикующего ЭФТ, на всем протяжении терапии. Ригидное недоверие может оказаться серьезным препятствием и к эмоциональной вовлеченности, и к счастливому супружеству в целом. И действительно, появляется все больше свидетельств в пользу того, что именно эмоциональная безучастность в большей степени, чем другие факторы, такие, например, как неспособность договариваться друг с другом, предвещает длительное неблагополучие и нестабильность в супружеских отношениях (Gottman, 1994) и коррелирует с весьма ограниченными результатами при разных формах супружеской терапии (Jacobson & Addis, 1993). Безучастность, или эмоциональная отстраненность, взаимосвязана с недостаточностью сексуальных контактов, дружелюбия и нежности. Можно рассматривать такие отношения как небезопасные и нарушенные до такой степени, что потенциальная близость воспринимается как нечто невыносимое и поэтому нежеланное. В этом случае подобная безучастность может означать окончание процесса протеста, цепляния и депрессии, выделенных Боулби (1969), и начало отстранения и распада пары.

Традиционность брака не влияет на результативность ЭФТ. Пары, в которых склонная приспособляться жена состоит в браке с ориентированным на независимость мужем и в которых чаще всего наблюдается классический паттерн критика/преследование – отгораживание/отстранение, столь пагубный для супружеского благополучия, оказываются способными на прогресс в рамках ЭФТ. Подобных результатов не было получено в других видах супружеской терапии (Jacobson, Follette & Pagel, 1986).

Другой аспект, по интуитивно понятным причинам важный для эмоционально-фокусированного терапевта, касается ригидности/гибкости. Терапевту трудно быть эффективным, если у партнера очень ограниченные и ригидные способы переработки собственных переживаний и взаимодействия с другими. Пережитая боль сужает человеческое сознание (Bruner, 1990), поэтому для всех пар частью процесса ЭФТ является расширение степени осознанности собственных переживаний. Однако есть люди с очень ригидными представлениями о себе и о других, располагающие весьма ограниченным репертуаром саморегуляции, для которых расширение этих представлений и спо-

собов переработки переживаний является слишком высокой ценой за преобразование отношений. Используя терминологию привязанности, можно сказать, что *производить интервенции труднее, если рабочие модели непроницаемы для внешних воздействий и не отзывчивы к новому опыту*. В процессе терапии это может выражаться в том, что менее вовлеченный партнер отказывается от вовлечения или, что случается чаще, более критикующий партнер не может или не хочет смягчиться и, таким образом, оказывается не в состоянии пройти поворотное событие второй стадии ЭФТ, а именно, смягчение критикующего партнера.

ЭФТ также используется для работы с более широким спектром проблем, нежели только дистресс в супружеских отношениях; последний иногда бывает лишь частью более обширной клинической картины. Например, доказан вклад супружеского дистресса в появление, развитие и сохранение состояния депрессии, а также выявлена связь депрессии с характером привязанности в близких отношениях (Whiffen & Johnson, 1998; Davila, 2001). Невозможность соединиться с любимым человеком естественным образом вызывает ощущение утраты, уязвимости и бессилия, а также пробуждает или усиливает сомнения в собственной полноценности. Нехватка поддерживающих отношений является дополнительным стрессором и усугубляет негативный эффект от других проблем. Похоже, ЭФТ хорошо подходит парам, в которых у жены наблюдается клиническая депрессия, — исследования говорят о смягчении депрессивной симптоматики и о снижении супружеского дистресса после прохождения ЭФТ (Dessaulles, Johnson & Denton, 2003). Краткая версия ЭФТ может использоваться для увеличения близости в паре при небольшом уровне дистресса или при его отсутствии (Dandeneau & Johnson, 1994). ЭФТ также оказывается эффективной для пар с высоким риском развода, например в семьях, переживающих постоянный стресс или горе в связи с хроническим заболеванием ребенка. Исследование таких пар показало, что ЭФТ приводит не только к улучшению приспособленности супругов друг к другу, но и облегчает индивидуальную депрессию и снижает уровень стресса, связанный с уходом за больным ребенком (Walker et al., 1995). Отсроченная оценка (спустя два года) показала, что результаты терапии стабильны (Clothier, Manion, Gordon, Walker & Johnson, 2002). Итоги исследований свидетельствуют, что не только депрессия, но и другие психиатрические нарушения, такие как тревожные

расстройства, в частности ПТСР², могут сопровождаться неудовлетворенностью в браке. Мы располагаем множеством клинических примеров (которые пока не подтверждены научными исследованиями), что ЭФТ может успешно применяться как часть терапии травматического стресса в случаях, если один или оба партнера страдали от ПТСР в результате пережитого в детстве физического или сексуального насилия или психической травмы, полученной в ходе военных действий (Johnson, 2002). Главное отличие при работе с травмированными парами³ заключается в большей продолжительности терапии – процесс может занять 30–35 сессий. ЭФТ также успешно (Makinen, 2004) используют с парами, в которых нарушение доверия связано с травмой, полученной в данных отношениях, например когда один из супругов чувствовал себя покинутым своим партнером в критический момент или в минуту крайней нужды (подробнее об этом в главе 12).

Систематическое внимание к отношениям привязанности в паре, фокусировка на интеграции эмоций и на создании «безопасной гавани» в браке особенно оправдано при работе с травмированными парами. Для этого есть следующие наиболее очевидные причины:

- травматический опыт наполняет нас ощущением беспомощности, тогда как надежная привязанность успокаивает и утешает;
- травма делает мир опасным и непредсказуемым; надежная привязанность обеспечивает «безопасную гавань»;
- травма создает эмоциональный хаос и разрушает связанное самоощущение. Надежная привязанность в отношениях способствует регуляции аффекта и интегрированному восприятию себя, а также дает ощущение уверенности и доверия к себе и к другим.

По сути, надежная привязанность является самым естественным путем к исцелению всех видов травм и развитию внутренней устойчивости индивидуума (van der Kolk, Macfarlane & Weisaeth, 1996).

² ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство (Прим. науч. ред.).

³ Нередки ситуации, когда у одного супруга первичное ПТСР, полученное в результате травматического события, а у его партнера – вторичное ПТСР, полученное в результате нарушения близких отношений, ставшего следствием психической травмы первого супруга. Поэтому автор говорит о травмированных парах (Прим. науч. ред.).

Когда ЭФТ противопоказана?

Когда ЭФТ не применяют? Обычно при этом подходе не работают с парами, которые явно собираются расставаться, – в таких случаях больше подходит выработка практических договоренностей между партнерами и индивидуальная терапия с фокусом на переживании утраты (впрочем, краткая форма супружеской терапии с использованием интервенций ЭФТ может помочь партнерам в переживании утраты и приблизить их к эмоциональному завершению отношений). ЭФТ также не подходит для явно агрессивных, склонных к насилию пар, где проявление уязвимости, скорее всего, принесет вред и подвергнет жертву еще большему риску насилия. Агрессивных партнеров направляют в терапевтические группы или к индивидуальному терапевту для проработки гнева и вопросов контроля. После того как эта работа будет завершена и партнеры больше не будут чувствовать себя в опасности, паре предлагают пройти ЭФТ. Однако на практике ответ на вопрос, что считать насилием, остается на усмотрение терапевта. Один эпизод насилия – не основание для того, чтобы считать, что для данных отношений характерно жестокое обращение. Самые верные индикаторы насилия – субъективные переживания жертвы и собственные наблюдения терапевта за взаимодействием пары. Бывают отношения, в которых никогда не было физического насилия, но вербальное насилие в виде угроз, унижительных эпитетов и сознательных попыток задеть и запугать другого – частое явление. Терапевту нужно решить, продолжать ли продвигать жертву такого насилия к шагу 3 (контакт с глубинными чувствами), насколько это функционально да и вообще этично. Если терапевт решает, что ЭФТ (или супружеская терапия в целом) – не лучшее, что можно сейчас сделать для пары, нужно дать супругам диагностическую картину их отношений и циклов взаимодействия и лишь после этого описать имеющиеся возможности для выбора. Чтобы вдохновить агрессивного супруга на терапию, задачу определяют, как необходимость найти способ не позволить гневу и насилию взять верх и разрушить отношения и семью. Такое переформулирование похоже на описанную у Уайта и Эпстона (White & Epston, 1990)⁴ технику экстернализации. С более традици-

⁴ Майкл Уайт и Дэвид Эпстон – нарративные терапевты (Прим. науч. ред.).

онной психодинамической точки зрения насилие определяется как эго-дистонное явление, чуждое самой природе проявляющего насилие супруга и вредящее его благополучию; теперь это враг человека, враг, способный превратить в ад семейную жизнь и разрушить его самооценку. Такая формулировка позволяет партнеру-агрессору взяться за решение проблемы.

Как эмоционально-фокусированный терапевт справляется с трудностями или с тупиковыми ситуациями в терапии?

Общий ответ на этот вопрос: терапевт отражает возникшую трудность, рассматривая ее в контексте специфических взаимодействий и эмоциональных реакций, и усиливает ее, делая акцент на том, что супруги «застряли». По мере того как пара проигрывает эту трудность снова и снова, разные элементы выходят на первый план, а реакции партнеров становятся все более и более отчетливыми. Позиции, которые партнеры занимают друг относительно друга, и последовательности взаимодействий становятся все более явными и ярко выраженными. По мере того как эмоции, определяющие эти позиции, оказываются переработанными, начинают проявляться новые реакции и новые восприятия. *Движение происходит не за счет попыток сделать что-то по-другому, а в результате более глубокого переживания того, что каждый делает, когда чувствует угрозу в отношениях, а также в результате осознания, насколько его реакции сильны и оправданы.*

Этот диалог сам по себе также определяет новый тип контакта в паре, благодаря чему открываются двери для изменений. Проявление близости и небезразличия (и, следовательно, шаг к выходу из тупика) может заключаться в том, чтобы, например, сказать супругу, что не можешь и не будешь больше просить о любви, потому что, по твоему опыту, это настолько невыносимо и унижительно, что проще обвинять, оправдывать свой гнев и уходить от диалога. Тут терапевт, как минимум, создает безопасность, поддерживает сфокусированность сессии и блокирует попытки клиентов воспользоваться привычными для них способами выхода из контакта – в результате пара оказывает-

ся лицом к лицу с возникшей трудностью. Наиболее часто встречающееся затруднение в ЭФТ – это ситуация, возникающая, когда второй партнер (обычно критикующий) подходит к пятому – седьмому шагам терапии и когда возникает возможность для взаимного эмоционального участия. Затруднение чаще всего является некоей формой кризиса доверия, выражающегося в том, что этот партнер с большим трудом может встретиться с собственными надеждами и страхом положиться на другого, хотя другой и кажется сейчас более доступным и отзывчивым. Часто терапевту даже не приходится указывать паре на затруднение; сам процесс указывает на него паре. Терапевту нужно просто оставаться сфокусированным и поддерживать клиента в борьбе за его надежды.

Есть ли разные типы или уровни трудностей? Похоже, что да. В особо сложных случаях пары могут и не найти способа преодолеть затруднение, но могут интегрировать его в свои отношения, таким образом преобразуя разрушительную силу проблемы. Например, одна из клиенток, ставшая в юности жертвой сексуального насилия, выставляла очень жесткие границы и условия, касающиеся секса и физических выражений чувств. В результате терапии муж оказался в состоянии принять ограничения жены. Проблемное поведение осталось, но больше не приводило к катастрофическим последствиям для отношений. Желание мужа признать определенные ограничения в сексуальной сфере также усилило связь в паре и ощущение близости между ними. Это стало возможным в основном благодаря тому, что к концу терапии ограничения жены уже не представляли угрозы для привязанности между партнерами.

В некоторых особо сложных случаях один из партнеров может решить, что он не в состоянии ничего сделать для того, чтобы что-то изменилось, и не может жить в таких отношениях, какие существуют сейчас. Тогда пара может решить расстаться или остаться вместе, но изменить ожидания от отношений. В подобных случаях терапевт дает паре диагностическую картину трудности и указывает на существующие возможности выбора.

Имея дело с тупиковыми ситуациями, терапевту полезно отвлечься от идеи, что он должен «исправить» проблему, и не забывать, что цель его работы – помочь клиентам увидеть, иногда с мучительной ясностью, тот выбор, который они делают, и те варианты решений,

которые у них есть. Одно дело – на уровне интеллекта обсуждать нежелание доверять другим; совсем другое – услышать самого себя говорящим, с подачи терапевта: «Я никогда не подпущу тебя ближе. Никого никогда не подпущу. Я останусь один со своим страхом». «Ответ» на дилеммы в ориентированной на переживание терапии состоит в том, чтобы замечать переживание и то, как оно возникает, все более и более осознанно и отчетливо и овладеть им как своей эмоциональной реальностью. И тогда эта реальность зачастую расширяется, становясь более многогранной.

Одна из трудностей, с которыми приходится иметь дело в ЭФТ, называется «травмой» привязанности, или «преступлением» против привязанности. Это критический инцидент, вобравший в себя квинт-эссенцию ощущения предательства или разочарования в отношениях, который затрагивается всякий раз, когда возникает движение к большему контакту. Эти неразрешенные инциденты блокируют способность рисковать и, следовательно, препятствуют достижению новых уровней эмоциональной близости. Разочарованный партнер использует этот инцидент как точку отсчета для всех негативных переживаний, возникающих в отношениях, тогда как другой партнер переживает недовольство и отчуждение в связи с постоянными обращениями к тому эпизоду. Такие инциденты – это не события («из прошлого»), это то, что происходит в настоящем и является актуальной частью отношений. Когда подобный инцидент «всплывает» на сессии, эмоционально-фокусированный терапевт помогает паре переработать сам инцидент и сопровождающие его эмоции. Очень часто страхи привязанности и утраты, возникшие в связи с этим критическим инцидентом, или «преступлением», не выражались раньше или не были ясно сформулированы. Некоторые травмы привязанности из личного прошлого одного из клиентов, например пережитое в детстве сексуальное насилие, могут потребовать индивидуальной терапии в дополнение к супружеской. Часто, однако, травма произошла в нынешних отношениях; даже если она и пробуждает схожие детские переживания, их можно переработать в имеющихся условиях, т.е. в отношениях между партнерами (см. главу 12).

Как эмоционально-фокусированный терапевт работает с прошлым опытом?

ЭФТ работает с прошлым опытом постольку, поскольку он разыгрывается в текущих взаимодействиях. Сильный аффект в актуальном взаимодействии оживляет прошлые переживания, опираясь на которые человек конструирует или осмысливает нынешнюю ситуацию. Когда дело касается привязанности, сильный негативный аффект может вскрыть старые, не зажившие раны привязанности и не пережитые утраты, а также связанные с ними рабочие модели себя и другого. Человек переходит от актуального переживания: «Ты предал меня. Я знал, что на тебя нельзя рассчитывать» к заключению: «Я никогда не мог никому доверять». Печаль и боль прошлых травм просачивается в нынешнюю ситуацию и управляет процессом аффективной регуляции, например: «Я подавлю тебя и подавлю собственные потребности, так же, как я поступал раньше». Таким образом, прошлые непрожитые травмы и рабочие модели привязанности становятся частью настоящего; они живы и доступны на сессии. Эмоционально-фокусированный терапевт будет реагировать на такие переживания пробуждающими высказываниями, помогая человеку по-новому переработать эти эмоции, и/или будет помогать его партнеру сообразно отреагировать на них.

Эмоционально-фокусированный терапевт также помогает каждому партнеру сконструировать краткую историю о его прошлых отношениях привязанности, которая определяет его восприятие и реакции в нынешних отношениях. Это позволяет нормализовать и признать переживания партнера в данной ситуации; это также помогает другому партнеру увидеть своего супруга в более широком плане. По сути, в ЭФТ *к прошлому опыту обращаются для того, чтобы подтвердить и признать имеющими право на существование актуальные реакции, и в особенности способы обращаться с потребностями привязанности и связанными с ними эмоциями.* Например, терапевт может нормализовать страх клиентки доверять супругу в свете той заброшенности, которую она чувствовала в детстве со стороны родителей, когда родился ее младший брат. Это также помогает ее партнеру с большим сочувствием относиться к ее периодически проявляющейся тенденции отстраняться и выходить из контакта.

В ЭФТ, однако, *областью изменений являются отношения в настоящем*. Клиента не поворачивают к его прошлому, чтобы он достиг инсайта или разрешил старые обиды; терапевт работает, скорее, с эхом прошлого там, где оно звучит, то есть в настоящем. *Если текущие отношения можно сделать более цельными и надежными, значит, тем самым меняется и прошлое – поскольку изменились его последствия*. Прошлое, в форме индивидуальной чувствительности, таким образом, по-новому интегрируется в настоящее. Кроме того, новые переживания в настоящем ставят под вопрос адекватность существующих рабочих моделей клиента, являющихся отражением прошлого опыта, тем самым формируя новые ожидания и новые способы регуляции аффекта. Через более четкую, более согласованную, более полную переработку актуальных переживаний привязанности преобразуется и прошлое, и настоящее.

Сдерживает ли когда-нибудь эмоционально-фокусированный терапевт эмоции?

Эмоции в ЭФТ больше переживаются, чем обсуждаются. Их чувствуют, а не просто обозначают, и эти чувства бывают интенсивными, яркими и напряженными. Сдерживание эмоциональных переживаний и их выражений видится как ключевая составляющая проблемы взаимоотношений. Однако само по себе «вентиляция» или выражение эмоций не является целью ЭФТ. Переживание и выражение эмоций – это сила, которая может быть направлена в позитивное или негативное русло. Многообразие неконтролируемых эмоций было основанием для того, чтобы индивидуальные и семейные терапевты либо удерживали аффект под строгим контролем, либо полностью избегали его (Mahoney, 1991). В основанных на переживании терапевтических подходах отношение к эмоциям более позитивное (Johnson & Greenberg, 1994). Тем не менее эмоционально-фокусированный терапевт все же модулирует выражение и переживание аффекта. Если рассматривать аффект как музыку танца, то временами терапевту нужно приглушить музыку или внести вариации в мелодию, тогда как временами ее нужно сделать громче. Когда и как эмоционально-фокусированный терапевт это делает?

Терапевт начинает сдерживать аффект, когда последний угрожает способности партнеров или самого терапевта быть вовлеченным в переживание или взаимодействие. В неустойчивых циклах «нападение-нападение» он будет отражать эмоции и взаимодействие в паре и снижать реактивность. При необходимости терапевт будет активно блокировать и перенаправлять взаимные обвинения, а также пробуждать более мягкие чувства, например печаль или обиду.

На индивидуальном уровне терапевт будет нормализовывать переживания клиента и поддерживать его в гуще болезненных эмоций. Как и в других основанных на переживании и динамических подходах, терапевтические отношения «удерживают» эмоциональные переживания клиента, делая встречу с ними для него более безопасной. Помощь и поддержка терапевта способствуют тому, чтобы человек оставался в контакте со своими переживаниями, но в то же время не был бы затоплен ими. *Умение терапевта точно отражать, принимать и формулировать суть таких переживаний также помогает человеку регулировать и упорядочивать переживания.* В целом обнаружение смысла в сильных переживаниях делает их более управляемыми.

Чем выше у партнера уровень тревоги и дистресса, тем более хаотичными кажутся его эмоции. Например, пережившие травму – те, кому причинили боль самые любимые люди, люди, от которых человек зависел, – могут одновременно переживать ужас, стыд, скорбь и ярость. Тогда терапевту нужно замедлять разворачивающийся на сессии процесс и называть эмоции, увязывая каждую с травмой и с нынешними взаимодействиями с супругом. Пример такой работы можно найти в литературе по ЭФТ (Johnson, 2002, глава 6). В целом при ЭФТ с такими парами считается, что скорбь и ярость следует признавать, но полезнее сначала сфокусироваться на страхе, а во вторую очередь – активно фокусироваться на стыде, который блокирует чувство собственного достоинства и потому не позволяет пережившему травму просить об удовлетворении его потребностей привязанности.

Практикующий эмоционально-фокусированный терапевт также будет систематически помогать второму партнеру эмоционально настраиваться и реагировать на первого партнера, погруженного в сильные эмоции, таким образом, чтобы снизить интенсивность этих переживаний. Например, гнев стихает, когда другой слушает, и, наоборот,

усиливается в ответ на оборонительное отстранение, также как и страх сходит на нет, когда другой выражает сочувствие.

На межличностном уровне бывают моменты, когда терапевт может прервать выражение негативного аффекта, особенно вторичного аффекта, например реактивной злости в адрес партнера. Терапевт может переключиться на переживания другого партнера или на иные чувства обвиняющего партнера, стоящие за его гневом. Терапевт также может переопределить выражение негативного аффекта так, что это будет скорее полезно, чем разрушительно для терапевтического процесса, помогая партнеру перейти с позиции «тебе невозможно доверять, ты чудовище» на позицию «я не буду доверять тебе. Я тебе покажу, что ты не можешь меня контролировать».

Грань между сдерживанием и переработкой эмоционального опыта, являющейся одной из центральных задач ЭФТ, становится в таких случаях очень прозрачной. Можно сказать, что *структурированный процесс ЭФТ в каком-то смысле сам оказывается модулирующим, направляющим и, тем самым, сдерживающим эмоции, даже если временами терапевт усиливает эмоции и использует их для пробуждения новых реакций во взаимодействии*. Терапевт также прерывает излияние эмоций, когда это излияние не сообразуется с актуальным для данной сессии фокусом, или явно отвлекает, или позволяет избежать исследования непосредственных первичных чувств. Терапевт будет отражать эмоции, которые человек пытается выразить, и признавать потребность человека быть услышанным в этом вопросе, но и будет направлять сессию к релевантным в данный момент переживаниям.

Происходят ли в ходе ЭФТ индивидуальные изменения?

Если рассматривать личность как присущий человеку «на протяжении жизни стиль отношений с другими, преодоления проблем и выражения эмоций» (Million, 1994, p. 279), то было бы логично предположить, что терапия, воздействующая на значимые отношения человека и на выражение базовых эмоций, скорее всего, оказывает влияние и на личность человека.

В первом пособии по ЭФТ (Greenberg & Johnson, 1988) есть раздел, посвященный индивидуальной симптоматике, такой как депрессии и фобии (р. 189–193). Индивидуальные симптомы рассматриваются там как феномены, отражающие и создающие правила взаимоотношений, и паттерны взаимодействия. Это представляется особенно актуальным в отношении таких индивидуальных симптомов, как депрессия у женщин, поскольку женщины, во-первых, более склонны определять себя в контексте межличностных отношений, а во-вторых, особенно подвержены негативному влиянию в случае нарушения этих отношений, например при отстранении супруга (Christensen & Heavey, 1990; Roberts & Krokoff, 1990). Это позволяет утверждать, что эмоционально-фокусированная терапия с ее вниманием к эмоциональной связи и потребностям, которые чаще всего высказывают женщины, является особенно удачным подходом для работы со случаями, когда женщина страдает от депрессии и переживает дистресс в супружеских отношениях.

Стоит отметить, что даже если у клиентов нет подобных симптомов, успешная терапия включает в себя расширение и дальнейшую дифференциацию понимания себя каждым из партнеров, поскольку подход фокусируется на базовой потребности в безопасности и контакте, на том, как люди обращаются с этими потребностями, и на том, как они определяют себя во взаимодействии со значимыми другими. Существуют явные свидетельства в пользу того, что к окончанию терапии партнеры воспринимают друг друга иначе (Greenberg et al., 1988) и реагируют друг на друга иначе; таким образом, партнеры получают иное представление о себе, о том, кто они есть, и ощущают себя в большей степени принятыми и приемлемыми. Кроме того, каждый партнер более полно пережил свои эмоциональные реакции и потребности привязанности и получил опыт нового взаимодействия с другим. Не отличавшийся настойчивостью мужчина рискует и начинает действовать более уверенно, а отстраненная женщина рискует и говорит о том, чего она хочет. Этот новый опыт меняет восприятие самих себя и своих возможностей. *Ригидные ограниченные циклы взаимодействия сужают диапазон переживаний и проявления себя партнерами. Когда эти циклы расширяются, расширяются и самоощущение, и представления о себе.*

Терапевты вроде меня, изначально проходившие обучение в рамках индивидуальной терапии, не перестают удивляться той силе, с ко-

торой интервенции супружеской терапии влияют на личность каждого из партнеров. Хотя удивляться не стоит, поскольку базовые убеждения, лежащие в основе всего психотерапевтического предприятия, говорят о том, что новые встречи со значимым другим и новые отношения позволяют людям меняться и развиваться. Традиционно такие отношения создавались с терапевтом. В случае супружеской терапии – уже сформированные и очень значимые отношения с супругом могут использоваться для индивидуального роста и исцеления личных травм. *Терапия пар, таким образом, может быть центральной и необходимой частью комплекса мер при работе с индивидуальными проблемами, например с ПТСР* (Johnson, 2002). И в самом деле, сейчас появляется все больше литературы по привязанности и приложениям этой теории к индивидуальной терапии и личностному росту (Sable, 2000, Siegel, 1999). В этих работах подчеркивается вероятность того, что переживание первичных эмоций «открывает нам, кто мы есть и как мы контактируем друг с другом» (Siegel, 1999, p. 129).

Для людей, чья позиция во взаимодействии, а, соответственно, и самоощущение очень ограничены и ригидны, процесс супружеской терапии может привести к экзистенциальному кризису. Человек, всю жизнь игравший роль Дон Жуана, пришел в терапию, движимый в основном чувством вины, и столкнулся со своей неспособностью «подпустить близко» кого бы то ни было. Этот мужчина, ранее проходивший длительную индивидуальную терапию и имеющий долгую историю коротких идеализированных отношений, затем соприкасается со скорбью из-за ограниченности отношений, которые были у него с родителями, семьей и любовницами, а также с сильнейшим страхом оказаться в положении, когда его могут бросить. Прошлый опыт привязанности был затронут и теперь эхом звучал на терапевтических сессиях. Однако именно благодаря инсценированному разыгрыванию его отказа от связи с нынешним партнером, его рабочие модели себя и другого и его страхи привязанности стали доступными для просмотра и изменения.

Иногда в супружеской терапии люди воспроизводят базовые человеческие дилеммы, до которых трудно добраться в индивидуальной терапии. Этот мужчина испробовал все возможные средства, чтобы оставаться вне своей эмоциональной жизни и вне взаимоотношений. И вот он сталкивается с двумя «драконами»: страхом умереть в одиночестве, так и не связав свою жизнь ни с кем, и страхом, что о его

желании близости узнают и его бросят. Супруга этого мужчины с помощью терапевта смогла быть для него на сессии надежной опорой, и он получил возможность встретиться «драконов» лицом к лицу и сделать новый выбор. В таких случаях терапия пар включает в себя элементы индивидуальной терапии. В описываемом случае с обоими партнерами проводились отдельные индивидуальные встречи, и ход супружеской терапии естественным образом подпитывал процесс индивидуальных изменений.

В целом возрастает число свидетельств в пользу того, что имеет смысл лечить людей в их непосредственном социальном контексте, особенно когда речь идет о таких расстройствах, как депрессия и тревожные расстройства, агорафобия, зависимости и обсессивно-компульсивное расстройство (Baucom, Shoham, Mueser, Daiuto & Stickle, 1998). Это неудивительно, если помнить, какую важную роль играют взаимоотношения при таких расстройствах (Fincham & Beach, 1999; Davila, 2001; Whiffen & Johnson, 1998). С точки зрения привязанности депрессия является естественным следствием невозможности создать надежные отношения с первичной фигурой привязанности, от которой мы зависим. Поэтому естественным ходом для эмоционально-фокусированного терапевта будет поместить депрессию в контекст негативного цикла взаимодействия пары и помочь ей объединить усилия в борьбе и с циклом, и с депрессией. Неспособность создать ощутимую безопасность пробуждает переживание утраты, чувство уязвимости и бессилия, а также сомнения в собственной ценности – все эти переживания сопровождают депрессию. Недостаток поддержки также может усилить влияние других стрессоров. И, напротив, более надежная привязанность усиливает внутреннюю устойчивость и является, пожалуй, лучшей страховкой от рецидива индивидуальных проблем, таких как депрессия. На более общем уровне можно сказать, что способность быть в контакте с собственными чувствами и с другими людьми является основой эмоционального интеллекта, а эмоциональный интеллект – синоним гибкости (Siegel & Hartzell, 2003). Гибкость – это то, без чего невозможна индивидуальная адаптация и здоровое функционирование (Lewis, Beavers, Gossett & Philips, 1976). В той степени, в которой терапия пар способствует повышению уровня эмоционального интеллекта, она должна повышать уровень индивидуального функционирования и способствовать индивидуальному развитию.

Как терапевт понимает, на каких эмоциях фокусироваться?

Есть несколько ответов на этот вопрос. Они сводятся к нескольким тезисам.

- 1. Лучше начинать с того, что является явным в данный момент.** В начале терапии терапевт фокусируется на предъявляемых парой эмоциях и отражает их, или даже их отсутствие. Часто это вторичные реактивные отклики, и эмоционально-фокусированный терапевт начинает с тех эмоций, которые партнеры выражают спонтанно. Для клиентов это уже новый опыт, поскольку обычно партнеры зациклены на поведении друг друга, они обвиняют или защищаются, а собственные эмоции, например гнев, и то, как эти эмоции переживаются, оказываются вне зоны их внимания.
- 2. Терапевт следует за партнерами.** По мере того как пара начинает чувствовать себя на сессиях более безопасно, терапевт следует за переживаниями каждого из партнеров и побуждает к дальнейшему углублению и исследованию этих переживаний. Терапевт предлагает партнерам задания на взаимодействие, которые пробуждают новый эмоциональный опыт и новое его выражение. Терапевт фокусируется на наиболее ярком и актуальном переживании для каждого из партнеров и прослеживает его. Таким образом, сам переживающий человек дает терапевту понять, на чем фокусироваться.
- 3. Терапевт руководствуется собственными эмоциями и исходит из разворачивающейся драмы взаимоотношений клиента.** У эмоционально-фокусированного терапевта есть разные системы координат, каждая из которых предлагает специфический фокус внимания в определенные моменты терапии. В основанных на переживании подходах в качестве карты выступает эмпатия терапевта, которую Гурни (Gourney, 1994) назвал «прыжком воображения». Терапевт позволяет себе включиться в переживания клиента, вчувствоваться в них и полнее переработать, ориентируясь на собственные эмоциональные реакции и на эмпатию.

Вторая система координат – это позиции, которые занимают члены пары в процессе взаимодействия. *Каждая эмоция разворачивается по законам своего жанра и имеет свой сюжет* (Lazarus & Lazarus, 1994). Эмоциональные реалии часто связаны с определенными позициями. Отстранение, например, часто связано с ощущением запуганности и беспомощности, стыда и неадекватности. Нередко мы можем сделать верное предположение о позиции в отношениях, исходя из переживаемых эмоций, и о глубинных эмоциях – исходя из позиций во взаимодействии.

Существуют предсказуемые общие паттерны, в соответствии с которыми эмоциональные переживания организуют реакции во взаимодействии. Терапевт использует свое знание этих паттернов в качестве предположений о глубинных переживаниях обоих партнеров и как руководство к новым переживаниям, которые он мог бы усилить, чтобы помочь партнерам изменить их позиции. Например, терапевт чувствует, что муж прячется, потому что боится отвержения жены, и приходит к предположению, что если муж хоть раз позволит себе выразить гнев, это придаст ему сил и может стать поворотным моментом в его взаимодействии с женой.

- 4. Терапевт опирается на имеющуюся у него теорию близких отношений.** Теория привязанности дает объяснение тем или иным конкретным переживаниям партнеров, помогая терапевту понять переживания клиента в те моменты, когда сам клиент может и не понимать, что происходит, и подсказывает терапевту направление, в котором двигаться дальше. Когда терапевту не удается следовать за переживаниями клиента, такая теоретическая «карта» помогает терапевту понять, на чем фокусироваться. Например, теория привязанности предполагает, что единственный способ поддержать связь с недоступными родителями, которым располагают некоторые дети, – это свести к минимуму осознание потребностей привязанности и заблокировать все желания, связанные с близостью. Так что, когда партнер говорит, что ничего не чувствует в ответ на сильные эмоциональные реакции супруга (негативные или позитивные), в соответствии с «картой» привязанности полезно сфокусироваться на этом недостатке отклика, на возможной небезопасности и на подавленных желаниях, которые часто

лежат в основе таких реакций. Теория привязанности учит терапевта, что такие заявления как: «Я в этих отношениях лишний – и потому я залезаю в Интернет и там флиртую», – говорят, скорее всего, об утрате и отчаянии, неважно, насколько спокойным и сдержанным тоном эти слова произносятся.

Как в ЭФТ развивается эмоциональный опыт?

Контакт с эмоциями обогащает и расширяет эмоциональный опыт

В целом, если согласиться с тем, что угрожающие эмоции обычно искажаются, минимизируются, избегаются или сдерживаются как на уровне переживания, так и на уровне выражения, становится понятным, что контакт с этими эмоциями, погружение в них и их принятие способствует прояснению и расширению эмоционального опыта. Некоторые эмоции, такие как страх и стыд, кажутся настолько болезненными сами по себе, что внимание человека естественным образом направляется на то, чтобы регулировать их, сдерживать боль и реорганизовывать переживания, а не проживать их и перерабатывать. Однако подобная реорганизация (например, изначально возникший страх, преобразованный и выраженный как гнев) часто имеет отрицательные побочные эффекты, например дальнейшее отчуждение партнера.

Партнеры часто также чувствуют, что не имеют права на свои эмоции (Wile, 2002), или даже стыдятся, что испытывают их. Клиент может сказать: «Если я так чувствую, значит, я слабый и жалкий». Восприятие через призму стыда блокирует исследование эмоций. Признание и подтверждение со стороны терапевта противодействует этим процессам. Далее партнеры переходят от отреагирования эмоций к называнию и признанию своих вторичных эмоций, к помещению их в контекст привязанности и в контекст цикла, к контакту с первичными эмоциями, к их углублению, согласию им «поддаться» и отреагировать на партнера в соответствии с ними. С помощью терапевта супруг может перейти от уничижительных замечаний в адрес своей жены к называнию и признанию своей «ярости», к контакту с

беспомощностью и печалью, стоящими за этой яростью, к принятию этой беспомощности без чувства стыда, к интеграции этих переживаний с самоощущением и своей картиной близких отношений, к просьбе об уважении и комфорте, выраженных так, что это пробуждает в партнере заботу.

