

Р. ФРИШ  
Дж. ВИКЛАНД  
Л. СИЗАЛ

# ТАКТИКИ изменений



**Краткосрочная Стратегическая терапия**

Современные методы в психотерапии

Ричард Фиш

# **Тактики изменений**

«И-трейд»

1982

**Фиш Р.**

Тактики изменений / Р. Фиш — «И-трейд»,  
1982 — (Современные методы в психотерапии)

ISBN 978-5-00144-563-0

Эта книга посвящена клинической практике психотерапии, то есть тому, как с помощью вербального общения справляться с трудностями, которые обычно обозначаются как психиатрические или психологические проблемы и с которыми обычно сталкиваются практикующие в этих областях или в смежных областях, таких как консультирование по вопросам брака и семьи и клиническая социальная работа. Осознание существования таких проблем клиентами и терапевтами является основой и отправной точкой психотерапии – для каждого случая и для всего профессионального предприятия в целом.

Книга предназначена для специалистов-психотерапевтов, психологов, медиков, студентов означенных специальностей и других читателей, интересующихся современной психологией и решением человеческих проблем. В формате PDF A4 сохранён издательский дизайн.

ISBN 978-5-00144-563-0

© Фиш Р., 1982

© И-трейд, 1982

# Содержание

Вступление	6
Об авторах	10
Глава 1. Практика и теория	12
Глава 2. Манёвренность терапевта	23
Конец ознакомительного фрагмента.	24

**Р. Фиш, Дж. Уикленд, Л. Сигал**  
**Тактики изменений.**

**Краткосрочная терапия**

*Мастерству Милтона Эриксона посвящается*

Richard Fisch, John H. Weakland, Lynn Segal

THE TACTICS OF CHANGE

Doing Therapy Briefly

© 2023, ООО «И-трейд»

## Вступление

Эта книга в первую очередь о том, как проводить краткосрочную психотерапию, хотя она имеет более широкое применение для решения проблем путём целенаправленного содействия изменениям. Проведение быстрой терапии – это не то же самое, что проведение "краткосрочной психотерапии". Последнее наименование стало означать многое. Оно часто подразумевает сокращение сроков лечения как необходимое средство – средство, налагаемое ограничениями по времени лечения или задействованию лечащего персонала, ограниченностью ресурсов у пациентов, которые считаются необходимыми для долгосрочного лечения (например, "способность к инсайту"), или недостаточностью финансов для поддержки длительного лечения. "Краткосрочная терапия" также часто используется как синоним "кризисного вмешательства", при котором краткость лечения считается подходящей, но только для проблем острого и внезапного характера. Там тоже это часто рассматривается как временная мера. Соответственно, большая часть литературы по краткосрочной психотерапии посвящена попыткам наложить ограничения на традиционное долгосрочное лечение, главным образом, путём ограниченной модификации традиционных методов и сужения целей терапии. Таким образом, многие сторонники краткосрочной терапии, придерживаясь идеи о том, что лечение может быть более коротким, считают, что оно применимо только к определенным пациентам или проблемам, и если краткосрочные подходы терпят неудачу, это потому, что проблема требует длительного, интенсивного лечения.

Мы считаем, что дихотомия между краткосрочной и долгосрочной терапией является иллюзорной и, что более важно, является препятствием для развития такой терапии, которая одновременно эффективна как по результату, так и по затраченным ресурсам (например, времени). Мы рассматриваем эту дихотомию как вариант попыток сократить лечение без серьезного пересмотра взглядов на природу проблем и возможностей их разрешения. До тех пор, пока приверженцы краткосрочной терапии объясняют человеческие проблемы с точки зрения личной и межличностной патологии, она, вероятно, останется второстепенным методом по отношению к "главствующему подходу (мейнстриму)" лечения, то есть долгосрочной терапии.

"Тактики изменений" – это чёткое и всеобъемлющее руководство о том, как проводить терапию эффективно и действенно. Хотя книга, в основном, посвящена технике, основанной на концептуализации природы человеческих проблем, которая не согласуется с традиционными моделями. По сути, это непатологическая модель, которая более полно описана в книге "Изменение: принципы формирования и решения проблем" (Watzlawick, Weakland и Fisch, 1974). Мы рассматриваем тактики как сопутствующую работу по изменению. Обе эти книги являются результатом более, чем пятнадцатилетних клинических исследований в Центре краткосрочной терапии Института психических исследований (MRI) в Пало-Альто. Это исследование, в свою очередь, выросло из более ранних работ по терапии семейного взаимодействия в MRI и из значительной стимуляции, обеспечиваемой контактом с новаторской работой Милтона Эриксона.

Проект "Краткосрочная терапия" начался как исследование лечения с использованием инновационных техник для осуществления изменений при сосредоточении внимания на основной жалобе. Неожиданно она превратилась в новый взгляд на человеческие проблемы. «Изменение» – это четкое изложение этой точки зрения; «Тактики» – это описание и иллюстрация техник, вытекающих из этого основополагающего труда. С момента предыдущей публикации этой работы мы произвели ряд изменений с целью усовершенствования и кодификации нашего подхода к лечению, чтобы сделать его более понятным и доступным для других заинтересованных специалистов.

Хотя мы рассматриваем эту работу как спутника «Изменений», мы осознаем, что любая книга должна иметь свои собственные достоинства. Таким образом, мы начали книгу с краткого изложения нашей теоретической точки зрения, поскольку неоднократно подчёркивали связь между техникой и теорией. В первой главе мы представляем краткое изложение наших предпосылок и допущений. Чтобы сделать теоретические основы нашего подхода более доступными, мы привели многочисленные примеры, иллюстрирующие наш подход к практике путем рассмотрения конкретных деталей. Поэтому, после описания каждого технического элемента общего подхода, мы включили один или несколько примеров диалогов из наших клинических случаев. Они были приведены дословно из записей сеансов. Там, где это было невозможно, мы взяли на себя смелость перефразировать или сжать соответствующие диалоги, которые имели место во время лечения. Кроме того, главы 9, 10 и 11 состоят из обширных выдержек из трёх случаев вместе с некоторыми пояснительными комментариями.

Мы также стремились к ясности на уровне стиля несколькими способами. Эта работа содержит мало технического жаргона из области психиатрии или психологии, большая часть которого чужда нашей концептуальной схеме. Мы решили избежать неловкости, присущей такому употреблению, как "он/она". Вместо этого, мы прямо отмечаем здесь, что и терапевты, и клиенты могут, конечно, быть и мужчиной, и женщиной, и мы иногда используем то одно местоимение, то другое. По аналогичным причинам, хотя в наших сеансах может участвовать один или несколько человек, мы избегаем неудобной формы "клиент(ы)" и просто используем «клиент» для обозначения общего случая и «клиенты», когда речь идет конкретно о ситуации во множественном числе. Кроме того, мы старались избегать использования словесных различий, которые мы считаем нереалистичными или вызывающими неприятие. По этой причине мы можем использовать взаимозаменяемые термины «пациент», «клиент», «жалобщик» или даже «потребитель». И хотя по привычке мы обычно пишем «терапевт», с таким же успехом это может быть "консультант".

Между первой главой, посвященной теории, и главами 9, 10 и 11, посвященными практическим примерам, наше описание самой техники структурировано таким образом, чтобы соответствовать хронологическому ходу лечения. Поскольку наш подход к лечению является стратегическим, вторая глава посвящена общей проблеме контроля терапевта над лечением – "Манёвренности терапевта". Затем в разделе "Подготовка к лечению" мы рассматриваем конкретные стратегические соображения, которые могут возникнуть до официального начала лечения, чаще всего во время телефонного звонка клиента, чтобы договориться о встрече. Эти две главы помещены в начале книги, потому что лечение, скорее всего, пойдет наперекосяк, если терапевт не будет его контролировать, а проблемы эффективного контроля могут возникнуть либо при первоначальном телефонном контакте, либо в первые минуты первого сеанса.

