

**ОРИЕНТИРОВАННАЯ  
НА РЕШЕНИЕ ТЕРАПИЯ  
ЗА ПРЕДЕЛАМИ ТЕХНИК:  
РАБОТА С ЭМОЦИЯМИ  
И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ  
ОТНОШЕНИЯ**

**ИВ ЛИПЧИК**

**BEYOND TECHNIQUE  
IN SOLUTION-FOCUSED  
THERAPY**

WORKING WITH  
EMOTIONS AND THE THERAPEUTIC  
RELATIONSHIP

**Eve Lipchik**

**ОРИЕНТИРОВАННАЯ  
НА РЕШЕНИЕ ТЕРАПИЯ  
ЗА ПРЕДЕЛАМИ ТЕХНИК:  
РАБОТА С ЭМОЦИЯМИ  
И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ  
ОТНОШЕНИЯ**

**Ив Липчик**

Київ  
Видавництво  
“НАУКОВИЙ СВІТ”  
2024

Перевод с английского и редакция Ю.С. Гамзина

Липчик, И.

Л61 Ориентированная на решение терапия за пределами техник: работа с эмоциями и терапевтические отношения/Ив Липчик; пер. с англ. Ю.С. Гамзина. — Киев. : “Науковий Світ”, 2024. — 274 с. :ил. — Парал. тит. англ.

ISBN 978-617-550-208-2 (укр.)

ISBN 978-1-60918-991-4 (англ.)

В этой книге закладывается серьезная теоретическая основа, позволяющая терапевтам находить нестандартные решения там, где готовые рекомендации не работают. Основное внимание уделяется тому, как акцент на эмоциональных проблемах, которые традиционно не поднимаются в краткосрочных моделях психотерапии, позволяет выбраться из сложных ситуаций и найти успешные решения.

УДК 159.9.072

Все права защищены.

Никакая часть настоящего издания ни в каких целях не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, будь то электронные или механические, включая фотокопирование и запись на магнитный носитель, если на это нет письменного разрешения издательства Guilford Publications, Inc.

Copyright © 2002 The Guilford Press.

All rights reserved including the right of reproduction in whole or in part in any form. This translation is published by arrangement with Guilford Publications, Inc.

Authorized translation from the English language edition of the *Beyond Technique in Solution-Focused Therapy: Working with Emotions and the Therapeutic Relationship*, Reprint Edition (ISBN 978-1-60918-991-4), published by The Guilford Press, a Division of Guilford Publications, Inc.

No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, scanning, or otherwise, except as permitted under Sections 107 or 108 of the 1976 United States Copyright Act, without the prior written permission of the Publisher.

# Оглавление

“© 2000 by Pearson Education, Inc. All rights reserved. Printed in the United States of America.”

Об авторе	11
Предисловие к русскому изданию	12
Предисловие	16
Введение	19
Благодарности	24

## **Часть I. Теория и практика**

Глава 1. Теория ориентированной на решение терапии	29
Глава 2. Отношения терапевта и клиента	53
Глава 3. Понимание клиентов	75
Глава 4. Эмоции в ориентированной на решение терапии	95
Глава 5. Процесс уточнения целей	112
Глава 6. Команда за зеркалом и перерыв в консультации	135
Глава 7. Итоговое послание и предложение задания	145

## **Часть II. Приложения**

Глава 8. Терапия пар	167
Глава 9. Семейная терапия	186
Глава 10. Работа с недобровольными клиентами	201
Глава 11. Долгосрочные случаи	221
Глава 12. Ориентированный на решение подход к кризисным ситуациям	245
Послесловие	261
Список литературы	262

# Содержание

Об авторе	11
Предисловие к русскому изданию	12
Предисловие	16
Введение	19
Благодарности	24

<b>Глава 1. Теория ориентированной на решение терапии</b>	29
От техник к теории	35
Краткий исторический очерк	36
Ориентированная на решение теория	41
Ориентированные на решение предположения	42
Резюме	51
<b>Глава 2. Отношения терапевта и клиента</b>	53
Результаты исследований	54
Ориентированные на решение отношения терапевта и клиента	54
Эмоциональный климат	55
Позиция клиента	56
Позиция терапевта	58
Двойственное мышление	61
Случай из практики: Лора	63
<b>Глава 3. Понимание клиентов</b>	75
Слушать и слышать	75
Значения слов	77
Разговор о проблеме и разговор о решении	78
Содержание и процесс	81
Случай из практики: Мари	83
<b>Глава 4. Эмоции в ориентированной на решение терапии</b>	95
Эмоции против поведения	97
Использование эмоций для поиска решения	98
Случай из практики: Бетти	99
Случай из практики: Нил	104

Использование собственных эмоций, чтобы помочь клиентам найти решения	107
Случай из практики: Сандра и ее дочери	107
Эмоции и итоговое послание	110
Резюме	110
<b>Глава 5. Процесс уточнения целей</b>	<b>112</b>
Цели и решения	113
Задача уточнения целей	113
Уточнение целей: процесс	114
Цели и эмоции	116
Случай из практики: Мэрилин	117
Вторая сессия (2 недели спустя)	123
Третья сессия (2 недели спустя)	126
Четвертая сессия (3 недели спустя)	126
Пятая сессия (5 недель спустя)	129
Цели принятия решений	131
Клиент, цель которого — изменить чье-то поведение	133
Резюме	134
<b>Глава 6. Команда за зеркалом и перерыв в консультации</b>	<b>135</b>
Преимущества для терапевтов	136
Преимущества для клиентов	137
Знакомство с командой и сообщение о перерыве	138
Практические аспекты командной работы и перерыва	139
Процесс работы команды	140
Две точки зрения на клиентов	141
Командная работа и эмоциональный климат	142
<b>Глава 7. Итоговое послание и предложение задания</b>	<b>145</b>
Итоговое послание	145
Структура итогового послания	147
Случай из практики: семья Б.	148
Случай из практики: семья Б. (продолжение)	149
Предложение домашнего задания	150
Разработка задания	152
Случай из практики: семья Б. (окончание)	154
Случай из практики: Джеймс	156
Часто используемые задания в ориентированной на решение терапии	158
Резюме	161

## Часть II. Приложения

<b>Глава 8. Терапия пар</b>	<b>167</b>
Оценка	169
Совместная сессия	169
Индивидуальная сессия с каждым партнером	170
Решение	172
Терапия	173
Последовательный разговор с каждым партнером	174
Мягкая конфронтация	175
Обработка конфликтов на сессиях	176
Выработка совместного решения	178
Коммуникация	179
Случай из практики: Мириам и Нейт	179
Психообразование	182
Сексуальная близость	184
Итоговое послание	184
Резюме	185
<b>Глава 9. Семейная терапия</b>	<b>186</b>
Оценка	186
Семьи с детьми или подростками	187
Структурирование разговора	188
Случай из практики: семья Т.	189
Родители, которые не хотят участвовать в терапии	193
Встреча наедине с ребенком	194
Случай из практики: Трой	195
Посредничество между детьми и родителями	198
Семьи со стареющими родителями и/или взрослыми братьями и сестрами	199
Резюме	200
<b>Глава 10. Работа с недобровольными клиентами</b>	<b>201</b>
Как понять, что клиент недобровольный	205
Терапевтические отношения	205
Сотрудничество с недобровольными клиентами	207
Эмоции	209
Техники	209
Система взаимодействия	210
Случай из практики: Беатрис	212
Резюме	220



<b>Глава 11. Долгосрочные случаи</b>	<b>221</b>
Завершение: проблема клиента	223
Завершение: проблема терапевта	224
Случай из практики: консультация с Джо	224
Ситуация с работой	225
Отношения	226
Наслаждение жизнью	226
Самодиагностика терапевта для завершения терапии	227
Клиенты с хроническими проблемами	228
Случай из практики: Вирджиния	229
Случай из практики: человек, который слышит голоса	234
Адаптация к инвалидности	240
Случай из практики: Кэрол	241
Резюме	244
<b>Глава 12. Ориентированный на решение подход к кризисным ситуациям</b>	<b>245</b>
Взгляды на кризис	245
Что такое кризис	246
Необходимость носить две шляпы	247
Шляпа терапевта	247
Шляпа работника социальной службы	247
Как решить, какую шляпу надевать	248
Случай из практики: Рэнди	248
Острая необходимость	254
Слушание	255
Четкие временные рамки	256
Случай из практики: Филипп	256
Резюме	260
<b>Послесловие</b>	<b>261</b>
<b>Список литературы</b>	<b>262</b>

*Посвящается Эллиоту,  
привнесшему в терапию  
внимательность и щедрость.*

# Об авторе

---

**Ив Липчик** — магистр социальной работы, сертифицированный член и одобренный супервизор Американской ассоциации супружеской и семейной психотерапии (AAMFT), соучредитель компании ICF Consultants в Милуоки, шт. Висконсин. С 1980 по 1988 гг. была ведущим специалистом Центра краткосрочной семейной терапии (Brief Family Therapy Centre) в Милуоки, где участвовала в разработке модели ориентированной на решение краткосрочной терапии. Ив Липчик не только занимается частной практикой, но и преподает, консультирует и читает лекции как на национальном, так и на международном уровнях. Является редактором журнала *Interviewing* и автором публикаций во многих изданиях, в том числе в журналах *Psychotherapy Networker*, *Journal of Systemic Therapies* и *Family Process*.

# Предисловие к русскому изданию

---

Ориентированная на решение краткосрочная терапия (ОРКТ) стала результатом многолетних наблюдений, обсуждений, исследований и размышлений, проводимых группой энтузиастов в Центре краткосрочной семейной терапии в Милуоки. Вместе с тем нам известна версия ОРКТ, предложенная главным образом Стивом де Шейзером и Инсу Ким Берг, так как они являются авторами или соавторами большинства публикаций, касающихся классической ее модели. Однако в этой команде были люди, не во всем согласные со Стивом де Шейзером и с тем, как ОРКТ впоследствии воспринималась широкой аудиторией. Данная книга — хороший пример альтернативного взгляда на ОРКТ и на способы ее использования.

Ив Липчик — человек с непростой, но достаточно интересной судьбой. Она родилась в Вене в еврейской семье в 1931 г. Ее отец был инженером, а мать — домохозяйкой. Мать хотела стать врачом, но отец не позволил ей получить соответствующее образование.

Когда в конце 1930-х гг. в Европе началась война, семье пришлось эмигрировать, спасаясь от фашистского режима. Отцу в 1939 г. удалось уехать в Англию, где его забрали в армию. Ив с матерью в 1940 г. с большими сложностями выбрались в США. Отец приехал к ним только после демобилизации по состоянию здоровья в 1944 г. Все это время матери приходилось снимать небольшую комнату в доме родственников и заниматься неквалифицированным трудом, чтобы зарабатывать на жизнь. Ив вспоминает это время как очень тяжелое, когда она сильно скучала по отцу.

Семья жила в Рочестере (шт. Нью-Йорк). Ив хорошо училась в школе и колледже, и поэтому разные университеты предлагали ей стипендию. Однако родители не хотели, чтобы дочь уезжала далеко от них, и Ив выбрала Нью-Йоркский университет. Там она изучала литературу, планируя стать писательницей. Кроме того, ее привлекала работа на радио и теле-

видении. Вспоминая то время, она говорит, что ей всегда хотелось писать. Но больше всего ей нравились диалоги. Может быть, именно поэтому впоследствии ей стало интересно, как разговоры помогают людям справляться с проблемами.

Получив степень бакалавра, Ив в течение года работала помощницей продюсера на телеканале NBC. Во время учебы в университете она познакомилась со студентом-медиком Эллиотом Липчиком, который впоследствии стал ее супругом. В 1952 г. они уехали в Швейцарию, где Эллиот продолжил обучение. Следующие 6 лет они провели в Базеле, где Ив работала переводчицей. В 1958 г. они вернулись в США. После прохождения ординатуры Эллиот получил хорошую работу, а Ив продолжила заниматься переводами. В начале 1960-х гг. в семье появился сын, спустя четыре года — второй сын, а еще через два года — дочь.

В начале 1970-х гг. Ив впала в депрессию, которую сама себе объяснила отсутствием жизненных ориентиров. В то время как муж построил карьеру врача, она чувствовала себя нереализованной. Последовав совету подруги, она прошла терапию у психиатра — ученика Гарри Стэка Салливана. По удивительному совпадению много лет спустя именно идеи Салливана использовала Ив для разработки собственной концепции ОРКТ. После терапии ей стало лучше, и она намеревалась найти работу в туристическом бизнесе.

В одном доме с семьей Липчик проживал человек, который занимался игровой терапией с детьми в школах. Это было частью большого лонгитюдного исследовательского проекта Рочестерского университета по выявлению проблем обучения у детей на ранних стадиях развития. Для реализации проекта требовались люди без психологического или педагогического образования, которых можно было бы быстро обучить игровой терапии. Ив решила присоединиться к проекту, а впоследствии поступила на факультет социальной работы в Рочестерском университете. Ей хотелось получить больше знаний в области психологии и оказания социальной помощи. Там ей удалось попасть на программу семейной терапии, которая ее очень заинтересовала. Однако, чтобы стать семейным терапевтом, ее квалификации было недостаточно.

В 1976 г. семья переехала в Милуоки (шт. Висконсин), где муж получил хорошую должность, а Ив смогла продолжить обучение на семейного терапевта. В Университете Милуоки Ив закончила обучение по специальности “Семейная терапия”. Ее преподавателем был Элам Наннели, который

позднее стал одним из участников группы психологов, разработавших классическую модель ОРКТ.

Чтобы приобрести больше опыта, в 1978 г. Ив начала стажировку в Семейной службе Милуоки. Ее руководителем стала Инсу Ким Берг. Это событие оказалось поворотным в карьере Ив Липчик. В это же время Инсу Ким Берг и Стив де Шейзер задумались об открытии частного Центра краткосрочной семейной терапии (далее — Центр), в котором можно было бы проводить самостоятельные исследования, направленные на повышение эффективности работы терапевтов. Стив и Инсу предложили Ив присоединиться к проекту.

Сначала в команде Центра были Стив де Шейзер, Инсу Ким Берг, Джим Деркс, Элам Наннели, Ив Липчик и еще одна практикантка, Мэрилин Лакорт, недавно получившая специальность семейного психотерапевта. Группа еженедельно собиралась в доме Стива и Инсу для проведения экспериментальных сессий, наблюдения и последующего обсуждения этой практики. Наблюдатели сидели на лестнице, ведущей из гостиной на второй этаж, а клиентами часто выступали друзья и знакомые кого-то из терапевтов. В конце 1979 г. был снят первый офис, позволявший проводить наблюдения более профессионально, через зеркало Гезелла и с использованием аудиоаппаратуры.

Стив был одержим исследованиями и заражал всех своим энтузиазмом. Группа постоянно обсуждала практику, просматривала видеозаписи терапевтических сессий, анализировала конкретные эпизоды и разрабатывала гипотезы, которые позднее проверяла на практике. Де Шейзер часто стоял около доски и записывал обсуждавшиеся идеи, которые затем использовал в качестве материала для своих публикаций. В группе царила свободная исследовательская атмосфера и поощрялось разнообразие взглядов на одни и те же вещи, позволявшее смотреть как будто с разных сторон. Девиз команды был таким: “Все идеи хороши, и каждый вносит свой вклад в разработку новой модели краткосрочной терапии”.

Однако чем дольше Липчик пребывала в команде, тем больше у нее накапливалось противоречий, позиций, не совпадающих с тем, что предлагали делать Стив и Инсу. Но, работая в команде, она не слишком сильно задумывалась об этом. Так или иначе, после ухода из Центра и открытия в 1988 г. собственной частной практики Ив поняла, насколько важным для качественной терапевтической работы было то, что как будто упускалось из виду остальными членами команды разработчиков ОРКТ.

Эта книга является прекрасным обобщением идей Ив Липчик о том, как можно практиковать ориентированную на решение терапию, уделяя больше внимания эмоциональному климату, на котором строятся здоровые и прочные терапевтические отношения, а также эмоциям и чувствам клиентов, что привносит в работу терапевта дополнительную плоскость ориентированности на клиента. Книга щедро наполнена примерами диалогов клиентов и терапевтов, взятыми из клинической практики.

Хотелось бы поблагодарить весь коллектив переводчиков, сделавших возможным выход книги на русском языке. Это Оксана Мушникова, Елена Андоскина, Людмила Чечерина, Софья Киселева, Елена Денисова, Галина Иванова и Маргарита Кевац. Остается лишь пожелать читателям приятного и полезного чтения. Я уверен, что многие из них найдут здесь ответы на различные вопросы своей терапевтической практики, а также смогут обогатить свой профессиональный арсенал новыми идеями для эффективной работы с клиентами.

**Юрий Гамзин,**  
*психолог, переводчик, председатель Совета  
Ассоциации ориентированных на решение  
практиков и психотерапевтов*

# Предисловие

---

Было бы просто удивительно, если бы Ив Липчик вспомнила встречу с одним из бесчисленных терапевтов, которых она обучала, но я хорошо помню свой первый опыт общения с ней в мае 1983 г. в Центре краткосрочной семейной терапии, где я проходил обучение. Изюминкой этого недельного погружения в работу Стива де Шейзера, Инсу Ким Берг и их команды стал день, проведенный в общении с Ив и в наблюдении за ее работой. Ее глубокое понимание теории, педагогические навыки и замечательные терапевтические способности были настолько впечатляющими, что я начал следить за ее работой. На протяжении многих лет я читал о ее вкладе в ОРКТ и всякий раз, когда представлялась такая возможность, посещал ее семинары и мастер-классы, всегда уходя с них воодушевленным и очень впечатленным ее способностью воплощать сложные идеи в клиническую практику.

Начав с инсайдерской истории развития ОРКТ, автор предлагает удивительно четкое объяснение теории и практики подхода. Ей удалось развенчать наивные представления об ОРКТ и дать собственное понимание модели, которую я описал бы как эмоционально-ориентированную фокусированную на решении терапию.

Основной особенностью книги является повторное введение теории в терапевтическую практику, в частности — авторская реинтеграция основных концепций межличностно-ориентированной психотерапии. Читателям предложено опираться на принципы, которые являются фундаментальными для аккуратного проведения эффективной краткосрочной терапии.

В эпоху игнорирования прошлого и вечного поиска простых ответов на сложные вопросы мы рискуем переоценить все, что представлено как “новое”. Ив движется по другому пути: она исследует и принимает “новое”, одновременно сохраняя и оживляя важные элементы существующих знаний. Опираясь на выдающиеся работы Гарри Стэка Салливана, Грегори Бейтсона, Дона Д. Джексона, Милтона Эриксона, Джея Хейли, Джона



Уикленда, Ричарда Фиша, Пола Вацлавика и др., она представляет теоретические концепции, которые являются краеугольными камнями двух моделей краткосрочной терапии — модели, разработанной в Институте психических исследований в Пало-Альто, и модели ОРКТ, — и вдыхает в них жизнь.

Опираясь на этот теоретический фундамент, Ив также черпает идеи из широкого спектра дисциплин, таких как биология, лингвистика, кибернетика, антропология и социальный конструктивизм. Ее кристально ясная интерпретация сложных концепций Умберто Матураны и Франсиско Варелы особенно ценна и своевременна.

Благодаря усилиям Ив удивительно полезное слияние свежего и нового с проверенным временем можно увидеть, сопоставив определение феномена любви, данное Матураной, с определением Гарри Стэка Салливана. Согласно ссылке, приведенной Ив Липчик, для Матураны любовь — это поведение, которое “позволяет другому возникнуть как законный другой в сосуществовании с самим собой” и “открывает возможность видеть и слышать этого другого”. Салливан формулирует это так: “Любовь существует, когда удовлетворение и безопасность другого человека становятся такими же значимыми, как собственные удовлетворение и безопасность” [1953а, pp. 42–43]. В последнее время мир психотерапии, склонный к использованию линейной причинности и картезианского разделения разума и тела, преуменьшил жизненно важную роль человеческих отношений в психическом здоровье, особенно таких сложных, как любовь. Но мы вряд ли в достаточной степени разберемся в этом вопросе, если продолжим игнорировать эту сложность.

Еще одно достижение, предложенное Ив Липчик, — это исследование запроса, или, на моем языке, вмешательства. Это одно из самых значительных достижений в области терапии, и, насколько мне известно, только Ив Липчик, Джанфранко Чеккин и Ричард Фиш, каждый из которых работает независимо, активно исследуют, практикуют и оттачивают этот феноменальный прорыв.

Исследование запроса клиента как самостоятельная интервенция и соединение фундаментальных идей, разработанных в прошлом, с современными передовыми концепциями являются важным вкладом в эту замечательную книгу, но, с моей точки зрения, далеко не самым значительным. Синтезируя эти широкие области и конкретизируя логику и нюансы своего подхода, Ив вносит новаторский вклад в клиническую практику:

повторное введение человеческих эмоций в практику краткосрочной терапии (“повторное”, потому что эмоции были центральными в работах таких пионеров семейной терапии, как Гарри Стэк Салливан, Дон Д. Джексон и Милтон Эриксон). В лекции, прочитанной резидентам Вашингтонской школы психиатрии незадолго до своей смерти в 1949 г., Гарри Стэк Салливан сделал следующее предсказание.

Те же вещи, которые делают психиатрию ненадежной для других, делают ее ненадежной и для меня; обмануться ужасно легко. Но гораздо более практичная психотерапия кажется возможной, когда человек стремится найти основные уязвимости к тревоге в межличностных отношениях, а не иметь дело (только) с симптомами, вызванными тревогой, или со стремлением ее избегать [1953б, р. 11].

Осмелившись подступить к тревожным эмоциям, а тревога — это однозначно адаптационный механизм к уникальным межличностным явлениям, Ив Липчик в этой блестяще написанной и прагматичной книге продвинула терапию еще на один важный шаг вперед, к исполнению пророчества Салливана.

*Вендел А. Рэй,  
директор Института психических исследований  
(Пало-Альто, шт. Калифорния),  
профессор кафедры семейной терапии,  
Луизианский университет в Монро*

# Введение

ВВЕДЕНИЕ

Ориентированная на решение краткосрочная терапия (ОРКТ) хорошо зарекомендовала себя как модель краткосрочной терапии, основанной на сильных сторонах клиента. Однако ни обращение к сфере медицинского обслуживания, ни сообщения о ее эффективности не смогли развеять сомнения в ее способности добиваться устойчивых изменений или удовлетворять эмоциональные потребности клиентов. Цель этой книги — продемонстрировать способ мышления и практики ОРКТ, которые сводят на нет эти сомнения и демонстрирует ее глубину и широту.

ОРКТ не возникла “с нуля”. Она основана на работах Грегори Бейтсона, Милтона Эриксона, Дона Джексона, Джона Уикленда, Джея Хейли, Пола Вацлавика и других исследователей, которым приписывают разработку системной парадигмы мышления. Это конечный результат усилий группы людей, которые почти четверть века назад сидели в Центре краткосрочной семейной терапии в Милуоки и вдохновляли друг друга энтузиазмом и новыми идеями о том, как меняются люди. Ядро этой группы составляли Стив де Шейзер, Инсу Берг, Джим Деркс, Элам Наннели, Мэрилин Лакорт и я. Со временем группу пополняли студенты, впоследствии ставшие коллегами, в том числе Джон Уолтер, Джейн Пеллер, Алекс Молнар, Кейт Ковальски и Мишель Вайнер-Дэвис, а также такие академические профессора, как Гейл Миллер и Уолли Джинджерич. То, что начиналось как модель под названием “Краткосрочная семейная терапия”, превратилось в ОРКТ. Постепенно одни члены группы ушли, а другие к ней присоединились. Я ушла из этой компании в 1988 г. и основала в Милуоки свою компанию, ICF Consultants, вместе с Мэрилин Бонжан. Будет справедливым сказать, что каждый, кто когда-либо участвовал в беседах в Центре краткосрочной семейной терапии, внес свой вклад и что каждый извлек пользу из этого опыта. В обширной литературе, посвященной данному направлению, отражены богатство и разнообразие идей этих людей.

Сегодня ОРКТ известна во всем мире, но ее часто неверно понимают и даже упрощают. На мой взгляд, это результат чрезмерного акцента на методах и утраты теоретической основы. Методы, применяемые вне контекста, могут дать впечатляющие краткосрочные результаты, но могут не иметь большого значения в долгосрочной перспективе.

Предлагаемая здесь теория и практика ОРКТ позволяет восстановить интерактивный контекст техник, основанных на том, что терапевты Института психических исследований в Пало-Альто (Mental Research Institute — MRI) называют “позиционированием себя” по отношению к клиентам, или на том, что терапевты Центра краткосрочной семейной терапии в Милуоки называют “сотрудничеством с тем, как клиенты хотели бы сотрудничать”. Эту концепцию все еще можно считать актуальной для практики, основанной на философии конструктивизма, если рассматривать язык как взаимообусловленное поведение.

В некоторой степени я пришла к своему пониманию ОРКТ, реагируя на минимализм и постмодернистскую интеллектуализацию терапии. Всегда стремясь к элегантным и целенаправленным вмешательствам, я тоже пришла к выводу, что они, скорее всего, будут успешными в контексте доверительных отношений терапевта и клиента. Это убеждение подтверждается исследованием, проведенным Дэвидом Кайзером в Центре краткосрочной семейной терапии в 1988 г., которое показало, что клиенты, пришедшие на большее количество сеансов, сообщали о более высоких показателях успеха.

Точно так же я полностью согласна с постмодернистским акцентом на в высшей степени индивидуализированном подходе к терапии, хотя меня беспокоит общее отсутствие руководящих принципов для практики, супервизии и преподавания.

Наконец, я не смогла смириться с изоляцией языка от живых человеческих систем, которыми мы являемся. Это стимулировало мой интерес к физиологическим аспектам языка и эмоций. На мои усилия, направленные на объединение некоторых из моих противоречивых идей, повлияли теория межличностной психиатрии Гарри Стэка Салливана, а в последнее время — теория познания Умберто Матураны и Франсиско Варелы, а также достижения в сфере нейробиологических исследований.

Эмоции всегда были предметом умолчания в ОРКТ. Как и мои коллеги, я религиозно избегала “разговоров об эмоциях” в течение нескольких лет, прежде чем заметила, что обращение к эмоциям часто позволяет кли-

ентам, которые чувствуют себя “застрявшими”, легче двигаться вперед. В то же время мой интерес к отношениям терапевта и клиента продолжал приносить пользу, стимулируя разговоры с клиентами об их чувствах.

Преподавание, руководство, консультирование и проведение семинаров заставили меня понять собственный образ мышления. Это мышление подчеркивает важность взаимоотношений независимо от их цели. Таким образом, в этой книге предпринята попытка найти ответ на вопрос о том, как можно одновременно использовать и сохранять нашу личную и профессиональную сущность, помогая клиентам решать их проблемы.

Наш обычный подход к обучению в Центре краткосрочной семейной терапии заключался в том, чтобы выводить стажеров на ринг с клиентами, задавая им лишь несколько основных вопросов. Мы верили, что поддержка супервизора и команды за зеркалом снимет их беспокойство и обеспечит хорошее качество обслуживания клиентов. Тем не менее многие клиенты не вернулись после первых сеансов. То, что мы считали хорошим итоговым посланием, составленным руководителем и командой, очевидно, не компенсировало недостатки беседы, оставлявшей клиентов неудовлетворенными. Что в результате оказалось более эффективным для клиентов, так это их восприятие того, что кто-то их слушает и пытается понять. Этот подход также принес пользу начинающим терапевтам, поскольку снизил вероятность использования техник вне контекста.

Представленные в этой книге идеи основаны на двух случаях. Один из них — это случай, когда Джон Уикленд посетил Центр краткосрочной семейной терапии в Милуоки в конце 1980-х гг. Он периодически приезжал проводить семинары или консультироваться с нашей командой. После одного из таких семинаров он спросил, хотим ли мы посмотреть принесенную им видеозапись сеанса, который он провел в Пало-Альто. Конечно, мы хотели! Мы никогда не могли насытиться, просматривая записи работы мастера.

Все, что я сейчас помню, — клиенты были пожилыми и проблема как-то была связана с их детьми, но я не забыла, как сильно я была удивлена. До этого момента я охарактеризовала бы стиль ведения интервью Джона как минималистский. Однако на этой записи он отвечал развернуто и мягко проявлял внимание к чувствам клиентов. Он не сделал перерыва, чтобы дать задания в конце сеанса, а чутко и блестяще выступил, практически даже не взяв паузу на размышление. Когда мы спросили его об этой разнице в стиле, он сказал, что на этом сеансе, который он проводил в рамках

своей частной практики, он мог “просто заниматься терапией”. В клинике Института психических исследований в Пало-Альто или на семинарах он чувствовал, что должен продемонстрировать краткосрочную модель. Хотя интервью, намеренно лишённые посторонних тонкостей, могли бы лучше подчеркнуть методы MRI, я чувствовала, что записанная на пленку сессия была гораздо лучшей демонстрацией модели MRI. Это побудило меня задуматься о том, как интегрировать технические и гуманистические аспекты в ОРКТ.

Второй случай произошёл в 1996 г. в Гейдельберге, Германия, на конференции “Наука/фантастика: фундаментализм и произвол в науке и терапии”, организованной Гейдельбергским институтом системных исследований и Международной ассоциацией системной терапии. Умберто Матура-на был пленарным докладчиком. Он отметил, что именно эмоция, которую он романтически называет “любовью”, делает нас людьми. Это поведение, которое заставляет нас принимать другого человека “как законного другого, существующего вместе с нами” и, следовательно, позволяет нам видеть и слышать этого другого человека таким, какой он есть. Затем он сказал, что это “основа, на которой может происходить размышление, может выполняться работа терапевта и на которой решаются проблемы человеческих отношений”. Это утверждение кристаллизовало во мне идею о том, что ради наших клиентов мы должны думать о себе в первую очередь как о людях, во вторую очередь — как о терапевтах и только в последнюю очередь — как о терапевтах, практикующих определённую модель.

Основная цель книги — дать ответы на вопросы, которые наиболее часто задаются терапевтами, ориентированными на решение, на всех уровнях опыта, например: “Как я узнаю, что я сосредоточен на решении?”, “Как я могу быть там, где находится клиент, и в то же время концентрироваться на позитиве?”, “На что я реагирую, а что — игнорирую?”, “Могу ли я практиковать ОРКТ с постоянными клиентами?” Книга составлена таким образом, чтобы предоставить специалистам логический способ подумать о том, как предположения, ориентированные на решение, направляют процесс принятия решений. В ней описано, как поддерживать отношения с клиентом, как прояснять проблемы, чтобы определять цели, которые ведут к их решениям, и как формулировать выводы и делать соответствующие предложения (давать задания) клиентам. Эти взаимодействия между терапевтом и клиентом рассматриваются с обеих точек зрения, чтобы клиницисты могли осознать собственный процесс по отношению к клиентам

и его последствия. Идея об использовании эмоций пронизывает всю книгу и рассматривается в отдельной главе. Также в книгу включены главы о работе с парами, семьями, недобровольными клиентами и клиентами, оказавшимися в кризисных ситуациях.

Это прежде всего книга для профессионалов, поэтому в ней содержится много аннотированного материала, который намеренно сделан более длинным и детальным в начальных главах, чем в последующих, когда у читателей уже сформировалось понимание базовых принципов ОРКТ.

# Благодарности

---

Эта книга никогда не была бы написана, если бы у меня не было опыта работы в области психического здоровья, который я приобрела в Проекте первичной психологической помощи в Рочестре (шт. Нью-Йорк). Я хочу начать с благодарности всем его сотрудникам, в частности Элли Экстен — действительно преданному делу руководителю. Я продолжила приобретать опыт в качестве аспирантки Рочестерского университета под руководством Хелен Кристал. Спасибо, Хелен, за то, что заставила меня следовать правилам и помогла соответствовать высоким стандартам в моей работе! Это относится и к Джону Джендусе — моему преподавателю клинической практики в Висконсинском университете в Милуоки. Эти три замечательных профессионала научили меня, что клинические руководители несут огромную ответственность перед своими подопечными.

Я также безмерно благодарна за возможность принять участие в развитии теории и практики ОРКТ в Центре краткосрочной семейной терапии в Милуоки. Это был один из самых трансформирующих опытов в моей жизни.

Я хочу поблагодарить Шэрон Стоффель и Пэт О'Хирн за то, что они встречались со мной и добровольно консультировали меня на протяжении многих лет. Они являются образцом для подражания для честных практиков, и их работа очень меня обогатила. За последнее десятилетие мне посчастливилось преподавать ОРКТ сотрудникам общественных организаций, таких как Еврейская семейная служба, Клиническая служба Среднего Запада и др. Это позволило мне работать с людьми разных теоретических ориентаций на протяжении длительного времени. Я благодарю их всех за то, что они предложили мне связать свои размышления с их мыслями таким образом, чтобы это было полезно и для них, и для меня. Многие идеи в книге были вдохновлены их вопросами.

Также я признательна Мишель Уилсон, Эндрю Тернеллу и Стиву Эдвардсу из Семейного агентства в Перте (Австралия), за предоставленную мне возможность применить ориентированную на решение практику на



другом конце земного шара. Встреча с их коллегами и клиентами, особенно с представителями культуры аборигенов, была поистине развивающим опытом.

Непосредственным вдохновением для создания этой книги послужил 9-дневный интенсивный тренинг, проведенный в Институте супружеской и семейной терапии в Вене (Австрия) летом 1997 г. Участники тренинга были преданными практиками, хорошо разбирающимися в системном и конструктивистском мышлении. Большинство из них ранее прошли подготовку в области ОРКТ. На нашей первой встрече мы разработали набор вопросов, отражающих цели тренинга. Оказалось, что эти вопросы охватывают проблемы, с которыми сталкивается большинство практиков. Идея о написании книги, которая ответила бы на эти вопросы, пришла мне в голову именно тогда. Я хочу поблагодарить директора Йоахима Хинша за возможность провести этот тренинг, а также Корину Аллерс, Хеди Вагнер, Андреа Брандл-Небехай и всех необычайно вдумчивых участников.

Когда я начала писать эту книгу, моя подруга и деловой партнер Мэрилин Бонжан поддержала меня даже больше, чем обычно. Я благодарю ее за идеальное партнерство. Недостаточно слов, чтобы выразить мою признательность Марку Беккеру, Бретту Брашеру, Джиму Дерксу, Мэрилин Лакорт и Джейн Волкман за их неоценимую помощь на протяжении всего процесса написания книги. Они щедро находили время в своем плотном графике, чтобы предоставить заботливые и рассудительные редакционные комментарии, не говоря уже об эмоциональной поддержке. Я также благодарна Майку Николсу за тщательное редактирование. Спасибо и Джиллиан Денавит — серьезной студентке, изучающей ОРКТ, но еще не начавшей клинических исследований, за то, что она поделилась со мной точкой зрения новичка. Ее вопросы и комментарии были очень полезны. Особые слова признательности — Кейт Ковальски за ее дружбу, поддержку и мудрые комментарии. И последнее, но не менее важное: я хочу поблагодарить моего мужа, наших детей и их партнеров за их любящую поддержку, а также наших внуков за их улыбки и поцелуи, которые заряжали меня энергией.

## Часть I

ОБЩАЯ ТЕОРИЯ, ЭКОНОМИКА И ПРАКТИКА

# ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

## ГЛАВА 1

Клиент, который не может справиться с проблемами

# Теория ориентированной на решение терапии

**О**риентированный на решение терапевт попросил о помощи, когда почувствовал, что застопорился в работе с одним из своих клиентов. Он провел четыре встречи с Джоном, 46-летним женатым адвокатом, имеющим двух дочерей-подростков, но, получив первый отчет об улучшении ситуации, оказался в замешательстве. Причина, по которой Джон пришел на терапию, — он оказался “на пределе возможностей в общении со своим овдовевшим отцом”. Его зять, врач, предложил ему попринимать какое-нибудь лекарство, но Джон считал, что лекарства не помогут.

Клиент выглядел чрезвычайно взволнованным во время первого сеанса. Он краснел, нервничал и говорил так быстро, что время от времени ему приходилось останавливаться и переводить дыхание. Он рассказал, что его мать умерла 5 месяцев назад в возрасте 75 лет, оставив его 78-летнего отца одного после 51 года брака.

Джон был одним из их четырех детей и единственным, кто жил в одном городе с родителями. После смерти матери Джон и его семья сделали все возможное, чтобы поддержать отца. Поначалу эти усилия были оценены по достоинству, но со временем отец становился все более и более враждебным и раздражительным и его трудно было удовлетворить. Жена Джона убеждала его не воспринимать поведение отца так близко к сердцу, но Джону было сложно избежать негативных чувств. Последней каплей стало то, что отец отказался разговаривать с ним во время визита к сестре Джона, потому что “не хотел слышать мой голос”. С тех пор Джон не мог спать и быть сосредоточенным на работе.

Джон сообщил, что его отношения с родителями до смерти матери были благополучными. Он и его семья виделись с родителями хотя бы раз в неделю и проводили с ними праздники и дни рождения. Хотя отец всегда

выражал больше критики, чем похвалы, теплое и заботливое отношение матери более чем компенсировало эти недостатки.

Когда терапевт попросил Джона определить свою проблему и цели в поведенческих терминах, Джон сказал, что хочет научиться справляться с поведением своего отца, чтобы стать хорошим сыном. Он признал, что не может изменить старика, описал его поведение по отношению к нему как “разъедающее мои внутренности”. Он понял бы, что ему становится лучше, если бы слова отца его не задевали. Джон не смог ответить, как изменится его поведение, когда ситуация улучшится. В связи с этим терапевт задал вопрос об исключениях: “Бывают ли случаи, когда слова отца уже не слишком вас задевают?” Джон смог припомнить только один такой случай, когда вскоре после смерти матери ему было очень жаль отца. Терапевт попытался использовать это исключение, спросив: “Что было по-другому в то время? Что вам нужно сделать сейчас, чтобы это произошло, хотя бы близкое к этому?” Но Джон не смог ответить.

Затем терапевт обратился к другой технике — чудесному вопросу: “Представьте, что сегодня вечером, когда вы закончите все свои обычные дела, придет время ложиться спать. Вы уснете, и среди ночи, пока вы крепко спите, произойдет чудо, которое решит вашу проблему. А когда вы проснетесь утром, вашей проблемы уже не будет. Как все изменится? Как вы поймете, что проблемы больше нет?” Джон ответил, что будет игнорировать любое недовольство отца. “Это уже иногда случается?” — спросил терапевт. “Сейчас нет”, — сказал Джон. “Что вам придется сделать, чтобы это произошло? Может ли кто-нибудь еще что-нибудь сделать, чтобы это произошло?” Джон сказал, что чувствует, что в настоящее время у него нет возможности что-либо изменить.

В конце первого сеанса терапевт похвалил Джона за желание быть хорошим сыном и выразил сочувствие в связи с его тяжелым положением — Джону приходилось оплакивать свою мать и в то же время терпеть негатив со стороны отца. Интенсивность реакции Джона была переформулирована как очень сильная приверженность семье. Терапевт также дал Джону задание: вернуть чувство контроля. Джону предлагалось сделать перерыв в общении с отцом на три дня, поскольку об отце заботилась его сестра. Если в течение этого времени ему будет комфортно, то он сможет позвонить отцу, но не для того, чтобы доставить тому удовольствие. Однако, если у него будут двойственные чувства по поводу звонка, он должен будет напомнить себе, что ему не нужно принимать решение до четвертого

дня. На четвертый день он должен был позвонить, но поговорить только со своей сестрой и попросить ее передать отцу, что он звонил, чтобы узнать о нем.

Когда через неделю Джон вернулся, терапевт спросил его об изменениях: “Где вы сейчас находитесь по шкале от 1 до 10, где 10 означает, что вы переживаете максимально возможный стресс, а 1 — что вы полностью расслаблены?” [de Shazer, 1991a, p. 148]. Джон сообщил, что его уровень стресса снизился с 10 до 7. Он решил позвонить отцу на второй день и не почувствовал такого дискомфорта, как ожидал, хотя отец был не слишком дружелюбным. С тех пор он сделал еще один звонок, и ему стало легче переносить недовольство отца.

Во время второго сеанса терапевт и Джон работали над укреплением чувства комфортности и терпимости в общении с отцом. Терапевт спрашивал: “Что должно произойти, чтобы это происходило и дальше? Что вы могли бы сделать? Что другие могут сделать, чтобы помочь вам?” Терапевт также искал ресурсы из прошлого, которые могли бы помочь Джону в текущей ситуации, задав вопрос: “Как вы справлялись с подобного рода стрессами в прошлом?” В конце сеанса терапевт похвалил Джона за то, что он обрел некоторый контроль при общении с отцом, и посоветовал ему продолжать делать то же самое.

Во время третьего сеанса Джон сообщил, что отец вернулся домой. Джон встретил его в аэропорту, и отец сразу же его раскритиковал за то, что он не понял, встретит ли тот его у выхода на посадку или у места выдачи багажа. С тех пор было несколько трудных телефонных разговоров, из-за которых Джон почувствовал, что его уровень стресса снова достиг 8 по 10-балльной шкале. Джон повторил, что хочет найти решение без лекарств.

Стремясь держаться подальше от проблемы и искать решение, терапевт вновь обратился к исключению, произошедшему между первым и вторым сеансами. Что тогда было по-другому? Джон подумал, что, возможно, дело в том, что его отец был в другом городе. Это заставляло его чувствовать себя менее ответственным, когда отец был с сестрой. В конце сеанса Джон получил задание представить, что его отец находится в другом городе, во время разговора с ним по телефону. Встречаясь с ним лично, Джон должен был представлять себе в комнате сестру или брата. На следующем сеансе Джон не сообщил о каких-либо улучшениях в результате выполнения этого задания и, похоже, был разочарован отсутствием прогресса.

Почему дело не продвигалось? Терапевт явно проводил ОРКТ. Он попросил клиента описать проблему и определить цель в поведенческих терминах. После того как Джон описал свою проблему, терапевт использовал вопросы для поиска исключений [*de Shazer*, 1985; *Lipchik*, 1988a] и чудесный вопрос [*de Shazer*, 1988; *Freadman*, 1993; *Lipchik*, 1988a; *Nau & Shilts*, 2000]. В какой-то момент, когда терапевт не получил от Джона никаких полезных ответов, он задал копинг-вопрос [*Lipchik*, 1988a]: “Почему ваши дела не становятся хуже? Что вы сделали, чтобы ситуация не ухудшалась?” Этот вопрос часто высвечивает некоторые сильные стороны, на которые клиенты могут опираться, но в данной ситуации он не помог. Терапевт использовал шкалирующий вопрос [*de Shazer*, 1991a] для определения уровня изменений.

В конце каждого сеанса терапевт предлагал Джону продуманные задания, которые основывались на позитиве. Почему ни один из этих методов не привел к решению для клиента?

Ответ прост: ОРКТ — это не только известные техники конкретного направления; это сложная терапевтическая модель, которая применялась к различным ситуациям, таким как усыновление [*Shaffer & Lindstrom*, 1989], проблема старения [*Bonjean*, 1989, 1996; *Dahl, Bathel, & Carreon*, 2000], злоупотребление алкоголем [*Berg & Miller*, 1992; *Brasher, Campbell, & Moen*, 1993], вопросы защиты детей [*Berg & Kelly*, 2000; *Turnell & Edwards*, 1999], насилие в семье [*Lipchik*, 1991; *Lipchik & Kubicki*, 1996; *Lipchik, Sirles, & Kubicki*, 1997; *Tucker, Stith, Howell, McCollum, & Rosen*, 2000], семейные отношения [*Berg*, 1994], расстройство множественной личности [*Barker & Herlache*, 1997], проблемы клиентов с ограниченными физическими возможностями [*Alers*, 1992], лечение в стационаре [*Booker & Blymer*, 1994; *Durrant*, 1993], сексуальное насилие [*Dolan*, 1991; *Kowalski*, 1987], проблемы в школе [*Durrant*, 1995; *Kral*, 1992; *Metcalf*, 1995; *Molnar & Lindquist*, 1989; *Murphy*, 1996], проблемы духовного развития [*Simon*, 1996], трудности детского возраста [*Selekman*, 1997] и др. Для освоения ОРКТ, как и любого другого терапевтического подхода, требуются время и практика.

Возможно, ОРКТ была понята неправильно, потому что была задумана как минималистский способ вмешательства, прагматичный способ решения проблем [*de Shazer*, 1982, 1985, 1988, 1991a, 1994]. Минимализм мог быть истолкован таким образом: все, что нужно делать терапевту, — задавать вопросы. Конечно, так не было задумано. В Центре краткосрочной

семейной терапии обязательным условием для стажеров была степень магистра в области психического здоровья и два года клинического опыта. Ожидалось, что люди, собиравшиеся изучить эту модель, обладают навыками создания и поддержания терапевтического альянса. К сожалению, мы не акцентировали на этом внимание в литературе, а сосредоточились на описании новых идей. Я осознала это недоразумение намного позже, когда на семинаре показала видеозапись, демонстрирующую использование вопросов в качестве вмешательства. Посмотрев несколько минут, известный коллега вздохнул с облегчением и сказал: "О, так вы контекстуализируете эти вопросы".

Хотя минимализм, возможно, на практике был понят неправильно, у него были теоретическая основа и предположения, которые включали рекомендации, а не вопросы. Однако под влиянием постмодернизма эта теория была отвергнута как противоположная истинно индивидуализированному подходу к терапии [Held, 1996, 2000]. Это новое направление свело понимание ОРКТ к представлению о том, что не существует "ничего, кроме языка" [de Shazer, 1994; Miller & de Shazer, 1998]. Это стало еще одним описанием, которое может быть неверно истолковано. Язык в теории постмодерна обычно рассматривается в широком смысле:

...как расположенный в согласованных поведенческих взаимодействиях между людьми, а не внутри "разума" того или иного человека. Это не средство, обеспечивающее абстрактную коммуникацию между отдельными умами; это средство координации телесных состояний внутри членов социальной группы, которая сохраняет структурную целостность как социальной группы, так и каждого отдельного ее члена [Griffith & Griffith, 1994, p. 312].

Язык не предназначен для обозначения только слов, которые употребляют люди. Однако даже широкое описание языка не помогает терапевтам использовать его, чтобы помочь клиентам найти решения. Неудивительно, что вопросы, ориентированные на решение, кажутся такими привлекательными! В них предлагается нечто конкретное, с чем можно работать. Проблема в том, что акцент на форме, а не на содержании обычно не дает желаемых результатов [Cecchin, Lane, & Ray, 1992].

Случай с Джоном хорошо иллюстрирует эту точку зрения. Терапевт использовал основные техники на первом сеансе и добился некоторых положительных результатов. Когда эти изменения не сохранились после

второго сеанса, терапевт продолжал следовать тому, что он считал правильным направлением, ориентированным на решение. Он пытался шкалировать и искать исключения, но безрезультатно.

Чтобы помочь этому терапевту выйти из тупика, на консультации его попросили подумать: “Что происходит между вами и Джоном, что может стать причиной возникновения этого тупика?” Он ответил: “Я задаю вопросы и даю задания, которые не имеют никакого значения. Мне нужно сделать что-то другое”. Однако он был озадачен тем, что не знал, что бы это могло быть, тем более что он использовал все правильные техники.

Следующее предложение заключалось в обдумывании идеи о том, что *терапевты не могут изменить клиентов, клиенты изменяются только сами*. Чем это может быть полезно? Терапевт ответил, что это заставило его больше думать о том, что происходит с Джоном, особенно в связи со смертью его матери. Вывод этого терапевта в конце первого сеанса свидетельствует о том, что он осознавал, что Джон находился в состоянии сильного траура по своей матери. Однако он считал, что не следует говорить об этом с клиентом, потому что, во-первых, это отвлечет от разговоров о позитиве и будущем; во-вторых, речь шла об эмоциях Джона; и в-третьих, это не было определено клиентом как проблема или цель. Терапевту было предложено обратиться к скорби, и это оказалось ключом к решению. Джон начал плакать и говорить о том, как сильно он скучает по матери. Он говорил, что никогда не осознавал, насколько она компенсировала личность отца, и понятия не имел, как он будет обходиться без нее в будущем. Это излияние эмоций побудило терапевта отложить в тот момент мысли о вмешательстве и просто оказать поддержку. Ближе к концу сеанса Джон сделал признание. Он сказал терапевту, что чувствовал больше стресса из-за вины, чем из-за гнева на отца, потому что всегда желал, чтобы умер отец, а не мать.

Обратите внимание, как переход терапевта от шаблонной концепции ОРКТ к концепции, основанной на эмоциях и теории, привел к более доверительным отношениям, в которых Джон чувствовал себя в безопасности, признаваясь в своих постыдных чувствах. Когда терапевт не осудил эти чувства, а понял и нормализовал, Джон выразил некоторое облегчение. Затем терапевт спросил, как, по мнению Джона, его вина влияет на его терпимость к поведению отца. Джон ответил, что чем враждебнее был отец, тем большую вину он чувствовал, и чем большую вину он чувствовал, тем меньше он мог терпеть враждебность отца.



Новое понимание привело к переосмыслению того, чего клиент ожидает от терапии. Джон заявил, что чувствовал бы себя комфортно, если бы смог снизить уровень вины за свои постыдные чувства с нынешнего уровня 10 до уровня ниже 5. Как только Джон понял это, он начал искать модели поведения, которые ему помогают. Он поговорил с женой о своих чувствах и обнаружил, что у нее и их детей были схожие мысли. Джон также стал чаще посещать церковь. Он признался своему пастору, и тот отреагировал скорее утешающе, чем осуждающе. По мере того как чувство вины Джона ослабевало, его горе усиливалось, что привело к постепенному принятию потери. Это, в свою очередь, освободило место для сочувствия отцу и для новой связи с ним вокруг воспоминаний о матери. По окончании терапии, через 6 месяцев, Джон сообщил, что, к его удивлению, отец стал более мягким в общении. “С позиции истинного уважения техники сами по себе становятся излишними, поскольку действие, соответствующее конкретной ситуации, генерируется из простого акта обращения внимания на то, что необходимо” [Simon, 1996, p. 53].

Хорошая терапия определяется контекстом доверительных отношений. Конкретный способ, которым терапевт управляет этими отношениями, установлен его теоретической ориентацией. Таким образом, психодинамический терапевт, который руководствуется предположениями о том, что клиенты должны развить понимание, чтобы измениться, в разговоре с клиентами будет делать не такой выбор, как поведенческий терапевт, который считает, что поведение меняется в результате обучения или переобучения. Если ориентированные на решение терапевты предполагают, что изменения происходят посредством языка, и это понимается как простое задавание определенных вопросов, то результаты могут оказаться неутешительными [Fraser, 1995].

## От техник к теории

Предположение о том, что путь к успешному использованию минималистской модели лежит через ее усложнение теорией, некоторым читателям несомненно покажется парадоксальным. Многие практики, стремящиеся улучшить свои клинические навыки, ищут больше идей о том, “как” разговаривать с клиентами, а не “почему”. Участники семинаров жаждут видеозаписей или живых демонстраций того, как работает ведущий, и им могут быстро наскучить теоретические объяснения. Теория — это

абстракция, которая иногда кажется очень далекой от реальных разговоров, которые мы ведем с клиентами. Однако это единственное решение проблемы, с которой сталкиваются многие терапевты, но которую не хотят признавать, а именно: на сеансе они часто не знают, что делать дальше.

Теория становится менее путающей, когда приходит понимание, что она является частью всего, что мы делаем хорошо. Безопасное вождение автомобиля требует некоторой теории, выходящей за рамки подчинения сигналам светофора. Игра в теннис, гольф, парусный спорт и другие виды спорта влекут за собой теоретические предположения о нашем теле и физических свойствах окружающего нас воздуха. Хорошая кулинария — это больше чем просто следование рецепту: необходимы гипотезы о том, что произойдет с определенными продуктами питания, если их подвергнуть нагреванию или смешать друг с другом. Конечно, люди могут заниматься всеми этими видами деятельности, не понимая лежащей в их основе теории, но маловероятно, что они преуспеют в том, что делают, или превзойдут свои технические навыки, чтобы стать виртуозами. Поскольку терапия — это профессиональная деятельность, которая сопровождается огромной ответственностью по отношению к людям, она достойна наших усилий.

В этой книге предложены теория и основные положения ОРКТ, которые опровергают частые обвинения в том, что рассматриваемое здесь направление является шаблонным и механическим. Это смещает фокус внимания с техник на отношения между терапевтом и клиентом, столь важные для эффективной терапии [Bachelor & Horvath, 1999; Beyebach, Morejon, Palenzuela, & Rodriguez-Arias, 1996; Hubble, Duncan, & Miller, 1999], а также на работу с эмоциями. Уделяя техникам меньше внимания, терапевты смогут избежать двух распространенных ошибок: отсутствия внимания к особенностям клиентов и излишней концентрации на вопросах (размышлений о том, какой вопрос задать, а также использования вопросов в неподходящие моменты).

## Краткий исторический очерк

ОРКТ была разработана как краткосрочная семейная терапия в Милуоки (шт. Висконсин, США) в конце 1970-х гг. [de Shazer, 1982]. Таким образом, ее можно рассматривать как младшую сестру модели краткосрочной терапии, разработанной в Институте психических исследований

в Пало-Альто (шт. Калифорния, США) [Fisch, Weakland, & Segal, 1982; Ray, 2000; Watzlawick & Weakland, 1977; Watzlawick, Weakland, & Fish, 1974]. Модель Института психических исследований основана на работах Грегори Бейтсона о парадоксах и человеческом общении [Bateson, Jackson, Haley, & Weakland, 1956; Jackson, 1959] и идеях Милтона Эриксона о преодолении сопротивления в гипнотерапии [Erickson, 1977; Erickson & Rossi, 1979]. Однако, в то время как вмешательства Института психических исследований были направлены на прерывание моделей взаимодействия, которые терапевты идентифицировали как ошибочные попытки решения, экосистемный подход Центра краткосрочной семейной терапии [de Shazer, 1982; Keene, 1979] основывался на предположении, что “у семьи (клиента) есть решение” [Norum, 2000]. Терапевты вместе с клиентами рассматривались как терапевтическая метасистема, создающая новые, не проблемные модели взаимодействия для семейной системы. Такое мышление больше соответствовало традициям последовавшей за этим эпохи постмодерна, когда конструктивизм и социальный конструктивизм<sup>1</sup> стали доминирующими факторами в области семейной терапии.

Переход от краткосрочной семейной терапии, ориентированной на проблемы, к ОРКТ произошел в 1982 г. случайным образом. Насколько я помню этот инцидент, несколько членов основной группы за зеркалом формулировали итоговое послание для семьи, которая пришла со своей бунтующей дочерью-подростком и не сообщала о каком-либо прогрессе к концу второго и третьего сеансов. Отец и мать говорили только о том, что их дочь продолжала делать неправильно, и уклонялись от вопросов об исключениях. Дочь оставалась угрюмой. В тот день за зеркалом один из нас сказал: “Почему бы нам не попросить их составить список того, что они не хотят менять?” Мы все согласились и были приятно удивлены, когда в следующий раз родители и дочь пришли с обширными списками того, что им нравится друг в друге. Однако еще более удивительными оказались

<sup>1</sup> Конструктивизм здесь определяется как “релятивистская точка зрения, подчеркивающая субъективное построение реальности. Это подразумевает, что то, что мы видим в семьях, может основываться как на наших предварительных условиях, так и на том, что происходит на самом деле” [Nikols & Shwartz, 1995, p. 590]. Его представляют такие теоретики, как Пол Вацлавик, Умберто Матурана, Хайнц фон Ферстер и Эрнст фон Глазерфельд. Каждый человек конструирует собственный образ реальности посредством языка [Anderson, 1997]. Социальный конструктивизм [Gergen, 1982, 1991, 1994], с которым путают конструктивизм, идет на шаг дальше и утверждает, что индивидуальные конструкции формируются исключительно в ходе разговоров с другими.

положительные изменения, о которых сообщили все трое членов семьи: все они согласились, что в доме уменьшилось напряжение. Родители почувствовали, что отношение дочери изменилось к лучшему, и дочь почувствовала, что ее родители перестали быть столь критичными. После того как в конце первого сеанса это задание было дано нескольким следующим клиентам и были получены аналогичные результаты, мы решили провести исследование [de Shazer, 1985, p. 147]. Его результаты показали, что конкретные изменения, о которых клиенты сообщали на втором сеансе, обычно имели мало общего с их описанием проблемы или жалоб на первом сеансе. Более того, эти изменения часто можно было развить и превратить в решения. Это открытие переключило наше внимание на интервью как на локус вмешательства [Lipchik, 1988a, 1988b; Lipchik & de Shazer, 1986; Penn, 1982, 1985; Tomm, 1987a, 1987b]. Послание и задание в конце сеанса теперь усилили процесс, возникший во время сессии. Постепенно эти вопросы, ориентированные на будущее и на решение, затмили все остальное, что было важно для эффективности терапии, особенно акцент на сотрудничестве и способах сотрудничества клиентов, который определяется следующим образом: “Каждая семья (пара) демонстрирует уникальный способ попытки сотрудничать, и работа терапевта состоит в том, чтобы сначала описать для себя ту конкретную манеру, которую демонстрирует семья, а затем использовать ее в своей работе” [de Shazer, 1982, pp. 9–10].

Пытаясь теоретически обоснованно сохранить этот реляционный/интеракционный контекст для техник [Lipchik, 1993], я вновь обратилась к межличностной теории психиатра Гарри Стэка Салливана [Chapman, 1973; Sullivan, 1953c, 1953d]. Мышление Салливана соответствовало конструктивистской схеме [Cushman, 1995], поскольку он отрицал объективную реальность в терапии, за исключением того, что можно “непосредственно наблюдать (в настоящем) в контексте межличностных отношений (терапевтических отношений)” [Chapman, 1973, p. 70]. Следовательно, Салливан определял роль терапевта как роль “участвующего наблюдателя” [1953d, p. 18], чья работа заключалась в том, чтобы вовлекать пациентов в процесс достижения более функционального межличностного поведения, а не сидеть молча или давать интерпретации. Диагностические ярлыки также не соответствовали мышлению Салливана. Проблемы и решения были не больше и не меньше чем степенью эмоционального дискомфорта (“тревога”) или комфорта (“безопасность”) человека в межличностных отношениях. Подобно Матуране и Вареле [Maturana & Varela, 1987], намного

позже Салливан [Sullivan, 1953d] рассматривал эти человеческие взаимоотношения с биологической точки зрения как взаимосвязь живых организмов с окружающей их средой.

В 1984 г. Центр краткосрочной семейной терапии начал проект по искусственному интеллекту — BRIFER — с целью разработки “экспертной системы”, т.е. компьютерной программы, помогающей формулировать задание для клиента на первом сеансе [Goodman, 1986; Goodman, Gingerich, & de Shazer, 1989]. Для этого мы провели поэтапный анализ того, как мы принимали решения по отношению к клиентам и как терапевты, и как члены команды за зеркалом. Эта активность действительно продемонстрировала важность невербального языка и эмоций как контекста и связи между вопросами и ответами. Тем не менее это стимулировало развитие теории ориентированной на решение модели [de Shazer, 1988], которая, по сути, представляла собой дерево решений для терапевтического процесса. Оглядываясь назад, можно сказать, что дальнейшая деперсонализация ОРКТ побудила меня противостоять этой тенденции [Lipchik, 1993, 1994, 1997, 1999; Lipchik & Kubitski, 1996]. Мой поиск теоретически обоснованного способа сделать это продолжился после того, как в 1988 г. я покинула Центр краткосрочной семейной терапии и вместе с Мэрилин Бонжан основала ICF Consultants, Inc. в Милуоки.

Теория познания, разработанная чилийскими биологами Умберто Матураной и Франсиско Варелой [Maturana, 1980, 1987; Varela, 1989], стимулировала развитие семейной терапии в начале 1980-х гг. [Dell, 1982, 1985; Efran & Lukens, 1985; Efran, Lukens, & Lukens, 1990; Ludewig, 1992; Parry, 1984; Simon, 1985] и в конечном итоге обеспечила основу подходящей структуры для этого. Сам Матурана описывает эту теорию как “метатеорию”, которая является способом объединения всех разрозненных теоретических школ семейной терапии [Simon, 1985, p. 4].

В исследованиях сетчатки глаза лягушек, проведенных в 1950-х гг., Умберто Матурана обнаружил, что изображение, получаемое мозгом лягушки при визуализации мухи, является результатом строения ее глаза, а не объективным представлением мухи во внешнем мире. Это открытие оказало значительное влияние на понимание восприятия и в конечном итоге привело к созданию теории познания [Maturana & Varela, 1980; 1987], которая предполагает, что наша реальность или то, что мы знаем, зависит от того, кем мы являемся с точки зрения нашей структуры, а также от наших способностей взаимодействовать с другими.

В теории Матураны и Варелы живые системы описываются как “ауто-поэзные”, организованные для выживания и воссоздания самих себя. Это выживание и воссоздание самих себя зависят от структурной связи, состояния взаимозависимости с окружающей средой и/или другими живыми системами. Взаимное выживание постоянно подвергается сомнению как внутренними возмущениями, так и взаимными внешними возмущениями и зависит от взаимной адаптации. Возмущения не могут изменить другую живую систему; они могут только вызвать возможность изменения. Это изменение зависит от конкретной организации системы (структурный детерминизм). Таким образом, если две или более взаимозависимых систем не смогут сохранить своих основных потребностей выживания во взаимодействии друг с другом, их отношения прекратятся. Например, если сердце выйдет из строя, оно разрушит дыхательную систему, сосудистую систему, причинит вред почкам — и человек умрет.