Развертывание базовых эмоций привязанности включает в себя удержание этих эмоций в фокусе внимания и полную их переработку, вместо того чтобы позволить этим эмоциям мгновенно реорганизоваться в защиту. Таким образом, адаптивные тенденции к действию, принципиально важная информация о Я и потребности привязанности, неявным образом присутствующие в этих эмоциях, становятся доступными и могут использоваться для реорганизации реакций во взаимодействии. Эмоционально-фокусированный терапевт будет стремиться к тому, чтобы заблокировать реорганизацию боли в гнев и вместо этого будет признавать боль. Эта боль далее часто трансформируется в ощущение беспомощности и потребности в поддержке и заботе со стороны другого.

Другой способ рассматривать этот процесс – это иметь в виду, что контакт и погружение в переживания позволяет человеку пережить конфликтующие эмоциональные реакции, такие как острую тоску по контакту и страх контакта, и создать более интегрированную реакцию.

Специфические интерактивные задачи создают новый опыт и новую историю

Интерактивные задачи (interactive tasks), предлагаемые терапевтом, и новые реакции супругов также формируют новый эмоциональный опыт. Например, предложение одним из супругов утешения и поддержки не стыкуется с ощущением оставленности у другого партнера и создает новые эмоциональные реакции. Терапевт помогает паре сконструировать согласованный нарратив эмоциональной реальности каждого из них и того, как эти реальности определяют их взаимодействие. Пары уходят после терапии с ощущением, что их эмоциональные и поведенческие реакции согласуются друг с другом и создают их отношения, то есть они чувствуют себя более способными к созданию новых и более позитивных эмоциональных переживаний.

Эмоциональная переработка развивается естественным образом и в собственном направлении

Во взаимодействиях со значимыми другими переживание определенных эмоций развивается, по-видимому, естественным и предсказуемым образом. Например, в ситуациях небезопасности или угрозы универсальный способ регуляции боли и стыда состоит в том чтобы «превратить» эти переживания во вторичную злость или «праведный гнев», обычно выражаемый в виде обвинений обидчика (Pierce, 1994; Wile, 1994). Гнев призван защитить человека от его собственных эмоций и от возможного ожидаемого вреда от другого. Если первичная реакция – боль, стоящая за гневом, – остается непроработанной, внутренняя и внешняя реальность начинает выстраиваться вокруг гнева, что пробуждает у другого реакции, продолжающие подпитывать гневные реакции. Это вид гнева сильно отличается от первичного гнева, возникающего, когда запуганный супруг соприкасается со своей болью и страхом, что естественным образом приводит к выражению протеста в связи с ощущаемым недостатком уважения со стороны партнера. Эмоционально-фокусированный терапевт следует за естественным ходом этого эмоционального процесса. Терапевт в состоянии предсказать развитие процесса и то, как он может усилить или использовать этот процесс для изменения позиций во взаимодействии.

Разные эмоции развиваются различными способами. Стыд является одной из особенно проблемных эмоций. Слезы могут сблизить людей, гнев может быть стимулом к проявлению уверенности (assertiveness) и уважения, но стыд по своей природе побуждает скрывать и разделять. Стыд – это настолько неприятный опыт, что, похоже, он редко используется для регуляции других эмоций, как это было описано выше (Pierce, 1994). Отвращение к себе, неадекватность и ощущение своей никчемности могут создать модель себя как недостойного любви и не заслуживающего заботы, что, в свою очередь, заставляет воспринимать самораскрытие и сообщение о своих потребностях и желаниях как нечто, несущее огромную опасность. Самые обычные способы справиться со стыдом – это разозлиться на других или вообще заморозить эмоции привязанности и отстраниться от контактов с другими. То есть чаще всего эту болезненную эмоцию регулируют способами, приводящими к взаимодействиям, в которых вновь возникает та

же эмоция, например, другие начинают отвергать человека. По мере того как стыд переживается и исследуется, проявляются сопутствующие ему печаль и скорбь. Если другой партнер может откликнуться в поддерживающей манере, переживаемое облегчение и комфорт от этого принятия действуют как противоядие от стыда как такового. *Страх – самая распространенная и типичная эмоция в неблагополучных браках.* Страх неизбежно провоцирует реакции бегства или нападения и сильно сужает паттерны, в соответствии с которыми люди воспринимают друг друга и взаимодействуют друг с другом. Эмоции – это автоматические реакции, сигналы, преобладающие над другими реакциями, и страх, похоже, наиболее очевидный пример этого. Разные авторы идентифицировали разные страхи, которые обычно возникают в отношениях привязанности: это страх быть оставленным или брошенным, страх быть отвергнутым или признанным недостойным любви, страх оказаться контролируемым и беспомощным. Страх как вторичная реакция (учитывая, что обычно это первичная эмоция) в большинстве случаев поддается терапии; в ЭФТ терапевт обеспечивает безопасность и поддержку, и тогда партнер может выражать гнев, утверждать себя или открыто грустить. Обычно в поворотных эпизодах ЭФТ именно страх, или переживаемая ненадежность привязанности, является ключевым моментом, благодаря которому происходят изменения. В эпизодах смягчения, когда человек решается на риск и делает шаг навстречу партнеру и просит его об удовлетворении своих потребностей привязанности, гнев и кажущееся отстранение естественным образом уступают место сильным страхам, которые проживаются и перерабатываются на сессии. Эти страхи затем могут регулироваться с помощью супруга, который обеспечивает комфорт и утешение.

Комментарий

Прежде чем перейти к вопросу об интеграции ЭФТ с другими подходами, стоит отметить, что далеко не все, происходящее на практике, можно описать на бумаге. Учиться терапии по книгам – это все равно, что учиться петь, глядя на бороздки грампластинок. Такие вещи как, к примеру, своевременность тех или иных интервенций, особенно трудно передать в данном формате. Эти и другие вопросы обучения затрагиваются в самой первой книге по ЭФТ (Greenberg & Johnson,

1988), в которой есть много примеров вмешательств и фрагментов терапии, а также в многочисленных транскриптах терапевтических сессий, опубликованных в других местах (см. сайт www.iceeft.com, где представлена информация по ЭФТ, содержащая описание терапевтического процесса и транскрипты терапевтических сессий). Кроме того, существуют учебные видеофильмы по ЭФТ (например, Johnson, 1993), демонстрирующие выдержки из полного курса ЭФТ, проводимого с конкретной парой, и записи консультативных сессий. Один из лучших способов научиться ЭФТ – делать записи собственных терапевтических сессий и просматривать эти записи, отмечая интеракции и реакции партнеров и свои интервенции. Полезно также формулировать альтернативные и улучшенные интервенции и выдвигать гипотезы об их возможном влиянии на терапевтический процесс. Рабочая книга⁵, написанная в дополнение к этому учебнику, также поможет освоить ЭФТ.

Можно ли сочетать ЭФТ с другими современными подходами?

Помимо ЭФТ в области супружеской и семейной терапии появляются и развиваются другие современные подходы; в первую очередь речь идет о нарративной и ориентированной на решение терапии. Оба эти подхода относятся к конструктивистским; они рассматривают жизнь человека как формируемую смыслом, который люди приписывают своему опыту и своим переживаниям. В обоих подходах терапевт занимает непатологизирующую позицию по отношению к клиентам, признает и усиливает их полномочия, принимает сказанное клиентами «за чистую монету» (O'Hanlon & Wilk, 1987) – они верят тому, что говорят клиенты, и не ищут скрытых мотивов. Здесь мы можем заметить определенное сходство с ЭФТ: данный подход, как и другие, основанные на переживании подходы, является конструктивистским и непатологизирующим и стремится принимать людей такими, какие

⁵ Имеется в виду составленное С. Джонсон и ее коллегами издание «Становление эмоционально-фокусированного терапевта: рабочая книга», которое содержит практические упражнения по ЭФТ. Она готовится к выходу в свет в издательстве «Научный мир» (Прим. науч. ред.).

они есть в момент начала терапии. Однако точки соприкосновения эмоционально-фокусированного и нарративного подходов более очевидны, поэтому дальнейшее обсуждение этой темы позволит лучше прояснить суть эмоционально-фокусированных интервенций, а также помочь читателям, знакомым с нарративным подходом, лучше ориентироваться в ЭФТ.

ЭФТ и нарративный подход

И ЭФТ, и нарративные подходы рассматривают людей как активных создателей смыслов (Bruner, 1990) – то есть как конструирующих свой опыт через приписывание ему различных смыслов и использующих таким образом созданный опыт для ориентации и деятельности в окружающем мире. Оба подхода рассматривают это конструирование как возникающее в рамках социального контекста и как ограниченное реальностью социального контекста. Как для эмоционально-фокусированного, так и для нарративного терапевта объективная реальность до конца непостижима, и любой способ видеть является также способом «не-видеть». То, что мы видим, зависит от нашей точки зрения или от того, где мы находимся.

Как в ЭФТ, с ее корнями в гуманистическом и основанном на переживании подходах, так и в нарративных подходах люди, обратившиеся за психологической помощью, считаются экспертами в том, что касается их переживаний. Терапевт занят тем, чтобы помочь человеку сконструировать его опыт таким образом, чтобы для него открылось больше возможностей. В этих подходах считается, что терапевт не обладает привилегированным правом на истину; скорее, терапевт – это сопровождающий в процессе «переписывания истории клиента», или, в понимании ЭФТ – в процессе повторной переработки жизненного опыта. В обоих подходах профессиональная позиция терапевта включает в себя веру в способность людей решать свои проблемы; оба подхода стараются свести к минимуму различия между терапевтами и клиентами. Считается, что проблемы вырастают из социального контекста, который с большой вероятностью был бы столь же проблематичным для терапевта, как и для его клиента. Оба подхода предполагают, что терапевт с особым вниманием относится к языку как средству, с помощью которого создаются новые смысловые значения, переопределение событий и новые контексты. При этих под-

ходах экспрессия рассматривается как часть процесса организации переживаний, а не просто как его продукт.

В том, что касается интервенций, также есть определенное сходство. Как отметили Минухин и Николс (Minuchin & Nichols, 1993), все терапевты – рассказчики. Разные терапевты, в том числе и эмоционально-фокусированные, подчеркивают и используют исключения и новые реакции на проблемное событие (в нарративных подходах это называется «уникальные эпизоды»), чтобы поддержать активность клиентов и укрепить в них чувство собственной эффективности. Многие терапевты самых разных убеждений, в том числе и эмоционально-фокусированные, также сознательно используют переформулирование для того, чтобы поставить под сомнение или переименовать доминирующий проблемный паттерн, или «сюжет». Однако наиболее характерной и значимой интервенцией для нарративных подходов является экстернализация проблемы, выставляющая реальность, воспринимаемую как неоспоримую данность, в виде чего-то внешнего или странного (White, 1993), и «отделяющая» проблему от человека. Здесь можно заметить значительное сходство с ЭФТ, поскольку в ЭФТ негативный цикл взаимодействия также экстернализируется, а партнеров считают и невольными жертвами, и создателями проблемного паттерна, захватившего власть над отношениями.

Наиболее распространенные паттерны, идентифицированные в ЭФТ, – это «преследование-избегание» и «нападение-защита», хотя некоторые пары также предъявляют паттерн «отстранение-отстранение» или «нападение-нападение». Эти паттерны живут собственной жизнью и ограничивают взаимодействие партнеров, препятствуя позитивному эмоциональному контакту. В процессе терапии партнеры узнают, как они пробуждают друг в друге столь тягостные реакции, тем самым создавая проблемный паттерн взаимодействия, который определяет их отношения. Пара может, таким образом, «сомкнуть ряды», объединиться в борьбе с паттерном, подрывающим их отношения. Проблема не в «нем» или «в ней», а в «нашем общем танце». Влияние этого паттерна на каждого из партнеров подробно исследуется; правда, в ЭФТ и нарративных подходах это делается по-разному: нарративные терапевты обычно намного более интеллектуально-ориентированы и рассудочны. На начальном этапе ЭФТ фокусировка на цикле создает новый контекст, позволяющий партнерам принять ответственность за собственное поведение, отка-

заться от обвинений и начать видеть себя, скорее, друзьями по несчастью, а не застревать в ролях «жертва-угнетатель».

Однако между ЭФТ и нарративными подходами есть существенные различия. Во многие моменты терапии эмоционально-фокусированный терапевт «интернализует» реакции клиентов. Например, вместо того чтобы создавать описание отстранения мужа и его влияния на жену, как это сделал бы нарративный терапевт, эмоционально-фокусированный терапевт будет спрашивать, каково это – отстраняться, прямо здесь и сейчас, и что муж чувствует, когда он это делает. Эмоционально-фокусированный терапевт затем спросил бы жену, что она чувствует, когда муж отстраняется. По мере того как переживание отстранения расширяется, приходят новые переживания и новый опыт их выражения, что меняет позицию отстраняющегося. В ЭФТ партнеры не борются с «вредными привычками», как это происходит в нарративной терапии (Zimmerman & Dickerson, 1993), но перерабатывают свои переживания и выражают новые стороны этих переживаний так, что проблемный паттерн начинает распадаться. В последующем это позволяет партнерам испытать альтернативные способы существования друг с другом.

И ЭФТ, и нарративный подход фокусируются на постоянно происходящем процессе создания идентичности. Нарративные авторы часто фокусируются на том, что проблема говорит человеку о нем самом, как она влияет на его идентичность. Эмоционально-фокусированные терапевты, напротив, вслушиваются в самоопределения, возникающие в процессе эмоциональных переживаний, и помогают человеку выразить их. Они стремятся расширить самоощущение каждого из партнеров посредством нового эмоционального опыта и через новые способы взаимодействия с самой значимой «аудиторией» – с супругом. Время от времени эмоционально-фокусированные терапевты намеренно используют истории, или нарративы. Это может происходить в следующих случаях.

1. Когда терапевт, подводя итоги, создает краткую историю отношений привязанности в жизни каждого партнера и того, как прошлое влияет на актуальные отношения в паре. Терапевт использует эти истории для признания правомочности и обоснованности нынешних восприятий и реакций клиента. Это делается на глазах у второго супруга и помещает поведение первого супруга в контекст его истории привязанности,

часто позволяя этому супругу увидеть свое поведение как отражение прошлой истории, а не просто как реакцию на происходящее в актуальных отношениях. Чем более ненадежен стиль привязанности партнера, тем более непоследовательной и рассогласованной оказывается его история о себе в отношениях с другими (Siegel, 1999). Тогда терапевт должен больше поддерживать такого клиента в создании им его истории привязанности.

2. Иносказания (подробно описанные в главе 4) – это такие интервенции, в которых терапевт рассказывает партнерам историю о парах вообще или о воображаемой паре, похожей на них. Терапевт рассказывает историю отношений пары (как он ее понимает), включая элементы, которые пара не осознает, но терапевт предполагает, что они есть. Нарратив отражает восприятие терапевтом происходящего в паре в настоящий момент, в безличной, сослагательной манере, позволяющей приблизиться к тем сторонам опыта пары, которых она старается избежать или не может озвучить. Это вмешательство наименее прозрачное и наиболее не прямое из всех интервенций ЭФТ. Партнеры обычно идентифицируются с отдельными аспектами истории и начинают говорить о собственных переживаниях в свете этой истории. Цель данной интервенции – углубиться в переживания клиентов в наименее угрожающей форме или предложить им альтернативный способ понимания происходящего.
3. Позднее в ходе терапии терапевт и пара вместе создают историю терапии. Эта история суммирует процесс, через который прошла пара, и изменения, которые с ними произошли. Это может быть сделано, чтобы консолидировать изменения или для того, чтобы высветить возникшие трудности. По мере того как партнеры формулируют и уточняют свою историю, идентифицируя важнейшие поворотные события и свою роль в их возникновении, история превращается в более связную и становится новой моделью отношений, той, которую пара возьмет с собой по окончании терапии.

Самое заметное различие между нарративной и эмоционально-фокусированной моделью заключается в том, что ЭФТ фокусируется

на эмоциональном опыте и создании нового эмоционального опыта на сессии. Этот эмоциональный опыт может быть включен в новую историю отношений. *Фокус смещен с когнитивной составляющей, с описания опыта на сам опыт. Не «назвать альтернативную историю» (White, 1993), а создать ее, дав паре возможность пережить и проиграть ее на сессии, – вот к чему стремится эмоционально-фокусированный терапевт.*

То есть вопросы, типа: «Какие действия вы совершили бы, если бы в большей степени приняли знание о том, кто вы есть?» (White, 1993, р. 46) в ЭФТ заменяются фокусировкой на непосредственном эмоциональном переживании человека и выражении этого нового самоощущения в отношениях с партнером, как в следующем примере.

Терапевт. Что с вами происходит, когда жена это говорит?

Муж. Я бешусь, но молчу.

Терапевт. Каково это вам – беситься и молчать?

Муж. Это тяжело, я хотел бы сказать... (*пауза*), но мне становится тревожно.

Терапевт. Страшно, но вам хочется сказать?..

Муж. Отстань от меня. Прекрати меня попрекать.

Здесь терапевт фокусируется на том, как эмоциональная реакция пробуждает тенденцию к действию, характерную для эмоции гнева. Когда муж позволяет себе чувствовать и выражать этот гнев, он знает, чего хочет, – он хочет установить определенную границу в отношениях с женой. Потом он оказывается способным сделать это на сессии и тем самым начинает создавать новый «сюжет» взаимодействия с ней.

В ЭФТ переживания и их выражение во взаимодействии с партнером предшествуют конструированию новой истории. Это логично, поскольку ЭФТ исходит из допущения, что эмоциональное переживание – это ключевой элемент «историй» привязанности. Бруннер (1986) считает, что всегда есть чувства и пережитый опыт, выходящий за рамки доминирующей истории человека или, в терминологии ЭФТ, актуального осознания человека. Ранимость отстраняющегося партнера, например, часто остается за пределами взаимодействия находящейся в дистрессе пары и не учитывается в их отношениях. В ЭФТ эти переживания пробуждаются на сессии, что идет вразрез с тем, как пара понимает свои отношения.

Нарративный терапевт может попросить партнеров поразмышлять о разных элементах их переживаний, обсудить эти элементы, поговорить об их привычках и убеждениях в свете этих переживаний, чтобы, например, идентифицировать и обсудить уникальные эпизоды. Это такие моменты, когда проблемы не было или с нею справлялись иначе. Эмоционально-фокусированный терапевт будет, скорее, *создавать уникальные эпизоды здесь и сейчас*, или усиливать и развивать те из них, которые произошли на сессии естественным образом, а не обсуждать эпизоды из прошлого или имевшие место в других ситуациях. Кроме того, сильный негативный аффект также располагает пары к обесцениванию и недоверию к уникальным эпизодам, связанным с участием партнера. Поэтому уникальные эпизоды трудно повторить, если только они не происходят в процессе терапии, где терапевт может их поддержать.

ЭФТ по своей сути больше напоминает пьесу, чем повествование. С точки зрения привязанности, если считать рабочие модели своего рода нарративами или набором историй об отношениях, было бы трудно расширить эти модели, получить доступ к содержащимся в них базовым убеждениям и пробудить корректирующий эмоциональный опыт, не прибегая к эмоционально-ориентированным интервенциям.

ЭФТ и ориентированный на решение подход

Между ЭФТ и ориентированным на решение подходом проще идентифицировать различия, нежели сходство, за исключением того факта, что оба подхода опираются на конструктивистскую логику и занимают непатологизирующую позицию. Когда только возможно, эмоционально-фокусированный терапевт тоже проговаривает, усиливает и углубляется в то, что происходит в паре прямо сейчас, что партнеры сделали для того, чтобы это произошло, и что такие события означают для их отношений; но при диаметральной противопоставлении проблемы и решения, как это делается в некоторых ориентированных на решение подходах, пропадает принципиально важный для гуманистических моделей феномен – а именно, личность человека. *ЭФТ не является ориентированной ни на решение, ни на проблему; она ориентирована на личность.* В основанных на переживании подходах личность всегда считается чем-то большим, чем проблема или чем «решение» для проблемы.

Альтернативой ориентации на решение не обязательно является погружение в проблемную, доминирующую историю (Friedman, 1993), если терапевт исходит из того, что личность и опыт человека больше, чем проблема или история проблемы. Погружение в переживания не обязательно затягивает, вопреки предположениям некоторых ориентированных на решение терапевтов (Friedman & Langer, 1991), клиентов и их терапевтов в трясину патологического мышления. На самом деле погружение в опыт, особенно в эмоциональный, – это прямой путь к новому способу видеть, к новым эмоциональным реакциям и новым историям отношений. Человек, с точки зрения основанного на переживании подхода, не перегружается проблемной историей, но своим уникальным способом перерабатывает переживаемый опыт и приводит в действие сценарий своих отношений привязанности. С точки зрения ЭФТ, фокусирование только на исключениях из проблемы с высокой долей вероятности будет воспринято как обесценивание боли партнера или важности прикладываемых им усилий. В контексте привязанности та или иная негативная эмоция может оказаться настолько поглощающим состоянием, что до значимых исключений весьма непросто добраться, или непросто убедить партнеров поверить в них и принять эти исключения как нечто серьезное. Это особенно верно для исключений, вселяющих надежду и в то же время вызывающих страх, поскольку они делают человека вновь уязвимым перед лицом возможных потерь и разочарований. Если фокусировка на исключениях не срабатывает, тогда ориентированный на решение терапевт может задавать вопросы, например, спросить жену, что она делала бы по-другому в отношениях с мужем, если бы знала, что его «злое» поведение было связано с его задетыми чувствами. С точки зрения эмоционально-фокусированного терапевта очевидно, что подобные инсайты или смена перспективы («угла обзора») происходят с большей легкостью, если жена видит, что ее муж действительно переживает, а муж показывает жене свою боль, а также когда терапевт может помочь жене переработать ее переживания. Эмоционально-фокусированный терапевт способен инициировать этот процесс и поощрить жену к тому, чтобы она прямо здесь и сейчас, на сессии, отреагировала по-другому. Этот новый опыт становится ключевым элементом в новой истории о том, какой человек ее муж и каким он может быть по отношению к ней.

ЭФТ и боуэнианская модель

Часто возникает вопрос, как ЭФТ и ЭФСТ соотносятся с боуэнианской моделью супружеской и семейной терапии, с ее фокусом на дифференциации Я. Существует много различий между этими моделями, особенно в том, что касается отношения к эмоциям и потребностям в близости.

Одно принципиальное различие между ЭФТ и моделью Боуэна – это фокусировка на корректирующем эмоциональном опыте в ЭФТ, тогда как Боуэн был склонен к коучинговой модели терапии (Papero, 2002), которая пытается создать возрастающую рациональность и инсайты, в особенности межпоколенческие, и формировать позицию объективности в качестве основного механизма изменений. Боуэн считал важным разделение интеллектуальной и эмоциональной систем с тем, чтобы люди не становились реактивными и не теряли «ядерное» Я в сильно заряженных взаимодействиях. Основанные на переживании модели, такие как ЭФТ, считают важным фокусироваться на углублении и интеграции первичных эмоций для преодоления реактивности и последующем использовании этих эмоций для создания адаптивных реакций. И ЭФТ, и боуэнианский терапевт работают, чтобы помочь клиентам выйти за пределы эмоциональной реактивности. Однако с гуманистической и основанной на теории привязанности точки зрения эмоции – это то, что есть всегда, эмоции в целом адаптивны, поэтому отделение мыслей от чувств, во-первых, едва ли возможно, а во-вторых, вряд ли полезно. Основанные на переживании и на привязанности подходы фокусируются на регуляции эмоций; однако, в отличие от модели Боуэна, фокусирование на эмоциональной регуляции часто заключается в том, чтобы сделать эмоции более доступными и выраженными, и в использовании эмоций, чтобы «переместить» клиента в новую позицию в отношениях.

Кроме того, ЭФТ обращает больше внимания на такие аспекты отношений, как забота и близость; на то, как они способствует созданию согласованного самоощущения, тогда как боуэниански-ориентированные интервенции скорее сфокусированы на границах, власти, контроле и опасности потерять себя и впасть в «слияние» с теми, кого любишь. Боуэн изучал эти вопросы в контексте трехсторонних триангулированных взаимодействий между подростками и их семьями (диадические отношения в паре интересовали его мень-

ше). ЭФТ фокусируется на создании «эффективной зависимости» (Weinfeld, Sroufe, Egeland & Carlson, 1999) и рассматривает потребности в зависимости как адаптивные стратегии выживания, которые могут иногда стать ригидными и ограничивающими, тогда как подход Боуэна в большей степени фокусируется на независимости и считает потребности в зависимости чем-то проблематичным. В ЭФТ же проблемой считается ощущение небезопасности привязанности, а не потеря своего Я и слияние с другим.

И боуэнианцы, и эмоционально-фокусированные терапевты рассматривают эмоциональное избегание, или эмоциональный разрыв (cut-off), и хроническую тревогу как проблему в отношениях, и оба видят позитивный смысл в соединении, способствующем развитию гибкости и толерантности к различиям. Однако процессы поиска любви и поддержки, поиска признания и попытки сделать другому приятное часто описываются в боуэнианской модели как пример недостаточной дифференциации, тогда как ориентированные на привязанность подходы, такие как ЭФТ, видят в этом выражение базовой человеческой потребности, которая, будучи принятой, четко выраженной и получившей отклик, скорее всего, приведет к возникновению связи и укреплению собственного Я.

Боуэн и Боулби отрицали психоаналитическое мышление, хотя боуэниански-ориентированные авторы продолжают говорить о таких процессах, как семейная проекция, при которых близкие люди определяют друг друга и затем воспроизводят определение, данное другим. В ЭФТ «проекция» может быть понята, как циркулярные самовоспроизводящиеся петли обратной связи в «застопорившихся» и ограниченных близких отношениях. ЭФТ также, скорее, остается в настоящем и обращает больше внимания на происходящее сейчас, поддерживает безопасные эмпатичные терапевтические отношения, тогда как специалисты, работающие в боуэнианской модели, чаще в большей степени фокусируются на прошлом и на темах, повторяющихся из поколения в поколение, а от терапевта требуется позиция объективности и отдельности от клиента.

Центральное отличие между моделями ЭФТ и Боуэна – это позиция в отношении зависимости. В боуэнианской модели «слияние» с тем, кого любишь, – определяющий признак дисфункции. Стоит отметить, что Боуэн впервые сформулировал свои идеи, работая с выборкой больных шизофренией. Последние исследования взаимо-

действий матери и ребенка свидетельствуют о том, что не существует состояния слияния, из которого впоследствии возникает дифференциация (Stern, 1985). С самого начала человеческий младенец оснащен многообразными средствами для сложных интеракций с заботящимся взрослым и многими способностями к саморегуляции. Боулби (1988), как и многие феминистские авторы, имел определенное мнение насчет патологизации зависимости и восхваления так называемой самодостаточности и индивидуализма. Он также говорил о «эффективной» и «неэффективной» зависимости. Эффективная зависимость предполагает способность конструировать надежную привязанность к партнеру и использовать эту связь в качестве источника комфорта, поддержки и заботы. Эта связь затем интериоризуется и формирует рабочую модель себя как положительного и компетентного, а рабочую модель других – как заслуживающих доверия. Эффективная, или надежная, зависимость, которую также можно назвать зрелой взаимозависимостью, судя по результатам исследований, фактически ассоциируется с более позитивным, связным и артикулированным самоощущением (Mikulincer, 1995). В подходах, ориентированных на привязанность, прочная и надежная эмоциональная связь со значимым человеком, в отношениях с которым потребности привязанности можно выразить и они будут встречены с пониманием, и автономное, прочное самоощущение рассматриваются как две стороны одной медали, а не два противоположных полюса одного континуума. Например, ребенок, уверенный в том, что мать будет рядом, если ему это понадобится, больше исследует окружающую обстановку и делает больше шагов в неизведанное. Если говорить о взрослых, то многочисленные исследования показали, что надежная привязанность к другим способствует уверенности в себе и устойчивости к стрессу. Надежная привязанность предполагает существование внутренней репрезентации любимых, которую можно использовать для самоутешения и поддержки в периоды стресса, даже если любимых нет рядом. Дифференциация Я в обычном употреблении этого термина – это способность справляться с тревогой, порождаемой отличиями и отделенностью от других – является, таким образом, частью теории привязанности, но лучше всего определяется как дифференциация *с кем-то*, а не дифференциация *от кого-то*. Дифференциация Я рассматривается в контексте отношений с другими как часть связанности, а не как дихотомия или противоборствующая близости сила (Fishbane, 2001).

На практике ЭФТ как гуманистическая и основанная на переживании терапия нацелена на создание прочного «дифференцированного» Я, что способствует эмоциональной настроенности на других и вовлеченности в отношения с ними. Ниже речь идет о некоторых способах, которыми это достигается.

- ЭФТ является конструктивистским подходом в своей ориентации. То есть терапия фокусируется на активности человека, с помощью которой он создает и организует свой опыт и соответствующее самоощущение. Например, терапевт способствует осознанию того, каким образом партнер приписывает смысл определенному сигналу, полученному в отношениях, а затем переживает стыд и ощущение собственной никчемности и отворачивается от своего партнера, даже если тот предлагает поддержку и утешение.
- Основанные на переживании модели терапии и существующее в них видение терапевтического альянса поддерживают индивидуальный рост и способность делать выбор. Терапевт занимает сотрудничающую, а не экспертную позицию; клиенту предлагается признание и уважение. Это само по себе способствует появлению новых или ранее непризнаваемых аспектов Я, которые затем могут быть интегрированы и проявлены в отношениях. В результате партнер начинает выражать свою уязвимость и видит, что эта реакция имеет право на существование. Потом он способен сообщить об этом партнеру, сказать, что тот делает такого, что пробуждает уязвимость, и о своих дисфункциональных способах справляться с этим переживанием. Основанная на переживании модель предполагает, что эмпатическая отзывчивость и подтверждение не приводят к появлению «признанного другим» или «отраженного» и, следовательно, менее дифференцированного самоощущения; напротив, признание увеличивает и усиливает Я клиентов. Это похоже на давний спор с экспертом по воспитанию детей доктором Споком, который утверждал, что чем больше детей утешают и чем больше на них обращают внимания, тем более зависимыми и несамостоятельными они вырастают. Собственно говоря, исследования в области привязанности подтверждают обратное: чем доступнее и отзывчивее другие по отношению к нашим потребностям, тем больше наша уверенность в себе,

тем мы более целостны, тем легче нам самим утешать и принимать самих себя.

- Цель терапии не в том, чтобы подтолкнуть клиентов к какому-то конкретному решению, а в том, чтобы помочь им увидеть тот выбор, который они неосознанно уже сделали, и те варианты, которые перед ними открыты. Терапевт затем подчеркивает, что активность исходит именно от клиентов, и помогает им сознательно делать собственный выбор. Так, эмоционально-фокусированный терапевт помогает клиенту сказать супруге: «Я вижу, что ты пытаешься сблизиться со мной – но прямо сейчас я не подпущу тебя. Я хочу держать тебя на безопасной дистанции».
- Эмоционально-фокусированный терапевт поддерживает клиентов в том, чтобы они вступали в контакт со своими эмоциями, осмысливали их и с их помощью понимали свои потребности и желания, и чтобы они заявляли об этих потребностях и желаниях своим партнерам. Если дифференциация Я понимается в общем смысле как способность к различению и признанию собственных переживаний, тогда название и заявление о своих эмоциях можно рассматривать как часть этого процесса. В частности, подтверждение и поддержка, получаемые в ЭФТ, помогает партнерам признать собственные страхи и отстаивать свои потребности, обращенные к супругу. Данный опыт затем развивается, осваивается и предъявляется другому партнеру таким способом, который приводит к реорганизации ключевых интеракций. В боузнианской терминологии речь могла бы идти о решении таких вопросов, как нарушение границ или приписывание смыслов, осуществляемом одним партнером в отношении другого. Например, ранее отстранявшемуся супругу помогают сказать: «Я хочу сблизиться. Я хочу поддерживать тебя. Но ты должна перестать бранить меня и говорить, что я для тебя недостаточно хорош, и все время меня проверять; это меня отталкивает. Но я не хочу воздвигать стену между нами. Я хочу помочь тебе начать мне чуть-чуть доверять; и я сожалею, если раньше не позволял тебе этого».
- Эмоционально-фокусированный терапевт помогает клиентам осознавать, обдумывать и выводить на уровень метакоммуникации их эмоционально заряженные циклы негативного взаи-

модействия; строить согласованный нарратив об этих циклах и об их влиянии на каждого из партнеров. Это расширяет ощущение собственной активной роли клиентов и помогает регулировать страхи. Это также помогает клиентам сделать шаг в сторону, выйти из реактивных споров и избежать конкурирующих мнений о том, что же является проблемой, из нарративов обвинения, и совместно создать согласованную историю, дающую подтверждение переживаниям обоих партнеров. Боуэнианский и эмоционально-фокусированный терапевт будут, скорее всего, действовать наиболее сходным образом, когда перед ними стоит задача изучить негативные циклы взаимодействия.

- В поворотных событиях (change events) в ходе ЭФТ, например в эпизодах смягчения, ранимый тревожный партнер оказывается в состоянии выйти из эмоционально реактивной и оборонительной позиции, выразить свои потребности и страхи, оставаться в контакте с собой и с другим. Когда оба партнера активно вовлечены в процесс, они способны настроиться друг на друга и отвечать друг другу, в то же время оставаясь в контакте с собственными переживаниями. Они одновременно и в большей степени являются самими собой и более плотно и отзывчиво контактируют друг с другом. Это картина связного, хорошо артикулированного самоощущения в действии. Это также картина надежной привязанности, где оба партнера могут регулировать свои эмоции таким образом, что подаваемые ими сигналы об эмоциях приближают их к партнеру и позволяют поддерживать связь.

Модель Боуэна, основанная на переживании системная точка зрения, и теория привязанности не только различаются, но и имеют явные сходства. Во-первых, они рассматривают пару с системной точки зрения, то есть считают, что партнеры одновременно и узники, и создатели круговых паттернов взаимодействия. Все вышеперечисленные модели фокусируются на эффективных и неэффективных способах регулировать страх и тревогу и на том, как эти способы могут ограничивать взаимодействие и как при этом определяется и переживается собственное Я. Там, где Боуэн мог бы увидеть эмоциональное слияние, эмоционально-фокусированный терапевт видит ненадежную тревожную привязанность, но оба, без сомнения, согласились бы со Стерном (Stern, 1985) в том, что «самоощущение не являет-

ся когнитивным конструктом, это основанная на опыте интеграция» (р. 71). В свете растущего объема знаний о близких отношениях взаимодействие с другими все больше и больше видится как необходимая часть этой интеграции, но, возможно, основанный на переживании и ориентированный на привязанность подходы сойдутся в том, что «процесс дифференциации является по своей сути реляционным, т.е. не существует отдельно от значимых отношений: это не путешествие в одиночку» (Fishbane, 2001).

