

Caracteristica modelelor psihoterapeutice utilizate în lucru psihologului cu familia.

T.Baciu, dr. psihologie, conferențiar

Summary:

In this article the author describes various approaches to family therapy - both the traditional and the modern. A definition of family therapy and its emergence and development opportunity are present in the article. The most popular schools are characterized: therapeutic, systemic therapy now classical, empirical, structural family. Particular attention is paid to the integration and the modern approaches aimed at solving particular problems. Finally the author draws attention to the need to train specialists in family therapy.

Până la mijlocul anilor 50 clinicienii nu lucrau cu întreaga familie. Freud și Rogers considerau că problemele psihologice ale pacientului sunt rezultatul relațiilor lui nesănătoase cu membrii familiei. E logică atunci necesitatea izolării pacientului de familie, de influențele ei malefice prin pereții cabinetului terapeutic. Terapeuții se interesau de amintirile și fanteziile pacientului despre familia sa, forma în care ea era percepută de către client, iar prezența reală a familiei nu era necesară. De asemenea se considera că problemele pacientului ar putea fi înlăturate prin stabilirea relațiilor de încredere între terapeut și pacient.

Deși clinicienii țineau familia la distanță de pacient, pentru a-l feri pe acesta de influența ei negativă, la începutul anilor 50 ei s-au confruntat cu un eveniment care i-a determinat să țină cont de terapia familiei. Ei au observat că atunci când pacientul a început să se simtă mai bine, unul din membrii familiei începea să se simtă rău, de parcă familia ar avea nevoie de „oia neagră”, de persoană bolnavă. (Jekson, 1954). În prezent multe clinici izolează pacienții, dar aceștia întorcându-se acasă, nimeresc în același mediu haotic, care accelerează internarea.

Terapeuții familiei erau de părerea că forțele dominante ale vieții noastre, ale comportamentului se afla în familie. Terapia care se conduce de acest postulat se orientează spre modificarea organizării familiei. Când se modifica organizarea familiei, viața fiecărui membru de asemenea se modifica în mod corespunzător.

Psihoterapia familiei este un sistem terapeutic centrat pe studiul familiei, care presupune o aplicare sistematică și conștientă a unor mijloace psihologice de influențare a funcționalității familiei cu scop profilactic, terapeutic, recuperator. În același timp psihoterapia familiei este și o orientare metodologică centrată pe definirea scopurilor proprii abordării sistemului interacțional familial aflat în impas (I. Mitrofan, 1998).

Terapia familiei s-a născut în anii 50, s-a maturizat în anii 60, în anii 70 și-a atins perfecțiunea. Perioada anilor 1975 - 1985 este considerată a fi secolul de aur al terapiei familiei - perioada entuziasmului, dezvoltării multor abordări ale terapiei familiei. Trei paradigme dominante – sistemică, structurală, strategică a familiei au fost produsele unice ale revoluției

sistemice. Altele precum cea empirică, comportamentală s-au dezvoltat de la abordările tratamentului unor persoane aparte. Vom prezenta în continuare unele din ele.

Terapia sistemică a lui M. Bowen s-a dezvoltat din practica și principiile psihanalitice. Pe parcursul activității sale Bowen a elaborat una din cele mai complete, minuțioase și cu influență concepție teoretică în domeniul TF sistemice.

Bowen propune 8 noțiuni interdependente, care permit o caracterizare amplă a funcționalității și dinamicelor grupului familial: auto-diferențierea; triumphiurile; procesul emoțional al familiei nucleare; procesul proiecției familiale; procesul transmiterii multigeneraționale; pozițiile fraților; despărțirea emoțională sau „retezarea, amputarea relației”; procesul social emoțional.

Se presupune că dezvoltarea optimă, normală a familiei are loc în cazul diferențierii relative a membrilor familiei, anxietății scăzute și contactului emoțional pozitiv al părinților cu familiile lor de origine. Conform concepției lui Bowen se presupune că simptomele sunt rezultatul stresului, căruia omul nu i-a putut face față. Capacitatea de a face față stresului este funcția diferențierii: cu cât omul e mai bine diferențiat cu atât mai rezistente și mai plastice, stabile sunt relațiile lui. Cu cât mai slab este diferențiat omul cu atât mai curând apare simptomul, chiar în urma unui stres minimal. Indiferent de problemă dinamică este aceeași: nediferențierea în familia de origine se transferă în problemele cuplului, care la rândul lor se proiectează asupra soțului simptomatic sau a copilului. Astfel problemele trecutului creează viitorul (Bowen M.,1975).