После этих «подготовительных» глав в четвёртой главе мы опишем курс, который чаще всего проходит на первом занятии – первоначальном собеседовании. Большая часть этой главы посвящена конкретной информации, необходимой терапевту для краткого разрешения проблем, и тому, как получить эту информацию.

Информация, относящаяся к нашему подходу, рассматривается в пятой главе, в которой подробно рассматривается чувствительность клиента (или система отсчета клиента) – "Позиция пациента". Этот фокус тесно связан с общей проблемой влияния терапевта и является основой для повышения соответствия вмешательствам и предотвращения сопротивления пациента.

Однако, если кто-то хочет вмешиваться целенаправленно и эффективно, он должен проанализировать стратегическую информацию, разработать цель лечения и сформулировать стратегию для достижения этой цели. Соответственно, глава шестая, "Планирование терапии", посвящена соответствующим процедурам для этого. Как только терапевт сформулирует цель лечения и разработает базовую стратегию, ему понадобятся руководящие принципы для реа-

лизации этой стратегии-тактики. С этой целью в седьмой главе «Вмешательства» описываются общие и конкретные предложения, задания и позиции, которые терапевт может использовать для решения проблемы клиента, а также для поддержания тактического преимущества в лечении. Затем описательная часть нашей работы завершается восьмой главой, посвящённой прекращению лечения.

Главы 9, 10 и 11 иллюстрируют общий подход, то, как он использовался в наших собственных клинических случаях, предлагая обширные выдержки из диалогов для каждого из трёх случаев, чтобы читатель мог увидеть, как составляется «пакет». Фрагменты диалога чередуются с нашими комментариями, объясняющими обоснование конкретных шагов, предпринятых терапевтом, – своего рода "размышления вслух" с целью прояснения хода продолжающегося лечения.

Неотъемлемым следствием нашего взгляда на проблемы является размывание обычного различия между клиническими проблемами и проблемами, встречающимися во многих других сферах человеческой деятельности. Поэтому, несмотря на то, что эта книга посвящена психотерапии, мы включили заключительную главу (глава 12) об актуальности нашего подхода к тем проблемам, которые лежат за пределами общепринятых границ психотерапии. Мы считаем, что включение такой главы ещё больше прояснит наши основные принципы, а также простимулирует тех читателей, чья работа иногда может привести их к соприкосновению с неклиническими проблемами.

Как заметит читатель, наша работа отражает ориентацию, больше похожую на шахматную партию, чем на ту, которая подразумевается традиционным акцентом на "терапевтических отношениях". Мы знаем, что литература по психотерапии традиционно фокусируется больше на «потребностях» пациента и меньше на конкретной тактике терапевта. Конечно, вопрос о контроле терапевта над лечением почти полностью избегался в обсуждениях психотерапии. Мы понимаем, что существует риск показаться чёрствым, когда кто-то явно использует подход, ориентированный на стратегию, – когда он, так сказать, раскрывает "уловки торговли". Но это, очевидно, риск, на который мы сочли важным пойти. В наших собственных этических рамках, если стратегический или манипулятивный подход может сократить страдания пациента и сэкономить ему время и деньги, это не аморальная позиция. Более того, мы считаем, что избегание расследования и откровенного обсуждения того, как терапевты на самом деле работают со своими пациентами, помогло сохранить досадную ауру непонятной сложности и волшебства, в которой решение проблем пациентов обязательно рассматривается как искусство. Вместо этого, мы считаем, что лечение, по крайней мере, должно быть в гораздо большей степени ремеслом, хотя и таким, которому индивидуальный терапевт может применить любое мастерство, которым он обладает. При одном только артистизме, можно только благоговеть перед «одарённым» терапевтом. А если рассматривать терапию как ремесло, можно научиться воспроизводить эффективные методы решения проблем.

В ряде разделов книги мы ссылались на другие терапевтические подходы. Эти ссылки не следует воспринимать как адекватные характеристики этих методов лечения, они даны в качестве сравнений с целью сделать наши взгляды как можно более ясными. Наконец, мы не рассматриваем нашу работу как последнее слово: поскольку в жизни людей всегда происходят изменения, это слово никогда не будет написано. Наш интерес к этой книге, как и к нашим тренингам, заключается не в том, чтобы продвигать наш подход как окончательный, а в том, чтобы сделать его достаточно ясным, чтобы он мог сформировать основу, на которой каждый терапевт может строить и развивать дальнейшие улучшения и уточнения.

Любая работа такого рода отражает вклад множества людей помимо авторов и у них мы в глубоком долгу. В дополнение к более ранним участникам, упомянутым в «Изменениях» и в нашей первой статье об этой работе (Weakland and others, 1974), мы должны особо упомянуть тех нынешних членов Центра краткосрочной терапии, чья работа оказала ценную помощь в



прояснении того, чем мы были и чем занимаемся: Пола Вацлавика, Элдона Эванса, Нила Браста., Джеймса Койна и Винсент Моли, а также тех, кто в последнее время работал вместе с нами, предлагая свои собственные полезные перспективы: Аллен Вандеруэлл, Варда Саломон и Рене Сабурин.

Мы также благодарны участникам наших семинаров и читателям «Изменений», которые подтолкнули к написанию этой работы своими вопросами о технике и просьбами о более чётких указаниях по переводу общих принципов изменений в конкретные рекомендации по лечению.

Наконец, Шэрон Лукас оказала неоценимую помощь в эффективном составлении стенограмм из записанных на плёнку материалов дела и преобразовании не слишком разборчивых разделов рукописи в чёткий машинописный текст.

*Пало Альто, Калифорния, апрель 1982*

*Ричард Фиш,*

*Джон Уикленд*

*Линн Сигал*

## Об авторах

Ричард Фиш, доктор медицины, занимается частной психиатрической практикой в Пало-Альто, Калифорния, является директором и главным исследователем Центра краткосрочной терапии Института психических исследований, а также научным сотрудником этого института. По совместительству он работает консультантом-психиатром в Департаменте пробации<sup>1</sup> для несовершеннолетних округа Сан-Матео и является клиническим ассистентом профессора психиатрии в медицинской школе Стэнфордского университета.

Фиш получил степень бакалавра в 1949 году в колледже Колби и степень доктора медицины в 1954 году в Нью-Йоркском медицинском колледже. После окончания стажировки в 1955 году в больнице Бет-Эль (ныне Брукдейл) в Бруклине, штат Нью-Йорк, с 1955 по 1958 год он проходил психиатрическую ординатуру в больнице Шеппарда и Еноха Пратта в Таусоне, штат Мэриленд. Он получил сертификат Американского совета по психиатрии и неврологии в 1962 году.