ЭФТ и новые поведенческие подходы

Помимо ориентированной на решение и нарративной терапии сейчас возникают и новые версии традиционных подходов. Например, поведенческие терапевты в последнее время начали интегрировать основанные на переживании интервенции, фокусирующиеся на эмоциональном опыте и создании принятия между партнерами (Dimidjian, Martell & Christensen, 2002). В этих интервенциях терапевт поощряет выражение эмоций, которые, скорее всего, вызовут сочувственный отклик со стороны партнера; обсуждение проблемы может стать возможностью для очень доверительного общения, шансом вступить в контакт. Эта версия поведенческой супружеской терапии (претерпевшая влияние основанного на переживании подхода) в большей степени, чем традиционные поведенческие подходы, фокусируется на паттерне взаимодействий и на эмоциональном опыте. Создатели подхода, однако, специально отмечают, что они меньше углубляются в исследование эмоционального и интрапсихического мира клиентов, чем это обычно происходит в ЭФТ. Вместо этого они говорят об изменении стимулов, контролирующего поведение, во взаимодействии партнеров; то есть об изменении того, как один партнер проявляет и выражает себя с целью вызвать изменения реакций у другого партнера в сторону большего принятия. Если проблемы не решаются традиционными поведенческими методами, то их можно признать и принять, отчего они становятся менее деструктивными для отношений. Обсуждение того, насколько возможно такое принятие, можно найти в другой публикации (Johnson & Greenberg, 1994). Может получиться так, что это принятие станет возможным только в том случае, если поведение, которое должно быть принято, а не изменено, не представляет собой угрозы для привязанности. Например,

дистантность в определенных ситуациях может оказаться приемлемой, а промискуитет – неприемлемым. Такая работа является продолжением поведенческих интервенций по улаживанию конфликта (behavioral troubleshooting intervention), распространенных на область эмоциональных реакций. Однако с точки зрения ЭФТ эта техника, скорее, обозначает эмоциональные реакции и фокусируется на производимом ими эффекте, без вовлечения в переработку таких реакций. Коротко говоря, этот подход вызывает изменения, работая *снаружи вовнутрь*, а не *изнутри наружу*, как ЭФТ. Есть предварительные данные об эффективности этого подхода (Johnson, 2003).

Резюме

Травматический опыт является травматическим не просто потому, что он таким образом описывается (White, 1993), а разлука, утрата и нарушение привязанности травмируют. В целом в ЭФТ считается, что невозможно изъять печаль и страх из человеческого существования. Однако при соответствующем содействии терапевта можно вызвать адаптивные реакции, укрепляющие самоощущение партнера и возможность получения заботы в близких отношениях. Фокусирование на таких эмоциональных реакциях не рассматривается, вопреки мнению некоторых нарративных терапевтов, как «увеличение значимости проблемы в глазах клиента и усиление его дистресса» (Friedman, 1992, p. 299), но помогает ему интегрировать эти реакции в собственное самоощущение, представления о себе, а также в свои отношения, что в результате обогащает его опыт и создает новое понимание. Точка зрения ЭФТ состоит в том, что новое понимание и новое поведение наиболее эффективны при переработке эмоционального опыта, направляемой терапевтом, а не из обсуждения такого опыта. Новые обозначения, или новые идеи, рассматриваются здесь как менее влиятельные силы, чем новый опыт, в особенности тот опыт, который способствует эмоциональной вовлеченности партнеров. Данные о результативности ЭФТ подтверждают это. Количественные и качественные исследования ЭФТ не только свидетельствуют об эффективности этого вида терапии, но также позволяют изучить сам процесс терапии, соотнести его с результатами и вычленить основные эпизоды, связанные с изменениями.

Что мы знаем о процессе становления эмоционально-фокусированного терапевта?

В настоящий момент нам есть, что сказать о путях и усилиях, связанных со становлением эмоционально-фокусированного терапевта (Palmer & Johnson, 2002). Рабочая книга с упражнениями для терапевтов, осваивающих ЭФТ, может оказаться полезной на этом пути (Johnson, Bradley, Farrow, Lee, Palmer & Tilley). Терапевт должен чувствовать себя по-настоящему комфортно в системе базовых допущений ЭФТ, включающей в себя непатологизирующую позицию, фокусировку на процессе и организации переживаемых моментов и шагов во взаимодействии, уважительное отношение к потребности людей в зависимости и теорию привязанности. Терапевт должен хотеть оттачивать свою способность эмпатически проникаться переживаниями каждого клиента и *обнаруживать* оттенки и тональности этих переживаний. Но, пожалуй, важнее всего, чтобы терапевту было комфортно вовлекаться в переживания каждого клиента и присоединяться к эмоциям, работая с клиентами здесь и сейчас. Терапевт учится *доверяться процессу следования, расширения и интегрирования ключевых эмоций и использовать их для того, чтобы изменить структуру взаимодействий пары*.

Вот некоторые сложности, которые мы с коллегами наблюдали у работающих с парами терапевтов, начинающих практиковать ЭФТ. Ниже перечислено, что именно бывает трудно.

- Воздерживаться от оценивания и обвинения клиентов и определять проблему как «танец» отношений. Трудности связаны и с переработкой эмоций привязанности.
- Создавать и отслеживать альянс. Это может оказаться особенно трудно, если клиенты начинают проверять терапевта на прочность или занимать по отношению к нему конфронтующую позицию. Терапевтам лучше сохранять аутентичность и не занимать при этом оборонительную позицию, но хотеть научиться у клиентов.
- Придерживаться гуманистической позиции и верить в способности человека к росту и к нахождению новых решений, даже при столкновении с множественными и сложными проблемами. Важно быть в состоянии переносить неопределенность,

запутанность и «не ожидать простых ответов на сложные вопросы» (Mahoney, 1998).

- Противостоять тенденции погрузиться в детали спора и запутаться в них и замечать процесс формирования переживаний и взаимодействий. С точки зрения ЭФТ проблема *никогда* не связана с содержательной стороной жалоб, идет ли речь о сексе, деньгах, воспитании детей или отношениях со свекрами. Проблемой является то, *как* партнеры обсуждают и справляются с центральными потребностями и страхами привязанности. Терапевт должен отсортировать то, что касается содержания, и выйти на уровень процесса. В случае если терапевт утрачивает нить или теряется в деталях содержания, ему следует просто остановить процесс и попросить всех вернуться к тому из вышесказанного, что было понятным и имело отношение к делу.
- Уметь переключаться с внутреннего на межличностное. Терапевтам зачастую комфортнее или заниматься прояснением эмоциональных переживаний клиента, или давать предписания на взаимодействие, а эмоционально-фокусированному терапевту надо делать и то, и другое. Часто начинающие эмоционально-фокусированные терапевты избегают того, чтобы подталкивать клиентов к взаимодействию и производить инсценировки, возможно, потому что им кажется, что если пара включится в интенсивное взаимодействие, они, терапевты, потеряют контроль над происходящим на сессии. Большинству терапевтов легче производить интрапсихические интервенции, например, спрашивать: «Что вы чувствуете, когда говорите...», а не интерперсональные: «Пожалуйста, скажите ей: «Я чувствую себя лишним, ненужным. Я не знаю, как это сказать тебе, и потому предполагаю, что мог бы завести роман на стороне. Но на самом деле я просто не уверен в том, что нужен тебе». Можете сейчас повернуться к ней и сказать ей это?»
- Вовремя понимать, когда терапия начинает затрагивать собственные травмы привязанности или области неуверенности терапевта и обратиться за помощью к коллегам или супервизору. Помню, как я наблюдала терапевтический прием в больнице и не верила ни одному слову из того, что говорил клиент-мужчина – лишь потом осознав, что он очень живо на-

поминал мне бывшего мужа, который, с моей точки зрения, предал меня.

- Обладать достаточной гибкостью, чтобы иметь дело и с теми клиентами, кто демонстрирует тревожную привязанность через повышенную эмоциональность и чрезмерную озабоченность вопросами безопасности, и с избегающими супругами, которые поначалу вообще с трудом идентифицируют у себя какие-либо эмоции и отпускают пренебрежительные замечания об отношениях зависимости. Терапевт должен уметь работать как с преувеличенными, так и с отрицаемыми потребностями в привязанности и сдерживая эмоции одного клиента, одновременно пробуждать их у другого.
- Уметь оставаться с эмоциями и углублять их. Как заметил один терапевт – «Я привожу их туда и не знаю потом, что с этими чувствами дальше делать». Стандартный ответ в рамках ЭФТ на вопрос «что с ними делать» – «отражать и признавать». Отражая, терапевт получает возможность «примерить на себя» эмоциональное переживание и, возможно, что-то к нему добавить, или организовать его в более связную картину, или связать с негативным циклом или с потребностями привязанности. Когда переживание появляется раз за разом, клиент все больше вовлекается и переживание начинает развиваться и проявляться, как изображение на фотобумаге в ванночке с проявителем. Использование терапевтом живого, специфического и конкретного языка, конгруэнтность невербальных посланий усиливает эту вовлеченность.
- Вести сессию за сессией как единый развивающийся процесс. Это требует, в частности, осознания шагов и стадий, на которых находятся клиенты в каждый из моментов терапии. Если деэскалация еще не произошла, было бы ошибкой подталкивать клиентов к тому, чтобы рискнуть, хотя на более поздних стадиях терапии эти риски способствовали бы формированию более надежной связи. Полезно также записывать основные образы, эмоции и высказывания клиентов во время или после сессий и просматривать их перед следующей сессией. Такие записи помогают пробуждать и актуализировать постепенно проявляющиеся и углубляющиеся переживания клиента

на дальнейших сессиях. Это также помогает избежать преждевременных вмешательств, таких как структурированная инсценировка, до того как клиенты осознали и признали свои эмоции или подталкивание обвиняющих супругов к эмоциональному риску с пока еще продолжающим отстраняться партнером.

Супервизии, проводимые в духе сотрудничества, совместности и уважения крайне полезны для обучения ЭФТ, также как и повторный просмотр видеозаписей и расшифровок сессий ЭФТ. Процесс сертификации эмоционально-фокусированного терапевта (см. раздел Тренинг на сайте www.iceeft.com) включает в себя изучение теоретических основ данного подхода, групповые и индивидуальные супервизии, а также суммирующие презентации случаев из практики.

ЭФСТ: ЭМОЦИОНАЛЬНО- ФОКУСИРОВАННАЯ СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ

Реструктурирование привязанности

Семейные терапевты всех направлений с самого начала были уверены: человеческие существа обладают врожденной потребностью в привязанности и поддержке со стороны членов семьи. Однако семейные терапевты обычно фокусируются на том, что происходит *между* индивидуумами; эмоций, которые принято было считать феноменом внутреннего мира, они чаще всего не касаются. За некоторыми исключениями (Liddle, Dakof & Diamond, 1991), эмоциональные реакции чаще всего считались маловажными и даже вредными для системной теории и терапевтической практики (Krause, 1993).

Терапевту, видящему в эмоциях основной канал связи между биологическим и социальным, между индивидом и системой (Johnson & Greenberg, 1994, 1995), такая точка зрения кажется неудачной. Эмоциональные переживания и их выражение играют важную роль в организации и регуляции социальных взаимодействий внутри семьи (Johnson, 1998) и могут также сыграть значительную роль в реорганизации таких взаимодействий в ходе терапии. Включение в семейную терапию эмоционально-фокусированных стратегий изменения должно несколько успокоить авторов, которые высказывают озабоченность тем, что современная семейная терапия фокусируется исключительно на метафоре разговора (*conversational metaphor*) и пренебрегает переживаемым, то есть потребностью клиентов получить новый опыт в переживании себя и своей ситуации (Chang, 1993).

В последние годы, с тех пор как вышло первое издание этой книги, эмоции все больше и больше стали рассматривать в контексте привязанности и той системы координат, которую предлагает теория

привязанности (Johnson & Whiffen, 2003). Она снабжает семейного терапевта схемой, помогающей лучше понять отношения любви и принадлежности в семьях. Теоретики и исследователи, такие как Моретти и Холланд (Moretti & Holland, 2003), Даймонд и Стерн (Diamond & Stern, 2003) связывают проблемы подросткового возраста с привязанностью; ими сформулированы четкие, конкретные интервенции, эффект которых можно проверить и которым можно систематически обучить. Эта работа также затрагивает некоторые старые идеи о периодах в развитии семьи. Например, Моретти и Холланд отмечают, что с точки зрения привязанности успешный переход от детства к подростковому возрасту не означает, что молодежь отрывается от родителей. Напротив, поддержание связи усиливает индивидуацию. Теория привязанности также служит основой для проверенных интервенций, направленных на диаду мать-младенец (Cohen, Muir & Lojkasek, 2003). ЭФСТ – это часть движения к интеграции теории привязанности и эмоций, этой музыки танца привязанности, в область семейной терапии.

Основные цели и техники

В этой главе представлен сравнительно краткий перечень эмоционально-фокусированных техник, используемых при работе с семьями. Однако, поскольку система понятий и разработанные для пар техники применимы и к другим семейным отношениям, в настоящей главе они описываются именно в таком контексте. Исходные положения, цели и процессы семейной терапии с использованием эмоционально-фокусированных интервенций по существу те же, что и в ЭФТ. Терапевт выходит на центральные, ключевые эмоциональные реакции, стоящие за паттернами во взаимодействии, определяющими семейные взаимоотношения, и особенно взаимоотношения между идентифицированным пациентом/клиентом (далее – ИП) и его родителями. Как и в ЭФТ, терапевт использует новые эмоциональные переживания и их выражения, чтобы изменить такие паттерны. Исходная гипотеза такова: если такие отношения изменятся в лучшую сторону, изменится и проблемное поведение ИП, что, в свою очередь, повлияет на то, какое определение получает ИП в семье и в его соб-

ственном внутреннем мире. Позиция ИП в отношениях также рассматривается как то, что способствует сохранению проблемы человека и/или не дает ему адаптироваться и меняться.

В данном случае цель состоит в том, чтобы видоизменить семейные отношения в сторону большей доступности и отзывчивости, тем самым помогая семье создать надежную базу для детей – базу, на которой можно расти и с которой можно пускаться в самостоятельную жизнь. С точки зрения теории привязанности, чем более надежными являются отношения подростка с фигурами привязанности, тем легче ему действовать независимо, проще уверенно исследовать свое окружение. Надежная привязанность характеризуется способностью сохранять близкие, поддерживающие отношения, одновременно развивая и поддерживая собственную автономию. Она также положительно коррелирует со способностью переносить воздействие внешних стрессоров и с более высокой эмоциональной приспособляемостью (возможно, потому что надежная связь с другими положительно влияет на такие психологические факторы, как собственная эффективность (self-efficacy)) (Bartholomew & Horowitz, 1991; Mikulincer, Florian & Wester, 1993).

Формат

В этом варианте семейной терапии терапевт обычно работает в следующем формате: первые одна или две встречи проводятся со всей семьей. Это нужно для того, чтобы выявить занимаемые позиции и паттерны во взаимодействии и чтобы идентифицировать проблемные взаимоотношения и семейные циклы, которые могут быть связаны с симптоматикой идентифицированного пациента. После этих сессий терапевт работает с семейными подсистемами, поочередно приглашая на прием родителей/супругов, детей (подсистема сиблингов), ИП и каждого из родителей, ИП и обоих родителей. Такая терапия предполагает гибкое комбинирование диадических, триадических и групповых семейных сессий.

Процесс использования вновь переработанных эмоций и их выражения для создания новых интеракций остается по существу прежним, проводится ли сессия с двумя или тремя клиентами. Однако диадические сессии в большей степени укрепляют ощущение безопасности и являются более сфокусированными, что создает условия для большей

эмоциональной вовлеченности и участия тогда, когда это желательно. Изменения, сделанные во время сессий с диадой, интегрируются в сессиях с триадой – в треугольниках ИП с обоими родителями. Обычно курс укладывается в 10–15 сессий, проводимых терапевтом в одиночку или с ко-терапевтом. Терапия обычно завершается сессией, на которой присутствуют все члены семьи и консолидируются новые паттерны взаимодействия.

Необходимые условия и противопоказания

Необходимым условием для такого вида семейной терапии является способность терапевта присоединиться к семье и ее членам, заслужить у семьи доверие и зародить веру в успех предприятия, чтобы члены семьи активно включились в терапевтический процесс.

ЭФСТ не подходит для семей с насилием и агрессией, поскольку в данной модели выражение уязвимости и определенный уровень открытости является частью терапевтического процесса. В семьях с насилием этого не только трудно добиться – это может быть недопустимо или сопряжено с наличием физической угрозы для благополучия члена семьи. Этот подход не годится и для семей, члены которых живут отдельными жизнями и не готовы подвергать сомнениям или налаживать эмоциональную связь между членами семьи.

Первые сессии (1–2)

Эти сессии совмещают в себе терапию и диагностику. В диагностике внимание обращается на следующие факторы.

1. Как на сессии организованы семейные взаимодействия – то есть кто больше говорит, кто с кем заодно, а кто исключен; насколько жестко фиксированными являются те или иные альянсы; насколько предсказуемы и ригидны паттерны взаимодействия в целом; кто в семье обладает наибольшей властью и возможностями контроля; как и какие стратегии используют члены семьи, чтобы справляться с конфликтами и с неудовлетворенными потребностями? Как члены семьи реагируют на просьбы о поддержке и утешении? Определенные события или кризисы – имели ли они место недавно, или в прошлом, не

определяется ли ими нынешнее взаимодействие членов семьи между собой, как это проявляется, когда они обсуждают это событие?

2. Какова эмоциональная окраска семейных взаимодействий на сессиях? Какие эмоции выражаются, кем выражаются? Кто в семье испытывает страдания, как он их сдерживает или выражает? Каковы семейные ожидания, касающиеся обращения с эмоциями? Как члены семьи откликаются друг на друга на сессии?
3. Как членами семьи воспринимаются паттерны доступности и отзывчивости, как они препятствуют или способствуют задачам развития семьи в этот период времени?
4. Какова история семьи? Как члены семьи попали в терапию и чего от этого ждут? Какова история отношений привязанности в супружеской паре, как семья развивалась, как пришла к нынешнему состоянию, в том числе – как проходили кризисы и как проблема развивалась с точки зрения разных членов семьи? Как разные члены семьи понимают суть проблемы в настоящий момент? Кому приписывается ответственность за проблему?
5. Каков терапевтический контракт? Как семья видит терапевтический процесс? Есть ли у терапевта контакт с каждым членом семьи и со всей семьей в целом? Насколько отдельные члены семьи готовы включаться в терапевтический процесс например, рассматривать предложения, исходящие от терапевта, или соглашаться выполнять то, что терапевт предлагает по ходу сессии?

К окончанию диагностики терапевт должен быть в состоянии идентифицировать центральные проблемные циклы взаимодействия и иметь гипотезы о том, как они поддерживают симптом ИП. Терапевт также должен уметь идентифицировать те значимые отношения, в которых привязанность носит проблемный характер, и предполагать, какие именно эмоции запускают проблемные паттерны взаимодействия. После этого появляется четкое понимание того, как отношения могли бы быть реорганизованы и как можно было бы обратиться к потребностям и страхам привязанности.

Последующие сессии

Сессии, в которых участвуют различные диады и триады из состава семьи, состоят из тех же шагов, что и обычный процесс ЭФТ. Это:

- доступ к непризнаваемым чувствам, стоящим за позициями во взаимодействии;
- переформулирование проблемы с учетом этих чувств, потребностей привязанности и паттернов во взаимодействии;
- обеспечение идентификации с отрицаемыми потребностями и сторонами себя и интеграция их в отношения;
- поддержка в принятии переживаний другого и поддержка новых реакций во взаимодействии;
- помощь (фасилитация) в выражении потребностей и желаний и создание эмоциональной вовлеченности.

Как и в ЭФТ, эти шаги могут описывать и процесс, разворачивающийся в рамках одной сессии, и происходящее от сессии к сессии, на всем протяжении терапии; последовательности шагов часто циклически повторяются, но с разной степенью углубленности. Чтобы проиллюстрировать эту часть процесса семейной терапии, далее приводится случай из практики и описание типичной сессии для такого случая.

Первый случай из практики ЭФСТ: «Дочка, я просто хочу защитить тебя»

Семья состояла из очень традиционных родителей и трех дочерей подросткового возраста. У старшей была депрессия и булимия; она бросила колледж. Отец, очень образованный человек, был родом из чрезвычайно бедной семьи эмигрантов, отношения в которой можно было охарактеризовать как дистантные. Жена и дочери описывали отца как критикующего, контролирующего; на его обычную критику они реагировали гневом. Он объяснял свои действия в манере, рациональной до занудства, утверждая, что так помогает им. Они обесценивали или игнорировали его аргументы. Мать описывала брак как пустой и одинокий и винила во всех семейных проблемах то мужа, то себя. Затем она расстраивалась, начинала плакать и грозилась уйти. Дочери выглядели заботливыми детьми, но было очевидно, что они злятся на отца.

Семейный паттерн выглядел следующим образом: отец критикует и поучает. Мать безуспешно пытается вмешаться, все сердятся на отца. У матери начинается истерика, она говорит, что все сводят ее с ума и что она уходит. Иногда мать действительно уходила из дома, но всего на несколько часов. Тогда одна из девочек впадала в истерику или заболела, и семья успокаивалась. После короткого периода спокойствия этот цикл повторялся. Чрезмерная забота и гиперопека сосуществовали в этой семье с недостатком контакта (никто в семье никогда ни до кого не дотрагивался) и безопасности.

Старшая дочь больше всех старалась справиться с отцовским критицизмом и его страхом неудачи, который легко передавался другим, а также с депрессией матери и ее потребностью в поддержке со стороны дочери. Она поступила в колледж и уехала в общежитие, но была в ужасе оттого, что оставила мать одну и в депрессии, от мысли, что родители могут расстаться или что у нее что-то не получится и она их разочарует. Через полгода у нее начались суицидальные попытки, булимия, и она вернулась домой. Уйти из родительской семьи и вести более обособленную жизнь означало для этой молодой женщины столкновение со всеми своими страхами неудачи (и, следовательно, страхом опозорить отца и всю семью), это значило бы потерять и предать мать.

Встречи проводились со всей семьей, с парой (предъявившей паттерн «доминирующий отстраняющийся муж – подавленная, разъяренная преследующая жена»), с сиблингами, с ИП и с каждым из родителей. К окончанию терапии ИП держала под контролем свою булимию и состояние депрессии, стала жить отдельно с подругой. Она подала документы на восстановление в колледже. Мать начала горевать об утрате своей материнской роли, столкнулась со своей «опустевшей» жизнью и начала ее перестраивать. Она старалась меньше погружаться в мысли об успешности своих детей и меньше за них волновалась. Женщина предприняла определенные шаги для того, чтобы меньше вмешиваться в жизнь ИП, сблизиться с мужем, а также сформулировала определенные цели для себя лично. Сестры также сблизились и больше поддерживали друг друга. Отец, похоже, начал воспринимать жену как более равноправного партнера в браке и понимать, что его «беспокойство» и «полезные советы» приводят к тому, что вся семья держится от него на расстоянии. И затем стал доступнее для жены и дочерей.

Типичная сессия

Как выглядит сессия, проведенная в логике ЭФСТ, с вышеописанной семьей?

На сессии с отцом и дочерью (сессия 5) терапевт затронул тему заметной дистанции между ними. Отец сказал, что дистанция его расстраивает. Терапевт помог ему углубить и прояснить это переживание и выразить дочери это ощущение утраты. С помощью терапевта дочь сказала отцу, что он сам оттолкнул ее своими критическими поучениями и постоянными советами о том, какой она должна быть, если хочет стать «успешной». Затем между ними развернулся их обычный танец: отец подводил разумную базу под свои советы, ругал дочь за то, что она их не слушает, а дочь в ответ отстранялась.

Затем терапевт помог дочери соприкоснуться с ее собственными чувствами печали и беспомощности, возникавшими в таких случаях, и помог выразить их отцу. Дочь углубилась в свое переживание, что в этих отношениях ее видят как сплошную неудачу и разочарование. Терапевт помог ей озвучить то, как все это подрывает ее уверенность в себе и приводит к тому, что большую часть времени она тратит на то, чтобы отгородиться, убежать или как-то еще справиться с овладевающей ей паникой.

Терапевт помогал отцу оставаться сфокусированным на диалоге и отвечать непосредственно дочери. Дочь пошла дальше и сказала отцу о том, как ей нужно было его одобрение (процесс с шага 7). Она сказала и о том, какое отчаяние она испытывала, когда не подпускала отца к себе, что она отстранялась для самозащиты, чтобы избежать паники, которую она описывала ранее. Затем терапевт переформулировал поведение отца как попытку защитить дочь с помощью своих советов, проследив, как эта стратегия, по несчастью, привела каждого из них к ощущению беспомощности и страха; его – потому что дочь «не слышит» его предостережений, ее – потому что отец «не верит» в нее.

Оба были описаны как создатели и жертвы цикла «критические советы – молчаливое отстранение». Затем отец сказал, что не знает, как сблизиться с дочерью, как быть «хорошим отцом». Терапевт предположил, что в их семье дочь была «специалистом» по теплым отношениям и выражению одобрения, и, возможно, могла бы помочь отцу это освоить. Он подтвердил, что хотел бы научиться. Терапевт также переопределил отцовское одобрение как то средство, которое

позволило бы дочери справиться с тревогой, сопровождающей выход в большой мир. Отца, обычно находившегося в семье на положении «сбоку припека», такое переопределение тронуло и воодушевило; это вмешательство было предпринято для того, чтобы преодолеть его ощущение изоляции и бессилия, и, следовательно, выработавшийся в результате этого стиль принуждения.

На этой сессии отец и дочь нашли способ «расцепить» обычную последовательность взаимодействий и вступить в новый, эмоционально близкий диалог. К окончанию сессии оба были готовы начать обращаться друг к другу за помощью в случаях, если им станет страшно или тревожно, а не подогревать страхи друг у друга. Дочь также была назначена «экспертом» по близости, человеком, способным научить отца этому, что поместило ее в новое положение большего равенства, более взрослых отношений с отцом. Эта сессия преобразила взаимодействие клиентов, что, в свою очередь, повлияло на всю семейную систему. Отец стал ближе дочери, дав ей еще один потенциальный источник поддержки. Тогда мать оказалась в состоянии сложить с себя функции посредника и начала менять характер своих отношений с дочерью.

На этой сессии в миниатюре разыгрался процесс, красной нитью проходящий через многие сессии ЭФТ. У терапевта была цель видоизменить способ отца сближаться с дочерью (через критику), поскольку было похоже на то, что этот способ был связан с расстройством пищевого поведения у дочери и с ее суицидальными попытками, и создать условия для такого взаимодействия с отцом, которое усиливало бы ее чувство уверенности в себе.

В приведенном выше фрагменте использовались следующие интервенции.

Отражение переживания

Терапевт. Помогите мне лучше понять, что произошло: когда дочь позвонила в первую неделю учебы и сказала, что на выходные собирается поехать кататься на лыжах, вы почувствовали напряжение, давление. Вы ощутили, что должны предупредить ее, что если так проводить выходные, то она рискует завалить учебу. Верно?

Отражение паттерна

Терапевт. Что сейчас произошло? Марша, ваш папа рассказывал о том, что делает это для вашего блага, чтобы защитить вас, и вы отвернули голову, а потом целиком отвернулись от него.

Марша. Я от него отключаюсь. Я не должна это выслушивать.

Терапевт. Ведь он старается защитить вас. А вы стараетесь защититься от него, от того, что слышите в его голосе?

Марша. Точно, я слышу: «Ты все завалишь, у тебя никогда не получится, и вообще я лучше тебя знаю, что тебе надо для счастья».

Терапевт. И вы злитесь, правильно? (*Марша кивает.*) Вы отключаетесь от него, и тогда вы (*отцу*) еще больше напрягаетесь и еще сильнее пытаетесь сделать так, чтобы она вас услышала; еще сильнее давите. Так? (*Он кивает.*)

Признание Марши

1. **Терапевт.** И вот, Марша, когда вы уехали из дома, у вас на плечах был весь этот груз. Выходишь в мир, что само по себе пугает, но вам было жутко до тошноты (*специально использованное определение, касающееся булимии*). Вы боялись, что не удастся угодить родителям, что вы подведете семью, подведете себя, если не сможете реализовать свой «потенциал», да? (*Марша кивает.*) Еще вы беспокоились за маму. С вами она может поговорить, а если вас не будет рядом, она все больше и больше будет впадать в депрессию, а то и вовсе уйдет, и семья распадется. Огромный груз... Удивительно, как вы выдержали такое целый семестр.

2. **Терапевт.** Для вас так важно, Том, быть хорошим отцом, быть, как вы говорите, идеальным папой. Это само по себе давит. И если у Марши начинаются трудности, для вас это сигнал о собственной несостоятельности. Вы должны были предвидеть и предотвратить такие вещи, да?

Пробуждающие высказывания

1. **Терапевт.** Том, что с вами происходит, когда вы слышите, что вашу дочь буквально парализует от страха, если она начинает выслушиваться в ваши предостережения и поучения?

2. **Терапевт.** Что с вами происходит, Том, когда ваша дочь говорит, как ей нужно ваше доверие, ваша вера в нее, ваше признание?

Усиление

1. **Терапевт.** Можете сказать ему еще раз, Марша, можете повторить: «Ты во мне разочарован, я знаю, что это так».
2. **Терапевт.** Можете сказать ей еще раз, Том: «Я так за тебя боюсь. Мне так страшно видеть, что ты выходишь в большой мир, уходишь из нашего дома, выпархиваешь из гнезда и сталкиваешься с миром, который меня в молодости чуть не раздавил». Пожалуйста, скажите ей это.

Эмпатическое предположение

Терапевт. И со всем этим грузом, Марша, вам тревожно до тошноты? *(Она кивает.)* Вы пытаетесь не есть, чтобы быть стройнее и лучше контролировать ситуацию. Но потом вам становится голодно и страшно, и вы много-много едите, чтобы успокоиться. Да? *(Она кивает.)* А затем вам становится еще тревожнее. Ну, как будто вы совсем потеряли контроль. У вас ничего не вышло. У вас на плечах весь этот груз. Вы разочаровали папу и бросили маму, это переполняет, и вас тошнит. Я правильно понимаю?

Переформулирование

Терапевт. И вот вам очень трудно справиться со своим страхом и дать дочери возможность попробовать самой выбраться, да, Том? Трудно, потому что она – ваше сокровище? И потому, что вы чувствуете, что это ваш долг, долг хорошего отца, защитить ее. А для вас, Марша, все эти предостережения подпитывают ваши страхи, и какая-то ваша часть просто сдается, ее парализует, да? Кроме тех случаев, когда вы очень злитесь на папу и решаете перестать стараться, действовать ему наперекор, так?

Реструктурирование взаимодействия

Терапевт. Можете сказать ему, Марша, если я правильно суммирую то, что вы только что говорили: «Я должна знать, что ты меня

ценишь, что ты думаешь, что я справлюсь, что я могу научиться летать на своих крыльях. И даже если я падаю, я должна знать, что все это переживут, и ты все равно будешь меня ценить, даже если я брошу институт». Это так?

Сессии на этапе завершения

На этих сессиях мы фокусируемся на том, чтобы высветить изменения в прежних паттернах и реакциях, усилить свойственные этой семье сильные стороны, поддержать у них ощущение своей состоятельности, подытожить достижения, полученные в терапии, обобщить и закрепить новые паттерны взаимодействия, поддержать членов семьи в их старании найти новые решения для старых проблем. Терапия заканчивается сессией, на которой присутствуют все члены семьи; на этой сессии сводится воедино коллективная история семьи, касающаяся проблемы, терапии и нынешнего положения дел.

Отличия от ЭФТ

ЭФСТ в большей степени фокусируется на преобразовании конкретных интеракций, вносящих вклад в трудности идентифицированного пациента, и уделяет меньше внимания, даже во время супружеских сессий, созданию близости как таковой. На сессиях с парой обсуждается, например, как супруги могли бы помочь друг другу поддерживать идентифицированного пациента и строить именно такую семью, какую им хочется иметь. Таким образом, данный вид терапии фокусируется на несколько ином круге вопросов, нежели ЭФТ, а именно, на тех аспектах отношений в паре, которые оказывают влияние на всю семейную систему. Например, мать могла бы рассказать о том, как она обращается к старшей дочери за поддержкой, когда муж кажется ей недоступным. Затем сессия могла бы быть посвящена обсуждению того, как каждый из родителей представляет себе последствия этого для старшей дочери, для других детей, для отношений в паре; также были бы затронуты те затруднения, которые возникают на пути к близости между супругами.

Сессии с парой также могут быть сфокусированы на том, как проблемы идентифицированного пациента повлияли на отношения меж-

ду родителями и встали между ними. Например, когда жена винит мужа в неспособности всерьез взяться за решение проблем дочери, терапевт поддерживает мужа в том, чтобы противостоять такой точке зрения жены. После этого муж оказывается в состоянии сказать жене, как он хотел бы позаботиться и о дочери, и о жене, если бы только она немного «отпустила удила». Он идет дальше и предполагает, что это также позволило бы жене не столь ожесточенно бороться с дочерью за власть.

Терапевт видит в супругах архитекторов всей семьи, а не только своих отношений. Семейный эмоционально-фокусированный терапевт все равно старается поднять уровень эмоциональной вовлеченности в паре и таким образом повысить степень удовлетворенности браком; первоочередной целью, однако, является *преобразование позиций, занимаемых идентифицированным пациентом во взаимодействиях с разными членами семьи*. Если супруги хотят в большей степени сфокусироваться на своих отношениях, они могут попросить о супружеских сессиях, после того как закончится семейная терапия.