Metodologia clinică ce rezultă din formularea dată este orientată spre: 1. creșterea capacității părinților de a face față propriei anxietăți, și datorită acestora și cu problemele de comportament al copilului; 2. întărirea nivelului de funcționare emoțională a părinților prin funcționarea cu mai puțină anxietate în familiile lor de origine. Copilul poate fi sau nu examinat în terapie. Bowen calmează părinții și-i învață mai eficient să facă față problemei. Scopul terapiei este de a scădea anxietatea și de a mări auto-diferențierea. Dezvoltarea capacității de a diferenția gândirea de emoții și a utiliza deprinderea dată în soluționarea conflictelor – este principiul de bază al terapiei. Scăderea anxietății și creșterea auto-focusării – capacității de a vedea și regla propriul rol în procesele interacționale – este mecanismul central al schimbărilor.

Psihoterapia empirică a familiei (Carl Whitaker, V. Satir, Duhl, D.Kantor. Lehr, L.Greenberg) apare în anii 60, are rădăcini în psihologia umanistă și pune accent pe experiența trăită „aici și acum”. Calitatea experienței actuale era considerată a fi criteriul sănătății mintale și deci ținta terapiei empirice. Accentul se pune pe deblocarea exprimării sincere emoționale în

familie. Se bazează pe convingerea că oamenii au capacitatea să-și găsească propriile direcții de viață, familia își poate crea propria concepție teoretică despre cum trebuie să existe.

Whitaker considera că teoria este un refugiu de la experiența provocatoare de anxietate de participare la viața familiei. În loc ca să aibă curajul pur și simplu „să fie cu familia” și de a le ajuta să lupte cu problemele sale, terapeuții înclinați să teoretizeze utilizează teoria pentru a crea distanțe necesare pentru obiectivitate.

Sunt numite un șir de noțiuni de bază care determină optica empirică asupra familiei și a tratamentului acesteia – importanța conștientizării, autoexprimării și autorealizării personalității.. Autorealizarea depinde de coeziunea familiei, și de comunicarea normală cu membrii familiei. Accentul se pune pe plasticitatea și libertatea în alegerea rolurilor familiale și în distribuirea puterii. Tratamentul se realizează astfel încât să le ofere unor membri ai familiei posibilitatea să-și găsească roluri autorealizatoare. Se presupune că pe măsura creșterii personale a fiecărui membru al familiei automat necesitățile și armonia familie vor fi realizate.

Din punct de vedere empiric – cauza problemelor familiale – este negarea impulsurilor și refularea, frânarea sentimentelor. Familiile disfuncționale rămân în autoapărare și evitare. Ele caută securitate, și nu satisfacție. Astfel de familii funcționează mecanic. Ele prezintă mai multe plângeri, dar problema lor de bază este cea că ei își reprimă emoțiile și dorințele. Laing, 1967 a caracterizat acest fenomen ca mistificație a experienței și responsabilitatea pentru acesta era pusă pe părinți.

V. Satir menționa rolul comunicării distructive în înfrânarea emoțiilor și a numit 4 metode nesincere de comunicare: acuzare, liniștire, relevare și raționamentul excesiv. În spatele lor se află autoaprecierea scăzută. Dacă ne simțim nesiguri, ne vine greu să spunem adevărul despre emoțiile noastre, de asemenea despre frica de a permite altora să comunice deschis despre sentimentele lor.

Creșterea și nu stabilitatea este scopul terapiei. Debarasarea de simptom este secundară comparativ cu creșterea integrității personale (congruenței), libertății alegerii, independenței, lărgirii experienței. Scopul creșterii personale este unit cu scopul întăririi familiei.

Terapia structurală familială. (Haily, Ackerman, Madanes, Nicols, ș.a.) Apare în anii 70, și deodată devine cel mai influent curent în terapie, fapt datorat eficienței metodei și a aptitudinilor de lucru al lui S. Minuchin – reprezentantul cel mai de vază al curentului. Terapia structurală propune un schelet, o carcasă care oferă ordine și sens multiplelor interacțiuni familiale. Această concepție permite terapeuților să intervină sistematic și organizat în structura familiei.