С 1957 по 1958 год он был помощником начальника службы в больнице Шеппарда и Еноха Пратта, а с 1958 по 1959 год занимал должность заместителя директора психиатрической стационарной службы в больнице округа Сан-Матео. Фиш начал частную практику в 1959 году. Его сотрудничество с Институтом психических исследований началось в 1962 году, когда он был членом Комитета по семейному обучению. На протяжении многих лет он проявлял интерес к семейной терапии, а, начиная с 1965 года, к исследованию методов сокращения сроков лечения. В 1981 году он получил награду от Американской ассоциации семейной терапии за выдающиеся достижения в новых направлениях семейной терапии. Среди его публикаций, имеющих отношение к области, рассматриваемой в этой книге, – «Соппротивление переменам в психиатрическом сообществе» (Архив общей психиатрии, октябрь 1965 г.); «О неподобающих семейных терапевтах», совместно с П. Вацлавиком, Дж. Уиклендом и А. Бодином, «Книга семейной терапии» (Нью-Йорк: Science 16 House, 1972); «Краткосрочная психотерапия: целенаправленное разрешение проблем», совместно с Дж. Уиклендом, П. Вацлавиком и А. Бодин (Семейный процесс, июнь 1974); «Изменения: Принципы формирования и решения проблем», с П. Вацлавиком и Дж. Уиклендом (Нью-Йорк: Нортон, 1974); «Гиперактивность, разрешённая с помощью краткосрочной психотерапии», с Дж. Уиклендом, «Гиперактивность: Теория, исследования и действия» (Нью-Йорк: Wiley, 1976); «Иногда правой руке лучше не знать, что делает левая рука», «Семейная терапия: полнометражные тематические исследования» (Нью-Йорк: Gardner Press, 1977); «Влияние Милтона Эриксона на краткосрочную психотерапию», «Эриксоновские подходы к гипнозу и психотерапии» (Нью-Йорк: Brunner /Mazel).

Джон Х. Уикленд, лицензированный консультант по вопросам брака, семьи и детей, занимается частной практикой в Пало-Альто, Калифорния. Он также является научным сотрудником Института психических исследований, заместителем директора Центра краткосрочной терапии института и клиническим ассистентом профессора кафедры психиатрии и поведенческих наук Медицинской школы Стэнфордского университета.

Первоначально Викланд получил образование химика и инженера-химика в Корнеллском университете, защитив квалификационные работы в 1939 и 1940 годах соответственно. После шести лет инженерной практики в области исследований и проектирования установок он вернулся в аспирантуру для работы в области антропологии и социологии в Новой школе социальных исследований и Колумбийском университете с 1947 по 1952 год; его исследования были сосредоточены главным образом на культуре и личности, а также на китайской семье и культуре, он работал под руководством Грегори Бейтсона, Маргарет Мид и Рут Бенедикт.

<sup>1</sup> По контролю за испытательным сроком (прим. ред.)

В 1953 году он переехал в Пало-Альто, чтобы работать над исследовательскими проектами Грегори Бейтсона по человеческой коммуникации вместе с Джем Хейли, Доном Д. Джексоном и Уильямом Ф. Фрайем-младшим. Это исследование привело к теории "двойной связи" шизофрении, началу семейной терапии на Западном побережье и основанию Джексоном Института психических исследований.

Уикленд является членом Американской антропологической ассоциации и Общества прикладной антропологии, а также редактором-консультантом журнала *Family Process*. В 1981 году он получил награду за выдающиеся достижения в новых направлениях семейной терапии от Американской ассоциации семейной терапии. Он является автором или соавтором пятидесяти профессиональных статей и четырёх книг: «Изменения: принципы формирования и решения проблем», совместно с П. Вацлавиком и Р. Фишем (Нью-Йорк: Нортон, 1974); «Взгляд на взаимодействие: Исследования в Институте психических исследований», Пало-Альто, 1956–1974, под ред. П. Вацлавика (Нью-Йорк: Нортон, 1977); «Консультирование пожилых людей и их семей» с Дж. Дж. Герром (Нью-Йорк: Спрингер, 1979); и «Строгость и воображение: очерки из наследия Грегори Бейтсона», под ред. Кэрол Уайлдер-Мотт (Нью-Йорк: Прегер, 1981).

Линн Сигал, лицензированный клинический социальный работник, является научным сотрудником Института психических исследований (MRI) и участником проекта Краткосрочной терапии этого института. Он получил степень бакалавра психологии в Университете Хофстра (1966) и степень магистра социальной работы в Университете Адельфи (1968). Он был удостоен Мемориальной премии Дона Д. Джексона в 1977 году, был одним из организаторов и соруководителей программы обезболивания в больнице Эль-Камино, а в прошлом был председателем Комитета по обучению MRI. В настоящее время он делит свое профессиональное время между обучением других краткосрочной терапии и работе с семейными системами, исследованиями в области психотерапии и ведением частной практики в Пало-Альто. Он проводил обучающие семинары по всей территории Соединенных Штатов и в Европе.

Самые последние публикации Сигала включают: «Целенаправленное решение проблем» в книге Э. Толсона и У. Дж. Рида (ред.), «Модели семейного лечения» (Нью-Йорк: Издательство Колумбийского университета, 1981); «Семья «Д»: неспособность оценить клиентуру», совместно с П. Вацлавиком, в S. Б. Коулман (ред.), «Неудачи в семейной терапии» (Нью-Йорк: Guilford Publications, 1982).

Профессиональные интересы Сигала в настоящее время сосредоточены на пересмотре применения общей теории систем в клинической практике: использовании примеров видеозаписей, взятых из фильмов, пьес и телевидения, для облегчения преподавания краткосрочной терапии и интерактивного подхода. А также изучение возможностей интеграции краткосрочной терапии с более «традиционными» моделями лечения.

## Глава 1. Практика и теория

Это практическая книга о целенаправленном продвижении полезных изменений, особенно в психотерапии. То есть, особое внимание сосредоточено на том, что делать, и как делать, чтобы помочь эффективно и действенно решать постоянные человеческие проблемы.

Однако, это не так просто и имеет ограничения. Детали процесса не важны сами по себе. Они связаны с некоторым обоснованием лечения, которое должно быть известно, если мы хотим понять и оценить процедуры. Это особенно важно при нашем подходе к лечению, поскольку вопросы «что» и «как», которые мы здесь предложим, часто выходят за рамки обычного. Рассмотрим небольшой пример из заключительного этапа нашего второго интервью с тридцатилетней работающей женщиной:

**Пациент:** Моя главная проблема в том, что большую часть времени я в депрессии. В этом состоянии есть свои взлёты и падения – в худшем случае я еще могу просто выполнять свою работу, но ничего больше; в лучшем случае я просто не чувствую себя хорошо.

**Терапевт:** Вы говорите, что депрессия – ваша главная проблема. Что-нибудь еще?

**П:** Да, у меня нет никаких длительных отношений с мужчинами. Все они кратки и неудовлетворительны.

**Т:** Не могли бы вы описать это немного более конкретно?

**П:** Ну, когда я чувствую себя относительно хорошо, я могу попытаться найти кого-нибудь. Я могу пойти в бар и встретить там мужчину.

**Т:** Дальше что?

**П:** После того, как мы познакомимся, мы можем пойти домой вместе. Но это никогда не длится долго. Через несколько дней или неделю – самое большее, через пару недель – я больше ничего о нём не слышу. И если я звоню ему, он отталкивает меня. Потом я задаюсь вопросом, что со мной не так, и снова впадаю в депрессию. Это происходит снова и снова.

**Т:** У вас сейчас депрессия?

**П:** Да, и я хотела бы чувствовать себя лучше.

**Т:** Я могу это понять. Но я должен сказать вам, что на самом деле было бы нехорошо, если бы вы сразу начали чувствовать себя лучше, менее подавленной. Позвольте мне объяснить почему, поскольку это может показаться вам противоречием, ибо вы пришли сюда, чтобы преодолеть свою депрессию. Видите ли, у вас есть еще одна проблема: почему-то – пока не ясно, почему, – на данный момент вы не знаете, как вести свои отношения с мужчинами, чтобы они складывались к вашему удовлетворению. В этой конкретной области вам, должно быть, не хватает каких-то необходимых социальных навыков. Итак, если ваша депрессия пройдет сразу же – до того, как у вас будет время выяснить, что вам нужно, чтобы лучше справляться с ситуацией, то вы подвергнетесь серьезной опасности увлечься другим мужчиной, только для того, чтобы это скоро и плохо закончилось. И тогда вы почувствуете себя ещё более подавленной.