Согласно этой теории развитие языка произошло на позднем этапе эволюции живых систем и отличает человека от других живых организмов. Язык рассматривается как часть индивидуальной структуры человека, но как взаимообусловленное действие, “феномен, который имеет место в рекурсии языковых взаимодействий — языковых координаций действий” [Maturana & Varela, 1987, p. 211]. Другими словами, у каждого человека есть закрытая нейронная сеть, генерирующая собственную информацию [Efran et al., 1990, p. 67], но язык — это акт взаимной адаптации или консенсуса о значении между людьми и социальными группами.

Если я иду в ресторан и заказываю бутерброд с поджаренным хлебом, в моей системе уже есть информация о том, что означает поджаренный хлеб, из предыдущих языковых взаимодействий. Возможно, я узнал, что такое “хлеб” и “тост”, от своей матери, когда был маленьким ребенком. Если официант в данной ситуации не понимает, что означает поджаренный хлеб, нам приходится действовать, чтобы согласовать смысл моих слов. Другими словами, мы должны приспособливаться друг к другу таким образом, чтобы наши отношения могли выжить: чтобы официант мог выполнить мой заказ так, чтобы он меня удовлетворил, и тем самым выполнить свою работу так, чтобы его не уволили. Согласование значения слов “поджаренный хлеб” зависит от того, говорим ли мы на одном языке. Если нет, то можем ли мы понять друг друга каким-то иным способом, например с помощью жестов или невербальных сигналов? Если мы оба говорим на одном языке, но официант не знаком с поджаренным хлебом,

смогу ли я объяснить, что это такое, и сможет ли он понять мое объяснение, чтобы мы могли поддержать взаимовыгодную связь?

В работе Матураны и Варелы упоминались два аспекта, которые особенно привлекли мое внимание как ориентированного на решение терапевта. Один из них — идея о том, что выживание и адаптация — это взаимозависимый процесс между живыми системами, основанный на сохранении того, что необходимо этим взаимозависимым живым системам индивидуально для выживания; иными словами, важно опираться на то, что работает. Во-вторых, мы не можем действовать без биологической динамики, которую мы называем эмоциями. В частности, эмоция, называемая “любовью”, или принятие другого человека рядом с нами в нашей повседневной жизни, считается биологической основой социальной жизни, которая обеспечивает продолжение отношений и самой жизни. Эта идея поразительно схожа с концепцией “согласованного подтверждения” Гарри Стэка Салливана, согласно которой люди “внимают эмоциональным состояниям друг друга и обмениваются закодированной информацией о том, что правильно, а что неправильно, что провоцирует тревогу, а что успокаивает” [Cushman, 1995, p. 178].

## Ориентированная на решение теория

Далее следует теория, выросшая из моего личного опыта — из того, что работает в ОРКТ. Я думаю об этом как о конструктивистской теории, которая сохраняет некоторые интерактивные/стратегические концепции и интегрирует их с биологической точки зрения, включающей внимание к эмоциям.

Люди уникальны в своем генетическом наследии и социальном развитии. Их способность меняться определяется этими факторами и их взаимодействием с другими. Проблемы — это реальные ситуации, переживаемые как эмоциональный дискомфорт по отношению к себе или к другим. Изменения происходят посредством общения, когда признание исключений, а также существующих и потенциальных сильных сторон порождает новые действия.

Предположения, сделанные на основе этого утверждения, формируют соответствующие отношения между терапевтом и клиентом и становятся ведущей идеей в этих отношениях. Обратите внимание, что эти предполо-

жения часто пересекаются или перетекают друг в друга, даже если касаются разных вопросов. Таким образом, они часто дополняют и поддерживают друг друга.

## Ориентированные на решение предположения

1. *Каждый клиент уникален.* Это относится к теории, согласно которой живые системы (к ним относятся и клиенты) имеют структуру. Эта идея помогает терапевтам противостоять естественному искушению думать, что они знают, как решить проблемы конкретного клиента, якобы потому, что оно сработало в аналогичном случае или оказалось полезным в их личной жизни. Поскольку каждый клиент уникален, каждые отношения уникальны. Проблемы в отношениях одной пары после рождения первого ребенка могут быть решены, если жена позволит мужу больше участвовать в уходе за ребенком, тогда как решение другой может заключаться в том, что муж и жена устраивают вечерние мероприятия раз в неделю. ОРКТ — конструктивистская модель. Применение одного и того же вмешательства является линейным способом мышления, который подразумевает причинно-следственную связь и фокусируется на содержании, а не на процессе. Наилучший способ предложить клиентам самое быстрое и подходящее решение — относиться к ним как к уникальным и оставаться “любопытными” [Cecchin, 1987]. Конечно, это не означает, что личному или профессиональному опыту в терапии не место, но его следует применять предельно осторожно и лишь после того, как было испробовано все, чтобы помочь клиенту получить доступ к его собственной информации. Только после этого можно предлагать что-то наподобие: “Некоторые люди считают, что полезно попробовать...” или “Если бы вы подумали о... Как вы думаете, это могло бы быть полезно?”
2. *У клиентов есть врожденная сила и ресурсы, чтобы помочь себе.* Это предположение представляет собой суть философии, ориентированной на решение, и, пожалуй, является одним из самых сложных для усвоения терапевтами. Как представители помогающей профессии мы считаем своей обязанностью как можно быстрее облегчить боль



наших клиентов. Мы становимся похожими на защищающих родителей, которые слишком сильно опекают, пытаясь уберечь своих детей от травм, вместо того чтобы помочь им использовать собственные ресурсы для заботы о себе. Такое воспитание не придает сил и уверенности!

В ответе Матураны на вопрос “Какова цель терапии?” предложена полезная точка зрения, подтверждающая это предположение. С позиции структурной связи терапия должна генерировать динамику взаимодействия, в которой люди восстанавливают что-то в себе (самоуважение, любовь, легитимность), а также в других. Для терапевтов это означает, что необходимо искать и развивать собственные ресурсы принятия, сочувствия и уважения к клиентам.

С более практической точки зрения это предположение напоминает, что тот факт, что клиент жив и может добраться до нашего офиса, представляет собой его сильную сторону. До сих пор они выжидали физически и эмоционально, и теперь нам следует присоединиться к ним и продолжить их жизнь в меру своих возможностей. Однако история выживания клиента может быть настолько трудной и болезненной, что заставит нас чувствовать себя опустошенными и потерявшими надежду. В такие моменты мыслям “Это ужасно”, “Я не могу быть здесь полезен” или “Я не знаю, с чего начать” лучше всего противодействовать идеей, что у клиентов есть сильные стороны и ресурсы, чтобы помочь себе. Такое мышление автоматически приводит к такому ответу, как: “Тебе действительно сейчас нужно многое сделать. Как ты со всем этим справлялся?” Этот ответ немедленно фокусируется на ресурсах, а также приносит пользу отношениям терапевта и клиента, выражая понимание и позитивное отношение.

3. *Ничто не является только негативным.* Это предположение подтверждается идеей Матураны и Варелы о том, что не может быть никаких изменений без сохранения. Обычно клиенты воспринимают свою ситуацию как совсем плохую, не осознавая исключений и собственных ресурсов. Они говорят, например: “Мне нужно избавиться от беспокойства”, не осознавая, что некоторая тревога во многих ситуациях является преимуществом. Мы, терапевты, тоже не застрахованы от этого — или иногда думаем таким же образом, когда клиенты представляют нам ситуации, которые включают в

себя личные потери, плохое здоровье, финансовые трудности и юридические проблемы одновременно. Это предположение заставляет нас задуматься: “Да, но что заставляло их идти вперед? И как можно сохранить это и использовать?” Такое мышление направляет нас к вопросам преодоления трудностей, которые в экстремальных ситуациях гораздо более эмпатичны и чувствительны, чем вопрос: “Что еще в твоей жизни хорошо?”, когда кажется, что ничего нет.

4. *Сопротивления не существует.* “Сопротивляющимися” терапевты называют клиентов, которые не принимают точку зрения терапевта о том, как им следует измениться. Вся концепция терапевтов, навешивающих ярлыки на поведение клиентов, не соответствует ОРКТ или постмодернистскому мышлению в целом. Клиент не может сопротивляться; терапевт просто не понимает, как вызвать изменения таким образом, чтобы клиент мог реагировать адаптивно. Следовательно, терапевт должен продолжать обращаться к клиенту, чтобы лучше понять, что ему подойдет.

Матурана использует термин “ортогональное взаимодействие” для описания терапевтического процесса. Это означает относиться к человеку таким образом, чтобы он начал генерировать новую или редко используемую реакцию. Взаимодействие происходит таким образом, что приводит к появлению новых моделей поведения [Efran & Blumberg, 1994].

Хотя сопротивление не является подходящей концепцией, ориентированной на решение, слово “сопротивление” по-прежнему является хорошим описанием того, что ориентированные на решение терапевты часто чувствуют во взаимодействии с клиентами. Какой терапевт не знаком с ощущением напряжения своего тела, когда клиент отвечает “Да, но!” на все, что обсуждается? Мы замечаем, что не сидим в привычной расслабленной позе, а напряженно наклоняемся к клиенту. Наш голос может быть громче, чем обычно, и у нас может возникнуть чувство стеснения в горле. Нам кажется, что мы слишком много работаем. Если мы сможем обратиться к этому предположению в такой момент, это поможет нам откинуться на спинку стула, сделать медленный вдох, повернуться к клиенту и спросить: “Как вы думаете, что для вас было бы наилучшим вариантом в данный момент, чтобы ситуация стала налаживаться?” Это полезно как для

нас, так и для клиента, поскольку это окажет положительное влияние на эмоциональный климат.

5. *Вы не можете изменять клиентов; они могут изменяться только самостоятельно.* Время от времени каждый терапевт, ориентированный на решение, чувствует борьбу с клиентом за власть или осознает свои слишком усердные попытки донести до него свою идею. Вера в то, что живые системы “информационно закрыты” и не могут быть изменены извне, поддерживает это предположение, которое предотвращает или исправляет такие ошибки.

В качестве примера можно привести ситуацию, когда матери, чей сын был помещен в интернат после сексуального насилия над младшим братом, было предложено поработать с семейным терапевтом над проблемой возвращения сына в семью. У мальчика были отличные успехи, и агентство хотело выписать мальчика из интерната, лечение в котором обходилось недешево. Однако, несмотря на ориентированные на решение методы, семейный терапевт не смог заставить мать поддержать заявленное ею намерение добиться необходимых изменений, чтобы дом был признан безопасным для младшего брата. Коллеги, с которыми он консультировался, убеждали терапевта перестать “сосредоточиваться на решении” и усиливать тревогу матери по поводу потери сына, чтобы заставить ее измениться. Вместо этого терапевт решил обратиться к литературе конца 1980-х гг., посвященной решению проблем. В результате он решил, что изменит себя, чтобы изменить ситуацию. Он решил взять на себя ответственность, извинившись перед матерью за то, что не оказал ей достаточно помощи, чтобы оправдать ожидания других людей в отношении нее, и попросил ее помочь ему разобраться, как он может это сделать. В ответ мать стала очень эмоциональной и выразила некоторую двойственность по поводу возвращения старшего сына. Она призналась, что не желала прилагать усилия для изменений, которые, по ее мнению, вряд ли привели бы к успеху. Это признание предоставило терапевту возможность помочь ей справиться с чувством вины и поработать над другими вариантами будущего, дающими больше надежды. Окружающая среда, которая свидетельствовала о поддержке, а не о порицании, постепенно привела к изменениям, которые позволили сыну вернуться.

Когда клиенты кажутся “застывшими”, бывает полезно показать им, что мы понимаем их чувства. Матурана предостерегает от попыток изменить клиентов с помощью логики без взаимного согласия относительно лежащих в основе эмоций, поскольку он убежден, что эмоции определяют действия [Maturana, 1988, p. 17].

6. *ОРКТ проходит медленно.* ОРКТ — это краткосрочная модель терапии, аналогичная той, которая была разработана в лаборатории краткосрочной терапии Института психических исследований в Пало-Альто. Я часто опускаю слово “краткосрочная” намеренно, чтобы развеять ложные предположения. Приведенная идея изначально было разработана для противодействия убеждению, что термин “краткосрочная” подразумевает “быстрая”. Модели краткосрочной терапии обычно могут обеспечить эффективное и длительное лечение за более короткое время, чем другие модели терапии. Однако краткосрочность является результатом наиболее подходящего вмешательства для конкретного клиента, а не быстрого применения техники. Преждевременное использование техники может сделать терапию более долгосрочной, поскольку оно может быть сосредоточено на жалобах, не связанных с тем, чего клиент действительно ожидает от терапии.

ОРКТ также используется медленно в случаях, когда терапевтическая поддержка необходима в течение многих лет. Эпизоды интенсивного контакта в период кризиса, совмещенные с умеренной постоянной поддержкой, могут со временем привести к удивительному улучшению, если основное внимание будет уделяться небольшим целям, которые определены клиентами и над которыми они будут работать в безопасном эмоциональном климате.

Это предположение является прежде всего напоминанием о необходимости быть терпеливыми по отношению к самим себе. Мы занимаемся ОРКТ, даже если просто стремимся к изменениям в среде, в которой нуждаются клиенты.

7. *Нет причины и следствия.* Понятия причины и следствия в конструктивистском мире не существует, поскольку он не предполагает существование одной-единственной объективной истины. Вместо этого проблемы и решения рассматриваются как непредсказуемые события жизни. Таким образом, не стоит позволять клиентам со-

блзнять себя размышлениями “почему существует эта проблема?” Лучше направить усилия на размышления над вопросом: “Что должно измениться в будущем?” С другой стороны, нужно быть готовыми присоединиться к клиентам в разговоре о причине и следствии, если это единственный способ найти решение.

Например, клиентка сообщает, что книга по психологической самопомощи, которую она прочитала на прошлой неделе, помогла ей снова почувствовать себя прежней после нескольких месяцев депрессии. Опыт терапевта показывает, что она сообщала о постепенных признаках улучшения, но не хотела в них признаваться. Здесь важно то, что клиентка нашла способ измениться. Если клиентка предпочитает верить, что причиной ее изменения является книга, а не терапия, такое причинно-следственное мышление является способом изменения, и его необходимо принять.

В области психического здоровья существует твердое убеждение в том, что опыт сексуального и физического насилия напрямую ответствен за эмоциональные проблемы в дальнейшей жизни. Несомненно, такие ужасные события оказывают влияние на жизнь жертвы, однако определить прямую связь невозможно, поскольку всегда можно найти клиентов, у которых проявляются схожие симптомы, но при этом они не подвергались насилию. Пока у специалистов в области психического здоровья нет диагностических инструментов, таких как методы визуализации и анализа крови, причинно-следственное мышление — это путь, по которому не должен идти ни один терапевт, ориентированный на решение.

Когда клиенты ищут причины, полезно спросить их, как знание причины поможет им в решении проблемы. Обычно они говорят, что это поможет им ее понять. Вопрос: “Если бы вы могли решить свою проблему, не понимая ее, было бы это нормально?” обычно предлагает другую точку зрения, которую многие клиенты никогда не рассматривали.

8. *Решения необязательно имеют какое-либо отношение к проблеме.* Это предположение было разработано в Центре краткосрочной семейной терапии в 1982 г. в результате описанного ранее смещения фокуса с проблемы на решение. В то время было обнаружено, что вопрос: “Что вы не хотите изменить в ситуации, в которой оказа-

лись?» порождает положительные различия за пределами описания проблемы. Казалось, это стимулировало творческие действия у клиентов, которые не могли измениться, когда думали о том, что они хотят изменить.

Опять же, не следует смотреть на ситуацию сквозь понятия причины и следствия. В жизни, как и в терапии, изменения неизбежны и непредсказуемы. Например, мужчина, которому скучно на работе, может становиться все более и более вялым и неэффективным. Неожиданный стимул вне работы, такой как хобби, спорт или новые отношения, может привести к общему изменению отношения, которое также повлияет на его восприятие и эффективность работы. Поиск решений только в отношении проблемы может серьезно замедлить прогресс.

9. *Эмоции являются частью каждой проблемы и каждого решения.* По теоретическим и практическим причинам Институт психических исследований и модель, ориентированная на решение, сосредоточили внимание на когнитивно-поведенческом подходе и избегали разговоров о чувствах. Однако, если рассматривать речь как действие, от которого эмоции неотделимы, эмоции клиента являются таким же предметом терапии, как и его мысли и поведение. По этой теории неспособность поговорить с клиентами об их чувствах и установить с ними связь на этом уровне может ограничить наше понимание их, а также их понимание самих себя и возможностей для решений. Это предположение напоминает о том, что эмоции являются частью языка и необходимы для процесса принятия решений нашими клиентами [Damasio, 1994; Maturana & Varela, 1987]. Это предположение также напоминает о необходимости быть внимательными к эмоциональному климату, в котором существуют наши отношения с клиентами (глава 2), во-первых, потому, что безопасность, а не тревога, является эмоциональным состоянием, к которому стремятся люди [Sullivan, 1953d], и во-вторых, потому, что состояние релаксации делает людей более открытыми для собственных ресурсов и новой информации [Erickson, 1977].

Если клиент описывает, как он застрял в работе над докторской диссертацией в области инженерных наук с точки зрения времени, пространства, семейных обязательств и компьютерных проблем,

лучшим способом сотрудничества с ним, вероятно, будет использование языка и концепций, которые соответствуют его конкретному мировоззрению. Однако если для него это не имеет значения, разговор о его эмоциональном состоянии с учетом проблемы будет продуктивным.

Мы общаемся с людьми эмоционально и часто невербально, и некоторые клиенты могут осознавать свои эмоции, но им удобнее о них не говорить. Как терапевты мы обязаны чутко относиться к комфорту наших клиентов и уважать их. Однако важно также показать, что мы понимаем, что они нам говорят.

10. *Изменения постоянны и неизбежны; небольшое изменение может привести к большим изменениям.* ОРКТ всегда рассматривала проблемы как неизбежные жизненные взлеты и падения. Одни люди преодолевают свои проблемы, обращаясь к терапии, а другие выздоравливают спонтанно [Bergin & Lambert, 1978]. Считается, что 40% клиентов выздоравливают благодаря нетерапевтическим факторам [Lambert, 1992]. У нас действительно нет доказательств того, что те, кто обращается за помощью, не достигли бы улучшений без этой помощи.

Человеческая жизнь подвержена постоянным изменениям, учитывая сложную сеть взаимоотношений, начиная с семьи и заканчивая людьми по всему миру, а также такие обстоятельства, как войны, погода и астрофизические явления, многие из которых находятся вне нашего контроля или неизвестны. Изменение любого из них может повлиять на всю нашу жизнь.

Осознание этой неопределенности в сочетании с верой в присущие клиентам ресурсы помогает терапевту, ориентированному на решение, сохранять оптимистичный настрой независимо от трудностей, с которыми сталкиваются клиенты. Таким образом, почувствовав себя подавленными историей клиента и, как и клиент, застрявшими в вопросе “Что делать?”, необходимо осознать, что перемены неизбежны, и поговорить с клиентом о том, чтобы сделать нечто, даже самое незначительное, что, по мнению клиента, будет иметь значение. В ситуации, которая кажется безнадежной или подавляющей, небольшой шаг может дать чувство контроля, которое отсутствовало ранее. Действия, какими бы незначительными они ни были, могут

ощущаться как выход из полного тупика, и поэтому они порождают надежду. Нам не стоит быть слишком амбициозными в отношении маленьких шагов наших клиентов и позволять клиентам быть слишком амбициозными, потому что такие, казалось бы, незначительные вещи, как причесаться по-другому, позвонить старому другу или пообедать с кем-то, а не в одиночестве, могут привести к большим изменениям.

Каждый из нас когда-то был настолько перегружен работой, что думал, будто не сможет с ней справиться. В такой ситуации обычно наилучшее решение — составить список, расставить приоритеты и начать действовать. И внезапно вся рабочая нагрузка покажется выполнимой. Небольшое изменение может привести к большим изменениям!

11. *Прошлое невозможно изменить, поэтому следует сосредоточиться на будущем.* Это предположение вполне очевидно, но его нелегко всегда помнить. Предположение о том, что речь — это действие в настоящем, подтверждает веру в то, что изменения также могут произойти только в настоящем.

Клиенты часто говорят, что поймут, что им больше не нужно приходить на терапию, когда разберутся в причинах своего поведения, которые привели к проблеме. Кажется, они верят, что для решения необходима проницательность. Некоторые клиенты упорствуют в попытках понять “почему” даже после того, как достигли своей цели. Обычным явлением в парной терапии является то, что, хотя оба партнера хотят остаться вместе, их отношения не изменяются, потому что один или оба продолжают твердить об обидных событиях из прошлого. Терапевты, ориентированные на решение, должны избегать этого бесполезного процесса и находить способы помочь клиентам простить, если не забыть, обиды ради их будущего.

Кроме того, клиенты часто заикливаются на обидах, которые, по их мнению, возникли вследствие поступков их родителей. Эти воспоминания невозможно изменить, но на другом этапе жизни их можно пережить по-другому.

Полезный прием в работе с клиентами, которые упорно твердят о прошлом, — сказать: “Я понимаю, что вам трудно забыть (или простить) прошлое (боль, разочарование и т.п.), но как вы думаете, что



может вам помочь смириться с тем, что случилось, или оставить это позади?”

Предположения формируют наше отношение к клиентам и, следовательно, наши отношения с ними, а также помогают принимать решения о том, что делать. Предположение о том, что у клиентов есть сильные стороны, заставляет задавать соответствующие вопросы. А предположение о том, что все проблемы и решения связаны с эмоциями, напоминает о необходимости поддерживать клиентов и сочувствовать им. Когда клиент сообщает о рецидиве после нескольких хороших недель терапии, у нас может возникнуть соблазн присоединиться к нему в поисках причин случившегося (почему это произошло). Вместо этого предположения, ориентированные на решение, позволяют нам и нашим клиентам сформировать позитивное отношение к ситуации, побуждая нас спросить: “С тех пор как вы впервые описали нам свою проблему, вы добились определенного прогресса. Это не могло не повлиять на нынешнюю ситуацию. Чем сегодняшняя ситуация отличается от той, с которой вы к нам пришли?” Эти связи между теорией, предположениями и практикой будут подчеркиваться на протяжении всей книги.

## Резюме

ОРКТ становится все более и более атеоретичной, и поэтому скептическое отношение к ней постоянно усиливается, особенно когда речь заходит о способах ее применения [Efron & Veenendaal, 1993; Kleckner, Frank, Bland, Amendt, & Bryant, 1992; Lipchik, 1994; Miller, 1994; Nylund & Corsiglia, 1994]. В этой главе был предложен альтернативный способ концептуализации и практики ОРКТ, который оставляет меньше вопросов относительно ее ценности как эффективной модели терапевтической помощи и правомерности ее применения [Cecchin, Lane, & Ray, 1994]. В этой версии ОРКТ вновь вводятся старые (но полезные) идеи, которые объединяются с новыми. Биологический компонент открывает путь к интеграции будущих открытий в нейробиологии и других областях медицины, которые могут эффективнее поддерживать клиентов.

Я основываю свои рассуждения о заблуждениях, касающихся ОРКТ, на теоретических изменениях, но хочу подчеркнуть, что определенная вина лежит и на компаниях, предоставляющих медицинские услуги [Hoyt &

*Friedman, 1998*]. Одобрение такой компанией ОРКТ как предпочтительного средства оказания помощи привело к возникновению множества одно- и двухдневных семинаров, призванных дать участникам что-то полезное, что они могли бы использовать в своей практике. В таких условиях техники получают приоритет, а теоретический контекст только усложняет дело. В результате распространение этих тренингов привело к распространению неверных представлений об ОРКТ.

Как терапевты мы не должны ожидать, что наша работа будет идти гладко, и поэтому необходимо продолжать искать способы смягчения пути клиента к решению, что одновременно полезно и для нас самих.

## ГЛАВА 2

ОТНОШЕНИЯ ТЕРАПЕВТА И КЛИЕНТА

# Отношения терапевта и клиента

ОТНОШЕНИЯ ТЕРАПЕВТА И КЛИЕНТА

Около 10 лет назад мы с моей коллегой и деловым партнером Мэрилин Бонжан стали все больше и больше интересоваться тем, что для наших клиентов наиболее полезно. Для этого мы решили провести неформальное исследование и разработали короткую анкету, которую раздавали клиентам в начале второго сеанса и на каждом последующем сеансе. В анкете клиентам предлагалось оценить, стало ли им лучше, осталась ли ситуация такой же или стало ли им хуже с момента последнего сеанса и был ли их опыт результатом того, что произошло во время последнего сеанса. Их попросили коротко описать все, что, по их мнению, способствовало каким-либо изменениям. Терапевты отвечали на вопросы параллельного опросника в конце каждого сеанса, начиная с первого. Им нужно было предсказать, скажут ли клиенты, что им стало лучше, что все осталось без изменений или стало хуже, и кратко описать, почему. Материал собирался около года и не просматривался до окончания эксперимента.

Результаты нас удивили. Отчеты клиентов свидетельствовали о том, что они ценят содержание сеансов гораздо меньше, чем процесс. Они все без исключения связывали свой прогресс с ощущением того, что их понимают, поддерживают, принимают и слушают. Терапевты, с другой стороны, предсказывали изменения на основе того, что обсуждалось на сеансах, того, что клиенты называли новым или отличающимся, или на основе результатов домашних заданий. Наша оценка результатов соответствовала результатам, полученным в исследованиях ОРКТ [Beyebach et al., 2000; Defong & Hopwood, 1996; Gingerich & Eisengart, 2000; Kiser, 1988; Kiser & Nunnally, 1990; McKeel, 1996; Metcalf, Thomas, Duncan, Miller, & Hubble, 1996], которые определили: около 80% клиентов заявили, что они добились значительного улучшения во время терапии.

В этой главе описано, как установить такие отношения с клиентами, которые позволят им чувствовать поддержку во время терапии. Этот процесс рассматривается с точки зрения как клиента, так и терапевта.

## Результаты исследований

Неформальное исследование, проведенное в нашей клинике, соответствует современным представлениям о важности для терапии отношений “терапевт — клиент” [Beyebach et al., 1996; Horvath & Symonds, 1991; Hubble et al., 1999; Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994; Patterson, 1984; Ternel & Lipchik, 1999]. Хаббл и коллеги цитируют Ламберта [Lambert, 1992], согласно которому основными факторами, определяющими успех терапии (40%), являются внетерапевтические факторы, т.е. внутренние и внешние факторы, которые клиенты привносят в терапию. Еще 30% результата определяется факторами, связанными с отношениями “терапевт — клиент”, такими как забота, принятие и поощрение. И только 15% определяются факторами, специфичными для терапевтической модели и методов. Остальные 15% относятся к эффекту плацебо.

## Ориентированные на решение отношения терапевта и клиента

В контексте теории, представленной в главе 1, отношения между терапевтом и клиентом представляют собой структурное взаимодействие двух уникальных человеческих существ, играющих взаимодополняющие роли: профессионального помощника и клиента, который ощущает себя неспособным решить проблему самостоятельно. Различные знания и ожидания, которые каждый из них привносит в общее дело, составляют важнейшую часть отношений в любой момент времени. Однако на терапевте лежит ответственность — использовать свои теоретические предположения для управления этими отношениями на благо клиента.

Я предпочитаю думать об отношениях терапевта и клиента как о совместном путешествии, приводящем к решению проблемы клиента. Именно клиент принимает решение, куда следует идти, и берет ответственность за то, как он сотрудничает, за свою готовность к изменениям и за свои ожидания. Терапевт действует как проводник, тщательно подбирая вопросы и ответы, чтобы помочь клиенту прояснить направление или

изменить его на такое, которое с большей вероятностью приведет к месту назначения.

В основе отношений терапевта и клиента, независимо от направления терапии, лежит доверие. Клиент должен верить, что терапевт стремится ему помочь и не причинит вреда. Учитывая философию ОРКТ, основанную на сильных сторонах, это означает, что клиенты должны доверять терапевтам, чтобы почувствовать веру в себя. Это деликатный процесс балансирования, который требует от терапевтов способности определять, когда следует вмешиваться, а когда — нет. Однажды [Lipchik & Vega, 1984] я сравнила этот процесс с обучением человека езде на велосипеде. Вы обеспечиваете безопасность, бегая рядом с человеком, который учится ездить. Однако вам следует тщательно выбирать, когда позволить человеку полагаться на собственное чувство равновесия, а когда придержать его за сиденье.

## Эмоциональный климат

В идеальной ситуации отношения между терапевтом и клиентом должны создавать эмоциональный климат, в котором терапия может проходить максимально гладко. Большинство клиентов описывают свои проблемы словами и действиями, преимущественно связанными с чувствами. Поэтому первый шаг, который может предпринять ориентированный на решение терапевт для установления контакта на эмоциональном уровне — это занять непринужденную, дружелюбную позицию, как если бы он был с гостем в собственном доме. Всегда полезно задавать вопросы о заторах на дорогах, трудностях с поиском здания или кабинета и влиянии погоды. Затем клиентам следует предложить рассказать о своих чувствах по поводу терапии, прежде чем приступить к дальнейшим исследованиям жизненных обстоятельств. Например, можно спросить: “Это ваш первый опыт терапии?” Если да, то “некоторым людям это может быть непривычно”. “Вам интересно, что мы будем делать?” Если клиент явно обеспокоен, скажите ему: “Трудно прийти к незнакомому человеку и поговорить с ним о том, что тебя беспокоит. Могу ли я что-нибудь сделать, чтобы вы чувствовали себя более комфортно?”

Я обычно спрашиваю клиентов, что они хотели бы знать обо мне, прежде чем начать спрашивать о них. Обычно это вызывает приятное удивление, и одни клиенты этим вопросом пользуются, а другие — нет. Эти шаги

начинают определять эмоционально комфортные отношения принятия, понимания и взаимного уважения. Как точно заметил Эриксон, это вполне естественно — расслабляться в присутствии того, кто не бросает нам вызов.

На рис. 2.1 и 2.2 изображены взаимодействия терапевта и клиента, которые создают теплый эмоциональный климат. На этих диаграммах представлен процесс, который начинается в момент встречи терапевта и клиента и продолжается на протяжении всего периода отношений. Эмоциональный климат, который, как кажется, обеспечивает клиенту безопасность и комфорт, не может считаться стабильным на протяжении всей терапии. Его необходимо постоянно контролировать и поддерживать, чтобы он не препятствовал прогрессу.

## Позиция клиента

Клиенты обычно вступают в терапевтические отношения, чувствуя себя уязвимыми и беспомощными. Они еще не осознают, что их воспоминания, представления, страхи и ожидания являются ценными ресурсами, и что в них скрыт ключ к решению их проблемы. Способность клиентов получить доступ к этой информации и/или использовать ее для определения их целей влияет на прогресс. Примером может служить случай с Джоном, описанный в главе 1. Когда Джон почувствовал себя в достаточной безопасности, чтобы поговорить о своем чувстве вины с терапевтом, он смог пересмотреть цели и сделать самостоятельные шаги к их достижению.

Большинство клиентов, приходящих на терапию, ощущают, что не контролируют свою жизнь. Они попали в нисходящую спираль безнадежности. Как показано на рис. 2.1, они боятся осуждения и неизвестности и не доверяют терапевту. Они сосредоточены на проблеме, на том, что ими или окружающими было сделано неправильно в прошлом, и воспринимают свою ситуацию как “все плохо” или “все хорошо”.

Клиенты часто не знают, как себя вести, когда впервые приходят на терапию. Некоторые из них ожидают, что терапевт “сделает что-нибудь, чтобы заставить их измениться”. Эти сомнения могут посетить даже тех, кто искренне стремится к переменам. Изменения также подразумевают признание недостатков, которые, возможно, нежелательно признавать или раскрывать. Как терапевты мы должны понимать, что изменение (или его последствия) может вызвать некоторую тревогу, и следить за ее призна-



Рис. 2.1. Взаимодействие терапевта и клиента

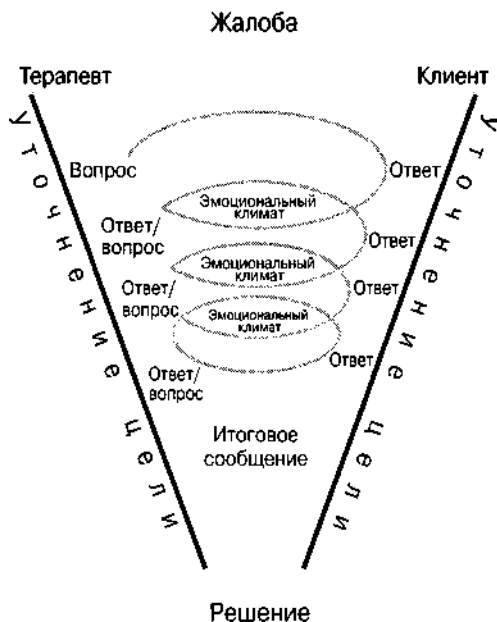


Рис. 2.2. Обмен между терапевтом и клиентом во время терапии

ками на протяжении всей терапии. Обнаружив признаки такой тревоги, следует ее нормализовать и помочь клиентам принять свои чувства, а не бороться с ними, например: “Это нормально, что вы чувствуете смущение (неуверенность, дискомфорт, тревогу). На самом деле оно может послужить вашей цели, поскольку призывает вас дать себе некоторое время, чтобы привыкнуть к возможным (или уже произошедшим) изменениям и хорошо подумать о том, что вы хотите делать дальше. Всегда лучше действовать медленно”.

## Позиция терапевта

В отличие от испуганного клиента, ориентированный на решение терапевт, обладающий опытом, которого нет у клиента, должен быть осторожен, чтобы не контролировать, не влиять и не давать советов. Лучше всего занять позицию “незнания” — “смирения в отношении того, что человек знает” [Anderson, 1997]. По сути, терапевт больше заинтересован в том, чтобы узнать, о чем говорит клиент, чем в демонстрировании, подтверждении или продвижении своих знаний. Не следует отказываться от



разъяснений того, о чем говорят клиенты. Различия в том, что они имеют в виду, могут быть незначительными, но они важны для достижения их цели. Время также играет важную роль. Перебивать клиентов, чтобы задать вопрос или представить новую идею, следует очень осторожно, чтобы не вызвать неуважения или дискомфорта. Ориентированную на решение позицию принятия, которая выражается через понимание, непредвзятость и отсутствие конфронтации, не следует ошибочно интерпретировать так, как будто мы никогда не оспариваем то, что говорят клиенты.

В большинстве случаев ориентированный на решение терапевт может начать терапию, просто слушая в принимающей манере и постепенно сосредоточиваясь на том, чего хотят клиенты. Однако иногда клиенты рассказывают о том, что мы обязаны рассмотреть независимо от нашей теоретической позиции, например о жестоком обращении с детьми или суицидальных мыслях. Эти проблемы можно решать таким образом, чтобы это соответствовало философии ОРКТ с акцентом на защите эмоционального климата. Примером может быть раскрытие информации о физическом насилии.

Я знаю, как сильно вы стараетесь быть хорошим родителем, чтобы научить свою дочь хорошему поведению, и как вы, должно быть, расстраиваетесь из-за того, что она непослушна. Но мне интересно, знаете ли вы, что удар ребенка ремнем является противозаконным. И я обязан сообщить об этом в Службу защиты детей, если только вы не сделаете этого сами. Если это сделаете вы, это будет воспринято как знак о том, что вы берете на себя ответственность и хотите измениться. Это поможет вам принять решение, как лучше поступить в вашей ситуации, и я сделаю все возможное, чтобы вместе с вами найти другие способы помочь вашей дочери вести себя хорошо.

Как правило, отношения между терапевтом и клиентом подвергаются меньшей опасности, когда клиенты сообщают о насилии властям, а не терапевту.

На более позднем этапе терапии, когда налажены более доверительные отношения, опасность нанесения вреда эмоциональному климату обычно снижается. Тем не менее никогда нельзя пренебрегать тем, что происходит с клиентами, чтобы соответствующим образом реагировать и поддерживать позитивный эмоциональный климат. Заметив, что клиенты пропу-

скают встречи или выглядят на сеансах напряженными, лучше всего не обвинять их, а спросить, можем ли мы что-нибудь сделать, чтобы исправить ситуацию. Клиентка может признаться, что она разочарована из-за отсутствия перемен или из-за того, что они не говорят о том, о чем она хочет говорить. В таком случае терапевту следует извиниться и выяснить у клиента, что могло бы исправить ситуацию. Подобный обмен мнениями может сильно повысить эффективность терапии.

В благоприятном эмоциональном климате можно получить гораздо больше информации для принятия решений. Клиенты обычно осторожны в том, что раскрывают в первую очередь. Чем меньше они защищаются, тем больше информации становится доступной. На рис. 2.2 проиллюстрирован обмен информацией между терапевтом и клиентом во время одного сеанса, а также в течение всего курса терапии. Терапевт задает вопрос, который генерирует ответ, содержащий старую или новую информацию для клиента и терапевта, а также направляет терапевта к следующему вопросу, который ему следует задать. В этом рекурсивном паттерне терапевт должен выбрать, что ему лучше сделать: задуматься, кивнуть, попросить разъяснений или использовать технику, основываясь на своем суждении о том, обеспечит ли она клиенту эмоциональный комфорт.

Например, Тамара пришла к терапевту, чтобы он помог ей принять решение, стоит ли ей уходить от мужа. Муж не хочет проходить семейную терапию. Тамара жаловалась не только на бесчувственность, лень и безответственность мужа, но и на то, что он тратил их ограниченный совместный доход без ее ведома. Психотерапевт спрашивает: “Что вы делаете, когда ваш муж идет покупать новую электронную игрушку, не предупредив вас об этом?” Тамара отвечает: “Я очень расстраиваюсь”. Терапевт кивает, но хочет получить дополнительную информацию: “Что вы чувствуете, когда расстраиваетесь?” Тамара отвечает, что очень разочаровывается, иногда плачет и спрашивает, почему он это делает. Теперь у терапевта есть информация, позволяющая предположить, что реакция клиента в данных обстоятельствах вполне нормальна.

На следующем сеансе терапевт и Тамара продолжают говорить о настоящих и будущих плюсах и минусах отношений Тамары с мужем, чтобы она могла принять решение. Терапевт продолжает принимать версию Тамары о ее реакции на поведение мужа. Ближе к концу третьего сеанса Тамара сообщает об еще одном случае навязчивых трат со стороны мужа, и терапевт отвечает: “Это, должно быть, так тяжело для вас!” Тамара отвечает: “Да, но

хотелось бы, чтобы я все-таки не потеряла контроль". Терапевт удивлен этим заявлением: "Что вы имеете в виду, говоря, что не хотите терять контроль?" Теперь Тамара признается, что обычно она так злится, что уничтожает все, что приносит домой муж, и разбрасывает это по дому. Иногда она бросает в него вещи и даже попадает. На вопрос, считает ли она, что ее характер влияет на отношения, Тамара отвечает, что отношения усугубляет поведение мужа, но для нее это проблема с детства.

Это взаимодействие показывает, как клиенты часто начинают предлагать больше информации, если терапевт заботится об эмоциональном климате на сессии, и это может приблизить их к достижению цели.

## Двойственное мышление

Для того чтобы понять и эффективно использовать "уникальный способ сотрудничества" клиентов, терапевтам важно научиться отделять собственное восприятие слов и действий клиентов от их описаний [Rober, 1999]. Этот процесс требует осознания наших телесных реакций и мыслей [Andersen, 1995; Johnson, 1987]. Такое осознание своих реакций по отношению к клиентам производит накопительный эффект: чем больше мы это практикуем, тем лучше у нас это получается. Ивонн Долан [Dolan, 1991] предполагает, что это означает, что "человек продолжает расти как личность и как терапевт".

Один из способов сделать это — одновременно прокручивать в уме два трека. Один следит за клиентом, а другой — за вашей реакцией. Трек клиента собирает информацию о том, как сотрудничать с клиентом (т.е. отмечает манеру речи, мировоззрение, убеждения, стиль взаимодействия с вами и другими, а также своеобразные фразы или метафоры). Личный трек передает наши собственные мысли, чувства, эмоциональные реакции, догадки и знания. В случае нового клиента, с которым еще предстоит установить отношения, клиентский трек может быть следующим.

Этот человек действительно внимательно изучает кабинет и меня. Выражение его лица такое напряженное. Никаких улыбок. Он действительно хорошо выглядит. Он носит очень дорогую одежду. Он предлагает как можно меньше информации, всегда с саркастическим уклоном. Всегда использует такие выражения, как "мой персонал", "мой секретарь", "мои сотрудники".

Персональный трек может быть таким.

Его манера осматривать кабинет и меня с таким выражением лица производит впечатление, будто он на все смотрит свысока. Это немного неуместно — субботним утром быть одетым так официально. Он хочет, чтобы я знал, что он занимает важную должность. Этот человек заставляет меня чувствовать себя некомфортно. У меня такое чувство, что он меня проверяет. Я чувствую себя напуганным.

Реакции и суждения, возникающие на личном уровне, какими бы негативными они ни были, не следует подавлять. Они ценны, потому что предупреждают о необходимости быть осторожными. Без этого предупреждения у нас будет гораздо меньше шансов чутко реагировать на клиентов. Неуместная негативная реакция может пристыдить или оттолкнуть, а это вредно для создания здорового эмоционального климата. Таким образом, в приведенном выше сценарии терапевт может отреагировать на свою реакцию на клиента, сказав себе следующее.

Я терапевт, и клиент, вероятно, напуган. Его поведение и внешний вид могут быть его способом преодоления тревоги, связанной с визитом ко мне. Он может подумать, что я буду критиковать его из-за его семейных проблем. Он пришел, потому что его жена попросила его об этом ради их отношений, поэтому ему больно. Я должен помочь ему чувствовать себя более комфортно.

Наилучший способ отстраниться от личных чувств по отношению к клиентам — обратиться к теоретическим предположениям. Например, в этом случае можно напомнить себе, что *каждый клиент уникален*. Это может помочь сосредоточиться на индивидуальности клиента и сознательно расспросить его о работе и ее важности. Кроме того, это, вероятно, уменьшит его беспокойство и необходимость действовать излишне формально. Точно так же *эмоции являются частью каждой проблемы*; решение может привести к осознанию того, что этот клиент чувствует себя некомфортно в данной ситуации, и послужить способом преодоления дискомфорта.

Другая ситуация, в которой полезно двойственное мышление, возникает, когда клиент сообщает, что он сделал или намеревается сделать нечто такое, что мы не одобряем. В таком случае наш личный трек может помешать нам проявить или выразить неодобрение и может напомнить, что

наша работа — помогать людям принимать правильные решения для себя. Например, предположение “Вы не можете изменить клиентов; им приходится меняться самим” подводит нас к вопросам, которые помогают клиентам взвесить преимущества и недостатки собственных решений.

Использовать двойственное мышление для обработки наших позитивных реакций и ответов клиентам так же важно, как и использовать его для обработки наших негативных реакций. Неуместные позитивные комментарии могут вызвать у клиента ощущение покровительства. Если наш личный трек показывает, что комплимент или позитивный рефрейминг надуманы, лучше его не использовать.

Двойственное мышление также позволяет получить важную информацию для составления резюме (глава 6).

## Случай из практики: Лора

В следующем примере проиллюстрированы аспекты отношений терапевта и клиента, которые обсуждались выше, с особым акцентом на том, как оставаться с клиентом и в то же время быть позитивным.

Лора — 45-летняя художница-фрилансер. На тот момент, когда она пришла ко мне, она была в разводе уже 10 лет. У нее были дочери 18 и 22 лет. Старшая уже жила отдельно. Последние 8 лет у Лоры были отношения с Сэмом. Она начала излагать свою проблему, как только села, еще до того, как я успела что-то сказать. Тревожные клиенты иногда так поступают, и ради создания здорового эмоционального климата лучше им не мешать. Недостающую информацию всегда можно уточнить позже.

**Лора.** Проблема, как я ее вижу... Ну, недавно я прочитала книгу Джона Брэдшоу *Исцеление стыда* [Bradshaw, 1988], и кое-что из того, что он пишет, мне очень понравилось. Я чувствую, что столкнулась с новым уровнем проблем в своей жизни, и это показалось мне хорошим объяснением. Во мне живет напуганный маленький ребенок, которому бросают больше вызовов, чем он способен выдержать... *(Начинает плакать.)* Мне очень грустно... *(Чтобы сообщить Лоре, что я ее понимаю, я сказала, что ее голос звучит испуганно и печально. Она кивнула и продолжила.)* С прошлой осени я испытываю депрессию — не очень продолжительную и не очень глубокую — от 24 до 36 часов, — и это

меня путает. Я многое исправила в своей жизни. Я не ожидала, что это произойдет... что я буду чувствовать себя такой бессильной. Это ужасно! У меня даже были философские мысли о самоубийстве.

Я была несколько ошеломлена этим драматическим изложением, но мне пришлось прерваться, чтобы уточнить, что она имеет в виду. Я спросила, что означают “философские мысли о самоубийстве”? Лора объяснила, что это такие мысли, как: “Я понимаю, почему некоторые люди хотят покончить с собой, если чувствуют себя скверно все время”. Однако она сказала, что сама не могла бы сделать этого, потому что верит в реинкарнацию.

Тем не менее я выполнила оценку риска самоубийства, во время которой Лора сказала: “Я не могу себе представить, что я приложу пистолет к голове или приму таблетки. Я никогда не сделала бы ничего подобного. Я ненавижу кровь, запекшуюся кровь и все такое. Меня просто беспокоит, смогу ли я достаточно оторваться от своего тела, чтобы сделать что-то подобное?” Еще раз, чтобы убедиться, что я правильно все поняла, я попросила разъяснений по поводу “оторваться от своего тела”. Лора, похоже, не имела четкого представления о том, чего именно она боится. Она не помнила, чтобы когда-либо испытывала что-либо, хотя бы отдаленно напоминающее диссоциацию или отстраненность, даже когда медитировала, что она делала регулярно. Я пошла дальше, размышляя о том, что это, должно быть, страшно — не чувствовать контроля, и решила, что, похоже, в данный момент не существует никакого риска того, что она причинит себе вред. Лора некоторое время продолжала расплывчато описывать свои чувства. Ее речь была напряженной, и она, казалось, расстраивалась еще больше. Я подумала, что для нее было бы полезнее помочь ей выяснить, как она узнает, что чувствует себя лучше, чем продолжать в том же духе.

**Лора.** Я буду чувствовать себя лучше, когда у меня будет больше энтузиазма по поводу жизни... когда я буду чувствовать, что это скорее развлечение, чем работа. Это так тяжело... *(Этот ответ снова оказался для меня слишком расплывчатым.)*

**Терапевт.** В каких именно сферах жизни?

**Лора.** В основном в общении и на работе, но не в семейных или интимных отношениях.

**Терапевт.** Общение означает дружбу? *(Я не хотела двигаться дальше, пока не пойму, что имеет в виду Лора.)*

**Лора.** Да. Видите ли, я пойму, что мне лучше, когда смогу оценить, что в моей жизни происходит правильно — что легко и весело. Я сейчас заикиваюсь на том, что сложно, что не работает.

**Терапевт.** Итак, что обычно бывает легко и весело? *(Обращаю внимание на положительную сторону утверждения.)*

Лора назвала свои отношения с партнером и со старшей дочерью. Она также сказала, что она материально обеспечена и что у нее есть многообещающий бизнес в области графического дизайна, который ей нравится. Надеюсь продолжить более целенаправленно, я задала Лоре вопрос по шкале, чтобы помочь ей оценить хорошее в ее жизни по сравнению с плохим. Однако она проигнорировала меня и начала жаловаться, что чем лучше она справляется профессионально, тем больше она напугана.

Вот пример преимуществ двойственного мышления. Мой личный трек говорил о том, что Лора больше хотела жаловаться, чем работать над решениями, поэтому лучше не спрашивать больше о положительных исключениях. Однако клиентский трек показывал, что ее рассеянные жалобы, вероятно, были скорее вредными, чем полезными, поскольку они, казалось, усиливали ее тревогу. Поэтому я решила задать шкалирующий вопрос, надеясь, что он может быть полезен Лоре.

**Терапевт.** Итак, в целом какой процент повседневной жизни для вас комфортен по сравнению с ежедневным стрессом?

**Лора.** Сейчас это на 70% стресс. *(Ее способ сотрудничества заключался в выражении негативных аспектов ситуации.)*

**Терапевт.** Ежедневно?

**Лора.** Да.

**Терапевт.** В работе и общении... или только в общении? *(Я проверяла, согласуется ли это с тем, что сказала Лора ранее.)*

**Лора.** Нет... это касается управления жизнью — поддержка чистоты в доме, походы по магазинам. *(Это не соответствовало тому, что она сказала раньше, но я решила проигнорировать это, чтобы ее не отвлекать.)*

**Терапевт.** Итак, что же происходит в тех 30% случаев, когда ситуация не такая уж стрессовая?

**Лора.** (*Игнорирует вопрос.*) У меня много вариантов, и я не могу решить, какие из них подходят мне, а какие — нет!

Мой личный трек зафиксировал, что Лора хотела быть негативной и что мне лучше следить за эмоциональным климатом. Я вспомнила, что *терапевты не могут изменить клиентов, клиенты изменяются только сами*. Поэтому я стала слушать внимательнее. Лора объяснила, что Брэдшоу, говоря о страхе быть покинутым, связывает это с неадекватными связями в ранние годы, которые мешают формированию правильных ограничений в дальнейшей жизни. Она видела в этом причину, по которой она запуталась в принятии решений относительно своих многочисленных возможностей.

Есть две причины, по которым некоторые ориентированные на решение терапевты могут не следовать ходу мыслей Лоры на данном этапе: 1) отсутствие теоретических оснований исследовать такой тип причинности; 2) если отреагировать на этот тип причинности, чтобы остаться там, где находится клиент, это приведет клиента в прошлое, на негативную территорию. С другой стороны, отказ от сотрудничества с Лорой может заставить ее снова почувствовать себя брошенной.

Поэтому я продолжала выслушивать жалобы.

Слушая, я поняла, что чувствую себя некомфортно. Я заметила, что сеанс подходит к концу, и все, что Лора получила от него, — возможность пожаловаться. Это могло быть полезно, но по мере продолжения сеанса она, казалось, становилась все более и более возбужденной. Я подумала, что, если бы она ушла, более ясно понимая направление терапии, это могло бы принести пользу. Я собиралась обратиться к ней в связи с этим, но сначала мне нужно было убедиться, что я правильно ее поняла.

**Терапевт.** Похоже, вы думаете о многих вещах, которые заставляют вас чувствовать себя очень грустной и растерянной. Вы сказали мне, что иногда теряете контроль и боитесь потерпеть неудачу. Вы очень напряжены, у вас были философские мысли о самоубийстве, и есть вопросы о неадекватных связях, которые могут быть проблемой. С этим приходится иметь дело. Мне просто интересно, если бы у меня была волшебная палочка и я могла



бы за ночь изменить ситуацию, что должно было бы произойти завтра утром, когда вы проснетесь? *(Есть много способов задать чудесный вопрос. Цель состоит в том, чтобы заставить клиента представить решение.)*

**Лора.** У меня была бы цель, хорошая картина того, куда движется моя жизнь.

**Терапевт.** Как вы думаете, какой будет эта цель? *(Будущее время используется умышленно. Это предполагает отношение терапевта к возможности изменения.)*

**Лора.** Чувство комфорта с самой собой. Четкая картина того, что я могу и не могу сделать. У меня будет чувство интеграции, которое скажет мне, кто я есть, и что я останусь такой. *(Лора снова изменила свою цель, но на этот раз я осознала, что возникла новая тема: поиск идентичности. Я решила спросить об исключениях в этой области, используя ее же язык.)*

**Терапевт.** Были ли моменты, когда вы чувствовали эту интеграцию?

Лора привела примеры достижений в бизнесе и воспитании детей. Она не смогла описать, что заставляло ее чувствовать себя интегрированной в этих ситуациях. Я задалась вопросом, может ли это как-то быть связано с достижением целей, которые она перед собой поставила? Лора сказала, что может, особенно в отношении старшей дочери. Она воспитывала ее и развивала с ней здоровые взрослые отношения, как и планировалось. *(Я считаю уместным предлагать клиентам идеи по мере изучения их решений. Вопросы — это не единственное средство взаимодействия с клиентами. Однако идеи следует предлагать осторожно, чтобы клиенты могли их отвергнуть без чувства несогласия.)*

Начав говорить о своих позитивных отношениях со старшей дочерью, Лора поделилась опасениями, что ее младшая дочь, которая собиралась покинуть дом, может потерпеть неудачу.

**Лора.** Я чувствую давление из-за того, что это испытание всего моего воспитания, и это становится немного пугающим.

**Терапевт.** Похоже, когда она покинет дом, вы как будто получите табель успеваемости!

Лора рассмеялась и кивнула. Лора сказала, что всегда переживала за эту дочь, потому что она во всем на нее похожа. Когда Лора была в возрасте дочери, она была “очень расстроена”, но никто об этом не знал. Родители Лоры считали, что она хорошо учится в колледже, хотя на самом деле она пристрастилась к наркотикам и алкоголю, ей пришлось сделать аборт, и она была в сильной депрессии.

**Лора.** Мне было так больно в те годы. Что, если моя дочь тоже страдает, но не может мне открыться?

Я почувствовала, что снова нахожусь на этапе принятия решения. Должна ли я продолжать разделять беспокойство Лоры по поводу ее дочери или стоит помочь ей прояснить направление терапии? Поскольку время сеанса почти истекло, я решила сделать и то и другое.

**Терапевт.** Итак, вы достигли своей цели со старшей дочерью, но теперь беспокоитесь, добьетесь ли вы успеха с младшей. Это понятно, потому что вы думаете, что она так на вас похожа. Я понимаю, что вам хотелось бы более тесной связи с ней, чем вашим родителям с вами. Но как еще моя волшебная палочка может изменить ситуацию завтра утром?

**Лора.** Я буду рада новым вызовам. Возможно, я жила бы в другом месте, построила бы дом. Мне хотелось бы думать об этом с энтузиазмом, а не беспокоиться из-за того, что для этого придется прилагать много усилий.

Затем Лора рассказала, что периодически проходила терапию в течение последних 12 лет с тех пор, как ушла от мужа. Ее решение уйти от него пришло, когда она почувствовала, что ей надоело не быть собой. В этот момент она начала расти и была относительно счастлива, со случайными взлетами и падениями, в отличие от крайних чувств, которые она испытывает сейчас.

**Терапевт.** Как вам тогда удалось не дойти до такой крайней стадии? *(Всегда ищите прошлые ресурсы.)*

**Лора.** Я не ожидала от себя многого... Я только начинала. У меня также было много поддержки. Я посещала психологические группы, у меня было больше друзей, чем сейчас. Сейчас я более изолирована, чем раньше, потому что являюсь фрилансером.

**Терапевт.** Как вы узнаете, что достигли того, чего хотите сейчас?

**Лора.** Я буду более расслабленной.

**Терапевт.** Как вы это узнаете? Что вы заметите в себе и что другие заметят в вас, когда вы станете более расслабленной?

**Лора.** Я буду чувствовать себя более уверенной в своих решениях — не глупых и иррациональных.

**Терапевт.** Расскажите мне о случаях из вашей жизни, когда вы чувствовали себя уверенно.

**Лора.** Когда я приняла решение быть с Сэмом.

**Терапевт.** Как вы приняли это решение?

**Лора.** *(Начинает говорить медленнее.)* Я прислушивалась к себе, к тому, что мне нужно физически и эмоционально, к своим внутренним ощущениям.

**Терапевт.** Обычно вы правы в своих решениях?

**Лора.** Да, за исключением последних пяти месяцев.

Затем Лора призналась, что совершила ошибку, слишком рано заставив младшую дочь собирать вещи в колледж. Она хотела избежать стресса в последнюю минуту. Когда она продолжала ворчать по этому поводу, ее дочь наконец разозлилась и сказала ей, чтобы она перестала так нервничать по поводу ее отъезда. После этого дочь заболела мононуклеозом, из-за чего отъезд отложили еще на месяц.

**Лора.** *(Со слезами на глазах.)* Мне следовало быть внимательнее к ней.

Лора вернулась к жалобам, особенно по поводу своего бизнеса. Я была обеспокоена тем, что мои попытки сосредоточить на ней внимание могли нанести вред эмоциональному климату. Чтобы исправить это, я просто сидела и сочувственно слушала, пока Лора рассказывала о глубине своей депрессии.

**Лора.** Чувства, которые я испытываю в последнее время, для меня “зашкаливают”, они больше похожи на то, что я ассоциировала бы с большой утратой, например со смертью отца.

**Терапевт.** Считаете ли вы, что уход вашего ребенка из дома может стать большой потерей? *(Предложение идеи, которой клиент может*

*не иметь или не осознавать, является терапевтическим возмущением.)*

**Лора.** Ну, я так не думала!

**Терапевт.** Для вас это конец эпохи. Вы столько усилий вкладываете в воспитание детей. Как вы думаете, может ли это играть роль в вашем ощущении депрессии?

**Лора.** *(Размышляет около минуты.)* Да, вполне.

Решение, которое мне теперь нужно было принять, — стоит ли реагировать с точки зрения утраты и горя. Презентация Лоры все это время была настолько эмоциональной, что я подумала, что когнитивное возмущение могло бы быть для нее более полезным. Поэтому я задала вопрос о преимуществах, который предложил бы ей и то, и другое.

**Терапевт.** У меня только что возникла другая мысль... Это может показаться странным вопросом, и я хочу заверить вас, что я понимаю, какую депрессию вы чувствуете из-за всего того, что вы мне рассказали, и как сильно вы страдаете, но мне интересно, думаете ли вы, что в этом есть какая-то польза? Что-нибудь положительное в том, как вы себя чувствуете, вместо того чтобы быть восторженной, решительной и полной жизни?

**Лора.** *(Снова долго молчит, но внезапно продолжает.)* Это форма защиты, чтобы уберечься от слишком большой ответственности. *(Выглядит испуганной.)* Я не знаю... Откуда это взялось?

**Терапевт.** Почему именно сейчас?

**Лора.** Я не знаю. Ну, возможно... Я думаю, что, когда дети уйдут, я могла бы оставить все это.

**Терапевт.** Оставить? Милуоки? Сэма? *(Я была удивлена этим ответом. Я должна была это понять, прежде чем двигаться дальше.)*

**Лора.** И то и другое.

**Терапевт.** Это то, из-за чего у вас возникли противоречия?

Лора объяснила, что она никогда не была одна. Она ушла из дома своих родителей в общежитие колледжа, чтобы выйти замуж. После развода ей пришлось заботиться о своих детях.

**Лора.** Часть меня чувствует, что впервые у меня не будет никаких обязательств.

**Терапевт.** Это может быть и страшно, и хорошо!

Лора объяснила, что на самом деле ей не хотелось оставлять Сэма, но для того, чтобы чувствовать, что она продолжает расти, ей придется стать более эмоционально и финансово независимой от него. Похоже, она считала, что это ситуация “или — или”, и я ответила, исследуя ситуацию “и — и”.

**Терапевт.** Можете ли вы представить себе, что чувствуете себя одновременно более независимой и все еще привязанной? Или должно быть так или иначе?

Лора думала, что не знает, потому что имела склонность либо к чрезмерной конформности, либо к бунту. Она считала, что копит обиду и, когда сильно злится, взрывается даже на работе.

**Лора.** Я стала лучше, чем была раньше, но мне все еще нужно больше узнать о том, как быть собой в системе. Вот почему я изолирую себя.

Я осознала, что чувствую разочарование, потому что Лора снова перешла к самокритике. Мне в голову приходит мысль, что ОРКТ идет медленно и я больше не предпринимаю попыток поговорить о решении.

**Терапевт.** Я вижу, что с вами происходит много всего, о чем вам нужно поговорить. У меня не было возможности сказать вам об этом, когда мы начали терапию, но я возьму небольшой перерыв, чтобы подумать о нашей беседе и рассказать вам, что я думаю как терапевт, и, возможно, предложить вам задание.

Я работала одна, без команды, поэтому вышла из терапевтического кабинета, чтобы подумать и сформулировать итоговое послание (глава 7). После перерыва мы продолжили.

**Терапевт.** Вы сказали мне сегодня, что у вас была трудная жизнь и вы всегда принимали правильные решения, которых от вас ожидали, и всегда старались угодить. Но постепенно, в течение последних десяти лет или около того, вы начали искать баланс между тем, чтобы доставлять удовольствие другим, и делать то, что

подходит именно вам. Вы также сказали мне, что преодолели множество трудных ситуаций, таких как злоупотребление наркотиками и алкоголем, неудачный брак, самостоятельное воспитание детей, и вы значительно оздоровились и выросли. Вы пришли сейчас работать над проблемами, которые, по вашему мнению, связаны с чрезмерной депрессией, особенно над проблемой одиночества. Вы также рассказали, что ваша младшая дочь, которая, по вашему мнению, очень похожа на вас, готовится уйти из дома. Естественно, вас беспокоит, хорошо ли вы ее воспитали, счастлива ли она или несчастна. Ее уход впервые в жизни ставит вас на грань возможности сказать себе: “Я могу просто порадовать себя. Мне не перед кем нести ответственность”. *(Я прошу Лору подтвердить, что я ее поняла.)* Я правильно поняла?