Terapia structurală oferă un plan de analiză a procesului de interacțiune familială, astfel ea creează baza pentru strategiile consecutive de tratament, care nu mai fac necesare anumite

tehnicile utilizate pentru anumite cazuri. Trei noțiuni de bază ale terapiei structurale, permit înțelegerea funcționării ei: structura, subsistemele, hotarele.

Este un mit că viața familială decurge fericit și în armonie. Familiile normale permanent se luptă cu problemele de viață. Pentru ele sunt caracteristice o structură funcțională pentru soluționarea eficientă a lor. Soții trebuie să învețe să se adapteze unul la altul, să-și educe copiii, să comunice cu părinții, să facă față solicitărilor profesionale și să fie adaptați social. Natura acestei lupte se modifică în dependență de stadiul de dezvoltare familială și crizele situaționale.

Disfuncția familială apare din cauza stresului și a incapacității de a se restructura, pentru a face față stresului, diferitor situații și probleme legate de dezvoltare. (Minuchin,1993). Deoarece problemele sunt funcția întregii familiei, este important ca întregul grup să fie inclus în terapie. Uneori și aceasta nu este suficient. Contextul social al sistemului familial de asemenea este important. Dacă unul din soți are relație extraconjugală și aceasta relație are un rol important în contextul familiei, nu este de dorit să chemăm amantul la ședința de terapie, dar e important să recunoaștem sensul structural al relațiilor extraconjugale. Alteori problema ține de servicii, școală. În asemenea cazuri terapeuții structurali lucrează cu contextul cel mai potrivit pentru a înlătura problema existentă. De asemenea se lucrează și la nivel individual – sunt cazuri când problema de familie poate fi rezolvată lucrând individual.

Scopul terapiei structurale este de a face schimbări în structura familiei, iar rezolvarea problemei este o chestiune adiacentă, rezultatul schimbării structurii. Terapeuții tind să scoată la suprafață structurile latente adaptative ale familiei. Se consideră că familiile sunt competente, nu există un nucleu patologic în familie.

Schimbarea comportamentului are loc prin descoperirea noilor modele de interacțiuni familiale, care ar putea modifica structura familiei. Sarcina constă în activarea structurilor inactive. Dacă după activarea lor modelele pasive devin funcționale, ele se vor întări și structura familie se va putea schimba.

În anii 90 direcția dominantă în terapie a devenit constructivismul social (experiența noastră este funcția modului, cum noi gândim despre ea), se dezvoltă terapia narativă, abordările integrative.

Terapia narativă (M.White, D.Epston –Freedman, Combs –Dickerson și Zimmerman, 1992) este orientarea care domină în terapia familiei, și este reflectarea revoluției post-moderniste în terapie. Cercetează modul în care experiența creează așteptări și cum aceste așteptări apoi transformă experiența prin crearea istoriilor – narativelor organizate.

Noțiunea de terapie narativă e introdusă pentru prima dată de sociologul Jerom Bruner, 1986. El observă că modalitatea prin care oamenii interpretează experiența personală

influențează puternic viața lor: ”noi organizăm experiența și memoria despre evenimentele vieții în special sub forma narativă, de istorisiri – istorii, mituri, argumentări, îndreptări de ce noi facem anumite lucruri sau ne le facem”. Un interes aparte prezintă faptul cum oamenii își construiesc istoriile: ei evidențiază evenimentele care corespund subiectului și le ignoră pe cele care nu se încadrează în subiect.

În cadrul terapiei narative: terapeutul are o atitudine empatică, de colaborare și cu manifestarea interesului față de relatările clientului; caută acele episoade în istoria clientului în care el s-a manifestat puternic și și-a descoperit resursele sale interioare; utilizează întrebări pentru a aborda cu respect noile istorii ale clientului, fără a-i impune părerea personală; nu pune etichete, dar vede în client personalitatea cu istoria sa unică; îi ajută pe client să se despartă de narațiunea culturală dominantă, pe care el a internalizat-o pentru a descoperi spațiu liber pentru istoriile alternative de viață (White, 1995, Freedman, Combs, 1996).