**П:** Ну, я вроде как понимаю это, хотя мне бы хотелось чувствовать себя лучше.

**Т:** Конечно, но прямо сейчас это слишком большая опасность для вас. На самом деле, я обеспокоен тем, что, если вы почувствуете себя хоть немного лучше, у вас может возникнуть соблазн отправиться на поиски и вступить в плохие отношения, несмотря на то, что я вам объяснил. Поэтому позвольте мне предложить способ предотвратить такое развитие событий. Если вы почувствуете желание или необходимость выйти на улицу, хорошо, возможно, вам придётся это сделать. Но вам определённо следует постараться выглядеть менее привлекательной, чтобы предотвратить или, по крайней мере, замедлить быстрое вовлечение в отношения – до тех пор, пока мы не сможем получить представление о том, что вам нужно, чтобы они сложились лучше. Вам не нужно делать что-то чрезмерное. Если вы всё-таки пойдете в бар, вы можете просто оставить чёрную метку где-нибудь на своём лице – как своего рода пятно.

Учитывая только эту информацию, большинство людей, включая профессиональных консультантов, вероятно, сочли бы заключительные замечания терапевта странными – возможно, более странными, чем поведение многих пациентов. Говорить женщине, находящейся в депрессии, чтобы она не чувствовала себя лучше и намеренно портила свою внешность, не имеет здравого смысла. Это также не согласуется с общепринятыми представлениями о психопатологии и терапии – например, о том, что пациенты нуждаются в поддержке и ободрении. Следовательно, поведение этого терапевта, скорее всего, будет сочтено просто нелогичным и донкихотским и будет немедленно отвергнуто – если не осуждено.

Можно, однако, продолжить рассмотрение этого случая и понаблюдать за реакцией пациента на заявление терапевта, сообщённое на следующем сеансе две недели спустя:

**Т:** Может быть, вы просто просветите меня о том, как вы себя чувствуете на данный момент.

**П:** Хорошо. Что ж [*бодрым голосом*], я не знаю, была ли моя депрессия на исходе или случилось что-то еще, но предложение, данное две недели назад, о том, чтобы я была очень осторожна в отношениях и старалась не погружаться в них слишком быстро, потому что я не знаю что делаю, мне помогло. Ну, я не считала, что мне нужен какой-то особый вид пятна, или отметины, или как бы вы это ни назвали, чтобы удержать меня от отношений, потому что я не считаю, что мне действительно нужно это делать, чтобы держаться от людей подальше. Я считаю, что делаю хорошо, если ничего намеренно не подстраиваю. Может быть, это и не было целью, но именно так я это интерпретировала. В любом случае, только эта мысль – что я действительно не знаю, что делала и, может быть, мне следует быть осторожной – заставила меня почувствовать себя действительно хорошо. Я вроде как ходила и думала: "Мне не нужно [*смеётся*] встречаться с кем-то. Мне не нужно иметь эти замечательные отношения; я могу просто позаботиться о себе", и это как приказ врача, что я должна держаться подальше от этого... И поэтому последние пару недель я чувствую себя довольно хорошо. И это было для меня своего рода неожиданностью. Я не знала, что это произведёт такой эффект. Но, как я уже сказала, я не знаю, может быть, я была в самом конце депрессии. Но я абсолютно точно, что, когда я думала об этом, в плане "Остерегайся...", это каким-то образом делало мне легче, а не заставляло чувствовать себя подавленной.

**Т:** Это помогало вам подумать: "Хорошо, может быть, мне следует действовать помедленнее"...

**П:** Да.

**Т:** ...вступая в новые отношения...

**П:** Да.

**Т:** ...или при возобновлении старых?

**П:** Да – интересно, что в то время – хотя и даже сейчас – я не совсем уверена, что означало "действуй медленно" – но это, похоже, не имело значения с точки зрения реакции, которую я испытала на эту мысль.

**Т:** Да.

**П:** Итак...

**Т:** Итак... пара вопросов. Во-первых, вы говорите, что не уверены, заканчивалась ли депрессия уже или что-то в этом роде, но вы почувствовали себя легче после прошедшего сеанса – я думаю, это были те слова, которые вы использовали.

**П:** Хм-хм.

**Т:** Значит, вы подразумеваете, что чувствуете, что у вас больше нет депрессии?

**П:** Э-э.

**Т:** Или что вы чувствуете себя лучше?

**П:** Ну, я не чувствую себя подавленной, как тогда. Это было своего рода... тяжело работать, есть, переезжать с места на место... а я такого не чувствовала. Я просто продолжаю идти

тем путём, которым шла, который, знаете ли, не является маниакальным, и... может быть, люди посмотрят на меня и подумают, что у меня депрессия, но я чувствую, что нахожусь в своём нормальном состоянии.

Из этого дословного изложения следует, что сказанное терапевтом в предыдущем интервью, оказало положительный эффект, несмотря на его странность. Поэтому его подходу, возможно, стоит подражать, даже если он непонятен. Хотя этот вывод может представлять собой некоторый прогресс по сравнению с предыдущим непонимающим отказом, поскольку он учитывает больше данных, он может привести в лучшем случае к слепому копированию или, что более реалистично, к попытке копирования в области, где никогда не бывает двух абсолютно одинаковых случаев. Только понимая общие концепции проблем и лечения, короче говоря, теорию, с которой связаны конкретные практики, можно выйти за рамки такого слепого реагирования, либо разумно отвергнуть, либо разумно принять и применить такой подход к терапии.

Важность этой взаимосвязи между теорией и практикой трудно переоценить. Любое целенаправленное поведение человека в значительной степени зависит от взглядов или предположений, которых придерживаются люди, которые определяют их интерпретацию ситуаций, событий и отношений. Для конкретной области поведения, называемой психотерапией, это означает, что идеи или предположения, которых придерживается человек относительно природы проблем и лечения, будут сильно влиять на то, на каких данных он сосредоточит внимание, кого он увидит во время лечения, что он будет говорить и делать и, в равной степени, не говорить или не делать с пациентом и другими вовлечёнными лицами, и, что не менее важно, как он будет оценивать результаты таких действий.

Например, было время, когда странное поведение часто интерпретировалось как результат одержимости демонами; соответственно, оно лечилось с помощью какого-то обряда экзорцизма. В нашем сегодняшнем обществе подобное поведение более склонно восприниматься как указание на наличие психического заболевания, например, шизофрении, и поэтому делается вывод о необходимости применения некоторой медицинской или психологической терапии. Но в чём именно должна состоять эта терапия – в госпитализации, операции на головном мозге, лекарствах, индивидуальной психотерапии, семейной терапии – будет варьироваться в зависимости от того, является ли «болезнь» физиологической, биохимической, психологической или интерактивной по происхождению и природе.

Очевидно, что такие различия в представлениях о проблеме также приводят к значительным различиям в прогнозе – не только в том, о каком виде терапии идет речь, но и в том, насколько радикальной и продолжительной она, как ожидается, обязательно будет. Наконец, оценка результатов лечения также будет зависеть от вашего представления о проблеме. Например, шизофрению можно рассматривать как врождённый и фундаментальный дефект индивида, так что даже если специфическое поведение прекратится, пациент в лучшем случае навсегда останется "шизофреником в стадии ремиссии" – тогда как, с другой стороны, теперь его больше не будут считать шизофреником. Шизофрения, конечно, является крайним примером, но для всех других проблем, даже, казалось бы, самых лёгких или простых, значение взглядов, которых придерживается терапевт, аналогично.