*(Лора кивает.)*

Мой ответ на то, что вы мне сказали, заключается в том, что требуется много ума и силы, чтобы вырасти настолько, насколько у вас получилось. Хотя вы достигли хорошей позиции в жизни и должны отдать себе должное за это, это также период потерь и неуверенности. Вполне логично, что вам будет грустно, потому что какой-то этап жизни заканчивается, и вы будете взволнованы и напуганы, потому что начинается новый этап. В такие моменты вполне разумно чувствовать себя эмоционально вышедшим из-под контроля и обездвиженным. Особенно для такого человека, как вы, который приложил много усилий, пытаясь понять себя и взять жизнь под контроль. Знаете, зависимость/независимость — это не вопрос “или — или”. Чтобы быть по-настоящему независимой, нужно знать, когда просить о помощи, а когда заботиться о себе. Кажется, вы уже это знаете, потому что понимаете ценность поддержки и тоже обратились ко мне, придя сюда. *(Лора кивает.)*

Вам есть что добавить?

*(Лора качает головой, нет.)*

Ну, мне интересно, хотите ли вы вернуться еще раз, чтобы поговорить со мной?

**Лора.** О, да, определенно. Кажется, вы меня понимаете.

**Терапевт.** Тогда вам, возможно, стоит подумать вот о чем: “Когда я буду готова двигаться дальше по жизни, как я могу делать это постепенно, не чувствуя, что бросаю кого-то или что меня бросают?” *(Обратите внимание, что я вернулась к исходной теме: покинутости.)*

**Лора.** Мне нравится то, что вы сказали о зависимости и независимости! Я знаю, что не хочу быть одинокой, но как я могу быть в отношениях и быть самой собой?

Когда Лора вернулась ко мне через десять дней, она выглядела другим человеком. Она улыбалась и была сосредоточена. Она сообщила, что со времени первой встречи ей было нелегко, но она чувствовала, что все держит под контролем.

**Лора.** Я осталась сама с собой и поверила, что все будет хорошо. Задание, которое вы мне дали, подсказало мне, что это имело смысл и для вас... что мы на одной волне. Затем я поняла, что большая часть страха быть брошенной — это оставаться с собой и не бросать себя... не впадать в такие эмоции и оставаться в ситуации... сохранять спокойствие внутри себя.

**Терапевт.** Как вам удается не отказываться от себя?

**Лора.** Напоминая себе, что есть “я”. Внутри меня есть кто-то, с кем я могу остаться. Частичная изоляция, которую я чувствовала в последнее время, говорит о том, что мне нужна обратная связь от людей. Я зашла слишком далеко и перестала слышать себя. Мое прошлое “я” в целом функционировало хорошо в течение долгого времени.

Затем Лора рассказала, что устала заботиться о дочери — ей нужно было время побыть вдаль от нее — и что ее очень расстраивает мысль, что она может не уйти из дома сейчас, как планировалось. Однако со времени последнего сеанса она поняла, что эта короткая задержка дает им шанс хорошо расстаться. Она также сообщила, что получила новый проект по дизайну, который ей очень нравится.

В конце сеанса Лора спросила, нужно ли ей продолжать встречаться со мной. Я сказала, что она — лучший судья в этом вопросе. Через месяц она

назначила еще одну встречу, договорившись, что, если она не почувствует, что встреча ей нужна, она отменит прием. Она отменила встречу. С тех пор мне довелось пару раз столкнуться с Лорой, и она сообщила, что у нее все хорошо.

Я решила написать о Лоре, потому что она представляет тот тип людей, который особенно труден для ориентированных на решение терапевтов. Это непростой выбор между следованием за клиентом в его желании пожаловаться и попыткой направить его к позитиву и будущему. Ответ обычно представляет собой комбинацию того и другого в зависимости от ответов клиента. Важно больше внимания уделять развивающимся отношениям и эмоциональному климату, чем использованию конкретных техник. Это подтверждается исследованием реляционного процесса ОРКТ [Beyerbach et al., 1996], которое показало, что попытки терапевтов контролировать разговор с клиентами, чтобы вызвать изменения (например, с помощью частых вопросов и ответов), приводят к более высокому проценту преждевременного прекращения терапии. Исследователи предполагают, что простое выслушивание клиентов время от времени без вмешательства может быть полезным в долгосрочной перспективе.

В этом случае разговор во время сеанса, безусловно, должен был выражать мое стремление понять, но ответы Лоры во время сеанса предполагали, что она, возможно, задавалась вопросом, сделала ли я это. Комментарии Лоры после того, как я сделала итоговое послание, подтвердили, что она почувствовала себя уверенной и открыла новую перспективу. Я считаю, что именно итоговое послание обеспечило доверие, которое укрепило наши с Лорой терапевтические отношения.

В следующей главе будет продолжена тема выбора, который терапевту приходится делать по отношению к клиентам, но больше с целью решить, на что реагировать, а что игнорировать.



2000年12月15日

2010年7月26日，在“2010年中国（上海）国际航运发展论坛上”，中国远洋控股股份有限公司董事长马绍章表示，公司正考虑在“十二五”期间，将公司总部从北京迁往上海。

## Слушать и слышать

Решение о том, на что реагировать, а что оставлять без внимания, касается различия между “слышать” все, что говорят нам наши клиенты, и “слушать” то, на что нам необходимо обратить внимание в потоке поступающей информации. То, что нам стоит “слушать”, определяется нашей теоретической базой, в соответствии с которой нужно быть готовыми в подходящий момент задать подходящий вопрос или обратить внимание на ответы, которые помогут принять решение [Lipchik, 1988a; Lipchik & de Shazer, 1986]. Например, мы знаем, что изменения, происходящие между сессиями, могут быть важным показателем того, что клиент готов переключиться с проблемы на поиск решения; соответственно, мы будем внимательны и будем слушать [Weiner-Davis, de Shazer, & Gingerich, 1987]. Мы также понимаем, что даже в описании негативной ситуации можно заметить маленькую деталь, которую можно выделить как исключение или как

сильную сторону клиента. В этой ситуации также необходимо слушать. Мы ничего не упускаем, мы слышим клиента, но в то же время обращаем внимание на то, что может быть для него полезным. Иначе говоря, слышать клиента — это пассивный процесс, а слушать клиента — активный процесс, который мы направляем. Благодаря слушанию мы замечаем, что клиент хочет и как он справляется с ситуацией сейчас. Такой подход помогает определить, что клиент имеет в виду, что он чувствует и какая информация поступает от него между строк. Иногда уточняющие вопросы, которые показывают, что мы слушаем, помогают лучше прояснить ситуацию и направить клиента к решению. По мере того как у клиента появляется понимание, что следует делать, на первый план можно перенести пассивный процесс и чаще “слышать” клиента.

Например, родители Зака по рекомендации школьного специалиста придут ко мне на консультацию по поводу неконтролируемой агрессии Зака в школе. Помимо этого, мне расскажут о его плохом сне, плохой гигиене и плохих отношениях с младшим братом. Я не буду игнорировать эту информацию, буду “слышать”, но я спрошу родителей, какую проблему они хотят решить в первую очередь. Если они захотят поговорить об отношениях Зака с его братом, это будет в центре внимания, соответственно, я сосредоточусь на этом и буду “слушать”. Я не могу сосредоточиться сразу на всем, что говорят родители, потому что тогда разговор потеряет фокус, и клиенты, скорее всего, уйдут, чувствуя себя еще более сбитыми с толку, чем до встречи. Так же, если мнения родителей относительно причин поведения Зака будут расходиться, я не буду фокусироваться на этом внимание, потому что нет какой-то одной настоящей причины, по которой человек ведет себя определенным образом. Я буду фокусироваться на том, в чем у родителей есть согласие, и это направит нас к решению. Если я обнаружу, что разногласия родителей выходят за рамки обозначенной проблемы, то я уточню, о чем именно они хотят поговорить: об этом или об отношениях Зака с младшим братом. Не прояснив это, я не буду знать, что мне лучше слушать, а что — слышать. Этот процесс был описан достаточно формально, но на практике он может изменяться в зависимости от контекста работы, чтобы это не было чем-то механическим. Его можно сделать мягким, с заботой, пониманием и эмпатией, чтобы сохранить безопасное пространство для работы.

## Значения слов

Слушать и слышать — это неотъемлемые части языка в том смысле, что они представляют собой рекурсивный процесс координации лингвистических взаимодействий с клиентами [Maturana, 1987, p. 211]. Мы слушаем и слышим тот смысл, который клиенты вкладывают в свои истории и в слова, потому что это помогает понять их уникальное мировоззрение. Хотя значение слов субъективно, оно также “зависит от контекста” [Anderson, 1997, p. 206]. Например, слово “развод” может иметь разные значения для набожного католика и агностика, для того, чьи родители были разведены, и для того, чьи родители счастливы в браке; для того, кто сам пережил развод, и для того, кто с этим не сталкивался. С одной стороны, наши клиенты и мы сами понимаем определение слова “развод” в нашем обществе, с другой — мы не можем предполагать, что знаем, какое значение имеет процесс развода для конкретного клиента. Это может означать неудачу, стыд, грех или облегчение.

Для нарративных практиков [Freedman & Combs, 1996; White, 1995; White & Epston, 1990] вопросы о смысле слов нужны, чтобы помочь клиентам глубже понять, что они вкладывают в свои рассказы о жизни и отношениях, а также переосмыслить этот опыт, который впоследствии может ощущаться как менее проблематичный. Для терапевта, строящего сотрудничество на основе языковых систем [Anderson, 1997; Hoffman, 1990, 1998], весь терапевтический разговор рассматривается как способ генерирования новых значений, которые приводят к “развитию самостоятельности клиента и разрешению проблемы” [Anderson, 1997, p. 109]. В ОРКТ вопросы о значении слов дают нашим клиентам и нам самим больше ясности в отношении того, как воспринимается проблема и как клиенты узнают, что она решена. Например, когда клиентка, у которой сложные отношения с сестрой, говорит, что она пришла, чтобы “разобраться в ситуации”, необходимо спросить, что для нее значит “разобраться в ситуации”. Это может означать, что она хочет что-то изменить в себе или что она хочет изменить сестру.

В зависимости от ответа мы выбираем разные стратегии ведения разговора, который может привести к решению. Не прояснив это, мы будем говорить о разных вещах.

Вопросы о значении слов часто приводят к обсуждению эмоций. Если этого не случается, можно задать вопрос, который прояснит эмоции клиента относительно того, чем он поделился. Например, если вышеупомяну-

тая клиентка говорит, что хочет изменить сестру, чтобы та перестала говорить с матерью о клиентке в унижительной манере, — это нереалистичная цель, потому что изменить поведение другого человека невозможно. Однако вопрос о том, как поведение сестры влияет на нее эмоционально, может побудить ее рассказать о гневе, отверженности или страхе, что может дать более реалистичную цель для работы, потому что теперь мы сосредоточимся на клиентке, а не на ее сестре.

Мое описание, как следует использовать смыслы слов в ОРКТ, может показаться слишком целенаправленным и стратегическим. Безусловно, от нашей цели и стратегии зависит то, на что мы обращаем (или не обращаем) внимание в ходе работы [Quick, 1994]. Решения основаны на нашей теоретической базе и информации, полученной в результате ответов на вопросы, определенные этой теоретической базой. Именно наше намерение имеет первостепенное значение. Решения, которые мы принимаем в отношениях с клиентами, должны быть мотивированы искренней верой в то, что мы не можем изменить клиентов. Они могут измениться только сами, а специалист нужен, чтобы помочь клиентам найти свои решения.

При этом намеренные расспросы о значении слов только с целью создания нового смысла не соответствуют ориентированному на решение мышлению, даже несмотря на то что они обладают потенциалом дать нам больше информации. Хаотичные вопросы о смысле слов могут запутать терапевтический процесс вместо того, чтобы сосредоточить его на решении.

## Разговор о проблеме и разговор о решении

Одним из убеждений в ОРКТ было то, что следует опустить “разговор о проблеме” и сразу переходить к “разговору о решении”. Термины “разговор о проблеме” и “разговор о решении” были придуманы в Центре краткосрочной семейной терапии много лет назад [de Shazer, 1994, p. 80] для описания клиентами негативных аспектов (ориентированных на проблему) и положительных аспектов (исключения, ресурсы, недавние изменения) их жизни. Влияние разговора о решении на клиентов было зафиксировано в двух исследованиях. Джинджерич, де Шейзер и Вайнер-Дэвис [Gingerich, de Shazer, & Weiner-Davis, 1988] обнаружили, что чем раньше начинается разговор о решении, тем быстрее наступают изменения, а сама терапия сокращается. Шилдс, Спренкл и Константин [Shields, Sprenkle, & Constantine, 1991] обнаружили, что терапевтический процесс с большей

вероятностью будет успешным, если разговор о решении начат на ранней стадии. Об этом важно помнить, но это не значит, что терапевт всегда должен быть директивным и сразу переходить к разговору о решении. Выбор, который терапевт делает по отношению к клиентам, должен основываться на каждой конкретной ситуации, при этом качество отношений между терапевтом и клиентом всегда должно приниматься во внимание в первую очередь.

Не терапевт, а клиент определяет, когда он хочет говорить о решении. Лора, чей случай был описан в главе 2, продолжала возвращаться к разговору о проблеме всякий раз, когда мы подходили к разговору о решении, даже после нескольких удачных попыток обсуждения решения. Ее реакция наводила на мысль, что ей нужно поговорить о своей проблеме. Однако, как уже отмечалось, переходы к разговору о будущем, возможно, все равно были зафиксированы и косвенно способствовали решению, которое Лора нашла для себя между сессиями. Мы никогда не знаем, как то, что мы говорим, влияет на наших клиентов, и даже если мы не получили отклика на какой-то вопрос или реплику, клиент все равно может об этом размышлять после встречи. При этом все-таки безопаснее следовать за клиентами в разговоре, чем слишком настойчиво направлять их туда, куда они не хотят идти.

Мэрилин Лакорт, одна из первых членов команды, создавшей модель ОРКТ, придумала термин “переходная беседа” для обозначения фазы, во время которой терапевт показывает веру в клиента, оценивает мотивацию, фокусируется на небольших изменениях и выявляет имеющиеся успехи. Она считает, что обсуждение проблем не обязательно носит негативный характер, поскольку это возможность выразить понимание и сопереживание, расставить приоритеты в жалобах и уточнить, чего хочет клиент.

Опасность использования описательных терминов, таких как “разговор о проблеме” и “разговор о решении”, заключается в том, что они очень конкретны и могут привести нас к излишней директивности в отношениях с нашими клиентами. Помимо влияния на терапевтический альянс, такие ярлыки могут помешать услышать все тонкости в рассказе клиента, которые в итоге помогут двигаться к решению. Вместо того чтобы думать о “разговоре о проблеме” и “разговоре о решении”, лучше сосредоточиться на том, что происходит в конкретном взаимодействии клиента и терапевта. Важно сосредоточиться на самом клиенте, понять его и говорить с ним на одном языке. В ходе этого процесса проблема и возможности ее

решения постепенно сплетаются в единое целое, которое в итоге будет представлять решение для клиента. Именно значение, которое люди приписывают ситуации, определяет ее как проблему или решение, а не слова, используемые для ее описания. Чувство грусти может считаться проблемой, если мы говорим о болезни, или решением, если человек, который избегал скорби, наконец-то смирился с потерей.

Маркировка любых аспектов наших разговоров с клиентами мало что дает и может отвлекать от процесса, который происходит на сессии. Если мы намерены слышать клиентов независимо от того, являются ли их слова негативными или позитивными, мы поймем, когда нужно начать слушать, чтобы помочь им посмотреть на ситуацию с другой точки зрения.

Например, клиент, описывая ситуацию, внезапно использовал прошедшее время: “Мне так трудно заставить себя встать с кровати по утрам, потому что я плохо сплю и мне снятся кошмары. Мне так много времени нужно, чтобы проснуться. *Раньше* я мог проваливаться в сон по несколько раз, а *сейчас* такого нет, но я все равно не встаю так быстро, как следовало бы”. Обратите внимание: клиент сказал, что раньше так было, а сейчас такого нет. Это может быть для нас сигналом, что есть зернышко положительных изменений, которое мы можем взрастить.

Сначала важно донести до клиента, что мы понимаем, насколько плохо он себя чувствует, а затем можно уточнить: “Правильно ли я услышал: в последнее время вы стали просыпаться немного по-другому?” Если клиент на это ответит согласием, можно воспользоваться предоставленной возможностью и прояснить ситуацию. Как так получилось? Что могут значить такие изменения? Хочет ли клиент, чтобы эти изменения закрепились или стали проявляться чаще? Возможно, он хотел бы, чтобы изменения проявлялись как-то по-другому? Если мы начнем уточнять эти детали после того, как проявим понимание и сочувствие, это потенциально может помочь клиенту думать, действовать и чувствовать проблему по-другому.

Задача терапевта, которая требует большого мастерства, — адаптировать терапевтический процесс для каждого клиента. Эта задача требует интуиции и умения правильно оценивать ситуацию, которые были отточены опытом. Суть в том, что мы адаптируем терапевтический процесс, основываясь на том, насколько хорошо мы понимаем особый способ восприятия мира клиентами.

## Содержание и процесс

Семейный терапевт беседует с семьей о сути проблемы, но думает о процессе обсуждения, с помощью которого они пытаются ее решить.

*Николс и Шварц [Nichols & Schwartz, 1995]*

Содержание — это то, что клиенты рассказывают о своих ситуациях; процесс — это то, как клиенты ведут себя по отношению к тому содержанию, о котором они рассказывают. Клиенты обычно не обращают внимания на то, как выглядит их процесс. Ярким примером такого несоответствия содержания процессу может служить семья, в которой о серьезных, опасных для жизни проблемах рассказывают в беззаботной, шутливой и дразнящей манере.

Наблюдение за процессом вышло из моды с тех пор, как терапевты перешли от системного мышления, ориентированного на поведение, к языку, который фокусируется на значении. Прерывание поведенческих паттернов было заменено созданием нового смысла. Вместо того чтобы спрашивать: “Что делает мама, когда папа кричит на Джонни за пролитое молоко?”, мы будем спрашивать, что значит папин крик о пролитом молоке с точки зрения отношений папы и мамы и их отношений с Джонни.

Тем не менее, если мы думаем о языке как о действии, а о терапии — как о достижении изменений в этом действии (поведении, мыслях и эмоциях), то процесс по-прежнему актуален. Единственная разница в том, что нас больше интересует не только наблюдаемое поведение, но и эмоциональная сторона процесса.

Цель ОРКТ — использовать язык клиентов таким образом, чтобы влиять и на содержание, и на процесс, как в стратегической терапии. Однако этого редко можно достичь только с помощью технических средств. Необходимо быть внимательными к тому, как клиенты достигают успеха и как они это выражают в словах и действиях.

Важно уточнить: говоря о процессе, я имею в виду то, как клиенты ведут себя по отношению друг к другу и взаимодействуют с терапевтом. Наш процесс работы с клиентами — это разговор, в котором они рассказывают и показывают, с какими трудностями столкнулись. Мы говорим об их прошлом, настоящем и будущем, о новых идеях и имеющемся опыте, а также о том, какой будет жизнь после преодоления трудностей.

Однако разговор должен проходить в такой форме, которая соответствует мировоззрению клиентов и их стилю взаимодействия. Такой тип

разговора создает новый процесс, который с большей вероятностью приведет к решению.

Не стоит торопиться с переходом к описанию действий клиента, так как это может привести к тупиковой ситуации. В процесс терапии наших клиентов входят как эмоции, так и поведение, хотя это не всегда легко увидеть. Холодное, отстраненное поведение мужа не означает, что ему не так больно, как его истеричной, цепляющейся жене, и что эта боль не влияет на его процесс терапии так сильно, как на нее. Поэтому я предлагаю терапевтам сознательно затрагивать эмоции со всеми клиентами, потому что эмоции неотделимы от поведения и мыслей. Существуют некоторые доказательства того, что эмоции управляют поведением [LeDoux, 1996; Panksepp, 1998]. Нам не нужно много научных подтверждений того, что они играют центральную роль в супружеских и семейных отношениях.

Мэри, привлекательная 35-летняя женщина, пришла на терапию, чтобы выяснить, что с ней не так, потому что ей не удается строить отношения с мужчинами. Она рассказала, что ходила на танцы в надежде с кем-нибудь познакомиться, но мужчины всегда теряли к ней интерес после первого же танца. Иногда они приглашали ее на свидание, но никогда не приглашали на второе. Она не понимала, почему так происходит, ведь она не считала себя непривлекательной или тупой, у нее была хорошая работа и она старалась быть милой.

Мэри не могла найти ответа в своем опыте. Для нее было бы чудом, если бы кто-то нашел ее достаточно интересной, чтобы проводить вместе много времени и когда-нибудь на ней жениться, но никто не хотел с ней общаться больше пары дней. Она не понимала, что нужно делать по-другому, чтобы мужчины ей перезванивали. Если начать уточнять, что для нее значат эти отказы, она, скорее всего, начнет ругать себя еще больше. Само собой разумеется, Мэри думала, что проблема в том, что она в чем-то недостаточна хороша.

Циркулярные (непрямые) вопросы [Selvini Palazzoli, Cecchin, Prata, & Boscolo, 1978] могли бы пролить свет на ситуацию Мэри и предоставить ей возможность рассмотреть происходящее под другим углом зрения: “Как вы думаете, что могли бы рассказать мужчины о вашей реакции на их флирт с вами?”, “Как бы вы хотели, чтобы вас воспринимали мужчины?”, “Как бы вы себя чувствовали, если бы они так вас воспринимали?”, “Что бы это изменило?”, “Как вам кажется, что бы вы могли сделать, чтобы



мужчина подумал, что вы в нем заинтересованы?”, “Что вы замечаете в женщинах, которые могут удержать мужчин?”

Методы ОРКТ не подходили Мэри, потому что было недостаточно контекста, в котором она могла бы их рассмотреть. Мэри была способна воспринимать свою ситуацию только по-своему, и именно поэтому она “застряла”. Ее точка зрения не учитывала точку зрения мужчин, которых она хотела привлечь. В этом контексте она могла бы найти решение. Циркулярные вопросы были попыткой предложить ей возможность, посмотреть на проблему глазами других людей. Расширение ее взгляда на процесс предоставило бы ей возможность подумать, есть ли у нее способность или желание экспериментировать с некоторыми изменениями в поведении по отношению к мужчинам. Если эмоции не возникают естественным образом в ходе такого разговора, терапевту следует о них спросить, чтобы получить больше информации и приблизиться к решению. Такой терапевтический процесс не будет бесполезно удлинять терапию, а, наоборот, может ее сократить.

Следующий случай иллюстрирует процесс принятия решений на основе различных концепций, описанных в этой главе.

## Случай из практики: Мари

Мари — 26-летняя разведенная афроамериканка с двумя детьми: 4-летней девочкой и 2-летним мальчиком. Она общалась с молодым человеком, который недавно пришел на программу обучения ОРКТ и все еще не знал, на что реагировать, а что игнорировать. Супервизор, который также только начинал свой путь в качестве супервизора, подчеркнул, что нужно стараться избегать разговоров о проблемах и как можно быстрее переходить к обсуждению решений.

*(Подчеркиванием обозначены фрагменты диалога, которые необходимо слушать или слышать.)*

**Терапевт.** *(После некоторого общения и налаживания контакта.)* Каковы ваши надежды на эту встречу? Как я могу вам помочь?

**Мари.** О, ну... Хм-м-м... иногда... говорят, это вроде как помогает морально, если ты можешь поговорить с кем-нибудь, но это не всегда получается... В моем случае, знаете, я держу все внутри, где оно причиняет боль мне, а не кому-то другому. Мне

сказали, что лучше с кем-то поговорить. *(Начинает говорить о проблеме и о том, какую сильную боль она причиняет.)*

**Терапевт.** Кто сказал? *(Терапевт игнорирует услышанное и спрашивает о том, как клиентка оказалась на терапии.)*

**Мари.** Доктор, к которому я ходила в больнице.

**Терапевт.** Он психиатр?

**Мари.** Нет, просто терапевт, но после заполнения анкеты он порекомендовал мне прийти сюда и обсудить мои проблемы.

**Терапевт.** Понятно. Вы согласны с этим предложением? *(Терапевт отреагировал на то, что услышал, уточнив, согласна ли с этим клиентка. Это полезный способ оценки уровня ее мотивации.)*

**Мари.** Ну, я подумала об этом и решила, что это было бы неплохо! *(Терапевт и Мари оба посмеялись.)*

**Терапевт.** Отлично! И какие изменения вы хотели бы увидеть после наших встреч? *(Сразу переходит к разговору о решении и фокусируется на цели.)*

**Мари.** Пока сложно сказать... Я действительно не знаю... Меня беспокоят некоторые вещи, и я стараюсь с ними справиться, но мне кажется, что мне ничто не помогает, что бы я ни делала. Ничего не получается. Я будто пытаюсь получить ответ, а его нет. Я пытаюсь сделать свою жизнь чуточку лучше, я имею на это право. Так что я не знаю ответа на ваш вопрос.

**Терапевт.** Вас беспокоит какая-то одна большая проблема или это много маленьких проблем?

Мари намекнула на безуспешные попытки улучшить свою жизнь. Терапевт попросил клиентку классифицировать проблему как маленькую или большую, вместо того чтобы попросить о дополнительных разъяснениях. Чтобы прояснить ситуацию и укрепить терапевтический альянс, лучше всего при формулировании вопроса использовать слова клиента, особенно в начале терапии, например: "На что в вашей жизни нет ответа?" или "Что вы пытаетесь сделать, но это не работает?"

**Мари.** Ну, в основном большие и маленькие проблемы. Я не знаю... Не понимаю, как лучше это объяснить.

**Терапевт.** Как вам удастся с ними справиться? *(Терапевт и клиентка находятся не в одной точке. Терапевт пытается найти включения в проблеме, которая еще не была до конца озвучена клиенткой).*

**Мари.** Большую часть времени вместо того, чтобы куда-то собираться, я не собираюсь. Я остаюсь сидеть взаперти, почти всегда одна, и, признаться, мне не хочется, чтобы кто-то был рядом.

**Терапевт.** И чем вы в это время занимаетесь?

**Мари.** Мне нравится сидеть и что-то писать, читать книгу или что-то в этом роде. Иногда это просто убивает время, вот и все.

**Терапевт.** Как вы думаете, о чем думал доктор, когда предлагал вам прийти сюда? *(Терапевт продолжает опираться на внешний источник вместо того, чтобы выяснить потребности клиентки.)*

**Мари.** Он не хотел со мной разговаривать.

**Терапевт.** О да!

**Мари.** Хм-м-м... Меня это сбilo с толку. Я у него спросила, почему он это предложил, и сказала: "Минуточку, вы считаете, что я спятила, что ли?" Он сказал, что не считает меня сумасшедшей, просто предложил этот вариант, поскольку иногда терапия помогает. Сначала я думала впасть в ярость или что-то вроде того, но затем поняла, что, может быть, это к лучшему. У меня были такие сильные боли. После того как я расстраиваюсь, все тело болит или приходят невыносимые головные боли, как будто кто-то бьет по голове. Из-за этого я не могу уснуть до четырех или пяти утра. А утром опять нужно вставать.

**Терапевт.** В котором часу вы встаете?

Мари поделилась своим страхом, что, может быть, она сошла с ума, потому что доктор на приеме вел себя странно и она испытывает боли после сильных негативных эмоций. Вместо того чтобы спросить о проблеме, терапевт спросил, в котором часу она встает. Его выбор мог укрепить Мари в мысли о том, что с ней действительно что-то не так, потому что терапевт ее не понимал. Более того, Мари сказала, что терапевт не хотел с ней говорить, и психотерапевту стоило выделить больше времени на то, чтобы клиентка почувствовала себя понятой и услышанной.

**Мари.** Ну, я на самом деле мало отдыхаю. Кажется, что-то меня сильно беспокоит, но я просто не хочу в это погружаться. Но знаете, все-таки хочется выяснить, что со мной происходит.

**Терапевт.** Тогда что же должно случиться по окончании терапии, чтобы вы могли сказать: “Это помогло”? Что может произойти у вас дома? (Терапевт предпринял попытку сформулировать цель. Второй вопрос ограничивает ответ Мари. Проблема недостаточно сформулирована, чтобы можно было дать ответ.)

**Мари.** Ох, еще один сложный вопрос... Я действительно не знаю. (1.) Как я уже сказала, это какие-то вещи... которые не должны происходить. И еще есть люди, которые должны исчезнуть из моей жизни, но которые все-таки в ней остаются или возвращаются и исчезают. (2.) А потом еще моя мама... Это все очень сложно. (3.) Хочется просто сбежать с детьми, чтобы никто не знал, где мы. Но когда предоставляется возможность сделать так, как тебе хочется, (4.) всегда появляется кто-то, кто будет думать, что ты странная, просто потому что не употребляешь алкоголь или не делаешь то, что делают все.

**Терапевт.** Хорошо, позвольте мне задать другой вопрос. Если бы вы сегодня пошли спать, похоже, что это не часто происходит, но, если все-таки вы пошли бы спать и проснулись завтра утром, а все проблемы ушли, что было бы по-другому?

Обратите внимание, что предыдущий ответ клиентки содержал четыре пункта: 1) есть люди, которые появляются в ее жизни, но должны исчезнуть; 2) ее мать представляет проблему; 3) она хочет сбежать со своими детьми; 4) люди считают ее “странной”, если она ведет себя не так, как они хотели бы. Для этого требуется ответ, который сообщит клиентке, что ее услышали и что терапевт сочувствует ей в ее замешательстве и страдании, например: “Кажется, вас беспокоит множество вещей. Я хотел бы услышать о них больше. Как вы думаете, с какой из них вы хотели бы начать?” или “Похоже, вы чувствуете, что вас будут критиковать за ваш выбор”.

Терапевт решил задать чудесный вопрос в попытке понять, чего же хочет Мари. Чудесный вопрос действительно может помочь прояснить клиентам то, чего они ожидают от терапии.

**Мари.** В основном мне хотелось бы стать лучшей матерью, чем я есть сейчас.

**Терапевт.** Хорошо.

**Мари.** *(Продолжает.)* И когда привыкаешь быть независимой, а затем опять нужно от кого-то зависеть, это может ранить.

**Терапевт.** Вам привычнее быть независимой или зависимой? *(Это мог бы быть хороший момент, чтобы прояснить у клиентки значение этих слов.)*

**Мари.** Когда как...

**Терапевт.** Если бы сегодня ночью произошло чудо, а завтра вы проснулись бы и ваши проблемы исчезли, как бы вы себя чувствовали?

**Мари.** Ну, как я уже сказала, это сбивает с толку. Я несколько раз садилась бы и пыталась понять, что должно измениться, изменилось ли это и что вообще происходит...

**Терапевт.** Что должно измениться? *(Хороший пример реакции терапевта на то, что он услышал и что он хотел бы лучше понять.)*

**Мари.** Ладно. Я ни с кем не общаюсь и чувствую, что, если бы мне удалось просто уйти из того окружения, в котором я нахожусь сейчас, я могла бы добиться большего. Хотя я не могу с уверенностью сказать, что так бы и случилось, я точно чувствовала бы себя спокойнее... и не пришлось бы испытывать такой сильный стресс.

**Терапевт.** О! Расскажите мне: если бы чудо произошло, как вы думаете, вы были бы менее одиноки и проводили бы чуть больше времени в общении с людьми?

Наконец Мари более четко описала свою проблему. Возможно, на этом этапе было бы более эффективно задать чудесный вопрос в более открытой форме: "Если бы это чудо произошло, что было бы по-другому?"

**Мари.** Хм-м-м... Я не знаю... Я просто не могу, ну... никогда не могла быть рядом с людьми, которые всегда хотят, чтобы вы были такими, как они хотят... Я полагаю, что я могу быть только собой, а другой человек может быть только собой, так что, если кто-то этого не может принять, ну... окей.

Супервизор напомнил терапевту, что нужно спросить клиентку о проблемах, связанных со здоровьем, из-за которых она была направлена на терапию.

**Терапевт.** Что ж, кажется, у вас недавно были боли в теле и головные боли, и люди приходят в вашу жизнь и уходят из нее. А как насчет тех случаев, когда у вас не болит голова и вы чувствуете себя нормально? Что происходит тогда? *(Терапевт не отреагировал на услышанное и продолжил разговор о решении. Искать исключения для одной из нескольких жалоб, которая не была выбрана клиенткой, — это обычно непродуктивно.)*

**Мари.** Нет ощущения, что все слишком. Я почти в трансе. Мне не хочется ничего говорить, и я будто даже не знаю, что сказать. Дело не в том, что я не могу поладить со своими детьми, я прекрасно нахожусь с ними общий язык.

**Терапевт.** У вас получается найти общий язык с детьми? Здорово! Я знаю многих мам, которые говорят, что у них постоянно возникают проблемы с маленькими детьми. *(Подчеркивает сильные стороны клиентки, что является хорошей поддержкой в любой ситуации.)*

**Мари.** Дело не в детях, я предпочла бы подождать с детьми, пока не закончу школу, чтобы заняться тем, чем хочу, но вышло не совсем так...

**Терапевт.** Вышло не совсем так? *(Хорошее прояснение слов клиентки.)*

**Мари.** Ну да. Я забеременела, после первого ребенка сразу появился второй.

**Терапевт.** То есть вы научились неплохо справляться с ними? *(Терапевт игнорирует негативное направление беседы и старается сосредоточиться на сильных сторонах)*

**Мари.** Да.

**Терапевт.** Как вам удается так хорошо управлять этой частью вашей жизни?

В течение следующих нескольких минут Мари рассказывала обо всех своих усилиях, направленных на то, чтобы стать хорошей матерью и вос-

питать своих детей сильными и умными. Тогда она стала более ясно представлять свою проблему.

**Мари.** Да, проблема в основном в моей семье. Я, правда, не совсем в этом уверена... Мои мать, братья, друзья, муж и бывший парень... Он продолжает внезапно появляться из ниоткуда, и это очень меня расстраивает. И я пытаюсь понять, зачем? Зачем ты появляешься? Что тебе нужно? Плюс мой муж не очень-то готов принимать меня такой, какая я есть. И вообще, мне не нравятся эти парни, которые думают, что женщины очень тупые. Потому что мой бывший, с которым я встречалась десять лет, начал появляться в моей жизни после того, как я вышла замуж за отца своих детей. И я сказала: "После десяти лет отношений ты так и не решил, хочешь ли жениться на мне. Так зачем же ты продолжаешь появляться в моей жизни сейчас?"

**Терапевт.** Получается, ваш бывший то появляется, то пропадает, и это сбивает вас с толку?

**Мари.** Да. Это сбивает с толку. Плюс Эдди, мой муж, как я понимаю, сейчас проходит непростой этап жизни... Он уже был в браке. Для меня это первый брак, и мне тяжело, потому что Эдди все свои нереализованные ожидания от предыдущего брака и жены переложил на меня.

Терапевт и Мари теперь в одной точке. Позитивное подкрепление отношений клиентки с ее детьми и некоторое ощущение того, что ее понимают, могло помочь Мари почувствовать себя в большей безопасности, стать более открытой и менее тревожной, поэтому она мыслила более ясно. Затем Мари заявила, что у нее нет надежды на примирение с мужем. Однако она не верила в развод по религиозным соображениям. Эти люди были единственными в ее жизни. Она чувствовала, что каждый из них пытался удержать ее от того, чего она действительно хотела. Она хотела вернуться в школу и "освоить хорошую профессию, чтобы в долгосрочной перспективе помогать своим детям". Когда она обсуждала эти мечты с матерью, та отговаривала ее и велела подождать. Но Мари продолжила изучать информацию о том, как получить дополнительное образование. Никто из ее близких не хотел помочь ей ухаживать за детьми, а муж сказал, что хорошая мать сидит дома. В настоящее время Мари занималась самообразованием, посещая библиотеку.

**Терапевт.** Вы очень мотивированы.

**Мари.** Да, но, как я сказала, ты делаешь все это, однако есть что-то, что постоянно тебя тревожит. Почему меня окружают люди, которые говорят, что мне нужно сбросить вес, чтобы я была в порядке? И когда я в ответ говорю им: “Вам бы тоже это не помешало!”, это приводит их в недоумение. Стоит перестать притворяться, что ты глупее, чем ты есть на самом деле, и они сразу начинают говорить: “Ты думаешь, ты такая... или такая...” Это для них слишком. Слишком!

**Терапевт.** Что же вы делаете, чтобы пропускать это мимо ушей?

В этой части сессии терапевт и Мари создали прочную связь. Терапевт заранее выяснил сильные стороны клиентки, чтобы их усилить. Мари сказала, что старается не думать об этом, но это плохо у нее получается, потому что перед сном мысли все равно выводят ее из равновесия, из-за чего она спит не больше часа за ночь. Терапевт предложил попробовать спать больше, чтобы снизить уровень стресса, вызванный другими проблемами.

**Мари.** Ну, мне бы хотелось, чтобы так всегда было, но за одной проблемой всегда приходит другая.

**Терапевт.** Что вы имеете в виду? *(Хороший способ показать, что терапевт слышит клиентку и хочет лучше ее понять.)*

**Мари.** Например, я живу в доме моей матери и все должна согласовывать с ней. И каждый раз я слышу от нее: “Не делай то... Не делай это”. Я должна спрашивать разрешение на все. Мне было бы намного легче жить одной.

**Терапевт.** Что вам нужно, чтобы сделать это?

Мари объяснила, что у нее недостаточно денег для первоначального взноса за собственное жилье и она не хочет ни у кого просить помощи. Ее единственным доходом было пособие по социальному обеспечению, поскольку ее муж не платил регулярно алименты на детей.

Здесь стоило проявить сочувствие и эмпатию, нормализовать то, что Мари испытывает эмоциональное и физическое напряжение. Вместо этого терапевт решил направить беседу в сторону небольших изменений, которые могут привести к большим изменениям, и попытался опираться на позитивные утверждения Мари.



**Терапевт.** Знаете, мне кажется, что у вас есть действительно хорошие планы относительно того, чем вы хотите заниматься: получить образование самостоятельно и при этом заниматься детьми. Это действительно грандиозные планы! Каким же может быть первый маленький шаг, который вам нужно сделать на пути к этой цели?

**Мари.** В первую очередь мне, наверное, следует сесть и составить план. Нужно морально подготовиться к собеседованиям с нянями для моих детей. Я не хочу, чтобы няня была грубой или подлой. Поэтому, когда я доберусь до этого шага, думаю, я перейду к следующему.

**Терапевт.** Каким будет следующий маленький шаг? *(Здесь клиентка дала понять, что собеседования ей сейчас морально тяжело проводить. Было бы полезно остановиться на этом шаге до тех пор, пока клиентка не станет воспринимать его как простой.)*

**Мари.** Следующий шаг — сходить в школу, записаться на сдачу тестов и начать их сдавать.

Мари сказала, что этот шаг вызывает у нее тревогу, потому что она не уверена, что сдаст тесты. Возможно, нужно будет что-то дополнительно сдавать. Ее также беспокоит, как добавить экзамены в свое расписание, потому что нужно будет просить кого-то присмотреть за детьми на время тестирования.

**Терапевт.** А что, на ваш взгляд, может случиться, даже самое маленькое, что запустит эти шаги?

Мари сказала, что ей необходимо хотя бы немного побыть одной, но это невозможно, потому что никто не станет присматривать за детьми. В прошлом году она получила водительские права, и иногда брат, когда видит, что Мари стало грустно, разрешает взять машину и покататься с детьми. Терапевт поздравил Мари, что она смогла сдать на права, и спросил, что еще есть в списке ее достижений.

**Мари.** О, у меня там много всего, но мне не удастся двигаться так быстро, как мне бы хотелось, потому что всегда найдется тот, кто меня тормозит. Одно я знаю точно: иногда нужно просто смыться ото всех подальше. Я боюсь, что, если я съеду от мате-

ри, мой муж просто слетит с катушек. Это тоже одна из причин, по которым я сегодня здесь. Это дом, в котором я выросла, но я не могу быть в нем самой собой. С ним связано столько разочарований, что кажется, еще одно я не смогу вынести. Я это вижу так: у меня есть желание что-то сделать, но я не могу им поделиться. Меня бесит, что я ничего не могу себе позволить. Мне сложно делать то, что я хочу, потому что всегда находятся люди, которые лучше знают, как мне жить, и говорят мне об этом в очень неприятной манере.

**Терапевт.** Вы никогда не встречали человека, который разделял ваши идеи? *(Терапевт услышал клиентку и предпринял попытку лучше разобраться в ситуации.)*

**Мари.** Никогда. Всегда старая песня... Это как какой-то дурацкий ритуал: тебе нужно поступать так, потому что ты моя жена, а женатые люди ведут себя так. И почему-то эти требования работают только в мою сторону.

**Терапевт.** Я понял. Прежде чем уйти совещаться с командой, я хотел бы задать еще один вопрос: “Какой самый маленький шаг вы могли бы сделать на этой неделе, чтобы почувствовать, что вы двигаетесь в правильном направлении?”

**Мари.** Следующий шаг — боулинг.

**Терапевт.** Боулинг?

**Мари.** Да, мне нравится боулинг. Я хотела бы сходить и поиграть. *(Здесь мы видим, что даже небольшая перемена для клиента имеет значение.)*

**Терапевт.** То есть, если вы сходите на боулинг до следующей нашей встречи, вы будете чувствовать, что двигаетесь в правильном направлении?

**Мари.** Да! Что я выкарабкиваюсь из этой ситуации.

Терапевт извинился и вышел, чтобы встретиться с командой, состоящей из двух таких же начинающих специалистов и начинающего супервизора. Супервизор попросил их написать все комплименты, которые они могли бы сказать Мари, и подумать над тем, что можно было бы предложить клиентке в качестве домашнего задания.

Вот что терапевт сказал Мари после перерыва.

**Терапевт.** Мы очень впечатлены теми целями, которые вы перед собой поставили. Вы определенно готовы работать и нацелены на результат, при этом вы имеете четкое представление о том, что для этого нужно. Я также поражен тем, как вам удалось выстроить хорошие отношения с детьми. У вас много терпения и любви. Это очень хорошо заметно. Меня также впечатлило ваше внутреннее стремление к самосовершенствованию. Идти в библиотеку и учиться — это непросто. И то, что вы получили водительские права! Я имею в виду, что вы ставите перед собой цель и идете к ней. Это потрясающе, с учетом того, с какими трудностями вам приходится сталкиваться прямо сейчас и сколько в вашей жизни неопределенности. При этом вы спите всего один час за ночь!

**Мари.** Не знаю, как так получается.

**Терапевт.** *(Продолжает.)* Может быть, вы это сейчас не цените, но мы убеждены, что вы на правильном пути к достижению ваших целей. Так что я хотел бы предложить вам домашнее задание.

**Мари.** Хорошо!

**Терапевт.** Я предлагаю вам до следующей нашей встречи записывать все действия, которые приближают вас к цели.

**Мари.** Да, без проблем.

Естественно, просматривая стенограмму или видеозапись встречи, всегда можно сказать, что можно было бы сделать по-другому. Стенограмма не передает часть невербальной информации, которая влияет на ход терапии. Мари — сложная клиентка даже для опытного терапевта, так как она излагает свою ситуацию фрагментарно. Тем не менее она представляет клиентов, которые находятся в замешательстве или которым трудно выражать свои мысли. Нас это может сбивать с толку, но это может встречаться в практике. Обратите внимание, как попытка сосредоточиться на содержании еще больше сбивает и запутывает терапевта. А если бы терапевт и супервизор рассмотрели только процесс, то Мари не смогла бы им открыться, и они стали бы еще одними людьми, которые ее не понимают. В таких случаях лучше всего просто слушать внимательно, чтобы понять клиента; о решении можно поговорить после.

Этот случай показывает, что техники не работают сами по себе. Их важно использовать, опираясь на контекст и понимая, на что нужно реагировать, а что — оставлять без внимания. Может показаться, что это нечестно — использовать работу начинающего специалиста и начинающего супервизора в качестве примера, но часто акцент на техниках, а не на том, чтобы слышать и слушать клиента, может казаться хорошим способом реализовать ориентированный на решение подход, хотя это не так.

Мари не вернулась для продолжения терапии. Это и неудивительно, потому что она не нашла ответ, который искала. Возможно, она получила то, что хотела, — подтверждение, что она не сумасшедшая. Дополнительно она могла бы получить еще и понимающего человека, который готов ее выслушать. То, что она была на верном пути и ожидала, что изменения будут происходить медленно, было очевидно из ее заявления о том, что она хотела начать с возможности поиграть в боулинг. То, что сказал терапевт в конце, отражало положительные моменты, игнорируя при этом проблемы и опасения Мари. Чтобы передать понимание, всегда лучше отражать как положительные, так и отрицательные стороны. Слишком позитивное послание может быть истолковано как непонимание или покровительство.

В следующей главе мы продолжим развивать идею о роли эмоций в терапевтическом процессе, ориентированном на решение.

## ГЛАВА 4

© 2000 by John Wiley & Sons, Inc. All rights reserved.

# Эмоции в ориентированной на решение терапии

© 2000 by John Wiley & Sons, Inc. All rights reserved.

Я помню, как много лет назад мой первый клинический супервизор снова и снова повторял: “Оставайтесь с чувствами”. Позже, когда я проходила курс семейной терапии, другой супервизор постоянно говорил: “Держитесь подальше от чувств”. Сегодня я говорю стажерам: “Не игнорируйте чувства”.

Акцент или отсутствие акцента на эмоциях в психотерапии зависит от теоретической ориентации. Мой первый супервизор предлагал мне обращать внимание клиентов на их подавленные чувства, чтобы вызвать соответствующий инсайт. Мой супервизор по семейной терапии предлагал мне замечать паттерны взаимодействия, чтобы прерывать их. Сегодня я советую стажерам не игнорировать чувства, потому что они являются важным ресурсом для принятия решений, таким же, как мысли и поведение.

Нет единого мнения об определении чувств, аффекта и эмоции, есть только общее понимание того, что “аффект” относится к рефлекторной реакции, контролируемой автономной нервной системой, тогда как чувства — это осознание собственных ощущений. Осознание, очевидно, является когнитивной функцией, и его сопоставление с чувствами напоминает прошлые академические споры о том, могут ли эмоции возникать до когнитивных процессов и независимо от них или же всем эмоциональным реакциям предшествует какой-то базовый когнитивный процесс [Ekman, 1992; Lazarus, 1982; Mandler, 1984; Zajonc, 1984]. Недавние открытия в неврологии [Damasio, 1994, 1999; LeDoux, 1996], которые были получены с помощью технологии визуализации, позволяющей наблюдать за функциями мозга, опровергли этот аргумент, по крайней мере на время. В этих нейробиологических исследованиях предоставлены доказательства того, что познание и эмоции являются отдельными, но взаимодействующими

функциями мозга, опосредованными отдельными, но взаимодействующими системами мозга [LeDoux, 1996, p. 69]. Следовательно, если эмоции представляют собой “биологическую динамику”, определяющую действия [Maturana & Varela, 1987, p. 247], их можно понимать как включающие аффект, чувства, познание и поведение.

Эта информация позволяет предположить, что эмоциональная реакция на вечеринку-сюрприз, если бы ее можно было рассмотреть в замедленном темпе, могла бы повлиять на вас следующим образом: вы входите в комнату и вздрагиваете от криков людей. Они замечают изменение позы вашего тела, покраснение лица и изменение его выражения еще до того, как это замечаете вы. (Подумайте о том, как часто люди кажутся застывшими на мгновение или два, когда они поражены или удивлены.) Это становится чувством, когда вы осознаете, что испытываете ощущение. То, что означает ощущение и как вы собираетесь реагировать на него, является эмоцией. Эмоции зависят от многих переменных, уникальных для генетического и социального развития, а также от контекста конкретной ситуации. Вы лингвистически координируете эмоциональный опыт, спрашивая себя: “Что случилось?”, “Что означает то, что только что произошло?”, “Означает ли это то же самое для людей в этой комнате?”, “Каков правильный ответ?” Другими словами, рассуждение и “эмоционирование” происходят одновременно и представляют собой язык. Вы можете быть искренне рады, потому что вас приятно удивили, или раздражены, потому что вам не нравится, когда вас застают врасплох. Если ваша эмоциональная реакция представляет собой искреннее удовольствие, вы будете выражать его более или менее бурно в зависимости от вашего уникального аффективного стиля. Если же вы раздражены, вы попытаетесь это скрыть, ведя себя так, как будто вы довольны, потому что общество осуждает выражение неодобрения, когда люди старались доставить вам удовольствие. Однако ваш аффект может выдать вас тонкими невербальными сигналами, особенно людям, которые вас хорошо знают.

Эмоции возникают в социальном контексте. Они необходимы для нашего физического и психического здоровья. Научные исследования молодых обезьян и младенцев показали, что физическое и эмоциональное развитие страдает при отсутствии нормальной заботы, контакта и нарушенной привязанности [Harlow & Harlow, 1962; Spitz, 1951].

Разработчики системной терапии, модели краткосрочной терапии Института психических исследований и терапии, ориентированной на реше-

ние, не оставили без внимания эти факты. Они, как и другие семейные терапевты, понимали, что эмоциональная связь или присоединение важны для установления связи с клиентами, когда они начинают терапию [Cade & O'Hanlon, 1993; Haley, 1976; Minuchin, 1974; Walter & Peller, 1992]. Эмоции просто не считались необходимыми для практики. На самом деле они считались помехой, потому что акцент делался на поведенческих паттернах, которые имели преимущество “простоты, конкретности и минимизации предположений и выводов” [Fisch et al., 1982, p. 11] и которые можно было легко наблюдать и отслеживать. Поведенческие паттерны прерывались “данными об отличиях” [Bateson, 1979], направленными на то, чтобы предложить клиентам другой способ думать о своей проблеме, такой как позитивный рефрейминг их негативного описания проблемы или парадоксальные вмешательства. В какой-то момент истории ориентированная на решение терапия включала чувственные состояния клиентов и физиологические реакции среди других описаний клиентов, которые считались важными для разработки вмешательств [de Shazer, 1985], но под влиянием лингвистической философии, эмоции, поведение и познание были объединены в “язык” и больше не обсуждались с точки зрения практики. Хотя теоретически это правильно, сказанное слишком расплывчато для хорошей практики. В оставшейся части главы я объясняю свои мысли по данному поводу, особенно в отношении эмоций.

## Эмоции против поведения

Терапевты, ориентированные на решение, традиционно направляли клиентов к поведенческим описаниям их целей, чтобы они могли лучше отслеживать прогресс, хотя большинство клиентов описывают свои жалобы с точки зрения чувств. Реакция терапевта необязательно должна быть поведенческой или эмоциональной. Мы можем сотрудничать с клиентами и использовать их эмоциональные слова в разговоре, не жертвуя преимуществами более конкретных признаков прогресса [Turnell & Lipchik, 1999].

Рамона пришла на терапию с жалобами: “Мне так плохо, что я не могу ничем заниматься”. Традиционно терапевт, ориентированный на решение, спрашивает: “Что из того, что вы делаете или не делаете, говорит вам о том, что вы так себя чувствуете?” Рамона может ответить: “Я не пойду на работу или не буду одеваться”. Здесь чувства Рамоны используются как ступеньки для размышления о действиях, а не как объект внимания как таковой.

Я считаю более полезным позволять клиентам как можно больше выражать свои жалобы словами о своих чувствах. Эти чувства принимаются с эмпатическими комментариями, например такими: “Это может быть очень обескураживающим!” или “Какое ужасное чувство!” Чувства клиента дополнительно исследуются с помощью таких вопросов, как: “Какие другие чувства вы испытываете из-за этого?” или “Что для вас значит то, что вы чувствуете себя так плохо?”, чтобы предоставить клиенту возможность уточнить свою жалобу. Это может открыть новые направления для решений. Например, если Рамона в конечном итоге пояснит, что ее проблема в том, что ее пугает чувство подавленности, можно будет спросить: “Что в прошлом помогало вам преодолеть страх?” Ответы на этот вопрос, скорее всего, будут сформулированы в поведенческих терминах (“Я позвонила друзьям” или “Я включила телевизор”) без помощи терапевта. Другой вариант — продолжить, спросив: “Чего вы боитесь?” Если ответ прозвучит как: “Я некомпетентна, незрела, психически больна или просто похожа на свою мать”, за ним может последовать: “Что убедит вас в том, что ваши опасения не оправданы?”

Этот вопрос также имеет хорошие шансы на получение поведенческого ответа, а если нет, терапевт всегда может спросить о небольших признаках поведенческих изменений в конце сеанса.

Подумайте, что произойдет, если задать Рамоне шкалирующий вопрос о ее страхе [Kowalski & Kral, 1989]. Назвав число по шкале от 1 до 10, обозначающее уровень страха из-за чувств, Рамона почти наверняка опишет свое состояние (как она узнает, что она немного меньше напугана) в поведенческих терминах, например: “Я буду меньше грызть ногти” или “Я буду расчесывать волосы”.

Дело в том, что это в интересах клиентов — разговаривать с ними на их языке, даже если это эмоции, а не допускать, что они почувствуют непонимание со стороны терапевта.

## **Использование эмоций для поиска решения**

Терапевты, ориентированные на решение, привыкли думать о том, какой вопрос лучше задать клиенту, а не что чувствуют клиенты или что они сами думают и чувствуют по отношению к клиентам. Однако, учитывая эти аспекты, можно упростить разработку решений для клиентов.



Иногда клиенты приходят настолько эмоционально перегруженными, что не могут описать свои чувства. Возможно, вам придется помочь им прояснить ситуацию, прежде чем они смогут определить цели и найти решения. Однако будьте внимательны: важно действовать медленно и внимательно относиться к вербальным и невербальным реакциям клиентов. Неспособность клиентов понять, что они чувствуют, возможно, долгое время выполняла положительную функцию как способ самозащиты от чувств, которые они не могут вынести. Внезапное снятие завесы может быть скорее тревожным, чем полезным.

## Случай из практики: Бетти

Бетти, 42-летняя одинокая женщина, была очень расстроена, и ей нужно было помочь разобраться в ее чувствах. Она обратилась за помощью из-за периодически повторяющихся приступов неконтролируемого плача. Эти приступы постепенно усиливались в течение последних 4 месяцев. Бетти не могла связать их с чем-то конкретным, происходящим на работе или в личной жизни. Она никогда не была замужем, жила одна с двумя кошками и на тот момент не имела отношений с мужчиной. У нее было несколько близких друзей, с которыми она общалась.

Бетти работала бухгалтером в сети ресторанов быстрого питания последние пять с половиной лет и с тех пор трижды получала повышение. Шесть месяцев назад ее перевели на должность менеджера среднего звена, что требовало от нее контроля и обучения персонала. Бетти была довольна новой должностью и хотела взять под контроль свои эмоции, чтобы продолжить продвижение по карьерной лестнице.

Бетти не стала ждать, пока я с ней пообщаюсь или задам какие-либо вопросы. Она сразу же выпалила свои симптомы и продолжила анализировать, что могло бы их вызвать. Я долго слушала и сопереживала. Затем я задала чудесный вопрос, чтобы помочь Бетти подумать о том, чего она ожидает от терапии, но она не ответила. Она продолжала сомневаться в своих симптомах, поскольку ей нравились новые задачи на работе и она не чувствовала себя переутомленной. Я заметила, что думаю (двойственное мышление), будто сессия была слишком негативной в течение слишком долгого времени и клиентка уйдет, чувствуя себя еще хуже, если я не вмешаюсь, поэтому я спросила ее, как она узнает, что проблема решена. «Я думаю, что ответа нет... возможно, мне придется уйти... или научиться

не принимать все близко к сердцу". Мне было интересно, что она имела в виду, говоря "принимать все близко к сердцу", и она описала свое чувство отвержения, когда сотрудники, которых она обучала, уходили на более высокооплачиваемую работу за пределами ее компании.

**Терапевт.** О, это, должно быть, тяжело.

**Бетти.** Да, это означает, что я должна обучить больше людей и начать все сначала.

**Терапевт.** Значит, для вас все постоянно изменяется?

**Бетти.** Да, но я могу понять, почему они уходят.

Бетти поделилась своим опытом работы. Она работала с 16 лет, начав с подработок в старшей школе. Она всегда получала отличные оценки и хотела контролировать свои эмоции, чтобы продолжать достигать хороших результатов.

**Терапевт.** Случалось ли вам когда-нибудь терять контроль над эмоциями?

**Бетти.** Частично, что я считаю вполне нормальным явлением.

**Терапевт.** Так.

**Бетти.** Я давно потеряла обоих родителей: отца — в автокатастрофе, а мать умерла от рака, поэтому в праздники, например на Рождество... Я не замужем, и у меня нет детей... Это тяжело.

**Терапевт.** Конечно, это повод для грусти.

**Бетти.** Я чувствую то же самое... но это сейчас продолжается... в течение нескольких месяцев после Рождества.

**Терапевт.** А на работе что-нибудь заставляет вас грустить или чувствовать утрату?

**Бетти.** Вы имеете в виду, чувствую ли я, что потеряю работу?

**Терапевт.** Нет, вы сказали, что иногда вам очень грустно на Рождество, потому что вы потеряли своих родителей. А есть ли что-либо на работе, что вызывает у вас чувство утраты? Возможно, вы теряете людей, которых вы обучили?

**Бетти.** (Удивленно.) Очень проникательно. Это вполне может быть!

**Терапевт.** А что вы об этом думаете?

**Бетти.** Я не знаю! *(Начинает плакать.)* Я ничего не знаю! Все, что я знаю, — что это уже слишком.

**Терапевт.** Должно быть, это трудно для такого опытного и добросовестного человека, как вы.

**Бетти.** Это ужасно... Я просто хочу, чтобы это прекратилось. Я сказала своей подруге, что, наверное, мне следует уволиться, и она сказала, что, возможно, у меня проблемы в отношении к переменам. Но я думаю, что я на самом деле ищу перемен, а не пытаюсь их избежать.

**Терапевт.** Сменить работу?

**Бетти.** Да, потому что я не могу так продолжать. Это все, о чем я думаю.

Бетти описала офисную политику, которая расстраивала ее на работе. Она выразила разочарование в своем руководителе, мужчине, которому она подчинялась на протяжении трех лет. Два года назад она пожаловалась на него, потому что его небрежность в работе начала плохо отражаться на ее работе. Бетти заметила, что после этого он стал более добросовестным, но около 6 месяцев назад он, похоже, снова расслабился. На новой должности у нее стало больше обязанностей, и отсутствие поддержки со стороны начальника вызвало много ненужного стресса, особенно из-за жалоб со стороны сотрудников, которыми она руководила.

**Бетти.** Сейчас я на более высокой должности и иногда говорю ему что-то... и он слушает меня, когда я что-то говорю... Затем, когда я указываю ему, на что стоит обратить внимание для эффективной работы всего отдела, он выдает свой любимый комментарий: "Ну, мне нужно найти подходящее время, чтобы заняться этим вопросом". Я не думаю, что можно просто ждать подходящего момента, чтобы решить проблемы с сотрудником. Что, если он не найдет подходящего времени в течение нескольких недель или месяцев? Обычно так и происходит. Позаботьтесь об этом прямо сейчас! *(В этот момент ее лицо краснеет, и голос звучит очень сердито.)*

**Терапевт.** Итак, я не совсем понимаю... В этом причина стресса?

**Бетти.** Нет.

Мысли Бетти, казалось, были отделены от ее чувств. Я решилась на эмоциональную интервенцию — интерпретацию.

**Терапевт.** Ну, многие люди на вашем месте могут сильно рассердиться.

**Бетти.** (*Задумчиво.*) Хм-м-м... Возможно! Рассказывая обо всем этом своим друзьям, я замечаю, что много говорю о своем начальнике. В основном, как я думаю, я расстроена, потому что не согласна с его способом ведения дел.

**Терапевт.** Значит, ваш стресс больше связан с тем, как он выполняет свою работу?

**Бетти.** Я так думаю, и это меня удивляет... Я понятия не имела...

**Терапевт.** Итак, если бы я могла взмахнуть волшебной палочкой и сделать так, как вы хотите, на что это было бы похоже?

**Бетти.** Я хотела бы увидеть... У меня не возникло бы ощущения, что он не выполняет свою работу. Он изменился.

**Терапевт.** Как вы думаете, вы сможете это сделать?

**Бетти.** Я знаю, что не могу, но... Я буду чувствовать себя лучше.

Затем Бетти привела пример, как начальник велел ей закрыть глаза на то, что сотрудники опаздывают или долго обедают, чтобы избежать негативных оценок со стороны персонала. Такое отношение приводило Бетти в ярость, потому что это влияло на производительность отдела, за который они отвечали.

**Терапевт.** И что вы пытаетесь с этим сделать?

**Бетти.** Я разговариваю с ним, но он всегда откладывает этот вопрос. Когда я говорю ему, что мы не успеваем, он говорит мне не волноваться.