Adepții demersului narativ consideră că problemele apar deoarece cultura îi forțează pe oameni să se încadreze în cadrul îngust al opiniilor autodistructive despre sine și despre lume. Terapie narativă lărgeste cercul de responsabilitate pentru apariția problemei învinovățeste societatea pentru existența problemei. Societatea consideră că oamenii și familie trebuie să se conducă de normativul ideal propus și să se considere sănătoși sau bolnavi în dependență de acest ideal. Standardele ce propun aceeași măsuri pentru toți au atribuit patologie diferențelor legate de cultură, etnie, sex, statut economic.

Dacă istoriile prin care indivizii își descriu viața duc la construirea experienței sale ca fiind lipsită de sens, pacientul poate să se înnăruie în problemele sale personale. Și problemele lui se vor păstra până când versiunile mai optimiste din istoriile lui nu vor domina.

Terapeuții atrag atenție la faptul cum membrii familiei fac schimb de narațiuni – istorii. Aname narațiunile lor (nu mă iubește nimeni; se agață de mine) influențează nu doar ceea ce ei observă (întârzieri, reproșuri), dar și ceea cum ei interpretează observațiile lor.

Deoarece comportamentele umane rezultă din istoriile lor prin care se descriu, pentru modificare comportamentului trebuie schimbată istoria, narativul. Clientul trebuie să identifice ”narațiunea intensificată de problemă” să se diferențieze de ele, să se diferențieze de montajele culturale pe care le-a internalizat. Atunci clientul are posibilitatea de a crea noi reprezentări despre sine. În jurul noilor narative familia se unește pentru a susține clientul și a depăși problema.

Modelele integrative ale terapiei familiei.

În ultimii 20 ani a crescut convingerea potrivit căreia nici o teorie nu poate deține monopolul eficienței și universalității. Tendința dominantă actuală este integrarea deoarece

fenomenul „familia” și fenomenul „terapia” sunt mult mai dificile și complicate decât de credea inițial.

Pot fi distinse două strategii distincte prin care se realizează integrarea: Împrumutul selectiv – adepții unui curent al terapiei familiei împrumută tehnici de la alte abordări; și Modele integrative special elaborate.

Împrumutul selectiv: specialiștii sunt formați în cadrul unui sistem psihoterapeutic, căruia îi rămân fideli, dar recunosc valoarea terapeutică a altor sisteme și își completează teoria și practica cu ideile care după părerea lor ar fi mai eficiente pentru terapie (D. Lebow, 1997). De exemplu B. Karrer (1999) începe practica în baza modelului terapeutic Bowen-ian, iar apoi îl modifică și îl dezvoltă, astfel încât acesta să corespundă dezvoltării ei profesionale și dezvoltării demersului. Unii specialiști sunt de părerea că o asemenea integrare a produs o revoluție liniștită în psihoterapie. Important este de a face sistemul mai complex, fără a pierde concordanța cu conceptul de bază.

Modele integrative special elaborate sunt destul de diversificate. Unele din acestea au menirea de a *lărgi aria de abordare*, care la rândul său oferă terapiei o mai mare libertate în alegere. În special două modele își pun scop să lărgescă abordarea: metastructurile și terapia integrată centrată pe soluție.

Metastructurile. Specialiști D. Breunlin, R. Schwartz, Mac Kune-Karrer, (1992) au pornit de la ideea că concurența diferitor școli terapeutice limitează posibilitățile practice; ei au decis să afle care sunt modalitățile de soluționare a problemelor cheie propuse de fiecare școală și care sunt aspectele lor comune. Autorii au selectat 6 teme cheie din diferite abordări: procesul intrapsihic, organizarea familiei, consecutivitatea interacțiunilor familiale, dezvoltarea familiei, cultura, sexul. În urma acestei selecții specialiștii au elaborat o schemă teoretică unică, care să includă toate elementele principale, care lipseau din teoriile timpurii.

Terapeutul și familia împreună studiază aceste metastructuri; trec de la una la alta în măsura necesității și gătinței. Aceste 6 elemente nu sunt studiate pe rând, dar se schimbă din mers. Terapeutul și familia cercetează diferite metastructuri și se deplasează de la una la alta în măsura în care acțiunea factorilor represivi slăbește. În unele cazuri factorii restrictivi cheie pot fi ușor evidențiați și înlăturați prin utilizarea a una sau două metastructuri, în altele terapeutul și familia, ar putea să lucreze cu toate. Nu e un sistem simplu, e unul care ajută terapeutul să mențină în vizor un număr mare de probleme.