Таким образом, очевидно, что мы рассматриваем теорию как важную и действительно необходимую составляющую для практики терапии. Тем не менее – любым из двух способов – теория также может привести к трудностям и ошибкам (Weakland, 1978; Whitaker, 1976; Haley, 1978). Во-первых, теория может быть чрезмерно усложнена или воспринята слишком серьёзно – овеществлена – настолько, что она станет препятствовать прямому наблюдению и простой интерпретации поведения. Чтобы избежать этого, наше изложение теории будет настолько кратким и простым, насколько это возможно, и намеренно ограниченным по объёму и концепции (подробнее о наших теоретических взглядах и их значении для практики см. Weakland и другие, 1974; Watzlawick, Weakland и Fisch, 1974). Мы не рассматриваем теорию как нечто

тщательно продуманное, сложное или окончательное: не как высшую истину или конечную реальность, каким-то образом выходящую за рамки того, что можно непосредственно наблюдать, а скорее как набор относительно общих идей или взглядов, которые полезны для интеграции частных наблюдений и действия систематическим и понятным образом. Более того, хотя всегда можно порассуждать о возможных более широких последствиях нашего подхода, как и любого другого, мы не пытаемся здесь представить всеобъемлющую теорию человеческой природы, человеческого существования или «разума», а хотим лишь изложить нашу общую концепцию природы проблем, которые люди приносят терапевтам. И эта концепция эффективного вмешательства для решения таких проблем – теория, максимально приближенная к практике.

Короче говоря, наша теория – это всего лишь концептуальная карта нашего подхода к пониманию и лечению тех проблем, с которыми терапевты сталкиваются в повседневной практике. Как и любая карта, это, по сути, инструмент, помогающий кому-то найти свой путь из одного места в другое, в данном случае от встречи терапевта с проблемой клиента до её успешного разрешения. Как инструмент, карта не может быть всегда актуальной, а носит предварительный характер и должна оцениваться в первую очередь по результатам её использования. Тем не менее, хорошая карта может быть очень полезна для уточнения рельефа местности и для ориентирования в тумане, на болотах и в зарослях, столь распространённых в стране человеческих проблем.

Мы также стремимся сделать наши фундаментальные взгляды – наши предпосылки и допущения – как можно более ясными, поскольку другая опасность, исходящая от теории, возникает, когда она необъяснима. Точно так же, как человек не может не общаться, поскольку в социальной среде даже молчание является посланием, он не может не теоретизировать. У всех нас есть общие идеи, которые формируют контекст, и, таким образом, направляют наше конкретное мышление и поведение. Но эти общие взгляды могут быть неявными и приниматься как должное. Тогда они тем более влиятельны, поскольку менее открыты для обзора, вопросов и возможного пересмотра. Если человек сбивается с пути в терапии, следуя неявной карте, если он действительно может даже признать, что сбился с пути, он может лишь пробовать одну тактику за другой, довольно беспорядочно. Или же нужно навесить на пациента ярлык «неизлечимый». Поэтому мы стараемся сделать наши предпосылки и допущения, а также их связь с нашей практикой, настолько ясными и недвусмысленными, насколько это возможно. Это тем более важно, что многие из наших техник, как и наши практики, будут незнакомыми и необычными.

Хотя мы считаем, что наши предпосылки, взятые вместе, представляют собой единый и последовательный взгляд на природу проблем и их решение, этот взгляд не возник в полной мере и не является уникальным для нас, за исключением некоторых существенных аспектов: его целостной структуры и акцента на роли попытки решения проблем. Скорее, это результат обширной модификации прежних взглядов в результате опыта, размышлений и изменений в течение длительного периода. Краткое освещение этой истории развития с изложением предыдущих взглядов, от которых мы отказались или изменили, может помочь сделать нашу нынешнюю точку зрения более ясной и доступной, в противоположность предыдущим.

Мы начали с погружения, благодаря обучению и опыту, в психодинамические концепции и связанные с ними практики. Психодинамическая теория фокусируется на индивидуальном пациенте, особенно на интрапсихических структурах и процессах. Следовательно, акцент делается в первую очередь не на том, какое поведение связано с проблемой, а на предполагаемых глубинных вопросах. Более того, эта точка зрения рассматривает настоящее главным образом как результат прошлого, в терминах линейных цепочек причин и следствий, от истоков до последствий. Это ставит акцент на том, что находится внизу и позади, давным-давно и далеко, а не здесь и сейчас. Этот акцент на скрытом происхождении вместо того, что можно

наблюдать в настоящее время, неизбежно приводит к обширному исследованию прошлого и интенсивному использованию умозаключений. Кроме того, эта точка зрения сильно, хотя и часто неявно, склоняется к тому, чтобы рассматривать проблемы как результат недостатков в структуре личности, недостатков, возникающих (за исключением врожденных недостатков, которые иногда предполагаются) либо из-за отсутствия раннего позитивного опыта, либо из-за негативного опыта, раннего или позднего. Что касается практики, то отсюда следует, что терапевт сначала должен достичь понимания таких сложных и скрытых вопросов, а затем должен помочь пациенту с помощью интерпретаций достичь адекватного понимания. Поддержка и руководство, направленные на преодоление или компенсацию предполагаемого дефицита, также могут быть важны в некоторых формах индивидуального лечения, но фундаментальным лечебным фактором по-прежнему считается "инсайт (озарение)", а основной предпосылкой является интеллектуальная фраза: "Знание сделает человека свободным".

Однако затем все мы были вовлечены в движение семейной терапии. И семейная терапия – это не просто вопрос различных специфических практик по наблюдению за целыми семьями вместо отдельных индивидуумов. Напротив, этот взгляд на проблемы и их профессиональное лечение отличается от только что изложенной психодинамической позиции, пункт за пунктом. Очевидно, что семейная терапия фокусируется на идентифицированном пациенте не как одинокое, а на его первичном социальном контексте, семье. Сосредоточение внимания на общении и взаимодействии внутри семьи приводит к гораздо большему акценту на фактическом поведении, на том, что наблюдается в настоящем, а не на прошлом, внутреннем и на тех логических выводах, которые могут быть из этого сделаны. Рассмотрение проблемного поведения не изолированно, а связано с его непосредственным контекстом – поведением других членов семьи и означает нечто большее, чем просто конкретное изменение точки зрения, каким бы важным это ни было. Это изменение иллюстрирует общий сдвиг в эпистемологии от поиска линейных причинно-следственных цепочек к кибернетической или системной точке зрения – пониманию и объяснению любого выбранного фрагмента поведения с точки зрения его места в более широкой, постоянной, организованной системе поведения, включающей обратную связь и взаимное подкрепление повсюду. Кроме того, этот сдвиг в сторону сосредоточения внимания на том, как система может быть организована или плохо функционировать, подразумевает меньшую веру в индивидуальные недостатки. Для практики эта точка зрения предполагает, что задача терапевта состоит не только в том, чтобы понять семейную систему и место проблемы в ней, но и в том, чтобы для решения проблемы предпринять действия по изменению неисправной системы.

Однако, растущий опыт работы в том, что сейчас можно было бы назвать "традиционной семейной терапией", привёл нас к пониманию того, что не уделяется особого внимания различным средствам, которые терапевты могли бы использовать для содействия изменениям. Хотя у разных терапевтов были разные стили и некоторые конкретные техники были описаны изолированно, общая проблема того, как сознательно изменить поведение в человеческих системах, обсуждалась мало. Примерно такая же ситуация была и в отношении того, какое поведение должно быть целью при попытках к изменению. Существовало базовое представление о том, что для лечения проблемного поведения в каких-то частях семейной системы потребуются изменения, но рекомендации о том, на чём терапевт должен сосредоточить исследование и как влиять на изменения, были фрагментарными и противоречивыми. Это представление привело к мнению о том, что для решения проблем необходим довольно радикальный пересмотр организации и функционирования семьи – мнение, сопровождаемое практикой регулярного осмотра не меньше, чем всей семьи, и, следовательно, разработкой и удлинением семейного лечения.