**Терапевт.** Да, некоторые люди в такой ситуации были бы очень рассержены.

**Бетти.** (*Стесняясь и краснея.*) Ух... не-е-т... Злиться?

**Терапевт.** Вам не кажется, что злиться в такой ситуации — это нормально? Разве это не нормальная реакция?

**Бетти.** Правда? О, я буду плакать. (*Плачет.*) Думаю, больше всего меня беспокоит мое поведение.

**Терапевт.** Вам не кажется, что каждый имеет право иногда злиться?

**Бетти.** Ох... Это такое облегчение.

**Терапевт.** Вы, наверное, не привыкли так себя чувствовать.

**Бетти.** Не совсем.

**Терапевт.** Итак, если бы вы согласились с тем, что гнев оправдан, что бы вы сделали с этой проблемой, чтобы больше не приходилось злиться?

Бетти начала грызть ногти и тревожно оглядываться, обдумывая ответ, поэтому я попросила ее вспомнить, как она решала проблемы со своим руководителем в прошлом, кроме случаев, когда она действовала через его голову. Она привела несколько примеров, но разговор вызвал воспоминания о прошлых страхах, связанных с жалобами и конфликтами. Я стала более осторожной и спросила Бетти, хочет ли она поговорить об этих прошлых страхах. Она согласилась, и я сказала ей, что она может остановиться в любой момент. Она рассказала, что, когда в раннем возрасте потеряла родителей, ее переселяли из дома одного дальнего родственника в дом другого, пока она не выросла. Бетти нигде не чувствовала себя как дома и поэтому никогда не могла жаловаться или о чем-то просить, какой бы несчастной она ни была.

На следующей сессии Бетти сообщила, что всю неделю чувствовала, что контролирует свои эмоции. Две недели спустя она сообщила, что снова чувствует себя прежней. Она обсудила со своим руководителем необходимость повышения производительности, и он поговорил с некоторыми сотрудниками о пунктуальности. Он также дал ей право это сделать. Бетти поблагодарила меня и сказала, что ее цель достигнута. Она поняла, что у нее есть проблемы, которые ей, возможно, придется решить, но в данный момент она не планирует этим заниматься.

Некоторые читатели могут быть обеспокоены идеей прекращения работы с этой клиенткой, которой явно было бы полезно продолжить терапию. Однако терапевты, ориентированные на решение, руководствуются предположением, что терапевты не могут изменить клиентов, клиенты изменяются только сами. Возможно, это предположение следует перефразировать для такой ситуации: терапевты не должны пытаться изменить клиентов; клиенты сами должны решать, когда им нужны изменения и готовы ли они к ним. Более того, небольшое изменение может привести

к большим изменениям. Возможно, когда в будущем у Бетти возникнет другая проблема, терапия поможет ей найти собственное решение; если нет, возможно, она будет чувствовать себя комфортно, получив некоторую помощь. Когда клиенты чувствуют, что достигли того, за чем пришли, терапевтический контракт, ориентированный на решение, можно считать выполненным. Могут быть рекомендованы дополнительные сеансы, но окончательное решение остается за клиентом. Исключением, конечно, могут быть ситуации, когда существует опасность для клиента или других людей либо неэтичная ситуация.

Бетти искала решение проблемы (потеря эмоционального контроля) через когнитивный ответ. Для нее это было естественно, потому что она давно научилась не позволять себе проявлять чувства. Когда сотрудничество с ней на этом этапе не привело ее к результату, я решила на интервенцию — осторожно предположила, что ее жалоба может быть гневом. Эта идея нашла у нее отклик и помогла ей найти решение.

Терапия — это совместная работа, и даже если клиенты могут измениться, то лишь настолько, насколько они способны или готовы в данное время. Эмоциональное внушение “Как вы думаете, вы злитесь?” так же действенно, как и когнитивно-поведенческое “Как вы думаете, вам было бы полезно начать заниматься физическими упражнениями?”

## Случай из практики: Нил

Нил был отцом-одиночкой, который вместе с бывшей женой заботился о двух своих детях, 7-летнем мальчике и 9-летней девочке. Он зарабатывал на жизнь коммерческой фотографией. Нил пришел на терапию, потому что его девушка считает, что у него депрессия. Он знал, что какое-то время чувствует себя подавленным, но не обращал на это внимания. Он признался, что в последнее время периодически чувствовал себя обессиленным и даже думал о самоубийстве. Оценка суицидального поведения показала, что он подумывал о способе самоубийства (принять таблетки или порезать себе запястья в ванне), но был настолько сильно привязан к своим детям, что не хотел, чтобы они помнили, что он покончил с собой.

На первом сеансе он в основном говорил о том, насколько он подавлен, что он, скорее всего, в депрессии и не может себе помочь. Когда более открытая поза Нила, более частое кивание и лучший зрительный контакт

показали, что он понимает, что я заметила, насколько он обеспокоен, я спросила, как он узнает, что ему больше не нежно приходить на терапию. Он сказал, что у него появится больше энергии и энтузиазма по поводу своих отношений и работы, но он не может ответить, были ли уже времена, когда это случалось хотя бы в маленькой степени. Я продолжала слушать, как Нил описывал свои страдания и размышлял над ними. Он сказал мне, что только что отказался от большого проекта, потому что у него нет на это сил. (В этом кажущемся негативным событии я вижу позитив.)

**Терапевт.** Должно быть, это было трудно сделать, но звучит как хорошее решение.

**Нил.** Я должен был это сделать. Это было труднее всего, потому что я очень хотел эту работу, но не хотел разочаровывать директора агентства. Я работал у него раньше, он отличный парень. Когда он прислал мне предложение, я был так ошеломлен, думая об этом... Это не было чем-то таким, чего я не делал раньше... Я просто был настолько ошеломлен, что меня начало тошнить.

**Терапевт.** Но у вас хватило здравого смысла позаботиться о себе! Вы знаете свои границы.

**Нил.** Ну, я так об этом не думал. Я ненавижу это.

**Терапевт.** Вам нужно было сделать что-то другое?

**Нил.** Ну, может быть... Обычно я заставляю себя изо всех сил.

**Терапевт.** Звучит как мудрое решение.

**Нил.** После этого я почувствовал такое облегчение.

**Терапевт.** Согласна. Принимали ли вы в последнее время какие-либо другие правильные решения, похожие на это? Или позаботились о себе как-нибудь по-хорошему?

Нил не смог вспомнить ни одного случая. Он продолжал говорить о своих детях и о том, что они были главным его мотивом в жизни. Он рассказал об их совместных выходных и о том, как весело они играли в настольные игры, придумывали собственные игры и устраивали небольшие спектакли.

Внезапно Нил остановился и на несколько мгновений задумался. Его настроение изменилось.

**Нил.** Я просто кое-что вспомнил. Недавно был случай, когда мне стало немного лучше и я позаботился о себе. Это было в субботу днем. Дети были с мамой... Я был один... Я решил просто расслабиться и не заниматься домашними делами. Я просто сидел и смотрел телевизор и не беспокоился ни о чем, что мне нужно было сделать. Я даже немного вздремнул.

С этого момента разговор перешел к решению. Конечно, невозможно узнать, что именно вызвало воспоминание об исключении. Можно предположить, что, поскольку Нил хотел чувствовать себя независимым и злился на себя за то, что не может себе помочь, мой взгляд на некоторые его поступки с более позитивной точки зрения позволил ему изменить восприятие самого себя. Это можно считать когнитивным рефреймингом. Однако вполне вероятно, что от контекста, в котором происходит рефрейминг, от эмоционального климата, зависит, как рефрейминг будет принят. Обратите внимание, что Нилу потребовалось некоторое время, чтобы отреагировать на наше общение, и мне приходилось постоянно оценивать, готов ли он говорить о решении. Кайзер, Пирси и Липчик [Kiser, Piercy, & Lipchik, 1993] отметили, что переход от разговора о проблеме к разговору о решении не следует рассматривать как автоматический в результате вопросов или размышлений терапевта, потому что переход от “аффективного соответствия” (плохое самочувствие и разговор о негативном опыте) к “аффективному несоответствию” (плохое самочувствие и смещение фокуса на более положительные эмоции) [Bower, 1981] часто требует времени, терпения и клинических навыков. Я бы добавила, что для этого необходим правильный эмоциональный климат.

Мой опыт показывает, что, если клиентам трудно перестать говорить о проблеме, позволяя проявиться некоторым чувствам и даже иногда усиливая их, вы создаете мост, который позволит им найти решение. Я была рада узнать, что на самом деле существуют физиологические доказательства того, что мысли могут легко вызывать эмоции, но отключить эмоции труднее [LeDoux, 1996, p. 303; Panksepp, 1998, p. 301].

В течение следующих шести сеансов Нил рассказал, что он ужасно злился на себя и чувствовал себя беспомощным из-за того, что не мог удовлетворить все потребности своей девушки в счастье. Начав больше ценить себя, он понял, что не только он несет ответственность за отношения, и привел свою девушку на парную терапию.



## **Использование собственных эмоций, чтобы помочь клиентам найти решения**

Иногда клиенты знают, что они чувствуют, и хотят поговорить об этом, но боятся или не могут этого сделать. Такое ограничение препятствует им в поиске решения. Мы, терапевты, не умеем читать мысли, но нам нужно, насколько это возможно, быть чувствительными к невербальному языку клиентов как к отражению их эмоций. Чтобы быть как можно более внимательными к признакам невысказанных чувств, нам необходимо следить за своими мыслями и чувствами. Интуиция может быть полезной в таких ситуациях, но ее следует проанализировать во внутреннем разговоре, прежде чем предложить клиентам.

### **Случай из практики: Сандра и ее дочери**

Сандра, 43-летняя разведенная женщина, попросила как можно скорее провести сеанс с ее дочерьми — 16-летней Ритой и 14-летней Родой. Она сказала, что Рита через неделю переезжает в другой город к отцу и ей нужна помощь в разговоре с ней.

Атмосфера была напряженной, когда эта семья вошла в комнату. Сестры выглядели встревоженными и разговаривали шепотом. Они сказали, что не знают, зачем мать привела их сюда. Сандра, приятная на вид женщина, с лицом, похожим на маску, говорила монотонным голосом. Она сказала, что пришла, потому что на прошлой неделе ей пришлось обратиться в полицию, чтобы найти Риту, которая раньше всегда звонила, когда опаздывала. Когда полиция привезла Риту домой, она, как сообщается, вела себя враждебно и кричала перед любопытными соседями, что хочет уйти из дома. На следующий день Рита попросила мать устроить ей переезд к отцу в другой город. Теперь эти планы были окончательно согласованы.

На мой вопрос, что именно семья хотела бы обсудить на сеансе, они ответили молчанием. Сандра выразила боль и разочарование из-за поведения Риты. Она сказала, что раньше у них не было проблем. Она понимала, что Рита хочет жить с отцом, но возражала против того, как Рита это выражала. Рита защищалась. Рода предпочла не принимать чью-либо сторону и мало говорила.

По моим ощущениям, Сандра привела девочек либо для того, чтобы Рита не ушла, либо для того, чтобы помириться с ней перед отъездом.

Я не сказала им об этом, потому что хотела, чтобы семья сама прояснила свои цели.

В ходе сеанса выяснялось, что в последние месяцы напряженность в семье усилилась из-за неприязни Риты к подруге Сандры. У меня было ощущение, что семье нужно переориентироваться на цель своего визита ко мне, и я так и сделала, использовав ресурс — заявление Сандры о том, что в семье никогда раньше не было проблем.

**Терапевт.** Итак, я понимаю, что до последнего времени между вами, Сандрой и Ритой, всегда все было хорошо, но вы особо об этом не говорили. Кажется, сейчас между вами много боли и гнева. Но мне интересно, вы могли бы мне чем-нибудь помочь, чтобы я лучше поняла вашу семью? Не могли бы вы рассказать мне немного о том, что, по вашему мнению, хорошо в вашей семье? Может быть, о чем-то, чем вы гордитесь.

**Терапевт.** Рода, чем ты гордишься?

**Рода.** *(Пожимая плечами и долго не отвечая.)* Я сейчас не знаю.

**Терапевт.** Рита, а ты? Оглядываясь назад, что хорошего ты вспомнишь о жизни с мамой и Родой?

**Рита.** Рождество, и когда мы все вместе поехали во Флориду.

**Терапевт.** А что-нибудь из повседневной жизни?

**Рита.** Обнимашки. Мне нравится, когда мама меня обнимает. Я не могу обнять папу так, как обнимаю маму. Я могу обнять ее в любое время дня — и я знаю, что ей это тоже нравится. Я не хочу сравнивать или что-то в этом роде, но я не могу сделать это с моим отцом. Это приятно. Еще мне нравится, когда она готовит для меня.

**Терапевт.** Как насчет хороших отношений с твоей сестрой?

**Рита.** Я буду скучать, вспоминая, как заходила к ней в комнату, чтобы слушать с ней музыку и обмениваться одеждой.

**Терапевт.** Ты уже много об этом думала. *(Рита кивает в знак согласия.)* Мама, вы знали об этом?

**Сандра.** Нет.

**Терапевт.** Что хорошего теперь у вас не будет?

**Сандра.** Мне будет не хватать двоих детей... (*Мгновение колеблется.*) Мы вместе ходили на боулинг и пели в церковном хоре. Мне нравилось ходить на школьные конференции и постоянно получать отличные отзывы о Рите... У нас только что появился телевизор с большим экраном, который мы любим смотреть, и теперь там будем только Рода и я.

Когда Сандра сказала: “Мне будет не хватать двоих детей”, я заметила у себя физическую реакцию, похожую на шок. Я чувствовала то же, что чувствовала Сандра: что уход Риты будет подобен смерти и что она больше никогда ее не увидит. У меня был внутренний диалог с размышлением, стоит ли делиться этой реакцией. В чем может быть подвох? Сандра могла бы подумать, что я неправильно ее поняла. Преимущество? Это могло бы дать убедительный сигнал о том, что я понимаю всю глубину отчаяния Сандры. Рита могла бы лучше осознать уровень боли своей матери. Польза от риска казалась больше, чем опасность. Учитывая вероятность того, что это может быть единственная наша совместная сессия, я решила высказаться.

**Терапевт.** Вы сказали, что у вас больше не будет двоих детей. То, как вы сказали, похоже... на... Конечно, у вас не будет дома двоих детей, но это прозвучало так трагично. У вас по-прежнему будет две дочери, только одной не будет в вашем доме... То, как вы это сказали, прозвучало почти так, как будто вы говорили о смерти, а не о переезде.

**Сандра.** (*Глубоко вздыхая.*) Я думаю, что я чувствую именно это с тех пор, как Рита рассказала мне, что она на самом деле чувствовала. Это похоже на смерть. Это непохоже на то, что она уезжает в гости или просто на год или два... Все было совсем по-другому, когда мой сын ушел из дома.

**Терапевт.** Чем это отличалось?

**Сандра.** Обстоятельства были другими. Он закончил среднюю школу и собирался поступать в колледж. У нас были трудности, но мы их преодолели. Я чувствую, что Рита не хочет мириться... Она просто хочет уйти и забыть. И это кажется мне очень трагичным.

**Терапевт.** Верно ли впечатление твоей матери? Ты не собиралась с ней больше общаться?

**Рита.** Нет, неверно.

**Терапевт.** Как ты думаешь, почему она так думает?

**Рита.** Наверное, потому что мы давно не общались. Она просто не знает, что я чувствую.

**Терапевт.** И что ты думаешь о том, чтобы оставаться на связи с мамой и Родой после того как уедешь?

Рита начала говорить, что надеется общаться с матерью и сестрой по телефону, а также приезжать на каникулы. Она извинилась перед матерью за свою несдержанность перед полицией и соседями. Мать и дочь помирились. Сандра позже позвонила, чтобы поблагодарить меня и сказать, что она пришла к пониманию того, что для Риты переезд к отцу был хорошим решением в настоящее время и она больше не чувствует, что их отношения разорваны.

## Эмоции и итоговое послание

Настрой [Erickson, Rossi, & Rossi, 1976; Erickson & Rossi, 1979], установленный во время сессии и перерыва, а также комплименты в начале итогового послания считались гипнотическими внушениями, которые приводят к состоянию расслабления (глава 6). Эмоции никогда не упоминались в связи с этим процессом. Однако понимание и положительные моменты, передаваемые в итоговом послании клиентам, которые обычно ожидают, что терапевт скажет, что дела обстоят хуже, чем они думают, приносят большое эмоциональное облегчение. Это облегчение необходимо для рассуждений и готовности действовать [Damasio, 1994] в поисках решения.

## Резюме

Приравнивание эмоций к осознанию и поведению в ориентированной на решение терапии может показаться радикальным шагом. Однако, если признать, что речь и эмоции неразделимы, как можно исключить эмоции из терапевтической практики?

Эмоции могут способствовать принятию решений, будучи важным средством понимания клиентов и общения с ними [King, 1998]. Первичные эмоции являются универсальным средством общения. Они возникают без сознательного контроля и зависимости от слов. Младенцам не нужны слова, чтобы выразить удивление, обиду или голод. Между клиентами и терапевтами в комнате существует невыраженная эмоциональная связь, которая не передается терапевтам за зеркалом.

Хотя мы обычно разговариваем с клиентами на уровне эмоций, которые усовершенствовались в результате физического и умственного взросления и социализации, привлечение их внимания к тому, что Стив Гиллиган [Gilligan, 1997] называет “неразрушимым слабым местом в основе каждого человека”, может упростить поиск решений. Один из способов сделать это — создать эмоциональный климат, обеспечивающий безопасность [Sullivan, 1956]. Другой способ — использовать собственные интуицию и чувства, чтобы помочь клиентам осознать свои чувства, чтобы они могли использовать их, а также свои рассуждения для поиска решений. Конечно, бывает и по-другому. Клиентов, которые только испытывают эмоции, необходимо научить рассуждать. Клиентам, чье поведение выходит из-под контроля, нужно помочь чувствовать и рассуждать. Полноценная жизнь невозможна без эмоций, и поэтому их необходимо включать в решения, направленные на улучшение качества жизни.

## ГЛАВА 5

# Процесс уточнения целей

Несколько лет назад на первом сеансе я всегда задавала вопрос: “Как вы узнаете, что ваш приход сюда оказался полезным?” или “Если бы вы вернулись на следующей неделе и сказали мне, что заметили небольшое изменение к лучшему, что бы это было?” Я выбирала эти вопросы, чтобы сосредоточить внимание клиентов на целях терапии. Ответы на них позволяют понять, куда они хотели бы двигаться. Я также считала, что эти вопросы уведут клиентов от разговоров о проблемах. Ответы были разными, но они приводили к быстрым решениям лишь в редких случаях.

Около 10 лет назад я перестала использовать эти вводные вопросы из-за того, что узнала из проведенного мной семинара. Участники беседовали друг с другом в небольших группах, и один мужчина впоследствии рассказал, что почувствовал злость, когда его “терапевт” задал ему первый из двух вышеупомянутых вопросов. Он сказал, что хотел рассказать свою историю, но вопрос помешал ему это сделать. Последующее групповое обсуждение заставило меня осознать, что такие ориентированные на будущее вопросы закладывают основу для терапии, лишая клиента выбора. Это нехороший вариант ОРКТ. Вопрос не в том, когда определять цели терапии, а в том, чтобы эти цели как можно точнее отражали то, чего клиенты ожидают от терапии.

В данной главе прояснение целей рассматривается как непрерывный процесс, в отличие от общепринятого мнения, что конкретные цели должны быть определены в поведенческих терминах на первой сессии, если это вообще возможно [Berg & Miller, 1992; de Shazer, 1985, 1991a; Durrant, 1993; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989; Walter & Peller, 1992]. Представленные идеи применимы только для клиентов, обратившихся самостоятельно. В главе 10 речь идет о работе с недобровольными клиентами.

## Цели и решения

Если исходить из предположения, что *проблемы необязательно имеют какое-либо отношение к решениям*, то, следовательно, проблемы необязательно связаны с целями. Клиенты обычно приходят на терапию с определенной целью, но эта цель может не быть решением. Решением будет то, что, по мнению клиентов, сделает их ситуацию менее проблемной или совсем не проблемной в конкретный момент времени.

Цели обычно понимаются клиентами в терминах “или — или”, т.е. проблема — это когда “все плохо”, а решение — это когда “все хорошо”. “Я никогда больше не буду злиться” или “Мы всегда будем счастливой семьей” — обычные, но нереалистичные целевые ожидания. Подобные мысли также являются плохой предпосылкой для стабильности психического здоровья и могут оказаться трудными для достижения, хотя все, что нам нужно, чтобы найти подходящее решение, — это относительно небольшое изменение. Это различие похоже на различие между двумя оттенками серого.

Решения — это конечный продукт процесса открытий. Они могут быть далеки от того, что клиенты считали своей целью, когда начинали терапию. Исходя из этого, “уточнение целей” лучше рассматривать как постоянный мониторинг и переоценку во время терапии того, каким клиенты хотят видеть результат. Совсем недавно Уолтер и Пеллер [Walter & Peller, 1996] описали это как процесс развития смысла и назвали данный процесс “постановка цели”.

## Задача уточнения целей

Убеждение в том, что цель должна быть определена к концу первого сеанса, подкрепляется предоставляющими медицинские услуги компаниями, которые требуют конкретных доказательств того, что терапевты используют свое время эффективно. Эта концепция также полезна для обеспечения качества исследований. Действительно, очень важно помочь клиентам определить, чего они ожидают от терапии, особенно для такого прагматичного и целенаправленного подхода, как ОРКТ. Однако не следует понимать эту задачу слишком буквально, иначе целью терапевта станет она, а не потребности клиента в данный момент. Спешка с определением целей может оказать неоправданное давление на терапевтов и клиентов и

привести к плохим формулировкам, что, в свою очередь, приведет к тупиковому разговору. Более того, это может нанести ущерб эмоциональному климату в отношениях между терапевтом и клиентом.

“Определение цели” предполагает линейность, точность и опору на когнитивный процесс. Оно подразумевает использование структуры, подобной структуре протокола. Одни клиенты способны определить четкую поведенческую цель в начале терапии, которая остается неизменной до ее окончания. Другие же слишком эмоционально перегружены, чтобы сделать что-то большее, чем просто описать некоторые “жалобы” [de Shazer, 1985, pp. 31–32]. Эти жалобы обычно более расплывчаты или абстрактны, чем то, что в конечном итоге определяется как проблема. Чаще всего жалобы пересматриваются в ходе терапевтического процесса до тех пор, пока клиент не поймет, в чем заключается проблема. Четкое понимание проблемы обычно помогает определить цель или то, что будет решением проблемы.

## Уточнение целей: процесс

Чтобы помочь клиентам понять, чего они хотят от терапии, нужны время и терпение. *Краткосрочная терапия проходит медленно.* Эта идея помогает сохранять гибкий подход, слышать, что нам говорят, не слушая намеренно, а также уточнять и спрашивать значения слов только при необходимости.

Представьте себе такой сценарий. Вам нужна новая одежда, которую можно надеть на работу или по конкретному случаю. Вы обдумываете ее варианты и определяетесь со стилем и цветом. Например, если вы женщина, вы можете выбрать красное платье. Вы идете в магазин и ищете товар, соответствующий этому описанию. Вам подойдет первый же товар, который вы найдете, и вы его купите. Это возможно, но маловероятно, особенно для женщины. Большинство людей примеряют несколько предметов одежды, которые могут соответствовать их потребностям, и, если им везет, они находят тот, который им нравится. Чаще всего, просматривая полки в магазине, они выбирают одежду другого цвета или стиля, чем тот, который, по их мнению, им был нужен. Женщина, которая думала, что ей нужно красное платье, может в конечном итоге решить, что ей больше подходит черный брючный костюм. Опыт шоппинга демонстрирует, что существуют варианты, которые не могут быть сформулированы заранее.



Описанный процесс аналогичен тому, через который проходят наши клиенты. Их воображаемые цели могут измениться, когда им предложат обдумать их с разных точек зрения. Взаимодействие с терапевтом должно предоставить возможность сделать это.

“Уточнение целей” — это процесс, который начинается на первом сеансе и может продолжаться до завершения терапии. Он требует постоянного мониторинга, чтобы быть уверенными, что мы находимся на том же пути, что и наши клиенты [Walter & Peller, 1994]. Существуют вопросы, которые в рамках этого процесса независимо от этапа терапии запрашиваются автоматически.

1. Как вы думаете, в чем заключается проблема (сейчас)?
2. Как вы узнаете, что проблема решена?
3. Как вы поймете, что вам больше не придется сюда приходить? По каким признакам это будет заметно?
4. Что должно измениться, чтобы это произошло, с точки зрения вашего поведения, мыслей и чувств?
5. Что вы заметите особенного в других участниках ситуации?
6. Какова ваша самая смелая фантазия о том, чего вы хотите?

Любая версия чудесного вопроса хорошо помогает прояснить и ситуацию с целями.

После того как будет достигнуто соглашение о направлении, мы сможем использовать шкалирующие вопросы для отслеживания прогресса в приближении к решению.

Причина, по которой в ОРКТ так важно помогать клиентам в прояснении их целей, заключается в следующем: пока клиенты не поймут, чего они действительно хотят, они не смогут найти решение. Это связано с тем, что каждый клиент уникален и терапевты не могут изменить клиентов, клиенты изменяются только сами, и только они сами могут знать, когда придет это время.

Например, в начале сеанса пара может сказать, что их цель — более активная половая жизнь. Формулировка решения, основанного на этой цели, без обсуждения контекста, в котором происходят сексуальные отношения, может сработать, если пара готова к большей близости. Однако, учитывая предположение о том, что ОРКТ проходит медленно, стоит сначала потратить время на изучение контекста их сексуальных отношений.

Это исследование может дать дополнительную информацию, например отсутствие достаточной степени доверия. Если бы клиенты пересмотрели свою цель и начали работать над повышением доверия, у них могло бы быть больше шансов на успешное решение, чем если бы они продолжали работать над более активной сексуальной жизнью, потому что небольшие шаги к укреплению доверия представляют гораздо меньший риск, чем шаги к сексуальной близости. Повышенное доверие в любом случае приведет к более активной сексуальной жизни. Оказывается, что непрямой путь к решению может привести к нему быстрее. Роль терапевта, ориентированного на решение, — облегчить процесс самосознания клиентов, чтобы терапевтические вмешательства помогли им как можно быстрее найти подходящее решение.

## Цели и эмоции

Эмоции являются частью языка, поэтому их следует учитывать при прояснении целей. Например, Джонатан описал причину своего прихода на терапию так: “Я хочу быть более решительным”. Он пояснил ее с точки зрения поведения: “Я не буду подвергать сомнению свои решения и выбор, как только кто-то их начнет оспаривать, а буду действовать по своему усмотрению”. Терапевт отразил эмоциональную сторону этого описания: “Значит, вы хотите сказать, что не будете бояться принимать собственные решения?” Лицо Джонатана просветлело: “Да, именно, вот что мне нужно!” Теперь, учитывая, что Джонатан — человек, который любит доставлять удовольствие другим, терапевту пришлось быть осторожным, чтобы Джонатан не реагировал положительно на эмоциональное отражение, потому что оно исходило от терапевта. Пришлось попросить Джонатана принять решение — сформулировать свою цель. Должна ли речь идти о решительных действиях или о том, чтобы не бояться? Эти описания явно связаны, но Джонатану пришлось уточнить для себя, какое из них лучше. В данном случае просьба о разъяснениях была хорошей практикой для принятия решения, а также повышала вероятность того, что путь к решению будет гладким.

Обсуждение необходимости “уточнить”, а не “переопределить” цели также могут оказать благоприятное влияние на клиентов, которые не достигают прогресса. Клиентов гораздо меньше раздражают предположение, что то, чего они хотят от терапии, изменилось, и вопрос “Что вам

больше подходит сейчас?” или “На чем вы предпочитаете сосредоточиться сейчас?”, чем намек на то, что должно произойти изменение. Намек клиенты могут истолковать как то, что они поставили неправильную цель. Ощущение, что они допустили ошибку, может вызвать у них чувство стыда, которое нарушает эмоциональный климат.

Некоторые клиенты боятся перемен, даже если приходят на терапию ради них. Этот страх обычно проявляется в отсутствии улучшений, в ощущении отсутствия прогресса, хотя некоторые изменения все-таки произошли, или в рецидиве ухудшений. Клиенты, которые неоднозначно относятся к переменам, склонны указывать на них, прямо или косвенно, выражая негативные чувства по отношению к себе, терапевту или терапии. Опять же, учитывая их эмоциональное состояние, гораздо безопаснее выяснить, чего они хотят от терапии, чем говорить о переопределении целей. Даже мягкий вопрос, такой как “Мне интересно, полезно ли было бы проверить цели, которые вы определили ранее?”, может нести риск — вызвать у клиентов чувство стыда. Разъяснение в рамках продолжающегося разговора обеспечивает большую безопасность.

## Случай из практики: Мэрилин

Следующий случай терапии, продолжавшейся в течение пяти сеансов (3 месяца), иллюстрирует мою точку зрения о прояснении целей как о процессе, а не как о задаче. Здесь также освещаются решения терапевта, рассмотренные в предыдущих главах.

Мэрилин — 30-летняя женщина, белая, замужем, имеет 19-месячного ребенка. Она работала неполный рабочий день в банке. Это была приятная на вид женщина, вес которой можно было бы назвать верхней границей нормы таблицы веса для ее роста, но не полной. Пять лет назад, сразу после свадьбы, Мэрилин прошла шесть сеансов терапии, чтобы разобраться в отношениях с отцом. Этому любящему, но властному мужчине было трудно разделить своего единственного ребенка с ее мужем, и он необоснованно требовал, чтобы ему уделяли много времени и внимания. Решение, которое нашла Мэрилин, заключалось в том, чтобы выбрать, как уделять ему внимание, а не вообще избегать его внимания.

Мэрилин сказала, что вернулась к терапии с целью “вылечить расстройство пищевого поведения”. Подводя итоги последних 5 лет, она сообщила, что гордится тем, что с ее отцом дела по-прежнему идут хорошо. Она пе-

рестала пытаться его изменить и приняла таким, какой он есть. “Он до сих пор то тут, то там делает комментарии, которые я просто игнорирую”, — сказала она.

Мэрилин тревожно описала свою нынешнюю проблему следующим образом.

**Мэрилин.** У меня всю жизнь были проблемы с весом, и я все больше и больше теряю над ним контроль. Знаете, я набираю все больше и больше веса, и мне просто кажется, что есть какая-то причина, по которой я не могу контролировать свои пищевые привычки.

**Терапевт.** Было ли время, когда вы могли это делать?

**Мэрилин.** Когда я придерживалась программы похудения Weight Watchers. На тот момент я похудела на 13 кг, но постепенно просто вернулась к старым привычкам... Я не знаю... Моя цель не в том, чтобы похудеть так, как раньше. Знаете, в программе Weight Watchers заставляют все взвешивать и измерять. Съесть одну чайную ложку джема вместо двух — это не то. Не то, что я хочу делать. Проблема в переедании. *(Это первое заявление Мэрилин о том, чего она хочет.)*

**Терапевт.** Верно... верно... И как часто вы переедаете?

**Мэрилин.** Ежедневно.

**Терапевт.** Как именно это происходит?

**Мэрилин.** Я ищу еду в шкафу и в холодильнике. И ем все, что нахожу. Если я ничего не нахожу, я иду в подвал, где мы храним запасы, чтобы найти крекеры или что-нибудь еще.

**Терапевт.** *(В целях повышения осознанности я спросила Мэрилин, что для нее значит такое поведение.)* Как вы объясните себе такое поведение?

**Мэрилин.** Это старая история еще с начальной школы или младшей средней школы.

**Терапевт.** О, действительно. И это происходит ежедневно?

**Мэрилин.** Время от времени, когда я сажусь на диету... на какое-то время... это прекращается... Но в целом да. Я пытаюсь это проанализировать, и это просто... Я не знаю... Это необязательно при-

знак депрессии. Я не могу связать это с той или иной эмоцией. Я просто не могу это объяснить.

**Терапевт.** Наверное, это уже вошло в привычку. *(Я уловила слово, которое Мэрилин употребила несколько раз.)*

**Мэрилин.** Да, и это так иррационально. Пока я так ем, я думаю: “Это просто смешно”, и тогда у меня начинается депрессия.

**Терапевт.** То есть это прекращается, только когда вы решаете сесть на диету?

**Мэрилин.** Да. Когда я проходила программу Weight Watchers, это было самое долгое время, наверное, четыре месяца, но затем я постепенно возвратилась к прежнему. Но сейчас все хуже, чем когда-либо.

**Терапевт.** Что думает Джим? *(Расширяя контекст точки зрения Мэрилин.)*

**Мэрилин.** Он... Знаете, я плачу и говорю, что мне нужно взять себя в руки... И когда я сажусь на диету, он думает, что это хорошая идея. Но он всегда думает, что мне не удастся поддерживать ограничения в питании. Я люблю жирную пищу. Я никогда не придерживаюсь диеты слишком долго.

Далее Мэрилин рассказала, что начала искать еду, как только муж ушел на работу, а затем ела около часа. Думала ли она, что это как-то связано с его отсутствием? Она не знала. Что она ела? Ей нравятся ливерная колбаса, всевозможные крекеры, снеки, арахисовое масло, которое она ест из банки, как мороженое. Недавно она поймала себя на том, что ест холодную еду из холодильника, оставшуюся после ужина.

Мэрилин рассказала, что всегда ела перед телевизором на кухне. Будучи занятой, она ела меньше, но часто чувствовала себя “слишком ленивой”, чтобы чем-то заняться, и оставалась перед телевизором. Когда она заметила, что ленится, то разозлилась на себя и начала есть. В выходные дела обстояли лучше, хотя Мэрилин сказала, что ест даже тогда, когда муж дома. Расширение темы о “занятости как решении проблемы” ни к чему не привело.

Мой внутренний трек в рамках двойственного мышления регистрировал то, что происходило с Мэрилин. Она говорила, что стремится к переменам, но отвергала все возможности для этого. Старая игра в “Да, но”! Она продолжала выражать гнев на себя. Я почувствовала дискомфорт и

поняла, что разговор становится слишком негативным, поэтому задала чудесный вопрос, чтобы сосредоточиться на лучшем будущем.

**Мэрилин.** Если бы случилось чудо, я, наверное, съела бы немного чипсов... Вредная еда, попкорн... Холодную еду из холодильника я точно не стала бы есть. Я могла бы себя контролировать.

**Терапевт.** В каком проценте случаев вы теряете контроль?

**Мэрилин.** В 90%.

**Терапевт.** Как вы думаете, какой уровень контроля вам придется обрести, чтобы чувствовать себя комфортно?

**Мэрилин.** По крайней мере 75–80% контроля.

**Терапевт.** Хорошо... Но это произойдет не сразу. 90% отсутствия контроля, а 75% — под контролем... Это большой скачок. Как будут выглядеть изменения к лучшему, например на 5%?

**Мэрилин.** Я заканчиваю есть раньше, и пусть будет один или два дня, когда я не перепадаю... Скажем, в течение пяти дней у меня будет на пару эпизодов меньше... Что-то вроде того...

**Терапевт.** Как вы думаете, что для вас проще: остановиться раньше или устранить некоторые случаи переедания? *(Этот вопрос расширил выбор вариантов и снял некоторое эмоциональное напряжение.)*

**Мэрилин.** Наверное, исключить один случай или хотя бы заменить его легким перекусом вместо переедания, позволяя себе немного, но не позволяя выйти из-под контроля.

**Терапевт.** Итак, когда вы выберете, сколько и что есть, и когда это произойдет, что, по вашему мнению, вам придется делать, чтобы придерживаться этого и не чувствовать неудовлетворенности?

**Мэрилин.** Наверное, займусь каким-нибудь делом.

**Терапевт.** Каким, например?

Мы вернулись к изучению идеи Мэрилин “делать что-нибудь” вместо еды, но она снова переключилась на унижение себя. Все люди, с которыми она работала, стройные и соблюдают диету, и она боялась, что они все думают о ней как о человеке, которому не хватает контроля. Становилось ясно, что Мэрилин не готова работать над решением. С другой стороны,

я хотела избежать дальнейшего самоуничтожения, поэтому задала вопрос, который может быть полезным. Я могла бы вернуться к чудесному вопросу, но вместо этого выбрала вопрос о преимуществах. Цель вопроса о преимуществах — стимулировать мышление “и то и другое”, поскольку он предлагает клиентам задуматься о том, что положительного есть в отрицательном.

**Терапевт.** Я знаю, что этот вопрос может показаться вам странным. Я хочу, чтобы вы осознали, что я чувствую ваше напряжение и беспокойство, но в чем, по вашему мнению, преимущество этой проблемы?

**Мэрилин.** Это хороший вопрос. Ну, я обнаружила, что не хожу с знакомыми, скажем, в ресторан. Возможно, я использую это как предлог. Я не знаю.

**Терапевт.** Почему вам хотелось бы этого избежать?

**Мэрилин.** Потому что я чувствую себя толстой.

**Терапевт.** Что-нибудь еще?

**Мэрилин.** Я могу есть столько, сколько хочу, и не думать об этом. Это экономит много энергии.

**Терапевт.** Как вы можете иметь эти преимущества, не имея проблемы, ради которой пришли?

**Мэрилин.** Хм-м-м... Я думаю, нужно перестать бороться самой с собой.

**Терапевт.** Бороться с собой?

**Мэрилин.** О, знаете, я говорю себе, что мне не следует есть так много, но все равно хочу.

**Терапевт.** Это то, что происходит, когда вы переедаете?

**Мэрилин.** Да, это действительно проблема: злиться на себя за то, что хочешь есть. *(Она еще раз переопределила свою проблему.)*

Мэрилин представляла свою проблему по-разному: расстройство пищевого поведения, переедание, вредная привычка, выход из-под контроля и злость на себя. Все это, казалось, сводилось к тому, что она тем больше злилась на себя, чем меньше себя контролировала. Поскольку ее решение в отношениях с отцом заключалось в обретении контроля, я снова обратилась к этому ресурсу.

**Терапевт.** Как вы думаете, что изменилось для вас, когда вы пришли ко мне после свадьбы, по поводу вашего отца?

**Мэрилин.** Я помню... Ох... Вы спросили, какие у меня есть варианты, как поступить с отцом, но я никогда об этом не задумывалась. Одним из них было оборвать контакты с родителями. Я этого не хотела. Вы заставили меня задуматься о том, как я хочу подойти к этому, и просто задали мне вопросы, которые привели меня к новым идеям.

**Терапевт.** Какие у вас сейчас варианты?

**Мэрилин.** Либо принимать вещи такими, какие они есть, либо брать их под контроль.

**Терапевт.** Есть ли еще варианты между этими двумя крайними?

Мэрилин решила, что изменения начнутся, когда она перестанет есть арахисовое масло из банки или мороженое из коробки. Но она еще раз подчеркнула, что не хочет отказываться от удовольствия поесть и не хочет, чтобы вокруг этого была жесткая структура. Формулируя итоговое послание и задание, я считала, что они должны касаться борьбы Мэрилин между контролем и зависимостью. Таким образом, в послании отражалось мое понимание ее проблем с контролем, а также было предложено что-то конкретное, о чем она могла бы подумать.

**Терапевт.** (*Итоговое послание.*) Вы сказали сегодня, что хотите разобратся с привычкой, которая есть у вас со школьной скамьи... Вы боретесь сама с собой из-за того, что едите то, что хотите, и столько, сколько хотите, и что это беспокоит вас не только из-за того, как вы относитесь к себе, но и из-за того, что о вас могут подумать. Вы считаете, что в данный момент вам нужно индивидуальное внимание, чтобы взять под контроль эту проблему, а не групповая программа, и что вам не нужен очень структурированный режим питания, который вы не сможете соблюдать. Ваш муж, кажется, отказывается поддерживать вашу борьбу и пытается убедить вас принять себя такой, какая вы есть. Также вы говорили, что вам удалось сохранять контроль над своими отношениями с отцом в течение последних пяти лет и что в этом вам помогло обдумывание вариантов. Мой ответ таков: именно ваше решение имеет смысл, потому



что вы — тот человек, который, когда решает что-то сделать, делает это. Если вы выбрали для этого конкретное время, то на это должна быть веская причина. Вы хорошо понимаете, что вам подходит, а что нет, и поскольку обдумывание вариантов помогало вам раньше, это может сработать и сейчас.

**Мэрилин.** Может быть, это нереально — желать, чтобы это произошло просто так.

**Терапевт.** Возможно. Вам может потребоваться некоторое время, чтобы понять, как лучше всего перестать злиться на себя и получить необходимый уровень контроля. Я не уверена, но, возможно, было бы полезно подумать о том, какой тип перекуса вы хотите делать, в какое время и какие у вас есть варианты, чтобы занять себя. Возможно, вы даже захотите попробовать утром выбрать, чем перекусить и чем заняться в этот день, и посмотреть, понравится вам это или нет.

**Мэрилин.** Хорошо, я сделаю это. Я просто хочу достичь своего веса до беременности и взять себя в руки.

Теперь Мэрилин упомянула еще одну возможную цель — похудение, что противоречило тому, что она говорила раньше.

### *Вторая сессия (2 недели спустя)*

**Терапевт.** Итак, что же произошло такого, что, как вы хотите, должно продолжаться?

**Мэрилин.** Это было тяжело, очень тяжело... Иногда я задаюсь вопросом, возможно ли это вообще. В первую неделю я перепробовала все варианты, спланировала и все записала. Затем, на второй неделе, я сделала это устно... и уже не так хорошо.

**Терапевт.** Расскажите мне о первой неделе и о том, что сработало.

Я подробно расспросила ее и узнала, что она перестала есть арахисовое масло и мороженое и заменила жирные крекеры соленой пищей. Ей не понравился мой энтузиазм по поводу этих изменений, и она охарактеризовала свой успех так: “Ну, в некоторые дни это работало, а в некоторые — нет”. Я спросила: “Но означает ли это, что в целом за последние 2 недели вы ели меньше, чем раньше?” Она ответила: “О, конечно, в целом гораздо

меньше, но я также компенсирую меньшее количество еды в одной области перееданием в другой". Реакция Мэрилин на очевидные перемены к лучшему сигнализировала о том, что она действительно не была готова принять решение, и мне пришлось попытаться каким-то другим способом вызвать некоторую мотивацию.

**Терапевт.** Наверное, мне сейчас не совсем понятно, на чем, по вашему мнению, было бы полезнее сосредоточиться.

**Мэрилин.** Может быть... не знаю... Было несколько дней, когда я вообще не перекусывала. *(Обратите внимание: когда я перестала оспаривать ее позицию, она стала более позитивной.)*

**Терапевт.** Что вы сделали вместо этого?

**Мэрилин.** Ну, среда была таким днем. Это дало мне повод.

**Терапевт.** Что вы сделали вместо этого?

**Мэрилин.** О, я все это записала и нашла чем заняться по дому. *(Сердито.)* Если я могу это сделать один день или два, почему я не могу это просто сделать?

**Терапевт.** Похоже, вы злитесь на себя.

**Мэрилин.** Да. Весь вопрос в контроле. Я знаю, что у других людей тоже есть эта проблема, но посмотрите на всех моих друзей. Им даже не нужно об этом думать. Почему им можно, а мне нельзя?

Я осознала, что испытываю некоторое разочарование Мэрилин, и вспомнила, что не могу изменить клиентов; они могут измениться только сами. Следовательно, я стала принимать позицию Мэрилин в этот момент и просто отражала ее чувства, в то время как она выплескивала еще больше гнева на себя. Постепенно ее гнев уменьшился, и в конце сеанса Мэрилин сказала, что понимает, что должна научиться принимать себя.

**Терапевт.** *(Итоговое послание.)* Вы сказали сегодня, что понимаете, что на самом деле ваша цель прихода сюда — перестать злиться на себя из-за своих привычек в еде... и принять свое поведение и то, что, по вашему мнению, думают о нем другие. Вы пришли с надеждой получить немедленный контроль. Ваш муж сказал, что вы в порядке такая, какая вы есть, и вам следует принимать себя так, как он принимает вас, но вы думаете, что если вы

примете себя, то станете толстой. Мой ответ таков: вы, похоже, находитесь на правильном пути, работая над самопринятием. Вполне возможно, что чем больше вы боретесь сама с собой, тем меньше энергии вам понадобится, чтобы найти варианты, подходящие именно вам. Интересно, что вы думаете об изменении способа борьбы с собой? Например, в один день вы боретесь весь день, а на следующий день принимаете себя.

**Мэрилин.** Я не знаю, как я могла бы остановить это хотя бы на день.

**Терапевт.** Но вы сказали мне, что уже время от времени делали это.

**Мэрилин.** Не думаю, что смогу остановить внутренний спор.

**Терапевт.** Как вы делали это раньше?

**Мэрилин.** Ну, есть причины... Например, Великий пост или платные диетологи. Но я могла бы попробовать... Что я должна делать?

**Терапевт.** В тот день, когда вам не следует ссориться, каждый раз, когда вы испытываете внутреннюю борьбу, скажите себе, что вам нужно отложить ее на завтра, потому что сегодня вы можете делать все, что захотите. В последующие дни позволяйте себе бороться с собой при каждой возможности, потому что на следующий день вы не сможете этого сделать.

**Мэрилин.** Хорошо, я попробую. Итак, над чем я работаю? Я не знаю, отключится ли эта часть меня.

**Терапевт.** Вы бы отключили это или отложили?

**Мэрилин.** Думаю, для меня было бы лучше, если бы я делала это небольшими частями. Думаю, я позволила бы себе спорить с собой во второй половине дня и отказалась бы от споров ближе к концу дня, когда я уставшая и у меня осталось меньше энергии для продолжения этого спора. *(Всегда разрешайте клиентам изменять предложения. Они с большей вероятностью сделают это по-своему.)*

**Терапевт.** Любой способ, который, по вашему мнению, подойдет вам, будет хорош. Я просто предупреждаю вас, чтобы вы не ожидали слишком многого и слишком скоро.

### *Третья сессия (2 недели спустя)*

Мэрилин сообщила, что с точки зрения переедания ей стало лучше, но на самом деле она немного набрала вес и теперь хочет поработать над его снижением. Я была удивлена этим изменением, но не стала его комментировать ради сохранения эмоционального климата. По мере того как мы продолжали разговаривать, я заметила, что Мэрилин стала больше принимать себя и меньше сосредотачиваться на еде. Однако она уверяла, что изменения произошли из-за того, что ее муж стал больше находиться дома и что у нее вообще появилось больше дел. Она согласилась, что постепенно обретает контроль, но этого недостаточно. Когда Мэрилин пожаловалась, что у нее за всю жизнь выработалась привычка не поддерживать изменения и она никогда не сможет сохранить контроль, я напомнила ей о важном исключении — ситуации с ее отцом.

В итоговом послании я сравнила ее проблему с отцом с нынешней и предложила задание на основе ее прошлого решения. Мэрилин решила первую проблему, приняв во внимание свои нужды, а не критику отца. Я предложила аналогичный процесс сейчас: всякий раз, когда она заметит, что критикует себя, она должна спросить себя, может ли так думать о ней ее отец или другие или же она сама хочет так думать о себе.

### *Четвертая сессия (3 недели спустя)*

Первым комментарием Мэрилин было то, что она смогла немного меньше злиться на себя в течение предыдущих трех недель. Она сказала, что злилась половину времени, но это было “недостаточно хорошо”. Она также сообщила, что последовала совету, который я дала ей в конце последнего сеанса, и заметила, что у нее такое чувство, будто внутри нее живет бунтующий ребенок. Этот ребенок заставлял ее есть, потому что раньше он никогда не мог добиться своего. Это похоже на то, как будто ребенок говорит: “Это то, что я действительно хочу сделать, и никто не может меня останавливать”. Дальнейшее разъяснение проблемы побудило меня спросить Мэрилин, как она как компетентный взрослый хотела бы справиться с этим непослушным ребенком.

**Мэрилин.** Может быть, мне стоит просто сконцентрироваться на принятии себя.

**Терапевт.** Как вы могли одновременно есть с удовольствием и принимать себя?

**Мэрилин.** У меня не будет таких плохих чувств по отношению к себе. Я думаю, что они проявляются из-за проблем с питанием.

**Терапевт.** Это симптом вашего плохого самочувствия?

**Мэрилин.** Это моя ошибка, из-за которой я злюсь на себя больше всего.  
(Она продолжала переопределять проблему.)

**Терапевт.** Хорошо! Итак, если это то, чего вы хотите достичь здесь, как вы узнаете, что принимаете себя больше?

**Мэрилин.** Больше не испытывать к себе плохих чувств и не слышать фразы “У тебя нет контроля”.

**Терапевт.** Как вы научились принимать себя в других ситуациях?

**Мэрилин.** Я не знаю. Есть не так много других областей, в которых я себя не принимаю.

**Терапевт.** А как насчет ситуации с отцом?

**Мэрилин.** Я поняла, что я неплохая дочь; это была не моя проблема. Но эта ситуация касается только меня.

**Терапевт.** Итак, если бы вы думали о себе как о принимающем и критичном человеке, как вы привыкли думать о своем отце, как бы вы могли по-другому реагировать на себя?

**Мэрилин.** Я позволяю ему говорить то, что он хочет сказать, и буду делать то, что хочу.

**Терапевт.** И как это может означать критику ваших привычек в еде?

**Мэрилин.** Думаю, мне придется сказать этой части, чтобы она заткнулась.

**Терапевт.** Вы не так обращаетесь со своим отцом.

**Мэрилин.** Я игнорирую его.

**Терапевт.** Не могли бы вы сделать то же самое со своей критикой?

**Мэрилин.** Да, я думаю, именно это я и делала, даже не осознавая, что чувствую себя лучше. Я говорю, что это то, что я решила сделать прямо сейчас.

**Терапевт.** Через неделю после того как вы пришли сюда или позже?

**Мэрилин.** Всегда становится намного лучше сразу после того, как я схожу к вам.

**Терапевт.** Можете ли вы сказать, что по мере того, как мы работаем вместе, процент ваших действий увеличился? Насколько вы более терпимы сейчас, чем раньше?

**Мэрилин.** На 30–40% больше.

**Терапевт.** Вначале вы говорили, что с вами все в порядке только на 10%, а теперь это на 30–40% больше. Это на 50% лучше.

**Мэрилин.** Но теперь моя цель другая. Я пришла сюда для того, чтобы похудеть, но не более того. Моя одежда мне больше не подходила, поэтому я пошла и купила новую. Думаю, это знак принятия себя.

**Терапевт.** Замечательно, что вы так чувствуете. Супер!

**Мэрилин.** Я знаю, что могла бы сбросить четыре килограмма за три недели, если бы захотела, но я просто не хочу. Итак, я подумала... Ну... я куплю одежду, в которой чувствую себя привлекательной... Но затем мне стало интересно, не сорвусь ли я?

**Терапевт.** Что вы на это ответите?

**Мэрилин.** Вот такая я сейчас. Если я смогу принять себя такой, какая я есть сейчас, возможно, через год я стану стройнее... или произойдет что-то еще... Я хочу забеременеть. Я хочу перестать думать об этом так, будто это либо хорошо, либо плохо.

**Терапевт.** Как сейчас для вас изменился этот баланс?

**Мэрилин.** Мое отношение к еде изменилось, и я стала гораздо более терпимо относиться к своим привычкам в еде, но мое питание осталось прежним... Ну почти... иногда лучше, иногда хуже.

**Терапевт.** Как вы думаете, могли бы вы принять для себя разные решения в разное время?

**Мэрилин.** Хм-м-м... Вот где я застряла...

**Терапевт.** *(Итоговое послание.)* Вы сказали, что добиваетесь прогресса, но это не приносит вам результатов достаточно быстро. Вы также сказали, что теперь вам ясно, что ваша основная цель — принимать себя независимо от ваших привычек в еде. Мой ответ

таков: я думаю, что вы на правильном пути, но единственный способ принять себя — это на время перестать пытаться изменить себя и позволить быть тому, что происходит, остановиться и посмотреть, как все пойдет, когда вы просто позволяете этому случиться. Перестаньте пытаться изменить себя... может быть, на месяц или около того. Конечно, иногда к вам все равно будут возвращаться критические мысли. Некоторые люди справляются с ними, выделяя десять минут в день именно для этой цели, чтобы обдумать все критические мысли, которые приходят им в голову в течение оставшейся части дня. Некоторые люди находят полезным записать критические мысли, а затем порвать эти записи и выбросить. Я знаю, вы не любите записывать. Возможно, вы захотите найти сделать это по-другому. Посмотрите, что будет происходить!

### *Пятая сессия (5 недель спустя)*

Мэрилин сообщила, что чувствовала себя лучше во всем, потому что приняла себя и “смотрела как на хорошие, так и на плохие стороны”. Главное изменение заключалось в том, что она меньше боролась с собой. “Это такое облегчение, — сказала она. — Точно такое же, как когда я наконец-то перестала ссориться с отцом”. Я спросила, как это новое событие повлияло на ее повседневную жизнь, и она ответила, что это не позволяет ей впасть в депрессию.

**Терапевт.** Есть ли что-то общее между проблемой с отцом и проблемой с едой?

**Мэрилин.** Я думаю, да. Я определенно чувствовала, что у меня нет контроля, а у него есть. Как только я обрела контроль, я почувствовал облегчение.

**Терапевт.** Ваше поведение изменилось?

**Мэрилин.** Да, и это помогло.

**Терапевт.** Итак, теперь вы пришли к такому же выводу о еде, борьбе с самой собой и о злости на себя из-за отсутствия контроля.

**Мэрилин.** Да, я больше не борюсь с собой.

**Терапевт.** Правда?

**Мэрилин.** Да.

**Терапевт.** Через два года... через три года... Как изменение, которого вы достигли сейчас, повлияет на ваше питание в будущем?

**Мэрилин.** Надеюсь, я не буду бороться с собой или думать об этом. Если я позволю себе есть то, что хочу, я не буду есть больше. Поэтому я не думаю (если только мой метаболизм не изменится), что наберу намного больше веса, чем сейчас, и меня это устраивает.

В конце сеанса я попросила Мэрилин оценить разницу в ее принятии себя в отношении еды, и она ответила, что еда — это всего лишь часть общей картины, и в целом она чувствует, что контролирует ситуацию на 80–85% по сравнению с 25%, когда она пришла на терапию. В ответ на вопрос о ее том, сможет ли она сохранить эти изменения, Мэрилин сказала: “Я не уверена. Это так ново для меня”.

**Терапевт.** И вам придется работать над этим и продолжать прилагать усилия... Вы знаете, это нормально, когда самопринятие и уверенность в себе колеблются вверх и вниз... Это здорово — 85%, но потребуется время, чтобы это вошло в привычку. Итак, я подумала, что сделать, чтобы не чувствовать разочарования, если кажется, что вы снова не принимаете себя... Когда вы чувствуете некоторое “отставание”, подумайте о том, что вам сделать, чтобы наладить баланс между самопринятием и самоосуждением, вместо того чтобы позволять себе разрываться между всем негативным и только позитивным.

Мы с Мэрилин согласились, что она добилась своей цели и нам больше не придется встречаться. В итоговом послании были рассмотрены ее цели, ее достижения и ее новый подход к этой проблеме. Во всем этом важно изменение процесса по мере того, как Мэрилин продолжала уточнять содержание. За пять сеансов она перешла от цели “вылечить расстройство пищевого поведения” и гнева на себя к принятию себя. Связь на уровне процесса помогла ей прояснить свое мышление на уровне содержания.



## Цели принятия решений

Когда цель клиента состоит в том, чтобы сделать выбор между двумя или более вариантами, мы становимся проводниками в процессе решения проблемы. И нам необходимо внимательно слушать, чтобы помочь клиенту проанализировать эти варианты. Некоторые виды работы, например перечисление плюсов и минусов или расстановка приоритетов, можно предложить клиенту в качестве домашних заданий. Или можно попросить клиентов перечислить краткосрочные и долгосрочные преимущества и недостатки их вариантов.

Например, мужчина приходит на терапию, чтобы решить, оставить ли ему жену или простить ей короткий роман, о котором она сожалеет.

Краткосрочное преимущество: это спасает его достоинство, и он может причинить ей боль так же, как она причинила ему.

Долгосрочное преимущество: ему не придется беспокоиться о том, сможет ли он ей доверять.

Краткосрочный недостаток: вся его жизнь будет разрушена, и он потеряет того, к кому все еще испытывает глубокие чувства.

Долгосрочный недостаток: он может упустить возможность внести некоторые изменения в брак сейчас, которые могли бы улучшить его в будущем.

Цель — принять решение, каким бы оно ни было. Если клиент желает продолжать посещать терапевта после этого, необходимо будет определить новую проблему, основываясь на том, как клиент узнает, что терапия ему помогла.

В данном случае, если мужчина решает уйти от жены, могут возникнуть новые проблемы: как справиться с одиночеством, как пережить потерю, как общаться с детьми и т.п. Если его решение состоит в том, чтобы простить ее и работать над браком, они с женой, возможно, захотят пройти супружескую терапию, и им придется вместе определить проблему и цели терапии. Если жена не хочет терапии, а муж хочет, мужу придется определить свою проблему: как развить доверие и/или прощение. С другой стороны, клиент может уйти и не почувствовать необходимости в дальнейшей терапии. От терапии ему нужно принятие решения, после чего договор с терапевтом будет считаться выполненным. Если он чувствует

себя удовлетворенным этим решением, терапевт тоже должен быть удовлетворен. В ориентированной на решение терапии клиента не вынуждают приходить и клиенту не помогают преодолевать последствия ухода, если только он сам не определяет это как потребность.

Некоторые клиенты, принявшие решение, чувствуют необходимость принять его как можно быстрее. Срочность только усугубляет выбор решений “или — или”. На этом этапе лучшим вариантом будет время на сбор и изучение необходимой информации. Следовательно, нам следует попытаться замедлить работу клиентов или помочь им отложить решение на некоторое время, если это возможно. Чтобы достичь такого замедления, можно сказать, что нам нужно больше времени, чтобы лучше узнать ситуацию, или что, возможно, лучше отложить принятие решения, чтобы быть уверенным в его правильности.

Вспоминаю случай, когда женщина пришла на терапию, чтобы принять решение об уходе от партнера. В целом она оценила ситуацию на 7 баллов по 10-балльной шкале, но описала партнера как человека, который ставит детей от первого брака выше своих потребностей. Ей не терпелось принять решение, потому что она была утомлена попытками придумать, что делать. Я задавалась вопросом, согласится ли она отложить принятие решения на несколько недель, пока я помогу ей изучить его более глубоко. Казалось, она расслабилась и почувствовала облегчение. Затем я предположила, что, поскольку ей не нужно принимать решение сразу, она, возможно, захочет заметить, что ей нравится быть с ним, когда он инициирует свидание. На следующем сеансе она сообщила, что на этой неделе почувствовала себя более расслабленной. Две недели спустя она сообщила, что ее парень внезапно стал более чутким к ее потребностям и стал просить ее чаще видеться. Она отменила следующий сеанс и сказала, что дела идут настолько хорошо, что она решила остаться в отношениях.

Еще один полезный вопрос, который следует задавать клиентам, когда они не уверены в принятии решения: “Что вам нужно сделать сейчас (или решить сделать сейчас), чтобы, когда вы вспомните об этом (или оглянетесь назад), почувствовать себя хорошо в будущем?” Этот вопрос часто гораздо эффективнее чудесного вопроса, потому что некоторые люди не могут представить себе лучшее будущее, но каждый может вспомнить, как принимал неверные решения и какие чувства испытывал после.

## Клиент, цель которого — изменить чье-то поведение

Успешные решения требуют от клиентов ответственности за свое поведение, однако некоторые клиенты убеждены, что их проблема исчезнет, если изменится поведение кого-то другого. Типичным примером является родитель, который хочет, чтобы терапевт “исправил” его ребенка или партнера. Эта ситуация, как и другие, требует сотрудничества в первую очередь с клиентом.

Марджори пришла поговорить о своем несчастном 15-летнем браке с Фредом, которого она описала как эгоистичного, нечестного и безответственного в отношении денег. Марджори и Фред много работали и зарабатывали примерно одинаково, но в то время как Марджори отказывалась от многих вещей, которые ей хотелось купить, Фред баловал себя, покупая электронные игрушки, что разрушало их бюджет. Марджори попыталась решить эту проблему, настояв на том, чтобы Фред отдавал ей свою зарплату и просил у нее денег на расходы. Это решение, казалось, работало какое-то время, но теперь Марджори чувствовала, что Фред все больше отказывается сотрудничать и пытается саботировать ее планы. Он также перестал выполнять свои обязанности, например обслуживать машину и стричь газон. Недавно Марджори устроила юбилейную вечеринку для своих родителей, а Фред слишком много выпил и унижал ее в присутствии гостей. Марджори попросила Фреда пойти с ней на терапию, но он отказался.