Terapia integrată centrată pe soluție utilizează un șir de procedee de lucru cu familia, fără a le sintetiza, uni într-un tot întreg. W. Pinsof, 1999 este specialistul care o elaborează în ultimii 20 ani. Studiile de baza Pinsof și le face în domeniul psihoterapiei strategice de familie,

dar adăogă la sistemul său de bază nu o metodă, dar abordări întregi. El lucrează în cadrul abordării strategice, pana când nu epuizează toate posibilitățile și dacă nu are rezultatul dorit utilizează altele: trece la exprimarea emoțiilor după modelul V. Satir, dacă nu e suficientă și această abordare, trece la studierea experienței trans-generaționale după modelul Bowen, și invită părinții clienților săi maturi; dacă și aceasta nu dă rezultat trece la terapia individuală cu membrii familiei cu rol decisiv, cu intenția să lucreze cu traumele infantile, care mențin unele conflicte familiale.

După părerea lui Pinsof o asemenea consecutivitate de lucru are sens de a fi utilizată deoarece problemele cu care se adresează familia diferă - unele din ele au rădăcini adânci, dar altele - nu.

Alte modele integrative special elaborate conțin două abordări. Unii autori au încercat să-și dezvolte modelul, doar combinându-l cu alt model. Eron și Lund, 1996; N.Jacobson, 1999; Christensen Goldner, Penn, Sheinberg, Walker, 1990.

Astfel **Modelul soluțiilor narrative** propus de Eron și Lund, combină ideile Institutului de Cercetări Psihice (terapia strategică) cu metoda demersului narativ, și elementele terapiei centrate pe soluție și elaborează Terapia strategică narativă. Modelul postulează *concepția opiniei preferențiate*. Autorii pornesc de la ideea ICP, ca problemele se creează involuntar, ca rezultat al incapacității de a face față diferitor situații de viață, la care mai adăoga idea conforma căreia gândurile și acțiunile oamenilor capătă caracter problematic, dacă le apare divergența dintre autoaprecierea dorită și modul în care ei sunt văzuți de alții.

Autorii propun un șir de recomandări pentru discuția terapeutică eficientă. În procesul terapeutic clienții încep să-și reconstruiască povestirile despre modul în care s-a dezvoltat problema (tehnică narativă) și să-și restructureze situația actuală (tehnică strategică).

Un alt model - Terapia integrată a cuplului – elaborat de N.Jacobson și Christensen 1999, care au observat că rezultatele terapiei se îmbunătățesc dacă la setul standardizat de antrenament de comunicare, soluționare a conflictelor și problemelor (abordare comportamentală) adăogau elementele abordării umaniste. Terapia poate fi orientată asupra schimbărilor comportamentului soților, dar relațiile presupun prezența acceptării a diferențelor, a frustrărilor, dezamăgirilor. Anume elementul acceptării a fost inclus de Jacobson în terapia cuplurilor. La baza schimbărilor modelului comportamental al terapiei familiei au fost cercetările care arătau ca aproximativ 50% din cuplurile ce au trecut prin terapia comportamentală au obținut modificări pozitive (Lacobson, Shmaling & Holtzworth-Monroe, 1987). Este evidentă importanța empatiei și susținerii în terapie. Ei includ în terapia cuplului elementul acceptării partenerilor; subliniază rolul susținerii și empatiei. Nu neajunsurile partenerului se analizează,

dar diferențele Acestea-s inevitabile și trebuie acceptate. Christensen și Jacobson stimulează partenerii să vorbească despre trăirile personale, le dezvoltă capacitatea de a asculta, de a exprima solicitarea, de a fi sinceri și conștienți de solicitarea lor.

Au mai fost încercări de a îmbina două modele terapeutice într-un demers unic orientat spre terapia familiei printre care putem menționa: îmbinarea abordării structurale cu cea strategică (Stanton, 1981; Liddle, 1983), strategic cu cel comportamental (Alexander & Parsons, 1982) psihodinamică și sistemică (Sander, 1979; Nichols, 1987; Scharff, 1989; Slipp, 1988) empiric cu cel sistemic (Duhl & Duhl, 1981; Greenberg & Johnson, 1988).