Центр краткосрочной терапии начал свою работу пятнадцать лет назад с нескольких простых идей, идущих вразрез с только что перечисленными тенденциями. Наша цель состояла



в том, чтобы увидеть, что можно сделать за строго ограниченный период – максимум десять одночасовых сессий, сосредоточившись на основной жалобе, максимально используя любые активные техники, способствующие изменениям, которые нам были известны или которые мы могли позаимствовать у других (таких как Милтон Эриксон, Дон Джексон и Джей Хейли). Мы постарались осуществить поиск минимальных изменений, необходимых для решения существующей проблемы, вместо того, чтобы стремиться к реструктуризации целых семей. С самого начала мы работали как одна команда. Один участник назначался терапевтом для каждого случая, а другие участники наблюдали за всеми сеансами через одностороннее зеркало. Наблюдатели могли высказывать замечания или предложения по телефону внутренней связи или даже временно заходить в процедурный кабинет. Все сеансы были записаны в виде аудиозаписи, чтобы сделать возможным детальное изучение. Опыт, накопленный при работе таким образом, вместе с обширными обсуждениями и усилиями по обобщению и конкретизации того, что мы делали на практике, в конечном итоге привели к нашим нынешним предположениям. Мы рассматриваем эти взгляды как дальнейшее развитие некоторых основных идей семейной терапии, хотя другие могут рассматривать их как отход от неё.

Наша задача – разъяснить эти взгляды и их взаимосвязь, но мы нуждаемся в сотрудничестве наших читателей и просим их об этом, главным образом, временно приостановив вынесение суждений. Мы можем описывать наши идеи и практики только постепенно, по частям. Аналогичным образом возникает естественное искушение проанализировать то, что мы говорим, по частям, особенно путём сравнения с каким-либо другим существующим взглядом на проблемы и терапию или перевода его в термины. Но это только усложнит восприятие, а затем и оценку нашего подхода как такового. Большая часть наших собственных усилий по формулированию наших взглядов была направлена на достижение отрешённости от таких существующих концепций. Возможно, это поможет читателю взглянуть на то, что мы собираемся описать, по крайней мере на первых порах, как на причудливую карту новой *terra incognita*<sup>2</sup>, а не как на описание какой-либо известной земли. Итак, вот наша карта.

Наше самое базовое видение, метавидение, для которого все остальные являются вспомогательными – уже предложено, когда было сказано о теории и картах в целом. Тем не менее, поскольку эта точка зрения отличается как от того, чего обычно придерживаются неявно, так и от того, что открыто утверждается учёными в самых разных областях, от теологии до естественных наук (хотя в настоящее время она все чаще подвергается сомнению в науке), она несёт в себе очень специфическое повторение: мы говорим только о взглядах, а не о реальности или истине, потому что мы верим, что взгляды – это всё, что у нас есть или когда-либо будет. Речь даже не идёт о взглядах, которые более или менее реальны или истинны, или постепенно приближаются к истине. Некоторые взгляды могут быть более полезными или эффективными, чем другие, для достижения выбранной цели, но это прагматический критерий, а не критерий «реальности». Аналогия с языками может помочь прояснить этот фундаментальный момент. Существует много языков. Все они имеют некоторую упорядоченную связь с наблюдением и опытом, но одновременно являются в значительной степени произвольными конвенциональными системами. Один может быть лучше для одной цели – английский для современного научного дискурса – а другой для другой цели – эскимосский для различения разновидностей снега. Но это не делает одно более реальным или истинным, чем другое.

Наш взгляд на то, что представляют собой проблемы и полезная помощь, может быть представлен с точки зрения пресловутого "Человека с Марса". То есть, что бы умный, но наивный наблюдатель воспринял как общее и характерное, если бы он мог посмотреть на адекватную выборку – особенно первоначальные интервью – реальных сеансов психотерапии? Хотя такой подход может показаться поверхностным, его преимущества заключаются в простоте,

<sup>2</sup> Terra incognita (пер. с лат. – неизвестная земля)

конкретности и минимизации предпосылок и выводов. Мы предполагаем, что такой наблюдатель снова и снова отмечал бы это:

- клиент выражает беспокойство по поводу некоторого поведения – действий, мыслей или чувств – самого себя или другого человека, с которым он в значительной степени связан.
- поведение описывается как (а) отклоняющееся – необычное или неуместное на грани ненормальности – и (б) причиняющее беспокойство или вред, непосредственно или потенциально, либо самому пациенту, либо другим людям.
- сообщается, что пациент или другие лица предпринимали усилия, чтобы остановить или изменить это поведение, но они оказались безуспешными.
- либо пациент, либо другие заинтересованные лица обращаются к терапевту за помощью в изменении ситуации, которую они не смогли изменить самостоятельно.

Наш взгляд на природу терапии и наш общий подход к практике непосредственно вытекают из этой концепции проблем.

Во-первых, поскольку мы рассматриваем проблемы как состоящие из нежелательного поведения в настоящем, мы придаём мало значения предполагаемым основополагающим факторам в прошлом или в глубинах сознания пациента. Мы действительно придаём большое значение чёткому определению проблемного поведения – что это такое, кем и каким образом оно рассматривается как проблема. Мы также придаём большое значение функционированию и устойчивости проблемного поведения. Поведение не существует независимо, само по себе; оно состоит из действий, совершаемых каким-то человеком. Мы признаём, что человек может что-то сделать или сказать и отрицать, что он это делает, и такие различия между «добровольным» и «непроизвольным» поведением могут быть признанными терапевтами, поскольку они важны для клиентов. Но мы сами не считаем это разделение полезным. Скорее, мы рассматриваем всё поведение, даже самые странные поступки или высказывания пациентов с шизофренией, в одном и том же свете.

Более того, чтобы создать проблему, поведение должно воспроизводиться неоднократно. Единичное событие может иметь неприятные или даже катастрофические последствия, но само по себе событие не может быть проблемой, поскольку проблема по нашему определению – это постоянная трудность. Беспокойство о возможном повторении неприятного события, напротив, может стать проблемой – тем более, если такое повторение маловероятно.

Соответственно, возникновение (особенно повторение) специфического поведения является серьёзной проблемой, требующей объяснения. Наша точка зрения заключается в том, что любое поведение, нормальное или проблемное – независимо от его отношения к прошлому или к отдельным личностным факторам – постоянно формируется и поддерживается (или изменяется) главным образом за счёт постоянного подкрепления в системе социального взаимодействия конкретного индивида, ведущего себя определённым образом. Это особенно относится к семье, хотя другие системы взаимодействия, такие как школьные и профессиональные организации, также могут иметь важное значение. То есть поведение одного человека провоцирует и структурирует поведение другого человека, и наоборот. Если эти двое находятся в контакте длительное время, то будут возникать повторяющиеся паттерны взаимодействия. По этой причине мы придаём большое значение контексту других форм поведения, в которых происходит поведение, идентифицированное как проблема. Что это за поведение пациента или других заинтересованных лиц, которое может спровоцировать и, повторяясь, поддерживать существование проблемы? Такое проблемное поведение будет провоцировать развитие следующих форм – взаимодействие в основном носит циклический характер, а не является улицей с односторонним движением: муж уходит, "потому что моя жена ворчит", в то время как жена ворчит, "потому что мой муж уходит", и сохраняется паттерн характерного поведения. Мы считаем интерактивный контекст поведения настолько важным, что, в дополнение к тому, что мы придаём мало значения историческим или личностным факторам как предполагаемым источ-

никам проблемного поведения, мы придаём мало значения и предполагаемым органическим дефицитам, если они не установлены определённо или явно релевантны. Даже в этом случае мы будем придавать большое значение тому, как с ними обращаются в поведенческом плане.