Завершение ЭФСТ обычно характеризуется не смягчением более враждебного супруга, как в ЭФТ, а новыми реакциями со стороны идентифицированного пациента. Эти реакции обычно принимают форму более уверенного очерчивания границ, в том числе границ своего Я, более четкого выражения потребностей привязанности, более активного определения того, какие отношения он хочет иметь с другими членами семьи. В каком-то смысле ЭФСТ помогает подростку переопределить отношения привязанности с родителями, сделав их более равноправными, взрослыми и надежными, где допустимы различия и отдельность. Во многих семьях детям, прежде чем эффективно отделиться, нужно сначала безопасно присоединиться к родителям.

В дополнение к интервенциям, применяемым в ЭФТ, эта форма семейной терапии использует задания и предписания, которые следует исполнять дома. Например, терапевт может предложить детям каждую неделю делать что-то вместе, чтобы укрепить свои взаимоотношения. Структурные системные вмешательства традиционно включают в себя такие предписания (Minuchin & Fishman, 1981). Однако в ЭФСТ, как и в ЭФТ, изменения в основном рассматриваются все-таки как то, что происходит на сессиях, а не между ними.

Если с семьей работают два терапевта, интервенцией может стать сам момент короткого диалога между ними – диалога, касающегося семьи или характера их взаимодействия на сессии. Это похоже на работу рефлексивной команды, где члены семьи становятся свидетелями обсуждения, посвященного им самим и их отношениям. В ЭФСТ, однако, это обычно короткая дискуссия, которая используется для достижения специфической цели, а не широко применяемая интервенция. По сути, данная интервенция является определенным признанием и/или предположением, представленным в диалогической форме. Например, один терапевт может сказать другому: «Знаешь, я не уверен, что понимаю, что тут происходит, а ты?». А другой отвечает: «Я не уверен, то ли Марше (*дочери*) нужно принятие со стороны мамы, то ли она старается показать маме, что та не может ее контролировать, или что Марша может очень просто управлять мамой: съест большой пакет чипсов – и все, мама включается». Затем терапевты поворачиваются к семье и просят пояснений. Это делается лишь в том случае, если сессия на чем-то застревает, или если семья кажется реактивной и эмоционально неустойчивой. Подобный диалог терапевтов превращает на несколько минут семью из участников в наблюдателей, что дает им возможность посмотреть на ситуацию со стороны.

Второй случай из практики ЭФТ: «обними меня на прощание»

Этот случай впервые был опубликован в *Journal of Systemic Therapies*, 17¹ (Johnson, 1998).

Ольга была высокой, потрясающе красивой девушкой с хорошей речью. Ей было семнадцать, но она могла бы сойти за двадцатилетнюю. Ей поставили диагноз «булимия» и «депрессия», но групповая терапия для пациентов с булимией, проводимая в местной больнице, ей не помогла. Она была одаренной, но провалилась почти по всем предметам в школе. Сейчас ей предстояло перейти в выпускной класс.

¹ Johnson S.M. (1998). Listening to the music: Emotion as a Natural Part Of Systems Theory, *Journal of Systemic Therapies*, 17, pp. 11–15. Перепечатано с разрешения Guilford Press.

Лоре, матери Ольги, было 36. Хорошенькая, миниатюрная женщина выглядела обеспокоенной. Она работала медсестрой. Отец Ольги ушел из семьи, когда той было девять, сейчас он жил в другом городе и поддерживал минимальные контакты с дочерью. У Ольги был младший брат, пятилетний Тимми. Лора встречалась с Тэдом, коллегой по работе. Несколько лет подряд (с Ольгиных пяти до восьми лет) Лора тяжело болела – у нее диагностировали волчанку, ее состояние считалось угрожающим жизни. Потом болезнь перешла в состояние ремиссии. Лора сказала, что, по ее мнению, она слишком опиралась на Ольгу и во время болезни, и когда отец Ольги их оставил.

Ольга пережила тяжелую болезнь матери, уход отца, появление Тимми (родившегося от недолго продлившейся связи) и новые отношения матери. К тому же недавно она рассталась со своим молодым человеком. Она сказала, что ненавидела Тимми, когда он родился, но сейчас ей нравилось быть ему старшей сестрой. Она присматривала за ним, когда мама ходила на свидания с Тэдом, которого она «одобрала».

Первая сессия началась с того что Лора решительными шагами вошла в комнату и, еще до того как представилась, объявила, что не собирается тут выслушивать, как ее «обвиняют и атакуют» или «навешивают на нее ответственность» за болезнь Ольги. Ольга сквозь слезы тихо сказала, что она просто хотела улучшить отношения с матерью. Затем Лора и Ольга рассказали терапевту о себе и о том, как каждая из них относится к булимии, которая началась, когда Ольге было 15, после периода диет. Лора признала, что со всеми этими «подъемами и спадами, приходами и уходами» это было очень трудное время для Ольги, период ее взросления. Лора описывала дочь как очень сообразительную и независимую, и предлагала ей на последний школьный год уехать жить к двоюродной сестре. Это было бы хорошо и для Ольги, и для нее, поскольку сейчас Ольга была «трудной» и «агрессивной», отказывалась помогать по дому. На сессии Ольга критиковала мать. Она критиковала ее стиль воспитания Тимми, материнскую «некомпетентность» и «слабость» в отношениях с мужчинами. Иногда Лора взрывалась и отбивалась, но обычно держалась холодно и самоустранялась, говоря, что Ольге пора идти по жизни своим путем, начать взрослую жизнь и рассчитывать на себя.

Паттерн их взаимодействия был очевиден: Ольга критиковала, жаловалась и расстраивалась, а Лора оставалась отстраненной и за-

щищалась. Лора говорила, что Ольге и вправду надо готовиться съезжать и жить самостоятельно, как она сама сделала в ее годы. Когда паттерн был идентифицирован, он был принят обеими сторонами (шаг 2 ЭФТ). Обе были в состоянии увидеть, как этот паттерн ограничивает их взаимоотношения и поддерживает состояние дистресса. У меня было впечатление, что критические жалобы Ольги начинались с ее чувства гнева, за которым стояло ощущение отчаяния и печали. Я сфокусировалась на следующих комментариях Ольги, обращенных к матери: «ты такая равнодушная», «тебя не волнует, что я уйду и буду болеть», «если я прихожу к тебе со своими проблемами, ты просто отталкиваешь меня». По мере того как я отражала, признавала, пробуждала и усиливала аффективные реакции Ольги, она грустнела; на глазах появлялись слезы. С моей помощью Ольга смогла сформулировать, что чувствовала себя одинокой и брошенной матерью (шаг 3, формулирование глубинных эмоций). Я предложила Ольге попробовать сказать о своих чувствах матери, которая после этого стала очень молчаливой.

С точки зрения привязанности можно было заключить, что Ольга не чувствует себя защищенной и протестует против Лориной недоступности (мужчина, работа и младший ребенок занимали большую часть ее времени). То, как Ольга проявляла свой гнев и отказывалась помогать по дому, запускало отстраняющееся поведение Лоры, а холодная отстраненность Лоры вызывала отчаяние и печаль у Ольги. Когда я поместила эмоциональную реакцию каждой из них в контекст этого цикла, Ольга смогла сказать маме, что чувствовала себя «в стороне» от ее жизни с Тимми и Тэдом. У нее не было ощущения своей принадлежности к семье. Всякий раз, когда мать говорила о том, что Ольге пора уходить, это ощущение только усиливалось. У меня было впечатление, что Ольге нужно было убедиться в своей принадлежности к семье, и лишь потом покидать ее.

По мере того как Лора и Ольга получали на сессии опыт признания и чувствовали, что их слышат, происходила деэскалация проблемного цикла. Ольга начала больше делать по дому, ссоры случались реже и были менее взрывными. Кроме того, Лора стала проводить некоторое время с дочерью. На срединных стадиях ЭФТ каждый человек выступает с новой формой выражения эмоциональных реакций, что пробуждает новые реакции у другого. Взаимодействие обогащается, включая в себя новые виды поведения привязанности, способствующие

щие образованию более надежной связи. Давайте рассмотрим отрывок, в котором видно, как Лора и Ольга изменили позиции во взаимодействии и смогли переопределить свои отношения привязанности.

На третьей сессии Лора начинает говорить о трудностях в своей жизни, о том, как она «зашивается» и как Ольга отказывается помогать по дому. Ольга гневно отвечала, что она присматривает за Тимми, и этого достаточно. Я решила, что это подходящий момент, чтобы помочь Лоре переключиться на позицию большей вовлеченности.

Лора (Ольге). Я знаю, тебе было трудно. Твой папа ушел, потом у меня был роман, потом Тимми, ты была одна много-много раз. Но ты такая агрессивная. Я не понимаю, почему ты на меня злишься. Я должна все время держать язык за зубами, чтобы не начался большой скандал. *(Плачет.)*

Терапевт. Лора, когда вы это говорите, как вы себя чувствуете?

Лора. Как... ой!.. Да я не знаю.

Ольга. Мне нечего тебе сказать, по мне – так нет там никаких чувств. Ты просто защищаешь себя.

Терапевт. Предлагаю на этом месте немного задержаться, давайте?

Лора (глядя в окно, обращаясь к Ольге). Ты все время злишься, вот что за «чувство» я вижу.

Ольга. Нет. Тебе точно так же не нравится, когда я прошу помочь. Как будто не полагается этого хотеть. Ты говоришь мне, что я должна быть независимой.

Терапевт (продолжая фокусироваться на Лоре и говоря тихо). Что сейчас с вами, Лора? Что с вами происходит, когда вы видите злость и разочарование дочери? *(Нет ответа.)* Вы скрестили руки на груди, обнимаете себя, да? *(Лора корпусом отворачивается от дочери и плачет.)* Что вы слышите в злости Ольги?

Лора. Она набрасывается на меня. *(Долгая пауза; голос начинает дрожать.)* Она говорит, что я плохая мать. *(Она сглатывает и смотрит в окно.)*

Терапевт (негромко и мягко). Вот что вы слышите в ее злости, в ее разочаровании? Что вы плохая мама? И когда вы это слышите, вам хочется уйти подальше, отодвинуться от этих ее слов?

Лора (*поворачивается и смотрит на меня; в голосе звучит покорность, отказ от борьбы.*) Да, всегда одно и то же.

Терапевт. Что с вами происходит, когда вы слышите это?

Лора (*долгая пауза; собирается, подтягивается, голос становится более спокойным*). Я думаю, на самом деле она злится на своего отца.

Терапевт (*негромко, мягко*). Что происходит, когда вы слышите, что ее гнев обращен на вас?

Лора (*вздыхает, голос начинает дрожать*). Я думаю, она права. Я не была хорошей мамой. (*Долгая пауза.*) Я так болела, когда она была маленькая, и мне было так плохо из-за ее отца. Я старалась сделать ее независимой. Если бы я умерла, ей нужно было быть сильной. Я помню, как она говорила: «Не волнуйся мама, я буду за тобой ухаживать». (*Плачет, закрывает лицо ладонями.*) Я хотела дать ей идеальное детство и не смогла. И, кажется, до сих пор я продолжаю все портить.

Терапевт. Больно такое говорить, да, Лора? (*Она кивает.*) Больно чувствовать, что вы не смогли ее защитить и сделать так, чтобы все было хорошо.

Лора (*энергично кивает и смотрит в пол*). Ольга иногда обзывается, может меня, например, сухой назвать. Она так разозлилась, когда я забеременела Тимми. Она сказала: «Как ты посмела!». Я порвала с его отцом отчасти из-за того, что он не занимался Ольгой. (*Она взволнованно оглядывает комнату, будто ищет выход.*)

Терапевт. Ольга может расстроить вас, вывести из равновесия, если вы слышите...

Лора (*перебивает и наклоняется ко мне*). Я – мишень, вот почему я предлагаю ей уйти. Я не могу это выносить, это напряжение. Наши отношения были бы лучше, живи она отдельно. Если я захожу в ее комнату, я никогда не могу угадать, что из этого выйдет. Я никогда не знаю, из-за чего она вдруг взбесится.

Терапевт. И вы боитесь ее гнева и того, что вы как мать ее разочаровали? (*Она кивает.*) Иногда вам плохо от мысли, что вы не были для Ольги хорошей матерью. Так, как вам хотелось, не получилось. (*Это интерпретация; я добавляю новый элемент – страх – к описанию ее переживаний.*)

Лора (*подавшись в мою сторону*). Да, да, и меня просто с головой накрывает. Обо всех пытаешься заботиться, и это никогда не получается.

Терапевт. Пытаться обо всех заботиться и никогда не чувствовать, что делаешь все правильно – это тяжело. Можете сказать дочери: «Мне так больно от мысли, что я как мама тебя разочаровала, я просто не могу приблизиться к тебе и получать это послание, так что я отхожу в сторону». Можете сказать ей это?

Ольга (*подается вперед; говорит примирительным тоном*). Mam, тебе трудно было, ты делала что могла, и мне не кажется, что у тебя ничего не получилось. Ты мне столько дала (*подается в сторону матери*), но я просто не могу быть близкой с тобой!

Лора. Вообще-то у меня не получилось – я заболела, я не смогла остановить твоего папу, а теперь вот тебя рвет. (*Рыдает.*) Даже если я пытаюсь, я никогда не могу правильно с тобой разговаривать, и тогда ты бесишься. У меня не получается как надо. (*Реакция, свидетельствующая о переходе на шаг 5, – ранее отстранявшаяся мать доходит до своих более глубоких чувств. Она рыдает.*)

Терапевт. Вам так тяжело, так больно с этим ощущением, что из вас не вышло такой мамы, какой вы хотели быть. (*Лора кивает; я обращаюсь к Ольге.*) Ольга, вы слышите, как ваша злость открывает эту «дверь» для вашей мамы, «дверь» ее страхам, что она не была для вас хорошей мамой?

Ольга (*говоря очень старательно, тщательно подбирая слова*). Да, но это неправда и не в этом дело. Она уходит в оборону, а я просто хочу, чтобы она меня утешила, помогла мне справиться с моими чувствами, когда мне страшно или я расстроена (*Она остается вовлеченной – позитивная реакция шага б.*)

Терапевт. Получается, что мама так для вас важна, вам так важно, чтобы она была рядом и утешила, и за это вы боретесь? (*Ольга кивает.*) Потому что эта связь с ней защищала вас, была для вас надежной гаванью раньше. Это помогло вам выжить, а теперь вы не можете этого найти, да?

Ольга (*сочувственно*). Да. (*Смотрит на маму.*)

Терапевт. Можете сказать ей? (*Я запускаю инсценировку – показываю рукой на Лору.*)

Ольга (*поворачивается к матери, с напором и мольбой в голосе*).
Мам, я сильная. Ты помогла мне такой стать, но, пожалуйста, не отталкивай меня, не сейчас. Становиться взрослой страшно, ты же знаешь. Я просто хочу знать, что ты со мной. (*Отклик на возросшую отзывчивость и вовлеченность матери – Ольга спонтанно смягчается и просит пойти навстречу ее потребностям.*)

Лора (*со слезами протягивает руки и обнимает дочь*). Я тут, я тут. Я хочу быть тут. Я хочу быть близкой с тобой, я иногда просто не знаю как, и я боюсь твоей злости (*Шаг 7 – возвращение отстранявшегося партнера в контакт.*)

В процессе терапии, описанном выше, Лора стала более доступной и отзывчивой по отношению к дочери. Она смогла выразить свое ощущение «провала» и получить утешение от дочери. Тогда Ольга стала просить о поддержке и контакте, вместо того чтобы продолжать атаковать мать, и это продолжилось на следующих сессиях. Ольга была в состоянии искать подтверждения того, что мать все еще хотела и нуждалась в близости с ней; что отъезд из дома не означает разрыва с мамой. Этот процесс благотворно сказался на Ольгиной депрессии, он помог дочери и матери сблизиться. Я попробовала понять, как булимическая симптоматика вписывается в проблемный цикл. Ольга смогла углубиться в эту тему; выяснилось, что пусковым механизмом для эпизодов рвоты было чувство одиночества, чувство, что она в семье ничего не значит. Затем это приводило ее к размышлениям о собственной ценности вообще.

Ольга стала обращаться к матери или к своей лучшей подруге в моменты, когда чувствовала, что готова наесться и вызвать рвоту. Она также смогла поделиться с матерью своей печалью из-за ухода отца, так, чтобы мать смогла выслушать и утешить ее. Для Лоры тот факт, что она могла помочь дочери своим присутствием, что ей совсем необязательно решать проблемы Ольги или «выплачивать компенсацию» за прошлое, помог оставаться в контакте с дочерью. Лора назвала свои условия, при которых могла оставаться открытой и включенной. Она определила границы для выражения гнева (например, не грубить и не обзывать) и настаивала на том, чтобы Ольга прямо выражала свои потребности, а не проявляла агрессию.

Ольга смогла, еще немного смягчившись, сказать матери о том, как она нуждается в моральной поддержке и близости, и признать, как враждебно она себя вела. Лора также признала, что с тех пор, как родился Тимми, она забросила Ольгу, а Ольга смогла принять это и понять, с каким стрессом пришлось столкнуться матери. Отношения стали более безопасными, более близкими и более равноправными. Обе смогли довериться друг другу и поддержать друг друга. После семи сессий терапия была завершена, а еще через несколько месяцев Ольга уехала жить к двоюродной сестре. Она стала хорошо справляться с учебой и сказала, что булимия – больше не проблема. На последней сессии я помогла Лоре попросить дочь: «Помоги мне стать для тебя такой мамой, какая тебе нужна». Затем Ольга смогла сказать, как она сожалеет о своей агрессии в адрес матери. Тот факт, что Ольге удалось переопределить отношения как отношения надежной привязанности означало, что теперь она может двинуться в сторону большей автономии и независимости. Терапия завершилась на том, что мать и дочь оказались в состоянии утешить и поддержать друг друга; новая эмоциональная музыка задала новый танец.

Берталанфи (1968) предположил, что не все элементы системы равнозначны. Есть центральные, или «ведущие», контролирующие другие части системы (р. 213). Далее он предположил, что «маленькие изменения в ведущих элементах системы могут привести к большим изменениям всей системы». Опыт эмоционально-фокусированной терапии и применения этой модели с семьями научил нас, что новая информация, а также когнитивные и поведенческие сдвиги сами по себе недостаточно эффективны для создания глобальных системных изменений. Не похоже на то, что реструктурирование любого из элементов приводит к реорганизации всей системы, хотя когда-то это было принятой точкой зрения в системном подходе. Однако похоже, что изменения в «центральном элементе» приводят к достоверным и устойчивым изменениям, по крайней мере в случаях, когда этим элементом оказываются эмоции, организующие взаимодействия.

Актуальное состояние ЭФСТ

На сегодняшний день у ЭФСТ нет эмпирически подтвержденной, систематически изученной базы, в отличие от эмоционально-

фокусированных интервенций, ориентированных на пары. Есть, однако, обнадеживающие результаты, полученные в больнице Оттавы на группе подростков с булимией (Johnson, Maddeaux & Blouin, 1998). ЭФСТ оказалась эффективной – у 44% участников полностью прошли эпизоды обжорства, а у 67% – прекратилось вызывание рвоты после терапевтического курса из 10 сессий. Значительное снижение было выявлено и по другим переменным, таким как степень выраженности депрессии и враждебности. Армстронг и Рот (Armstrong & Roth, 1989) обнаружили, что у 96% подростков с расстройствами пищевого поведения есть признаки тревожного стиля привязанности (в выборке нормальных подростков он встречается у 24%), с присущим ему ощущением заниженной самооценки. Таким образом, вмешательства, ориентированные на привязанность, могут быть особенно релевантны при работе с этой группой клиентов. ЭФСТ также регулярно применяется при работе с депрессивными и суицидальными подростками (Johnson & Lee, 2000).

ЭФСТ возникла из осознания того, что стратегии и подход к изменениям, принятый в ЭФТ, применим в разных контекстах и разных взаимоотношениях: для изменения отношений между отцом и дочерью, между матерью и дочерью, между переживающими дистресс родителями/супругами. Изменения этих отношений затем приводят к преобразованию проблемных циклов взаимодействия в семье.

Этот вид семейной терапии – ответ тем, кто озабочен «исчезновением индивида в системной сборной солянке» (Merkel & Searight, 1992, p. 38) и имеет целью расширить системную теорию, обращаясь и к тому, что происходит «внутри», и к тому, что происходит «между». Практический опыт применения ЭФСТ позволяет предположить, что находящиеся в состоянии дистресса пары и семьи имеют дело с одним и тем же «чудовищем» – разьединенностью и небезопасностью привязанности – и победить его можно одними и теми же средствами.

ТРАВМЫ ОТНОШЕНИЙ: ОБРАЩЕНИЕ С РАНАМИ ПРИВЯЗАННОСТИ

Прощение и примирение

В последние годы исследование тупиков, не позволяющих осуществить поворотные события (такие как смягчение обвиняющего партнера, являющееся центральным звеном при создании более надежной связи), привело к выявлению травм в отношениях; эмоционально-фокусированные терапевты назвали их ранами привязанности (Johnson, Makinen & Millikin, 2001; см. также Johnson, 2004). Описание этих событий происходило в контексте теории привязанности, понимаемой как теория травмы – травмы разлучения и изоляции, приводящей к переживанию подавляющих чувств и уязвимости. Выявление ран привязанности – отличный пример того, как теория помогает осмыслить специфические события и паттерны, определяющие отношения, а также их влияние на отношения, и тем самым сделать более эффективными интервенции. Это также направило интервенции ЭФТ в сторону работы с прощением и примирением – области, которая сейчас активно развивается (Coop, Gordon, Baucum & Snyder, 2000; Worthington & DiBlascio, 1990).

Раны привязанности определяются как «преступление против человеческих уз» (Herman, 1992) и выражаются в том, что человек оказывается брошенным или преданным в критический момент нужды. Эти преступления затем создают или усиливают ощущение небезопасности в отношениях привязанности. Они рассматриваются как травматические, поскольку вызывают безграничный страх и ощущение беспомощности; если их не урегулировать и не вылечить, они налагают суровые ограничения на доверие и близость. Сила таких

событий и их влияние на взаимоотношения в паре становятся особенно явными, когда эмоционально-фокусированный терапевт просит одного из партнеров рискнуть, сблизиться с супругом открыто, с эмоциональным вовлечением. Эти инциденты (возможно, упомянутые на прошлых сессиях как некая «обида вообще») затем возникают в виде внезапного вспоминания травматического события, блокируют вовлечение и не позволяют рисковать. Травмированные партнеры описывают, как образы и воспоминания об этих ранах легко пробуждаются и создают сверхбдительность к возможному повторению или напоминанию о них. Они говорят о «замораживании» себя в контакте с партнером, что переключается с общей теорией травмы.

На первый взгляд некоторые из этих инцидентов могут показаться тривиальными; в других случаях потенциально травмирующий характер этих инцидентов очевиден. Пережитое во время родов или выкидыша ощущение покинутости – очевидная травма. Обнаруженная в вещах мужа фривольная фотография коллеги воспринимается как событие обидное, но то, насколько оно оказалось разрушительным, не столь очевидно – пока не выясняется, что же происходило в супружеских отношениях в то время, когда жена нашла фотографию, а она как раз явным образом старалась «доказать», что она хороший сексуальный партнер и решалась на откровенные шаги, чтобы впечатлить и угодить мужу в постели. Измена может стать или не стать раной привязанности; это зависит от контекста измены и приписываемой измене значимости в контексте привязанности. Является ли значение этих событий сразу очевидным или нет, партнеры говорят о них в терминах жизни и смерти и переходят в позицию «больше никогда!», где главной задачей становится минимизация будущих рисков, а не близость с другим супругом. Рана используется как критерий надежности партнера и возможности полагаться на него. Пара, переживающая дистресс, не способна переработать инцидент удовлетворяющим образом; обычно партнер-обидчик переходит в оборонительную позицию, из которой он преуменьшает значимость инцидента или просто дистанцируется, когда о нем заходит речь.

У большинства пар есть «обиды вообще», а у некоторых существуют такого рода травматические раны. На эти раны необходимо обратить особое внимание, если мы хотим помочь паре перейти в состояние меньшего дистресса и к более надежной привязанности (Johnson, 2002). Когда человек кричит о помощи в минуту крайней нужды, или

находится в состоянии колоссальной уязвимости, а его любимый не откликается, игнорирует или не придает этому значения, базовое доверие к партнеру оказывается подорванным. Взгляд на подобные инциденты через призму привязанности и определение этих инцидентов как травм отношений помогает эмоционально-фокусированному терапевту уловить их суть и помочь партнерам двигаться к их разрешению. Недавнее исследование супружеских пар с подобными травмами и значительным супружеским дистрессом (Makinen, 2004) показало, что в 66% случаев в результате курса ЭФТ, длившегося 14 сессий, в отношениях произошла деэскалация, исцеление ран и повысился уровень удовлетворенности. В парах, которым удалось переработать травматический опыт, увеличилась удовлетворенность браком, повысился уровень доверия и прощения. В парах, с которыми не удалось переработать травматический опыт, обнаружилось более одной травмы, у них был меньший уровень доверия к началу терапии, а агрессоры (обидчики) в этих парах имели более выраженную тенденцию к избеганию. Но даже в отношениях этих пар к концу терапии было меньше тревоги и боли и лишь минимальный уровень прощения и отсутствие значимого роста показателей удовлетворенности в браке.

Наблюдение ряда случаев еще до начала вышеупомянутого исследования привело к предположению определенных шагов в процессе изменения. Это должно происходить на второй стадии терапии, когда стадия деэскалации уже завершена. После того как собственно травма прорабатывается, события стадии 2 – повторное вовлечение и смягчение – начинают разворачиваться естественным образом и пара способна перейти к следующей стадии – консолидации. В процессе прощения и излечения раны привязанности выделяются следующие шаги.

1. Описание события сопровождается сильным дистрессом. Это является частью процесса, разворачивающегося на стадии 2, или, более конкретно, когда терапевт поощряет отстраняющегося супруга пойти на большее вовлечение, или, что случается чаще, когда травмированный супруг осмеливается и рискует сблизиться со ставшим более доступным партнером. Травмированный супруг затем начинает описывать инцидент, в котором он чувствовал себя брошенным и беспомощным, пережил серьезный удар по доверию, что разрушило его веру в надежность отношений. Он говорит об этом инциденте в очень эмо-

циональной, часто обрывистой и непоследовательной манере. Инцидент жив и актуален, это не спокойное воспоминание. Партнер же либо обесценивает, отрицает или принижает значимость инцидента и боль партнера, либо переходит в оборонительную позицию.

2. При поддержке терапевта травмированный супруг остается в контакте с раной и начинает говорить о ее влиянии и значении для отношений привязанности. Гнев и возмущение преобразуются в отчетливо выраженные переживания боли, беспомощности, страха и стыда. Связь травмы с актуальным негативным циклом в отношениях становится явной. Например, жена говорит: «Эта рана не заживает до сих пор, и до сих пор нет надежды. Я просто ору и впадаю в истерику, чтобы как-то на него повлиять. Я хочу сказать ему, что он не может просто так отмахнуться от моей боли. Но он все равно отмахивается».
3. Партнер, при поддержке терапевта, начинает слышать и осознавать значимость травмировавшего события; понимать, что в контексте привязанности оно отражает важность этого партнера для травмированного супруга, а не проявление его личностной неадекватности или бесчувственности. Затем этот партнер признает боль и страдания травмированного супруга и дополняет историю рассказом о том, как событие выглядело для него. Это не столько логическое объяснение случившегося, сколько пояснение, благодаря которому действия партнера становятся логичными и объяснимыми для травмированного супруга.
4. Затем травмированный партнер осторожно продвигается к более интегрированной и полной артикуляции травмы. Он способен выразить скорбь в связи с заключенной в инциденте утрате и страх в связи со специфической утратой, касающейся его близости с партнером. Он позволяет другому стать свидетелем своей уязвимости.
5. Второй супруг становится более вовлеченным эмоционально, признает свою часть ответственности за рану привязанности и выражает сочувствие, сожаление и/или раскаяние.
6. С помощью терапевта травмированный супруг рискует попросить партнера об утешении и заботе, которых не было во время травмирующего события.

7. Второй супруг также реагирует заботливо, что действует как лекарство для болезненного переживания исходного травматического события. После этого партнеры могут вместе сконструировать новую историю данного события. Для травмированного партнера этот нарратив включает в себя ясное и приемлемое понимание того, как вышло, что другой партнер в тот раз повел себя подобным образом и причинил такую боль.

Когда процесс переработки травмы привязанности завершен, терапевт может более эффективно способствовать росту доверия и появлению позитивных циклов соединения и примирения. Этот процесс переопределяет отношения как безопасную гавань, создавая условия для преодоления других затруднений и решения практических вопросов.

Понимание ран привязанности как травм в отношениях имеет важные следствия для супружеских терапевтов. Это объясняет, почему отношения в некоторых парах с таким трудом поддаются терапии. Было бы логично считать, что обращаться к таким событиям и прорабатывать их необходимо для того, чтобы предотвратить возвращение проблем после окончания терапии. Структурированное описание таких событий также помогает разработать комплекс последовательных вмешательств для исцеления ран привязанности. Одним парам проще оказать помощь в разрешении этих травм, другим – труднее. В целом, те, у кого более надежный стиль привязанности, легче справляются с эпизодами подрыва доверия в отношениях (Mikulincer, 1998).

Вкратце типичный процесс разрешения травмы может выглядеть так.

1. Жена, Елена, говорит: «Нет, я не думаю, что могу попросить его о заботе. Сейчас у нас дела лучше, но... *(она смотрит в пол и прикрывает глаза рукой)* я сказала себе, что я никогда больше... Думаю, мы уже далеко продвинулись, все уже лучше. *(Она краснеет и говорит тихо и монотонно.)* Вот я лежу, у меня схватки. У меня схватки, и он спросил врача, сколько это еще продлится. И врач ответил: «Всю ночь, может быть всю ночь». И тогда он сказал, что пойдет на чемпионат по керлингу. В конце концов, он же капитан команды. И что сразу вернется. И я заплакала. Я не хотела, чтобы он уходил. Но он ушел, и родился ребенок. Не знаю, почему я все время к этому возвращаюсь. Особенно сейчас, когда мы собираемся уйти на

- пенсию и поселиться за городом, вдали от моих друзей и родных, это часто всплывает. *(Потом ее голос меняется и становится жестким, она поворачивается к мужу.)* Но вы в том матче победили, правда... это для тебя было самое главное». Терапевт продолжает: «Это было так болезненно для вас, и сейчас болезненно. И вы научились не рассчитывать на Теда, не опираться на него, да?» Елена говорит: «Еще бы». Тед отвечает: «Давай ты уже это отпустишь, а? Это было миллион лет назад, и с тобой все было отлично. Врач сказал, что роды были легкими, а в следующий раз я там был, правда?» Елена говорит: «Только потому, что в тот день не было важных матчей».
2. С помощью терапевта Елена остается в контакте с чувством возмущения, которое она так долго в себе держала, и начинает осознавать печаль и отчаяние, которые до сих пор живы и напоминают ей о том, что ей не следует рассчитывать на мужа. Она в состоянии сказать ему, как она «строила вокруг себя защитный забор» на протяжении всего брака и отвернулась от него к другим членам семьи, а с ним «поддерживала мир». Но сейчас, с тех пор как они купили загородный дом и собрались на раннюю пенсию, она обнаружила, что стала отстраненной и раздражительной. Постепенно, шаг за шагом, она ощущает «дурноту» и «ощущение падения» от мысли о том, что в новой жизни она будет нуждаться в Теде. Она оказывается в состоянии рассказать, как в ту ночь, родив сына в одиночестве, она «сдалась». Она оплакивает свое утраченное доверие и их близость, а также уступки, на которые шла все эти годы. В какой-то момент она решила, что не может «конкурировать» с его сногшибательной карьерой и насыщенной спортивной жизнью. Теперь она может сказать ему: «Я не хочу нуждаться в тебе. Мне было так страшно той ночью». Терапевт говорит: «И Вам страшно сейчас, Елена, страшно положиться на Теда?» Елена плачет и соглашается.
 3. Тед, сначала принижавший значимость этой «истории столетней давности», начинает слышать, что жена ощущала себя брошенной и все эти годы была настороже. Он начинает отзываться на печаль жены и выражать сожаление: «Может, я и правда был не слишком чутким мужем». Он сейчас в состоянии сказать ей, в каком он был (да и сейчас продолжает быть)

«ужасе» от ее требований – видения, каким должен быть хороший муж. Уверенно он себя чувствует только на льду, когда играет в керлинг, и на работе. Он теперь в состоянии сказать о том, что воспринимает жену как «специалиста по чувствам и любви», и часто чувствует себя сейчас, как и тогда, в ночь рождения первого ребенка, «лишним, на периферии семьи». Он вспоминает, что не знал, как создать для нее уют и поддерживать ее в роддоме, так что вернулся к своим «обязанностям» капитана команды. Он знал, что делать в этой роли. Вообще-то он всегда боялся, что потеряет Елену, если она «обнаружит» его неадекватность.

4. Сейчас Елена начинает искренне оплакивать крушение иллюзий о браке как о безопасной гавани и утрату надежд, связанных с браком. Она также оплакивает те долгие годы, в которые не просила о близости с Тедом, а оставалась «замороженной» и отмечала каждый признак того, что «не входит в число его приоритетов». Теперь она способна сказать ему, как ей вообще-то хотелось расслабиться в его объятиях, как ей были нужны его близость и забота и как сейчас ей страшно даже говорить об этом.
5. Тед раскрывается и плачет, сожалея и испытывая угрызения совести из-за того, что бросил жену и все эти годы упускал возможность сблизиться с ней. С помощью терапевта Тед удерживается в контакте со своими эмоциями, остается вовлеченным в переживания и признает боль, которую испытала Елена в ночь рождения их сына и последовавшее за этим ее решение никогда не обращаться к нему и не искать с ним настоящей, глубокой связи. Тед признает, что не откликался на неоднократные попытки жены «откупорить» тему ее нужды в нем и ее одиночества в ту критически важную ночь. Он в состоянии сказать: «Я тебя бросил. Я это сделал. И потом я сбежал и не захотел иметь с этим дела. Я всегда убегал и самоутверждался на работе. Но сейчас я хочу дать тебе то, что тебе нужно, – я хочу близости, хочу, чтобы ты на меня рассчитывала».
6. Затем Елена набирается смелости и говорит Теду о своем страхе, что в загородном доме она будет чувствовать себя брошенной, о том, как ей нужны утешение и поддержка с его стороны. Она говорит: «Мне надо знать, что в следующий раз, если ты

будешь растерян или испуган, ты позаботишься о том, чтобы не убежать и научиться быть со мной. Мне нужно знать, что я для тебя очень значима. Можешь меня обнять?»