Клиенты также должны понимать, что терапевты не могут изменить клиентов, клиенты изменяются только сами. Когда терапевт спросил Марджори, как она узнает, что ей больше не придется приходить на терапию, она ответила, что поведение Фреда изменится. Была ли Марджори готова сделать что-то другое, чтобы это произошло? Ответ был: “Абсолютно нет”. Марджори сказала, что терапевт не мог предложить ничего такого, чего бы она не пробовала делать сама. Она пыталась вежливо просить Фреда не выходить за рамки их бюджета; у нее были приступы гнева; она просила мать Фреда поговорить с ним об их ситуации; она пробовала разговаривать, когда он был в спокойном, романтическом настроении; она пыталась отказаться от близости с ним. Ничто из этого не привело к изменению ситуации. Ей нужна была профессиональная помощь. Терапевт сначала попытался помочь клиентке переопределить проблему и самостоятельно предпринять что-то другое. Он задавался вопросом, вносил ли Фред

когда-нибудь изменения в свою жизнь по отношению к ней или к другим. Марджори подумала над этим некоторое время, а затем сказала, что, по ее мнению, он перестал опаздывать на работу, потому что ему угрожали увольнением. Думала ли Марджори, что Фред изменится, если поверит, что она его бросит? Марджори тут же ответила, что никогда не оставит Фреда. Это противоречило ее религиозным убеждениям, и даже если бы это было не так, в Висконсине действует закон о разводе, связанный с совместной собственностью, а она не хотела делить накопленное имущество.

Какие есть варианты в подобных ситуациях? Самый полезный подход — быть честными и сказать клиенту, что мы никого не можем изменить. Все, что мы можем реально предложить, — это рассмотрение вариантов. Одним из них может быть то, как лучше выйти из сложившейся ситуации. Марджори не удовлетворил такой ответ, и она решила прекратить терапию. Однако это не означает, что позиция терапевта не служила вмешательством. Некоторые клиенты решают искать выход самостоятельно, когда видят, что терапевты не могут им помочь.

## Резюме

На первый взгляд, разговоры об “уточнении целей”, а не об “определении целей” кажутся пустяками. Что такого особенного в том, чтобы смотреть на вопросы, определяющие цель, как на процесс, а не как на задачу? Разница главным образом заключается в значении, которое влияет на взаимодействие терапевта и клиента. Воспринимая их как “процесс”, а не как “задачу”, можно держать свой разум открытым для возможностей быть в контакте с клиентом. Это помогает видеть, где находится клиент, вместо того чтобы предполагать, что он находится в месте, определенном ранее. Вера в то, что цель “определена”, может сдерживать и заводить в тупик.

На каждом этапе ОРКТ необходимо понимать, каковы цели клиентов в терапии. Только они могут точно знать, как они поймут, что терапия больше не нужна. И только они могут быть источником своей способности и готовности достичь этой точки. Поэтому терапевтам полезно оставаться терпеливыми, гибкими и любопытными [Cecchin, 1987] на протяжении всего процесса.

Вопрос о том, чего хотят клиенты и готовы ли они этого достичь, является важной частью итогового послания и домашних заданий, которым посвящена глава 7.

## ГЛАВА 6

Визуализация и наблюдение

# Команда за зеркалом и перерыв в консультации

Визуализация и наблюдение

**"К**оманды наблюдателей чаще всего используются стратегическими, структурными терапевтами и последователями миланской школы" [Nichols & Schwartz, 1995, p. 51]. Вероятно, наилучшее описание их деятельности принадлежит самой миланской команде.

Мы все считаем, что постоянная супервизия со стороны двух коллег в наблюдательной комнате незаменима. Находясь в стороне от того, что происходит в терапевтическом кабинете, они не так легко втягиваются в игру и благодаря этому могут видеть вещи в перспективе, так сказать, глобально, как если бы они были зрителями, наблюдающими за футбольным матчем с трибуны. Слава на поле всегда лучше воспринимается наблюдателями, чем самими действующими лицами.

*Мара Сельвини Палаццоли [Selvini Palazzoli et al., 1978, p. 16]*

Том Андерсен [Andersen, 1991, 1995] представил вариацию концепции более тесно сотрудничающей команды — "рефлексивную команду". В этом случае клиенты наблюдают за командным обсуждением за зеркалом и позже дают свои комментарии.

Изначально зрители за односторонним зеркалом в Центре краткосрочной семейной терапии выступали в качестве сторонних наблюдателей, которые никогда не общались непосредственно с клиентами. Они помогали проводящему беседу терапевту подготовить резюме для клиента во время перерыва перед окончанием сессии, при этом не проявляя себя в послании. Клиентам сообщали о присутствии наблюдателей за зеркалом, но наблюдатели намеренно не идентифицировались.

Мы считали, что аура таинственности имеет определенную пользу. Ситуация изменилась, когда однажды клиент сам попросил обратной связи

от наблюдателей [Nunnally, de Shazer, Lipchik, & Berg, 1986] и возникший в результате этого обмен мнениями заставил нас понять, что прямая связь между клиентами и командой придает процессу дополнительное измерение. Теперь наблюдатели стали иногда обращаться из-за зеркала к терапевту или непосредственно к клиенту для того, чтобы задать вопросы или прокомментировать разговор. Эти вопросы и комментарии часто использовались для того, чтобы бросить клиенту вызов, поскольку этого не мог сделать сам ведущий беседу терапевт, чтобы не подвергнуть опасности альянс. Сельвини Палаццоли и ее группа [Selvini Palazzoli et al., 1978] в Милане, а также группа из Института Аккермана в Нью-Йорке [Papp, 1980] использовали команду таким же образом.

Терапевт в кабинете и наблюдатели за зеркалом по-разному воспринимают беседу. Эти разные впечатления дают более богатую информацию для осуществления терапевтической интервенции, что также может сократить сроки терапии. К сожалению, большинство частнопрактикующих терапевтов в США сегодня не располагают временем и персоналом для регулярного проведения командной работы, если она вообще проводится. В основном командная работа осуществляется в университетах и учебных заведениях в образовательных и исследовательских целях.

## Преимущества для терапевтов

Работа в команде и перерыв в конце сессии — мощные средства помощи клиентам. Такое сотрудничество интеллектуально и эмоционально поддерживает терапевта и может предотвратить выгорание. Однако перерыв ценен сам по себе, даже без команды. У тех из нас, кто привык делать перерывы, чтобы сформулировать итоговое послание и домашнее задание для клиента, обычно есть истории о случаях, когда мы решили отказаться от перерыва ради экономии времени. Вместо этого мы могли просто сделать паузу, быстро собраться с мыслями и предложить некоторую обратную связь и домашнее задание. В таких случаях позже, возможно во второй половине дня или по дороге домой, когда мы анализировали свой день, вдруг выяснялось, что мы не заметили что-то очевидное и, соответственно, не сказали об этом клиенту. К счастью, есть способ исправить такую ошибку, хотя это и требует некоторой дополнительной работы. Письмо клиенту, в котором мы делимся своими соображениями, имеет такое преимущество, как постоянство. Его можно читать и перечитывать. Оно полезно и

для альянса, поскольку дает клиенту понять, что терапевт думает о нем между сессиями.

Формулировать итоговое послание и домашнее задание очень сложно, будучи вовлеченным в разговор с клиентом. Для этого требуется переосмотреть, что клиент думает о своей проблеме и целях, что еще клиент говорил на этой и прошлых сессиях и какими были наши реакции. Конечно, иногда это удается, но обычно это происходит уже к концу терапии, когда все идет хорошо и остается только сказать: “Продолжайте делать то, что делаете”. Работа в команде позволяет решить эту задачу более эффективно.

Если команда недоступна, лучшей заменой может стать просто перерыв в сессии перед ее окончанием. Смена обстановки (из рабочего кабинета в другое место) переводит терапевта из состояния “делания” в состояние “наблюдения”. Это два разных состояния, которые в совокупности дают для понимания и взаимодействия с клиентами больше, чем сумма результатов использования данных состояний по отдельности.

## Преимущества для клиентов

Преимущества командной работы и перерыва в консультациях для клиентов очевидны. Клиенты получают “больше одной головы, работающей на них”, а также гарантию качества. Согласно эриксоновским пяти шагам наведения транса [Schmidt & Trenkle, 1985, p. 143], процесс ожидания, пока у терапевта перерыв, а затем выслушивание того, что предлагает команда, приносит клиентам пользу.

1. Повышается внимание к тому, что скажет терапевт после возвращения.
2. Когда послание терапевта выражает принятие и понимание, это приводит к расслаблению.
3. Предлагается другой взгляд на ситуацию, позволяющий удивить, расслабить и отвлечь клиента от проблемы.
4. Обеспечивается целостность за счет отражения клиентского языка и способа взаимодействия.
5. В трансподобном состоянии клиенты более восприимчивы к информации.

Клиенты обычно реагируют на этот процесс кивком головы или улыбкой в знак признания. Такая реакция является признаком состояния, называемого в гипнозе *последовательностью принятия* ("yes set") [de Shazer, 1982; Erickson & Rossi, 1979; Erickson et al., 1976]; другими словами, клиенты находятся в состоянии внимательности и согласия.

## **Знакомство с командой и сообщение о перерыве**

Большинство людей воспринимают терапию как приватное мероприятие. Они ожидают безопасную обстановку, в которой можно говорить о проблемах и выражать эмоции. Командный подход предполагает использование одностороннего зеркала или видеосвязи, что позволяет наблюдать за сессиями. Такая ситуация некоторыми клиентами может восприниматься как угрожающая и требует деликатности и умения ее представлять. Вероятно, решающим фактором для получения согласия клиентов на командную работу является то, как она преподносится. Презентовать подход нерешительно или в извиняющейся манере ни в коем случае нельзя. Такая презентация должна отражать гордость за возможность предоставить клиентам такую исключительную заботу. Если мы сами верим в эту методику, клиенты редко возражают против нее.

Мы используем этот метод, чтобы быть наиболее полезными для вас.

Вы получаете больше помощи, потому что одна голова — хорошо, а несколько — лучше.

Мы считаем, что так мы поможем вам быстрее.

Студенты, которые сами испытывают дискомфорт от того, что за ними наблюдают, обычно реже получают согласие клиента на групповой формат работы, поскольку, запрашивая его, транслируют собственный дискомфорт. Чем комфортнее терапевту в процессе, тем комфортнее и клиенту. Иногда клиенты говорят, что они не возражают против наблюдения, если только наблюдатели находятся в одном с ними кабинете во время сессии. Несмотря на то что это в некоторой степени противоречит принципу сторонних наблюдателей, лучше согласиться, так как это все равно предоставляет возможность увидеть разные точки зрения и способствует сохранению эмоционального климата.



Другие варианты получения разрешения на применение командного подхода таковы.

1. Объяснить клиентам суть командного подхода по телефону до того, как они придут на первую сессию.
2. Предоставить клиентам письменное описание командного подхода до входа в терапевтический кабинет. Это описание должно быть повторно рассмотрено после того, как клиент вошел в терапевтический кабинет.
3. Познакомить клиентов с членами команды и предложить задать им любые вопросы.

Я считаю, что клиенты должны иметь право принимать решение об участии команды наблюдателей. Однако все зависит от политики конкретного учреждения и команды: учитывается ли решение клиента или он будет перенаправлен в другое место в случае отказа. Это может быть несколько более спорный вопрос в частной практике, в которой большинство клиентов приходят по собственному желанию. Однако не должно быть отдельных стандартов для людей, направляемых на терапию. Реальность такова, что у них обычно меньше возможностей для выбора. Таким образом, “выбор без выбора”, скорее всего, делает клиента, получающего бесплатную или субсидируемую государством терапию в некоммерческом учреждении, более сговорчивым, чем частные клиенты. Это может быть справедливо и для тех, кто обращается за помощью в больницу или университетскую клинику, где командный подход является частью учебного протокола. Главное — необходимо помнить, что при любых обстоятельствах следует предлагать клиентам обсудить их несогласие и терпеливо объяснять преимущества командной работы.

## **Практические аспекты командной работы и перерыва**

Многие терапевты работают в сеттингах, в которых нецелесообразно делать перерыв. Они могут работать в учреждении, где нет необходимого пространства. Терапевтам, работающим на дому, может быть неудобно просить клиентов воспользоваться другой частью дома или покинуть комнату на некоторое время. В таком случае оптимальный вариант —

сформулировать итоговое послание и домашнее задание письменно и отправить его клиенту сразу после сессии.

Еще один момент — время. Сегодня, как никогда ранее, терапевты обязаны принимать как можно больше клиентов. Это требование часто не позволяет им сделать перерыв. Им необходимо 10 мин. между сессиями, чтобы написать заметки о ходе работы или освежить в памяти информацию о следующем клиенте. Они не хотят сокращать 45- или 50-минутную сессию до 35 мин., чтобы успеть сделать перерыв и прочитать сообщение. Я призвала бы терапевтов, которым некомфортно сокращать сессии, пересмотреть свое решение. Польза, которую получают клиенты от тщательно продуманного итогового послания и домашнего задания, может сильно превосходить пользу от дополнительных 10 мин. разговора.

Перерыв, в отличие от командного наблюдения, не должен предлагаться на выбор. Он должен быть введен в начале терапии, в рутинной, профессиональной манере, как информация о том, чего клиент может ожидать от терапии. Клиенты обычно реагируют положительно, поскольку перерыв предполагает, что им будет уделено повышенное внимание.

Ниже приведен пример, как можно анонсировать перерыв.

Я хочу сообщить вам, что ближе к концу сессии я сделаю небольшой перерыв, чтобы обдумать то, о чем мы сегодня говорили, и чтобы я мог подвести итоги и сказать вам, о чем я думаю или что я могу предложить.

## Процесс работы команды

Команда может состоять из одного или нескольких наблюдателей. Наиболее оптимальна группа до пяти человек, включая терапевта. Слишком большая группа может дать слишком много информации, которую невозможно кратко изложить в отведенное время. Функция группы, ориентированной на решение, заключается в том, чтобы наблюдать за ходом беседы и участвовать в ней с помощью телефонной связи или других средств, а также участвовать в обсуждении во время перерыва за зеркалом и в составлении послания для семьи.

Миланская команда использовала столько времени, сколько было необходимо для формулирования терапевтической интервенции [Тотт, 1984, р. 255], но большинство терапевтов, практикующих сегодня в США, ограничены 45–60-минутными сеансами. Можно рассматривать следую-

щие временные рамки: 35 мин. — на интервью, 10 мин. — на перерыв и остальное время — на изложение материала и получение обратной связи от клиентов. Те, кто может позволить себе роскошь выделить больше времени для встречи с семьей, по достоинству оценят преимущества работы в отсутствии столь жестких временных ограничений.

## Две точки зрения на клиентов

Опыт общения с клиентами лицом к лицу и из-за зеркала существенно различается. Любой, кому довелось стать ведущим консультацию терапевтом после работы в команде, подтвердит это. Нередко все неуважительные и оценочные мысли, которые были за зеркалом, исчезают при контакте лицом к лицу. Этот опыт позволяет предположить, что некоторые невербальные аспекты языка клиентов, позволяющие, возможно, установить связь на эмоциональном уровне, отсеиваются за зеркалом. Наблюдение из-за зеркала имеет то преимущество, что позволяет более спонтанно реагировать, чем может позволить себе терапевт, а также дает более независимую оценку процесса, особенно того, что происходит между клиентом и интервьюирующим терапевтом. Однако идеальным является сочетание двух точек зрения, и его невозможно достичь без команды.

Представьте себе, что терапевт и команда работают с парой, которая сообщает о постоянных скандалах. Терапевт, ведущий беседу, сотрудничает с ними, исследуя вместе с ними содержание и детали их скандалов. По мере того как они переходят от одного аспекта к другому, жена берет на себя определенную ответственность за свою роль в ссорах, и язык ее тела демонстрирует открытость, в то время как муж бесцеремонно обвиняет жену в этом, а его невербальная позиция показывает уклончивость. Команда за зеркалом интересуется процессом и по телефону задает вопрос, в котором супругам предлагается оценить свою приверженность отношениям по шкале от 1 до 10. Ответы на вопросы по шкале сместят фокус разговора с содержания на более глубокий вопрос об их приверженности отношениям. Таким образом, взгляд из-за зеркала, который позволяет оценить содержание и процесс с более независимой позиции, может способствовать прогрессу терапии.

Чтобы быть полезной, команда должна осознавать, как ее процессы зависят от процессов клиента. Я вспоминаю случай, когда пара пришла, потому что не могла принять решение о том, в каком из двух городов

лучше жить. Во время перерыва команда разбилась на два лагеря, которые спорили друг с другом о том, какое домашнее задание им дать, пока один из членов команды не указал на параллель между процессами клиентов и процессом работы команды.

Как только команда осознала, что она оказалась в ситуации, аналогичной ситуации пары, она сформулировала следующее послание.

Мы понимаем, что каждый из вас хочет идти своим путем, но вы также хотите, чтобы это нравилось вашему партнеру, и это сложная задача. Мы предлагаем вам пойти домой и подумать, что важнее, отношения или собственный путь? Обратите внимание, не откроет ли ваш ответ новые идеи для решения проблемы.

## Командная работа и эмоциональный климат

Поскольку важно, чтобы отношения между терапевтом и клиентом развивались на фоне безопасного эмоционального климата, это важно и для отношений внутри команды (будь то коллеги или супервизор и стажеры), а также с клиентами [Cantwell & Holmes, 1995]. Поэтому важно, чтобы члены команды за зеркалом с принятием относились как к мнениям друг друга, так и к разговору терапевта с клиентами. Предложения для терапевта лучше всего передавать с такими же уважением и деликатностью, как и предложения для клиентов. Благоприятный эмоциональный климат среди терапевтов будет способствовать терапии так же, как и конфликт между членами команды будет негативно на ней сказываться.

Звонки команды в терапевтический кабинет должны быть тщательно обдуманы и совершаться только для передачи важных посланий, чтобы не слишком мешать проведению консультации. Прерывание разговора иногда полезно, но это может мешать как клиентам, так и терапевтам. Лучше всего, если один человек за зеркалом передает все вопросы или комментарии. Эти послания должны быть максимально понятными и короткими, чтобы не запутать терапевта.

В больших группах обычно назначают одного участника для разговора с терапевтом во время перерыва. Другие члены группы предлагают свою информацию назначенному докладчику во время сессии или после нее в письменном виде.

Должен ли интервьюирующий терапевт повторять заданный вопрос дословно, или он свободен перефразировать его. Это должно быть об-

суждено заранее и может варьироваться в зависимости от квалификации участников терапевтической команды. Как правило, если терапевт является стажером, полезнее просить его повторить вопрос в том виде, в котором он был задан.

Звонки опытному терапевту — это скорее мини-консультации, и вопросы могут звучать следующим образом: “Я заметил, что вы упорно придерживаетесь содержания. Это происходит намеренно, или вы хотите обсудить вопрос борьбы за власть?”

Когда терапевт присоединяется к команде за зеркалом, ему всегда разрешают высказать свои впечатления первым. Мнение человека, который находился в эмоциональном поле клиента во время интервью, как правило, имеет несколько больший вес, чем мнение наблюдателей за зеркалом.

Брюнлин и Кейд [Breunlin & Cade, 1981] полагают, что терапевт сам решает, когда ему достаточно информации и хочет ли он дать послание клиенту своими словами или использовать прямые цитаты членов группы. Окончательное решение об использовании идеи или сообщения остается за терапевтом, поскольку именно он должен его передать и именно он может точнее всех оценить эмоциональный климат сессии.

Когда командный подход является стандартной процедурой для всех клиентов, необходимо заранее решить, имеет ли терапевт право принимать самостоятельные решения по данному случаю. Если клиент звонит терапевту с вопросом между сессиями, отвечает ли на него терапевт сразу или он должен проконсультироваться с командой, прежде чем ответить? Большинство команд предоставляют терапевту право отвечать на вопросы из практических соображений, а также потому, что состав команд не всегда стабилен. В некоторых случаях интервьюирующий терапевт может проконсультироваться с некоторыми или всеми членами команды по терапевтическим вопросам.

Например, клиентка может позвонить и сказать, что она только что узнала, что у ее женатого любовника есть интрижка с другой женщиной, и она так зла, что хочет позвонить его жене и рассказать ей о его романе с ней и другой женщиной. Клиентка хочет получить совет терапевта, делать это или нет. Ориентированный на решение терапевт не может с чистой совестью дать прямой ответ независимо от того, насколько он не одобряет то или иное действие. Его задача — помочь клиентке исследовать все аспекты данного действия, включая его моральную сторону, но отвечать за последствия принятого решения должна сама клиентка. Таким

образом, в подобных случаях терапевт, сказав, что проконсультируется с командой, дает клиентке еще некоторое время на обдумывание своего решения, а себе — время тщательно сформулировать послание. Например, он может использовать конфронтацию, при этом не ставя под угрозу свои отношения с клиенткой, сказав: «Половина команды считает понятным, что вы так разозлились и хотите отомстить, но вы должны быть уверены, что не будете об этом сожалеть. Другая половина команды считает, что «две ошибки не делают человека правым»». В целом решения о том, как поступать с межсессионными звонками, должны приниматься с учетом того, что необходимо сохранять эмоциональный климат в терапевтическом кабинете.