Далее, возникает центральный вопрос о сохранении проблем – не просто обычного поведения, а и нежелательного поведения – перед лицом неудовлетворённости и попыток измениться. Уже высказанные взгляды предполагают, что вызывающее проблемы поведение должно иметь место в системе социального взаимодействия пациента и неоднократно выполняться, чтобы проблема существовала и продолжалась. Но что это за поведение, поддерживающее проблемы, как оно возникает, и почему, как это ни парадоксально, оно сохраняется?

Чтобы стать более конкретными, на этом этапе мы должны добавить наш клинический опыт к нашим общим взглядам на поведение и взаимодействие. Этот опыт снова и снова указывает – как бы иронично это ни звучало – что именно попытки людей «решить» проблему, и способы, которыми они пытаются изменить ситуацию, в наибольшей степени способствуют сохранению или обострению проблемы. Мы можем резюмировать наш взгляд как на происхождение, так и на устойчивость проблем следующим образом: проблемы начинаются с некоторых обычных жизненных трудностей, в которых никогда не бывает недостатка. Эта трудность может быть вызвана необычным или случайным событием. Чаще, однако, началом, вероятно, будет обычная трудность, связанная с одним из переходных периодов, регулярно переживаемых в течение жизни, – вступлением в брак, рождением ребёнка, посещением школы и так далее (см. Weakland и другие, 1974; Хейли, 1973). Большинство людей справляются с большинством таких трудностей разумно и адекватно – и поэтому мы не видим их в наших офисах. Но для того, чтобы трудность превратилась в проблему, необходимо выполнить только два условия: (1) обращаться с трудностью неправильно, и (2), если трудность не решена, применять то же «решение». Затем первоначальная трудность будет перерастать в процессе развития порочного круга (см. Maruyama, 1963; Wender, 1968) в проблему, конечный размер и природа которой могут иметь мало видимого сходства с первоначальной трудностью.

Например, следующий отрывок из клинического случая иллюстрирует, как серьёзное беспокойство по поводу сексуальной активности, ранее приносившее разумное удовлетворение, возникло в результате разговора между молодой женщиной и её подругами, а затем поддерживалось и усугубилось, став предметом интерактивного беспокойства между этой женщиной и её мужем.

**П:** До того, как я вышла замуж, я не думала, что я... Или я не понимала, что у меня никогда не было оргазма, и не задумывалась об этом. Вы знаете, я пробовала секс, и это было прекрасно, и как раз перед тем, как я вышла замуж, некоторые мои подруги сообщили мне, что у меня никогда не было оргазма. Ну, мы разговорились об этом, и я поняла, что у меня действительно его не было. И...

**Т:** Я собирался сказать, что они сказали вам...

**П:** В ходе наших бесед это выяснилось. Я поняла, что у меня никогда его не было. А потом это стало проблемой. И секс просто перестал быть по-настоящему приятным. Потому что я продолжала, знаете ли, ждать, когда произойдёт что-то другое, и в какой-то момент это становилось настолько утомительным, что, знаете, оказывалось, что никакого удовольствия не было. Это накапливалось шаг за шагом – до такой степени, что в течение нескольких месяцев у нас вообще не было никаких отношений.

**Т:** Давайте действовать по порядку. Итак, вы обнаружили, что у вас не было оргазмов. Что вы пробовали?

**П:** Мы попытались по-настоящему осмотреть моё тело и выяснить, где что находится. И это был первый этап – найти, что нужно стимулировать и найти клитор. Но это не сработало. Мы оба были... ну, особенно я была увлечена оргазмом и тем, что мы делали, шаг за шагом. Потом это стало просто болью. Я имею в виду, что не было никакой спонтанности. В этом не

было никакой радости. Это был просто процесс, через который мы прошли. Следующее, что мы сделали – это поговорили с друзьями, с семейной парой, с которой мы были очень близки. И мы говорили о том, что возможно мы делаем что-то неправильно и о чём угодно ещё. И они действительно были полезны, рассказывая нам о разных позициях, о вещах, которые могли бы облегчить задачу. Мой муж немного крупнее меня и они подсказали что-то. И это немного помогло. Я думаю, что всё стало немного лучше, не так плохо, как в прошлый раз.

**Т:** Что навело вас в разговоре с ними на мысль, что у вас не было оргазма?

**П:** О, петарды не взрывались, и они не были такими яркими... Когда они говорили об этом, это было похоже на то, что после того, как это произошло, вы почувствовали бы, я не знаю... Они говорили об этой серии пиков, вы знаете, что вы достигнете пика и спуститесь, и ваше тело что-то сделает. И я просто знала, что этого никогда не было. Я знала, что был один момент... я помню... вы знаете... я чувствовала, что действительно была очень близка к этому, когда я перестала вспоминать предыдущий опыт. Но это прервалось. Я думаю, просто тому, что я поняла, что мои ощущения, не соответствовали тому, что они описывали.

**Т:** Хорошо, значит, то, что у них было, не было тем, что было у вас.

**П:** Да.

Такой простой взгляд на проблемы может быть понятным, но его трудно принять. Нетрудно представить, что люди могут неадекватно справляться с жизненными трудностями, но как может значительное число людей не только совершать такие ошибки, но и упорствовать в них, несмотря на то, что их собственный опыт показывает, что их решения не работают? Чтобы справиться с этой трудностью, необходима некоторая пояснительная схема. Это основная функция понятия "психическое заболевание" – люди действуют «иррационально», ведут себя странным и непродуктивным образом, потому что у них есть какой-то психический дефект или дефицит. Кроме того, идеи о бессознательной мотивации, вторичной выгоде от симптомов и фиксации характера в раннем возрасте выполняют ту же объяснительную функцию, но более конкретно. В области семейной терапии акцент на гомеостазе, межличностных преимуществах, получаемых от проблемного поведения, и так далее, служит той же цели.

Наша точка зрения совершенно иная. Мы не считаем, что упорство в ненадлежащем преодолении трудностей должно требовать либо фундаментальных дефектов в организации семьи, либо умственных недостатков у отдельных индивидуумов. Скорее, мы считаем, что люди упорствуют в действиях, которые непреднамеренно создают проблемы, и часто с самыми лучшими намерениями. Действительно, люди могут быть пойманы на таком повторяющемся поведении, даже когда они осознают, что то, что они делают, не работает, как показано в примере, включающем попытки родителей контролировать поведение делинквентного<sup>3</sup> ребёнка:

**Т:** Я хотел бы уточнить одну вещь: вы говорите, что для Дженнифер вы устанавливаете некоторые ограничения относительно времени, в течение которого она должна быть дома.

**Мать:** О, определённо, да.

**Т:** Не могли бы вы дать мне некоторое представление о том, как вы обычно это делаете?

**М:** Ну, у нас есть такое правило, и для всех детей, если только не случится что-то особенное. Я имею в виду, если у Дженни возникает что-то особенное и она должна быть дома в будние дни. На самом деле, я не выпускаю детей из дома в течение недели, если только это не школьное мероприятие, или, скажем, у кого-то из их друзей день рождения или что-то в этом роде. Ну, если только это не что-то особенное. В тех случаях, когда они всё-таки выходят на улицу, они должны быть дома в 10:00. По выходным у них комендантский час в 12:00, если, опять же, не происходит каких-то, знаете ли, специфических событий, о которых я знаю, и они не могут быть дома к 12:00. Сейчас Дженни, по сути, была наказана на очень долгое время. И я считаю, что это наказание было для нее очень полезно.

---

<sup>3</sup> Ребёнка, который хулиганит и ведёт себя неподобающим образом. (прим. ред.)