7. Тед реагирует с заботой и облегчением и выражает свою готовность снова сблизиться с женой. Он также говорит о своей собственной потребности в поддержке. Пара выстраивает согласованную историю их брака, включающую в себя рану привязанности и ее последствия. Они также выстраивают ясную картину будущих взаимодействий и реакций, которые помогут сохранять целостность и надежность их уз. Процесс заканчивается не просто прощением, но и примирением и более надежной связью.

В настоящий момент процесс работы с ранами привязанности только изучается, но мы надеемся, что, как и в случае со смягчением, процесс изменения будет еще более четко очерчен и мы изучим принципиально важные терапевтические вмешательства, достоверно приводящие к формированию доверия и успешному примирению после нарушения межличностных уз. Как было сказано выше, предварительные свидетельства (Makinen, 2004) позволяют предположить, что в случае единичного повреждения привязанности, относительно краткий курс эмоционально-фокусированной терапии снижает тревогу привязанности, значительно усиливает ощущение удовлетворенности браком и повышает уровень доверия и прощения. Целью эмоционально-фокусированного терапевта является не только прощение, но и примирение, а также способность преодолеть препятствия, стоящие на пути к более надежной привязанности.

Следующие две главы посвящены описанию двух сессий эмоционально-фокусированной терапии, что позволит читателю «увидеть» процесс, обсуждавшийся в предыдущих главах.

ИНЦИДЕНТ С БУТЕРБРОДОМ: ПРИМЕР СЕССИИ ЭМОЦИОНАЛЬНО- ФОКУСИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

Муж. Я пытался поцеловать тебя сегодня утром, а ты меня оттолкнула.

Жена. У меня в этот момент рот был набит. Я сказала: «Погоди, я занята».

Муж. То есть бутерброд для тебя важнее, чем я.

Работающие супруги, оба старше сорока лет, обратились в клинику супружеской и семейной терапии при большом городском госпитале. Пол и Эльза были женаты 20 лет. У них двое детей, приближающихся к подростковому возрасту. На этапе диагностики супруги производили впечатление довольно интеллигентной пары. Он говорил в очень интеллектуальной манере, рационально аргументируя и делая пространные отступления, а она в это время рыдала. Они обозначили проблему как «нехватка близости». Эльза говорила, что Пол стал ей чужим и что она уже перестала пытаться сблизиться с ним, потому что «у меня никогда не получится быть правильной, как бы я ни старалась». Пол сказал, что для него отношения были в состоянии «глубокой заморозки». Он осознавал, что «требовал» близости, которой ему в отношениях очень не хватало, хотя и признавал, что был «трудооголиком» и большую часть жизни занимался своими проектами. Эльза говорила, что постоянно чувствовала себя анализируемой и критикуемой, и сейчас избегала Пола практически всеми возможными способами. Пол полагал, что он злится в основном из-за того, что она «никогда не присутствовала в наших отношениях». Взаимодействие в этой паре вписывалось в классическую схему «преследование/нападение»-«отстранение/избегание», где Пол занимал позицию преследователя, а Эльза – избегающего. И хотя партнеры продолжали видеть определенную ценность в своих отношениях, каждый говорил

о том, что отношения могут и завершиться, если ситуация не улучшится. Пол говорил, что может уйти и найти более отзывчивую спутницу, тогда как Эльза говорила об уходе, чтобы избежать «постоянной критики» мужа. К началу терапии супруги набрали 82 балла по Шкале диадического приспособления (Dyadic Adjustment Scale) (Spanier, 1976). Примерно 100 баллов и ниже по этой широко используемой шкале свидетельствует о наличии супружеского дистресса; разводящиеся пары обычно набирают 70 баллов.

В этой главе приводится транскрипт одиннадцатой сессии и комментарии к вмешательствам терапевта. Эта сессия – пример того, как один инцидент может определить структуру нескольких терапевтических сессий и дать возможность рассмотреть, как под микроскопом, паттерн негативного взаимодействия супругов и стоящие за ним эмоции. Описанный здесь случай – эпизод с бутербродом – использовался на десятой и одиннадцатой сессии, чтобы войти в контакт с тем, как Пол чувствует себя в этих отношениях, углубить эти переживания и перейти к эпизоду смягчения, описанному в седьмой главе. Этот инцидент был выбран терапевтом, поскольку в нем очень живо запечатлены реакции, характеризующие ключевые проблемные взаимодействия между партнерами. Он также явным образом отражает проблемы привязанности, характерные для каждого из партнеров. Пара также прошла процедуру Воспроизведения межличностного процесса¹ (IPR; Elliot et al., 1984) сразу по завершении этой сессии, что было частью пилотного исследования, проводимого в рамках научного проекта. В ходе этой процедуры каждый из партнеров просматривает видеозапись сессии совместно с исследователем, а исследователь задает вопросы, помогающие прояснить, как этот партнер переживал происходившее на сессии. Данная глава также содержит краткие выдержки из проведенного исследования.

К моменту представляемой сессии пара сформировала прекрасный альянс с терапевтом. Первые несколько сессий, однако, были непростыми – Эльза плакала или молчала, а Пол «напускал туман из слов» (термин Эльзы), заводя сессию в тупик. В конце концов я предложила, что буду дотрагиваться до края его ботинка, когда такое будет

¹ Воспроизведение межличностного процесса (Interpersonal Process Recall) – метод, используемый для исследования терапевтического процесса и в обучении психотерапевтов (Прим. науч. ред.).

происходить (обычно он клал ногу на ногу, и до ботинка было легко дотянуться), поскольку сама легко запутываюсь в его рассуждениях. Это будет напоминать ему о том, что нужно замедлить полет мысли и позволить «туману» рассеяться. На начальных сессиях произошла деэскалация цикла «преследование-избегание», и супруги начали проводить вместе некоторое время приятным для обоих образом. Эльза стала намного больше вовлекаться в отношения. Она смогла озвучить свое ощущение, что Пол бросил ее ради работы давным-давно, в самом начале их отношений, и сейчас он «как чужой человек, который почему-то вдруг требует любви и доверия». Она также была в состоянии осознать и выразить свой страх критики, исходящей от Пола. Она переживала критику мужа, как будто он был судьей, а она преступником, который неизбежно оказывался «виновным». Она начала осознавать свои потребности в отношениях и говорить Полу, что не собирается дать себя «разрушить» исходящему от него «туману» и «стрелам». Она заявила, что не собирается делать подарки, если их будут осуждать и клеймить как «непристойные» (как это произошло с подаренной ею открыткой-«валентинкой»).

На десятой сессии терапевт начал фокусироваться на том, чтобы выйти на ощущаемую Полом небезопасность, которая стояла за его постоянным мониторингом поведения Эльзы и критическим анализом его. В этот момент и всплыл инцидент с бутербродом. Этот эпизод, в ходе которого Пол попытался проявить нежность по отношению к Эльзе, оказался для него примером ее «недоступности». Это случилось на следующий день после их юбилея, который они провели вместе и были достаточно близки, а потом все свелось к их обычному негативному циклу. В этом инциденте Пол попробовал поцеловать Эльзу, когда та ела бутерброд, и был «резко отшит». После этого он весь день кипел и копался в темных, пессимистических сценариях, касающихся их отношений и невозможности сблизиться с кем-либо. Эльза же, напротив, чувствовала себя «принуждаемой и загнанной в ловушку» и отстранялась, хотя делала это и в меньшей степени, чем раньше. Десятая сессия закончилась тем, что Пол смог немного соприкоснуться со своей обидой и страхом, но осуждал Эльзу за неотзывчивость и закрытость. Эльза растерялась, когда Пол начал говорить о своем страхе оказаться отвергнутым и спрашивала: «Мы сейчас о ком говорим?». Я предположила, что Эльзе трудно увидеть чувствительность Пола и воспринимать его сигналы, говорящие о же-

лании сблизиться, потому что она не готова к таким посланиям от своего партнера, в котором видела «опасного судью». Я предположила также, что она не понимала этих сигналов, поскольку Пол посылал их в «замаскированном виде», как шуточные и неважные, тем самым уменьшая для себя риск, с которым у него ассоциировалась обращенная к Эльзе просьба откликнуться. Давайте теперь рассмотрим сессию 11.

Сессия 11

Эльза. Не знаю, как описать прошедшую неделю.

Пол. Мы немного сцепились вчера утром.

Эльза. Мы сорвались. Мы хотим знать, как не срываться и оставаться на правильном пути.

Пол. Что значит на правильном пути?

Эльза. Когда спокойно.

Терапевт. На правильном пути, как было в день вашего юбилея, когда вы были вместе... Вы, Эльза, чувствовали близость, а вы, Пол, чувствовали, что Эльза «в зоне досягаемости»?

Пол. Да. Но она бывает в зоне досягаемости так недолго. Большую часть времени мы на «нейтральной территории». Бывают моменты подъема, но потом случается разрыв, а потом сильная размолвка.

Терапевт. Это как в истории, которую вы рассказывали в прошлый раз, Пол, когда был юбилей и вы прекрасно провели день друг с другом, и на следующее утро вы подошли к Эльзе и хотели ее поцеловать, а у нее был полный рот и вы почувствовали, что она вас «отшила». На этом сказка для вас кончилась. Бывают такие моменты, когда вы вместе, когда вы в контакте, а потом что-то происходит и сказка кончается, так?

Терапевт производит фокусировку, вспоминая описанный на прошлой сессии инцидент, прервавший позитивный опыт и заново запустивший негативный цикл.

Пол. Да. Это для нас так привычно. Это как сильный удар. В тот день (обращаясь к Эльзе) я попытался ущипнуть тебя за попу, а ты ударила меня очень сильно.

Эльза. Я думала, ты играешь.

Терапевт. То есть та же история. С вами (*Полу*) происходит что-то хорошее, и вы хотите продолжить в том же духе. Вы пытаетесь так или иначе приблизиться к Эльзе, и что происходит, если ее не оказывается там для вас, непосредственно в этот момент?

Пол. Да. Я чувствую определенную границу. Она как будто говорит: «Я тебя чуть-чуть потискаю и все, время вышло, нужно делать что-то еще». Я изголодался и для меня это, как бы сказать, самое начало, а не конец.

Терапевт. Вы изголодались. Вы хотите контакта, а потом чувствуете, как он обрывается.

Отражение. Пробуждающее высказывание с использованием образа депривации, озвученного Полом.

Пол. Да. Нет вопросов, он обрывается. Вот именно так и происходит. В ее мире я действую не так, как нужно, и не могу пройти дальше.

Эльза. Я живу не так, как ты. Я не так это вижу.

Терапевт. Ну, на последней сессии (*Полу*) мы говорили о вашем ощущении голода и о невероятной чувствительности, и когда в такие моменты вы пытаетесь приблизиться к Эльзе – это – как получить то, чего хочешь, но лишь на мгновение, а потом потерять. Тогда вы делаете шаг назад и говорите себе: «Ну вот, она никогда не будет со мной близка. Ну вот, никто никогда не будет со мной близок». Это становится катастрофой. Помните, как оно бывает?

Отражение. Усиление.

Пол. Да, это так. Я раздуваю из этого атомную бомбу, и на эмоциональном уровне я так это и чувствую. Даже когда это только шутка, когда мы оба превращаем это в шутку, – все равно что-то внутри говорит, что это не шутка.

Терапевт. Это не шутка. Это бомба.

Пол. Да, но если она решит...

Терапевт. Это как в прошлый раз, когда вы говорили об игре, в которой Эльза устанавливает правила?

Пол. Ох, с первого дня. Это как Чарли Браун с мячом², на это я и жалуясь, «считается – не считается», но ты (Эльзе) считаешь, что это я устанавливаю правила (Эльза кивает.) Хорошо, и ты устанавливаешь график для нашей близости.

Терапевт. И вы внезапно чувствуете, что происходит разрыв.

Пробуждающее высказывание с фокусом на переживании утраты.

Пол. Да, это происходит так часто что, вы правы, я стал к этому сверхчувствителен.

Терапевт. Эльза, вы выглядите озадаченной, как на последней сессии, когда вы сказали Полу: «Ты сейчас о чем?»

Пол находится на шаге 5, тогда как Эльза пытается принять новые реакции, то есть она продвигается к шестому шагу терапевтического процесса.

Эльза. Да, как на чужом языке.

Терапевт. Вы сказали Полу: «Ты говоришь на чужом языке». Это так, будто вы говорите: «Я не знаю, кто этот уязвимый человек». (Эльза кивает.) Вам знаком человек, который устанавливает правила, который судит и критикует. Однажды вы описали это как «туман и стрелы».

Отражение того, как Эльза воспринимает Пола.

Эльза. Не помню, чтобы я такое говорила, но мне нравится.

Терапевт. Я слышу, что вы так сосредоточены на том, чтобы защитить себя от критики со стороны Пола, от того, чтобы быть «раздавленной» (слова Эльзы), и что для вас сейчас столкнуться с тем, что этот опасный, критикующий человек на самом

² Чарли Браун – персонаж популярного комикса «The Peanuts», мальчик-недотепа. Классический эпизод из комикса с участием этого персонажа – вредная девочка Люси держит перед ним мяч, якобы чтобы он мог потренироваться и ударить по нему ногой, но в последний момент убирает мяч; Чарли Браун теряет равновесие и падает (Прим. пер.).

деле невероятно уязвим и истосковался по контакту с вами, это как-то...

Эльза. Да, одно с другим не сходится.

Пол. Я начинаю себя настраивать. Она выглядит довольной, и я начинаю искать к ней подступы.

Терапевт (Полу). Можете сказать ей, что в такие моменты происходит? Можете сказать: «Мне обидно, мне хотелось поцеловаться, а ты сказала «нет»?» (*Пол откидывает голову и поднимает брови.*) Не можете сказать ей это?

Пол. Это очевидно следует из моих действий. Я обнимаю ее рукой.

Терапевт. То есть она должна понять, что вы пытаетесь получить от нее немножко одобрения. Это слово подходит – одобрение?

Интерпретация/предположение.

Пол. Одобрение, принятие. Если она привлекательна и я хочу близости, я так себя веду. Эти попытки изматывают – оп-па, и ничего не вышло.

Терапевт. Это изматывает – протягивать руку, а сделать так, чтобы она ответила, не получается.

Отражение.

Пол. Да. В ответ мы шутим. (*Он выглядит грустным, почти плачет.*)

Терапевт. Но это не шутка, да, Пол? Потому что все эти разы складываются один к одному, увеличивая ощущение, что тут вы никогда не получите того, в чем нуждаетесь. Это крайне серьезно, верно? Все эти маленькие ранки суммируются, и вместе получается что-то крайне серьезное.

Усиление... предположение.

Пол. Да. Если Эльза смеется надо мной или над моей игрой, я тоже смеюсь. Она как будто прокалывает воздушный шар, и в каком-то смысле я этим восхищаюсь.

Терапевт. Какая-то ваша часть говорит: «Хорошо, она прокалывает мой воздушный шар, разве это не смешно?», но другая ваша часть вовсе не считает это смешным?

Терапевт продолжает использовать усиление.

Пол. Совершенно не считает.

Терапевт. Одна часть – хорошо воспитанный интеллеktуал Пол – говорит: «О, как забавно, она просто проткнула мой воздушный шарик». А другая часть чувствует себя опустошенной. Эта ранимая, хрупкая часть Пола начинает чувствовать, что он никогда в жизни этого не получит и никогда не насытится, что он никогда не сможет сблизиться с Эльзой и сохранить близость, эта часть опустошена.

Отражение и усиление. Терапевт усиливает значимость этого переживания в контексте привязанности.

Пол. Да, в этом есть проблема, по крайней мере, с моей точки зрения. Это вы хорошо сказали.

Эльза. Какой воздушный шарик, что я проткнула?

Пол. Может быть, я все слишком раздуваю. Я раздуваю инциденты вроде этого во что-то слишком большое.

Терапевт (Эльзе). Как я понимаю, воздушный шарик – это то, что произошло в день юбилея. Это когда вы сблизились и вы, Пол, начали думать: «О, Боже, вот оно. Она меня любит. Мы вместе, она со мной, вот так мы, это случилось». В этом есть *надежда*, это бесценное трепетное чувство, что вы вместе, а на следующий день вы подходите, чтобы похлопать ее по попе или поцеловать, и если она не откликается, если она говорит «у меня рот полный», или что-то такое... (*пауза*).

Усиление, интерпретация. Предположение. Терапевт пробуждает тему надежды и утраты в контексте привязанности. Терапевт также делает паузу, чтобы пригласить Пола продолжить это повествование.

Пол. Да (*Эльзе*), как в тот день. Я только потянулся к твоей руке, а ты ее отдернула, как от огня, знаешь?

Пол напоминает еще один похожий пример. Этот диалог создает новую позицию Пола в отношениях – она приходит на смену прежней отстраненной, судейской позиции.

Эльза. Нет, нет, нет, происходило вот что... (*терапевту*) но сначала закончите про шарик.

Терапевт. У меня чувство возникает, что вы ощущаете близость, и это приятно. Шарик – это невероятное ощущение надежды, что вы оба можете быть вместе и что голод Пола будет утолен.

Пол. И потом этого не происходит.

Терапевт. И потом это еще и *взрывается*. Понимаете? (*Эльзе.*)

Эльза. Думаю, да. Но я не понимаю, как то, что у меня рот набит бутербродом и я говорю «секундочку», протыкает шарик.

Пол. Да, но танец на этом заканчивается. Начинается другая игра. Потом все идет в ином направлении.

Терапевт. Да. Мы об этом говорили. У меня ощущение, что вы оба распознаете эти инциденты в ту самую минуту, когда они происходят. Вы (*Эльзе*) сказали мне (на сессии 10): «В ту самую минуту, когда я осаживаю его, я смотрю ему в лицо и вижу, что ему это не нравится, и он напрягается, и я знаю, что все испортила. Он злится на меня, я чувствую себя загнанной в угол и отстраняюсь, так?» (*Эльза соглашается.*) И вы (*Полу*) говорите себе: «Ну вот тебе пожалуйста, опять то же самое. Больше я так делать не буду». И пока вы едете на работу, это вырастает в «это никогда не получится, она никогда не будет со мной». Что-то в тот момент происходит, и вы оба в бешеном темпе даете задний ход. И вы, Эльза, говорите: «Он на меня давит, я должна поцеловать его или он сойдет с ума», а Пол говорит: «К ней так долго нельзя было подступиться, и сейчас она снова дает мне отставку».

Терапевт рисует картину этой части цикла и сопутствующих эмоциональных реакций.

Пол. Это воздушный шарик. После всех этих разочарований, с которыми я столкнулся, так ли я на самом деле хочу целоваться? (*Разгневанным тоном.*)

Пол в гневе добавляет элемент обвинения, который преобладал в негативном цикле в начале терапии и который отталкивал Эльзу.

Терапевт. Если вы никогда не можете быть уверенным в том, что близость продлится, какая-то Ваша часть говорит: «Лучше этого совсем не хотеть, да?» Я не хочу хотеть этого поцелуя.

Пол. Да, это состояние спутанности, а мысли и чувства, которые при этом приходят, очень разрушительные, в них много осуждения и порицания. Типа «обойдусь без твоих чертовых поцелуев».

Терапевт. Обойдусь без твоих чертовых поцелуев. Какая-то ваша часть хочет сказать Эльзе: «Если ты собираешься ни с того ни с сего отталкивать меня, я обойдусь без них, я их не хочу, ну их, твои поцелуи». *(Все смеются.)*

Отражение и усиление. Терапевт делает усиление, чтобы поместить враждебное поведение Пола в контекст привязанности и возникающих в этом контексте переживаний разочарования и небезопасности.

Эльза. И все из-за бутерброда во рту.

Пол. Нет, из-за тысячи таких случаев, знаешь ли. Это был только один.

Эльза. Знаете *(терапевту)*, мы ехали в машине, и он попытался взять меня за руку, знаете, как мальчишка пытается взять подружку за ручку. Тогда я подвинула руку на сантиметр, и он не смог дотянуться, и я засмеялась. Но он выглядел так по-детски, что я подумала, что он играет. Но сейчас я понимаю что он, наверное, не играл. Играла только я!

Пол. Я не играл! Я вообще не играю. Я пытаюсь понять, что ты хочешь мне всем этим сказать в те моменты, когда я к тебе приближаюсь. Можешь говорить, что это по-детски. Когда доходит до таких вещей, они у меня не очень хорошо получаются. Когда я делаю такие маленькие движения в твою сторону, это кажется тебе смешным, это может выглядеть смешно, но в этом ничего смешного.

Терапевт *(тихим голосом)*. Да, это не смешно. Вы решаетесь на риск и спрашиваете: «Ты еще тут? Ты меня еще хочешь? Ска-

жи мне это еще раз, потому что мне нужно знать, что я для тебя на самом деле особенный человек», Вот что вы делаете, да?

Предположение с использованием контекста привязанности.

Пол (со слезами). Да. Иногда она дает мне это понять. На прошлой неделе на рынке она сказала мне: «Из всей толпы я бы все равно выбрала тебя», – и мне было хорошо.

Обычно на этом месте терапевт попросил бы Пола сказать Эльзе, что ему нужно от нее подтверждение – что да, он для нее значим; сказать ей, что ему очень страшно – а вдруг это не так. В данном случае это не делается сознательно, потому что опыт прошлых сессий показал: предписания такого рода требуют от Пола мучительных усилий и кончаются тем, что он уходит в долгие интеллектуальные рассуждения на посторонние темы. Поэтому терапевт предпочитает сохранить прежний фокус и инициировать инсценировку позднее.

Терапевт. Вы очень умный человек, Пол, но когда вы приближаетесь к Эльзе, вы делаете это не умом, а телом. И это может выглядеть как что-то маленькое, незначительное, игривое, но на самом деле это серьезно. Серьезная попытка понять, по-прежнему ли она с вами. (Пол кивает.) И если по какой-нибудь причине, ответ – «нет», а причина может быть самая уважительная, например полный рот (все хихикают), – шарик лопадется, рушится надежда, все снова оказывается в нейтральном положении или даже портится.

Пол. Я такой чувствительный. Я знаю, что иногда дело не в том, что Эльза что-то делает не так, понимаете ли. Сегодня утром в постели (Эльзе) ты пыталась устроиться попросторнее, может, ты еще спала, я пошевелинулся вот так (дотрагивается до нее), а ты прихлопнула меня как муху, знаешь ли. Я трактую это как отвержение и злюсь.

Терапевт снова решает не просить Пола напрямую сказать Эльзе о его чувствах и потребностях; вместо этого терапевт озвучивает гнев Пола его словами.

Терапевт (Эльзе). «Обойдусь без твоих поцелуев». (Пол кивает.)
Что происходит, Эльза, что происходит, когда Пол говорит об этом?

Терапевт смещает фокус на другого партнера, чтобы сохранить его вовлеченность в происходящее и облегчить ему прохождение шестого шага терапевтического процесса.

Эльза. Я стараюсь понять. Но когда я говорю приятные вещи, это не считается. Это или не к месту, или не вовремя. Я думаю, мы оба делаем это друг с другом. Когда я говорю ему приятные вещи, он этого не воспринимает. Это всегда не вовремя.

Терапевт. То есть у вас бывают моменты, когда вы пытаетесь что-то ему дать, но он не принимает то, что вы готовы предложить?

Эльза. Да, так. (Поднимает руки перед собой в жесте «я сдаюсь»).

Пол. Мне было хорошо, когда ты это сказала, но я стараюсь это как-то оценить. Думаю, я пытаюсь это как-то увязать с теми случаями, когда она не хотела быть со мной, когда выбирала телевизор или собаку.

Эльза. Как только начинаешь что-то оценивать, ты не принимаешь это таким, какое оно есть.

Пол. Ладно, я хочу, чтобы ты говорила мне такие вещи, когда я чувствую себя уязвимым и когда мы с тобой одни. Но мне понравилось и то, что ты сказала это на рынке, при людях.

Эльза (взволнованно). Если ты думаешь, что когда мы будем в постели, я сама скажу тебе: «Возьми меня, я твоя», – это не про меня. Я никогда в жизни этого не сделаю, это не мое.

Он оценивает ее попытку что-то ему дать, как нечто, происходящее не в том месте. Это пусковой механизм для раздражения Эльзы. Она заявляет о своем нежелании быть под контролем Пола и его требований, о чем она уже говорила на предыдущих сессиях. В данный момент, однако, это похоже на отход от темы, так что терапевт приступает к сдерживанию этого маневра. Здесь также можно предположить потенциально негативную позицию: Эльза заявляет о себе, как о человеке, который не может или не хочет откли-

катся на нужды Пола именно в тот момент, когда он старается выразить их по-новому.

Терапевт. Я в растерянности. Я помню, как на пятой или шестой сессии вы сказали Полу: «Я хочу отдать себя тебе», – помните? (*Она кивает.*) И вы сказали: «Я пытаюсь, а ты не принимаешь то, что я предлагаю». И я услышала, что этим вы сказали Полу: «Я хочу быть с тобой».

Тут терапевт хочет, чтобы Эльза оставалась вовлеченной.

Эльза. Да, но не в такой форме, без этого «возьми меня, я твоя».

Пол. Мне нужна не форма. Если я тебя обнимаю, я просто хочу быть близким с тобой. Я просто хочу, чтобы ты отозвалась.

Терапевт решает изменить направление сессии.

Терапевт. Давайте вернемся к случаю с бутербродом. Он мне нравится.

Эльза (*со смехом*). Да, вам он понравился.

Терапевт. Да, мне он понравился. Эльза, вы сказали, что заняты, а вы, Пол, ответили: «Ты занята, а на собаку обращаешь внимание», помните? (*Пол смеется.*) Кажется, это очень яркий пример тех инцидентов, о которых мы говорим. Когда вы чувствуете себя более безопасно, у вас нет чувства, что Пол собирает судить вас так уж строго, и вы можете быть с ним близки, а вы, Пол, чувствуете, что она с вами и что она хочет вас. Это похоже на полную противоположность тому, что вы сказали однажды, – что она никогда не присутствует в ваших отношениях. Между вами возникает контакт, а потом, Пол, вам нужно убедиться в том, что эта близость действительно была. Вы стремитесь к ней, чтобы снова найти ее на том же месте, удостовериться, что это все по-настоящему, верно? (*Оба кивают.*) Но время выбрано не совсем верно, и Эльза не вполне может ответить именно в этот момент, и тогда, Пол, вы чувствуете себя вымотанным и опустошенным, вы оба отстраняетесь, и начинается негативный цикл.

Предположение, встроенное в описание взаимодействия.

Пол. Да, и это происходит на очень тонком, чуть заметном уровне.

Терапевт. Верно. Но то, что невозможно не заметить, это негативный цикл, который после этого начинается. Пол, вы становитесь злым и критикуете, а вы, Эльза, отгораживаетесь от него и отстраняетесь. Так что эти инциденты сводят на нет приятное ощущение от близости.

Отслеживание и отражение цикла, который здесь проявляется.

Эльза. Опять пахнет угрозой.

Терапевт. Верно. Да, верно. Сигнал тревоги снова включается. Сначала было безопасно, а потом сигнал тревоги снова включается. И потом, Эльза, вы говорите: «Я все равно никогда не сделаю, как надо, нечего и пытаться», а вы, Пол, говорите: «Мне не нужны ее поцелуи», – и злитесь.

Пол. Да, сейчас мы можем над этим немного посмеяться, сейчас мы это видим, но когда это происходит... (*Поворачивается к Эльзе.*) Я заметил, что сейчас ты меньше плачешь на сессиях.

Эльза. Ну, эти сессии не такие тяжелые.

Терапевт. Да, на первых сессиях, Эльза, вы говорили о боли в этих отношениях, но потом вы раскрылись и добавили несколько штрихов, касающихся критики Пола, но сейчас (*Полу*) мы говорим о вашей боли.

Пол. Я все еще критикую. Я не изменился.

Терапевт. По мне – так изрядно изменились.

Эльза. Нет того негатива, тон другой.

Пол. Я все еще жалуясь, но, может быть, напряжения меньше.

Эльза. Уже не так, как раньше. Если это случается, я могу это игнорировать.

Пол. Зачем ты это делаешь?

Терапевт решает снова перефокусировать сессию, чтобы увести ее от начатого Полом отхода от темы.

Терапевт. Отношения сейчас более безопасны для вас? (*Эльзе, которая кивает.*) Теперь мы говорим о тех случаях, когда вы,

Пол, чувствуете себя ранимым в этих отношениях. Когда вы уязвимы, и о том, как это тяжело.

Пол. Да, это для меня более тяжелая тема. Это точно.

Терапевт. Вам трудно об этом говорить?

Пол. Эльза может раскрываться, она может быть эмоциональной.

Терапевт. Вам труднее показывать Эльзе свою эмоциональную сторону. *(Пол кивает.)* Особенно трудно в тех ситуациях, когда шарик лопается, дать Эльзе понять каким опустошенным вы себя чувствуете, когда не можете сблизиться с ней. Показать ей ту часть, которая испытывает голод и боится снова потерять Эльзу, и что она снова станет недоступной.

Возврат к темам привязанности.

Пол *(очень спокойно и тихо)*. Она это видит.

В этот момент терапевт опять предпочитает не предлагать Полу сказать Эльзе, как ему трудно быть с ней уязвимым.

Терапевт. Точно видит? На прошлой сессии она очень четко сказала, что не видела этого.

Эльза. Я никогда не видела этого с такой стороны. Я всегда думала, что это шутка.

Пол. Я говорю с юмором, с иронией, это мой стиль.

Эльза. Когда ты так со мной сближаешься, это так неуклюже, нелепее некуда, ей-богу.

Пол. Может, я пытаюсь представить это как шутку.

Терапевт *(задумчиво, медленно)*. Это было неуклюже. Пол – состоявшийся человек, это полная противоположность неуклюжести. Неожиданно появляется совершенно другой человек, внезапно он оказывается неуклюжим, и вы говорите себе: «Это шутка». *(Эльза кивает.)* Но это не шутка, не так ли, Пол? Большинству из нас, когда нам страшно, когда мы на краю обрыва и перед нами что-то, чего нам так давно хотелось получить и так страшно не получить, не удается выглядеть уверенно и изящно. Мы мечемся, мы промахиваемся, мы неверно считываем сигналы. Мы становимся неуклюжими, так нам страшно, что мечта никогда не сбудется.

Признание, усиление. Краткое обобщенное предположение, вписывающее поведение Пола в контекст его переживаний.

Эльза (Пола). Я не видела этого так.

Терапевт. Для этого не было оснований. Вы привыкли видеть Пола суперкомпетентным ученым, сильным человеком. Возможно, вы не готовы к встрече с другой его стороной. *(Он кивает.)* И, Пол, на этой последней сессии вы очень трогательно говорили о том, что Эльза для вас все еще красива. *(Он кивает.)* В какой-то момент вы говорили голосом молодого человека, который только что влюбился и может быть неуклюжим. Знаете, я тронута этим словом «неуклюжий». В такие моменты, когда вы тянетесь к Эльзе, вы совсем не «крутой» и вовсе не держите все под контролем. Вы Пол-уязвимый, Пол-неуверенный в себе, Пол-тянущийся к чему-то, чего можете и не найти? *(Пол соглашается.)* А вы, Эльза, смотрите на него и видите того Пола, который может уложить вас насмерть одним словом, как стрелой, и говорите себе «О, он шутит». *(Эльза кивает.)*

Терапевт использует слово «неуклюжий», чтобы усилить ощущение ранимости Пола.

Пол. В этих неуклюжих моментах есть настоящий страх. Страх, что все это развалится. Может быть, оно никогда и не было крепким, может, связи и не было никогда, и почему бы мне просто это не признать. Это очень тяжело.

Это первый раз, когда Пол открыто признает свой страх.

Терапевт. Может быть, этого никогда не было?

Пол. Да, может, это была просто иллюзия. Эти маленькие жесты – способ сказать: «Эй, давай не пойдем этим путем».

Терапевт. Путем, который ведет к утрате отношений, верно?

Пол. Верно. Но возможно... возможно... эта часть слишком многого хочет. Эта часть непривлекательна, а ведь есть привлекательные и непривлекательные элементы...

Терапевт отмечает это для себя и вернется к этому на следующей сессии. Он слышит в словах Пола описание его рабочей моде-

ли – в данном случае модели, в которой зависимое Я определяется как не заслуживающее любви. На этом этапе терапевтического процесса такое случается часто. Однако сейчас терапевт решает перефокусировать сессию.

Терапевт. Так что вы пытаетесь сказать Эльзе, когда тянетесь к ней, Пол? Вы пытаетесь сказать ей?..

Теперь терапевт подводит клиента к тому, чтобы он рискнул и заявил о своих потребностях.

Пол (долгая пауза; смеется). Давай поженимся! (Эльза смеется.)

Терапевт. Давай поженимся. То есть в этом маленьком прикосновении кроется: «Давай поженимся». Иди и будь со мной, ну, или – ты как, собираешься прийти и быть со мной? (Пол улыбается и кивает.) Это предложение в виде шутки. Оно делается в такой форме, чтобы вам не пришлось так уж обнажаться, быть таким уж уязвимым, да?

Терапевт усиливает реакцию Пола, принимая в расчет ту степень риска, к которой тот готов в настоящее время.

Пол. Так что когда она не реагирует и я не получаю поддержки, выходит, что бутерброд важнее, чем я.

В конце сессии я поддержала новые реакции супругов: то, как Пол набирается смелости и рискует, и то как Эльза старается увидеть «совершенно нового Пола» (как я это назвала). Я завершаю сессию словами о том, какие они оба сильные и чуткие и как сильно они могут влиять друг на друга. Моя цель на следующей сессии – продолжить процесс смягчения и попросить, чтобы Пол напрямую сказал Эльзе о своих страхах и потребностях. Это позволит ему перейти к шагу 7 терапевтического процесса. В отличие от первых сессий, на этих сессиях Пол все больше и больше проявляет себя во взаимодействии; и он все более и более доступен, и Эльза вовлечена и доступна.