Глава 7 посвящена тому, что я называю «итоговое послание» и «задание».

~~~~~

3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041

\_\_\_\_\_

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1033-1036.

2. Вопрос, адресованный клиентам, о том, согласны ли они с таким откликом терапевтов, а также предложение клиентами корректировок, если они необходимы.
3. Еще один ответ терапевтов/команды, который включает новую информацию или другую точку зрения, а также предложение.

То, насколько успешно итоговое послание будет принято клиентом, в большой степени зависит от того, насколько наша формулировка соответствует восприятию ситуации самим клиентом.

Послание подойдет с большей вероятностью, если оно составлено на языке клиента и включает его метафоры. В контексте теории, представленной в главе 1, итоговое послание и задание могут рассматриваться как то, что нарушает (сдвигает) привычную внутреннюю организацию клиента, тем самым запуская процесс изменений, но не как интервенция, которая ведет к конкретным изменениям.

Лили и Том были одной из тех пар, которые обращаются за помощью, чтобы прекратить ссоры. Они питали любовь друг к другу и имели много общих интересов и целей, однако они много говорили о существенных различиях в управлении финансами, сексуальных отношениях, а также в их отношениях с родителями Лили (содержание). Пара выбрала финансы как первый вопрос, над которым нужно работать. По ходу сессии терапевт заметил, что каждый раз, когда один из партнеров выражал свое мнение, другой не соглашался с ним и смотрел на терапевта для получения подтверждения (процесс). Следуя идее о том, что итоговое послание должно быть сформулировано в соответствии с полученным содержанием, а также обращено к процессу, терапевт предложил паре следующую идею (рефрейминг) после того, как рассказал им все, что он услышал об их причинах обращения к терапии.

Часто люди много ссорятся не потому, что хотят добиться своего, а потому что борются за признание, которое хотят получить от самого важного человека в их жизни.

Предложение также было основано на следующем рефрейминге.

У меня есть предложение, над которым вы, возможно, захотите подумать до нашей следующей встречи. Как вы хотите, чтобы ваш партнер проявлял к вам уважение и любовь в области финансов? И как вы хотите то же самое демонстрировать ему?



Терапевты, ориентированные на решение, часто беспокоятся о том, чтобы сформулировать “правильное” послание. Однако невозможно знать наверняка, что такое правильное послание, предназначенное для конкретного клиента в конкретное время. Любое из сообщений может быть одинаково полезным, если оно соответствует тому, как клиент видит свою ситуацию. Лучшее, что мы можем сделать, разрабатывая формулировку итогового послания и задания, — использовать то, что мы поняли из сообщенного клиентом, в сочетании с нашими теоретическими предположениями, нашим опытом терапевтов, нашими общими знаниями о человеческом поведении и нашей интуицией. Эффективное итоговое послание дает хорошее представление о содержании и процессе сессии всем, кто его читает или слышит, даже если он сам не присутствовал на встрече.

### *Структура итогового послания*

Итоговое послание начинается с резюмирования того, что терапевт услышал от клиента во время встречи, начиная с таких слов.

Итак, вот что я услышал сегодня. Вы рассказали о том, что...

**1. На первой встрече итоговое послание включает следующее.**

- Обозначенные жалобы и/или проблемы.
- Исторический контекст текущей ситуации.
- Описание клиентом того, что, по его мнению, должно произойти.
- Досессионные изменения и сильные стороны клиента.
- Все, что говорят клиенты о том, как они себя чувствуют эмоционально.

**2. На следующих сессиях итоговое послание включает следующее.**

- Отчеты клиентов о том, что произошло с момента последнего сеанса в отношении предпочитаемых изменений.
- Реакция клиентов на изменение или на его отсутствие.
- Любая новая информация, которую раскрывают клиенты, включая сильные стороны, ресурсы и чувства.

Итоговое послание должно быть передано в разговорной манере и тем самым продолжить ту эмоциональную атмосферу, которая была создана на встрече. Терапевту следует персонально обратиться к каждому клиенту,

находящемуся в комнате, вне зависимости от возраста, при озвучивании обеих частей послания.

### *Случай из практики: семья Б.*

Итак, вот что я услышала сегодня. Вы, мистер и миссис Б., сказали мне, что пришли сюда по совету школьного психолога.

Из школы поступила информация о том, что Тина невнимательна на уроках и не справляется с заданиями, а также что в школе она много времени проводит в одиночестве. Причина может быть в том, что она достаточно быстро приходит в состояние злости, и поэтому дети не хотят с ней играть. Вы сказали, что поведение в школе становится все хуже с тех пор, как она пошла в первый класс, как раз в то время, когда вы, мистер Б., открыли свой бизнес, а вы, миссис Б., стали брать на работе вторую смену. Вы упомянули также, что она стала более несговорчивой и злилась больше обычного дома примерно в то же время. Вы очень обеспокоены этим и хотите сделать все возможное, чтобы помочь Тине.

Вы уже пытались кое-что сделать, чтобы решить эту проблему. Например, вы брали консультации в школе и работали с несколькими другими терапевтами. В какой-то момент вы позаботились о том, чтобы перевести Тину в другой класс, с более терпеливым учителем, но, похоже, это не помогло добиться устойчивых изменений. Кроме того, вы пробовали применять программы с подключением вознаграждений, водить Тину на занятия гимнастикой и читать книги по воспитанию детей. Вы сказали нам, что в области дисциплины ваши взгляды обычно различаются, и вы часто не можете найти общий язык.

Вы пришли сюда сегодня, чтобы продолжить помогать Тине. Миссис Б., вы хотите, чтобы Тина больше слушала взрослых дома и в школе. Мистер Б., вы сказали, что хотите увидеть в качестве результата вашего визита, что Тина в целом стала счастливее. Вы думаете, что ей будет легче соглашаться, когда она будет лучше себя чувствовать.

Майк, ты сказал, что пытаешься игнорировать домашние проблемы. Ты просто хочешь, чтобы все были счастливее.

Тина, ты сказала, что хотела бы, чтобы многое изменилось для тебя в школе и дома. Ты хотела бы иметь больше друзей в школе, а также чтобы родители не злились на тебя все время.

Правильно ли я всех вас услышала? Есть ли что-нибудь важное, что я упустила из виду или что вы хотите добавить?

За первой частью итогового послания следует утверждение, которое показывает эмпатическую реакцию терапевта на описанную клиентом ситуацию. Обычно оно начинается со слов: “Когда вы рассказывали мне сегодня о том, что... я почувствовала/заметила/мне показалось...”

Это очень важная часть, которая способствует укреплению эмоционального климата, а также плавно подводит к последующему предложению клиентам дополнительной точки зрения.

На первой встрече этот этап должен включать (не обязательно в таком порядке) следующее.

1. Утверждение, отражающее сочувствие и/или принятие терапевтом переживаний клиента в ситуации, с которой он справляется, например: “Я не удивлен, что вы в такой депрессии”, “То, что вы описываете, звучит как очень болезненная ситуация”, “Кажется, это неплохая идея — то, что вы пришли поговорить об этом”.
2. Размышление об эмоциональном воздействии ситуации на клиента независимо от того, выразил он это или нет: “Я чувствую, что вам очень больно!”, “Я могу понять, почему вы так себя чувствуете”.
3. Compliments или положительное признание досессионных изменений, идеи для будущих изменений, существующие сильные стороны и ресурсы.
4. В зависимости от кейса: нормализация, рефрейминг, информация о детском развитии, динамике отношений; размышления терапевта или его мнение.
5. В случае работы с парой или семьей: общее чувство или цель, например то, что ранит обоих партнеров, что всем хочется меньше ссориться, всем хочется жить в счастливой семье.

### *Случай из практики: семья Б. (продолжение)*

Слушая ваш рассказ сегодня, мы с коллегами подумали, что это кажется хорошей идеей — что вы решили прийти сюда сегодня, мистер и миссис Б., а также то, что вы взяли с собой Тину и Майка. Вы все очень помогли нам составить представление о вашей ситуации. Мы заметили, что все вы в целом хотите одного и того же: чтобы жизнь была лучше для всех в семье — чтобы каждый чувствовал себя счастливее. Это говорит нам о том, что вы заботитесь друг о друге и о семье в целом.

Нас впечатлило то, что вы, мама и папа, готовы горы свернуть, лишь бы помочь Тине, несмотря на свою занятость. Вы пробуете делать все, что могут сделать хорошие родители... И кроме того, вы ходите на работу, занимаетесь домом и заботитесь о своих родителях-пенсионерах. Это требует больших усилий!

Что касается ваших различающихся взглядов на дисциплину, мы находим, что иногда это может быть полезно. Не всем детям подходит один и тот же стиль дисциплины. Так что две головы иногда могут быть лучше, чем одна, когда требуется сформировать последовательный план. (*Рефрейминг разногласия в позитивном ключе.*)

Майк, мы очень ценим твою честность, которую ты проявил, сказав нам, что ты стараешься игнорировать домашние проблемы. Многие дети могли бы быть не столь честными в этом вопросе. Нас впечатлило то, как сильно ты заботаешься обо всей семье, не желая доставлять проблем. Ты просто хочешь, чтобы все стали счастливее.

Тина, ты должна гордиться собой в том, что ты стала достаточно взрослой, чтобы признать, что ты хочешь изменений. Вообще-то, это трудно — признавать, что сделал что-то неправильно. Но зачастую это первый шаг к тому, чтобы сделать жизнь для себя и других лучше.

Есть ли у вас какие-либо комментарии или вопросы?

Вы можете заметить, что итоговое послание продолжает стиль беседы “слушаю — отвечаю”. Compliments здесь вплетены в сам ответ. А наше согласование с клиентами того, правильно ли мы их услышали, показывает наше уважительное отношение к ним, что, в свою очередь, повышает их доверие к терапевту или команде терапевтов.

Когда я стала использовать в работе конструкцию “Итак, вот что я услышала сегодня. Вы говорите...” вместо того, чтобы начинать итоговое послание с комплиментов, я почувствовала, что та самая “последовательность принятия” [de Shazer, 1982; Erickson et al., 1976; Erickson & Rossi, 1979] (клиенты выражают согласие, кивая головами) становится еще более явным.

## Предложение домашнего задания

Решение о том, что именно следует предложить клиентам в конце сессии, по-видимому, является одной из самых сложных проблем для терапевтов. Предпринимались многочисленные попытки сформулировать

рекомендации [Brown-Standridge, 1989; de Shazer & Molnar, 1984; Fisher, Anderson, & Jones, 1981; Haley, 1976; Molnar & de Shazer, 1987; Papp, 1980; Rohrbaugh, Tennen, Press, & White, 1981; Todd, 1981], опирающиеся главным образом на представления о том, что практика должна соответствовать некоторым особенностям клиента (например, прямая, направленная прямо на запрос клиента, — для мотивированных клиентов и непрямая — для немотивированных; и какой должна быть практика — поведенческой или когнитивной).

Первоначально в Центре краткосрочной семейной терапии использовались задания, похожие на “парадоксальные” интервенции Института психических исследований. Такие задания были направлены на то, чтобы прерывать паттерн системы не напрямую, а таким образом, чтобы позволить системе реорганизовываться по-своему [Frankl, 1960; Haley, 1973, 1976; Watzlawick et al., 1974], а также применялись контрпарадоксальные предписания Миланской команды [Selvini Palazzoli et al., 1978].

Все они были предназначены для обхода сопротивления путем присоединения положительных коннотаций к дисфункциональному паттерну, а также были предложением задания “продолжать это делать”, одновременно с этим надеясь, что клиент сделает обратное. Когда краткосрочная семейная терапия превратилась в ориентированную на решение терапию, концепцию “сопротивления клиента” сменила идея о “сотрудничестве” с клиентом [de Shazer, 1984].

Согласно этим изменениям в теоретической базе, стало невозможным назначать парадоксальные задания. Теперь разработка задания опиралась на форму сотрудничества клиентов с терапевтом, чтобы сформулировать такое задание, которое будет принято клиентом. Тем не менее на практике задание может выглядеть почти так же, как и раньше. Например, клиенту, у которого конкурентный способ сотрудничества, можно сказать, что конкретное задание работает только для некоторых клиентов, но, вероятно, не будет работать для него.

Мы “предлагаем” задание, потому что это больше соответствует идеям ориентированного на решение подхода о том, что *клиенты имеют ресурсы, чтобы помочь себе*. По той же причине я не думаю, что полезно делить клиентов на истинных клиентов [de Shazer, 1988; Fisch et al., 1982], жалобщиков и посетителей [de Shazer, 1988], чтобы определить, какой тип задания следует давать.

- Истинными клиентами называют людей, которые заинтересованы в изменениях и поэтому, скорее всего, попытаются сделать что-то другое.
- Жалобщики — это люди, которые думают, что проблема существует, но не заинтересованы в том, чтобы что-то предпринять для ее решения. Они могут выполнить или не выполнить задание, и им не следует давать прямое задание. Их можно просто попросить обратить на что-то внимание.
- Посетители — это люди, которые не считают, что есть какая-то проблема, и не хотят находиться у терапевта. Предполагается, что они не будут выполнять задания, потому что у них нет мотивации, и поэтому им не следует их давать.

Эти ярлыки необязательно предсказывают поведение клиента [Fish, 1997]. Посетители могут стать истинными клиентами, а истинные клиенты могут стать жалобщиками в результате отношений с терапевтом как на первой встрече, так и на любой другой. Известны даже примеры того, как истинные клиенты становились посетителями, если получали негативный опыт.

Эмоциональный климат на встрече и итоговое послание в конце беседы могут значительно изменить отношение, с которым пришел клиент. Учитывая всю эту неопределенность, кажется недальновидным не вносить предложение для изменения ситуации при любой мотивации клиента. При этом сохранение рекомендательного характера задания вместо его облачения в форму предписания позволяет клиентам выбирать, как действовать: точно следуя предложению, адаптируя его под свои нужды или игнорируя его. Независимо от их ответа эмоциональный климат будет сохранен, потому что они не могут сделать ничего плохого.

### *Разработка задания*

Список известных заданий, ориентированных на решение, можно найти в разделе “Часто используемые задания в ориентированной на решение терапии”. Однако следует понимать, что они также требуют тщательного рассмотрения с точки зрения соответствия ситуации клиента. Даже формула задания первой сессии не во всех случаях является подходящим выбором. Она предназначена для того, чтобы переключить внимание клиентов с негативных аспектов, но можно ли спрашивать того, кто переживает

серьезную утрату, что он не хотел бы изменить? Или насколько полезно спрашивать клиентов о том, что они не хотят менять, если они описывают абсолютно негативную ситуацию?

В конечном счете, наиболее эффективный способ разработки заданий — это их адаптация к конкретному случаю. Разработка задания — не такой сложный процесс, как может показаться; и это может быть весело, потому что это творчество. Задания конструируются из логического осмысления информации, собранной в ходе встречи (кто такие клиенты и чего они хотят), а также из представления о том, какого рода новый опыт будет полезным для этого конкретного клиента или клиентов.

Таким образом, если на сессии мы слышим о позитивном изменении и усиливаем его итоговым посланием с помощью комплиментов, разумно дополнить это заданием, которое будет способствовать тому, чтобы позитивные изменения продолжали формироваться.

Если мы слышим, что ситуация не изменилась или даже ухудшилась, стоит задуматься о задании, которое либо предотвратит ухудшение, либо приведет к небольшим улучшениям. Послание, демонстрирующее, насколько сильно муж и жена страдают из-за того, что оба чувствуют себя недооцененными, побуждает нас предлагать идеи, которые заставят их обоих оказывать небольшие знаки признательности. Это еще одна область, которой можно позволить себе выходить за рамки ориентированных на решение идей и формулировать задания, которые прерывают типичные паттерны или помогают экстернализировать симптом [White & Epston, 1990].

Цель заключается в том, чтобы таким образом произвести толчок (сдвиг), запускающий изменения, чтобы это соответствовало особенностям клиента, насколько это возможно. Поскольку *каждый клиент уникален*, чтобы принять решение о том, как именно сформулировать задание, создающее сдвиг, придется поразмыслить. Идеи, которые мы придумываем, всегда должны учитывать стиль сотрудничества клиентов. Например, если пара очень конкурентна, можно добавить в конце предложения комментарий: «Интересно, у кого из вас хватит сил рискнуть и выразить признательность первым?»

При формулировании задания также важно учитывать, что *ориентированная на решение терапия идет медленно*. Клиентам, которые были погружены в проблему длительное время, вероятно, потребуется время и для того, чтобы подготовиться к переменам, даже если они положительные.

Ниже приведены четыре вопроса ориентированному на решение терапевту, которые могут оказаться полезными при формулировании задания.

- Как клиент описал ситуацию? (содержание)
- Чего хотел клиент? Желает ли он измениться?
- Как клиенты реагируют на то, что они говорят? (процесс)
- Как различная информация или точки зрения, представленные в итоговом послании, могут быть преобразованы в задание?

### ***Случай из практики: семья Б. (окончание)***

Ниже перечислены проблемы членов семьи Б.

**Мама:** у Тины проблемы с поведением.

**Папа:** у Тины проблемы с поведением.

**Майк:** я не хочу в этом участвовать.

**Тина:** дома и в школе дела обстоят не очень хорошо.

Чего хотят клиенты?

**Мама:** Тине следует больше слушать взрослых.

**Папа:** Тина должна быть счастливее.

**Майк:** все должны быть счастливее.

**Тина:** мама и папа должны быть счастливее со мной.

Как клиенты реагируют на ситуацию? Готовы ли они сделать что-нибудь другое?

**Мама:** продолжает искать способы изменить Тину.

**Папа:** продолжает искать способы изменить Тину.

**Майк:** игнорирует ситуацию.

**Тина:** ничего не делает.

Пока неясно, станут ли родители и Тина делать что-то по-другому. Их реакция на предложение даст больше информации об этом.

Как информация, представленная в итоговом послании, может быть преобразована в задание? Послание характеризуется тем, что оно включает информацию, которую все подтвердили. В нем подчеркивается общее стремление каждого члена семьи к счастью. Возможно, лучше всего попытаться продолжить процесс фокусировки на исключениях и позитивных аспектах.



Предложение задания может быть таким.

К сожалению, сегодня у нас нет для вас никаких волшебных ответов. Нам нужно узнать вас всех немного лучше. У нас есть кое-какие предложения, которые могут помочь продвинуться в этом. Мы услышали, что вас беспокоит, и это важно, но мы также хотели бы узнать немного больше о том, что хорошо работает в вашей семье. Мы хотим быть уверенными, что ничего не изменим из этого хорошего.

Отдельное предложение выносится родителям, потому что они не очень хорошо ладят.

Миссис Б., если у вас будет возможность, мы предлагаем вам обратить внимание на то, что из всего, что Тина делает дома и в школе, вы хотели бы, чтобы она продолжала делать. Наблюдайте за этим, чтобы поделиться с нами на следующей неделе. *(Это то, чего хотела миссис Б.)*

Мистер Б., если у вас будет возможность, мы предлагаем вам обратить внимание на то, что происходит, когда Тина выглядит счастливее в течение недели. Для нас было бы важно услышать об этом. *(Это то, чего хотел мистер Б.)* Возможно, вы захотите по вечерам сравнивать свои результаты наблюдений с результатами наблюдений миссис Б., обращая внимание на то, с чем вы оба согласны.

Тина, мы хотели бы предложить тебе попробовать заметить, что из того, что будет происходить в школе при общении с детьми и учителями, которые тебе нравятся, ты хочешь, чтобы продолжалось. Если хочешь, можешь делать такое наблюдение и дома. *(Тина сказала, что хочет перемен в школе.)*

Майк, если хочешь, можешь заметить и затем рассказать нам, что на этой неделе будет происходить в вашей семье такого, что ты хочешь, чтобы продолжало происходить. *(Майк проявлял осторожность в отношении участия, но у него все еще есть возможность присоединиться.)*

В соответствии с идеями о том, что *ничто не бывает полностью негативным и клиенты имеют достаточно ресурсов, чтобы помочь себе*, членам семьи было предложено сфокусироваться на идее о том, как будет выглядеть решение, а не проблема. Ответы будут ценными независимо от того, какими именно они будут, потому что они предоставят дополнительную информацию о стиле сотрудничества в семье.

### *Случай из практики: Джеймс*

Это еще один пример, иллюстрирующий использование предложенных четырех вопросов.

Джеймс сказал, что решил поговорить с кем-то, потому что чувствовал отчаяние и не мог помочь себе сам. Полгода назад, в возрасте 53 лет, во время сокращения на работе его должность была упразднена. Его многочисленные попытки найти другую работу не увенчались успехом. Джеймс все больше страдал из-за несправедливости всего происходящего и перестал читать объявления и рассылать резюме. Всем своим видом Джеймс демонстрировал пренебрежение и говорил о растущем желании изолироваться от общества. В то же время он выражал гнев и отвращение к самому себе из-за отсутствия энергии и говорил, что все, чего он хочет, — это снова стать прежним собой. Он описал себя в прошлом как инициативно-го и позитивно мыслящего человека.

В первой части итогового послания должно отражаться, что терапевт понял, какие события привели Джеймса в терапию, и что он сопереживает. Вторая часть, ответ терапевта, должен укрепить сильные стороны Джеймса: его признание того, что ему нужна помощь, его решение довести дело до конца, его чувство справедливости и его историю позитивного мышления и умения быть инициативным. Терапевт также должен предложить новую информацию или новую перспективу.

Здесь приходит на ум одна идея — использовать чувство справедливости Джеймса как ресурс для формирования другой точки зрения.

Хотя ваш гнев по поводу несправедливости, которая привела к вашей ситуации на работе, имеет большой смысл, мы заметили, что он направлен и на себя из-за того, что вы пока не нашли работу, а это очень несправедливо. Очень трудно сохранять позитивное мышление и инициативность, когда человек чувствует, что с ним обращаются несправедливо.

К сожалению, вы ничего не можете сделать, чтобы изменить компанию, в которой работали раньше, но нам любопытно: интересно ли вам подумывать о том, как вы могли бы относиться к себе более справедливо?"

Используя вышеупомянутые четыре вопроса, предлагаем два варианта предложений. И конечно, есть много других вариантов.

1. Клиент описывает себя как застрявшего, потому что у него нет энергии, а также злится на других и на себя. Он заявляет, что ему нужна помощь для достижения изменений.
2. Он хочет стать прежним.
3. Реакция клиента на ситуацию — гнев на других и на себя. Чем больше он злится, тем меньше контроля он чувствует.
4. Другая точка зрения, которую можно предложить, заключалась в том, что клиент не справедлив по отношению к самому себе. У него сильное чувство справедливости. Призыв к тому, чтобы “приложить” это чувство к самому себе, может оказаться успешным сдвигом (толчком), запускающим изменения.

#### Вариант А

У нас есть предложение, Джеймс, которое некоторые люди нашли полезным в таких ситуациях, как ваша. Для этого вам потребуются запланировать полчаса два раза в день в одно и то же время. В течение первых пятнадцати минут вы пишете о своем гнев на ситуацию и на себя.

Следующие пятнадцать минут вы обдумываете и перечисляете идеи о том, как относиться к себе более справедливо. В завершение вы рвете и выбрасываете первые записи и сохраняете вторые.

#### Вариант Б (в этом варианте используется гнев Джеймса)

Мы не удивлены тем, что вы чувствуете себя застрявшим, потому что ваш гнев на ситуацию и на самого себя истощает всю вашу энергию, способную инициировать новые действия. Нам кажется, что вам, возможно, придется попробовать сделать что-то другое, чтобы вернуть себе прежнюю, энергичную, личность.

У нас есть предложение, которое может помочь вам выбраться из тупика и постепенно добиться желаемого. Подумайте, стоит ли вам попробовать это сделать? Потребуется некоторое время, чтобы вернуться к своему прежнему “я” и перестать злиться. Это немного похоже на изменение привычки. Итак, мы предлагаем вам в те моменты, когда вы злитесь, предположить, сколько примерно времени вам понадобится, чтобы пройти через это состояние в конкретный момент. Например, вы очень сильно злитесь на себя за то, что не отправили какое-то резюме. Решите, сколько минут вам нужно, чтобы хорошенько выплеснуть гнев. Когда это

время истечет, потратьте оставшееся время на что-нибудь другое, желательно на то, что сделал бы прежний вы. Это может быть что угодно, только не гнев.

Оба эти задания имеют поведенческую направленность как способ кооперации с просьбой Джеймса о чем-то, что он может сделать, чтобы помочь себе, но внимание обращено и на собственные эмоции. Кроме того, кажется, имеет смысл предложить какой-то ритуал, потому что он обеспечивает структуру и контроль.

### ***Часто используемые задания в ориентированной на решение терапии***

Большинство перечисленных здесь предложений относится к системной/стратегической/структурной традиции и сейчас так широко используются, что уже трудно определить их первоисточник. Эти предложения сформулированы или адаптированы из предложений, которые использовались в Лаборатории краткосрочной терапии в Институте психических исследований в Пало-Альто, а также из предложений, которыми пользовались Джей Хейли, Сальвадор Минухин, Миланская команда и Институт Акермана. Однако практики “Формула задания первой сессии” и “Прогнозирование” появились в Центре краткосрочной семейной терапии. Важно помнить о том, что эти предложения также должны быть индивидуально сформированы и соответствовать конкретному контексту ситуации для того, чтобы они смогли запустить процесс изменений.

#### ***1. Формула задания первой сессии***

Эту практику можно предложить в конце большинства первых сессий, за исключением тех, которые связаны с сильным горем и потерей, или когда клиент описывает проблему, не имеющую исключений.

Мы хотели бы, чтобы между этой и следующей нашей встречей вы наблюдали и в следующий раз описали нам, что происходит в вашей семье такого, что вы хотите, чтобы продолжалось [Adams, Piercy, & Jirhc, 1991; de Shazer, 1985, p. 137].

В вышеупомянутом случае с Джеймсом это предположение не подходит, потому что у Джеймса очень негативное видение своей ситуации. Такое предложение могло бы усугубить гнев Джеймса на самого себя.

### *2. Делайте больше того, что работает*

Это предложение основано на идее “не исправлять то, что уже работает”. Такая практика подходит, если клиент рассказал о досессионном изменении или если положительные результаты уже были очевидны.

### *3. Делайте что-нибудь другое*

Это предложение подходит для клиентов, которые хотят, чтобы им сказали, что делать, а также если то, что они делают, не работает.

### *4. Ничего не меняйте*

Это предложение обычно эффективно, когда ситуация критическая и клиенты хотят немедленного решения. Но оно не должно использоваться, если клиенты рискуют причинить вред себе или другим.

Я понимаю, насколько серьезна эта ситуация и насколько сильно вы хотите, чтобы проблема была решена как можно скорее, но, вероятно, мне не удастся быть вам полезным, если мы не попробуем понять ситуацию немного лучше.

Поэтому я предлагаю вам ничего не менять до нашей следующей встречи. Когда ситуация настолько нестабильна, она может ухудшиться, и я не хотел бы, чтобы это произошло.

### *5. Двигайтесь медленно*

Эта идея предлагается, когда клиенты чувствуют давление, требующее изменения, или когда их прогресс уже идет хорошо. В таких случаях полезно рассказывать им о том, что для закрепления изменений необходимо время, поэтому им следует продвигаться медленно. Это позволит избежать разочарования, если прогресс не будет устойчивым.

### *6. Сделайте наоборот*

Это предложение может хорошо сработать для того партнера из пары, который приходит на терапию один, или для родителей, которые приходят на сессии без своего ребенка, т.е. для тех случаев, когда предпринимались попытки изменить другого человека и это не сработало.

### *7. Прогнозируйте*

Эта практика предлагается, если клиенты могут привести примеры исключений из своей проблемы, но не могут объяснить, почему они происходят. Если эта практика предлагается паре или семье, решение о том, нуж-

но ли делиться результатами друг с другом до следующей встречи, зависит от конкретной ситуации. Если в работе с родителями цель — сделать так, чтобы они выступали единым фронтом, уместно предложить им делиться результатами и обсуждать их каждый вечер друг с другом, но не с ребенком. Ребенок в этом случае должен делать предсказание самостоятельно и не делиться им до сессии. В случае пары, в которой оба партнера считают, что другому все равно, лучше не просить их поделиться предсказанием до сеанса. Возможно, на одной из сессий придется столкнуться с разочарованием, если клиентам нечем поделиться, но есть вероятность, что на следующей сессии будет приятный сюрприз.

Прежде чем лечь спать сегодня вечером, попробуйте предположить, будет ли [симптом или ситуация] завтра такой же или лучше. *(Можно также предложить клиентам представить числовую шкалу, на которой они могут отметить, на каком уровне будет проблема на следующий день.)* На следующий вечер оцените день и сравните его со своим прогнозом. Подумайте о том, что может объяснить правильное предсказание, а что — неправильное. Повторяйте это каждый вечер до нашей следующей встречи и записывайте свои результаты ежедневно [de Shazer, 1988].

#### 8. Напишите и сожгите

Это хорошее предложение для людей, которые застряли в определенном эмоциональном состоянии и это мешает им функционировать так, как они хотят. Некоторые люди не любят писать. Тогда можно предложить им наговаривать текст на пленку и затем стирать запись.

Выделяйте по двадцать минут два раза в день. *(Время и частота предлагаются с учетом конкретного случая.)* Напишите о своей боли — гнев, разочаровании и т.п. Не пытайтесь писать аккуратно, просто поднесите ручку к бумаге и дайте словам течь. Если вы заметили, что повторяете фразы или слова, это нормально. Просто выплесните свои чувства. Если при этом захочется плакать и кричать, это тоже нормально. Когда время выйдет, не читайте то, что вы написали. Просто сожгите и смотрите, как оно превращается в дым. *(Разумно обсудить с клиентами, есть ли у них возможность безопасно сжечь бумагу. Если такой возможности нет, предложите разорвать бумагу на мелкие кусочки и понаблюдать за тем, как они медленно падают в мусорное ведро.)*

## Резюме

Очевидно, что сформулировать итоговое послание и предложение очень непросто. Это настоящий синтез того, что наши клиенты могут предложить нам и что мы можем предложить им с точки зрения наших профессиональных знаний.

Подводя итог, полезно выполнить одно упражнение: еще раз подумать о том, какие итоговое послание и домашнее задание отражали бы ситуацию Мари, представленную в главе 3.

Мари — мать-одиночка, которая чувствовала, что ее никто не понимает, и боялась, что она сошла с ума. Ее направили на психотерапию, потому что ее врач не смог найти причину физических симптомов.

Ниже представлено итоговое послание Мари.

### 1. Утверждение о том, что терапевт услышал от клиента.

Итак, сегодня я услышала, что вы пришли сюда, потому что ваш врач посоветовал вам это сделать, когда вы пришли к нему по поводу болей во всем теле и очень сильных головных болей. Вы сказали, что вас беспокоит то, что он направил вас поговорить с кем-то об этом. И вы боитесь, что он думает, что с вашей психикой что-то не так.

Я услышала, что вы расстались со своим мужем и вы с двумя детьми живете вместе с вашей матерью. Это трудно, потому что это ее дом, и она хочет, чтобы вы делали все так, как она требует. Ваш бывший парень и муж то появляются в вашей жизни, то исчезают из нее, пытаетесь указать, что вам следует и не следует делать, а это на самом деле очень тяжело для вас.

Я также услышала, что у вас есть четкие планы относительно вашего будущего, например получение образования и забота о том, чтобы ваши дети были хорошо образованы, но все сдерживают вас вместо того, чтобы помочь.

### 2. Ответ терапевта, включающий сочувствие, позитивные аспекты и информацию или другую точку зрения.

Вы находитесь в состоянии сильного стресса. Нет ничего удивительного в том, что у вас болит голова и бывают разного рода другие боли, ведь все, что вы нам рассказали, вы держите в секрете. Меня впечатляет то, как вы справляетесь со всем этим, учитывая вашу ситуацию. Это, должно

быть, очень тяжело — не иметь своего дома, а также когда тебя донимают и сдерживают люди за то, что ты имеешь свое мнение. И несмотря на это вы хорошо ладите со своими детьми и продолжаете их учить, а также ходите в библиотеку заниматься самообразованием, и все это при таком небольшом количестве сна и поддержки.

У вас есть несколько хороших идей относительно будущего, например жить в собственном доме и снова вернуться в школу. Прежде всего, вам просто нужно немного времени, чтобы расслабиться и развлечься, например сходить на боулинг. Хорошо, что вы понимаете, что для осуществления этих планов понадобится какое-то время. И для того, чтобы заняться этим, вам нужно чувствовать себя здоровой и расслабленной.

Ниже представлено предложение.

1. Мари описала ситуацию как тревожную из-за ее симптомов и ощущение стресса из-за того, что у нее нет поддержки для достижения ее целей. Она намекала, что хочет измениться, но необязательно в результате терапии.
2. Мари хочет знать, есть ли у нее что-то серьезное с ментальным здоровьем. Она также хочет, чтобы в ее жизнь никто не вмешивался.
3. Реакция Мари на сложившуюся ситуацию — соматизация стресса. Кроме того, она продолжает добиваться своих целей, насколько это возможно.
4. В итоговом послании ей сообщили, что она не сумасшедшая и что в сложившихся обстоятельствах она хорошо справляется с проблемами. Эта информация сама по себе должна принести ей некоторое облегчение.

Предлагаемая практика должна способствовать еще большему облегчению (например, возможности выразить свой гнев и разочарование безопасным способом).

Ниже представлено домашнее задание.

Мне хотелось бы дать вам сегодня какой-нибудь волшебный ответ, но, конечно, его нет. Нам с вами понадобится еще немного накопить наши мысли и идеи, чтобы увидеть, как вы можете начать строить желаемое будущее. А пока я действительно не считаю, что вам стоит продолжать беспокоиться о том, что вы якобы сумасшедшая.



У меня есть предложение, о котором вы, возможно, захотите подумать. Поскольку вы не можете сказать людям, которые вас расстраивают, то, что вы думаете, и это вас очень огорчает, возможно, вы захотите получить тот же результат другим способом.

Некоторые люди находят действительно полезным в течение получаса в день в одно и то же время просто записывать все о своих расстраивающих чувствах. Они не перечитывают эти записи, а просто разрывают их на мелкие кусочки и избавляются от них. Даже если вы будете писать одно и то же снова и снова, это может оказаться полезным.

Когда вы это сделаете, запишите три причины, по которым вы являетесь хорошим человеком и хорошей матерью.

Обратите внимание на то, как все части ориентированного на решение процесса составляются в единое целое. Эмоциональный климат облегчает ход беседы, во время которой собирается информация для итогового послания. В резюме эта информация повторяется, дополняется, а также переводится в реальный опыт человека с помощью предлагаемой практики.

## Часть II

«Правительство Российской Федерации»

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## ГЛАВА 8

# Терапия пар

Отношения в паре — это отличный пример структурной связи. Биологическая, эмоциональная и экономическая взаимозависимость мужчин и женщин способствовала сохранению человеческой расы на протяжении тысячелетий.

Работа с парами может напоминать ходьбу по канату. Отношения в паре сложны; они касаются не только биохимии и дружбы. Отношения в паре проходят этапы, которые обычно начинаются с романтической слепоты. Затем следуют более или менее трудные периоды адаптации к реальным различиям в личностях, к изменениям в образе жизни и к изменениям во взаимных потребностях. Отношения в паре рискуют стать такими, какими их меньше всего ожидали видеть. Иногда они даже начинают напоминать отношения с родителем или братом (сестрой). Считается, что партнеры склонны дополнять друг друга, компенсируя взаимные слабости, но этот баланс может так же легко и привести к борьбе за власть, и обогатить отношения. Тем не менее большинство людей предпочитают жить в паре, а не в одиночестве, независимо от обстоятельств.

Важность родственных связей является мощным ресурсом терапии. Например, вопрос: “Что вам нужно друг от друга, чтобы чувствовать себя чуть менее обиженными, испуганными или раздраженными?”, может превратить “жесткие” чувства в “мягкие” эмоции” [Dunovan, 1999, p. 5; Gilligan, 1997; Johnson & Greenberg, 1994]. Мягкие эмоции — вот что такое отношения в паре независимо от того, насколько жестким или холодным может показаться ваш клиент.

Джейн и Стив описывают свои отношения с разных точек зрения.

**Джейн.** Кажется, Стив проводит со мной все меньше и меньше времени. Я не знаю, что случилось с нашей дружбой. Раньше он все обсуждал со мной и интересовался моим мнением.

- Стив.** Я не думаю, что это моя вина. С тех пор как ты начала заниматься марафонами, твой бег всегда на первом месте. У тебя больше нет на меня времени.
- Джейн.** Это неправда. Я пытаюсь разговаривать тебя, но ты просто сидишь и смотришь в телефон. (*Терапевту.*) Что бы вы сделали, если бы ваш муж начал вас игнорировать?
- Стив.** (*Терапевту.*) Я не игнорирую ее. С ней просто нет смысла что-либо обсуждать, потому что она всегда предвзято ко мне относится: я все время говорю что-то не то. (*Терапевту.*) Я должен просто принять все это?

Терапевт не может ответить ни на один адресованный ему вопрос, не приняв чью-либо сторону. Более того, реагирование на содержание этих жалоб может привести к состязательному обмену мнениями. Однако терапевт может найти общую нить в том, на что жалуются оба партнера, и использовать ее как ресурс, чтобы связать их.

**Терапевт.** Кажется, вы оба недовольны отсутствием внимания друг к другу. (*Оба партнера кивают и соглашаются.*) Кажется, вы оба хотите одного и того же... Было ли время, когда вы оба чувствовали себя более удовлетворенными вниманием, которое получали друг от друга?

Эти вопросы привлекают внимание Джейн и Стива к тому факту, что они все еще связаны, хотя, вероятно, чувствуют себя очень оторванными. Небольшое изменение может привести к большим изменениям. Если бы Джейн и Стив переопределили свою проблему как “недостаточно времени вместе” и нашли решение, которое удовлетворило бы их обоих, некоторые ориентированные на решение терапевты порекомендовали бы прекратить терапию. Мой опыт показывает, что такие “чудодейственные исцеления” случаются, но редко. Клиенты могут вернуться через несколько месяцев с той же или схожей проблемой, представляющей тот же процесс. На языке теории систем произошло изменение “первого порядка”, а не изменение “второго порядка” [*Hoffman*, 1981, pp. 47–49; *Watzlawick et al.*, 1974, p. 10].

Этой ситуации можно избежать, приложив усилия для более прочного закрепления изменений. В этом случае следует уточнить, станет ли проведение большего времени вместе для них улучшением? Скорее всего, их ответы будут касаться эмоциональной сферы, чувства большей связи, забо-

ты или большего признания. Такое разъяснение помогает клиентам лучше понять свои отношения и может выполнять ценную профилактическую функцию.

По сути, ориентированная на решение работа с парами не отличается от работы с отдельными людьми [Friedman & Lipchik, 1999; Hoyt & Berg, 1998]. Однако есть нюанс, усложняющий практику: решение должно удовлетворять отношениям, а отношения состоят из людей с разными точками зрения. Чтобы преодолеть это препятствие, оба партнера должны доверять терапевту, чтобы он не принял чью-либо сторону. Даже самому опытному терапевту может быть непросто выразить признание и понимание двум людям, каждый из которых считает, что прав именно он.

Следующие шаги призваны продемонстрировать способы управления этими сложностями с достаточной степенью уверенности. Первый шаг — определить, подходит ли пара для парной ориентированной на решение терапии.

## Оценка

### Совместная сессия

Первый сеанс должен быть совместным, поскольку он предоставляет терапевту возможность оценить, как партнеры взаимодействуют друг с другом. Это также способ оценить их желание и способность работать над отношениями. Решения не приходят без желания людей их осуществить. В частности, работа в паре вряд ли будет продуктивной, если оба партнера не имеют схожих целей и не заинтересованы в содействии решению проблемы. Таким образом, муж, который хочет сохранить брак любой ценой, и жена, которая не уверена в том, что останется в браке, не будут готовы к парной ориентированной на решение работе.

В действительности неподходящие для ОРКТ случаи — большая редкость. Одним из исключений могут быть клиенты, которые явно не хотят проходить терапию и пришли только для того, чтобы доставить удовольствие партнеру. В такой ситуации лучше обсудить эти различия с партнерами на отдельной сессии и уточнить их потребности. Иногда нерешительному партнеру требуется несколько индивидуальных сессий, чтобы прийти к решению. В течение этого времени преданного партнера можно также увидеть отдельно для поддержки. Если кажется, что нерешительному партнеру нужно много времени, чтобы принять решение, лучше всего

направить обоих партнеров в другое место для индивидуальной работы и предложить им вернуться для парной работы, если они оба решат, что хотят работать над улучшением отношений.

На первом сеансе парной терапии клиентам следует сказать, что контракт на терапию заключается с их отношениями, а не с ними индивидуально, и что цель будет состоять в том, чтобы построить мост между различиями в их взглядах, который приведет к решению для них обоих. Это значит, что терапевт не будет принимать чью-либо сторону. Двойственное мышление, отслеживающее наши собственные реакции, полезно для достижения этой цели, поскольку зачастую трудно оставаться беспристрастным. Принятие и понимание обеих сторон также может быть отражено в итоговом послании в конце сессии.

### ***Индивидуальная сессия с каждым партнером***

За совместным сеансом следует частная беседа с каждым партнером. Эти беседы позволяют терапевту развить более глубокие отношения с клиентом. В начале сеанса терапевт говорит клиенту, что их личный разговор — это возможность обсудить вопросы, о которых он, возможно, не хочет говорить в присутствии партнера. Конфиденциальность должна быть гарантирована, за исключением случаев, когда речь идет об информации, опасной для жизни. Если клиент делится чем-то, что имеет важные последствия для отношений, терапевт должен спросить разрешения поделиться этим.

Признание о романе, закончившемся в прошлом, следует считать конфиденциальной информацией. Хотя это важно с точки зрения отношений, лучше не основывать на этом предположения о нынешнем состоянии брака. В конце концов, изменения постоянны и неизбежны. Полезнее сосредоточиться на настоящем и на том, чего клиент хочет в будущем.

Другое дело — информация о продолжающемся романе. Я не работаю с парой, если у одного из партнеров роман на стороне. В целом люди неспособны генерировать достаточную мотивацию, чтобы возобновить отношения, которые не приносят удовлетворения, и в то же время участвовать в более приятных отношениях. Важнее то, что такая тайна представляет собой сговор с одним из партнеров, который я считаю неэтичным. Совет по выходу из такой ситуации состоит в том, чтобы рекомендовать клиенту, у которого есть роман, либо раскрыться, либо прекратить любые контакты (в том числе через телефон или электронную почту) с любовником

на время терапии. На самом деле я была удивлена тем, как много людей решили сделать это и придерживались этого. Конечно, это многое говорит об их мотивации улучшить свой брак! С другой стороны, некоторые клиенты соглашались отложить дело, но не доводят его до конца, а еще есть те, кто успешно нас обманывают. Как правило, если принято решение работать с парой, а измена продолжается, будут характерные признаки, такие как отсутствие прогресса или колебания между прогрессом и рецидивом. Интуиция терапевта здесь также может быть ценным инструментом.

Я помню ситуацию, когда муж согласился прекратить роман. Похоже, он усердно работал над возобновлением отношений с женой, и она согласилась с этим. Однако она сообщила, что не почувствовала никаких изменений в их эмоциональной связи. На основании этой информации я попросила провести отдельный сеанс, и муж признался, что продолжает встречаться с другой женщиной. Он сказал, что работает над супружескими отношениями с целью улучшить их, чтобы у него и его жены было меньше конфликтов из-за детей после того, как они разведутся.

В такой ситуации желательно сказать виновнику супружеской неверности, что вы не будете продолжать работать с ним и его женой, пока правда не будет раскрыта. Эта оговорка обычно приводит к кризису и ставит партнера в положение, когда ему наконец приходится выбирать между браком и романом. Самое лучшее в такой ситуации — встретиться с обоими партнерами и сказать им, что вы пришли к пониманию того, что индивидуальная терапия в данный момент будет для них более полезной. Такое заявление, очевидно, встретит вопросы со стороны партнера, который не обращает внимания на продолжающийся роман. В подобном случае я предлагаю занять экспертную позицию и придерживаться общих утверждений, не приводя конкретных причин. Я также рекомендую терапевтам предлагать направление на индивидуальную терапию, а не продолжать терапию с одним из партнеров.

В целом клиенты склонны раскрывать больше информации один на один, чем на совместной сессии (даже те, кто начинают с того, что говорят, что нет ничего, чего бы они не сказали в присутствии партнера). Недавно я работала с парой, у которой были серьезные проблемы с большой семьей из-за неспособности жены ладить с матерью мужа. На совместной встрече супруг ни разу не оспорил рассказ жены о несправедливом обращении с ней его матери. Но в частной беседе он подробно рассказал о проблемах жены в социальных отношениях в целом, а не только в семье.

Использование циркулярных вопросов, когда одному партнеру задается вопрос о том, что, по его мнению, думает другой партнер или почему, по его мнению, он действует определенным образом, является ценным ресурсом в частной сессии. Это можно рассматривать как форму парной работы с отдельным человеком, поскольку она требует учета точки зрения другого человека, например: “Ваша жена тоже считает, что она плохо ладит с другими?”; “Вы говорили с ней о том, чем только что поделились со мной?”; если говорили, то “Каким был ее ответ?”; если не говорили, то “Как вы думаете, как бы она отреагировала, если бы вы сделали это?”; если он чувствует, что расстроит ее слишком сильно, то “Как вы обычно сообщаете ей то, что хотите сообщить и что может ее расстроить?” Одни клиенты четко осознают, как они и их партнер влияют друг на друга. Другие совершенно не обращают внимания на межличностную динамику. Использование циркулярных и других вопросов, затрагивающих убеждения клиентов о причинах и значении поведения их партнеров, а также их собственные реакции на него, являются *терапевтическими возмущениями* системы, которые могут привести к изменениям.

То, как клиенты реагируют на разговоры, раскрывающие рекурсивное взаимодействие с их партнерами, также дает ценную информацию о том, как они сотрудничают. Однако мы должны быть осторожны и не делать предположений о том, как их манера сотрудничества может повлиять на результат терапии. В конце концов, именно пара должна решить, будут ли отношения достаточно хорошими для них обоих! Небольшое изменение, которое может показаться нам недостаточным, может иметь для них большое значение.

## Решение

Решение о целесообразности парной терапии принимается на основе информации, полученной в ходе одного совместного и двух индивидуальных сеансов. В качестве руководства я использую следующие критерии. Было бы слишком радикально сказать, что я следую им в буквальном смысле. Бывают случаи, когда мы переживаем что-то в отношениях, что подсказывает нам попытаться поработать с ними несмотря на некоторые вопросы. Мы не должны игнорировать здесь голос нашей интуиции.

- Оба партнера ясно понимают, что хотят остаться в отношениях, а не разорвать их.



- Оба партнера понимают, что каждый из них несет определенную ответственность за качество отношений.
- Оба партнера способны продемонстрировать определенное чувство к положению другого партнера.
- Оба партнера описывают некоторые положительные моменты в отношениях (дружба, взаимные интересы, способность хорошо выполнять функции родителей или вести домашние дела).
- Ни один из партнеров не интересуется другим человеком и не имеет с ним незаконченного романа.

Если станет ясно, что паре уместно работать вместе, следующая запланированная встреча будет совместной.

Иногда пара соответствует всем критериям парной работы, но она настолько обижена или обозлена, что не может перестать выражать свои чувства в присутствии друг друга. В таких случаях я планирую одну или две сессии отдельно, чтобы посмотреть, смогу ли я помочь им избавиться от своих чувств настолько, чтобы они могли продуктивно работать вместе. Это также предоставляет возможность постепенно задавать вопросы о том, что работает в их отношениях.

## Терапия

Пары обычно расстроены, когда приходят на терапию впервые, и хотя делятся самыми негативными чувствами. И бывает трудно не втянуться в этот негатив и не делать предположений о результате. Нам нужно оставаться внимательными к личному направлению своего двойственного мышления. Осуждающие мысли, например: “О, этому браку пришел конец!”, могут привести только к тупику, и им не стоит поддаваться. Небольшое изменение может привести к большим изменениям. Точно так следует противостоять обвинению любого из партнеров, напоминая себе о том, что его поведение рекурсивно: “Что делает Джон, что заставляет Мэри злиться на него?” или “Что заставляет Джона принять решение не мешать Мэри продолжать ссору?” Пары также могут вызывать у нас личные ассоциации о наших отношениях или отношениях наших родителей. Если не следить за своими мыслями и чувствами, можно разработать для клиентов скрытые планы, даже не осознавая этого.

Обычно партнеры пытаются убедить терапевтов в том, что их видение ситуации верно. Важно не стать частью этого процесса. Хороший ответ: “Я ожидаю, что у вас есть две совершенно разные истории, и мне нужно услышать их обе, чтобы помочь вам построить между ними мост”. Это дает понять, что от них не ожидают изменений в угоду кому бы то ни было. Люди склонны защищаться, когда их склоняют к изменениям, особенно чтобы соответствовать чьим-то ожиданиям. Поэтому более приемлемо использовать формулировки, предполагающие расширение, рост или адаптацию, а не изменение.

### ***Последовательный разговор с каждым партнером***

Еще одно средство, с помощью которого терапевты могут поддерживать баланс, — последовательный разговор с обоими партнерами. Частое переключение внимания с одного партнера на другого не позволяет им чувствовать себя обделенными, а терапевту — чувствовать себя более связанным с кем-то одним из них. С другой стороны, необходимо учитывать стиль сотрудничества каждого партнера. Нет ничего необычного в том, что в паре женщина более словесно выразительна, чем менее разговорчивый мужчина. Донован [Donovan, 1999, p. 14] цитирует Готтмана и Левенсона [Gottman & Levenson, 1986], которые утверждают, что женщины более способны регулировать свой аффект в межличностном конфликте и поэтому чаще озвучивают свои жалобы, тогда как их партнеры-мужчины отстраняются, чтобы сдерживать аффект. Все мы также работали с парами, динамика которых была обратной. Следует помнить, что нельзя пытаться выровнять поле. Достаточно мягко перебить экспрессивного партнера и спросить менее экспрессивного: “Вы согласны с этим?” или “Что вы думаете?” Затем мы принимаем то, что предлагается, чтобы не подразумевать, что один стиль предпочтительнее другого. Разница в выразительном стиле вполне может стать проблемой в отношениях, и любой признак суждения по этому поводу может заставить одного из партнеров почувствовать себя униженным.

У меня была возможность поговорить с бывшей клиенткой, которую я лечила вместе с ее мужем в ситуации домашнего насилия несколько лет назад. Она сообщила, что больше никаких эпизодов не было и что их брак значительно улучшился. Когда я спросила, что, по ее мнению, было наиболее полезным в нашей совместной работе, она без колебаний ответила:

“Тот факт, что вы никогда не принимали чью-либо сторону!” Она не смогла дать никаких дополнительных объяснений, почему это было полезно. Спренкл, Блоу и Дики [Sprenkle, Blow, & Dickey, 1999, p. 348] цитируют теорию Пинсофа [Pinsof, 1995] о том, что вся клиентская система будет иметь союз с терапевтом, который может быть чем-то большим, чем альянс с каждым отдельным клиентом. Моя собственная теория гласит, что, когда два человека, находящиеся в конфликте, осознают, что их терапевт, которому они доверяют, принимает взгляды каждого партнера, это заставляет их переосмыслить собственное отношение.

### **Мягкая конфронтация**

Иногда профессиональная этика требует от нас противостоять поведению клиента. В ОРКТ это должно быть сделано таким образом, чтобы сохранить эмоциональный климат. Окружная прокуратура отправила Билла на терапию в рамках соглашения о снятии обвинений в случае прохождения терапии. Соседи вызвали полицию, когда слышали, как он выкрикивал угрозы в адрес Энн во время ссоры. Энн попросила, чтобы они работали вместе, и это было приемлемо, поскольку физического насилия не было. На одной из сессий Билл высказался по поводу неудачного решения, которое недавно приняла Энн. Он использовал уничижительные слова, такие как “глупая” и “безмозглая”. Помимо проверки способности терапевта оставаться беспристрастным, кажется неэтичным позволять одному клиенту словесно оскорблять другого во время сеанса. Энн призналась, что действовала импульсивно и выразила сожаление. Это не успокоило Билла.

**Терапевт.** Вы действительно не можете понять, как Энн могла принять такое решение. Это вас очень злит. Я могу вас понять. Конечно, такое случается! Все мы время от времени совершаем ошибки. *(Билл продолжает выражать гнев.)* Билл, вы когда-нибудь принимали неправильное решение?

**Билл.** Да... но не без размышлений.

**Терапевт.** Но даже размышления не всегда избавляют от ошибок. Какой реакции вы ожидаете от Энн, когда совершаете ошибку?

**Билл.** Такой же, как и моя. Она может наорать на меня! Я уже кричу на себя больше, чем кто-либо другой мог бы кричать.

**Терапевт.** Энн, что вы думаете?

**Энн.** *(Плачет.)* Я тоже строга к себе. Я чувствую себя ужасно, но не думаю, что стоит пинать кого-то, когда он упал.

**Билл.** *(Краснея.)* Ну... ты знаешь, во что нам это обходится и как тяжело зарабатывать деньги...

**Энн.** Я знаю...

**Билл.** Хорошо... Я не должен... Мне жаль.

**Терапевт.** В будущем, когда кто-то из вас совершит ошибку, что вы можете сделать друг для друга прежде всего?

**Энн.** Не обзывать друг друга!

**Билл.** Я думаю, осознать, что мы уже ругаем себя. Не нужно сыпать соль на рану.

Вместо того чтобы учить Энн противостоять Биллу, терапевт решил мягко противостоять ему, чтобы смоделировать поведение Энн. У Билла были доверительные отношения с терапевтом, который считал, что Билл, скорее всего, будет защищаться от любой конфронтации со стороны Энн. Обратите внимание, что терапевт сначала затрагивает собственные чувства Билла, чтобы вызвать сочувствие. Размышления о чувствах Энн вызывают у Билла чувство стыда или вины. Чтобы эти унижающие чувства не нарушали эмоциональный климат, терапевт переносит фокус с Билла на будущее пары, тем самым подчеркивая взаимную ответственность в отношениях.

### **Обработка конфликтов на сессиях**

Пары описывают свои проблемы как словами, так и действиями, поэтому на сессиях они, скорее всего, будут спорить. Это может стать испытанием для терапевта, ориентированного на решение, чье намерение состоит в том, чтобы опираться на позитивные моменты в отношениях. С другой стороны, конфликтное поведение пар дает ценное описание проблемы.

Как справиться со спорами во время сеансов, в некоторой степени зависит от того, когда они возникают в процессе терапии. На первом или втором сеансе лучше всего позволить спору продолжаться достаточно долго, чтобы почувствовать паттерн, прежде чем прервать его как можно мягче. Вопросы, которые приходят на ум, могут быть такими.

Как вы обычно заканчиваете такие ссоры дома?

Это пример того, что происходит дома?

Мне интересно, хотите ли вы использовать свое время на сеансе таким образом?

Если у пары возник конфликт из-за того, что произошло в прошлом, можно сказать: «Я знаю, что вы оба твердо придерживаетесь своего мнения, но мы действительно не можем изменить то, что произошло в прошлом».

Эти ответные меры обычно останавливают боевые действия, но за ними должна последовать конструктивная направленность, чтобы не допустить их возобновления. Учитывая сильные негативные эмоции, вызываемые ссорами, лучше не спрашивать слишком быстро о позитивных. Похоже, это имеет обратный эффект, который приводит к еще большему негативу. Полезнее спросить, что для пары значат ссоры. Это позволит раскрыть новую информацию, которая предоставит возможности для решений.

Например, на первом сеансе Тара и Сид, которые оба хотят прекратить постоянные конфликты в своих отношениях, перебивали друг друга, несмотря на попытки терапевта вмешаться. Следовательно, их гнев друг на друга продолжал возрастать. Когда терапевт спросил, что для них значит гнев партнера, ссоры прекратились. Тара сказала, что гнев Сиды означает, что она никогда не сможет сделать что-либо правильно. Сид сказал, что гнев Тары означает, что она не может терпеть никакой критики. Они оба отрицали эти интерпретации, что предоставило терапевту возможность перейти к конструктивному разговору о том, что их злит и как они могут справляться с этим в будущем.

Если борьба вспыхивает на более позднем этапе терапии, когда клиенты считают, что уже добились определенного прогресса, их полезно спросить, как они объясняют свою неспособность разрешить этот спор ввиду произошедших положительных изменений. Другой вариант — спросить их, как они могут прекратить спор, учитывая то, что они узнали из уже внесенных изменений. Если ни одна из этих идей не работает, лучше поговорить с ними отдельно, чтобы узнать, не происходит ли что-то такое, о чем они не хотят говорить друг с другом.

Процедура разрешения споров во время сеанса с парами, которые ранее подвергались насилию, заключается в их разделении и разговоре с ними по отдельности. Потенциальную жертву, обычно женщину, следует опро-

ситель в первую очередь, чтобы убедиться, что у нее есть план безопасности. При необходимости ей можно предоставить возможность покинуть кабинет и найти безопасное убежище. Однако в этом случае терапевт остается вместе с потенциальным преступником, работая с ним над тем, как он может обезопасить себя от дальнейшего преступного поведения. Это сохраняет отношения терапевта и клиента с обоими партнерами.

### **Выработка совместного решения**

Партнеры часто описывают свои цели как разные, хотя оба хотят от отношений одного и того же.

Фрэн и Сэм заявили, что хотят остаться в браке и снова почувствовать близость друг к другу. Они согласились, что их первой задачей должно быть улучшение качества общения, а это означало уменьшение количества ссор между ними. Однако уже через несколько минут пара спорила, стоит ли им обсуждать свои финансы или ревность Сэма.

Чтобы не попасть в этот процесс “или — или”, терапевт должен помочь паре переопределить свой взгляд на проблему таким образом, чтобы можно было соединить их личные взгляды. Например, можно продолжить разговор, но заменить слова “финансы” и “ревность” словом “разногласия”. Таким образом, разговор превратился бы в “спор о различиях”.

Другой вариант — переключиться на вопросы о том, когда Фрэн и Сэм “чувствуют себя более близкими”. Это то, чего, по словам обоих клиентов, они хотели, и, безусловно, это еще один взгляд на их цель.

Еще один вариант — пойти еще дальше и вести процесс с точки зрения проблемы, о которой клиенты сами не заявили. “Мне интересно, говорите ли вы оба, что чувствуете контроль друг над другом?” Если пара согласится, разговор может продолжиться вопросами о том, что будет для Фрэн признаком того, что Сэм немного меньше контролирует себя в финансовом отношении, и что будет для Сэма признаком того, что Фрэн немного меньше контролирует свою ревность? Бывают ли моменты, когда они уже чувствуют себя менее контролируемыми друг другом в этих областях?

Этот пример показывает, что иногда терапевтам приходится высказывать собственные идеи, например свой взгляд на процесс, чтобы помочь клиентам сосредоточиться на чем-либо. Эти идеи, если они подходят клиентам, очень ценятся и улучшают эмоциональный климат, поскольку

передают понимание. Однако даже если идея не будет принята, она может побудить клиентов задуматься о других, более полезных описаниях их проблемы. Например, Фрэн и Сэм могут подумать, что “контроль” друг над другом — менее точное описание того, что они чувствуют, чем “с ними обращаются, как с детьми”. Язык клиентов всегда должен быть на первом месте.

Чтобы клиенты достигли того, чего они хотят от терапии, они должны взять на себя ответственность за изменения и сделать что-то другое. Ярким признаком того, что этого не происходит, является послание одного или обоих партнеров о том, что ситуация ухудшается после улучшения. Эти новости лучше всего изучать на отдельных встречах с партнерами. Иногда терапевтический процесс заставляет людей осознать, что их ожидания были ошибочными. Их партнер, возможно, оправдывает ожидания, но их чувства не изменились. Люди могут разлюбить, если дела уже давно идут плохо и старые чувства уже невозможно возродить.

### *Коммуникация*

Большинство пар, приходящих на терапию, называют “проблемы в общении” одной из главных своих проблем. Обычно это их способ сказать, что они чувствуют, что партнер их неправильно понимает в том, что они говорят и делают. Один из способов сотрудничества с этой концепцией — сказать: “Вы должны выучить язык друг друга”. “Язык” в данном контексте означает, как люди выражают себя вербально и невербально. Клиенты часто удивляются, что сама по себе любовь не приводит к пониманию. Терапевт строит мост понимания, прося разъяснений по поводу слов и действий каждого партнера. Это выставляет их различия, которые раньше воспринимались как отсутствие заботы, в более позитивном свете и освобождает место для взаимной адаптации.

### *Случай из практики: Мириам и Нейт*

Мириам ушла от Нейта несколько месяцев назад и недавно вернулась, чтобы попытаться сохранить брак. Тема, обсуждаемая здесь, — их сексуальные отношения. Мириам чувствовала давление со стороны Нейта, а Нейт чувствовал, что Мириам либо отвергала, либо избегала его сексуальных домогательств.

**Терапевт.** Можете ли вы представить себе, как Нейт может инициировать секс, не чувствуя при этом давления?

**Мириам.** Ну, может быть, если бы он использовал более мягкий подход... Все это время... "Эй, как насчет этого?"...

**Терапевт.** Вы имеете в виду, что хотите, чтобы он был более романтичным? *(Замечает, что Мириам и Нейт обмениваются взглядами. Нейт смущенно смеется.)*

**Мириам.** *(Сердито, обращаясь к терапевту.)* Видите, как он ко мне относится? Он смеется, когда я говорю, что мне нужно!

**Нейт.** Я не смеялся.

**Мириам.** Смеялся! Ты часто это делаешь.

**Терапевт.** Что, по вашему мнению, означает этот смех, Нейт?

**Нейт.** Я не знаю. Я так расстраиваюсь, потому что чувствую, что не смогу победить. Я не могу сделать это правильно для нее, поэтому расстраиваюсь.

**Терапевт.** Вы хотите сказать, что смеетесь, когда чувствуете разочарование?

**Нейт.** Возможно! Я никогда не думал об этом таким образом.

**Терапевт.** Вы знали это, Мириам?

**Мириам.** Нет. Это не имеет смысла. Когда он смеется надо мной, мне просто ужасно больно.

**Терапевт.** Что это значит?

**Мириам.** Что ему плевать на меня и на то, чего я хочу.

**Нейт.** Именно так я себя чувствую. Вчера вечером я пришел домой, она разговаривала по телефону, я поцеловал ее, а она отмахнулась от меня... *(Мириам начинает тихо плакать, пока Нейт говорит.)* Каждый раз, когда я пытаюсь проявить любовь, меня отвергают... Как же мне оставаться романтиком? Возможно, я компенсирую это гневом или критикой... Мне так кажется... А как насчет моего гнева?

**Терапевт.** *(Мириам, которая все еще плачет.)* Вы выглядите очень обескураженной.



**Мириам.** Да. Я стараюсь сделать все возможное, чтобы наш брак работал, но этого всегда недостаточно.

**Терапевт.** Позвольте мне прояснить это? Нейт только что сказал, что пытается, например, поцеловать вас, когда приходит домой...

**Мириам.** (*Перебивая.*) Когда я разговариваю по телефону? Я не собираюсь прекращать разговор, чтобы заняться с ним сексом.

**Терапевт.** (*Мириам.*) Именно это значил для вас поцелуй? Что он хочет секса?

**Мириам.** Да.

**Терапевт.** (*Нейту.*) Она права?

**Нейт.** Нет. Это прекрасный пример того, что заставляет меня чувствовать себя отвергнутым.

**Терапевт.** (*Нейту.*) Какова была цель этого поцелуя?

**Нейт.** Я просто пришел в дом и хотел показать ей, что рад ее видеть. Каждый раз, когда я ее целую, я не иницирую секс.

**Мириам.** А я ругалась с мамой и не хотела обращать на него внимания. Он так интерпретирует все, что я делаю, как будто я его не люблю.

**Нейт.** (*Разрываясь.*) Не так-то просто поверить, что ты любишь меня только потому, что я вернулся. Как я узнаю, что ты действительно имеешь это в виду, если не покажешь это своими действиями по отношению ко мне? Я всегда боюсь, что ты снова уйдешь, поэтому ищу утешения. Тебе не кажется, что мне больно, когда ты не понимаешь, что мне нужно? Было действительно приятно видеть, как ты плачешь сейчас. Это заставило меня понять, что, возможно, тебя это волнует. Я не хочу причинять тебе боль... Действительно!

**Терапевт.** То есть вы хотите сказать, что все, что вы делаете, — это попытка получить подтверждение того, что она вас любит?

**Нейт.** Да.

**Терапевт.** Есть ли способ убедить вас в этом, даже если она не хочет, чтобы к ней прикасались или занимались сексом?

**Нейт.** Она могла бы это сказать! Ну, иногда она говорит мне, что любит меня... но крайне редко. Мне нужно услышать слова, и тогда мне не придется так сильно стараться другими способами.

**Мириам.** *(Терапевту.)* Я не знала, что он так плохо себя чувствует и что мне не нужно так относиться к этому... так буквально... что бы он ни делал. Я могу вспомнить это в следующий раз и успокоить его, вместо того чтобы отстраниться. Но мне было бы легче, если бы он тоже говорил мне, что чувствует. Я не читаю мысли. *(Обратите внимание, как терапевт в буквальном смысле играл роль переводчика для пары, и в процессе они научились лучше понимать намерения друг друга.)*

## Психообразование

Ориентированные на решение терапевты часто спорят о том, сколько времени следует посвящать "обучению" и информированию клиентов, чтобы действительно сфокусироваться на решении. Мой ответ таков: если в процессе консультирования мы обнаружим, что клиентам явно не хватает каких-то навыков или информации, нам следует серьезно подумать о предоставлении этой информации, если мы уверены, что она поможет клиентам.

Спренкл и его коллеги [Sprenkle, Blow, & Dickey, 1999] отметили нежелание постмодернистских терапевтов предлагать информацию клиентам.

Они также могут неохотно воспринимать то, что они делают, как обучение или тренинг. Тем не менее помощь клиентам, например, в "переписывании" их жизненных историй содержит обучающий элемент. Мы считаем, что предоставление информации, вероятно, является основой того, что делает большинство семейных терапевтов.

Они также отмечают, что анализ записей Минухина и Уитакера показал, что высокий процент их реплик можно отнести к категории предоставления информации, интерпретации и указаний [Friedlander, Ellis, Raymond, Siegel, & Milford, 1987].

Полезная концепция, которую можно предложить парам, — это этапы развития отношений. Большинство пар ожидают, что их отношения останутся такими же, какими они были при первой встрече, или даже улучшатся. Это нереалистичные ожидания. На первой — романтической — стадии

отношений пары “ослеплены своим увлечением” и на самом деле вообще не знают друг друга. Они стараются быть такими, какими их хочет видеть другой человек, и сводят к минимуму все, что им не нравится. Как только устанавливается некоторое доверие, они расслабляются и ведут себя более естественно. Это либо принимается другим, либо порождает недоверие и дистанцию. Пары могут застрять на этом этапе на долгие годы. Задача здесь — перейти в стадию эмоциональной близости. Это этап, на котором начинаются настоящие отношения, которые могут развиваться вечно. Это предполагает интерес к различиям, а не попытки их устранить и не попытки повлиять на другого человека, чтобы тот изменился. Это означает признание другого человека, действуя таким образом, чтобы передать: “Я принимаю тебя и люблю тебя несмотря на наши различия”, а не “Я люблю тебя только тогда, когда ты тот, кем я хочу, чтобы ты был”.

Различия — это нормально, потому что каждый уникален, и в здоровых отношениях необходимо договариваться, чтобы не было победителя и побежденного. Эмоциональная близость означает, что партнеры заинтересованы в счастье другого так же, как и в своем, и стремятся его достичь.

Этот тип “образования” является формой рефрейминга. Обучение людей более четкому общению с помощью конкретных навыков является более прямым.

**Сью.** Сколько еще раз просить тебя звонить мне и спрашивать, нужно ли что-то купить в магазине, прежде чем ты вернешься с работы?

**Фред.** Когда в конце дня я чем-то занят, все, о чем я думаю, — это как побыстрее добраться домой, потому что ты хочешь, чтобы я помог с детьми.

**Сью.** (*Сердито.*) Что это за помощь, когда мне приходится бежать в магазин за молоком? Разве ты не можешь подумать обо мне для разнообразия?

**Фред.** (*Все больше злясь.*) Я мог бы сказать то же самое.

В такой ситуации полезно выяснить, известны ли супругам способы общения, которые с меньшей вероятностью приведут к гневу, и используют ли они их. Если используют, то при каких обстоятельствах? Чем различаются такие случаи? Однако, если они говорят, что это их обычный стиль общения, можно предложить им альтернативы, например “я”-сообщения.

## Сексуальная близость

Сексуальная близость является неотъемлемой частью отношений любой пары. Одни пары могут решить эту проблему самостоятельно, а другие не говорят об этом, пока терапевт не поднимет эту тему. По моим ощущениям, клиенты хотят об этом говорить и ожидают, что терапевт сам их об этом спросит. Как правило, партнеры, которым причиняется боль, сообщают о снижении частоты сексуальных контактов и удовлетворения. Женщины чаще, чем мужчины, говорят, что им не хочется вступать в сексуальный контакт, когда они чувствуют себя обиженными. Помощь паре в восстановлении сексуальной близости является важным звеном в преодолении разногласий, но одним из последних, над которыми нужно работать, если только оба партнера не считают это приоритетом. Сексуальная близость требует большого доверия. Если отношения в течение некоторого времени были болезненными, лучше всего восстановить или укрепить доверие на других уровнях, прежде чем рисковать разочаровающим сексуальным опытом.

Иногда партнеры сообщают, что их секс приносит удовлетворение, хотя все остальное в их отношениях не работает. Эта информация может быть ценным ресурсом. Ее можно использовать, чтобы помочь паре перенести некоторые навыки сексуального удовлетворения на другие аспекты их отношений.

Хороший секс требует тонкого общения, чтобы доставлять удовольствие и просить о том, что нравится. Вы оба, кажется, очень искусны в этом отношении. Что вы делаете, чтобы проявить чувствительность друг к другу, когда занимаетесь любовью? Чем ваше отношение друг к другу во время секса отличается от того, что происходит в другое время?

*(Необходимо получить как можно больше подробностей, не ставя клиентов в неловкое положение.)* Каким может быть пример использования этих навыков для решения ваших финансовых, родительских или других проблем?

## Итоговое послание

Что касается заключительных посланий для пар, необходимо подчеркнуть несколько моментов.

1. Обязательно расскажите каждому партнеру отдельно то, что вы слышали от него.
2. Ответьте им отдельно и обязательно укажите, каким, по вашему мнению, является процесс их взаимодействия: “У меня сложилось впечатление, что вы оба по-разному реагируете на чувство обиды: Мэри набрасывается, а Джефф уходит в себя”.
3. Опишите им как можно больше нюансов, которые, по вашему мнению, являются общими для них. Они необязательно должны быть позитивными. Они могут включать в себя интенсивность своего гнева и чувство безнадежности. Если ничего другого нет, укажите, что они оба согласились прийти на сессию.
4. Если они упомянули о своих чувствах, прокомментируйте это в разделе “Что я услышал от вас”. Если они этого не сделали, обязательно укажите что-то, что вы замечаете в их чувствах.

## Резюме

В работе с парами необходим баланс, позволяющий обеспечить принятие и понимание для обоих партнеров. Чтобы закрепить тот факт, что наш контракт заключается на работу с отношениями в паре, а не с отдельным партнером, разумно никогда не позволять одному партнеру рассказывать истории о другом по телефону между сеансами. Будьте тверды в требовании обсуждать все в присутствии обоих партнеров. Аналогично, если один человек просит провести для него отдельную встречу, обязательно поинтересуйтесь, знает ли другой партнер об этой просьбе. Если не знает, настаивайте на том, чтобы человек рассказал партнеру о звонке и его причине. Всегда просите другого партнера прийти на отдельный сеанс, чтобы избежать чувства предвзятого отношения.