O altă tendința de dezvoltare a metodelor integrative sunt orientate spre elaborarea **Modelelor pentru probleme specifice**. Terapeuții sunt orientați spre intervenția în cazurile dificile, mai puțin tipice pentru practica uzuală. Asemenea probleme solicită mult mai mult decât poate propune o singură abordare. Acești clinicieni dezvoltă modele integrative reieșind din raționamentul clinic și nu cel teoretic. Ei nu modifică sistemele terapeutice, ei se orientează asupra problemei.

Problema violenței este una actuală. Autorii Goldner, Penn, Sheinberg, Walker, 1990 Acordă suport femeii, ce a devenit victima violenței domestice. Inițial procedura standardizată presupunea activitatea separată cu soții din familia violentă. Acești autori erau de acord cu concepția feministă despre faptul că responsabilitatea pentru violență îi aparține soțului, indiferent de rolul femeii, deoarece violența este mult mai gravă fizic și mai traumatizantă decât acțiunile soției, iar soțul este mai puternic. În același timp autori considerau că e important de a lucra cu cuplul împreună și de a fi atenți la rolul femeii în dramele periculoase ale cuplului. Ei se străduiau să construiască punți între părerile polare, referitor la violență. Ei schimbă abordarea „da-dar” pe „și-și”.

În rezultat creează un demers care unește aspectele următoarelor abordări: feminist, sistemic, psihanalitic, neurobiologic, narativ – și aceasta este o realizare, deoarece multe din aceste școli se situau pe principii polare. În loc să lucreze cu fiecare partener separat și să insiste pe separarea lor, Goldner și Walker se întâlnesc cu ambii soți, dar afirmă că pentru continuarea terapiei, e necesar de a opri imediat violența, iar bărbatul trebuie să-și asume responsabilitatea pentru acțiunile sale violente. Autorii susțin că separarea cuplului în familiile violente rareori contribuie la siguranță, deoarece cuplurile sunt atașate, și curând se unesc din nou, iar femeia care reușește să plece riscă să fie atacată sau ucisă. Dar dacă ambii soți participă la terapie jertfa poate să lămurească atacatorul în prezența terapeutului, ce consecințe, ce rău aduce violența, iar terapeutul poate apela la datoria morală a bărbatului - de a înceta acțiunile violente.

Terapia comunală a familiei. Rojano, Markowitz, 1997. Este un model conceput pentru a ajuta familia să iasă din sărăcie. El decide să scoată experiența terapeutică din cabinet. Și începe să creeze structura care include toate sistemele care participă la formarea modului de viață a clientului – școli, judecăți, închisori, programe de ajutor social, societăți pe acțiuni, societăți de ocupare a forței de muncă.

Alte forme de abordări integrative ale problemelor concrete cu care se confrunta familia sunt: narcomania în rândurile adolescenților; incestul; bolile cronice; adolescenții dificili; dereglări psihiatrice; dereglări alimentare.

L. Tolstoi în romanul sau Ana Karenina exprima ideea “Toate familii fericite se aseamănă una cu alta, fiecare familie nefericita este nefericita în felul său”. Fiecare familie poate fi nefericită în felul său, dar fiecare din ele trece prin aceleași încercări: capacitatea de a trăi împreună, comunicarea cu rudele dificile, grija copiilor, conviețuirea cu adolescenții. Terapeuții familiei își asumă responsabilitatea să le ajute.

Abordarea terapiei familiei constituind un demers de cele mai multe ori delicat și dificil, necesită cunoștințe multiple și competențe în domeniul tehnicilor psihoterapeutice în general, disponibilități speciale de relaționare și comunicare cu microgrupul familial, precum și o experiență de viață familială cât mai completă.

Organizarea unor cadre instituționale și formarea personalului specializat în asigurarea activității de asistență familială educațională și terapeutică constituie un obiectiv social la care trebuie să adere și Moldova.

Bibliografie

1. Mitrofan I., Ciuperca C. Incursiune în psihosociologia și psihosexologia familiei. București, 1998.
2. Браун Д., Кристенсен Д. Теория и практика семейной терапии. М., 2001.
3. Малкина – Пых И.Г. Семейная терапия. М., 2008.
4. Николс М., Шварц Р. Семейная терапия. М., 2004.
5. Сатир В. Психотерапия семьи. М., 2005.
6. Системная семейная терапия: классика и современность. Составитель А.В. Черников. М, 2005.