Процесс в паре

После этой сессии каждому из супругов показали видеозапись сессии и попросили прокомментировать происходящее. Это делалось при условии, что комментарии не будут обсуждаться ни с другим партнером, ни с терапевтом. Обсуждение состоялось уже после окончания терапии, когда пара давала согласие на публикацию этой информации в настоящем издании. Интервьюер задавал вопросы, ориентированные на процесс, такие как «Что с вами в этот момент происходило?». Оба партнера отметили, что сессия была продуктивной – 8 баллов по десятибалльной шкале. И оба напрямую сказали, что доверяют терапевтическому процессу, даже когда им самим бывает не вполне ясно, куда он движется, и что они доверяют терапевту.

С точки зрения Пола

Пол отметил, что терапевт «точно попадала в его чувства; была настроена на меня». Особенно важным для Пола было то, что терапевт понял, насколько он уязвим. Пол был потрясен тем, что жена не видит его уязвимой стороны и чувствовал, что терапевт подчеркивает это, чтобы помочь Эльзе ее увидеть.

Пол хотел, чтобы Эльза была более вовлечена в происходящее на сессии, говорила бы больше, вместо того чтобы «воздерживаться», потому что, как он сказал, единственное, что на самом деле важно – это поддержка с ее стороны, подтверждение того, что она хочет быть с ним. Он хотел слышать это от нее. Вспоминая о прошедшей сессии во время просмотра видео, Пол сказал, что видит, как он, критикуя Эльзу, «угрожает отношениям» и «ставит пластинку с негативом». Он сказал, что это, вероятно, завело их в тупик.

С точки зрения Эльзы

Эльза считала, что сессия была удачной, потому что она услышала от Пола вещи, которых раньше никогда не слыхала, и это было «откровением». Она чувствовала, что они «обнаруживали вещи, которые были глубоко зарыты». И они на правильном пути. Эльза также ощущала, что на этих сессиях Пол стал менее склонным к обвинению и осуждению. Она увидела его рискующим и боящимся ее реакций, того, что она может подумать, что он рохля. Эльза предположила, что если они продолжают двигаться в этом направлении, она будет лучше

понимать его и присутствовать в отношениях. Это полная противоположность ощущению тумана, потерянности и осаживанию его. Быстрые, интеллектуальные и постоянно меняющиеся комментарии Пола и его уходы в сторону приводили Эльзу в состояние растерянности и «загружали» до такой степени, что она просто переставала слушать. На этой сессии «туман рассеялся».

Эльза также сказала, что не хотела много говорить во время сессии, чтобы не мешать Полу говорить о себе. Она предпочла дать ему пространство и услышать, что он хочет сказать, поэтому больше молчала. Она отозвалась об этой сессии так: «Раскрылись не только глаза, но и уши». Хотя она и держалась тихо, но ощущала себя включенной в процесс. Она понимала, что была в центре внимания на предыдущих сессиях и чувствовала, что терапевт ее понимает и что настала очередь Пола. Она упомянула, что была рада, когда терапевт перевел разговор на другую тему после ее слов: «Сказать тебе: “Я твоя, возьми меня” я не могу, это буду не я». Она ощущала, что эти слова «вели в тупик». Она также чувствовала, что в этот момент Пол ее «ставил на место», и она будто сопротивлялась его давлению. Пол же в этот момент почувствовал, что терапевт в какой-то степени его «обрывает», но добавил, что если бы он и дальше действовал в том же духе, Эльза бы «заморозилась».

На следующей, двенадцатой сессии, Пол более открыто говорил о том, что бдительность с его стороны и отслеживание реакций Эльзы являются проявлением его страха, в частности страха потери отношений. Он также говорил о своем ощущении «невидимки», о том, что он ничего не значит для Эльзы. Эльза ответила, что не умеет читать его мысли и «обречена на провал», если он не будет проявлять себя больше. Я предположила, что он мог бы помочь Эльзе с этим, и Пол сказал о тревоге, с которой связаны для него проявления уязвимости перед Эльзой, потому что она может «на него накинуться». К концу сессии он сказал: «Мне страшно ощущать, как сильно ты мне нужна, ощущать свою зависимость. Что от тебя зависит, буду я петь или не буду, когда принимаю душ, что мое счастье связано с тобой». Затем он спросил ее: «Тебе действительно хорошо, когда я чувствую себя зависимым и нуждаюсь в поддержке?». Эльза сказала, что для нее это не проблема, хотя она продолжает чувствовать некоторую нерешительность, потому что по-прежнему видит его как «немного опасного».

Сессия 12 была посвящена процессу смягчения, который начался для Пола на сессии 10 и продолжился на сессии, описанной выше. На этих сессиях Пол продвинулся с шага 5 на шаг 7 процесса ЭФТ, тогда как Эльза медленно, но верно продвигалась по шагу 6, принимая новые стороны Пола и начиная доверять им. Все пары разные, и эта пара, даже до процедуры воспроизведения межличностного процесса, очень хорошо осознавала то, что происходило в терапии. На более ранних сессиях Пол периодически спрашивал меня: «Что вы сейчас делаете?», – и я ему отвечала. Например, однажды я сказала ему: «Я блокирую вам пути к отступлению и стараюсь вас замедлить, чтобы вы оставались там, где вы сейчас находитесь, некоторое время, потому что я считаю, что происходящее прямо сейчас очень важно». Терапевтический процесс, таким образом, был более прозрачным, чем обычно, потому что пара хотела, чтобы было так.

Позднее в терапии Пол смог открыто говорить о своей «глубокой потребности» в близости с Эльзой и о том, как ему важно чувствовать себя «желанным» для нее. Эльза была способна отреагировать на это позитивно. Она связывала свою возросшую включенность и удовлетворенность отношениями с тем, что в большей степени «получила право голоса» и могла «больше постоять за себя». К окончанию терапии эта пара набрала 107 баллов по шкале диадического приспособления, что говорит об отсутствии супружеского дистресса.

СЕССИЯ НА ВТОРОЙ СТАДИИ ЭФТ

*Мы идем каждый своим путем, между нами стена – или это война?
Как бы то ни было, мы оба умираем от одиночества в одной постели.*

Йон пришел ко мне по направлению врача. Из направления следовало, что он переживал сильный стресс, связанный с работой и напряженными супружескими отношениями; последнюю проблему он и решил обсудить со мной. Йон рассказал, что они с женой Беатрисой рано поженились и десять лет назад эмигрировали в Канаду из Европы. Он нашел работу в очень узкоспециализированной банковской области; работу он ненавидел, но она позволяла ему и его супруге выживать и завести двух детей, младшему из которых было два года. Он заявил, что чувствует себя «абсолютно одиноким» в браке и «пленником» ситуации с работой: он хотел бы уйти с работы, но жена его в этом совершенно не поддерживала. Беатриса согласилась участвовать в супружеских сессиях. Я предложила ей сначала прийти на индивидуальную встречу, поскольку у меня уже была персональная встреча с ее мужем, а затем начать совместные сессии. Беатриса сильно злилась на мужа, говоря, что с рождением второго ребенка в их отношениях стало мало нежности и чувственности. Женщина была уверена в том, что муж считает, что она должна «сделать его счастливым», и это ее возмущало. В последние месяцы она «сдалась» и становилась «холодной», когда муж к ней приближался. Она сказала: «Мне трудно показывать эмоции. Он говорит, что я критикую, и видит во мне врага. Но я тоже хочу любви». Она говорила о том, как ей не хватает семьи, оставшейся на родине, о страхах, связанных с его депрессией и желанием уйти с работы, поскольку сама она работала на неполную ставку в некой юридической фирме. Мне легко удалось создать альянс с обоими партнерами; оба говорили, что хотят исправить отношения, если это возможно.

Негативный цикл в отношениях Йона и Беатрисы, похоже, колебался между «отстранением-отстранением» и «обвинением/нападением – защитой/отстранением», где Йон занимал позицию защитного отстранения. Паттерн взаимного отстранения вписывался в данную Беатрисой картину того, как она в последнее время «сдалась» и «выстроила стену». Это обычный паттерн в случаях, когда более критикующий преследующий партнер переживает утрату отношений и переходит к отчуждению. Цикл пары усугублялся клинической депрессией Йона, которую он лечил медикаментозными средствами, прописанными врачом. Он говорил о том, что никогда не был уверен в ее чувствах к нему и об ужасе от мысли о том, чтобы пойти на риск и попросить о внимании, тогда как она говорила о том, как ей было некомфортно зависеть от кого бы то ни было, хотеть близости и при этом чувствовать, что Йон ее не ценит. Если рассматривать эту пару с точки зрения привязанности, то у Йона, похоже, был тревожный стиль привязанности, усугубляемый депрессией, а у Беатрисы – избегающий стиль. Она призналась, что в ее родительской семье за любой признак «слабости» или зависимости наказывали или насмехались. Чтобы дать читателю представление о том, в каком состоянии пара начала терапию, ниже приводится пример диалога, не прерываемого терапевтом, произошедшего на одной из первых сессий стадии I.

Беатриса. Итак, я совершенно обескуражена. Он все время обвиняет меня в том, что я злая. Он хочет, чтобы я о нем заботилась, как будто я его мама или что-то в этом роде.

Йон (*очень тихо*). Ты все время злая. На днях ты назвала меня «дьявол».

Беатриса. Ты просто затыкаешь меня все время, как будто я ничего не значу. Да, в этом и дело, я просто ничего для тебя не значу.

Йон. После прошлой сессии я попросил тебя обнять меня, может, ты не помнишь, но я попросил.

Беатриса. Да, да, может и попросил, после всех этих месяцев я ничему уже не верю. Мы слишком застряли в наших старых способах как-то справиться с этим.

Йон. Меня просто долбят, судят и долбят, неважно, что я делаю. Ты не видишь, что я в депрессии? Неужели от тебя не добьешься доброго слова хотя бы изредка?

Беатриса. Ну да, в депрессии! Ты просто унылый и отгораживаешься. Ты затыкаешь мне рот.

Йон. В тот вечер я пытался, я подвинул колено, дотронулся до твоего колена. (*Плачет.*) Но потом (*опускает руки*) ты отодвинулась.

Беатриса (*ровным голосом, глядя в пол*). Теперь я стала отодвигаться, а ты думаешь, я должна была быть всегда наготове и ждать каждого твоего прикосновения? (*Йон мотает головой и отворачивается.*)

Йон. Если я даю тебе понять, что ты нужна мне, ты все равно не реагируешь. Какой смысл?

Беатриса. Ты никогда не даешь мне понять, что я нужна тебе, правда, никогда. Я ничего не значу. Я домработница. Я для тебя пустое место.

На первой стадии партнеры смогли поделиться чувствами одиночества и отчаяния, которые оба испытывали, страхом, что брак находится на грани разрыва, и ощущением, что они не в силах это предотвратить. Также оба были способны сказать о своей чувствительности к осуждению со стороны другого и о том, как попали в ловушку обоюдной критики и поисков виноватого. Йон смог рассказать о том, как тревожно ему было, как он старался быть очень осторожным, чтобы избежать «злости» и отвержения со стороны Беатрисы. Он смог осознать, что его отстранение оставило их обоих с ощущением одиночества и обделенности. Оба партнера были в состоянии увидеть, как депрессия и переживаемое Йоном чувство, что он прикован к своей работе, усугубляет проблемы в браке. Беатриса смогла увидеть, что ее гнев был частью цикла, в который они оба попали и как ее нынешняя «холодность», появляющаяся в те моменты, когда Йон предпринимал попытки приблизиться к ней, держала обоих в состоянии боли и страха. Оба смогли осознать, что им никогда не удавалось создать по-настоящему надежную связь, а Беатриса была в состоянии обнаружить, что у нее никогда не было опыта той надежной привязанности, как у ее ей описала. Она рассказала о своих родителях как дистантных и скорых на расправу. Оба согласились с тем, что «доверять было трудно». На одной из сессий Беатриса заговорила об огромной печали и стыде и своей очевидной «никчемности», которая следовала из реакций тех, кого она любила. Тогда Йон постарался утешить

ее. И оба согласились с тем, что им «страшно хотеть нежности и заботы». Йон смог сказать жене: «Я сыт по горло твоей злостью, но я не могу тебя потерять, я буду бороться за тебя», – и она начала его слышать. Отношения улучшились, мы прошли деэскалацию. После семи сессий пара чувствовала «больше близости». На одной из сессий Йон смог рассказать жене о своей депрессии, а она смогла оказать ему поддержку. Теперь перед нами стояла задача перехода на вторую стадию – нужно было помочь Йону стать более вовлеченным, а Беатрисе – продолжать перерабатывать свой страх и начать доверять его все большей вовлеченности. Оба партнера продемонстрировали большую смелость, честность и желание увидеть, как они попали в цикл взаимного обвинения и дистанцирования.

Сессия на второй стадии терапии

(Эта сессия приводится в неотредактированном виде; она была проведена и записана во время обучающего семинара по ЭТФ). Цель терапевта заключалась в том, чтобы вдохновить Йона больше вовлекаться в отношения и помочь Беатрисе открыться и встретиться со своими потребностями и страхами привязанности, чтобы она смогла смягчиться и войти в контакт со своим партнером.

После нескольких минут вводной дискуссии и рассаживания Йон смог обсудить то, как он накануне вечером поделился с женой своим опасением, что у него, как и у их дочери, есть проблемы с обучением, что объяснило бы его трудности на работе. Она оценила его готовность и способность это сделать.

Терапевт. То есть вы оказались в состоянии обойти привычные паттерны «каждый за стенкой» и «бить и защищаться» и по-настоящему поговорить. *(Оба согласно кивают.)* Вы смогли выйти из того, с чем мы имели дело в ваших отношениях. Паттерн, как вы его описали, выглядит так: «Йон, вы, в конце концов, чувствуете себя сытым по горло и теряете надежду... потом становитесь раздражительным или закрываетесь, замираете, да? *(Тот кивает.)* Хотя на самом деле вам нужны утешение и поддержка, но попросить о них Беатрису очень

трудно. И, тогда Беатриса, вы смотрите на происходящее и понимаете это так: вы для Йона не важны, поэтому начинаете злиться и «выбивать» из него реакцию. *(Она утвердительно кивает.)* Но в последнее время вы тоже старались закрыться, ведь это очень трудно, нуждаться в ком-то, кто так далеко. Да? *(Кивает.)* И тогда обоим становится одиноко и страшно. Умирать от одиночества, лежа в одной постели, как вы это описали на прошлой сессии».

Терапевт дает обобщенное описание цикла и стоящих за ним чувств, контакт с которыми был установлен на прошлых сессиях.

Йон. Да, и затем я набираюсь смелости и пробую приблизиться совсем чуть-чуть, на шагок. *(Роняет руки в жесте бессилия.)*

Терапевт. Беатриса не уверена. Она вам не доверяет, не доверяет вашему приближению, и она отодвигается.

Беатриса. У нас нет связи на эмоциональном уровне, поэтому когда он чуть-чуть рискует, реакции нет.

Терапевт. Вы не чувствуете себя в достаточной безопасности, чтобы откликнуться, так что вы выбираете безопасность и остаетесь за своей стенкой? *(Она соглашается.)* Но вчера вечером дела пошли немного иначе. Йон смог довериться вам и рассказать о том, как ему трудно на работе. Он рискнул, и вы почувствовали, что он «впускает вас», и вы это оценили.

Беатриса. Да, он рискнул. Это был риск, потому что его могли раскритиковать за слабость, за трудности в обучении.

Терапевт. Он впустил вас, и вы это увидели и были в состоянии отозваться. Вы оценили, что он пошел на этот риск.

Терапевт усиливает и высвечивает исключение из цикла – отзывчивость.

Йон *(Беатрисе).* Да. Ты слушала и не начала меня обвинять или критиковать.

Беатриса. А с чего бы я начала тебя винить?

Йон *(обхватывает голову руками и глубоко всхлипывает).*

Терапевт *(делает паузу, наклоняется вперед, подает Йону салфетку, ждет, затем мягко говорит).* Вы очень, очень пере-

живали из-за этого, верно? Вы были очень напуганы. (*Тот кивает.*) Вам плохо оттого, что вы никак не справитесь с работой, вы боялись, что Беатриса будет осуждать вас и говорить, как она в вас разочарована, да? (*Он кивает; обращаясь к Беатрисе.*) Вы знали, какой это риск для Йона, так разоткровенничаться?

Беатриса (*с наворачивающимися слезами*). Ну да, догадываюсь, сейчас понимаю, я думаю, ему было страшно.

Терапевт (*Йону*). Чего вы боялись больше всего, Йон, что самое страшное могло случиться? Что она могла бы сказать в самом плохом случае? Вы бы рискнули, а она бы сказала?

Пробуждающий вопрос, направленный на высвечивание страха.

Йон (*плачет*). Она бы сказала: «Неудивительно, что ребенок не умеет читать, раз с тобой что-то не в порядке».

Терапевт. Это потребовало большой смелости, было так страшно. (*Признание.*)

Йон. Думаю, у меня не было другого выбора.

Терапевт. О, у вас были другие варианты – замкнуться в себе, избегать или стать раздражительным. Но вы набрались мужества и вложились в создание связи с женой. Вы потянулись за тем, в чем нуждаетесь, хотя и было страшно. (*Признание и подтверждение.*)

Беатриса (*пожимает плечами*). Мы сближаемся через разговор о ребенке... всегда так.

Терапевт. Да, о ребенке говорить легче. Но, Йон, вы держались настороже, опасались, с ужасом ждали, что услышите от Беатрисы слова неодобрения в ваш адрес, что она сочтет вас неполноценным... и все равно вы поделились с ней, несмотря на страх увидеть?..

Терапевт продолжает фокусироваться на его движении к жене и его страхе. Усиливает страх и признает мужество.

Йон (*очень тихо, почти неслышно*). Презрение – да. (*Долгое молчание.*) Или что-то вроде этого.

Терапевт. Вы приблизитесь к ней, а она в ответ будет вас презирать, даст понять, что ошиблась в вас, что вы недостаточно хороши.

(Тот плачет и кивает.) И вам остается только толочь воду в ступе. *(Образ с прошлой сессии.)* И это часть депрессии. Так трудно принять, что работа дается вам слишком тяжело, что вы, возможно, для нее не годитесь. На работе вы каждый день боретесь с возможностью провала, и вам страшно, что Беатриса не сможет это принять, а когда вы приходите домой и вам хочется приблизиться к ней, вы боитесь ее осуждения, ее презрения.

Терапевт сводит в единую картину дилемму с работой, депрессию и страх презрения жены. По мере того как терапевт и клиент снова проходят через эту сцену, ситуация развивается дальше.

Беатриса *(Йону)*. Я с тобой оказываюсь в определенной роли, но я не твой тиран-отец, знаешь ли!

Йон. При чем тут мой отец?

Терапевт. Мы говорили об обстановке, в которой вы оба выросли, что у вас у обоих есть эти больные места, чувствительные точки, особенно те, что связаны с ощущением, что тебя оценивают или говорят тебе, что ты почему-то недостоин любви. *(Оба кивают.)* И это больные места. Иногда они начинают ныть прямо тут, когда вы друг с другом. И тогда, когда вам нужен комфорт и утешение, вам очень трудно обратиться за этим к друг к другу. Сейчас, когда вы боретесь с трудностями на работе, вы отчаянно нуждаетесь в поддержке Беатрисы, да, Йон? *(Он кивает; фокусировка на его уязвимости – сильной потребности в поддержке и чувствительности)*. И вот вам так трудно с ней поделиться, приблизиться к ней. *(Тихим голосом.)* Вам так страшно, что вы посмотрите на нее и увидите на ее лице выражение разочарования, что она оценивает вас как недостаточно хорошего мужа. *(Он плачет.)* И это вас останавливает, заставляет замирать, замораживает. *(Увязывает страх с позицией в танце отношений.)* Но потом Беатриса тоже не может вас найти, и, как она сказала на прошлой сессии, когда она не может вас найти, она начинает думать: «Я не важна для него. Так что не стоит и пытаться». *(Увязывает страх и отстранение в цикле.)*

Беатриса. Это порочный круг.

Йон. Да, это цикл... и мы в нем застряли.

Терапевт. Но вы начинаете из него выбираться. Это рискованно, трудно. Но вы умеете бороться. *(Признание.)* Вы приехали сюда, в Канаду, вдвоем, оставив знакомую жизнь, и боролись, чтобы выжить. Но вам нужна взаимная поддержка, верно? *(Оба кивают.)* Йон, вы думаете, Беатриса понимает, как вам страшно говорить с ней об этих вещах? И что вы замыкаетесь в себе и выключаетесь *(повторение образов прошлой сессии)*, когда вам становится страшно, что она осудит вас, выкажет презрение? *(Возвращение, повторная фокусировка, повторение, у него льются слезы.)* И это сдерживает вас, удерживает от движения к ней. *(Терапевт обращается к Беатрисе.)* И тогда вы говорите себе, как вы нам сказали в прошлый раз: «Я для него вообще ничего не значу, не стоит и пытаться». *(Беатриса согласно кивает.)* Но на самом деле он держится на расстоянии, потому что боится приблизиться к вам, довериться вам, потому что вы и то, что вы о нем думаете, невероятно важно. *(Переформулирование.)*

Беатриса. Э... *(Она смотрит на Йона, поворачивает и наклоняет голову в сторону, удивленно поднимает бровь, как делают люди, когда сталкиваются с чем-то новым и «примеривают» это на себя. Мы называем такую реакцию «собака слушает радио».)* Гм, да, гм... Я никогда об этом так не думала. Да, это порочный круг.

Терапевт. Но вы выбираетесь из него. Он вас не полностью захватил. Как вы считаете, Йон, понимает ли Беатриса на самом деле, как вам страшно к ней приблизиться, поговорить, сказать ей о своих заботах, страхах и желаниях?

Йон. Это важный момент. Вчерашняя ночь и сессии вроде этой. *(Поворачивается к Беатрисе, становится встревоженным.)* А раньше, если бы я попытался заговорить, ты бы отмахнулась от меня *(отмахивается рукой)* и сказала бы: «Ну, просто постарайся на работе и исправь это, сам исправь то, что с тобой не так». Но я не могу это «просто исправить». Не могу. *(Снова плачет.)*

Беатриса *(тихим голосом)*. Вряд ли я говорила такое, не так, по

крайней мере. Но я не понимала, Йон, у меня и в мыслях не было. Ты просто выглядел раздраженным и...

Терапевт (*Беатрисе*). Вы говорите – не знаю, правильно ли я вас поняла: «Это ты меня не подпускал». (*Она соглашается.*) Так что я не видела, как тебе больно». Верно?

Беатриса. Да, я давала практические советы, как мне казалось.

Терапевт. А Йону, возможно, нужны были утешение и эмоциональная поддержка.

Йон (*очень тихо*). Этого просто не было, вообще всегда не хватало.

Терапевт (*Йону*). И вы не знали, как попросить о поддержке. Вам нужно было безопасное место, и было так трудно сказать Беатрисе, как безнадежно и беспомощно вы чувствовали себя на работе. Вы не ощущали себя уверенным и «на своем месте» нигде. (*Повторяет слова клиента с предыдущей сессии.*)

Йон. Ну, сейчас она пытается слушать, но...

Терапевт. Вы не могли бы развернуть стул и посмотреть на нее? (*Он делает это.*) Можете помочь ей понять, что вы чувствуете прямо сейчас? Каково это, бояться, что она осудит вас, как этот страх сдерживает вас, парализует, можете? (*Организация инсценировки, пробуждающие образы.*)

Йон. Мне очень трудно тебе рассказать. (*Долгая пауза, очень тихо.*) Представь себе, когда я хожу на работу, последние несколько лет у меня болит живот, меня трясет, мутит, я делаю работу дольше других – это... это унижительно.

Беатриса (*наклоняется вперед*). Унижительно?

Йон (*плачет*). Как будто я глупый...

Терапевт. Вы осуждаете себя, Йон, да? Вы думаете, вы должны быть в состоянии справляться, и ее осуждения тоже боитесь?

Йон. По-хорошему, я не должен был там быть, я не подхожу.

Терапевт. Да, и когда вы чувствуете себя маленьким и «униженным», как будто вы все проваливаете, должно быть очень тяжело попросить у жены особой помощи и утешения?

Йон. Да, да, как я могу просить, когда, когда...

Терапевт. Когда я даже этого не заслуживаю, когда я все провалил? (*Он кивает и плачет.*)

Беатриса. Но тогда я не знаю, ты оставляешь меня снаружи. У меня нет шанса помочь.

Терапевт. Вы бы хотели помочь? *(Она кивает.)* Вы слышите, Йон? Так трудно попросить Беатрису увидеть вашу боль, когда вы сами с трудом можете принять то, что эта работа вам так тяжело дается. *(Отражение его ощущения неправомерности и его самообвинений. Повторение.)*

Йон. Да, я не могу. *(Долгая пауза.)* И я привожу ей перечень возможных решений, идей о новой карьере, а она просто бесится. Я слышу презрение в ее голосе и становлюсь все меньше и меньше.

Беатриса. Я взбесилась только, когда ты сказал, что хочешь стать продавцом.

Терапевт *(удерживая фокус).* Вы говорите Беатрисе, что замыкаетесь в себе, потому что говорить об этом ужасно, потому что есть риск столкнуться с ее презрением. Эта часть вас думает, что вы, возможно, этого заслуживаете? *(Она кивает.)* Вы не вправе просить, да? *(Она кивает.)* А вы в этом отчаянно нуждаетесь. *(Отражение, эмпатическое предположение.)*

Йон. Я не могу сделать это без нее, я не могу. *(Плачет.)*

Терапевт Можете сказать ей об этом? *(Запускает инсценировку.)*

Йон *(мотает головой, смотрит в пол).*

Терапевт. Так трудно сказать ей. Вам так сильно нужна ее помощь, вам больно, вы прижаты к стенке и вам нужно, чтобы жена пришла и встала рядом с вами, да? *(Она кивает и умоляюще смотрит на нее.)* И вам ужасно страшно попросить. *(Использует невербальные сигналы для усиления.)* Вы слышите его, Беатриса? Что происходит с вами, когда он говорит, что нуждается в вашей помощи?

Беатриса. Я чувствую, я чувствую себя *(смотрит на стену, пауза)* приободренной, как будто это путь к тому, чтобы снова сблизиться, делиться чем-то, да. Я так долго чувствовала, что меня не подпускают.

Терапевт. Это вдохновляет, укрепляет вас в мысли, что вы для него важны, что он может рискнуть, даже если боится, что он нуждается в вас?

Йон *(смотрит на Беатрису).* Я хочу сблизиться с тобой, мне нужно твое участие. Может быть, мы тогда смогли бы построить...

Терапевт. Эй, Йон, вы уже сближаетесь, хотя это и трудно, вы

рискуете, тянетесь к жене. (*Признание. Он улыбается.*) Что это значит для вас, говорить ей это?

Йон (*с улыбкой*). Ободряюще.

Терапевт. Беатриса, я будто слышу, что вы говорите Йону: «Я хочу быть с тобой». Это так? (*Она кивает.*) Итак, можете сказать ей, Йон, что помогло бы вам, что вам нужно? (*Пробуждающее отражение и подготовка инсценировки.*)

Беатриса (*Йону*). Я чувствую близость, когда ты делишься своими чувствами.

Терапевт. Это бесценно для вас, потому что при этом вы чувствуете себя важной для него и вам не так одиноко, да? (*Эмпатическое предположение. Усиление.*)

Беатриса. Никто в наших семьях никогда не делился чувствами. Для нас это нечто чуждое.

Терапевт (*Йону*). Действует ли это ободряюще, Йон, рисковать вот так и видеть, что самые страшные опасения не оправдались? Она не осуждает вас, вместо этого ее лицо становится нежным, она говорит, что чувствует близость, что она хочет быть с вами, для вас. (*Он оживленно кивает.*) Слышите ее, Йон? Что с вами происходит? (*Пробуждающие вопросы и высказывания. Отражение процесса – усиление процесса.*)

Йон (*наклоняется к жене, говорит очень тихим голосом*). Да, это чудесно, это то, что мне нужно. Это настолько все меняет, мне тоже было одиноко, нам обоим было.

Беатриса. Да, и его и мои родители начали бы судить, так было в наших семьях. Ты не мог сказать своей маме ничего подобного, и я думаю, что если бы тебя воспитывали по-другому...

Терапевт (*останавливает и повторно фокусирует*). Я вас остановлю на минутку, Беатриса? Я хотела бы остановиться на этом ненадолго. Итак, Йон, можете сказать Беатрисе, что вам нужно от нее? Мы говорили о том, как вы чувствуете себя разбитым, когда приходите домой, и как вы выключаетесь, и тогда Беатриса не видит ничего, кроме дистантного придирчивого человека, и тогда она тоже замыкается в себе. (*Отражение цикла, запуск инсценировки.*) Можете сказать ей?

Йон. Да. (*Поворачивается к ней.*) Я боюсь говорить, могу сорваться, так что я выстраиваю стену вокруг плохих чувств, чтобы справиться.

Терапевт. И тогда она не видит ничего, кроме стены. *(Он кивает.)*

Но если бы вы добились ее помощи, ее поддержки, когда приходите домой, как она могла бы помочь вам? Чего вам хочется, Йон, в такой момент? Если бы вы могли показать Беатрисе, как много она для вас значит, как сильно вы в ней нуждаетесь? *(Пробуждающие вопросы. Усиление.)* Вы в так стараетесь на работе, от которой вам физически дурно, вы боретесь с депрессией, вы боретесь за отношения, это, правда, много. О чем бы вам хотелось попросить? *(Признание, подготовка инсценировки. Терапевт жестами указывает на нее.)*

Йон *(очень медленно)*. Я думаю, настоящие объятия – это бы было, может быть, то, что надо.

Терапевт. Побывать в объятиях?

Йон. Да-да. Если мы сейчас обнимаемся, это бывает очень коротко, урывками. Нет, настоящие объятия, когда я чувствую, что она хочет меня обнять, что она именно это имеет в виду, настоящие объятия меня правда утешили бы, да.

Беатриса. Но я не суперженщина, знаешь, и я не супернежная, это не мое. Должен быть какой-то контакт, тут мне нужна помощь.

Терапевт. Да, верно. Он должен быть в состоянии попросить, сказать вам, чего хочет.

Беатриса. Некоторые женщины так могут, они просто излучают нежность и заботу.

Терапевт. Правда? Да, ну, может быть, но я всегда исхожу из того, что партнеры должны быть в состоянии рискнуть и попросить, и попросить явно, а не скрыто или двусмысленно. Угадывать очень трудно, вы тоже чувствовали, что вас не впускают. *(Она со слезами кивает. Признание.)* Йон, вы говорите, что вам нужно, чтобы вас обняли, чувствовать себя в безопасности, быть утешенным женой, знать, что она с вами, да?

Йон. Да, но у нас много дел и обязанностей, и она работает по вечерам, мне бы получить какой-то знак, что она хочет провести со мной время. Но я тогда держался на дистанции.

Терапевт *(повторно фокусируется)*. Могу я вернуться? Можете попросить ее обнять вас, Йон?

Йон. Это трудно. А что если ей не до того и она не хочет? *(Роняет руки.)*

Терапевт. Можете сказать ей: «Мне очень трудно подойти к тебе и попросить меня обнять, почувствовать, что я заслуживаю этого, чувствовать это, рискнуть с тобой, рискнуть, что ты ответишь мне с презрением»? (*Пробуждающее отражение/ интеграция его позиции – запуск инсценировки.*)

Йон (*поворачивается к ней, более уверенным тоном*). Мне так трудно просить, потому что я говорю себе: «На меня посмотрят с каменным лицом, отмахнутся, это очень страшно. Пусть как-нибудь само образуется».

Терапевт (*мягко*). «Если бы только мне не нужно было просить». (*Все смеются.*) Может быть, всем было бы хорошо, но... (*Пауза.*) Каково это было, сказать ей об этом? (*Пробуждающий вопрос.*)

Йон. Ну, было не так уж трудно, может, все не так уж плохо. (*Улыбается.*)

Терапевт (*Беатрисе*). Вы ему верите? Потому что в другие разы я видела, что Йон рисковал, но вы говорили «не верю», да?

Беатриса. Да, да, я верю ему. Я вижу, что ему страшно быть отвергнутым. Я вижу, что обращалась с ним холодно.

Йон. Так и есть, и тогда я себе говорил «а зачем пытаться? С чего я буду подавать какие-то знаки?» Даже сейчас голова говорит мне: «Забудь об этом».

Терапевт. Да, потому что если мы уязвимы и если тянемся к другому, а тот не отвечает, его там нет, нам становится еще хуже. (*Йон: «Да, да».*) Потому замкнуться в себе проще, проще защититься, да так, что трудно даже рискнуть и попросить себя обнять, когда приходишь домой (*признание*), попросить ее о поддержке и утешении.

Йон. Я могу попробовать, сейчас, может быть, я могу попробовать.

Терапевт. Да. Что происходит с вами, Беатриса, когда вы слышите это? Что происходит с вами, когда Йон говорит вам, что он хотел бы прийти и сказать: «Беатриса, мне так страшно приближаться к тебе, я весь день боролся, и мне нужно, чтобы ты обняла меня и подержала»? Что происходит с вами, когда вы слышите, как сильно он нуждается в вас и что ему так страшно просить? (*Она смотрит в пол.*) Можете посмотреть на него прямо сейчас, Беатриса? (*Он пристально смотрит на нее со слезами в глазах. Усиление, пробуждение движения к*

Йону – вовлечение. Пробуждающий вопрос.)

Беатриса (*смотрит на него, долгая пауза*). Это грустно. Это так грустно.

Йон (*очень-очень тихо*). Этот страх основан на опыте, Беатриса, меня отвергали и отвергали...

Беатриса (*со слезами, тоже очень тихо*). Да, я знаю, но я чувствовала себя вычеркнутой из твоей жизни, исключенной. Я злилась, а потом сдалась.

Йон (*тянется к ее руке*). Я знаю, я знаю, я не понимал.

Терапевт. Беатриса, кончилось тем, что вы стали чувствовать себя ничего не значащей, исключенной из его жизни, так что когда он начал подавать маленькие знаки того, что он в вас нуждается, вам было так обидно, вы были так расстроены, что не замечали их, не могли им доверять, не могли отозваться. И тогда вы, Йон, чувствовали, что вас отвергают. (*Признание, отражение мини-цикла отвержения – это на самом деле происходило на прошлых сессиях.*) И теперь, когда он просит, вы чувствуете грусть. Вы хотите, чтобы он был в состоянии попросить? (*Отражение, пробуждающий вопрос.*)

Беатриса. Да, я хотела бы, чтобы он не закрывался, чтобы был открытым.