Пары становятся семьями. Отношения между родителями и детьми, а также братьями и сестрами отличаются от отношений двух взрослых, имеющих романтические связи. По этой причине семейной терапии посвящена отдельная глава.

## ГЛАВА 9

# Семейная терапия

**С**емейные пары — это взрослые люди, которые решили быть вместе и обычно имеют законные способы прекратить свои отношения. В семьях существуют незыблемые связи, охватывающие целые поколения. Родители биологически мотивированы и социально обязаны заботиться о своих детях до тех пор, пока те не смогут позаботиться о себе сами. Однако семейные отношения не заканчиваются, когда дети становятся самостоятельными. В лучших обстоятельствах члены семьи приспосабливаются к требованиям различных границ и меняющихся связей. В худших обстоятельствах неразрешенная борьба отбрасывает неизбежную тень. Независимо от качества семейных отношений, в большинстве культур считается этической обязанностью взрослых детей заботиться о своих престарелых родителях и/или братьях и сестрах, когда они сами больше не в состоянии заботиться о себе. Эти объединяющие узы выставляют работу с семьями в ином свете, чем работу с парами, но также являются огромным ресурсом.

Терапевтические принципы, изложенные в предыдущей главе, применимы и к семейной терапии. В этой главе описаны только основные различия.

## Оценка

Оценка семей, в отличие от пар, не предназначена для определения целесообразности семейной терапии. Поскольку члены семьи не могут развестись друг с другом, а родители не лишаются своих родительских прав ни при каких обстоятельствах, кроме тяжелых, вопрос о продолжении или прекращении отношений никогда не возникает. Всегда будут отношения. Вопрос в их качестве и в том, кто готов участвовать в их улучшении. Цель оценки — установить, кого и в какие группы приглашать на занятия.

## Семьи с детьми или подростками

Решение о том, привлекать ли детей и подростков к семейной терапии с самого начала, обычно принимается на основе теоретической ориентации. Системные терапевты могут предпочесть увидеть всю семейную систему *in vivo*, чтобы решить, какие модели следует прервать или как изменить структуру семьи. Им нужно как можно больше информации о системе с как можно большего количества точек зрения, в том числе с точки зрения трехлетнего ребенка, который еще не научился корректировать рассказы [Minuchin & Fishman, 1981; Napier & Whitaker, 1978].

Терапевты конструктивистского направления чаще оставляют решение о том, кто хочет прийти на сеанс, за семьей. Это соответствует неэкспертной, принимающей позиции по отношению к клиентам.

Естественно, чем с большим количеством членов семьи общается терапевт, тем больше возможностей возникает для решения. С другой стороны, перемены требуют мотивации, поэтому можно много говорить о необходимости присутствия на занятиях только самых мотивированных членов семьи. Дети могут мешать занятиям, а не только быть источником ценного вклада в терапию. У родителей может быть важная информация, которую они не могут или не хотят раскрывать перед младшими членами семьи. Терапевты могут расходиться во мнениях относительно того, сколько конфиденциальной информации должно быть в семьях.

Мое личное предпочтение — попытаться защитить молодых людей в годы их становления от восприятия себя неполноценными, когда им приходится видеть “психолога”, или от получения ненужных ярлыков. Поскольку в мире, и это естественно, родители помогают детям и обучают их отношениям с людьми, кажется целесообразным именно с ними начать обсуждение сложившейся ситуации. Если они проявят инициативу сделать что-либо другое, цели могут быть достигнуты быстрее и без необходимости вовлекать ребенка. Однако, если родители считают, что проблема связана с ребенком, лучше всего оценить его, прежде чем начинать семейные сеансы. Сотрудничать с родителями важно, поскольку они имеют право прекратить терапию.

## Структурирование разговора

Естественный способ начать разговор после некоторого общения — обратиться к членам семьи, начиная с родителей и заканчивая младшим ребенком. Чтобы избежать каких-либо гендерных предубеждений, я смотрю на обоих родителей одновременно и спрашиваю: “Кто хочет рассказать мне немного о вашей семье и о себе?” Этот вопрос, вероятно, приведет к жалобам. Всегда нужно быть уверенным, что вы узнаете истории обоих родителей независимо от того, кто говорит первым.

Следующий шаг — снова посмотреть на обоих родителей и спросить, что, по их мнению, произойдет в результате работы с терапевтом. Этот вопрос приводит к их представлениям о целях. Я жду, пока родители закончат, и спрашиваю детей, что они думают о проблеме и целях. Чаще всего родители и дети сходятся во мнении о наличии конфликта, но не о его причинах. Как правило, дети предпубертатного возраста с большей вероятностью признают, что им необходимо изменить свое поведение. Подростки же либо симулируют неуверенность, либо жалуются на несправедливость, с которой они сталкиваются. Эти размышления о проблемах развития не должны побуждать нас игнорировать их или забывать, что каждый клиент уникален. Молодые люди могут поделиться на занятиях большим количеством ценной информации, если они чувствуют себя в безопасности и если их понимают.

Основное правило при работе с семьями — не говорить слишком долго о различиях, не сосредоточив разговор на том, что разделяет членов семьи, даже это нечто отрицательное. Дети-подростки и их родители, в частности, ощущают глубокую пропасть, разделяющую их по всем вопросам. Они часто описывают свои отношения как отношения незнакомцев, у которых нет ничего общего, или врагов, ведущих войну. Действительно, довольно трудно позволить ребенку стать независимым, продолжая его защищать. С другой стороны, выяснить, кем они хотят быть, помимо того, кем их хотят видеть родители, и при этом хотеть их одобрения и поддержки, тоже непросто. Открытие того, что члены семьи всех возрастов разделяют тревогу, страх и разочарование, а также лояльность, любовь и заботу, может стать хорошей основой для поиска решений. Переход от представления “или — или” к представлению “и — и” позволяет запустить варианты.



## Случай из практики: семья Т.

Ниже проиллюстрированы оценка и структура первой семейной сессии.

Мистер и миссис Т. пришли со своими двумя сыновьями — 14-летним Роном и 12-летним Бобом. Их направил школьный психолог из-за вызывающего поведения Рона и участвовавших прогулов занятий в школе. Миссис Т. была непреклонна в том, что на встрече должна присутствовать вся семья.

**Терапевт.** *(Обращаясь к родителям после знакомства и некоторого общения.)* Итак, вы хотите рассказать мне немного больше о том, что привело вас сюда сегодня? Я так понимаю, вам предложили прийти сюда в школе.

**Миссис Т.** Ну, в последнее время Рон доставляет нам много огорчений. Я не знаю, что с ним случилось. Раньше он был таким хорошим ребенком. Никаких проблем в школе... Учился на четверку с плюсом... хорошие друзья... а сейчас оценки ужасные... Он нападал на некоторых учителей и прогуливал занятия. Я действительно обеспокоена.

**Терапевт.** Я, конечно, могу это понять... *(Мистеру Т.)* И что вы обо всем этом думаете?

**Мистер Т.** Ну, мне это тоже не нравится. Но я не так расстроен, как Лили. Я имею в виду... с одной стороны, это неприемлемое поведение, но я думаю, мальчики иногда выходят из-под контроля. Помню, я был в том возрасте...

**Миссис Т.** О, а что бы сделал твой отец, если бы ты взламывал чужие почтовые ящики?

**Мистер Т.** Ну, ты знаешь моего отца. Он тут же всыпал бы мне ремня, но сейчас другие времена.

**Миссис Т.** *(Терапевту.)* Мы узнали от родителей одного из друзей Рона, что некоторые мальчики залезали в почтовые ящики и воровали вещи. *(Она отходит от школьных проблем.)*

**Терапевт.** Какие вещи?

**Миссис Т.** Журналы... вещи, на которые им не следует смотреть... Им пришла в голову эта идея... Знаете, мы следим за тем, что они

делают в Интернете... поэтому они рассылают заявки на порножурналы, используя адрес наших соседей, которые работают весь день, а затем вынимают их из почтового ящика до того, как люди вернутся домой. Иногда они берут с собой другие вещи, которые находят...

**Терапевт.** Какие?

**Мистер Т.** Я сказал ему, что это федеральное правонарушение... Хорошо, что они не крадут чеки... Они взяли другие каталоги и несколько объявлений для участия в конкурсах, чтобы выиграть деньги.

**Терапевт.** *(Не хочет слишком долго выслушивать одну сторону и обращается к сыну, чтобы узнать его версию проблемы.)* Итак, Рон. Какова твоя точка зрения на это?

**Рон.** *(Пожимает плечами.)* Да ничего серьезного... мы не причинили никакого вреда. Мы ничего не берем... ничего ценного.

**Терапевт.** Ну, еще мне интересно, что ты думаешь о том, что говорят твои родители обо всем этом, о почтовых ящиках и изменениях в школе... твоих оценках? *(Ищет наиболее открытый способ оценить, в чем, по мнению Рона, заключается проблема.)*

**Рон.** Это просто уже неинтересно. Это скучно...

**Терапевт.** *(Пытается понять и принять.)* Хм-м-м... Да... В твоём возрасте все начинает ощущаться совсем по-другому. Интересы меняются. Тебя беспокоит то, что говорят здесь сегодня твои родители?

**Рон.** Конечно, но ничего не произойдет. Я посещаю все занятия... Я хочу поступить в колледж... И мы прекратили воровать из почтовых ящиков...

**Терапевт.** *(Сохраняя позитивный настрой.)* Что ж, я рад, что ты думаешь о будущем. Иногда молодые люди твоего возраста слишком незрелы, чтобы задуматься о последствиях своих действий для будущего. *(Мистеру и миссис Т.)* Знаете ли вы, что Рон думал о своём будущем?

**Миссис Т.** Не похоже.

**Мистер Т.** Думаю, нет.

**Терапевт.** Могу поспорить, что для меня большое облегчение — услышать, как он говорит, что хочет поступить в колледж.

**Мистер Т.** Он такой умный. Мы хотим, чтобы у него были все возможности. Мы хотим, чтобы он чувствовал себя хорошо.

**Миссис Т.** Мы хотим чем-то помочь ему, но у него такое отношение. Мы в отчаянии...

**Терапевт.** Рон, ты знал, что твои родители чувствовали?

**Рон.** Ну... нет... они всегда злятся.

**Терапевт.** Что для тебя значит, когда они злятся?

Мистер и Миссис Т. узнали, что Рон считал, будто их гнев означал, что они отказались от него, и он больше не мог этого изменить. Рон обнаружил, что его родители чувствовали, что он разочаровался в себе, и они были бессильны это изменить. Затем терапевт перешел к разговору с Бобом.

**Терапевт.** Боб, а что ты думаешь обо всем этом?

**Боб.** Я не знаю... Я думаю, что это глупо. В доме слишком много криков.

**Терапевт.** *(Использует циркулярный вопрос, чтобы проверить, как родители отреагировали на поведение Рона.)* Итак, что происходит в семье, когда родители расстраиваются из-за твоего поведения или поведения Рона?

**Боб.** О, нас наказывают или забирают телефон. Его часто наказывают... и мама с папой кричат.

**Терапевт.** *(Мистеру и миссис Т.)* Полезно ли наказание?

**Миссис Т.** Нет, совсем нет.

**Мистер Т.** Я продолжаю говорить Лили, что это слишком. Наказание на месяц — это слишком много. *(Терапевт не реагирует на это разногласие между родителями, чтобы не отвлекаться.)*

**Мистер Т.** Ну, отобрать телефон не получилось.

**Рон.** Если бы они просто успокоились, со мной было бы все в порядке.

**Терапевт.** *(Сотрудничая с родителями, чтобы соблюсти естественную иерархию, но в то же время стараясь оставаться на связи с*

Рон.) Я знаю, ты веришь в это, Рон, но они не были бы ответственными родителями, если бы их не заботило то, что происходит в твоей жизни. Они также несут за тебя юридическую ответственность, если ты совершишь уголовное преступление. Но ты, кажется, уверен, что в школе все будет хорошо, даже если тебе скучно, и что вы больше не будете лазить в почтовые ящики. Есть идеи, как убедить в этом родителей?

**Рон.** Им просто придется подождать и посмотреть. Я буду лучше учиться в школе... Я уже стал лучше учиться.

**Миссис Т.** Если бы мы только могли этому верить!

**Рон.** Ты не даешь мне шанса. Ты относишься ко мне как к ребенку. Позвони в школу или домой моим друзьям.

**Мистер Т.** Лили очень волнуется... она беспокойная. Она и ее сестры никогда не делали ничего плохого, когда были детьми.

**Терапевт.** Вы верите, что Рон теперь избежит неприятностей?

**Мистер Т.** Ну, не совсем. Он говорил и раньше, что попробует. Дело зашло слишком далеко.

**Терапевт.** Итак, есть ли у вас какие-нибудь идеи о том, как Рон может доказать, что он имеет в виду то, что говорит?

**Мистер Т.** Ну, не совсем, пока мы не получим табель успеваемости или пока не сообщат, что он находится рядом с почтовыми ящиками. Я думаю, ему следует перестать тусоваться с детьми, с которыми он это делал.

**Рон.** *(Сердито.)* Ты не можешь их винить... это не их вина.

**Терапевт.** Итак, Рон, что заставит тебя сдерживать свое слово?

**Рон.** Им следует оставить меня в покое... не доставать меня...

**Терапевт.** По поводу школы? Или с друзьями?

**Рон.** Ей следует перестать спрашивать меня, что случилось в школе, сколько у меня домашних заданий, что я сделал и куда я иду.

**Терапевт.** Что вы об этом думаете? *(Обращение к обоим родителям, хотя Рон предложил матери прекратить на него давить.)*

**Миссис Т.** А что если бы я сделала это, и все стало бы еще хуже? И я думаю, нам следует знать, где он находится, когда его нет дома.

**Терапевт.** (*Соглашаясь с Мистером и Миссис Т.*) Да, следует.

**Мистер Т.** Я хочу позволить ему показать нам, что он может это сделать.

**Миссис Т.** ...и не сказать нам, куда он идет?

**Мистер Т.** Нет, я имел в виду школьные занятия. Мы должны знать, где он.

**Рон.** Никому из остальных парней не нужно отчитываться... Я чувствую себя ребенком.

**Терапевт.** (*Сотрудничает с мистером и миссис Т. и с Роном.*) Рон, большинство родителей, которым не все равно, хотят знать, где находятся их дети. Итак, мама и папа, Рон говорит, что возьмет на себя ответственность за свое поведение и будет хорошо учиться, если за ним никто не будет следить. Но всегда хорошо начинать с маленьких шагов. Рон, можешь ли ты придумать небольшой шаг, на выполнение которого твои родители могут рассчитывать дома и в школе?

Рон продемонстрировал мотивацию, сказав, что будет каждый вечер показывать родителям выполненную домашнюю работу, если они перестанут его об этом спрашивать, и что он будет заходить домой после школы, чтобы сообщить, когда он вернется домой и где он будет. Рона и его родителей попросили прийти отдельно. Рон посещал терапевта три раза в неделю, а затем один раз в две недели. Его родители приходили дважды с разницей в две недели. Боба больше не приглашали. Рона поддерживали в принятии и реализации решений, которые принесли бы ему пользу в долгосрочной перспективе. Мистеру и миссис Т. помогли думать об изменениях Рона как о небольших шагах, которые нужно подкреплять, а не критиковать. Когда Рон и его родители сообщили об успехах дома и в школе, семью снова пригласили на совместную встречу, включая Боба, и каждый мог поделиться мыслями об изменениях.

## **Родители, которые не хотят участвовать в терапии**

Некоторые родители приводят своего ребенка на терапию, ожидая, что он “исправится”. Они не намерены участвовать в этом процессе, что может быть признаком того, что они чувствуют себя беспомощными и потеряли всякую надежду. Наилучший способ сотрудничества в таком случае — это работа с ребенком наедине и привлечение родителей к терапии в качестве

консультантов. В этом качестве они чувствуют себя в большей безопасности и могут постепенно осознать ценность своего участия. Если они даже этого не хотят делать, следует приложить усилия, чтобы заставить их прийти хотя бы один раз, “чтобы я могла узнать вашу точку зрения”.

Первое, что нужно сделать на такой “консультации”, — выслушать все, что можно честно подкрепить. Никогда не следует быть неискренним, например хвалить родителя за последовательность, если он последователен лишь изредка. Однако можно сказать: “Я вижу, как для вас важно быть хорошим родителем! Вы стараетесь быть последовательным в установлении ограничений, и это важно продолжать делать”. Такое заявление с большей вероятностью вызовет доверие, чем комментарий, который, как клиент знает, не соответствует действительности. Уверенность идет рука об руку со смелостью сделать что-то другое. Не следует предлагать совместные занятия до тех пор, пока не будет установлено, что родители изменили свое отношение к ним.

Если же родителям становится ясно, что они не хотят участвовать в терапии, единственным вариантом является работа с ребенком наедине.

## **Встреча наедине с ребенком**

Преимущество встреч с детьми наедине заключается в том, что это позволяет терапевту более тесно сотрудничать с ними, чем в присутствии родителей. Родители ожидают, что терапевт будет их защитником. Однако даже без участия родителей на встрече по-прежнему сложно найти баланс между принятием точки зрения ребенка и оказанию ему помощи в принятии реальности.

Обычно дети хотят, чтобы родители от них “отстали”. На жалобы, просьбы или запреты родителей терапевту необходимо отвечать доброжелательно, но реалистично, как продемонстрировано в предыдущем случае. Предложение ребенку делать то, что хотят его родители, скорее всего, подорвет его доверие. Чтобы с ним сотрудничать, терапевт может спросить: “Что самое меньшее ты готов сделать, чтобы отдалить родителей?” Это дает ребенку некоторый контроль над ситуацией.

В других случаях родители равнодушны к детям. Поэтому помочь таким детям пережить нереалистичные ожидания и мобилизовать свои ресурсы, чтобы ценить себя, довольно-таки болезненно, но необходимо (см. следующий пример).

## Случай из практики: Трой

Одиннадцатилетний Трой был направлен на терапию в рамках муниципальной программы психологической помощи для правонарушителей, в которой он участвовал после занятий в школе. Ему и трем другим мальчикам было предъявлено обвинение в незаконном проникновении и воровстве, потому что они ворвались в чужой дом и украли телевизор и немного денег. Обычная процедура по этой программе заключалась в том, что родители сопровождали клиента на первый сеанс и посещали семейные сеансы всякий раз, когда им рекомендовал терапевт. Мать Троя была резкой и холодной, когда терапевт позвонил, чтобы назначить встречу, и отказалась присутствовать на приеме, сославшись на то, что ей не с кем оставить младших детей. Она неохотно согласилась на короткий телефонный разговор, в ходе которого дала понять, что умыла руки в отношении Троя, потому что с годами он стал только хуже. Она рассказала терапевту, что развелась с первым мужем, когда Трою было два года. Ее муж был алкоголиком, избивал ее и впоследствии попал в тюрьму за нападение на полицейского. Она вышла замуж повторно, когда Трою было четыре года, и родила от нового мужа троих детей. Она снова была беременна и через 2 месяца ждала еще одного ребенка. Она сообщила, что Трой был “сущим наказанием” с самого рождения. С 4 лет она время от времени водила его на терапию, чтобы справиться со вспышками гнева, ложью и бунтарским поведением.

Трой был темноволосым красивым мальчиком, который выглядел старше своих лет, и над верхней губой у него уже рос пушок. Он говорил свободно и имел хороший зрительный контакт. Он с готовностью признался в своем преступном поведении, но объяснил это тем, что это единственный способ получить деньги, потому что он был слишком молод, чтобы работать, а его родители ничего ему не давали. Он описал своего отца как резкого человека и был очень зол на то, что мать никогда не защищала его от насилия. “Она думает, что я неудачник, как и мой отец, потому что он в тюрьме”, — сказал он.

Трой в отличие от многих мальчиков его возраста, похоже, был не против посещения терапии. Сначала терапевт действовал медленно, чтобы наладить отношения. Несколько недель Трой просто участвовал в обычных беседах, болтал о своих увлечениях, рисовал карикатуры и рассказывал о несчастной жизни в семье. Всякий раз, когда представлялась такая воз-

можность, терапевт за что-нибудь хвалил Троя. Например, когда однажды Трой сообщил, что только что пропустил один урок вместо обычных трех или четырех, терапевт похвалил его за такое решение и поинтересовался, что еще хорошего он сделал для себя со времени их последней встречи. Когда Трой сообщил, что однажды ушел из дома вместо того, чтобы вступить в словесную перепалку с отчимом, терапевт подробно расспросил его, как он принял такое хорошее решение. Он всегда прислушивался “конструктивным слухом” [Lipchik, 19886] ко всему, что можно было подкрепить хорошими решениями и сильными сторонами.

Трой добросовестно приходил на терапию и, казалось, разочаровывался, когда из-за зимней погоды или праздников был вынужден пропустить сеанс. Начав замечать формирование доверия, терапевт спросил, чего тот ожидает от сеансов. Трой поначалу, казалось, был озадачен этим вопросом и сказал, что ему просто приятно поговорить. Терапевт объяснил цель их встреч и попросил его высказать несколько идей о том, над чем он хотел бы поработать.

**Трой.** Я думал об этом... чего я хочу. Думаю, я хочу научиться разговаривать с мамой так, как с вами.

**Терапевт.** Только с мамой?

**Трой.** Ну, я не уверен насчет отчима, но было бы здорово, если бы она могла иногда слушать.

**Терапевт.** Ну, я думаю, что это действительно хорошая цель, но, ты знаешь, у нее может не быть времени прийти с тобой, и иногда один человек не может научиться хорошо разговаривать с другим человеком самостоятельно.

**Трой.** Значит, мы не можем попробовать?

**Терапевт.** Мы можем попробовать. Я просто не могу обещать тебе, что, если ты приложишь усилия, чтобы научиться, она отреагирует так, как ты хочешь.

**Трой.** Это нормально.

**Терапевт.** Можешь ли ты вспомнить случаи, когда у тебя с мамой был такой разговор, который тебе нужен? (Трой не смог вспомнить ничего, что было связано с его матерью, но описал разговоры со своим покойным дедушкой по материнской линии, учителем и



*соседом-подростком.*) Как ты думаешь, почему с этими людьми ты общаешься лучше, чем с мамой?

**Трой.** Я не знаю.

**Терапевт.** Ты чем-то отличаешься, когда с ними разговариваешь?

**Трой.** Да. У меня в голове как будто есть два мультперсонажа: хороший парень и плохой парень, и они вступают в роль в разное время. Плохой парень — это всегда босс, когда я дома, но никогда, когда я хорошо разговариваю.

**Терапевт.** Тебя это устраивает?

**Трой.** Да. Они плохие парни, поэтому плохому парню приходится с ними сражаться.

**Терапевт.** А чем в твоих мультфильмах заканчиваются драки между плохими парнями?

**Трой.** Кто-то должен в конечном итоге стать хорошим, а плохие парни должны проиграть. Но дома этого не произойдет. Они не станут хорошими парнями, и я тоже. Моя мама меня не любит. Она всегда говорит: “Ты такой же, как твой отец. Ты выглядишь, как он, ведешь себя, как он, и в конечном итоге станешь таким же, как он”.

Терапевт предложил Трою рисовать карикатуры на его хорошего и плохого парней в различных взаимодействиях с другими хорошими и плохими персонажами. Он также посоветовал Трою обратиться к своему учителю и другу-подростку и вести с ними больше хороших бесед. Он помог Трою связаться с его школьным учителем рисования, который, в свою очередь, посоветовал Трою присоединиться к художественному клубу. Когда “хороший парень” стал доминировать в жизни Троя и он почувствовал себя лучше, терапевт задался вопросом, будет ли “хороший парень” когда-нибудь пытаться доминировать дома. Трой предпринял некоторые предварительные попытки, но, по его мнению, они не повлияли на отношение матери к нему. Это разочарование обсуждалось на сеансе терапии.

**Терапевт.** Я знаю, что ты разочарован. Но ты действительно делаешь все возможное, чтобы вести хорошие разговоры.

**Трой.** *(Ругается.)* Какой во всем этом смысл?

**Терапевт.** Ты единственный, кого игнорирует мать?

**Трой.** Нет. Она со всеми такая, но со мной хуже всего. Я ей просто не нравлюсь. *(Плачет.)*

**Терапевт.** Это очень болезненная мысль... Что она говорит о тебе?

**Трой.** Что я плохой.

**Терапевт.** Так ли это? Почему есть так много других людей, с которыми ты хорошо ладишь и которые думают, что с тобой все в порядке?

**Трой.** Я не знаю.

Терапевт работал с Троем над мыслью, что он хороший человек, но у его матери в это время могут быть личные проблемы, которые не позволяют ей выразить свою любовь. Возможно, когда он подрастет и она поймет, что он отличается от своего отца, она покажет, насколько это ее радует.

Трой пережил периоды гнева и горя, пытаясь приспособиться к отношению своей матери. Терапевт предложил Трое задавать себе вопросы, когда он почувствует злость или одиночество: “Что мне сказать себе, когда мама заставляет меня чувствовать, что я плохой?” и “Что мне нужно делать, чтобы позаботиться о себе и не облажаться из-за того, что я чувствую, что я плохой?”

Постепенно поведение Троя в школе улучшилось настолько, что он смог сдать все экзамены и перестал агрессивно себя вести. Его мать продолжала отказываться от терапии, но социальный работник, занимавшийся этим делом, сообщил терапевту, что мать сказала, что поведение Троя дома улучшилось.

Задача терапевта в такой ситуации — предоставить поддержку и инструменты для эмоциональной независимости. Это не означает, что нужно видеть ребенка каждую неделю, пока он не станет взрослым, и делать его зависимым от терапевтических отношений. Это значит постепенно помогать ему удовлетворять его потребности вне терапии, но быть рядом, когда ему нужна поддержка.

## Посредничество между детьми и родителями

Когда ребенок признается, что у него есть проблемы в отношениях с родителем, терапевт должен найти способ сообщить об этом родителю в безопасной форме и без ущерба для конфиденциальности ребенка.

Дети и подростки часто жалуются, что родитель, зачастую одинокий, для них недоступен. Терапевт может попытаться решить эту проблему на индивидуальной сессии с родителями, но не без того, чтобы сначала предоставить ему возможность пожаловаться на ребенка и выразить понимание по этому поводу. Это позволит терапевту задуматься о том, что, должно быть, трудно проводить время с ребенком, который заставляет чувствовать себя таким злым. Если это утверждение будет принято, можно будет перейти к вопросам об исключениях. Эти вопросы могут заставить родителя осознать, что дела идут лучше, когда он проводит с ребенком больше времени. Они также могут предоставить терапевту возможность поговорить о том, как дети в целом часто становятся лучше всего за несколько минут безраздельного внимания со стороны родителей. Иногда родители слишком злы, чтобы уделять им больше времени, но как только они наладят отношения с терапевтом, появится больше шансов, что они захотят внести некоторые изменения.

## **Семьи со стареющими родителями и/или взрослыми братьями и сестрами**

Процент пожилых людей в обществе быстро растет сегодня и будет продолжать расти в будущем. Поэтому люди, ухаживающие за стареющими родителями, все чаще консультируются с ориентированными на решение терапевтами [Bonjean, 1989, 1996]. Проблемы старения, как правило, связаны с негативными переживаниями, поскольку они влекут за собой потери и беспокойство для всех вовлеченных сторон. Забота о стареющих родителях может вызывать проблемы в отношениях между родителями и детьми, братьями и сестрами.

Бывают также случаи, когда взрослые братья и сестры обращаются к семейному терапевту, чтобы решить проблемы между ними. Описанная здесь базовая теория и практика ОРКТ применима ко всем этим семейным проблемам. Вот некоторые особенности, которые следует учитывать.

1. Не забывайте обращаться как к индивидуальным, так и к общим чувствам.
2. Помните, что стареющие родители и их взрослые дети стремятся сохранить максимальный контроль над своей повседневной жизнью. *Небольшое изменение может иметь большое значение.*

3. Думайте в категориях “и то и другое”, а не “или — или”.
4. Внимание пожилых родителей и их детей должно быть сфокусировано на том, что можно сохранить из настоящего или привнести из прошлого. Прошлое изменить невозможно, поэтому концентрация на будущем должна быть обоснованной при работе с людьми, которым реально грозит потеря или смерть в не столь отдаленном будущем. Думать, что *ничто не является негативным* или что *у людей есть врожденные сильные стороны*, чтобы помочь себе, намного полезнее.
5. Не стоит недооценивать людей преклонного возраста и относиться к ним как к детям.
6. Внимательно следите за своей реакцией, чтобы избежать чрезмерного отождествления или жалости. Помогите клиентам достичь их целей, а не ваших. Постоянно напоминайте себе, что *каждый клиент уникален*, и поэтому каждая семейная ситуация уникальна.

## Резюме

Работу с семьями нередко считают самым сложным видом терапии. Непросто объединить разных людей разных поколений и одновременно наладить между ними связь. Независимо от того, сколько членов семьи пришли на сеанс, вся семья всегда мысленно присутствует в комнате, и семейный терапевт должен осознавать их как личностей и учитывать их взаимодействие друг с другом. В ходе семейной терапии работа в команде является огромным преимуществом. Если команда недоступна, в конце сеанса терапевту необходимо сделать перерыв, чтобы собраться с мыслями и принять решение об итоговом послании и домашнем задании. Семейная терапия также является одной из наиболее полезных форм терапии, потому что всегда существует вероятность, что решения, принятые в настоящем, принесут семьям пользу и в будущем.

## ГЛАВА 10

# Работа с недобровольными клиентами

Саймон, 34-летний афроамериканец, был направлен на курс психотерапии по программе помощи сотрудникам его фирмы с 3-месячным испытательным сроком. Если бы он отказался, его уволили бы с хорошо оплачиваемой управленческой должности, на которой он проработал последние 12 лет. Причиной этого стало растущее количество жалоб от его сотрудников на пренебрежительное, агрессивное поведение по отношению к ним. Имелась также информация, что он сильно пил.

Когда Саймон пришел на первую сессию, от него несло перегаром. Он был настроен воинственно и жаловался, что с ним обошлись несправедливо. Саймон считал, что подчиненные пытаются избавиться от него, потому что он не терпит лени и плохой работы. Саймон стал руководителем своего отдела около года назад и за это время увеличил производство на 45%. Считал ли он себя суровым начальником? Он признавал, что иногда так оно и было, но он просто не мог понять, почему его сотрудники не могут выполнять простые задачи или эффективно использовать свое время. Саймон считал, что он относится ко всем справедливо и никогда не предъявляет ни к кому стандартов, которым он сам не соответствует. Он также категорически отрицал чрезмерное употребление алкоголя.

Саймон сказал, что он несогласен с претензиями, но решил прийти на терапию, поскольку у него есть жена и двое маленьких детей, за которых нужно нести ответственность. Когда я спросила, есть ли что-нибудь, о чем нам было бы полезно поговорить, он с сарказмом ответил: “Как заставить жену перестать тратить деньги, как будто они выходят из моды?” Я ответила, что если это вносит вклад в его общий стресс, то можно это обсудить. Он мог бы даже взять с собой жену, если бы она захотела. Саймон резко отрицательно отреагировал на это предложение.

Остаток часа мы провели, обсуждая, как Саймон мог бы продуктивно использовать время терапии, поскольку он решил подчиниться и прийти. Казалось, что чем больше я выражала уважение к его мнению о том, что у него нет проблем с гневом, и чем больше я давала ему свободы выбирать тему для терапии, тем больше он размышлял о своем поведении дома и на работе. К концу сеанса он решил, что ему было бы полезно научиться лучше справляться с разочарованием.

Когда Саймон пришел на вторую встречу, было очевидно, что он снова пил. Он рассказал об инциденте на работе, когда одна из сотрудниц повторила ошибку в процедуре, которую он обсуждал с ней на прошлой неделе. Ему удалось контролировать свой гнев в ее присутствии, но после он прокручивал эту ситуацию в голове до конца дня. “Почему она так поступила со мной?” — спросил он раздраженно. “Как вы определяете, намеренно ли она поступила так с вами или просто недостаточно хорошо изучила процедуру?” — спросила я. Он ответил, что понял это в один прекрасный день, и удивился, когда я спросила, ожидает ли он, что его сотрудники будут такими же успешными, как он сам. Для Саймона успех на работе заключался в том, насколько сильно человек старался, а не в том, чтобы быть лучше других.

На третьей сессии я заметила, что от Саймона не так сильно пахло. Он казался более расслабленным и начал жаловаться на жену. Он злился, что она почти каждый вечер после ужина уезжала с детьми из дома. Часто она просто везла их в торговый центр и, по его мнению, зря тратила деньги. Он не осуждал ее образ жизни, но чувствовал, что она намеренно саботирует его планы по обеспечению их будущего. Когда он поговорил с ней об этом, это привело к конфликту, который так и не был разрешен. Но он снова отверг мое предложение заняться этой проблемой в ходе терапии.

Саймон поделился болезненным воспоминанием детства, которое, по его словам, было вызвано моим вопросом о том, ожидает ли он от других достижений его уровня. Он рассказал, насколько отвергнутым и неадекватным он себя чувствовал во втором классе, потому что ему никогда не разрешали участвовать в кружке по чтению. Его заставляли сидеть в углу с книгой, отличной от той, которую читали остальные дети. Теперь он понимает, что его отделили от группы, потому что он уже умел читать. Он научился этому самостоятельно в четыре года. Однако в то время это казалось несправедливым наказанием, как и обязательное консультирование воспринималось как наказание за хорошее управле-

ние его отделом. Он также выразил гнев на своих сотрудников за то, что они жаловались на него вместо того, чтобы ценить его усилия, и за то, что они не сотрудничали с ним.

Мне было интересно, есть ли у Саймона какие-либо мысли о мотивах его сотрудников. Были ли у него подозрения, что им свойственны предубеждения? Саймон сказал, что цвет его кожи заставлял людей отвергать его, когда он был ребенком, и что он все еще чувствителен к несправедливости, которой подвергается чернокожий мужчина в белом обществе. Однако он не считал, что раса играет существенную роль в этой конкретной ситуации.

Следующие шесть встреч мы посвятили тому, как Саймон мог бы конструктивно справляться с гневом, когда был разочарован. Постепенно он становился более гибким в своих ожиданиях от других и выработал более дипломатичный стиль управления. Иногда он упоминал о своих разочарованиях дома, но в целом, похоже, и там он справлялся лучше. Время от времени от него все еще пахло алкоголем, но гораздо меньше, чем на предыдущих встречах. Через 3 месяца терапии он получил отличную оценку от заведующего отделением. Его сотрудники и руководители были единодушны в том, что он внес существенные изменения в свое поведение и что алкоголь больше не влияет на его обязанности. Я поздравила его с хорошей работой и с достижением цели. К моему удивлению, он ответил: "Спасибо, но теперь у нас есть большая цель, над которой нужно работать!" Он сказал мне, что его жена уже давно хотела поговорить со мной, но он не был готов. Я объяснила, что перед совместными сессиями я всегда провожу индивидуальный сеанс с партнером клиента, если я работала с клиентом некоторое время. Саймон согласился на это.

Его жена, Нэнси, пришла через два дня, и первое, что она сказала: "Понимаете, Саймон — алкоголик". Саймон каждый вечер выпивал пару банок пива, когда они только встретились, но за последние несколько лет употребление им алкоголя увеличилось пропорционально нагрузке на работе. Ситуация настолько вышла из-под контроля с момента его последнего повышения полтора года назад, что она уходила из дома, когда он приходил с работы, чтобы избавить себя и детей от его пьяной враждебности. За последние 3 месяца он сократил употребление алкоголя, но она чувствовала, что эта проблема все еще остается. Нэнси также считала, что нужно поработать над их коммуникацией, особенно в области финансов и способов разрешения споров.

Нэнси и Саймон продолжали терапию еще 8 месяцев. За это время Саймон перестал пить. Он настоял на том, чтобы сделать это раз и навсегда. Меня беспокоили возможные осложнения без фармакологической поддержки, но он был непреклонен. К этому времени я поняла ценность сотрудничества с ним. Он пошел на компромисс и согласился на госпитализацию, если его абстиненция станет настолько тяжелой, что это негативно скажется на Нэнси и детях. В итоге Саймон страдал от постепенно уменьшающихся головных болей в течение примерно 6 недель, пока не стал чувствовать себя комфортно в трезвости. Они с Нэнси договорились о некоторых целях, над которыми стоит работать, чтобы улучшить отношения, и были удовлетворены результатами.

Саймон был “не клиентом” (далее — “недобровольный клиент”), который решил стать клиентом. Он достиг не только собственных целей, но и целей своей жены, а также организации, которая его направила. Это идеальный результат, но так бывает не всегда. Однако, как показывает этот случай, в случае с недобровольными клиентами важно сотрудничать, действовать медленно и обеспечивать эмоциональный климат, способствующий установлению доверительных отношений. Использование вопросов, ориентированных на решение, должно быть второстепенным до тех пор, пока у клиента не возникнет мотивация обсудить некоторые цели терапии.

Некоторым специалистам может не понравиться мое решение работать с Саймоном, когда он был в состоянии алкогольного опьянения. По моему опыту, это в духе сотрудничества с клиентом и не мешает терапии в долгосрочной перспективе. В случае Саймона употребление алкоголя перед приходом на сеансы постепенно уменьшалось по мере того, как у него появлялось доверие к терапевту. Он занялся данным вопросом, когда был к этому готов, и сделал это успешно. Если бы никаких изменений в вопросе употребления алкоголя не произошло, я направила бы его на консультацию по алкогольной зависимости. Однако клиенты с гораздо большей вероятностью перестают отрицать проблемы после того, как устанавливаются доверительные отношения с терапевтом, чем когда они впервые приходят на терапию.



## Как понять, что клиент недобровольный

Основные причины, по которым клиенты не хотят проходить терапию, — они не чувствуют в ней необходимости и боятся. Например, это могут быть дети, которых родители приводят на терапию, люди, которых направляют врачи, пожилые родители, которых приводят взрослые дети, и клиенты, как Саймон, которых направляют работодатели или судебная система в связи с антисоциальным поведением.

Многие недобровольные клиенты думают, что на психотерапии им скажут, что они сумасшедшие или плохие. Некоторые не хотят обращаться к терапии, потому что это будет означать, что они недостаточно хороши, чтобы помочь себе самостоятельно. Клиенты иногда боятся, что попадут в зависимость от терапии и она никогда не закончится, если они согласятся начать. У многих людей нет лучшей причины не желать приходить, чем то, что кто-то сказал им это сделать. Большинство клиентов с самого начала отчетливо заявляют, что не хотят быть здесь, но некоторые делают вид, что сотрудничают, пока не становится очевидно, что у них нет мотивации к изменениям.

На первый взгляд может показаться, что успешно работать с людьми, которые не хотят здесь находиться, сложнее, чем с добровольными клиентами. Конечно, тот факт, что клиенты, обратившиеся самостоятельно, уже имеют некоторую степень мотивации, является преимуществом. Однако, как отмечают Тернелл и Эдвардс [Turnell, & Edwards, 1999, p. 33], “отношения имеют первостепенное значение для достижения результатов” с клиентами, которые не хотят здесь находиться. Поскольку эти отношения выстраиваются терапевтом, результат в такой же степени находится в руках терапевта, как и в руках клиента.

## Терапевтические отношения

Большинство недобровольных клиентов настроены враждебно (явно или скрыто) по отношению к человеку или системе, которая их направила, а также ко всем, кто с этим связан. Они воспринимают это как принуждение и осуждение. Многие клиенты, конечно, хотят, чтобы их ситуация изменилась к лучшему, и, возможно, захотят сделать что-то, чтобы это произошло. Однако им обычно предоставляют мало выбора относительно того, как и что изменить, и мало поощрения за усилия, которые не соот-

ветствуют ожиданиям тех, кто направил их на терапию. Такое сочетание факторов в конечном итоге приводит к тому, что их называют “сопротивляющимися” или “не приверженными терапии”, а это усиливает напряжение между ними и тем, кто пытается им помочь.

Представители судебной системы, работники социальных служб и специалисты в области психического здоровья обычно не являются злонамеренными и бесчувственными. Однако их отношения с клиентами зависят от требований и ожиданий их работодателей. Юристы должны прежде всего думать о защите общества; работники социальных служб, как правило, перегружены работой, и у них нет времени адаптировать интервенции к конкретным людям; специалисты в области психического здоровья обычно считают поведение клиентов патологическим и поэтому стремятся устранить эту патологию.

Особым вызовом для отношений терапевта и клиента, в случае с недобровольными клиентами, является необходимость установления альянса и удовлетворения потребностей как клиента, так и направившего его человека или службы [Rosenberg, 2000; Stanton, Duncan, & Todd, 1981; Tohn & Oshlg, 1996]. Клиентам сложно доверять нам, когда они воспринимают нас как агентов судебной системы или системы социального обслуживания. С другой стороны, те, кто их направил, часто незнакомы с философией ориентированного на решение подхода, и им необходимы время и терпение, чтобы ознакомиться с процессом, основанным на убеждении, что *небольшое изменение может привести к большим изменениям* или что *ничто не является полностью негативным*. Нам трудно сбалансировать позитивные отношения с клиентами и сотрудничество с другими заинтересованными лицами, периодически не ощущая противоречий в целях.

Недобровольные клиенты также с большей вероятностью будут представлять давние проблемы, связанные с несчастьями, находящимися вне их контроля, и/или с антисоциальным поведением. Поэтому иногда не просто поверить, что у клиентов есть сильные стороны и ресурсы, и сохранять обнадеживающую и непредвзятую позицию, необходимую клиентам для восстановления их собственных сил.

Клиенты должны почувствовать, что терапевтические отношения отличаются от отношений, которые у них обычно складываются с занимающимися ими специалистами. Эту разницу они почувствуют, когда поймут, что мы искренне заботимся о них, но в то же время устанавливаем профессиональные ограничения.

Примером таких ограничений может быть обязанность сообщить о жестоком обращении с детьми, incestе или повторных правонарушениях со стороны клиентов, находящихся на испытательном сроке или условно-досрочном освобождении. Мэрилин Лакорт предполагает, что для того, чтобы защитить отношения, можно попросить клиента сообщить о правонарушении самостоятельно, а не вынуждать терапевта сделать это. В таком случае клиент дает властям понять, что он берет на себя некоторую ответственность, и помещает терапевта в более нейтральную позицию.

Сталкиваясь с домашним насилием, я как терапевт стараюсь действовать в качестве защитника и жертвы, и совершающего насилие лица. Тот, кто совершает насилие, должен понимать, что я не оставляю правонарушения без внимания, однако, если между ним и его партнером возникает напряженность на сессии или дома, я забочусь о безопасности и клиента в связи с его действиями, и его жертвы. Разговаривая с потенциальной жертвой, я предлагаю план безопасности, а разговаривая с потенциальным обидчиком, я спрашиваю, чем я могу быть ему полезна в данный момент, чтобы он больше не подвергался преследованию со стороны властей.

Однако в конечном итоге послание, которое недобровольные клиенты должны получить от своего терапевта, ничем не отличается от послания любому другому клиенту. Оно основано на предположении, что терапевты не могут изменить клиентов, клиенты изменяются только сами. Понятно, что терапевт не может изменить и других, в том числе систему, направившую клиента на терапию, но это предполагает принятие и поддержку усилий клиентов в работе над ответственными решениями. Хотя это не панацея, часто это имеет большое значение для клиентов, которые не хотят проходить терапию.

## **Сотрудничество с недобровольными клиентами**

В ходе сотрудничества с недобровольным клиентом, который хочет избежать терапии, также затрагиваются теоретические и этические проблемы. Сотрудничество с такими клиентами — это терапевтическая стратегия, предназначенная для того, чтобы устранить сопротивление и дать клиентам ощущение принятия. Сотрудничая с недобровольным клиентом (принимая его нежелание быть здесь), можно ли считать, что мы объеди-

няемся с ним против направившей его системы, или же мы используем стратегию, чтобы заставить клиента выполнить ее требования?

Многие терапевты, работающие с недобровольными клиентами, делают это из своего альтруизма. Например, те, кто работает в сфере защиты детей, мотивируют это тем, что они хотят, чтобы дети были в безопасности и жили в их домах, если это возможно. С этой целью они будут сотрудничать с родителями, которые могут сначала отрицать предполагаемое физическое или сексуальное насилие, если дети уже в безопасности. Австралийские терапевты Тернелл и Эдвардс [Turnell, & Edwards, 1999, pp. 33–34], отмечают, что сотрудничество не означает принятие плохого поведения: “Вы сотрудничаете с человеком, а не подвергаете его насилию” и “Концентрируетесь на том, что ожидается, а не на том, что не так”. Этот фокус укрепляет доверие и чувство безопасности, необходимые клиентам для пересмотра собственных интересов, что в идеальном случае также должно пересекаться с целями источника направления.

Я сотрудничаю с теми, кто совершает насилие, прежде всего чтобы помочь женщинам жить безопасно с мужчинами, которых они выбирают в качестве партнеров. Исследования показывают, что примерно 75% женщин, подвергшихся избиению, возвращаются к своим партнерам после вмешательства полиции или пребывания в убежище [Feazell, Mayers, & Deschner, 1984; Purdy & Nickle, 1981]. Это кажется веской причиной помочь парам улучшить свои отношения и продолжить их в безопасных условиях [Lipchik, 1991; Lipchik & Kubicki, 1996; Lipchik et al., 1997].

Работая с парами, в которых один партнер совершал насилие, терапевты должны быть внимательны к способу сотрудничества как каждого из партнеров, так и пары в целом. (Не следует это понимать как оправдание насилия. Это попытка понять образ мышления человека и использовать его стиль взаимодействия.) Предложение Тернелла и Эдвардса [Turnell & Edwards, 1999] о том, что можно поддерживать человека, но не поддерживать насилие, которое он совершил, применимо и здесь. По моему опыту, такой подход оказался самым быстрым способом преодолеть отрицание и повысить личную ответственность. Более того, это повышает безопасность подвергшейся насилию женщины. У обидчика гораздо меньше причин мстить за то, что может раскрыть его партнерша, когда он чувствует, что терапевт принимает его историю так же, как и ее.

## Эмоции

Клиенты, пришедшие к нам против своей воли, обычно расстроены. Это необходимо немедленно признать и принять с сочувствием. Чтобы дать клиентам понять эту разницу, терапевт должен терпеливо выявлять их чувства, связанные с ситуацией. Здесь выражение чувств следует считать полезным, а не теоретически непоследовательным. Когда за высказыванием чувств следуют вопросы о том, чем терапевт может быть наиболее полезным и как клиенты хотят использовать время, отведенное для терапии, это обеспечивает наилучшую возможную основу для сотрудничества, а не для враждебных отношений. Более того, как обсуждалось в главе 4, возможность выплеснуть гнев или разочарование может освободить путь к решениям.

## Техники

Неуместное использование терапевтических техник может помешать развитию и поддержанию хороших рабочих отношений. Представьте себе, что вы спрашиваете об исключениях, когда клиент жалуется на то, что ему пришлось стоять под дождем в ожидании автобуса, чтобы приехать на терапию, которая ему вовсе не нужна!

Представьте, что вы задаете чудесный вопрос матери, у которой забрали ребенка из-за домашнего насилия и которая жалуется, что она прошла курсы по воспитанию детей и многое изменила, но эти изменения не оказались достаточно хорошими для социального работника, посещавшего ее дом.

Эти вопросы игнорируют чувства клиента. Я обнаружила, что преждевременное использование техник особенно раздражает недобровольных клиентов. Кажется, это заставляет их еще больше защищаться и тем самым усиливает их отвращение к терапии.

Правило, хорошо зарекомендовавшее себя на практике, — откладывать использование техник до тех пор, пока клиенты не будут готовы прояснить, о чем, по их мнению, было бы полезно поговорить. До тех пор задавать ориентированные на решение вопросы будет неэффективно.

## Система взаимодействия

Когда клиентов направляют на терапию по приговору суда, у терапевтов нет особого выбора, работать ли с ними или нет. Мы не можем отказать им до тех пор, пока у них не появится мотивация работать, хотя мы можем ставить такие условия в рамках собственной частной практики. Мы автоматически становимся частью системы, которая взяла под контроль жизнь клиентов, и мы должны понимать, что все участники этой системы в конечном итоге могут принести пользу клиенту, только если усилия будут скоординированы.

Возьмем, к примеру, Салли — ориентированного на решение терапевта, работающего в агентстве, которое оказывает услуги по реабилитации наркозависимых. Стэн, 32-летний мужчина, отбывавший испытательный срок за хранение и продажу марихуаны, был вынужден пройти терапию по этой программе в рамках своего приговора. Стэн жил со своей девушкой Нэнси и ее 10-летним сыном Алом. Ал учился в классе для детей с эмоциональными расстройствами и был зачислен в благотворительную программу, которая обеспечивала терапию ему и его семье. Салли стала частью работавшей со Стэном юридической и психотерапевтической системы, в которую входили судья, сотрудник службы пробации, психиатр Стэна, который прописывал лекарства от депрессии, социальный работник из программы Ала и семейный психотерапевт, с которым Стэн встречался каждые 2 недели вместе с Нэнси и Алом. В такой ситуации Салли приходится думать не только об использовании ориентированных на решение навыков. Вероятно, она принесла бы ему гораздо больше пользы, если бы считала себя частью системы. Более того, она тоже была связана постановлением суда. Ее терапия имела бы больший эффект, если бы она узнала, какой подход применяют другие специалисты в области психического здоровья и социальный работник. Обсуждали ли они употребление им марихуаны как зависимость или болезнь, пока она работала над небольшими шагами по повышению мотивации и постепенному снижению частоты курения? Если бы это было так, Стэн получил бы путаные послания, что быстро привело бы к рецидиву. Наконец, Салли было бы полезно знать ожидания судебной системы от ее работы со Стэном и ожидания ее собственного агентства. Иногда у агентства могут быть собственные представления о том, как нужно вести определенное дело, отличающиеся от представления терапевта.

Такой сложный процесс можно вести, руководствуясь системным мышлением [Bachrach, 1989; Frankel & Gelman, 1998; Kanter, 1989; Moxley, 1989; Raiff & Shore, 1993]. Кантер определяет ведение клинических случаев как “модальность психотерапевтической практики”, а не просто административную систему координации услуг. Райфф и Шор рассматривают ведение клинических случаев как “более сосредоточенное на изменениях, возможностях и темпах взаимоотношений”, чем общее ведение случаев. Они полагают, что этот процесс “строится на инфраструктуре общих навыков оценки, планирования, связывания, мониторинга и защиты и объединяет это с взаимодействием с клиентами, консультациями и сотрудничеством с другими клиницистами, индивидуальной психотерапией, психологическим просвещением и кризисным консультированием”.

Как и в общем случае, ведение клинических случаев предполагает, что интервенции должны осуществляться на “микроуровне” (личная/межличностная сфера), “среднем уровне” (институциональные/организационные/общественные вопросы) и “макроуровне” (социальная политика/государственное управление/вопросы культуры) [Frankel & Gelman, 1998, p. 12]. Такой подход к концептуализации случая учитывает системные процессы и помогает не заикливаться на содержании (что не так с идентифицированным клиентом).

Очевидно, что мы здесь говорим о сложных ситуациях, состоящих из переменных, которые могут больше расходиться, чем сходиться. Существует протокол, которому стоит следовать в случае жестокого обращения с детьми, но каждый случай уникален, когда речь идет о таких деталях, как семейные отношения, участие других заинтересованных лиц, а также экономические и культурные факторы [Alizur, 1996]. На рис. 10.1 представлена системная схема для картирования и отслеживания всех участников дела и их целей. Она предназначена для координации работы ориентированного на решение терапевта с работой других заинтересованных лиц и предотвращения получения клиентами противоречивых посланий.

С точки зрения ориентированного на решение подхода координация терапии означает фокусировку на процессе и обсуждение содержания. Харлин Андерсон говорит: “Ключ к успешному сотрудничеству — говорить с другими специалистами на языке их системы убеждений” [Wynn, McDaniel, & Weber, 1986, p. 298]. Другой способ подумать об этом состоит в том, что к участникам системы следует относиться как к клиентам.

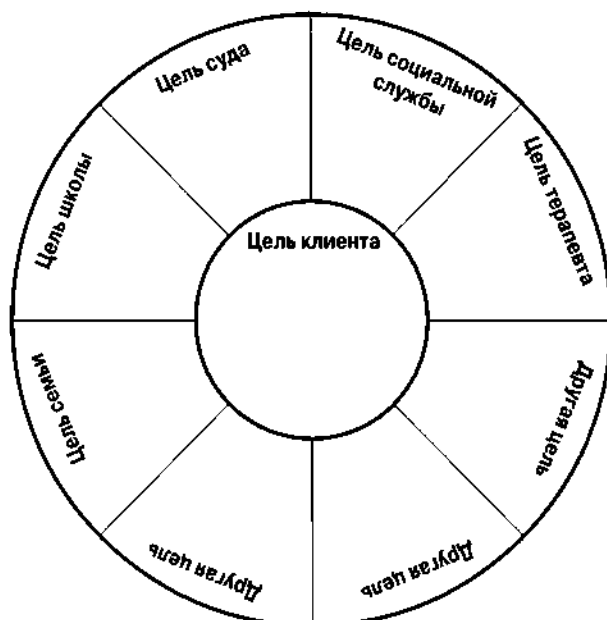


Рис. 10.1. Системная схема для картирования и отслеживания всех участников дела и их целей

## Случай из практики: Беатрис

Беатрис, ориентированный на решение семейный психотерапевт и сотрудница отдела поддержки приемных семей, пришла проконсультироваться по поводу семьи МакГи. Идентифицированным клиентом была Сьюзи, 9-летняя девочка, которая находилась в приемной семье в течение последних 2 лет. Прежде чем попасть в приемную семью, Сьюзи перенесла две кратковременные госпитализации и 3-месячное пребывание в лечебном центре в связи со вспышками гнева, поджогами и вообще неконтролируемым поведением дома и в школе. Ее мать, Ли, сильно пила, пока Сьюзи не забрали социальные службы, и последние полтора года она выздоравливала.

На протяжении 6 лет Ли жила с Томом, который также лечился от алкогольной зависимости. До того как они перестали пить, Том несколько раз избивал Ли до такой степени, что ей требовалась медицинская помощь. Ли так и не сообщила об этом в полицию, потому что в этих драках винила себя. Она страдала от рекуррентной депрессии, которая заставила ее отда-



литься от Тома и в итоге привела к суицидальной попытке, которая закончилась госпитализацией. Ли пыталась расстаться с Томом, но никогда не придерживалась своего решения дольше месяца или двух.

У Ли был еще один ребенок, 14-летний Дэвид, — тихий мальчик с некоторыми трудностями в обучении. У него был другой отец.

Агентство, в котором работала Беатрис, хотело, чтобы Сьюзи воссоединилась со своей семьей как можно скорее, потому что социальный работник оказывал на них давление. Сьюзи очень хорошо себя чувствовала в приемной семье и в школе в течение 6 месяцев. Однако ее поведение дома оставалось непредсказуемым. Похоже, это зависело от эмоционального состояния Ли.

Ниже приведены вопросы, которые предложил консультант. В них отражен подход, ориентированный на решение.

1. Кто идентифицированный пациент и чего он хочет?

*Ответ*

Сьюзи — идентифицированный пациент. Она хочет жить со своей мамой, Томом и Дэвидом.

2. Кто еще вовлечен в это дело и чего он хочет?

*Ответы*

А. Семья — Ли, Том и Дэвид. Они хотят, чтобы Сьюзи вернулась домой.

Б. Приемные родители. Они хотят, чтобы Сьюзи осталась с ними. Они даже готовы ее удочерить.

В. Терапевт Сьюзи. Она хочет, чтобы девочка осталась в приемной семье. Психиатра не было, так как Сьюзи больше не принимает лекарств.

Г. Социальный работник. Она хочет, чтобы Сьюзи вернулась домой.

Д. Школа. Не было никаких проблем из-за того, где живет Сьюзи, пока она продолжала хорошо вести себя в школе.

Е. Агентство, в котором работает Беатрис. Беатрис получила указание облегчить возвращение Сьюзи домой, если это вообще возможно.

Ж. Беатрис. Она хочет помочь Сьюзи и семье достичь своих целей, но, если это возможно, совместно со своими коллегами. Она также хочет, чтобы ее работодатель был доволен.

Если разные части системы преследуют противоположные цели, вряд ли удастся найти решение, удовлетворяющее всех. Поэтому консультант в качестве связующего звена предложил рассмотреть, что уже получается у Сьюзи и ее семьи.

3. Что получается?

*Ответ*

Сьюзи хорошо себя ведет в приемной семье и в школе уже 6 месяцев. Мама и Том не пьют больше года, и физического насилия больше нет. У мамы хорошие отношения с ее терапевтом и психиатром. Дэвид не создает проблем.

4. Как можно подкрепить эти изменения, чтобы Сьюзи могла вернуться домой и хорошо себя вести?

*Ответ*

Поскольку поведение Сьюзи, по-видимому, было связано с депрессией матери и поскольку депрессия возникала только тогда, когда Ли жила с Томом, имело смысл, чтобы Ли прекратила отношения с Томом. Но в прошлом у нее это не получалось, и это не было заявленной целью семьи.

Затем консультант предложил рассмотреть дело с точки зрения матери. Пытаясь ответить на вышеупомянутые четыре вопроса о Ли, Беатрис поняла, что ей нужно собрать больше информации. На следующей консультации она смогла предоставить такую информацию.

1. Кто клиент и чего он хочет?

*Ответ*

Ли — клиентка. Она хочет жить с детьми и с Томом. Она не хочет выбирать между Томом и Сьюзи.

2. Кто еще вовлечен в это дело и чего он хочет?

*Ответы*

А. Том. Он хочет жить с Ли и ее детьми без конфликтов. Он надеется, что депрессия Ли закончится, потому что она негативно влияет на их отношения.

Б. Психиатр Ли. Он твердо убежден, что Ли должна прекратить отношения с Томом. Он уже два года пытается убедить ее в преимуществах этого.

- В. Терапевт Ли. Она работает в тандеме с психиатром и также убеждает Ли оставить Тома.
  - Г. Социальный работник. Она также убеждена, что выходом из этой ситуации является то, что Ли оставляет Тома.
  - Д. Беатрис. Она хочет помочь семье достичь своей цели. Кроме того, она хочет координировать свою работу с коллегами и достичь цели своего агентства.
3. Что работает?

*Ответ*

Иногда Ли не находится в депрессии. В такие моменты она может справиться с Сьюзи. В отношениях Ли и Тома есть положительные стороны. Беатрис считает, что Ли и Том очень тянутся друг к другу и искренне заботятся друг о друге несмотря на ссоры. У них есть некоторые общие цели, в том числе трезвость, и они во многом поддерживают друг друга. Они хорошо распорядились теми небольшими деньгами, которые у них были.

4. Как можно усилить эти положительные моменты, чтобы изменить депрессию Ли?

*Ответ*

Собирая информацию, Беатрис узнала, что уже несколько лет Ли разрывается между тем, чего, по ее мнению, она хотела (остаться с Томом), и тем, что ее психиатр и терапевт считали для нее наилучшим (оставить его). Ли высоко ценит обоих этих медицинских работников, но периодически дилемма становилась настолько невыносимой, что она подумывала о самоубийстве. Во время госпитализации она все больше убеждалась в том, что должна покинуть Тома, и принимала решение действовать соответствующим образом, когда ее выпишут. Но через некоторое время она начинала по нему скучать и предлагала ему вернуться. Ли всегда было очень стыдно, когда она приглашала Тома обратно, потому что чувствовала, что разочаровала своих терапевта и психиатра. Постепенно это приводило к депрессии, и цикл повторялся. Том рассказал, что очень расстраивается, когда Ли начинает от него отдаляться. Они начинают драться, и с Сьюзи становится заметно сложнее справиться. Том реагирует на Сьюзи, становясь более строгим, а Ли компенсирует это тем, что уступает больше.

Теперь стало очевидно, что для разрешения этой ситуации необходим другой план лечения. Один из вариантов заключался в том, чтобы посмотреть, изменится ли ситуация для семьи, если Ли и Том внесут некоторые изменения в свои отношения. Парная терапия никогда не предлагалась, потому что терапевт и психиатр рассматривали случай с психодинамической точки зрения и работали над укреплением эго Ли, чтобы она могла оставить Тома. Учитывая эти цели, Беатрис задавалась вопросом, как ей получить необходимую поддержку от других специалистов для направления Ли и Тома на парное лечение.

Вместе с консультантом Беатрис разработала план беседы с другими профессионалами, основанный на использовании их точки зрения или на сотрудничестве с ней.

Я звоню, чтобы спросить, как, по вашему мнению, поживает Ли, потому что нам нужно принять некоторые решения относительно Сьюзи. Я знаю, что Ли и Сьюзи, кажется, чувствуют себя лучше, когда Тома нет дома, но у Ли, похоже, недостаточно сил, чтобы оставить его навсегда. По шкале от 0 до 10, где 10 означает "отлично", а 0 — "наихудшее из возможного", на какой балл вы бы оценили силу эго Ли сейчас по сравнению с тем, когда вы начали с ней работать? *(Вероятность того, что будет сообщено о некотором прогрессе.)* Да, я тоже заметила небольшой прогресс, и я думаю, что ее работа с вами действительно окупается. Кажется, что лекарства стабилизировали ее состояние и продолжается выздоровление от алкоголизма. На меня оказывают давление, чтобы я вернула ее домой. Что вы об этом думаете? *(Другие специалисты, вероятно, сочтут, что Сьюзи необходимо остаться в приемной семье. Затем Беатрис попытается заручиться их поддержкой другой стратегии, направленной на укрепление эго Ли и стабилизацию поведения Сьюзи в доме Ли.)* Разговаривая с Ли, я всегда замечала, что в их отношениях с Томом происходит много хорошего несмотря на плохое. Его восстановление, похоже, тоже идет хорошо. Она поделилась этим с вами?

Я знаю, что у нее с вами очень хорошие отношения, и она очень старается вам угодить, но в то же время мы все знаем, что она пассивно-агрессивная. Я консультировалась по этому поводу и хотела бы знать, не присоединитесь ли вы ко мне, чтобы обсудить с Ли другой подход, просто в качестве эксперимента. Возможно, если бы мы попытались перестать

оказывать давление на Ли, чтобы она оставила Тома, она почувствовала бы себя менее склонной сопротивляться этому. Это может дать ей свободу сделать другой выбор, чем просто противостоять нам. У нее также могут быть некоторые идеи о том, что ей и Тому нужно, чтобы жить вместе более мирно.

Предложение состоит в том, чтобы все, кто работает с Ли, сказали ей по-своему, что мы пришли к пониманию, что она действительно хочет быть с Томом, потому что для нее хорошее в отношениях, кажется, перевешивает плохое. Поскольку теперь мы это понимаем, мы хотим попытаться помочь ей и Тому во всем разобраться. Мы могли бы предложить им парную терапию, чтобы улучшить отношения.

Беатрис также пришлось привлечь к участию в этом эксперименте окружного социального работника. В прошлом они довольно хорошо работали вместе, однако в данном случае социальный работник отказался. Он не верил, что Ли способна измениться, и начал угрожать Ли дальнейшими судебными ограничениями, такими как строгое ограничение свиданий с Сюзи, свидания под присмотром и даже лишение родительских прав, если она не покинет Тома. Терапевт ожидала, что социальный работник будет категорически против предложенного плана. Затем Беатрис и консультант запланировали начать разговор с социальным работником следующим образом.

Я знаю, что вы работали с Ли. Мы все очень старались, но мы ожидали большего прогресса. Мы разочарованы. Недавно я консультировала вас по этому поводу, и мне интересно, рассмотрите ли вы возможность эксперимента. В него также войдут психиатр и индивидуальный терапевт. Стоит сделать еще одну попытку — сделать что-то другое, — поскольку пока ничто не помогло Ли и Тому вернуть Сюзи домой. Это маловероятно, но если все сработает, это ускорит процесс, и вам не придется проходить через запутанные судебные процедуры. Я не уверена, что вы с этим согласитесь, но я уже видела, как этот подход работал в тупиковых случаях.

Естественно, нет никакой гарантии, что такой разговор произведет желаемый эффект, но есть шанс, что само внушение внесет небольшое изменение в их мышление, которое сможет привести к другим изменениям.

В случае с семьей МакГи специалисты согласились пойти навстречу Беатрис. Ли и Том посещали сеансы терапии для пар в течение 6 месяцев,

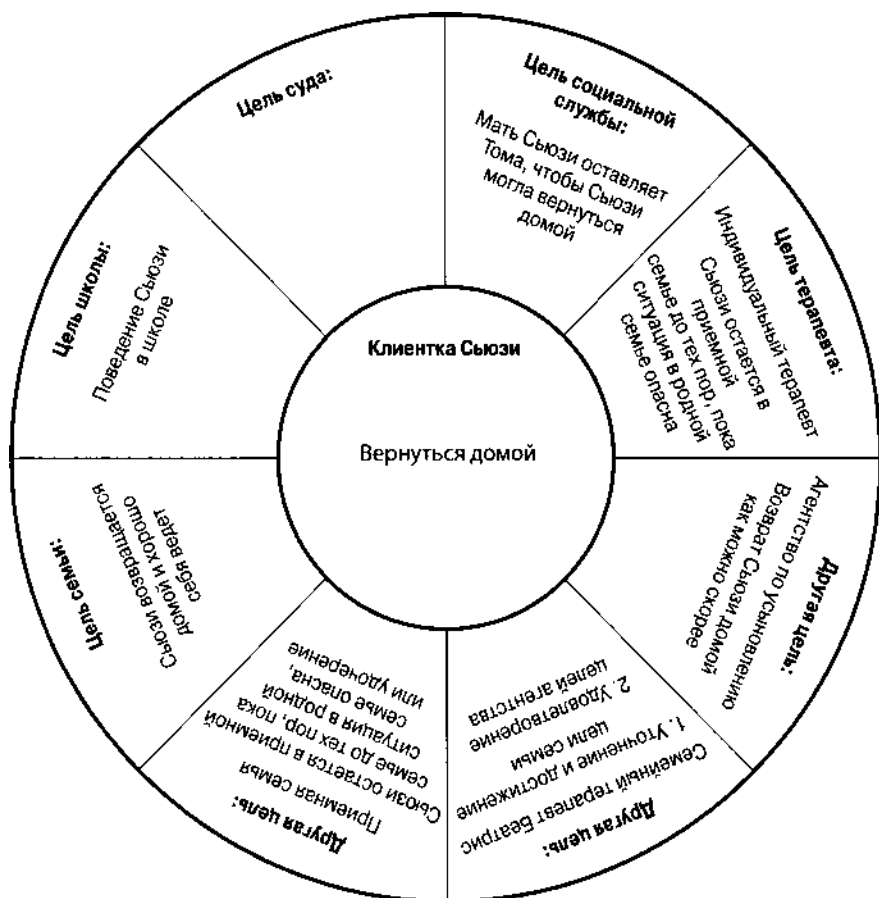


Рис. 10.2. Взаимодействие частей системы терапии (клиентка Сьюзи)

и ближе к концу Ли самостоятельно приняла решение прекратить отношения с Томом. Она осознала, что его ожидания слишком завышены, чтобы она могла их оправдать. Том согласился, что Ли неспособна удовлетворить его эмоциональные потребности. После того как пара рассталась, Ли не стала просить Тома вернуться. Сьюзи возвратилась домой, и Ли смогла с ней справиться.

Идея о том, что Беатрис, семейный терапевт, должна взять на себя ответственность за косвенное вмешательство в систему терапии, несомненно, вызывает некоторые вопросы. Обычно мы думаем, что коллеги, как и клиенты, должны открыто говорить друг с другом и обсуждать свои раз-

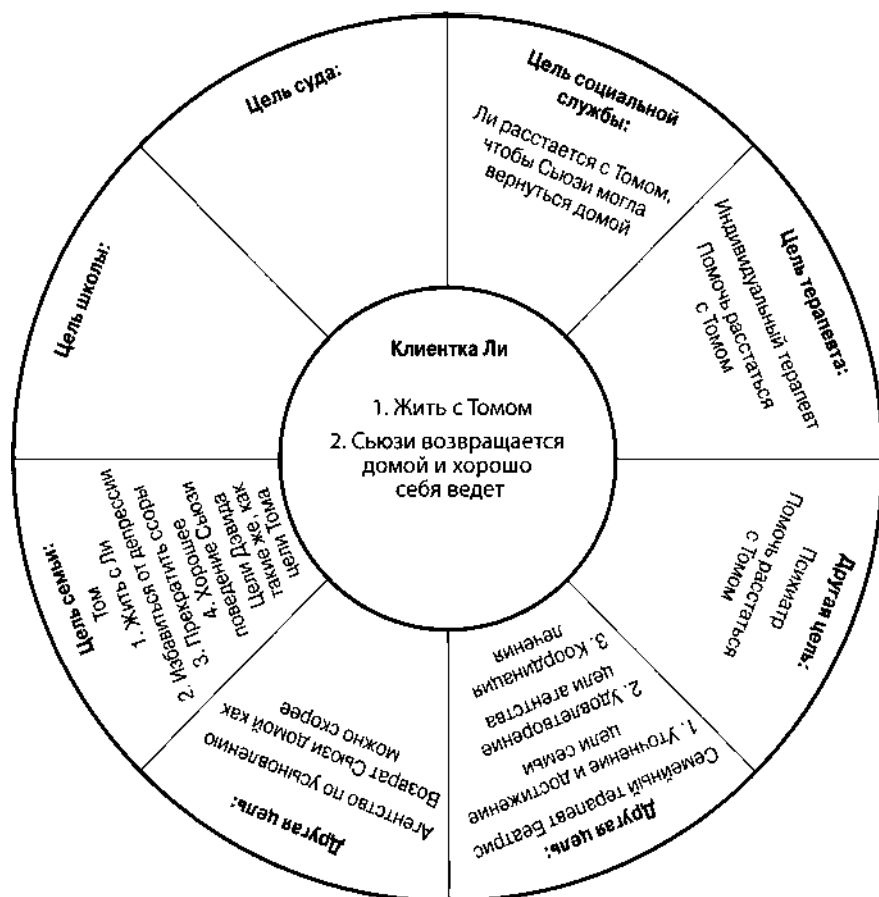


Рис. 10.3. Взаимодействие частей системы терапии (клиентка Ли)

ногласия. Конечно, это всегда предпочтительный путь, особенно если все профессионалы разделяют общую теоретическую ориентацию, но в профессиональных отношениях, как и в личных, иерархические и другие проблемы часто препятствуют прогрессу.

Системная координация требует способности сделать шаг назад и взглянуть на взаимодействие всех частей системы, как семьи, так и профессионалов (рис. 10.2 и 10.3). Это опыт семейных терапевтов. Многие специалисты в области психического здоровья обучены рассматривать проблемы как присущие конкретному клиенту. Если дело зашло в тупик и один человек обладает опытом, которого нет у других, его предложение не

всегда может быть воспринято непредвзято. Тем не менее он обязан перед клиентами найти способ убедить коллег попробовать это при условии, что это делается в уважительной манере и никого не подвергает опасности.

## Резюме

Для работы с недобровольными клиентами необходимы экосистемное и ориентированное на решение мышление. Данная терапия напоминает семейную, поскольку нужно помочь сторонам с разными потребностями и желанием достичь одной цели. Что делает ее более сложной, чем семейная терапия, так это отсутствие объединяющего ресурса (например, семейных связей), который мог бы обеспечить основу для принятия решения. Напротив, клиенты обычно воспринимают свои отношения с помогающими практиками и законом как враждебные. Модель, ориентированная на решение, возможно, не всегда является ответом в описанных здесь сложных случаях, но ее ориентация на индивидуальные сильные стороны и процесс взаимодействия предоставляют ей шанс избежать тупика или неудачи.



# Долгосрочные случаи

**Ч**то означает “долгосрочный случай”? Предполагается, что перед началом терапии необходимо определить различия, которые позволяют классифицировать случай как краткосрочный или долгосрочный. Такой образ мышления несовместим с теорией и практикой, ориентированными на решение. Хотя модель Института психических исследований и ОРКТ известны как краткосрочные модели, “краткосрочность” в этом смысле является побочным продуктом их сфокусированного подхода, а не намерения работать как можно быстрее. Основная цель терапии — эффективное решение проблем. Фактически предубеждения о потенциальной продолжительности случая препятствуют сотрудничеству с клиентами и подрывают предположение о том, что терапевты не могут изменить клиентов, клиенты изменяются только сами.

Например, вполне логично думать, что терапия клиента, который только что потерял ногу в результате несчастного случая и больше не может работать на прежней работе, будет “долгосрочной”. В таких обстоятельствах большинству людей может потребоваться много терапевтической поддержки в течение продолжительного времени, пока они скорбят о своих потерях. Однако есть люди, которые прежде всего ценят самопомощь. Для них продолжительная терапия только усугубляет проблему, указывая на потерю независимости. Все, что им может понадобиться, — это понимающий слушатель, комплименты о том, как хорошо они преодолевают трудности, и напоминания о навыках, которые они могут использовать сейчас и в будущем.

С другой стороны, если мать-одиночка в начале терапии заявляет о своей цели: “Я хочу, чтобы мой трехлетний сын спал в своей постели”, можно подумать, что терапия станет краткосрочной. Однако эта цель может быть жалобой (содержанием), затрагивающей гораздо больше, чем просто привычки ее ребенка (например, общий недостаток ее ассертивности).

Насколько краткосрочной будет терапия, зависит от того, удовлетворяет ли клиента решение заявленной проблемы (содержание), заявляет ли он о других проблемах, связанных с процессом, а также от его способности и готовности меняться.

Существуют ситуации, в которых продолжительность терапии определяется направляющей организацией, например в некоторых случаях — компаниями, оказывающими медицинские услуги, или судами. Компании, занимающиеся медицинским обслуживанием, часто определяют, что лечение продлится не более шести или десяти сеансов, в то время как судьи могут назначить лечение на срок до года и более. Любое из этих предписаний может привести к неадекватному обслуживанию, поскольку продолжительность терапии должна определяться потребностями клиентов, а не временным интервалом. В таких случаях лучше всего обсудить вопрос с клиентами. Что будет наиболее полезно, если разрешено только шесть сеансов? Что станет наилучшим результатом, если цели будут достигнуты до истечения одного года обязательного лечения? Клиентам нужно знать, что они должны выполнить свои обязательства, но они могут помочь определиться с курсом.

Отдельный случай в ОРКТ может длиться месяцы или годы, но он отличается от того, что традиционно считается долгосрочной терапией, поскольку состоит из приливов и отливов контакта в зависимости от потребностей клиента, а не периода непрерывных посещений еженедельно или раз в 2 месяца. Каждый эпизод терапии имеет свою цель, которая способствует достижению конечной цели.

Например, рассмотрим случай мужчины, ухаживающего за своей женой, состояние которой ухудшается из-за рассеянного склероза. Врач направил его на терапию из-за связанных со стрессом соматических симптомов. Однако клиент говорит, что все, чего он хочет от терапии, — это быть терпеливее со своей женой. Лечение может быть очень коротким, если клиент определит, что происходит иначе в те моменты, когда он обнаруживает себя более терпеливым (скажем, когда позволяет себе побыть немного времени вдали от нее). Несколько посещений — это вся помощь, которая может ему понадобиться.

С другой стороны, он может не знать, в чем заключается разница, или может знать, но не предпринимать дополнительных действий. Тогда этот первый этап терапии может длиться несколько месяцев, пока клиент не достигнет своей цели. После этого контактов может быть меньше или

не быть вообще, пока клиент не почувствует, что у него снова проблема. Жена тем временем, возможно, будет помещена в дом престарелых. Клиент может почувствовать, что ему нужна передышка в ежедневных посещениях жены, но не знает, как ей об этом сказать. И снова цель должна быть уточнена, и клиент может найти решение быстро или искать его медленно. Краткосрочную терапию определяет лежащая в ее основе философия помощи клиентам с использованием их сильных сторон и возможности оставаться максимально самостоятельными.

Прежде чем рассматривать типичные ситуации, требующие контакта терапевта с клиентом в течение длительного времени, возможно, было бы полезно рассмотреть, как определить, что случай готов к завершению.

## Завершение: проблема клиента

По моему опыту, когда краткосрочная терапия проходит успешно, терапевты и клиенты практически одновременно приходят к пониманию, что пришло время прекращать встречи. В этот момент клиенты могут почувствовать, что им не о чем говорить, а терапевты могут заметить, что слишком часто спрашивают клиентов, что они будут делать, чтобы предотвратить проблемы в будущем или решить их, если они возникнут снова. Однако иногда завершение проходит не так однозначно.

Самое очевидное — когда клиенты признают, что достигли своей цели, но не завершают терапию, потому что опасаются рецидива. Когда это становится очевидным — либо потому, что клиент говорит об этом прямо, либо потому, что он начинает представлять новые проблемы, — возникает еще одна задача, которую необходимо решить. Чтобы прекратить общение с терапевтом, клиенту нужно развить в себе уверенность.

Когда опасения выражаются открыто, полезно их нормализовать и предложить еще одну встречу через месяц с возможностью ее отмены, если в ней не будет необходимости.

Когда страх завершения терапии выражается в описании новой проблемы, сначала следует определить, связана ли она с процессом, который клиент только что успешно прошел. Успешное решение одной проблемы могло придать клиенту смелости столкнуться с совершенно другой. Однако, если клиент только что нашел успешный способ справиться с гневом и представил новую связанную с ним проблему, можно ему напомнить о навыках, которые он только что приобрел. Однажды я работала с клиенткой,

которая могла помочь сама себе, но после двух завершающих сеансов нашла повод прийти еще на одну встречу. В конце концов, я сказала ей, что в следующий раз, когда она позвонит, я увижусь с ней, только если она сначала расскажет мне, что за это время успешно решила две проблемы. Она сказала: “Вы просто больше не хотите меня видеть”. Я ответила: “Нет. Я хочу, чтобы вы были уверены, что сможете помочь себе самостоятельно. Пока вы видитесь со мной, у вас нет такой уверенности”.

## **Завершение: проблема терапевта**

Терапевты обычно определяют, закончилась ли терапия, когда видят, что клиенты достигли того, за чем пришли. Если это не так, терапевту вместе с клиентами нужно еще раз определить, чего те хотят, и исходить из этого.

Однако консультации с ориентированными на решение терапевтами позволили мне осознать тот факт, что некоторые из них считают, будто случай “застрял”, хотя на самом деле он уже давно закончился. Следующая история является типичным примером.

## **Случай из практики: консультация с Джо**

Джо обратился за консультацией по поводу случая, который он наблюдал в течение полутора лет. Он чувствовал, что в целом ситуация улучшилась, но не хватало чего-то, что мешало клиентке полностью достичь своей цели.