**Т:** Когда вы говорите «наказана», какие дисциплинарные меры вы применяете?

**М:** Она, вы знаете, абсолютно не может – ну, это то, что я говорю – выходить из дома. У неё отбирается телефон. Я думаю, в основном, это всё.

**Т:** И когда она нарушает эти правила, что происходит потом? Например, если она звонит по телефону или выходит из дома, когда её наказали. Как вы с этим справляетесь?

**М:** Я просто продлеваю её наказание, я не знаю, что ещё с ней теперь делать.

**Т:** Хорошо, не могли бы вы привести мне пример, когда Дженнифер нарушила одно из этих правил? Вы оба говорите с ней, или как это делается?

**Отец:** Как правило, нет. Если она нарушает правило и я случайно оказываюсь там – а единственное правило, которое она нарушает, о котором я знаю, или в которое я ввязываюсь, – это если она звонит по телефону. И у меня обычно бывает приступ ярости. Я говорю ей, чтобы она этого не делала. Она настаивает на том, чтобы воспользоваться телефоном в нашей спальне, которым я просил её не пользоваться. На самом деле, я специально сказал ей: "Не делай этого". В доме есть ещё два телефона и нет необходимости пользоваться нашим телефоном. И она сделала это совсем недавно, прошлой ночью. И я просто, знаете ли, набрасываюсь на неё: "Дженни, я говорю тебе снова и снова, не пользуйся этим телефоном. И я имею в виду, не пользуйся телефоном вообще". Вот в чём дело.

**Т:** И что она говорит, когда вы это говорите?

**О:** Хорошо.

**Т:** Она просто говорит "хорошо"?

**О:** Да. Или я спрашиваю её: "Дженни, почему ты пользуешься телефоном? Я тебе сто раз говорил, не пользуйся телефоном." "Э-э-э, я не знаю. Я забыла." И обычно на этом всё. И мы получаем стандартный ответ "я не знаю" от всех них.

**М:** Ты знаешь, что делаешь? Ты можешь только сказать «нет» и надолго запереть их. И она это знает. Что ж, а теперь её даже не волнует, что мы её наказываем, потому что она просто уходит и всё равно делает то, что хочет. Так что на данный момент это абсолютно ничего для неё не значит.

**О:** Всё это безрезультатно. И теперь мы играем друг с другом в игры, и это смешно.

Упорство, которое мы видим, чаще всего является результатом логической ошибки в самом буквальном смысле. Дело не столько в том, что люди нелогичны, сколько в том, что они логически следуют курсам, основанным на неправильных или неприменимых предпосылках, даже когда эти предпосылки не работают на практике. Они очень тщательно следуют плохим путеводным картам, и это вполне ожидаемо для людей, которые по понятным причинам испытывают беспокойство в разгар трудностей. Вера в такие карты может также затруднить понимание того, что они не служат эффективными ориентирами. Легко рационализировать непосредственное переживание продолжающихся неприятностей: "Только наши нынешние усилия удерживают ситуацию от ещё большего ухудшения". Более того, под рукой имеется большой запас плохих карт – или карт, которые применимы только в ограниченных обстоятельствах, в других, но, по-видимому, похожих. Хуже того, многие такие карты сами по себе кажутся вполне логичными или в значительной степени опираются на традиции и общепринятую мудрость. Возможно, самая распространённая и общая из таких традиционных карт имеет прямое отношение к нашей точке зрения: "Если сначала у вас ничего не получится, попробуйте снова, попробуйте еще раз". По нашему собственному мнению, если сначала у вас ничего не получится, вы, возможно, могли бы попробовать во второй раз. Но если у вас ничего не получится, попробуйте что-нибудь другое.

Общий пример может проиллюстрировать несколько из этих взаимосвязанных моментов. Если человек чувствует себя подавленным, гуманно и логично предложить поддержку и ободрение, то есть в какой-то форме сказать: "Не унывай, всё не так плохо, как кажется, завтра будет светлее". Это может оказаться эффективным, если да, то – прекрасно. Однако, это

также может быть и не так по многим возможным причинам. Например, человек в депрессии может отрицать это, говоря себе: "Они говорят это только для того, чтобы мне стало лучше" или, что ещё хуже, "Они не понимают, что я на самом деле чувствую", и в результате впадают в ещё большую депрессию. То есть то, что работает или не работает – наблюдаемые реакции – должно иметь приоритет над тем, что абстрактно правильно или логично.

Наш взгляд на лечение и разрешение проблем является аналогом этого взгляда на природу и постоянство проблем. Если формирование и поддержание проблемы рассматриваются как части процесса порочного круга, в котором хорошо продуманное поведение «решения» поддерживает проблему, то изменение этого поведения должно прервать цикл и инициировать разрешение проблемы, то есть необходимо прекращение проблемного поведения для того, чтобы оно больше не провоцировало другие модели поведения в системе взаимодействия. (В некоторых случаях терапевт может счесть более уместным стремиться изменить негативную оценку проблемного поведения, что, конечно, является ещё одним аспектом поведения. Он может рассудить, что клиент "раздувает слона" из незначительного вопроса.) Более того, всегда существует вероятность того, что изначально небольшое изменение во взаимодействии порочного круга, должным образом и стратегически направленное, может инициировать благотворный круг, в котором меньшее количество «решения» приводит к уменьшению проблемы и уменьшению требуемого для нее «решения» и так далее. Поэтому мы считаем, что главной целью терапевта должно быть не разрешение всех трудностей, а инициирование такого обратного движения. Это также означает, что даже серьёзные, сложные и хронические проблемы потенциально могут быть эффективно решены путём кратковременного и ограниченного лечения.

Учитывая эту концепцию проблем и их разрешения, терапевт должен быть активным проводником изменений. Он должен не только получить чёткое представление о проблемном поведении и о тех формах поведения, которые служат для его поддержания. Он также должен рассмотреть, какими могут быть наиболее стратегические изменения в «решениях», и предпринять шаги, чтобы спровоцировать эти изменения несмотря на большое стремление клиентов к их продолжению. Именно так мы видим работу терапевта. В остальной части этой книги будет обсуждаться, как это можно сделать.

## **Глава 2. Манёвренность терапевта**

Если бы существовал идеальный пациент для краткосрочной терапии, то такой человек, по сути, сказал бы: "Я дам вам всю информацию, которую вы запросите, в той форме, которую вы сможете легко понять. Поэтому серьёзно рассмотрите любые новые идеи, которые у вас есть по поводу моей проблемы, предложите любые новые модели поведения безотносительно терапевтического часа и если это нужно, подключите к лечению любого члена моей семьи или кого-то из друзей, которые могли бы помочь решить мою проблему". К сожалению, люди, которые подходят под это описание, редко становятся пациентами психотерапии. И наоборот, реальные пациенты обычно не соблюдают требования в одной или нескольких из этих областей. В этом смысле, вольно или невольно, они сопротивляются попыткам терапевта провести лечение. На наш взгляд, пациенты препятствуют терапевтическим усилиям чаще всего из-за отчаяния или страха, что проблема усугубится. Поэтому одно дело знать, как лучше всего проводить лечение, и совсем другое – иметь свободу действовать так, как вы считаете наилучшим, то есть иметь возможность применять своё лучшее средство на протяжении всего курса лечения. Мы называем эту свободу "манёвренностью терапевта", потому что свобода означает относительно пассивное состояние, которое остается постоянным. Манёвренность подразумевает способность предпринимать целенаправленные действия, несмотря на изменяющиеся препятствия или ограничения. Терапевт должен сохранять свои возможности открытыми по мере прогрессирования терапии, меняясь, по мере необходимости, во время курса лечения.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.