Терапевт. Вы говорите: «Если ты рискнешь и останешься открытым, это поможет мне отозваться, но когда я чувствую, что меня задвигают в сторону, тогда я защищаю себя и «каменею». Это так, я правильно понимаю? (*Отражение процесса – шагов в танце привязанности.*)

Беатриса. Да, точно, именно это я наблюдаю у себя.

Терапевт. Можете сказать ему о своей грусти в те моменты, когда он говорит: «Мне так страшно приближаться к тебе, когда мне это нужно?» (*Пробуждающий отклик – подготовка инсценировки.*)

Беатриса (*поворачивается к Йону*). Это грустно, так грустно. То, что тебе страшно приблизиться ко мне, так что я не могу тебя утешить, мне это тоже нужно, знаешь ли, конечно нужно.

Йон (*улыбается ей, подается вперед*). Ну, мы не могли... может, сейчас.

Терапевт (*Беатрисе*). Вы хотели бы утешить его. (*Беатриса соглашается.*) И хотели бы, чтобы и к нему можно было

прийти за утешением? Да? *(Она соглашается и улыбается ему.)* Во всей этой череде депрессий, неподходящих работ и неуверенности в отношениях вы на какой-то момент потеряли друг друга, да – оба испугались, поссорились, а потом замкнулись и стали защищать самих себя. *(Отражение, интеграция, обобщение ситуации и эмоциональных реакций.)*

Беатриса. Да, я чувствую себя, как перевернувшийся жук, болтаю лапками в воздухе и не в состоянии перевернуться. Я не знаю, как сдвинуться.

Терапевт. Гм, да, и вы, Йон, подталкиваете ее тем, что просите ее, рискуете, пытаетесь сблизиться, пытаетесь ее перевернуть, помочь ей перевернуться, чтобы она смогла двигаться, да? *(Использование образов, усиливающих драматический момент их танца. Терапевт берет образ на заметку для следующих сессий. Супруги смеются.)* Но это настоящий образ того, как вы чувствуете себя в этом цикле, да? Беспомощная. Застряла.

Беатриса. Мне нужно, чтобы меня подталкивали. Правда.

Терапевт. Мы говорим о том, как вы оба можете помочь друг другу выйти из цикла, который держит каждого из вас в состоянии грусти и одиночества. Беатриса, вы говорите: «Не оставляй меня одну без помощи, перевернутой, замерзшей и застрявшей, приди ко мне». А вы, Йон, вы говорите: «Когда я тону, я хочу протянуть к тебе руку и получить поддержку». *(Оба соглашаются.)* Оба вы нуждаетесь в поддержке. *(Пробуждающее обобщение позиций с использованием первичных эмоций.)*

Беатриса. Да, да, да. Я замыкаюсь так, что не решаюсь задать вопрос. Он увидит в этом нападение, даже если его там нет. Так что я перестала спрашивать. И вот так, наверное, мы остаемся в одиночестве.

Терапевт. Верно, вы оба настороже. Вы говорите Йону, что если бы он мог сказать вам: «Сегодня был такой трудный день, и ты мне нужна, меня нужно обнять», – это бы помогло. Вы говорите ему, что он должен сказать, попросить, тогда вы почувствуете себя хорошо и будете уверены, что вы для него важны, да? *(Отражение возможного сценария безопасной связи, отражение и признание ее чувств.)*

Беатриса. Да, я хочу чтобы это росло – открытость. Мне нужна эмоциональная близость.

Йон. Может, мы теперь сможем ее создать.

Терапевт. Ну, вы *уже* ее создаете. Вы настолько продвинулись со времени первой сессии! Вы стали настолько более открытыми и мягкими друг с другом! (*Признание и подтверждение.*)

Йон. Она намного больше улыбается.

Беатриса (*улыбается ему*). Да, если я чувствую близость, легче обниматься. Мужчины думают, что ты сначала обнимаешься, а потом сближаешься, но...

Йон. Ну, давай встретимся посередине.

Терапевт. Мы говорим про очень особый вид объятий – объятия, в которых чувствуешь себя в безопасности и можешь снова начать доверять. Йон сказал, что ему нужно чувствовать ваши руки, обнимающие его, быть в ваших руках.

Йон. Да, когда я чувствую, что совсем один, на меня наваливается депрессия.

Терапевт. Итак, Йон, вы говорите жене: «Когда я прихожу домой, мне нужно физически ощущать тебя рядом, быть в твоих объятиях». (*Он кивает.*) Можете сказать ей об этом? (*Инсценировка.*)

Йон (*Беатрисе*). Когда я прихожу домой, мне нужна близость. Я этого очень хочу, мне это необходимо (слезы)

Терапевт. Слышите его, Беатриса?

Беатриса. Да. Это как трещина в скорлупе. Он раскрывается для меня и для самого себя.

Терапевт. И это требует такого большого мужества. (*Признание.*)

Беатриса. Да, так он сможет что-то сделать с проблемами на работе. И это нам тоже поможет.

Терапевт. То есть то, как он открывается и рискует, вызывает у вас уважение? Можете сказать ему об этом?

Беатриса. Я очень это уважаю. То, как ты готов заглянуть внутрь себя и рискнуть со мной. Быть в состоянии просить, это очень важно, и еще я восхищаюсь тем, как ты борешься с чувством, что ты недостаточно хорош и не годишься для этой работы.

Терапевт. У вас обоих хорошо получается. Думаю, сейчас нам надо остановиться. Я бы хотела, чтобы на этой неделе вы обсудили эту сессию как минимум дважды, минут по 20, если получится. Я очень ценю, как напряженно вы работали и как часто на этой сессии вы «впускали» меня. Вы оба проявляете

такую заинтересованность в отношениях и такое мужество! Спасибо, что так напряженно работаете вместе со мной.

Сессии, на которых происходят поворотные события, такие как это повторное вовлечение отстраняющегося партнера, обычно намного более сфокусированы и директивны, чем другие сессии ЭТФ. Как правило, они включают в себя больше инсценировок, и эти инсценировки особенно значимы для создания изменений. Эта пара, хотя и была в состоянии большого стресса к моменту обращения к терапевту, сумела создать с ним хороший контакт и была заинтересована в сохранении отношений.

Тем не менее после этой сессии Беатриса решила, что она все-таки не может доверять Йону. Она отметила: «Я знаю, что бешусь и захлопываю перед ним дверь и не реагирую, когда он стучится. Но я не верю его приглашениям к близости». Он же сказал, что «опять уворачивался от стрел», но, тем не менее, смог сказать ей: «Не сдавайся, не опускай рук, Беатриса, я борюсь за отношения». Постепенно Беатриса начала собственное продвижение по шагам ЭТФ, от пятого к седьмому, и преодолела кризис доверия. Она смогла встретиться со страхом снова пережить боль, а также полнее исследовать свое ощущение, вынесенное из родительской семьи, где быть уязвимой означало быть постоянно наказываемой и презираемой. Она начала обращаться к мужу за поддержкой.

В результате прогресса, достигнутого парой, Йон смог принять определенные решения, связанные с работой, и изучить альтернативные возможности в профессии, что позволило ему заняться более комфортными для него заданиями. Беатриса продолжала исследовать недостаток надежной привязанности в ее родительской семье и то, как любовь для нее всегда была связана с достижениями и успехом. Ее тенденция осуждать и устанавливать высокую планку для себя и Йона также была исследована. Йон смог утешить и поддержать ее, когда она оплакивала недостаток надежной привязанности в своей юности, но ей было очень трудно позволить ему сделать это. Он мог сказать, например: «Твоя боль – это моя боль. Я хочу, чтобы ты позволила мне поддержать и утешить тебя,пусти меня, и я позабочусь о тебе». Она отвечала: «Но очень трудно снять броню, я не представляю, как жить без нее». Ключевым моментом в ее процессе смягчения стал эпизод, в котором она заговорила о «голосе осмотрительности»,

убеждавшем ее держать Йона на расстоянии. Затем я углубилась в описание той истории, которую она рассказала в ответ на мои вопросы о том, был ли у нее когда-нибудь опыт любящей, надежной привязанности. Она рассказала, что такие отношения были у нее с бабушкой и длились недолго; бабушка была ее «ангелом». Несколько минут мы обсуждали бабушку и ее отношения с Беатрисой, чтобы воспоминание «ожило» и стало осязаемым. Затем я спросила ее, что сказала бы бабушка о том, стоит ли доверять Йону, если бы Беатриса сейчас могла с ней поговорить. Что сказала бы бабушка о том, подпускать ли его ближе, позволять ли себе, вопреки семейным посланиям и социальным влияниям, зависеть от него? С большим чувством Беатриса ответила: «Она сказала бы: Доверяй ему, попробуй, он мягкий, он тебя не обидит и не будет злоупотреблять твоим доверием». Это, по-видимому, стало поворотной точкой в процессе ее смягчения.

Следующую сессию пара начала с рассказа о том, как они смогли ночью держать друг друга в объятиях и при этом чувствовали себя намного «безопаснее и ближе». Они также говорили о достаточной уверенности, которая позволяла им приближаться друг к другу и просить о близости. Мое предположение, что они сейчас переходят к стадии консолидации ЭТФ, подтвердилось, когда они начали говорить о пережитом ими «всплеске негатива». Йон почувствовал, что Беатриса вдруг стала «холодной и требовательной», и он, вместо того чтобы отстраниться, решил выразить свое ощущение, что его обвиняют, и накотивший на него страх, что он «все развалил и никогда не исправит». Он начал с того, что отправил ей письмо по электронной почте, а затем продолжил диалог лицом к лицу. Беатриса сначала восприняла это как «борьбу за власть: он хочет делать, что ему вздумается, он хочет иметь право ходить, куда ему захочется, и развлекаться. А я как всегда не в счет». Но потом, вместо того чтобы застрять на этом, она начала вслушиваться в то, как он расстроен и каким беспомощным себя чувствует, и осознала, что это очень ее тревожит. Она смогла решиться сказать ему: «Мне страшно». Она пояснила: страшно, что вернется его депрессия, и тогда он опять от нее отстранится; что он сдастся и перестанет заниматься восстановлением отношений. Затем она сказала, что этот момент, когда она подошла к Йону и дала ему понять, как ей страшно («Я сказала ему, что вся дрожу»), был «щелчком, после которого все изменилось». Он смог утешить и успокоить ее, и затем они смогли поговорить о том, что случилось, и сбли-

зиться. По ее ощущениям это было «чудо». «Его броня исчезла, он был нежным», – продолжила она. Йон подтвердил, что при виде ее страха его тревога «выключилась» и проснулось желание позаботиться о ней и защитить ее. Они также говорили о том, как то, что они сейчас делают, идет вразрез с их воспитанием, согласно которому никогда не следовало демонстрировать слабость и сближаться с партнером.

Затем я подтвердила их умение по-новому справляться со страхами привязанности и выходить за пределы привычного цикла. Мы проговорили и то, как очень короткий инцидент, один штрих, вырос в целую картину, из-за их тревог, бдительного внимания к признакам опасности и влияния прошлого негативного опыта «застревания» в цикле. Я также усилила и признала их попытку выйти из этого цикла и приблизиться друг к другу таким образом, чтобы восстановить контакт. Пара согласилась продолжать активно работать над безопасностью в отношениях, обнимать друг друга и делиться между собой пережитыми в течение дня моментами – как близости, так и страха. Растущая безопасность и близость между ними были ощутимыми и продолжали расти в ходе следующих сессий фазы консолидации.

Эта пара работала интенсивно и сфокусированно. Процесс, описанный выше, происходил на двенадцатой сессии. Такое возможно не с каждой парой; некоторым нужно двигаться в более медленном темпе и не столь «прямолинейно». Отношения этой пары были на грани разрыва, и это очень мотивировало. Депрессия мужчины и трудности с работой усилили проблемы в браке, но они же повышали мотивацию супругов решать эти проблемы. Данная пара была интересна еще и тем, что оба супруга происходили из очень традиционной и авторитарной культуры, ценности которой противоречат предпосылкам, способствующим развитию надежной привязанности; в терапии данные вопросы следует признавать и прорабатывать. Хотя надежная привязанность была «неведомой территорией» (исключения составляют отношения Беатрисы с бабушкой), они описывали себя как доступных и отзывчивых со своими собственными детьми, и собственные потребности супругов и страхи привязанности, которыми их снабдила природа, были доступны и служили ориентиром для обновления их отношений. В результате терапии депрессия Йона уменьшилась. Вышеприведенная сессия служит хорошим примером очень сфокусированной работы и использования инсценировок в ходе поворотных событий ЭФТ.

ЭПИЛОГ

Мы работали над первым изданием этой книги в надежде, что оно внесет весомый вклад в развитие супружеской и семейной терапии. Развитие, действительно, происходит; в частности, за последнее десятилетие произошел огромный рост в использовании интервенций, предназначенных для работы с парами (Johnson & Lebow, 2000). В течение семи лет, прошедших со времени выхода первого издания книги, ЭФТ также развивалась. Подход получил большую известность, он продолжает совершенствоваться и использоваться со все более разнообразными группами населения. Мы верим, что ЭФТ вносит значительный вклад в развитие супружеской терапии. Сейчас ЭФТ является предметом, включенным в профессиональную аттестацию по многим дисциплинам в области психического здоровья и получает все большее признание как одно из направлений основного течения в терапии пар. Частично это объясняется изменениями, происходящими с самой супружеской и семейной терапией; эта область становится все более солидарной с основанной на переживании философией ЭФТ. Терапия пар сильнее ориентируется на сотрудничество и работу с эмоциями и принимает в расчет проводимые исследования взрослых любовных отношений и отношений привязанности. Кроме того, данная область становится более интегративной (Lebow, 1997); системная точка зрения теперь не обязательно исключает внимание к внутренним переживаниям клиентов.

ЭФТ вошла в основное течение супружеской терапии еще и благодаря тому, что в этой области меняется отношение к исследованиям: пришло осознание необходимости эмпирического подтверждения применяемых техник; эмпиризм перестал считаться врагом современности, которому должно противостоять во что бы то ни было. В дисциплинах, занимающихся пониманием и восстановлением сложных семейных отношений, нам необходима всесторонняя помощь – здесь

оказываются полезными изучение отдельных случаев, клинические наблюдения, а также исследования процессов изменения отношений и вклад в них специфических интервенций. Семейная и супружеская терапия в силу необходимости начала соединять и примирять искусство и науку (Johnson, 2003d).

Второе издание книги, подобно первому, было составлено для начинающих терапевтов, один из которых однажды сказал: «Я знаю, как соприкоснуться с эмоциями клиента, но не знаю, что дальше с этим делать». И мы вновь надеемся, что, прочтя эту книгу, терапевты получат четкое понимание, как обращаться к эмоциям и с эмоциями и как использовать их в инсценировках для изменения ключевых паттернов взаимодействия в близких отношениях. Эта книга написана также для более опытных терапевтов в надежде, что ЭФТ углубит их мудрость и усовершенствует мастерство. Книга адресована терапевтам, относящимся к своей работе как к искусству, и к тем, кто опирается в терапии на научную точку зрения.

Также как и вся область супружеской и семейной терапии и как наше понимание и изучение привязанности, ЭФТ и ЭФСТ продолжают расти и развиваться. Два перспективных и вдохновляющих направления для дальнейшего роста и развития – это продолжение исследований процессов изменения в ЭФТ и применение ЭФТ к различным группам населения. С тех пор как в семейной и супружеской терапии появилось описание процессов и особых моментов изменения, специалисты этой области мечтали о том, чтобы наглядно показать, каким образом происходящее в терапии влияет на ключевые элементы отношений, а затем ясно определить, что делать терапевту для создания изменений. Наконец-то мы приходим к этому.

Использование ЭФТ при работе с различными группами населения – это еще один ключевой момент в развитии данной модели. ЭФТ практикуют и изучают с различными типами пар, например с пожилыми, однополыми парами, с парами, столкнувшимися с хроническими и онкологическими заболеваниями, с ПТСР и депрессией. ЭФТ обучают и обучаются в разных странах, включая Финляндию, Австралию, Тайвань и Китай. Вероятно, подобное многообразие становится возможным потому, что данный подход обращается к универсальным аспектам человеческого опыта, а именно, к эмоциям и отношениям привязанности, и еще потому, что сам метод основан на уважении и сотрудничестве. Поэтому данная модель легко приспособ-

бляема к самым различным ситуациям. Напомним, что в послесловии к первому изданию мы подчеркивали силу такой интервенции, как признание, подтверждение, и тот факт, что быть услышанным и принятым сначала терапевтом, а потом партнером по близким отношениям само по себе является трансформирующим событием, вызывающим изменения. Позиция клиента, включающая намерение и способность доверять, и готовность терапевта, скорее, учиться у клиента, нежели занимать экспертную позицию по отношению к его внутреннему опыту или созданию его близких отношений, позволяет применять ЭФТ к самым разным клиентам с самыми разнообразными взглядами на жизнь.

Каковы сильные стороны ЭФТ? Отметим два ключевых элемента, относительно которых у нас сейчас значительно больше понимания и ясности, чем в 1982 году, когда ЭФТ только появилась, – это фокус на эмоциях и привязанности. Для нас всегда было очевидно, что в терапевтической модели, обращающейся к самой мощной эмоциональной связи, создаваемой людьми, наиболее естественным, прямым и базовым способом для достижения изменений является получение нового эмоционального опыта в значимых отношениях. И действительно, часто единственный путь к устойчивым изменениям состоит в том, чтобы создать «различие, порождающее различие»¹. Даже после 20 лет практики сила, содержащаяся в подключении к эмоциональным процессам и в использовании их для создания новых позиций во взаимодействии, не перестает удивлять и завораживать. В этом заключен глубокий смысл, если принять в расчет тот факт, что именно эмоциональные сигналы организуют нашу внутреннюю реальность и наши отношения со значимыми другими. Однако фокус на эмоциях может стать проблематичным, если мы рассматриваем эмоции как нечто потенциально опасное или вредное. В целом можно сказать, что научные дисциплины в области психического здоровья и практикующие терапевты все больше интересуются эмоциями, становятся более открытыми к преобразующей силе и позитивному потенциалу эмоций. Использованию эмоций в психотерапии придается все большее значение.

¹ В системных подходах этот феномен описывается как изменения второго порядка, при которых меняются не только элементы системы, но и отношения между ними (Прим. науч. ред.).

За последнее десятилетие произошел прорыв в изучении взрослой привязанности. Благодаря растущему пониманию взрослой привязанности и эмпирической поддержке, обеспечиваемой исследованиями, данная область переместилась с периферии психологического знания и заняла новое, ведущее и центральное, положение. Этот рост все в большей и большей степени снабжает супружеских и семейных терапевтов ориентирами в области отношений любви, что способно усилить эффективность их интервенций (Erdman & Caffery, 2003; Johnson & Whifen, 2003).

К сильным сторонам ЭФТ относится не только эмоциональное вовлечение людей в терапевтический процесс или в их собственные переживания; подход также фокусируется на связях между людьми, создании более безопасных связей, таких, которые способствуют личностному росту, более эффективным стратегиям совладания, физическому и психическому здоровью и созданию стабильных семей, обладающих потенциалом роста и развития. Излагаемая точка зрения подчеркивает опасность изоляции, делает акцент на потребности в связях со значимыми другими, что, также как и феминистские взгляды, может восприниматься с настороженностью в культурах, превозносящих индивидуализм и отдельность. Тем не менее мы убеждены в том, что, несмотря на возможные политические противостояния, новое понимание любовных отношений изменит область супружеской и семейной терапии и в дальнейшем будет направлять терапевта, практикующего ЭФТ, к все более четким и эффективным методам работы.

ЛИТЕРАТУРА

- Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E. & Wall S. (1978). *Patterns of attachment: A study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alexander, F. (1948). *Fundamentals of psychoanalysis*. New York: Norton.
- Alexander J.F., Holtzworth-Munroe, A., & Jameson, P. (1994). The process and outcome of marital and family therapy: Research review and evaluation. In A. Bergin and S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 595-607). New York: Wiley.
- Alexander, P.C. (1993). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 185-195.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language and possibilities*. New York: Basic Books.
- Armstrong J.G., & Roth D.M. (1989). Attachment and separation difficulties: A preliminary investigation. *International Journal of Eating Disorders, 8*, 141-155.
- Arnold M.B. (1960). *Emotion and personality*. New York: Columbia Press.
- Baker Miller J., & Pierce Stiver I. (1997). *The healing connection: How women form relationships in therapy and in life*. Boston: Beacon Press.
- Bartholomew K., & Horowitz L. (1991). Attachment styles among young adults. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 226-244.
- Baucom D., Shoham V., Mueser K., Daiuto A., & Stickle T. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 53-88.
- Berscheid E. (1999). The greening of relationship science. *American Psychologist, 54*, 260-266.
- Bertalanffy L. (1968). *General system theory*. New York: George Braziller.
- Beutler L. (2002). The dodo bird is extinct. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 30-34.

- Bograd M., & Mederos F. (1999). Battering and couples therapy: Universal screening and selection of treatment modality. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25, 291-312.
- Bohart A. C., & Greenberg L. S. (1997) Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy. Washington, DC: APA Press.
- Bordin, E. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory research and practice* (pp. 13-37). New York: Wiley.
- Bowlby J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Bowlby. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby J. (1988). *A secure base*. New York: Basic Books.
- Bradley B., & Furrow J. (2004). Toward a mini-theory of the blamer softening event: Tracking the moment by moment process. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 233-246.
- Bradley, J.M., & Palmer, G. (2003). Attachment in later life: Implications for intervention with older adults. In S.M. Johnson & V. Whiffen (Eds.), *Attachment processes in couple and family therapy* (pp. 281-299). New York: Guilford Press.
- Brennen K.A., & Shaver P.R. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation and romantic relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 267-283.
- Bretherton I. (1990). Open communication and internal working models: Their role in the development of attachment relationships. In R. Dienstbier and R. Thompson (Eds.), *Socioemotional Development: Nebraska Symposium on Motivation* (pp. 57-114). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Bretherton I., & Munholland K.A. (1999). Internal working models in attachment relationships. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 89-111). New York: Guilford Press.
- Bruner J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Bruner J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Burman B., & Margolin G. (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems: An interactional perspective. *Psychological Bulletin*, *112*, 39-63.
- Cain D. (2002). Defining characteristics, history and evolution of humanistic psychotherapies. In D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies* (pp. 3-54). Washington, DC: APA Press.
- Cain D., & Seeman J. (2002). *Humanistic psychotherapies*. Washington, DC: APA Press.
- Chang J. (1993). Commentary. In S. Gilligan & R. Price (Eds.), *Therapeutic conversations* (pp. 304-306). New York: Norton.
- Christensen A., & Heavey C.L. (1990). Gender and social structure in the demand/withdraw pattern of marital conflict. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*, 73-81.
- Clothier P., Manion I., Gordon Walker J., & Johnson S. (2001). Emotionally focused interventions for couples with chronically ill children: A two year follow-up. *Journal of Marital and Family Therapy*, *28*, 391-399.
- Cohen N.J., Muir E., & Lojkasek M. (2003). The first couple: Using Wait, Watch and Wonder to change troubled infant-mother relationships. In S. M. Johnson & V. Whiffen (Eds.), *Attachment processes in couple and family therapy* (pp. 215-233). New York: Guilford Press.
- Collins N., & Read S. (1994). Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Attachment processes in adulthood* (pp. 53-92). London, PA: Jessica Kingsley.
- Coop Gordon K., Baucom D.S., Snyder D.K. (2000). The use of forgiveness in marital therapy. In M. McCullough, K.I. Pargament, & C.E. Thoresen (Eds.), *Forgiveness: Theory, research and practice* (pp. 203-227). New York: Guilford Press.
- Cummings, E. M., & Davis, P. (1994). *Children and marital conflict*. New York: Guilford Press.
- Damasio A.R. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason and the human brain*. New York: Putnam.
- Dandeneau M., & Johnson S.M. (1994). Facilitating intimacy: A comparative outcome study of emotionally focused and cognitive interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, *20*, 17-33.

- Davila J. (2001). Paths to unhappiness: Overlapping courses of depression and romantic dysfunction. In S.R.H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice* (pp. 71-87). Washington, DC: APA Press.
- Davila J., Karney B., & Bradbury T.N. (1999). Attachment change processes in the early years of marriage. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*, 783-802.
- Dessaulles A., Johnson S.M., & Denton W.H. (2003). Emotion focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. *American Journal of Family Therapy, 31*, 345-353.
- Diamond G.S., & Stern R. (2003). Attachment based family therapy for depressed adolescents: Repairing attachment failures. In S.M. Johnson & V. Whiffen (Eds.), *Attachment processes in couple and family therapy* (pp. 191-214). New York: Guilford Press.
- Dimidjian S., Martell C.R., & Christensen A. (2002). Integrative behavioral couple therapy. A. S. Gurman & N. S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 251-280). New York: Guilford Press.
- Douherty W.J. (2001). *Take back your marriage*. New York: Guilford Press.
- Dunn R.L., & Schwebel A.I. (1995). Meta-analytic review of marital therapy outcome research. *Journal of Family Psychology, 9*, 58-68.
- Erdman P., & Caffery T. (Eds.) (2002). *Attachment and family systems: Conceptual, empirical and therapeutic relatedness*. New York: Brunner-Routledge.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion, 6*, 169-200.
- Ekman P., & Friesen W. (1975). *Unmasking the face*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Elliott R. (1984). A discovery oriented approach to significant events in psychotherapy: Interpersonal process recall and comprehensive process analysis. In L. Rice and L.S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change* (pp. 249-286). New York: Guilford Press.
- Elliot R. (2002). The effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis. In D. Cain & Seeman, J. (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 57-82). Washington, DC: APA Press.
- Feeney J.A. (1994). Attachment style, communication patterns and satisfaction across the life cycle of marriage. *Personal Relationships, 4*, 333-348.

- Feeney J.A. (1999). Adult romantic attachment and couple relationships. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 355-377). New York: Guilford Press.
- Fincham F., & Beach S. (1999). Conflict in marriage. *Annual Review of Psychology*, 50, 47-78.
- Fisch R., Weakland J. H. & Segal L. (1982) *The Tactics of Change: Doing Therapy Briefly*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Fishbane M. (2001). Relational narratives of the self. *Family Process*, 40, 273-291.
- Fisher L., Nakell L.L., Terry Howard E., & Ransom D.C. (1992). The California Family Health Project: III. *Family Emotion Management and Adult Health Family Process*, 31, 269-287.
- Fonagy P., & Target M. (1997) Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Fraley C.R., & Waller N.G. (1998). Adult attachment patterns: A test of the typographical model. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 77-114). New York: Guilford Press.
- Friedman S. (1992). Constructing solutions (stories) in brief family therapy. In S. H. Budman, M. F Hoyt, & S. Friedman (Eds.), *The first session in brief therapy* (pp. 282-305). New York: Guilford Press.
- Friedman S., & Langer M.T. (1991). *Expanding therapeutic possibilities*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Frijda N.H. (1986). *The emotions*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing oriented psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Gottman, J.M. (1979). *Marital interaction: Experimental investigations*. New York: Academic Press.
- Gottman J.M. (1991). Predicting the longitudinal course of marriages. *Journal of Marital and Family Therapy*, 17, 3-7.
- Gottman J.M. (1994). An agenda for marital therapy. In S.M. Johnson & L.S. Greenberg (Eds.), *The heart of the matter: Perspectives on emotion in marital therapy* (pp. 256-296). New York: Brunner-Mazel.
- Gottman J.M. (1999). *The seven principles for making marriage work*. New York: Crown Publishers.
- Green R., & Werner P.D. (1996). Intrusiveness and closeness-caregiving: Rethinking the concept of family enmeshment. *Family Process*, 35, 115-136.

- Greenberg L.S., Ford C, Alden L., & Johnson S.M. (1993). Change processes in emotionally focused therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 78-84.
- Greenberg L.S., & Safran J.D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect and cognition in the process of change*. New York: Guilford Press.
- Greenberg L.S., James P., & Conry R. (1988). Reviewed change processes in emotionally focused couples therapy. *Family Psychology, 2*, 4-23.
- Greenberg L.S., & Johnson S. (1985). Emotionally focused therapy: An affective systemic approach. In N.S. Jacobson & A.S. Gurman (Eds.), *Handbook of clinical and marital therapy*. New York: Guilford Press.
- Greenberg L.S., & Johnson S.M. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*. New York: Guilford Press.
- Greenberg L.S., Korman L.M., & Paivio S.C. (2002). Emotion in humanistic psychotherapy. In D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 499-530). Washington, DC: APA Press.
- Greenberg L., Rice L., & Elliott H. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford Press.
- Gross J.L. & Levenson R.W. (1993). Emotional suppression. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 970-986.
- Guerney B.G. (1994). The role of emotion in relationship enhancement marital/family therapy. In S.M. Johnson & L.S. Greenberg (Eds.), *The heart of the matter: Perspectives on emotion in marital therapy* (pp. 124-150). New York: Brunner-Mazel.
- Guidano V.F. (1991). Affective change events in a cognitive therapy system approach. In J.D. Safran & L.S. Greenberg (Eds.), *Emotion, psychotherapy, and change* (pp. 50-82). New York: Guilford Press.
- Haddock S., Schindler Zimmerman T., & MacPhee D. (2000). The power equity guide: Attending to gender in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 26*, 153-170.
- Hazan C, & Shaver P. (1987). Conceptualizing romantic love as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511-524.
- Hazan C, & Shaver P. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships: Target article. *Psychological Inquiry, 5*, 1-22.

- Hazan C, & Zeifman D. (1999). Pair bonds as attachments: Evaluating the evidence. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 336-354). New York: Guilford Press.
- Herman J.L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hesse E. (1999). The adult attachment interview. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 395-433). New York: Guilford Press.
- Hetherington M.E., & Kelly J. (2001). *For better or for worse: Divorce reconsidered*. New York: Norton.
- Hofer, M. A. (1984). Relationships as regulators: A psychobiologic perspective on bereavement. *Psychosomatic Medicine*, 46, 183-197.
- Hoffman L. (1981). *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books.
- Holmes J. (1996). *Attachment, intimacy and autonomy: Using attachment theory in adult psychotherapy*. Northdale, NJ: Jason Aronson.
- Huston T L., Caughlin J.P., Houts R.M., Smith S.E., & George L.J. (2001). The connubial crucible: Newlywed years as predictors of marital delight, distress and divorce. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 237-252.
- Izard C.E. (1977) *Human emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. E. (1992). Basic emotions, relations among emotions and emotion-cognition relations. *Psychological Review*, 99, 561-64
- Izard C, & Youngstrom E.A. (1996). The activation and regulation of fear. In D. A. Hope (Ed.), *Perspectives on anxiety, panic and fear: current theory and research in motivation* (pp.1-59). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Jacobson N.S., Christensen A., Prince S., Cordova J., & Eldridge K. (2000). Integrative behavioral couples therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 351-355.
- Jacobson N.S., & Addis M.E. (1993). Research on couples and couples therapy: What do we know? Where are we going? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 85-93.
- Jacobson N.S., Follette W.C, & Pagel M. (1986). Predicting who will benefit from behavioral marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 4, 518-522.
- Jacobson N.S., Holtzworth-Munroe A., & Schmaling K.B. (1989). Marital therapy and spouse involvement in the treatment of depression, agora-

- phobia, and alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 5-10.
- Jacobson N.S., & Margolin G. (1979). *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner-Mazel.
- James P. (1991). Effects of a communication training component added to an emotionally focused couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 17, 263-276.
- Johnson M.D., & Bradbury T.N. (1999). Marital satisfaction and topographical assessment of marital interaction: A longitudinal analysis of newly wed couples. *Personal Relationships*, 6, 19-40.
- Johnson S.M. (1993). *Healing broken bonds*. A marital therapy training video. Ottawa Couple & Family Institute, #201, 1869 Carling Ave., Ottawa, Canada, K2A 1E6.
- Johnson S.M. (1998). Listening to the music: Emotion as a natural part of systems theory. *Journal of Systemic Therapies*, 17, 1-17. Guilford Press.
- Johnson S.M. (2003). The Revolution in couple therapy: A practitioner-scientist perspective. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 365-384.
- Jonson S.M. (2003b) Attachment theory: A guide for couples therapy. In S.M. Johnson & V. Whiffen (Eds.), *Attachment processes in couple and family therapy* (pp. 103-123). New York: Guilford Press.
- Jonson S.M. (2003c). Introduction to attachment: A therapist's guide to primary relationships and their renewal. In S. M. Johnson & V. Whiffen (Eds.), *Attachment processes in couple and family therapy* (pp. 3-17). New York: Guilford Press.
- Jonson, S.M. (2003d) Emotionally Focused Therapy: Empiricism and art. In T. L. Sexton, G. Weeks, & M. Robbins (Eds.), 55 *Handbook of family therapy* (pp. 263-280). New York: Brunner-Routledge.
- Jonson S. M. (2004). Attachment theory: A guide for healing couple relationships. In J. Simpson & S. Rholes (Eds.), *Adult attachment: New directions and emerging issues*. New York: Guilford Press.
- Jonson S.M., Bradley B., Furrow J., Lee A., Palmer G., & Tilley D. (in press). *The emotionally focused couples therapy workbook*. New York: Brunner-Routledge.
- Jonson S.M., & Boisvert C. (2002). Treating couples and families from the humanistic perspective: More than *al* symptoms—more than solutions.

- In D. Cain & J. Seeman es (Eds.), *Humanistic psychotherapies* (pp. 309-338). Washington, DC: APA Press.
- Jonson S.M., & Greenberg L.S. (1985). The differential effects] of experiential and problem solving interventions in resolving marital conflicts. *Journal of Consulting and al Clinical Psychology*, 53, 175-184.
- Jonson S.M., & Greenberg L.S. (1988). Relating process to outcome in marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14, 175-184.
- Jonson S.M.,-& Greenberg L. S. (1992). Emotionally focused therapy: Restructuring attachment. In S.H. Budman, M. Hoyt, and S. Friedman (Eds.), *The first session in brief therapy* (pp. 204-224). New York: Guilford Press,
- Jonson S.M., & Greenberg L.S. (Eds.) (1994). *The heart of the matter: Perspectives on emotion in marital therapy*. New York: Brunner-Mazel.
- Jonson S.M., & Denton W. (2002). Emotionally focused couples therapy: Creating secure connections. In A.S. Gurman and N. Jacobson [Eds.], *Clinical handbook of marital therapy*, 3rd edition [pp. 221-250].
- Johnson S.M., Hunsley J., Greenberg L.S., & Schlinder D. [1999]. Emotionally focused couples therapy: Status and challenges. *Clinical Psychology Science and Practice*, 6, 67-79.
- Johnson S.M., & Lee A. [2000]. Emotionally focused family therapy: Restructuring attachment. In C. E. Bailey [Ed.], *Children in therapy: Using the family as a resource* [pp. 112-136]. New York: Guilford Press.
- Johnson S.M., Maddeaux C., & Blouin J. [1998]. Emotionally focused family therapy for bulimia: Changing attachment patterns. *Psychotherapy*, 35, 238-247.
- Johnson S.M., & Talitman E. [1996]. Predictors of success in emotionally focused couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23, 135-152.
- Johnson, S. M., & Whiffen, V. [2003]. *Attachment processes in couple and family therapy*. New York: Guilford Press.
- Jordan J.V., Kaplan A.G., Miller J.B., Stiver I.P., & Surrey J.L. [1991]. *Women's growth in connection: Writings from the Stone Centre*. New York: Guilford Press.
- Kempler W. [1981]. *Experiential psychotherapy within families*. New York: Brunner-Mazel.
- Kerner K., & Jacobson N.S. (1994). Emotion and behavioral couple therapy. In S.M. Johnson & L.S. Greenberg [Eds.], *The heart of the matter:*

- Perspectives on emotion in marital therapy* (pp. 207-226). New York: Brunner-Mazel.
- Kiecolt-Glaser J.K., Fisher L.D., Ogrocki P., Stout J.C., Speicher C.E., & Glaser R. (1987). Marital quality; marital disruption, and immune function. *Psychosomatic Medicine*, 49, 13-34.
- Kiecolt-Glaser J.K., & Newton T.L. (2001). Marriage & Health: His and hers. *Psychological Bulletin*, 127, 472-503.
- Kobak R., & Duemmler S. (1994). Attachment and conversation: Towards a discourse analysis of adolescent and adult security. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Attachment processes in adulthood* (pp. 121-150). London, PA: Jessica Kingsley.
- Kobak R., Ruckdeschel K., & Hazan C. (1994). From symptom to signal: An attachment view of emotion in marital therapy. In S.M. Johnson & L.S. Greenberg (Eds.), *The heart of the matter: Perspectives on emotion in marital therapy* (pp. 46-74). New York: Brunner-Mazel.
- Kowal J., Johnson S.M. & Lee A. (2003). Chronic illness in couples: A case for emotionally focused therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 299-310.
- Krause I. (1993). Family therapy and anthropology: A case for emotions. *Journal of Family Therapy*, 15, 35-56.
- Lazarus R.S., & Lazarus B.N. (1994). *Passion and reason*. New York: Oxford University Press.
- Lebow, J. (1997). The integrative revolution in couple and family therapy. *Family Process*, 36, 1-17.
- Lewis J.M., Beavers W.R., Gossett J.T., & Phillips V.A. (1976). *No single thread: Psychological health in families*. New York: Brunner-Mazel.
- Lewis M., & Haviland-Jones J.M. (2000). *Handbook of emotions*, 2nd edition. New York: Guilford Press.
- Liddle H., Dakof G., & Diamond G. (1991). Multidimensional family therapy with adolescent substance abuse. In E. Kaufman & P. Kaufman (Eds.), *Family therapy with drug and alcohol abuse* (pp. 120-178). Boston: Allyn & Bacon.
- Lussier Y, Sabourin S., & Turgeon C. (1997) Coping strategies as moderators of the relationship between attachment and marital adjustment. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14, 777-791.
- Shapiro V (1996). Subjugated knowledge and the working alliance: The narratives of Russian Jewish immigrants. *InSession: Psychotherapy in Practice* 1, 9-22.

- McFarlane A.C, & van der Kolk B. (1996). Trauma and its challenge to society. In B. A. van der Kolk, A.C. Mcfarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress* (pp. 211-215). New York: Guilford Press.
- Mackay S.K. (1996). Nurturance: A neglected dimension in family therapy with adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy*, 22, 489-508.
- Mahoney M.J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Mahoney M. (1998). Essential themes in the training of psychotherapists. *Psychotherapy in Private Practice*, 17, 43-59.
- Main M., & Goldwyn R. (in press). Interview-based adult attachment classifications: Related to infant-mother and infant-father attachment developmental psychology.
- Makinen J. (2004). *Treating attachment injuries: Process and outcome*. Doctoral dissertation in clinical psychology, University of Ottawa, Ontario, Canada.
- Merkel W.T., & Searight H.R. (1992). Why families are not like swamps, solar systems or thermostats: Some limits of systems theory as applied to family therapy. *Contemporary Family Therapy*, 14, 33-50.
- Mikulincer M. (1995). Attachment style and the mental representation of self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 1203-1215.
- Mikulincer M. (1997) Adult attachment style and information processing: Individual differences in curiosity and cognitive closure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 1217-1230.
- Mikulincer M. (1998). Attachment working models and the sense of trust: An exploration of interaction goals and affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1209-1224.
- Mikulincer M., Florian V., & Wesler A. (1993). Attachment styles, coping strategies and post traumatic psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 817-826.
- Millon T. (1994). Personality disorders and the 5 factor model of personality. In P. Costa & A. Widiger (Eds.), *Personality disorders* (pp 279-301). Washington, DC: APA Press.
- Minuchin S., & Fishman H.C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin S., & Nichols M.P. (1993). *Family healing*. New York: The Free Press.
- Moretti M.M., & Holland R. (2003). The journey of adolescence: Transitions in self within the context of attachment relationships. In S.M.

- Johnson & V. Whiffen (Eds.), *Attachment processes in couple and family therapy* (pp. 234-257). New York: Guilford Press.
- Nichols M. (1987) *The self in the system*. New York. Brunner-Mazel.
- O'Hanlon B., & Wilk J. (1987). *Shifting contexts: The generation of effective psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Pennebaker J.W. (1990). *Opening up: The healing power of confiding in others*. New York: Avon Books.
- Pierce R.A. (1994). Helping couples make authentic emotional contact. In S.M. Johnson & L.S. Greenberg, *The heart of the matter: Perspectives on emotion in marital therapy* (pp. 207-226). (pp. 75-107). New York: Brunner-Mazel.
- Plutchik R. (2000). *Emotions in the practice of psychotherapy*. Washington, DC: APA Press.
- Putnam R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.
- Roberts, L.J., & Krokoff, L.J. (1990). A time-series analysis of withdrawal, hostility, and displeasure in satisfied and dissatisfied marriages. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 95-105.
- Roberts L.J., & Greenberg D.R. (2002). Observational «windows» to intimacy processes in marriage. In P. Noller & J.A. Feeney (Eds.), *Understanding marriage: Developments in the study of marital interaction* (pp. 118-149). New York: Cambridge University Press.
- Roberts T.W. (1992). Sexual attraction and romantic love: Forgotten variables in marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18, 357-364.
- Rogers C. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rogers C. (1975). Empathy: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5, 2-10.
- Ruvolo A.P., & Jobson Brennen, C. (1997). What's love got to do with it? Close relationships and perceived growth. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 814-823.
- Sable P. (2000). *Attachment and adult psychotherapy*. Northdale, NJ: Jason Aronson.
- Salovey P., Hsee C, & Mayer J. D. (1993). Emotional intelligence and the self regulation of affect. In D. Wegner & J.W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Schore A. (1994). *Affect regulation and the organization of self*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Shaver P., & Clarke C.L. (1994). The psychodynamics of adult romantic attachment. In J. Masling & R. Borstein (Eds.), *Empirical perspectives on object relations theory* (pp. 105-156). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shaver, P., Hazan, C., & Bradshaw, D. (1988). Love as attachment The integration of three behavioral systems. In R.J. Pope (Ed.), *On love and loving* (pp. 68-99). Shaver, P. R., & Mikulincer, M.(2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development*, 4,133-161.
- Siegel D.J. (1999) *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York: Guilford Press.
- Siegel D., & Hartzell M. (2003). *Parenting from the inside out*. New York: Penguin Putnam.
- Simpson J.A., Rholes W.S., & Nelligan J.S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 434-446.
- Snyder D.K., & Wills R.M. (1989). Behavioral versus insight oriented marital therapy: Effects on individual and interspousal functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 39-46.
- Spanier G. (1976). Measuring dyadic adjustment. *Journal of Marriage and Family*, 13, 113-126.
- Stern D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Sternberg R.J., & Barnes M.L. (1988). *The psychology of love*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Taylor S.E. (2002). *The tending instinct*. New York: Times Books: Holt & Co.
- Taylor S.E., Cousino Klein L., Lewis B.P., Gruenewald T, Regan A., Gurung R., & Updegraff I.A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: Tend and befriend, not fight and flight. *Psychological Review*, 107, 411-429.
- Tomkins S. (1991). *Affect, imagery and consciousness*. New York: Springer.
- Twenge J.M. (2000). The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 1007-1021.

- Uchino B.J., Cacioppo I., & Kiecolt-Glaser J. (1996). The relationship between social support and psychological processes. *Psychological Bulletin*, 119, 488-531.
- Vanaerschot G. (2001). Empathic resonance as a source of experiencing enhancing interventions. In A. Bohart & L.S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered* (pp. 141-166). Washington, D.C.: APA Press.
- Van der Kolk B.A., McFarlane A.C., & Weisaeth L. (Eds.), *Traumatic stress*. New York: Guilford Press.
- Van Ijzendoorn M.H., & Sagi A. (1999). Cross cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 713-734). New York: Guilford Press.
- Vatcher C.A. & Bogo M. (2001). The feminist/emotionally focused practice model: An integrated approach for couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27, 69-84.
- Walker J., Johnson S., Manion I., & Cloutier P. (1995). An emotionally focused marital intervention for couples with chronically ill children. Submitted to *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Warner M.S. (1997) Does empathy cure? A theoretical consideration of empathy, processing and personal narrative. In A. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered* (pp. 125-140). Washington, DC: APA Press.
- Watson J.C. (2002). Revisioning empathy. In D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 445-472). Washington, DC: APA Press.
- Watzlawick P., Weakland J.H., & Fisch R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.
- Weinfeld N., Sroufe L.A., Egeland B., & Carlson E.A. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment theory and research*. pp. 68-88. New York: Guilford Press.
- Whiffen V., & Johnson S.M. (1998). An attachment theory framework for the treatment of childbearing depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 478-492.
- Whisman M.A. (1999). Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: Results from the National Co-morbidity Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 701-706.

- White M. (1993). Deconstruction and therapy. In S. Gilligan, and R. Price (Eds.), *Therapeutic conversations* (pp. 22-61). New York: Norton.
- White M., & Epston D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Wile, D. (1981). *Couples therapy: A non-traditional approach*. New York: Wiley.
- Wile D (2002). Collaborative couple therapy. In A.S. Gurman & N.S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 281-307). New York: Guilford Press.
- Wile D.B. (1994). The ego-analytic approach to emotion in couples therapy. In S. M. Johnson, and L. S. Greenberg, *The heart of the matter: Perspectives on emotion in marital therapy* (pp. 27-45). New York: Brunner-Mazel.
- Worthington E., & DiBlasio F.A. (1990). Promoting mutual forgiveness within the fractured relationship. *Psychotherapy*, 27, 2219-2223.
- Yalom I.D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Zimmerman J.L., & Dickerson V.C. (1993). Bringing forth the restraining influence of pattern in couples therapy. In S. Gilligan & R. Price (Eds.), *Therapeutic conversations* (pp. 197-214). New York: Norton.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Агорафобия, роль отношений 234

Безнадежность 93, 97, 99, 100

Безопасная гавань 60, 64, 223, 287

Безразличие 117, 118, 151, 220, 225

Безусловное положительное отношение 64

Беспомощность 50, 52, 92–95, 107, 152, 236

– пассивная 31

– первичная защита против чувств 47

– травматический опыт 223

Бессмысленность как первичная защита от чувств 47

Близость 37–42, 45, 47–50, 55–56, 73, 94, 165, 190, 219–220

Борьба за власть 204, 273, 328

Боуэнианская модель 249–255

Брак(и)

– крушение иллюзий 289

– партнерство, интенциональное 24

– степень традиционности 221

– страх 240

Булимия 266–267, 270, 274–275, 281, 282

Вентиляция отрицательных эмоций 93, 154, 229

Взаимодействие(я)

– качество 213

– негативный цикл 156, 243

– паттерны 161

– последовательность 115, 139, 148, 150

– проигрывание ключевых аспектов 120

– прототипические моменты 114

– процесс 210

– разрушительный паттерн 50, 114

- реструктурирование 86, 169, 182, 198, 212, 271
- структура и процесс 113, 157
- циклы 68, 70, 92, 113, 156, 243
- Взрослой привязанности теория 28
- Вмешательства
 - мишень 43–44
 - ориентированные на привязанность 251, 255
 - основанные на переживании 62
 - отражение 100–102, 148–150, 269–270
 - переформулирование 86, 100, 116–118, 150, 162, 197, 211
 - признание 101–105, 148, 157
 - пробуждающие высказывания 211, 270
 - пробуждающие отражения и вопросы 102, 149, 158, 194
 - прослеживание и отражение взаимодействий 113, 150, 161, 196
 - работа в команде 274
 - разница между эффективными и неэффективными 157
 - реакция пары 138
 - реструктурирование взаимодействий 182, 198, 212, 261, 271
 - структурные системные 70, 273
 - усиление 105, 159, 176–177
 - цель 133
 - эмпатическое предположение 67, 106, 109, 130, 160, 178, 179, 195, 210
 - эмпирически подтвержденные 330
 - ЭФТ как модель 25
- Внебрачные отношения 144
- Внезапное воспоминание травматического события 284, 350
- Вовлечение повторное 190, 199, 285, 327
- Вовлечения привычные формы 50
- Вовлеченности углубление 168–188
- Воображение и эмпатия 82, 235
- ВОПРМС 132–133
- Воспроизведение межличностного процесса метод 292
- Воссоединение 53
- Враждебность 40, 49, 69, 89, 166, 186, 300
- Выражение лица 87

- Гнев 46–49, 88–90, 92–95, 117, 239
 - драматизация 301

- критика 37, 48
- элементы обвинения 300
- Гомосексуальные пары 38
- «Гормон объятий» окситоцин 23, 54
- Готмана модель супружеского дистресса 25

- Депрессия 23, 29, 222, 234
 - дистресс в браке 38, 222, 232
 - неудовлетворенность в браке 232
 - роль отношений 232, 234
 - стресс на работе 329
 - суицидальные мысли 137
 - утрата связи 47
- Депривация
 - образ 295
 - стресс 52
- Деструктивный цикл, отражение 115
- Диагностическая картина 126–128
- Детско-родительская привязанность 53–55
- Дезэскалация 153–167
 - вмешательства 157–163
 - маркеры 155
 - переформулирование проблемы в терминах контекстов и циклов 162–163
 - признание 157–158
 - пробуждающие отражения и вопросы 158–159
 - прослеживание и отражение паттернов и циклов взаимодействия 161–162
 - процесс в паре и конечное состояние 164–167
 - усиление 159–160
 - эмпатическое предположение 160–161
- Диагностика 136–152
 - вмешательства 148–151
 - индивидуальные сессии 144–145
 - интерперсональные маркеры 147–149
 - интрапсихические маркеры 146–147
 - ориентиры во взаимодействии 141–143
 - отражение 148

- переформулирование 150–151
 - персональные ориентиры 140–141
 - признание 148–149
 - пробуждающие высказывания и вопросы 149–150
 - прослеживание и отражение взаимодействий 150
 - процесс изменения пары и его конечное состояние 151–152
 - терапевтические маркеры 145
 - терапевтические процессы 145–148
 - терапевтический процесс 138–143
 - цели процесса 137–138
- Дистресс 24–26, 45–50, 285
- автоматические эмоциональные реакции партнеров 62
 - брак 21–22, 25, 27, 52–53, 55
- Доверие 60, 213
- Забота 23, 44, 51, 54, 56, 60
- Заботливое утешение 23
- Завершающие сессии 272
- Зависимости (аддикции), роль отношений 234
- Зависимость эффективная 45, 250–251
- Зависимость и спутанность 72
- Задачи и вмешательства 75–135
- доступ к эмоциям и их переформулирование 86–94
 - индивидуальные сессии 128–129
 - ключевая роль эмпатии 77–80
 - навыки и вмешательства 100–113
 - осуществление вмешательств
 - реструктурирование взаимодействий 113–119
 - создание и поддержание терапевтического альянса 80–86
 - специфические техники для затруднений в терапии 126–128
 - эмоция, на которой следует фокусироваться 94–100
- Защита/дистанцирование/отгораживание, паттерн 85
- Идентифицированный пациент
- отношения между родителями 263, 272–273
 - симптомы 263
- Идентичности постоянное создание 244
- Избегающее отстранение 48
- Изменение
- механизм 249

- новый эмоциональный опыт 66–68, 90
- поворотные события 40–42, 123, 184, 199–203
- процесс 39–42, 75, 129, 151–155, 169
- факторы психотерапии 218, 221

Изменений теория в ЭФТ 29, 62–74

Изоляция как травма 52

Индивидуальные сессии 128–135, 144–145

Инсценировка 120, 177, 189

Интервенции, направленные на диаду мать – младенец 262

Интерперсональные маркеры 147–178

Интрапсихические маркеры 145–147

Клинические проблемы и решения 218–260

Когнитивные изменения и окончание терапии 25, 215

Коммуникация

- невербальная 131–133, 157
- паттерны 56–57

Контакт

- отчаянное желание 117
- поиск 44–45, 47, 53

Краткосрочная терапия 28, 34

Критика/преследование – отгораживание/отстранение, паттерн 85,
221

Личность

- партнера 146
- формирование 52

Любовные отношения взрослых с точки зрения ЭФТ 43–61

Любовь

- отношения, процесс их восстановления 21
- теория 44

Любовь с точки зрения теории привязанности

- значение теории привязанности для супружеской терапии 59–61
- изменения в привязанности 58–59
- положения теории привязанности 44–52
- привязанность взрослых 52–55
- привязанность как интегративная точка зрения 55–58

Межличностные изменения и окончание терапии 215–216

Мини-последовательности, прослеживание и отражение 196

- Надежная база, ее консолидация 204–217
- вмешательства 210–212
 - поддержание и укрепление более безопасной связи 216–217
 - процесс в паре и желательный результат 212–216
 - шаг 8 204–207
 - шаг 9 207–210
- Нападение-бегство, реакция 89
- Нападение-нападение, паттерн 243
- Нарративный подход и ЭФТ 243–247
- Насилие 90–91, 137, 144, 223–227, 264
- Невербальная коммуникация 131–133, 157
- Невербальное поведение 94, 146, 155, 157
- Недоступность 45–48, 117–118, 166
- Не-знание информированное 63
- Неопределенность и потребности привязанности 45, 47
- Неудовлетворенность в браке и депрессия 47
-
- Обвинение 31, 114, 155, 239
- Обвинение-отстранение, цикл 41, 186
- Оборонительная бдительность 284
- Обратной связи самоподкрепляющиеся петли 250
- Обсессивно-компульсивные расстройства, роль отношений 234
- Овладение коммуникативными навыками 32–33, 205
- Одиночество и отчаяние 6, 313
- Окситоцин 23, 54
- Ориентированные на решение подходы и ЭФТ 247–248
- Ориентиры во взаимодействии 141
- Оставление 52
- Отвержение, мини-цикл 324
- Отвращение к себе 239
- Отношения
- альтернативное понимание 245
 - борьба за установление близких 214
 - как надежная база 46, 191, 204
 - нарушенная привязанность 90
 - переопределение 74, 214
 - поддержание проблем 218
 - подстраивание жизни 216
 - работа с ранами 283–290
 - собственные и характерные способы переживания 156
 - страх потери 45, 53, 83

- счастливые, долгие 43
 - травмы 283–290
 - хроническая тревога 250
 - циклы 85, 143
- Отражение 100–101, 113–116, 148–150, 161, 196, 210, 279–270
- Отстранение
- мощь 166
 - безмолвное 76, 268
- Отстранение-задабривание, паттерн 41
- Отстранение-избегание, паттерн 188, 291
- Отстранение-отстранение, паттерн 147, 186, 243, 312
- Отстранившийся партнер, его повторное вовлечение в отношения 190, 199, 327
- переформулирование 197–198
 - пробуждающие реакции 194–195
 - реструктурирование взаимодействий 198–199
 - сессия 314–327
 - смягчение 201
- Отчаяние 86
- Отчуждение 47, 60, 206, 227, 237
- Партнер(ы)
- активная позиция признания и принятия 83
 - враждебно настроенные 86, 154, 166
 - вторичные эмоции 95, 155
 - избегающие 48–49, 57
 - личность 146, 233
 - наблюдающий 164, 172–173
 - навыки договариваться 33
 - небезопасность привязанности 148
 - новые реакции 98, 112–113, 122–123
 - отстраняющийся 39–41, 69, 94, 122, 166, 186, 188–190, 254
 - поведение, переопределяемое терапевтом 116
 - прояснение целей 85
 - равномерное распределение сессий 128–129
 - разворачивающаяся драма отношений привязанности 80
 - ранимый 246, 254
 - склонные к насилию 224
 - тревожные 49, 254
 - эмоциональная депривация 117
 - эмоциональный контакт 190–192
- Первая сессия, желательный результат 151–152

Переживание(я)

- застревание при переработке 65
- избегаемые 169
- обращение с прошлым 228–229
- переработка 30–31.64–68
- погружение в 171, 237–238
- признание 177, 183
- принятие другого 266
- распаковка 34, 93
- себя 129
- травматические 285
- утрата 88, 296

Переформулирование 86–94, 100, 116–119, 150–151, 162–163, 197–198, 211–212, 271

Персональные ориентиры 140–141

Печаль 88, 90, 228, 240, 256

Поведение

- изменения 215
- невербальные аспекты 94, 146, 155, 157
- поиск заботы 56
- ревнивое 111

Поведенческая терапия 26, 33, 255–256

Посттравматическое стрессовое расстройство 38, 127

Потребность(и)

- выражение 39, 74, 94, 119, 189–193
- непризнаваемые 39, 153, 168
- отрицаемые 65, 259, 266

Преследование-нападение, паттерн 243

Преследование-обвинение, паттерн 50

Приближение-избегание, реакция 89

Привязанности поведение 34, 46, 184, 215

Привязанность

- «сеять семена привязанности» 108, 203
- безопасное убежище 204
- детско-родительская 53–55
- изменения 58–59
- критические инциденты 165, 227
- надежность 30–33, 45–49, 51, 57, 60, 79, 157, 190, 208
- небезопасность 33, 47, 50, 92, 95, 118, 148, 184, 205, 282
- негативные модели 58
- потребности 49, 109, 153, 190, 217, 232, 251

- преступление против 165, 188, 227, 283
 - рабочие модели 58
 - раны 141, 228, 283, 285
 - раны терапевта 258
 - сексуальность 54
 - сепарация 46–47
 - стили 50–51, 245, 287, 312
 - стратегии 50–51, 76, 107
 - страхи 48, 81, 97, 156, 178–179
 - теория 12, 16, 19, 25, 51, 55–60, 237
 - утрата фигуры 53, 55
- Признание 95, 101
- Принятие 64, 82
- Процедурные сценарии 51
- Прошлый опыт 228
- Прощение и примирение 283
- Психотерапия, факторы изменения 218
- Рабочие модели, непроницаемые 50, 58, 165, 215, 222, 228, 233, 247
- Развод 152, 222, 292
- Разочарование 96
- Распаковка центральных эмоций 34, 93
- Расставание пары 224
- Рациональность скрытая 35
- Ревнивое поведение 111
- Самоактуализация 23
- Самодостаточность 45, 52, 251
- Самозащита 107, 117, 268
- Самокритика 102, 158, 163
- Самообвинение 320
- Самоопределение 171, 204, 213, 244
- Самоподкрепляющийся цикл 190
- Самораскрытие 51, 83, 111–112
- опасное 169, 172
 - сопротивление 239
- Связи создание 46, 55, 60, 73, 81, 123, 184, 193, 216, 251, 316
- Сексуальное желание, эффективность ЭФТ 26
- Сексуальность как поведение привязанности 54, 56
- «Семена привязанности» 108, 203
- Семейная системная терапии, ее особенность 68

- Сепарации дистресс 46–47
- Системная теория 68–72, 261, 282
- Система, создающая реальность 51
- Смягчение
- обвиняющего партнера 42, 124, 190, 283
 - процесс, ключевой момент 199–203, 328
 - события и вмешательства 124–126
- Собственная полезность 51
- Совладания способы 65, 118, 171
- Социальное взаимодействие, его регуляция в семье 261
- Социальный капитал, утрата 23
- Страх(и)
- критики 163, 293
 - неблагополучие в браке 240, 313
 - обнаружение собственных 31
 - привязанности 48, 76, 81, 94, 156, 179, 258
 - провала 100, 267
 - утраты 45, 53, 83
- Структурные системные интервенции, их цель 70
- Стыд 86, 88, 94, 128, 164, 230, 236–240, 252
- Суицидальные намерения при депрессии 137
- Суицидальные подростки 282
- Супруг(а)
- жалобы 69, 94, 175
 - обвиняющий 96, 123–124, 154, 172, 193, 203
 - ранимый 246, 254
 - склонный к насилию 224–225
 - травмированный 223, 284–287
- Супружеская терапия и ЭФТ 21–42
- Супружеский дистресс
- поддержание 205
 - центральная роль эмоций 22, 25–27
- Терапевт
- истории, используемые им 111, 126
 - как консультант по процессу 80, 129
 - как режиссер 123
 - как сотрудничающий партнер 80
 - моменты для вмешательств 155
 - невербальные проявления 131, 157, 161
 - ориентированный на привязанность 58–59

- переработка эмоционального опыта 179
 - подлинность, аутентичность 36, 83–84, 257
 - потребность в «тестировании» 187
 - признание 101
 - роль 32
 - самораскрытие 111
 - системный 68
 - способность отражать переживания 230
 - способность слышать 82
 - терапевтические стратегии 43, 261
 - усиление страха 316
 - фокусировка на эмоциях 94
 - эмпатическая настройка 57, 80
- Терапевтические маркеры 145, 155, 171, 193, 206, 209
- Терапевтический альянс
- качество 27, 219
 - прослеживание 257
 - создание 36–38, 75, 80
- Терапия
- гуманистический подход 35, 63
 - изменения 151, 166, 168, 184
 - опасная помеха 25
 - ориентированные на переживания модели 29, 34–37, 62, 66–68, 71, 82, 92, 107, 111, 136
 - прозрачность процесса 64, 84, 152
 - процесс 138, 214
 - цель 30–33, 68, 71, 81, 98, 253
- Травма(ы)
- изоляция 23, 52
 - пережившие 230
 - привязанности 141, 188, 228, 283
 - эмоциональный хаос 223
- Травматический опыт 256
- Травмы привязанности в прошлом 228
- Травмы разрешение, типичный процесс 287
- Требование/критика/преследование, паттерн 85
- Тревога, хроническая 250
- Тревожные расстройства
- неудовлетворенность в браке 29, 222
 - роль взаимоотношений 6, 23, 234

Тупик(и), препятствия

- и поворотные события 283
- наиболее часто встречающиеся 126
- особо сложные 226
- специальные техники 126, 225, 283

Удовлетворенность в браке, показатели 27, 50, 190, 285

Унижение 101, 142, 319

Уникальные эпизоды, создание 247

Усиление 105, 159, 176, 202, 210, 271

Утешение, потребность в 54, 264, 286

Утрата

- переживание 88, 92, 137, 147, 222, 228, 286
- связи, естественная реакция 47
- страх 83

Уязвимость (ранимость) 34

- обнаружение и выражение 113
- спрятанная 163
- стоящая за реакциями 117
- усиление ощущения 306
- фокусирование на 317

Физиологическое возбуждение 87

Фрустрация 65

Хроническая болезнь партнера 29, 38

Хронически больные дети, их родители 29, 206

Цели терапии 80

Шкала диадического приспособления 292, 310

Экзистенциальный кризис 214, 233

Эмоции как богатый источник смыслов 88

Эмоций осознание, ограниченное 91

Эмоциональная безопасность, центральный источник ощущения 55

Эмоциональная вовлеченность 28, 189–203

- вмешательства 199, 201
- маркеры 193–194
- отсутствие безопасной 48

- поворотные события 199–203
- Эмоциональная доступность 46
- Эмоциональная переработка 155
- Эмоциональная реальность клиента, ее постижение 34, 59
- Эмоциональное избегание 250, 285
- Эмоциональное переживание (опыт)
 - коррегирующий 28, 34, 37, 66, 90, 134, 247, 249
 - переработка 30–32, 51, 62–68, 91, 104, 122, 145, 161, 184, 191, 201, 213, 239
 - признание 183
- Эмоционально-фокусированная семейная терапия (ЭФСТ)
 - основные цели и техники 262
 - отличия от ЭФТ 272
 - первые сессии 264–265
 - показания и противопоказания 264
 - сессии на этапе завершения 272
 - случай из практики 266, 274
 - текущее положение ЭФСТ 281
 - типичная сессия 268
 - формат 263
- Эмоциональные изменения к окончанию терапии 215
- Эмоциональные реакции, не переработанные 91
- Эмоциональные риски при самораскрытии 167, 218
- Эмоциональный интеллект 234
- Эмоциональная связь между супругами 202
- Эмоция(и)
 - адаптивные 34, 36, 65, 249
 - вклад в супружеский дистресс 22, 25–27
 - вторичные 90–98, 104, 130, 155, 237
 - глубинные 172, 191, 236, 276
 - доступ 66, 73, 76, 86–94, 100, 113, 149, 153, 266
 - называние 92
 - недостаток (маркер) 146
 - неразборчивое вентилирование 93, 154, 229
 - особое значение 36
 - отрицание (непризнание) 34, 39, 104, 112, 153, 266
 - первичные 90–95, 153, 170, 184, 233, 249
 - переполняющие 78, 91–92
 - переформулирование 86, 100, 113, 182
 - рабочая дистанция 78, 92, 132

- реконструкция 66
- роль в процессе изменений 22, 33–34
- усиление 105–106, 159, 176, 202, 271
- Эмпатическая настройка 54, 79, 82, 92
- Эмпатическое отражение 64, 102, 113, 148, 269
- Эмпатическое предположение 106, 109, 178, 195, 271
- Эмпатия
 - ключевая роль 77
 - описание 82
- ЭФТ (эмоционально-фокусированная супружеская терапия)
 - альянс 38, 63, 77, 80–85
 - задачи 75
 - и боуэнианская модель 249
 - и краткосрочная ориентированная на решение терапия 247
 - и нарративный подход 242
 - и поведенческая терапия 255
 - ориентация на личность 247
 - первые сессии 136–152
 - показания и противопоказания 144, 218, 224, 264
 - прерывание терапии, досрочное 81
 - развитие модели 331
 - сильные стороны 28
 - теоретические основы 86, 179
- Я (себя)
 - «признанное другим» 252
 - более полное ощущение 95, 156, 170, 233, 251
 - дифференциация 249–255
 - рабочая модель 51
- Я-концепция 183
- Ярость 98, 230, 237–238

Научное издание

Серия: Современная семейная психотерапия

Сьюзан М. Джонсон

**ПРАКТИКА
ЭМОЦИОНАЛЬНО-ФОКУСИРОВАННОЙ
СУПРУЖЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

СОЗДАНИЕ СВЯЗЕЙ

127055, Москва, Тихвинский переулок, д. 10/12, корп. 4

ООО «Издательство Научный мир»

Тел./факс: (499) 973-2513; (499) 973-2670

E-mail: naumir@naumir.ru Internet: <http://www.naumir.ru>

Подписано к печати 05.02.2013

Формат 60×90/16

Гарнитура Таймс. Печать офсетная. Печ. л. 22,75

Тираж 3000 экз. Заказ 555

Издание отпечатано в типографии

ООО «Галлея-Принт»

111024, Москва, 5-я Кабельная, 26

Практика эмоционально-фокусированной супружеской терапии

Сьюзан М. Джонсон

Серия «Современная семейная психотерапия»

Руководство «Практика эмоционально-фокусированной терапии» – это настоящий подарок широкому кругу специалистов, прежде всего, конечно, гуманистическим, семейным и психодинамическим терапевтам, а также всем другим психологам-консультантам и психотерапевтам, независимо от их теоретической ориентации, кому интересна область супружеской психотерапии. Эта книга может послужить богатым источником для осмысления человеческих отношений, обогащения и углубления профессионального видения, стать отправной точкой для развития новых областей клинической практики.

Из вступительного слова научных редакторов



Сьюзан Джонсон – выдающийся современный психолог, супружеский и семейный психотерапевт, ученый-исследователь, руководитель Института пар и семьи Оттавы, профессор Университета Оттавы в Канаде и Университета Сан-Диего в Калифорнии, США, директор Международного центра эмоционально-фокусированной терапии, который имеет многочисленные отделения в Северной Америке и Европе.

Сьюзан Джонсон является создательницей эмоционально-фокусированной супружеской терапии (ЭФТ) – очень действенного и подтвержденного научными исследованиями подхода, помогающего парам восстановить отношения и построить крепкую любовную связь.

Сьюзан Джонсон – автор многочисленных статей и ряда книг, член редакционных советов («Журнала супружеской и семейной терапии»), («Журнала терапии пар и отношений») и («Журнала семейной психологии»). Помимо профессиональных книг, считающихся обязательной для прочтения литературой в области супружеской терапии, ею написана книга о взрослых любовных отношениях для широкой публики («Держи меня крепко: семь бесед о любви» 2008), которая включает богатый клинический и научный опыт автора за последние 25 лет.

Сьюзан Джонсон удостоена множества профессиональных наград американских, европейских и международных организаций за ее вклад в развитие и обучение супружеской терапии. Она ездит по всему миру с обучающими семинарами и выступает перед широкой аудиторией на научных конференциях. Яркая и выразительная манера Сью, ее энтузиазм и вовлеченность вызывают отклик и в профессиональном сообществе и у тех людей, которым она стремится помочь. Будучи неравнодушным человеком, она делает неравнодушными и своих читателей и слушателей.