Когда Джо впервые провел консультацию с Мэнди, 28-летней одинокой женщиной, она была безработной. Она пробовала себя в разных видах работ и бросала их, потому что они ее не удовлетворяли. У нее также были отношения с мужчиной, который, как ей казалось, ее использовал. У Мэнди были симптомы депрессии, и она сказала, что не знает, кто она и чего хочет от жизни. Когда Джо спросил ее, как она поймет, что ей больше не нужно приходить, она ответила, что будет работать там, где ей нравится, будет чувствовать удовлетворенность жизнью по крайней мере 80% времени и будет в отношениях, в которых будет чувствовать себя ценной.

Мэнди решила в первую очередь сосредоточиться на своей ситуации с работой. В течение полугода (10 занятий) она работала хостес в сети ресторанов, и ей это нравилось. После первых десяти сеансов Мэнди сообщила, что эта работа улучшила ее удовольствие от жизни с 25 до 50%.

Вскоре после этого она решила прекратить отношения. Мэнди приняла несколько попыток познакомиться с новым мужчиной, но после неудачи решила, что лучше будет одинокой, чем с ней будут плохо обращаться.

В течение следующих 5 месяцев во время терапии она горевала об отношениях, но также начала определять свои ожидания от будущего. Начав встречаться с другим мужчиной, который был к ней более внимателен, она использовала терапию, чтобы научиться делать выбор самостоятельно. Ее отношения с новым парнем хорошо развивались благодаря их способности обсуждать разногласия и договариваться. К тому времени как Мэнди работала с Джо уже год, ее оценка удовлетворенности жизнью колебалась между 75 и 80%, за исключением тех случаев, когда она испытывала некоторый стресс на работе или в отношениях. Тогда на короткие периоды этот показатель мог опускаться до 50 или 60%.

Джо описал клиентку как привлекательную молодую женщину, которая очень зависела от его утешений. Он осознавал, насколько хорошо идут ее дела, но был обеспокоен тем, что Мэнди еще не чувствовала себя достаточно уверенной в себе, а ее удовлетворенность жизнью не была стабильной на уровне 80%. Консультация была сосредоточена на следующих моментах.

### *Ситуация с работой*

**Консультант.** Судя по всему, клиентка решила сделать карьеру, и ей это нравится. Какова природа стресса, который она испытывает на работе? И, как вы думаете, способна ли она с ним справиться?

**Терапевт.** Ее проблемы не являются чем-то необычным для руководящей должности. Обычно она обсуждает со мной, как с ними справляться. Она стала очень способной.

**Консультант.** Значит, она трезво рассуждает?

**Терапевт.** Да, но она не уверена, что это трезвое рассуждение.

**Консультант.** Как вы считаете, по шкале от 1 до 10, где 10 означает максимальную уверенность в себе, насколько она сможет справиться с проблемами?

**Терапевт.** На 8... 9...

**Консультант.** И насколько, по вашему мнению, Мэнди уверена в себе?

**Терапевт.** Ну, иногда ей кажется, что на 10, но когда что-то идет не так, опускается до 2 или 3. Хм-м-м... Думаю, она все равно склонна слишком остро реагировать... это ее стиль.

В этот момент Джо осознал, что это он слишком остро реагирует на чрезмерную реакцию Мэнди и что ему нужно реагировать на нее с большей уверенностью в ее силах.

### *Отношения*

Джо также беспокоился о стабильности отношений Мэнди, потому что ее парень еще не предложил ей переехать к нему. Консультант поинтересовался, есть ли признаки того, что Мэнди снова используют, и Джо сказал, что, похоже, их нет. Молодой человек казался искренним и заботливым, но неготовым к полной самоотдаче до тех пор, пока через 6 месяцев не получит степень магистра.

**Консультант.** Как вы думаете, что нужно Мэнди в плане отношений?

**Терапевт.** Примерно то, что она получает. Я просто не хочу, чтобы ей снова причинили боль.

**Консультант.** Судя по вашим словам, шансы кажутся довольно небольшими.

**Терапевт.** Пожалуй...

**Консультант.** А если бы он действительно причинил ей боль, как, по вашему мнению, она бы с этим справлялась? Так же, как тогда, когда вы с ней познакомились?

**Терапевт.** Намного лучше. Работа приносит ей удовлетворение, и у нее появилось больше друзей.

И снова Джо осознал, что слишком опекает свою клиентку.

### *Наслаждение жизнью*

Мэнди не сообщала постоянно об удовлетворенности жизнью на 75%.

**Консультант.** Что произошло бы, если бы она это сделала?

**Терапевт.** Пора было бы прекратить.

**Консультант.** Как вы думаете, клиентка хочет прекращения?

**Терапевт.** Нет, я думаю, она боится, что не справится.

**Консультант.** Как вы относитесь к завершению терапии с ней?

Джо теперь понял, что он также имеет дело с некоторыми проблемами сепарации с Мэнди и что он сыграл важную роль в ее зависимости от терапии.

Консультант поинтересовался, что Джо делал бы в текущей ситуации, если бы Мэнди через месяц пришлось переехать в другой город или у нее закончились страховые выплаты? Джо знал, что ему нужно было бы меньше реагировать на неуверенность Мэнди и больше поддерживать ее сильные стороны. Для достижения этой цели Джо пришлось бы нормализовать наличие стресса на работе и проблем в отношениях и вернуть Мэнди в те времена, когда она успешно справлялась с подобными проблемами. Джо понял, что ему еще предстоит поработать с Мэнди над тем, как действовать в определенных ситуациях в будущем. Он думал, что в течение нескольких сеансов будет мягко завершать терапию с заверением, что дверь для Мэнди всегда будет открыта, если ей понадобится помощь.

Джо также пришлось признать, что ему нужно будет пережить потерю отношений с Мэнди и взглянуть на это в правильной перспективе. У него хватило смелости признать, что, скорее всего, он не рассматривал возможность завершения терапии раньше, потому что Мэнди — привлекательная молодая женщина, чьей компанией и восхищением он наслаждался. Нет ничего необычного в том, что, когда терапевты привязываются к клиентам по личным причинам, краткосрочная терапия может превратиться в долгосрочную.

## **Самодиагностика терапевта для завершения терапии**

Одной из особенностей ОРКТ и других моделей, в которых клиенты сами определяют, чего хотят от терапии, является то, что они способны поддерживать нашу честность. Действительно принимая мнение клиентов о том, чего они хотят от терапии и что в их жизни изменяется, мы не будем видеться с ними дольше необходимого. Чем раньше клиенты почувствуют, что больше не нуждаются в терапии, тем сильнее и компетентнее они будут ощущать себя.

Наиболее распространенной причиной перехода краткосрочных случаев в долгосрочные является то, что терапевты забывают, что у *клиентов есть сильные стороны и ресурсы для помощи себе*. Терапевты иногда могут проявлять перфекционизм или чрезмерную опеку и продолжать принимать клиентов дольше, чем нужно. Они хотят быть уверенными, что с клиентами все в порядке, и закрепить изменения, но одновременно транслируют мысль: “Я не верю, что с вами все будет в порядке без меня”.

Идеальное завершение терапии происходит, когда клиенты сообщают о найденном решении, терапевт назначает им встречу через месяц, решение все еще работает и клиенты с терапевтом пожимают друг другу руки и прощаются. Чтобы иметь как можно больше идеальных завершений и поддерживать терапию максимально краткосрочной, необходим открытый анализ собственных чувств по отношению к клиентам. Нужно спросить себя: “Продолжаю ли я с ним видиться, потому что он об этом просит, а мне нравится доставлять людям удовольствие? Он — интересный или сексуально привлекательный человек, с которым мне нравится находиться рядом? У него есть разрешение на десять сеансов, и хотя его проблема решена за шесть, доход от нескольких сеансов пойдет мне на пользу и не принесет ему вреда? Хочу ли я, чтобы он достиг каких-либо целей, которые, как я думаю, принесут ему пользу, но которые не были обозначены?”

Конечно, в некоторых ситуациях мы можем поспешно прекращать работу с клиентами, потому что они нам не нравятся, мы чувствуем, что не справляемся с ними, или даже боимся их.

## Клиенты с хроническими проблемами

Клиенты с хроническими физическими или эмоциональными проблемами различаются способностями к самостоятельным действиям. Одни из них могут работать и обеспечивать себя материально, в то время как другие зависят от страхования по инвалидности. Они могут обратиться за психотерапией по личной инициативе или получить направление от помогающего специалиста.

Одной из многих тягот хронического заболевания является ярлык, который при этом навешивается на человека. Такая проблема со здоровьем может привести к заниженной самооценке или предубеждениям со стороны других. Это влияет на ожидания и, следовательно, на потенциальную



продуктивность. Философия, основанная на сильных сторонах и лежащая в основе ОРКТ, в этих случаях является полезным подходом, поскольку предполагает, что *каждый клиент уникален* и, следовательно, уникален в своих возможностях для изменения.

Я лично столкнулась с ситуацией, когда клиент, у которого 9 лет назад была диагностирована хроническая депрессия, полностью выздоровел и изменил образ жизни после переоценки и работы с ориентированным на решение терапевтом, выявившим его сильные стороны. Этот случай является исключением, но свидетельствует о том, что необходимо сохранять открытость по отношению к каждому клиенту, с которым мы работаем.

## Случай из практики: Вирджиния

Случай Вирджинии — это пример того, как ярлыки могут скрывать сильные стороны и важность отношений терапевта и клиента в долгосрочной терапии [Kreider, 1998]. Вирджинию, 42-летнюю женщину на социальном страховании по инвалидности, социальный работник направил на терапию в связи с неконтролируемым гневом. У нее был сильный избыточный вес, она перенесла операцию по устранению расщелины нёба и плохо ходила из-за косолапости. Ее биологическая мать умерла, когда Вирджинии было 3 года. Через пару лет отец снова женился. Он и ее мачеха отказались от родительских прав, когда Вирджинии было 16 лет, из-за их неспособности контролировать ее агрессивное поведение. Больше она с ними никогда не общалась. Она перешла под опеку государства и жила в приемных семьях до 17 лет, после чего ее поместили в больницу для лиц с хроническими психическими заболеваниями. В ее записях указаны различные диагнозы, включая шизофрению, хроническую депрессию и пограничное расстройство личности с психотическими эпизодами. В больнице ей давали сильные успокаивающие препараты, чтобы контролировать ее поведение. По счастливой случайности 11 лет спустя ее перевели на амбулаторное обслуживание. Новый ординатор психиатрической больницы в ее отделении заинтересовался случаем Вирджинии и смог убедить своих руководителей отменить все лекарства и перевести ее на литий и успокоительное. Результаты были достаточно радикальными, чтобы позволить Вирджинии жить независимо при поддержке социальных служб. Когда я впервые встретила Вирджинию, она жила с мужчиной, с которым

познакомилась несколько лет назад. Единственным человеком, с которым она поддерживала контакты, была ее приемная мать, которая жила в другой части штата.

Социальный работник, направивший Вирджинию на терапию, описал ее как трудную клиентку, которая не могла ладить с людьми и от которой отказался ее последний терапевт. Наш первый сеанс позволил мне предположить, что Вирджиния очень тревожилась, поскольку избегала зрительного контакта и изливала непрерывный поток гнева по поводу всего в своей жизни.

Наши отношения с Вирджинией продлились 12 лет. Шесть из них состояли из следующих этапов терапии.

1. Первые 2 месяца Вирджиния приходила нерегулярно и практически отказывалась сотрудничать. Она не откликалась на разговоры о решении проблемы. Поскольку *не существует ничего исключительно негативного, а краткосрочная терапия проходит медленно*, я решила подождать и сконцентрироваться на эмоциональном климате. У Вирджинии было 4 кошки, которых она называла “детками” и о которых говорила с нежностью. Я часто спрашивала о кошках. Начиная с 3-го месяца Вирджиния стала приходить регулярно каждую неделю и делиться своей историей. Она по-прежнему отказывалась говорить о целях.
2. На сеансы Вирджинию доставляла служба социального обеспечения. Примерно через 6 месяцев от начала наших встреч позвонил ее социальный работник и сказал, что компания, которая управляет фургонами, угрожает отказать ей в перевозке, потому что она оскорбляет водителей. Я подняла этот вопрос на нашей встрече, но Вирджиния отрицала какую-либо ответственность. Когда я выразила сожаление о том, что это помешает нам встречаться в будущем, она сначала проигнорировала меня, но в конце концов признала, что было бы лучше, если бы ей было с кем поговорить, особенно с кем-то, кто не указывал бы ей, что делать. Я приняла ее гнев на водителей в качестве оправданного и расспросила ее об этом. Оказалось, что она оскорбила водителей, потому что считала их недостаточно деликатными при обращении с некоторыми пациентами-инвалидами в фургоне.

**Терапевт.** Как вы думаете, что еще вы можете делать, кроме как злиться на водителя, когда беспокоитесь о том, что кто-то может пострадать или почувствовать себя некомфортно?

**Вирджиния.** Держать рот на замке.

**Терапевт.** Но это сложно! Особенно, когда вы обеспокоены.

**Вирджиния.** Конечно! Они вообще никогда не сдерживаются.

**Терапевт.** Бывают ли случаи, когда вы видите что-то, что вас беспокоит, и делаете что-то, кроме озлобления на водителя?

**Вирджиния.** Это что, например?

**Терапевт.** Я не знаю. Что еще вы делаете во время поездки в фургоне, когда расстраиваетесь?

**Вирджиния.** Затыкаюсь или кричу!

**Терапевт.** Что еще вы могли бы сделать?

**Вирджиния.** Да если бы я знала...

**Терапевт.** Я слышала от некоторых людей, что, оказавшись в подобной ситуации, они просто спрашивают ответственного человека, осознает ли он, что может возникнуть какая-то опасность.

**Вирджиния.** Они не хотят, чтобы я открывала рот, — и точка.

**Терапевт.** Вы этого хотите? Не открывать рот?

**Вирджиния.** Хм-м-м... Я не могу это сделать, когда злюсь.

**Терапевт.** Хотели бы вы попробовать что-нибудь, что могло бы вам помочь?

**Вирджиния.** Да! Но... потребовалось бы чудо.

Я оттолкнулась от того, что она использовала слово “чудо”, чтобы задать чудесный вопрос. Сначала она не могла ответить, но вопрос напомнил ей об исключении: иногда, когда она усердно думала о чем-то другом, она могла совладать с собой. О чем она может думать в фургоне? Она сказала, что о ее кошках. Когда она злилась, она пыталась произносить их имена снова и снова.

Вирджиния держалась неделю, но произошла еще одна вспышка гнева, из-за которой ее поездки были отменены. Это снова разожгло ее

ярость, и я потратила довольно много времени по телефону на то, чтобы выслушивать ее и делать комплименты в связи с ее попытками контролировать свой гнев в принципе. Затем я предложила позвонить в фургонную компанию и поговорить от лица ее защиты. Она неохотно согласилась. Вирджинии дали еще один шанс, и дальнейших жалоб не поступало. Впоследствии каждый раз, когда мы встречались, я хвалила Вирджинию за способность осуществлять такой контроль, и мы подробно обсуждали, как она это делает. Помимо того что она произносила имена своих кошек, она начинала считать красные машины или наблюдать за происходящим за пределами фургона.

3. После этого инцидента Вирджиния стала более сосредоточенной. Она сказала, что хочет научиться меньше расстраиваться. Над каким разочарованием она хотела бы поработать в первую очередь? Над ее отношениями с парнем Сэмом. Какие аспекты этих отношений ее расстраивали? *(Небольшое изменение может привести к большим изменениям.)* То, что он не отвечал, когда она разговаривала с ним. Вирджинии было трудно держаться в рамках этой конкретной жалобы на Сэма, но ситуация с ее ворчанием, похоже, стала улучшаться. Сэм присоединился к нам на нескольких занятиях. Я использовала вопросы, ориентированные на решение, и работала с ними как с парой. Мы много говорили об их чувствах, и я неоднократно подчеркивала положительные моменты в их отношениях. По шкале, где 1 обозначало очень плохие отношения, а 10 — лучшее, что они могли себе представить, они оба сообщили об изменении с 3 до 7.
4. Приближалась зима, и я виделась с Вирджинией почти еженедельно в течение года. Ее социальный работник сообщил, что она стала более спокойной и контролирующей ситуацию, поэтому я предложила встречаться раз в 2 недели. Мне нужно было проявлять осторожность, чтобы это не показалось отвержением. Вирджинии начали нравиться наши еженедельные встречи, и я использовала ее сочувствие к людям с ограниченными возможностями, чтобы сказать, что, приходя реже, она освободит место для кого-то еще, кто нуждается в помощи. Я предложила ей связываться по телефону между сеансами на случай, если ей это понадобится. Она хорошо на это отреагировала и звонила лишь изредка.

5. Пять месяцев спустя одна из кошек Вирджинии погибла. Эта потеря актуализировала другие потери в ее жизни, такие как смерть биологической матери и утрата контакта с психиатром, который ее спас. Примерно на 6 месяцев мы возобновили еженедельные сеансы, чтобы поработать с ее попеременными грустью и яростью, которые отразились и на ее отношениях с Сэмом.
6. Когда ситуация стабилизировалась, мы постепенно уменьшили частоту сеансов и решали периодические мелкие проблемы по телефону. Во время этих телефонных звонков было достаточно дать ей выговориться, а затем спросить, что ей нужно, чтобы успокоиться и быть довольной собой.  
В течение следующих 2 лет я видела Вирджинию во время кризисов, например когда она ругалась со своим домовладельцем из-за ремонта, за который, по ее мнению, он несправедливо возложил ответственность на нее и Сэма. В конце концов она разрешила эту ситуацию, опираясь на то, чему научилась при общении с водителями фургонов, и отработывая новые, неконфликтные способы договариваться.
7. Вирджиния пришла на последнюю серию сеансов через 6 лет после нашей первой встречи. Сэм потерял работу и был в глубокой депрессии. Она отреагировала гневом и разочарованием. У нас снова были еженедельные визиты, и в конце концов пара решила переехать поближе к ее приемной матери, у которой начались проблемы со здоровьем.  
Прощаться с Вирджинией мне было нелегко. С годами я начала ценить женщину, которая пряталась за часто гневливым фасадом, — этого доброго, честного и умного человека с удивительной стойкостью.
8. Вирджиния время от времени поддерживала со мной связь после переезда. Она связалась с терапевтом и психиатром на новом месте, но все равно время от времени звонила мне и несколько лет спустя нанесла визит. На Рождество и Пасху от нее всегда приходили открытки. Она сообщала мне, когда одна из ее кошек умирала или приобреталась новая.  
Три года спустя количество звонков увеличилось, потому что у Сэма диагностировали рак желудка. Вирджиния целый год ухаживала за Сэмом дома. Они поженились за 2 месяца до его смерти. Она была невероятно терпеливой медсестрой, полной отдачи. По мере умень-

шения отведенного ему времени они вместе планировали похороны Сэма, включая то, во что он будет одет в гробу. После смерти Сэма какое-то время я получала новости от Вирджинии реже.

Затем, примерно через 8 месяцев, я получила по почте аудиозапись, которую Вирджиния сделала посреди ночи. Она переживала ужасное горе и не могла спать. Она попросила меня ответить на пленке и отправить ее обратно. Мы обменялись кассетами 4 или 5 раз, и постепенно Вирджиния начала чувствовать себя лучше. Ее социальный работник искал для нее какую-нибудь волонтерскую работу в сообществе, которая не обременяла бы ее слишком сильно физически и эмоционально. В последний раз, когда я получала новости от Вирджинии, она снова переезжала, а затем мы потеряли связь.

Это пример долгосрочной или поддерживающей ориентированной на решение терапии. Она может привести к значительным изменениям в зависимости от заложенных способностей конкретного клиента. Она строится на базовых предположениях, но часто выходит за рамки терапевтического кабинета.

## **Случай из практики: человек, который слышит голоса<sup>2</sup>**

ОРКТ подходит для клиентов, которые всю жизнь слышат голоса. Она предлагает отношения с терапевтом, который принимает, а не оспаривает их точку зрения, тем самым уменьшая тревогу. Эти отношения могут стабилизировать ситуацию клиентов и привести к большему ощущению личного контроля и свободы действий с их стороны.

Фред, 45-летний белый мужчина, был инвалидом на социальном страховании, который находился в системе психического здоровья в течение 25 лет. Он жил один и подрабатывал разносчиком внутренней корреспонденции в крупной корпорации. Впервые он стал слышать голоса, когда поступил в колледж, и вскоре после этого бросил учебу. На терапию его направил социальный работник, который выразил обеспокоенность тем, что употребление Фредом алкоголя выходит из-под контроля. Он находился под наблюдением психиатра, который выписывал и отслеживал его лекарства.

<sup>2</sup> Описание этого случая предоставлено Бреттом Брашером из Центра психического здоровья округа Дейн (шт. Висконсин, США). Это пример типа случаев, которые он часто рассматривает.

**Терапевт.** Не могли бы вы рассказать мне, как вы понимаете, почему вы здесь?

**Фред.** Мой соцработник сказал, что мне следует зайти. Иногда он волнуется, когда приходит ко мне домой и видит вокруг все эти пивные бутылки.

**Терапевт.** Что такого особенного в этих пивных бутылках, что заставляет его беспокоиться о вас?

**Фред.** Он думает, что я пью слишком много. Возможно, иногда так оно и есть, но, если бы вам приходилось проходить через то, через что прохожу я, вы бы тоже пили. Вы пьете?

**Терапевт.** На работе никогда. (*Фред смеется.*) Ваш социальный работник, должно быть, действительно заботится о вас, если так переживает. Вы давно работаете вместе?

**Фред.** О да, он приходит два раза в неделю. Он приносит мне покупки. Он помогает мне выписывать счета. Это вносит огромный вклад. Много лет назад, когда я лежал в больнице, я никогда не думал, что выйду, ну, знаете, снова на свободу. Участие в программе очень помогает.

**Терапевт.** Что вас беспокоит в выпивке?

**Фред.** Меня ничего особо не беспокоит. Я, правда, трачу слишком много денег, но иногда это единственное, что можно сделать. Знаете, я часто захожу в бар, и люди смотрят на меня как-то странно. Но через некоторое время, выпив немного пива, я становлюсь таким же, как и все.

**Терапевт.** Но ваш социальный работник обеспокоен, не так ли?

**Фред.** Ну, иногда это единственный способ.

**Терапевт.** Единственный способ?

**Фред.** (*Плачет.*) Да!

**Терапевт.** Единственный способ справиться с тем, что происходит в вашей голове?

**Фред.** Да, именно! Когда я достаточно напиваюсь, все становится тихо, очень тихо. Когда они молчат, я могу думать. Я могу чем-то заниматься. Я не слышу демонов.

Терапевт узнал, что алкоголь помогает Фреду заглушать голоса. Поскольку для клиента это ценный механизм преодоления трудностей, его нельзя заменить, пока он не найдет более подходящего. Поэтому терапевт решил действовать медленно и сначала сконцентрироваться на установлении доверительных отношений. В течение нескольких недель он не призвал клиента бросить пить, а просто проявлял интерес к нему и его жизни. И клиент стал впускать его в свой мир.

**Фред.** О, Боже, это смешно! Я говорю: “О, Боже”, потому что это то, что помогает. Я слушаю Бога. Раньше все, что я слышал в своей голове, было дьяволом, демонами. У меня было два демона: один говорил мне причинить себе вред, другой — столько всего, что вам не захочется это слышать. Теперь я стараюсь слушать Бога. И то, что я слушаю Бога, помогает в борьбе с искушениями дьявола. Бог говорит мне не беспокоиться о дьяволе. Бывают моменты, когда я не слышу никаких голосов. Обычно это происходит, когда я работаю.

**Терапевт.** Что вы делаете, чтобы это произошло? (*Предполагаемый клиентский контроль.*)

**Фред.** Первым делом я даю им понять, что не буду их слушать, когда работаю. Между 12 и 15 часами — мое время. Ночи тяжелые. Я иду домой около половины шестого, сажусь в кресло, курю сигареты и позволяю им прийти. Иногда это отнимает так много сил, что трудно заснуть.

**Терапевт.** Когда дела пойдут на поправку, что, по вашему мнению, вы заметите в первую очередь?

**Фред.** У меня будет больше сил. У меня будет больше энергии, и я буду более интересным; может быть, я даже начну больше общаться с людьми.

**Терапевт.** Бывают ли случаи, когда это уже происходит?

**Фред.** Иногда, но недостаточно часто.

**Терапевт.** Если бы вы давали совет кому-то, кто, как и вы, слышит голоса, что бы вы ему сказали?



**Фред.** Я бы сказал, что нужно жить без стресса. Если вы живете без стресса и сохраняете такое состояние в течение длительного времени, у вас будет больше шансов выжить.

**Терапевт.** Что-нибудь еще?

**Фред.** Следить за питанием. Некоторые продукты пугают демонов. Если вы едите марокканский рис или басмати, это может помочь.

Бретт Брашер рекомендует открытый подход к лечению клиентов этого типа. Их опыт существует много лет, однако сама идея перемен, хотя и желательна, пугает. Вопросы о том, как клиент узнает, что ему больше не нужно приходить на терапию, могут вызвать у него представление, что он остался без поддержки, и потому задавать их не рекомендуется. Прогресс должен осуществляться осторожно и медленно.

Следующий диалог состоялся через пару месяцев после начала терапии.

**Терапевт.** Можете ли вы сказать, что сейчас справляетесь со своими проблемами немного лучше, чем когда мы встретились впервые?

**Фред.** О да, намного лучше. Вчера вечером я сидел целый час, и мне было скучно.

**Терапевт.** Скучно?

**Фред.** Да, скучно. Мне нравится испытывать чувство скуки. Знаете, это такое мирное время. Когда мне скучно, я знаю, что ничего не происходит. Я могу просто быть.

**Терапевт.** Это на самом деле звучит умиротворяюще.

**Фред.** Я стараюсь справляться с психозом терпеливо и смело. Терпение и храбрость помогают победить демонов.

**Терапевт.** *(Заверяет клиента в том, что останется частью его будущего.)* Что вам нужно знать, чтобы через шесть месяцев, когда мы будем говорить об этом, вы были довольны собой?

**Фред.** Мне нужно знать, что Бог со мной. Знаете, Бог говорит, что у настоящих шизофреников дыра в душе. Разговор с Богом может спасти меня. И я знаю, что, несмотря на то что я прохожу через все эти несчастья, я возвращаю добрую душу.

**Терапевт.** Пока вы возвращаете, вы также сеете?

**Фред.** Ну, поход в церковь пугает демонов.

**Терапевт.** (Следуя за мыслями клиента, а не гонясь за собственными мыслями о посадке растений.) Что вы делаете в церкви, чтобы почувствовать умиротворение?

**Фред.** Когда я нахожусь в церкви, демоны знают, что я не боюсь. Если сомневаешься, будь смелым. Будучи храбрым, можно победить множество демонов. Демоны не настолько умны. У меня, правда, потом возникают проблемы. Знаете, особенно по вечерам, когда моя психическая энергия ослабляет защиту.

Бретт Брашер также предостерегает от слишком частого общения с клиентами, которые слышат голоса. Хотя им нужна постоянная поддержка, для них может быть контрпродуктивным излишняя сосредоточенность на деталях своей жизни. Он часто предлагает клиентам определить, какое количество посещений в месяц для них наиболее комфортно. Этот клиент решил приходить примерно раз в месяц. Примерно через 4 месяца он объявил, что решил бросить пить.

**Фред.** Я трезв уже три недели. Я решил, что нет особого смысла приходить к вам и продолжать пить. Я также решил, что Бог чувствует, что мне нужно проявить рассудительность по отношению к себе.

**Терапевт.** Это что-то изменило для вас? Бросить пить и все это?

**Фред.** Да. Я обнаружил, что пью больше кофе и курю больше сигарет. Вы знаете, что, когда я курю, на какое-то время все затихает?

Клиент находил для себя заменители выпивки. Он рассказал, что затягивание сигаретой позволяло ему концентрироваться на дыхании, а не на мозге. Он также рассказал, что у него есть мобильный телефон, и когда голоса становятся слишком громкими, он достает его и начинает говорить.

**Фред.** Я похож на яппи. (Смеется.)

**Терапевт.** Что еще вам помогает?

**Фред.** Разговоры с вами... Еще у меня появилось несколько друзей. Иногда мы собираемся вместе и говорим о том, что происходит. Хотя это сложно. Лучше просто играть на гитаре.

**Терапевт.** Как отреагировали голоса, когда вы поговорили о них с другими людьми?

**Фред.** Ох, им это не нравится. Они становятся громкими, и я молюсь. И когда я это делаю, у меня появляются силы говорить.

**Терапевт.** Что происходит, когда вы не слушаете то, что говорят голоса?

**Фред.** Ох, они злятся. Но я понимаю, что добродетель борьбы с этими демонами позволяет пройти серьезную духовную трансформацию. Болезнь — это перемена для меня, чтобы стать ближе к Богу. Это мое спасение. Я многим обязан Богу. Я хочу отблагодарить Его. Я знаю, что я Ему очень обязан, но не знаю, куда отправить чек.

**Терапевт.** Я не думаю, что у Бога есть большая потребность в деньгах, поэтому вам не нужно куда отправлять чек.

**Фред.** Да, вы правы.

**Терапевт.** Вместо того чтобы отправлять чек, что бы вы сделали с частью денег, сэкономленных за счет трезвости? *(Попытка подтолкнуть клиента к большему числу стратегий совладания.)*

**Фред.** Ну, я коплю на компьютер. Возможно, тогда я смогу выйти в Интернет и с кем-нибудь пообщаться. Когда я печатаю, никто не знает, о чем я думаю.

Изменения не всегда проходят гладко. В следующем месяце у этого клиента случился серьезный рецидив, во время которого он считал, что люди следили за ним, потому что Святой Павел пытался убить его за то, что он недостаточно часто ходил в церковь.

**Терапевт.** Что заставило вас подумать, что это был Святой Павел?

**Фред.** Я просто знал это. Он преследовал меня. Это было ужасно.

**Терапевт.** Это звучит ужасно. Вы уверены, что это был Святой Павел?

**Фред.** *(Озадаченно.)* Да. Что вы имеете в виду?

**Терапевт.** Ну, Святой Павел — святой любви. Зачем святому любви пытаться делать то, что заставит вас усомниться в его любви? *(Предлагает переосмысление.)*

**Фред.** Я не знаю.

По мере того как терапевт и клиент говорили о миссии Святого Павла, клиент начал менять представление о своих страхах.

**Фред.** Может быть, Святой Павел пытается мне помочь?

**Терапевт.** Интересно, может быть, Святой Павел пытается сделать вас более сознательным по отношению к окружающим вас вещам?

**Фред.** Я подумую об этом.

Работа с клиентами, которые слышат голоса, может представлять собой наиболее яркий пример сотрудничества с ними и того, как предположения, ориентированные на решение, направляют терапию. Это действительно заставляет нас помнить об их сильных сторонах и ресурсах, работать медленно и над небольшими изменениями и осознавать, что мы не можем изменить клиентов. Эмоциональный климат важен еще и потому, что обеспечивает безопасность, которой не хватает этим тревожным и недоверчивым людям в других сферах жизни.

Также важно поэтапное внимание к эмоциям клиентов. Брашер отмечает, что люди, которые слышат голоса, отчуждены от собственных чувств, и поэтому им трудно считывать чувства других. Отношения с терапевтом могут быть источником безопасного обучения.

Рецидивы также рассматриваются как возможность обучения. Акцент должен быть сделан на том, “чем отличается этот эпизод”. Это выстраивает цепочку событий к лучшему будущему, которое эти клиенты самостоятельно обычно не представляют.

## **Адаптация к инвалидности**

Некоторые люди испытывают внезапное или постепенное ухудшение своего физического состояния, что требует серьезных изменений в образе их жизни. Возникающая в результате утрата идентичности и неспособность функционировать, как прежде, требуют серьезных перестроек. Для терапевта, ориентированного на решение, эта дилемма превращается в балансировку между помощью клиентам в переживании своих потерь и в построении новой жизни, основанной на их имеющихся и потенциальных ресурсах.

## Случай из практики: Кэрол

Кэрол — замужняя клиентка, мать четверых детей 8–15 лет и совладелица бутика модной женской одежды. Ее муж — коммерческий художник. В расцвете сил, в 39 лет, она получила травму позвоночника в автокатастрофе с незастрахованным водителем. Из-за травмы она потеряла контроль над кишечником и мочевым пузырем. Теперь ей приходилось управлять этими функциями механически, но этот метод не был надежным, и она не могла избежать случайных происшествий.

Кэрол была направлена на терапию врачом, который считал, что ей нужна помощь в адаптации к своей инвалидности. Кэрол попросила мужа прийти с ней на первую встречу. Она объяснила, что рассчитывала к этому времени вернуться на работу, но была слишком слаба и слишком боялась задеть окружающих возможным “происшествием”. Стало очевидно, что Кэрол, женщина, которая всегда полностью контролировала свою жизнь, чувствовала, что потеряла контроль над каждым ее аспектом. Она отказалась от антидепрессантов и лекарств для облегчения беспокойства на том основании, что это будет еще одним способом отказаться от себя прежней. В конце сеанса я попыталась нормализовать состояние Кэрол, но выразила восхищение тем, насколько хорошо она держалась. Я искренне верила, что в сложившихся обстоятельствах многие другие люди не прилагали бы столько усилий, чтобы вернуться к своим семейным и рабочим обязанностям. Я перечислила конкретные вещи, которые Кэрол пыталась делать (помогать детям с домашними заданиями, составлять списки покупок, поддерживать связь с деловым партнером), чтобы показать, что у нее все еще есть некоторый контроль.

Через несколько дней после нашей первой встречи муж Кэрол позвонил и сказал, что накануне вечером отвез ее в отделение неотложной помощи, потому что она испытывала сильную тревогу и вспоминала тот несчастный случай. Дежурный ординатор, который плохо говорил по-английски, рекомендовал госпитализацию, поскольку посчитал, что у Кэрол психотический приступ. Муж Кэрол сделал вывод, что ординатор недостаточно хорошо понял состояние ее здоровья, и исследовал возможную связь с ее нынешними симптомами. Когда Кэрол отказалась от госпитализации, ординатор прописал противотревожное средство и настоял на том, чтобы муж на следующий день отвез Кэрол к психиатру.

На следующий день я встретила с Кэрол и ее мужем в срочном порядке. Кэрол выражала полную безнадежность. Оценка склонности к суициду показала, что она не находилась в зоне риска. Однако события предыдущего вечера и предположение о том, что она, возможно, теряет контроль и над своим разумом, усугубили ее состояние. Врач-терапевт, который вел Кэрол, был поставлен в известность об этой ситуации и позже в тот же день встретился с Кэрол и ее мужем, чтобы оценить состояние ее здоровья. Была пятница, и мы работали над тем, чтобы пережить следующие два дня, прежде чем сможем встретиться снова. Чтобы обеспечить Кэрол некоторую структуру и предсказуемость, мы постарались составить подробное, почасовое, расписание на следующие двое суток. Задание было построено на случаях — исключениях Кэрол из состояний беспокойства и отсутствия контроля. Начав вносить идеи в это расписание, она почувствовала больше контроля. Список включал легкий джаз по вечерам, не оставаться одной в комнате без мужа или кого-то из детей, а также не разговаривать по телефону с друзьями и родственниками. Я предложила телефонный контакт в случае необходимости, но так и не получила звонка.

В понедельник я снова встретила с Кэрол и ее мужем, и они сообщили о хороших выходных. Медицинское обследование не дало четких результатов, но были сданы некоторые анализы и снижена дозировка одного лекарства из-за возможного побочного повышения тревожности. В течение примерно 2 месяцев после этого мы с Кэрол встречались еженедельно. Кэрол всегда настаивала, чтобы ее муж пришел с ней на сеанс. Она использовала это время главным образом для того, чтобы выплеснуть гнев и разочарование, а я продолжала выражать эмпатию и подкреплять ее усилия, направленные на исправление ситуации.

Постепенно гнев Кэрол сменился печалью из-за потери прежнего «я», и она много плакала. Кэрол все еще была слаба физически. Слишком сильный эмоциональный стресс привел к инфекциям и другим физическим симптомам, которые ее ослабили. Поэтому ее горе нужно было переживать таким образом, чтобы оно не перегружало ее. В связи с этим Кэрол было предложено разделить свое горевание на два отрезка по 20 мин. в день. Это позволило ей не поддаваться каждой волне горя, а говорить себе, что она отложит реакцию на нее до назначенного времени. Кэрол хорошо реагировала на этот подход, потому что он доказал ей, что у нее есть некоторый контроль.

Примерно через 8 месяцев у Кэрол начали проявляться признаки улучшения. Она стала лучше контролировать свои проблемы с гигиеной, меньше плакала, больше ориентировалась на будущее и начала думать о своей карьере. Ей реже требовались встречи.

Однако, когда дела Кэрол пошли на поправку, ее муж и дети начали высвобождать стресс, который им приходилось так долго сдерживать. Между мужем и старшим сыном то и дело вспыхивали конфликты, а дочь стала капризничать в школе. По просьбе Кэрол мы проводили семейные занятия в течение нескольких месяцев, чтобы проанализировать трудные события прошлого и сформировать будущее, соответствующее нынешним обстоятельствам, при этом учитывая потребности остальных членов семьи.

В течение следующих 2 лет прогресс Кэрол был медленным и устойчивым, хотя и перемежался некоторыми критическими эпизодами, которые требовали более частых посещений. Время от времени гнев по поводу ее потерь всплывал на поверхность, и ей требовалась помощь, чтобы не выплескивать его на семью, друзей и врачей. В таких случаях ей были нужны поддержка и разрешение продолжать выражать свой гнев. Хотя Кэрол стала достаточно сильной, чтобы водить машину и жить более независимо, пришлось признать, что она никогда не сможет функционировать в прежнем темпе. Это привело к болезненному решению продать часть своего бизнеса и начать поиски приносящего удовлетворение занятия, которым она могла бы заниматься из дома.

Помимо прислушивания к своим чувствам и принятия их для того, чтобы справляться с потерями, больше всего Кэрол помогла просьба оценить свой прогресс после несчастного случая, подумать о том, что способствовало этому прогрессу, и понять, что нужно для следующего маленького шага вперед. Это помогло Кэрол научиться помогать себе самой. Чем увереннее она себя чувствовала в своей независимости от терапии, тем больше контроля она ощущала, а чем больше контроля она ощущала, тем лучше она функционировала на физическом и эмоциональном уровнях.

Четыре года спустя Кэрол временно завершила сеансы с условием, что может позвонить в любое время, когда ей понадобится. До этого шага она пережила еще один период горя, вызванный смертью отца.

Однако, оправившись от потери, Кэрол оценила качество своей жизни на 8 баллов по 10-балльной шкале, где 10 — это лучшее, что она могла когда-либо ожидать с учетом своего состояния.

## Резюме

Предполагается, что ориентированные на решение терапевты не думают в терминах кратко- или долгосрочных случаев. Когда проблемы рассматриваются как внутренние и внешние возмущения системы, которые необходимо корректировать в ходе жизни, тогда их классификация едва ли кажется полезной для клиентов или терапевтов. Для одного человека решение проблемы выживания и благополучия может занять два сеанса, тогда как для другого оно может принять форму эпизодов поддержки и решения проблем, чередующихся с периодами благополучия, на протяжении всей жизни. Вопрос не в том, как долго длится лечение, а в том, какое решение будет наилучшим для конкретного клиента.

Наиболее благоприятный исход для клиентов, которым требуется эпизодическое лечение, основан на предположении, что *небольшое изменение может привести к большим изменениям*. Когда каждый эпизод рассматривается как отдельная проблема, требующая решения, а не как часть общей инвалидности, клиенты сохраняют надежду и уверенность в себе. Точно так, когда постепенная потеря функции рассматривается как сохранение функционирования наряду с продолжающейся потерей, клиенты могут скорбеть, одновременно сохраняя мужество.

Терапия в течение более продолжительных периодов может стать проблемой для терапевтов, привыкших использовать ориентированный на решение подход для краткосрочной работы. Эпизодическая работа в течение длительного периода обычно требует большего терпения, по крайней мере поначалу. Клиенты, которые приходят к нам периодически в течение многих лет, могут настолько привыкнуть к тому, что семьи и помощники обращаются с ними как с беспомощными или неполноценными, что им может потребоваться много времени, чтобы осознать, что они могут играть ведущую роль в принятии собственных решений. Долгосрочные отношения с клиентами также осложняют профессиональную отстраненность. В этом смысле полезно самонаблюдение с использованием двойственного мышления. Еще раз повторим: очень важно помнить, что у *клиентов есть необходимые силы и ресурсы, чтобы помочь себе самим*.



## ГЛАВА 12

Ориентированный на решение

# Ориентированный на решение подход к кризисным ситуациям

Ориентированный на решение

**К**ризис в контексте теории, предложенной в этой книге, — это точка в жизни системы, когда сцепление ее структур находится под угрозой. Другими словами, под угрозой находится образ жизни или отношения человека.

Однако кризис обычно рассматривается в качестве возможности как для позитивных изменений, так и для потенциальной катастрофы. Оннис [Onnis, 1990, р. 43] указывает, что слово “кризис” происходит от греческого глагола “крино” (“я сужу или выбираю”) и, следовательно, предполагает выбор, или “момент, в котором открываются различные перспективы и возможности”.

## Взгляды на кризис

Фонтес [Fontes, 1991] указывает, что выбор, который клиенты делают в кризисной ситуации, зависит от убеждений их терапевта. Например, при подходах, в которых кризисные и не кризисные ситуации рассматриваются как совершенно различные [Everstine & Everstine, 1983; Golan, 1978; Meyerson & Glick, 1976; Rapaport, 1962], обычно полагается, что ответственность за структуру и направление лежит на терапевте. Элмер-Дьюитт [Elmer-Dewitt, 1989, р. 79] предлагает меры вмешательства, адаптированные к конкретным ситуациям, поскольку кризисы трудно точно классифицировать. Другие модели основаны на рассмотрении кризиса в виде серии шагов [Caplan, 1964; Rapoport, 1962; Sachs, 1968]. Каплан предполагает, что терапию следует рассматривать как восстановление естественного гомеостаза между людьми и окружающей их средой [Smith, 1978, р. 397]. Это напоминает соединение структур. Собственная модель Фонтеса, основан-

ная на социальном конструктивизме, предполагает, что, поскольку истина не может быть определена, терапевт должен решить, полезно ли действовать так, как будто существует кризис, и использовать любые из вышеупомянутых интервенций, которые он считает целесообразными. Однако в такой модели терапевт должен признать, что он является участником совместного определения смысла кризиса, а также его возможного разрешения: “Действие, предпринимаемое конструктивистским терапевтом, может в любом данном случае напоминать действие другого терапевта”, но отношение к работе, вероятно, будет другим, и я ожидаю, что опытный терапевт-конструктивист будет совершать меньше насилия по отношению к клиентам, чем специалист, придерживающийся крайних взглядов”.

В этой главе рассматривается ориентированный на решение подход к работе с клиентами, которые находятся или могут находиться в кризисе.

## Что такое кризис

- Бэтти, клиентка, о которой говорилось в главе 4, была отправлена за помощью по программе помощи сотрудникам из-за внезапных приступов плача, которые, по ее мнению, вышли из-под контроля.
- Коллега, использующая в работе ориентированный на решение подход, поделилась историей о том, как, сидя за зеркалом Гезелла вместе с командой во время обсуждения итогового послания, заметила, что ее клиентка, 19-летняя девушка, порезала себе бедро ножом.
- Пара привела свою дочь на терапию, потому что накануне вечером та проглотила пять таблеток тайленола, а затем позвонила подруге, чтобы рассказать ей об этом. Родители хотели ее госпитализировать.
- Жена клиента предупредила терапевта, что у него есть пистолет.

Что общего во всех этих случаях?

1. Угроза причинения физического вреда себе или окружающим.
2. Угроза, которую другие (включая терапевта) воспринимают как опасность для клиента или кого-то еще.
3. Утрата контроля над эмоциями.

Все это — эмоционально заряженные ситуации, которые заставляют терапевтов спасать клиентов. Конечно, идея спасения клиентов противоречит позиции, которую обычно занимают терапевты, ориентированные

на решение: у клиентов есть сильные стороны и ресурсы для решения проблемы. Однако наша обязанность как помогающих специалистов выходит за рамки теоретической чистоты и предполагает также социальную ответственность.

## **Необходимость носить две шляпы**

### ***Шляпа терапевта***

Нося шляпу терапевта, ориентированного на решение, мы предполагаем, что в течение жизни люди сталкиваются с некоторыми критическими ситуациями, такими как болезни, смерть близких людей, ураганы, землетрясения, пожары, насилие, проблемы на работе и в отношениях. И это лишь некоторые из них. То, насколько значимы эти ситуации для каждого конкретного человека, определяет, как мы рассматриваем эти переживания: как нормальные или как критические. Как только клиент и терапевт начинают говорить о потенциально критической ситуации, ее значение для клиента может измениться в лучшую или худшую сторону, в зависимости от позиции клиента. Пока терапевт продолжает инициировать изменения клиента, опираясь на его содействие, его можно считать все еще носящим шляпу терапевта.

### ***Шляпа работника социальной службы***

Как лицензированные специалисты мы связаны политикой и правилами, разработанными обществом, в котором живем (т.е. правительством и нашими профессиональными организациями). Эти практические рекомендации были разработаны для защиты наших клиентов от нас и от них самих, а также для защиты общества от наших клиентов. Следовательно, когда из беседы с клиентом, который не может себя контролировать (или воспринимается другими таким образом), становится понятно, что это может быть опасно для него самого и/или окружающих, нам необходимо надеть шляпу соцработника. В противном случае, если клиент причинит вред себе или кому-то еще, нам придется отчитаться за то, что мы сделали, чтобы предотвратить трагический инцидент.

## **Как решить, какую шляпу надевать**

Носить две шляпы одновременно может быть проблематично. Рассмотрим ситуацию, в которой терапевт обнаруживает, что клиент, осужденный за побои и отправленный на терапию для управления гневом, снова действовал агрессивно после нескольких месяцев хорошего прогресса. Его жена не сообщила о случившемся. Терапевт обязан сообщить о правонарушении сотруднику службы пробации, который снова арестует клиента. Однако такое послание, вероятно, поставит под угрозу отношения терапевта с клиентом и замедлит прогресс, который уже начал приносить пользу клиенту, а также его жене и их детям. Если терапевт не сообщает о повторном правонарушении, он не только нарушает закон, но и несет ответственность, если жена серьезно пострадает в будущем.

Так как тогда ориентированный на решение терапевт решает, какую шляпу надевать или как носить обе одновременно?

Марк Беккер из Северо-Центрального медицинского центра в г. Уосо (шт. Висконсин, США) привел следующий пример, типичный для случаев, требующих смены шляп.

## **Случай из практики: Рэнди**

Рэнди, 14-летний парень, и его семья были направлены на терапию в связи с участвовавшими “взрывами” Рэнди дома и в школе, которые проявлялись в агрессивном поведении, уничтожении имущества, а также угрозах самоповреждений и самоубийства.

Рэнди жил с матерью и двумя старшими братьями 16 и 17 лет в тесном передвижном доме. Его родители развелись несколько лет назад, и отец мало общался с мальчиками. Братья Рэнди также плохо учились в школе.

Терапевт начал сеанс с вопросов об исключениях из текущих трудностей и об эффективных методах деэскалации, но не получил никакой информации. По сути, все чувствовали себя во власти “взрывов” Рэнди.

Пытаясь восстановить некоторую уверенность и надежду, терапевт спросил семью, как им удалось справиться с текущими трудностями. Почему дела обстоят не хуже? Все согласились, что именно их крепкие отношения друг с другом помогли им выжить. Они рассказали о различных делах, которые им нравятся делать вместе, и мать выразила особую гордость в связи с тем, что Рэнди работал волонтером в доме престарелых.

Когда семья почувствовала воодушевление от разговора об их связи друг с другом, терапевт задал чудесный вопрос и узнал, что, если бы произошло чудо, Рэнди смог бы справляться со своим разочарованием, не “взрываясь”, говоря о себе более позитивно, успешно посещая школу и не прибегая к угрозам самоповреждений. Мать Рэнди сказала, что в случае чуда она закончит образование и найдет работу получше. Чудо одного брата заключалось в окончании средней школы и службе в армии. Вся семья хотела жить в лучшем месте.

Учитывая суицидальные угрозы, терапевту пришлось напрямую заняться вопросами безопасности и разработать антикризисный план на будущее. Оценка безопасности показала, что Рэнди не подвергался непосредственному риску и что госпитализация не показана. Однако вместе с Рэнди, его семьей и школьным персоналом все равно был разработан четкий план на случай кризиса.

В итоговом послании были подчеркнуты трудности, которые привели к обращению, и отмечены крепкие связи в семье и их цели на будущее. Рэнди и его семье было предложено замечать все, что Рэнди пытался сделать, чтобы избежать “взрыва”, даже если это был незначительный жест. Терапевт также сообщил семье, что он поговорит с учителями Рэнди и попросит их тоже следить за такими моментами.

Хотя мать Рэнди и школьный персонал были воодушевлены новым подходом, у Рэнди случился еще один “взрыв” в школе, и он, казалось, рассердился во время следующего сеанса. Терапевт сказал матери Рэнди, что никто не может изменить Рэнди и что он может решить сделать это только сам.

Два дня спустя Рэнди пнул директора школы, и пришлось вызывать полицию. Сообщалось также, что он проявлял физическую агрессию по отношению к матери и братьям, швырнул кота к стене и обмотал веревку вокруг шеи, угрожая покончить с собой.

Когда Рэнди пришел на следующий сеанс вместе с матерью, он явно изменился. Он был более подавлен, но и более взволнован. В ответ на случившееся он сказал: “Я неудачник, и лучше бы я не родился”. Мать Рэнди выразила обеспокоенность по поводу своей безопасности и безопасности других своих сыновей. Она также беспокоилась, что Рэнди может осуществить свои угрозы суицида.

К безнадежности, которую семья выражала раньше, добавился страх. Пытаясь оценить необходимость госпитализации, терапевт задал несколько уточняющих вопросов.

**Терапевт.** (*Обращаясь к матери.*) Похоже, вы беспокоитесь о Рэнди и немного его боитесь. Если оценить ваше беспокойство по шкале от 0 до 10, где 10 — это максимальное беспокойство, а 0 — полное отсутствие беспокойства, где вы, на ваш взгляд, находитесь сегодня?

**Мать.** Прошлой ночью было очень страшно. Рэнди и раньше расстраивался, но прошлая ночь была особенно плохой. Я бы сказала, что сейчас около 8 или 9. Он просто говорил о том, что в последнее время сильно навредил себе.

**Терапевт.** (*Обращаясь к матери.*) Если бы вы собирались оценить свой нынешний страх перед Рэнди по той же шкале, где бы вы находились?

**Мать.** Я думаю, то, что Рэнди сделал вчера вечером, напомнило всем нам о том, что делал его отец. Когда он ушел, мы все согласились, что не хотим больше так жить. Теперь мы снова здесь. Рэнди делает то же самое.

**Терапевт.** (*Обращаясь к матери.*) Итак, как бы вы сегодня оценили свой страх?

**Мать.** Я думаю, тоже где-то 8 или 9.

**Терапевт.** Рэнди, что ты думаешь о том, что только что сказала твоя мама?

**Рэнди.** Мне не лучше от этого. Я тупой придурок.

**Терапевт.** Итак, если бы тебе надо было оценить, насколько ты обеспокоен тем, что можешь навредить себе или другим, что бы ты сказал?

**Рэнди.** Сейчас, может быть, 7. Но вчера вечером было около 10. Я опасаюсь, когда злюсь. Я причиняю людям боль. Бью и пинаю.

**Терапевт.** Кажется, вы оба согласны, что это страшная и опасная ситуация.

Терапевт собрал еще кое-какую базовую информацию о безопасности и узнал, что у Рэнди усилились суицидальные мысли, что у него возникли значительные нарушения сна, повышенная раздражительность и более выраженное депрессивное настроение. Рэнди добавил, что только что узнал, что завалил экзамены.

Терапевт использовал другую последовательность шкалирования, чтобы определить, как этот эпизод соотносится с предыдущими. Рэнди и его мать оценивали его на 8–9 по сравнению с 6–7 в прошлом. Когда дела доходили до этого момента, его всегда госпитализировали, но, по их словам, это мало что меняло. Госпитализация годилась только для того, чтобы дать всем передохнуть и восстановить силы. Нужна ли им была подзарядка в этот раз? Мать повторила свои опасения по поводу общей безопасности, а Рэнди отметил, что он “измучен”.

Все вопросы о том, что могло бы хоть немного сдвинуть шкалу вниз, не увенчались успехом. Мать Рэнди не смогла описать ничего, что позволило бы ей чувствовать себя дома в безопасности. На этом этапе терапевту пришлось надеть шляпу социального работника и порекомендовать госпитализацию.

Однако терапевты, ориентированные на решение, пытаются рассматривать госпитализацию как “первый шаг к другому будущему”, а не как “перерыв для восстановления сил”. Последнее может предполагать продолжение существующего поведения, а не изменение в будущем.

**Терапевт.** Если мы представим день, когда Рэнди будет готов выписаться из больницы, как мы поймем, что лечение оказалось полезным?

**Мать.** Мне хотелось бы увидеть, что он каким-то образом может контролировать свою злость, когда чем-то расстроен. Кажется, он никогда не ждет...

**Терапевт.** Почему так?

**Мать.** Я начинаю чувствовать себя плохо из-за того, что его нет дома. Рэнди всегда умоляет меня забрать его домой. Он обещает, что изменится, и, наверное, я хочу ему верить.

**Терапевт.** Да, это тяжело, когда твой ребенок находится не дома и тоскует по нему. Но звучит так, будто в этот раз вам хотелось бы чувствовать себя более уверенной, прежде чем Рэнди вернется домой. Вы хотели бы, чтобы у него появились новые навыки совладания?

**Мать.** Да. Не думаю, что на этот раз я смогу позволить ему вернуться домой.

**Терапевт.** Что могло бы помочь вам почувствовать большую уверенность в том, что Рэнди готов к решению проблем?

- Мать.** Он бы был серьезнее. Отвечал бы сам за свои действия вместо того, чтобы обвинять кого-то или делать вид, что ничего не произошло.
- Терапевт.** Как вы узнаете, что Рэнди стал больше отвечать за свои действия?
- Мать.** Он перестанет умолять меня забрать его домой. Извинится за некоторые свои действия и сможет рассказать нам, как он собирается справляться со своими вспышками в будущем.
- Терапевт.** Вы полагаете, что госпитализация Рэнди может стать первым шагом к другому будущему, если вы оба будете делать что-то по-другому?
- Мать.** Верно. Мы оба должны измениться, не только Рэнди. Мне нужно стоять на своем.
- Терапевт.** Рэнди, что ты думаешь о том, что говорит мама? Ты понимаешь, о чем она?
- Рэнди.** Да, но мне это не нравится. Когда я оказался там впервые, я планировал измениться, но все, чего мне хотелось, — просто выбраться оттуда.
- Терапевт.** Полагаю, ты устал снова и снова возвращаться в больницу. Я также помню из нашего последнего разговора, что ты заботишься о своей семье и чувствуешь себя плохо из-за того, что причиняешь ей боль. Как думаешь, что нужно, чтобы это было твоим последним лечением?
- Рэнди.** Мне нужно придумать, что делать, когда я злюсь, чтобы этого всего больше не происходило.
- Терапевт.** Как ты думаешь, почему этого не произошло, когда ты раньше обращался в больницу?
- Рэнди.** Потому что я больше думал о том, как выбраться оттуда, чем о своих “эмоциональных взрывах”. Я знаю, что если я буду уговаривать маму достаточно долго, она заберет меня домой.
- Мать.** Я тебе говорю, этого не произойдет в этот раз.
- Терапевт.** Итак, первый шаг к тому, чтобы эта госпитализация стала другой, — Рэнди не должен просить о возвращении домой до того,



как врачи скажут, что он готов. А если он попросит, вы, мама, должны сказать ему: “Нет”.

**Мать.** Это будет сложно, но я должна так поступить.

**Терапевт.** Итак, Рэнди, ты сказал, что тебе нужно понять, что делать, когда ты злишься. Что тебе нужно сделать по-другому на этот раз, чтобы найти ответ, пока ты находишься в больнице?

**Рэнди.** Я не люблю, когда люди задают мне вопросы. Это меня злит. Но я думаю, мне придется выслушать вопросы и разобраться.

**Терапевт.** Даже если тебе это не нравится, думаешь, тебе будет легче отвечать на вопросы, если мама будет придерживаться своего мнения? Если она не позволит тебе вернуться домой, пока не почувствует уверенность, что ты наконец начал приходить к некоторым ответам?

**Рэнди.** Наверное, да, но я не обещаю, что не буду пытаться ее переубедить.

Что заставило терапевта в данном случае не рекомендовать госпитализацию на первой встрече, но все-таки сделать это на следующей?

Большинство ориентированных на решение терапевтов, у которых есть опыт работы с клиентами в кризисных ситуациях, говорят, что, хотя вопрос безопасности стоит на первом месте, они не решают его до конца сеанса, если только клиент не начинает действовать или угрожать прямо на сеансе. Вместо этого они пытаются наладить контакт, а также понять и прояснить, что думают и чего хотят все участники встречи, и может ли произойти хотя бы очень небольшое изменение в направлении поставленных целей. На первом сеансе терапевт Рэнди выполнил эти шаги, выслушав об имеющихся проблемах и спросив об исключениях и навыках преодоления трудностей. Хотя никто, казалось, не имел никакого контроля над “взрывами” Рэнди, беседа действительно выявила позитивные отношения в семье и ощущение лучшего будущего.

Угрозы самоповреждения Рэнди и его агрессивное поведение заставили терапевта оценить текущую безопасность и разработать антикризисный план на будущее. Тогда он надел шляпу терапевта и вернулся к идее, что у семьи есть ресурсы, чтобы помочь себе. Он также отметил в исходных данных, что ранее уже были кратковременные госпитализации, но они явно не принесли особой пользы. Оказалось, что у Рэнди не было заранее

обдуманного плана самоубийства, а он скорее импульсивно выражал свои суицидальные мысли, когда испытывал отчаяние. Он не владел оружием, и дома его не было. Казалось, идея проглотить что-нибудь, чтобы убить себя, вызывала у него отвращение из-за страха, что он подавится или его вырвет. Он спал и ел вполне нормально. В последнее время количество “эмоциональных взрывов” участилось, но он, похоже, был заинтересован в переменах. Рэнди, казалось, хотел участвовать в антикризисном планировании, а у его матери и братьев к концу сеанса появилось больше надежды.

Терапевт также отметил в информации о приеме, что ранее были кратковременные госпитализации, но они явно не принесли пользы, поэтому, основываясь на оценке, он сохранил шляпу терапевта и назначил семье встречу на следующей неделе.

Когда поведение Рэнди продолжило обостряться, терапевту пришлось надеть другую шляпу. После оценки серьезности нынешнего эпизода по сравнению с предыдущими он должен был обеспечить безопасность Рэнди и других членов семьи и порекомендовать госпитализацию; однако он сделал это, с самого начала задав для этого другой контекст.

## Острая необходимость

Когда на карту поставлена жизнь или потеря эмоционального контроля, для клиентов, их семей, сообщества и терапевтов естественно хотеть избавиться от страха как можно быстрее. Клиенты приходят на терапию, ожидая, что терапевт им в этом поможет.

Клиентка, которую заметили в нанесении себе повреждений, должна быть немедленно остановлена, даже если для этого потребуется полиция. Клиента, имеющего оружие, необходимо убедить передать его кому-нибудь на хранение или арестовать как можно быстрее. На ситуации, явно представляющие неминуемую опасность, нужно реагировать оперативно. У терапевтов должны быть инструменты, позволяющие контролировать свои страхи и приносить пользу другим.

Однако самое важное, что терапевт, ориентированный на решение, может сделать для клиентов, находящихся в кризисе, — руководствоваться предположением, что *краткосрочная терапия может проходить медленно*. Для терапевтов стремление действовать быстро (за исключением случаев предотвращения вреда) на самом деле может оказаться вредным в

долгосрочной перспективе, поскольку это дает только внешний контроль, а не помогает сформировать внутренний, который может производить длительный эффект. Насколько это возможно, терапевтической целью для клиентов, которые не могут себя контролировать, должен быть опыт, который в будущем поможет им справиться с аналогичной ситуацией.

Двойственное мышление (см. главу 2), отслеживающее наш внутренний диалог, является полезным методом борьбы со сродностью.

**Трек 1.** Мне страшно. Я не знаю, что делать.

**Трек 2.** Что чувствует клиентка?

**Трек 1.** Она чувствует себя беспомощной, потому что ничего не контролирует. Я чувствую себя так же.

**Трек 2.** Если я напуган, я не могу помочь ей с контролем. Что мне нужно, чтобы самому его обрести?

**Трек 1.** Больше информации от клиентки о том, что поможет ей почувствовать, что она контролирует ситуацию. *У клиентов есть сильные стороны и ресурсы, чтобы помочь себе.*

## Слушание

Когда люди напуганы и у них повышается уровень адреналина, их переполняют эмоции, которые ради выживания вынуждают их действовать, бороться или бежать. Их внимание больше сосредоточено на фигуре, чем на фоне. Контраст между восприятием кризисной и нормальной ситуаций резко возрастает. Самая полезная реакция ориентированного на решение терапевта — привлечь внимание к обеим точкам зрения, к оттенкам серого. Лучше всего этого добиться, выслушивая все, что говорит клиент, и сознательно прислушиваясь к исключениям и сильным сторонам (см. главу 3). Другими словами, когда терапевты полностью открываются каждому нюансу языка клиента, у них появляется больше шансов найти ответ, который может дать клиенту некоторую степень контроля и надежду на будущее.

## Четкие временные рамки

Джим Деркс, один из разработчиков ОРКТ, указывает на необходимость установления “четких временных рамок” при работе с клиентами в кризисных ситуациях.

### Случай из практики: Филипп

Примером этого является случай Филиппа, 32-летнего одинокого мужчины, которого Пэт, его брат, привел на терапию из-за разговоров о самоубийстве. Пэт был встревожен унынием Филиппа во время телефонного разговора накануне вечером. Пэт знал, что Филипп недоволен своей работой, но не чувствовал себя достаточно компетентным, чтобы найти более интересную должность. Однако во время этого разговора Филипп сказал, что недавно получил два предупреждения по поводу выполнения работы, которые, по его мнению, не были обоснованными, что его отношения с девушкой заканчиваются, потому что она больше не уверена в своих чувствах к нему, и что в целом все стало настолько плохо, что единственным решением было “откинуться”.

После этого разговора Пэт пошел к Филиппу и убедил его поговорить с кем-нибудь о своем душевном состоянии. Филипп сначала отверг эту идею, но затем согласился, когда Пэт попросил его сделать это ради их матери, которая недавно прошла химиотерапию от рака груди и все еще чувствовала слабость. Затем Пэт позвонил на горячую линию программы психологической помощи. Консультант посоветовал Пэту не оставлять Филиппа одного в ту ночь и привести его на следующее утро.

**Терапевт.** *(Начинает с того, что сообщает Филиппу, что у него уже есть некоторая информация о ситуации.)* Филипп, насколько я понимаю, вчера вечером ваш брат позвонил на горячую линию, потому что вы чувствовали себя очень подавленным и у вас были мысли о самоубийстве.

**Филипп.** Да.

**Терапевт.** Эти мысли все еще были у вас сегодня утром?

**Филипп.** Хм-м-м... Я полагаю, что да.

**Терапевт.** *(Сначала сосредоточивается на прошлой ночи.)* Так что происходило прошлой ночью?

**Филипп.** Это была просто последняя капля.

**Терапевт.** Что именно?

**Филипп.** Терри... это моя девушка... она знает, насколько плохи мои дела, и теперь подливает масла в огонь, говоря, что не знает, как она ко мне относится. *(Начинает рыдать.)*

**Терапевт.** Должно быть, это был настоящий удар. *(Ждет, пока Филипп плачет несколько минут.)*

**Пэт.** Эй, Фил, у тебя есть все мы... Мы тебя любим... Мы здесь. С мамой все будет в порядке.

**Терапевт.** Ваша мама больна?

**Филипп.** У нее был рак груди, и она прошла химиотерапию. Она боец. Она справится.

Филипп продолжает плакать еще несколько минут, а затем рассказывает, что происходило в его жизни последние несколько месяцев. Терапевт его не прерывал и не подвергал сомнению какие-либо подробности этой истории. Он просто слушал и выражал сопереживание. Затем он переключил внимание клиента на прошлую ночь.

**Терапевт.** Так что же заставило вас позвонить брату вчера вечером?

**Филипп.** Я звонил по поводу лотерейных билетов. Обычно мы участвуем в лотерее вместе с другим нашим братом и покупаем их целую кучу. Лотерея уже началась, поэтому я решил спросить, когда он их заберет.

Терапевт отметил, что клиент говорит о будущем, что является положительным знаком. Он проверил наличие поддержки у Филиппа, оценив его отношения с членами семьи и друзьями. Как часто они общаются по телефону, лично? Затем он вернулся к четким временным рамкам.

**Терапевт.** Так что же произошло вчера вечером во время телефонного разговора о лотерейных билетах, что заставило вас заговорить о самоубийстве?

Деркс говорит, что важно закрепить боль и негатив в ближайшем прошлом, предполагая, что сегодня все по-другому, т.е. лучше: *небольшое изменение может привести к большим изменениям.*

**Филипп.** Ну, он сказал что-то о том, что Терри пойдет с нами, и это меня просто взбесило.

**Терапевт.** Итак, Пэт сразу же пришел, когда вы так расстроились.

**Филипп.** Да.

**Терапевт.** И что произошло потом?

**Филипп.** Мы немного поговорили...

**Терапевт.** Это помогло?

**Филипп.** Да. Это всегда помогает.

**Терапевт.** Значит, с его приходом вы почувствовали себя лучше.

**Филипп.** Да.

Теперь терапевт попытался вызвать ощущение, что сегодня утром все было иначе, чем вчера вечером, даже если произошло лишь небольшое изменение. Он спросил Пэта о том, завтракал ли Филипп, и установил, что он съел немного хлопьев. Спросил, кто отвез его на сеанс, и похвалил Филиппа за то, что он позвонил Пэту и позаботился о себе таким образом. Спросил Пэта о случаях, когда Филипп заботился о нем, и тот вспомнил несколько примеров. Он прислушивался ко всему и подкреплял все изменения, которые произошли со вчерашней ночи. Такое исследование не значит, что если клиент приводит положительные примеры, он больше не находится в депрессии. Скорее, это небольшой шаг от мышления "или— или", начало построения решения, которое может быть сложным и требовать времени.

**Терапевт.** Итак, Филипп, какой у вас сейчас уровень стресса по сравнению с прошлым вечером? *(Обратите внимание, что терапевт начал говорить об "уровне стресса", а не об унынии или самоубийстве.)* Оцените его по шкале от 1 до 10, где 10 — настолько плохо, насколько это возможно, и 1 — настолько хорошо, насколько это возможно. *(Если Филипп ответит, что все так же или хуже, терапевту придется поднять вопрос о госпитализации.)*

**Филипп.** *(Немного подумав.)* Вчера вечером было 9. Думаю, сейчас больше похоже на 8... Может быть, 7.

**Терапевт.** Что ж, на самом деле у вас много тревог. Есть ли что-нибудь, что вы можете сделать со своей ситуацией на работе, чтобы снизиться по этой шкале на половину отметки сегодня или завтра?

**Филипп.** Вчера я связался с представителем профсоюза по поводу этих предупреждений. Завтра у меня с ним встреча. *(Большие информации о будущем).*

**Терапевт.** А как насчет ситуации с вашей девушкой? Если сегодня вечером произойдет чудо и завтра утром вы будете чувствовать себя менее безнадежно в своих отношениях, что вы сделаете по-другому?

**Филипп.** Думаю, я позвоню ей.

**Терапевт.** Что вы скажете?

**Филипп.** Я скажу ей, что злюсь. Это несправедливо. Она не говорит мне, что ее беспокоит. Получается, у меня нет шанса. Я хочу поговорить об этом.

**Терапевт.** Звучит как хорошая идея. Но давайте делать шаг за шагом. Как насчет сегодняшнего дня, когда вы выйдете отсюда? Что нужно, чтобы снизить уровень стресса?

Терапевт и клиент продолжали говорить о том, как сделать этот и следующий день менее напряженными. Они подробно обсудили встречу с представителем профсоюза, чтобы Филипп мог заранее спланировать, как отреагировать. Терапевт назначил еще одну встречу с Филиппом, чтобы обсудить план разговора с его девушкой. В тот вечер были приняты все меры, чтобы Филипп поужинал с Пэтом и его семьей.

Наличие некоторого позитивного движения не означает, что терапевт может игнорировать суицидальные угрозы, которые привели клиента на терапию. Поэтому он оценил степень суицидальных мыслей Филиппа в текущий момент и обнаружил, что они находятся примерно на отметке 6 по 10-балльной шкале. Был разработан план безопасности, который предполагает участие в нем Пэта и некоторых других братьев и сестер. Терапевт попросил Филиппа подписать контракт, согласно которому, если

возникнут суицидальные мысли, он не будет ничего предпринимать, не позвонив сначала в службу экстренной помощи, на что он согласился.

Деркс считает, что важно попросить как можно больше людей, знающих клиента, присутствовать на первой кризисной сессии. Это делается не только с целью поддержки, но и потому, что различные точки зрения на клиента и его ситуацию дают больше информации, которая может вызывать немедленные изменения. Вся идея четких временных рамок состоит в том, чтобы ограничить фокус, тем самым сделав небольшое изменение более заметным и более действенным. Панорамный обзор и поиск ресурсов поначалу могут оказаться непростыми и поэтому опасными.

## Резюме

Кризис — это вопрос определения, который терапевт должен согласовать с клиентом. Не следует слишком поспешно отказываться от предположения, что у клиентов есть сильные стороны и ресурсы, чтобы помочь себе, и что небольшое изменение может привести к большим изменениям. С другой стороны, безопасность всегда должна быть на первом месте. Все, что говорилось в этой книге об ОРКТ, вдвойне применимо к работе с клиентами в кризисной ситуации: внимательное слушание, понимание мировоззрения клиента, попытка использовать язык для построения взгляда “и — и”, а не “или — или”, и действие настолько медленное, насколько позволяет ситуация. В ориентированной на решение практике наиболее уместно начать носить шляпу терапевта, если только клиент полностью не потерял контроль над собой физически или эмоционально. Создание эмоционально безопасной атмосферы может в конечном итоге облегчить обретение клиентами контроля над собой. Отношениям между терапевтом и клиентом также пойдет на пользу, если клиент вернется для продолжения работы.



# Послесловие

www.moscowpsychology.ru

Эта книга — результат более чем 20-летних размышлений о том, что я делаю, когда разговариваю с клиентами. Она написана на основании огромного опыта взаимодействия с людьми. Ее цель — увести терапевтов от произвольного использования техник и найти путь, по которому они могли бы идти, не боясь заблудиться. Наилучшим результатом этих усилий было бы то, если бы у читателей появился стимул больше думать, почему они делают то, что делают, когда разговаривают с клиентами. Признать и объяснить выбор, который мы делаем, — это первый шаг на долгом пути к мастерству. Даже тот плохой выбор, который мы иногда совершаем, в конце концов может нам многое предложить.

Мои практика и опыт преподавания ОРКТ всегда подтверждали, что *каждый человек уникален*. Естественно, одни люди более чувствительны и эмпатичны, чем другие. Возможно, не каждый обладает качествами терапевта-мастера, но мы все — люди. Мы знаем, что нам нужно друг от друга, на базовом уровне, даже не произнося слов. Вот почему я подчеркиваю эмоциональные аспекты терапии наряду с техническими. Я заметила, что такое сочетание ускоряет развитие терапевтических навыков.

Достижения в области нейробиологии, которые быстро расширяют наше понимание человеческого поведения, несомненно, предоставят нам новые знания и навыки в будущем. Давайте приветствовать их непредвзято, но никогда не забывать о важности смирения в нашей работе.

# Список литературы

1. Adams, J. F., Piercy, F. P., & Jirhc, J. A. (1991). Effects of solution-focused therapy's "Formula First Session Tasks" on compliance and outcome in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 17(3), 277-291.
2. Ahlers, C. (1992). Solution-oriented therapy for professionals working with physically impaired clients. *Journal of Systemic Therapies*, 11(3), 53-68.
3. Alizur, Y. (1996). Involvement, collaboration, and empowerment: A model for consultation with human-service agencies and the development of family oriented care. *Family Process*, 35(2), 191-211.
4. Andersen, T. (1991). *The reflecting team*. New York: Norton.
5. Andersen, T. (1995). Reflecting processes; acts of informing and forming: You can borrow my eyes, but you must not take them away from me! In S. Friedman (Ed.), *The reflecting team in action* (pp. 11-37). New York: Guilford Press.
6. Andersen, T. (1997). Researching client-therapist relationships: A collaborative study for informing therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 16(2), 125-134.
7. Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities: A postmodern approach to therapy*. New York: Basic Books.
8. Anderson, H., & Goolishian, H. (1986). Systems consultation with agencies dealing with domestic violence. In L. C. Wynn, S. H., McDaniel, & T. T. Weber (Eds.), *Systems consultation: A new perspective for family therapy* (pp. 284-299). New York: Guilford Press.
9. Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change* (pp. 133-179). Washington, DC: American Psychological Association.
10. Bachrach, L. L. (1989). Case management: Toward a shared definition. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 883-884.
11. Barker, P., & Herlache, M. (1997). Expanding the view of treatment with an MPD client and her family. *Journal of Systemic Therapies*, 16(1), 47-59.
12. Bateson, G. (1979). *Mind and nature: A necessary unity*. New York: Dutton.
13. Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. H. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
14. Berg, I. K. (1994). *Family-based services: A solution-focused approach*. New York: Norton.
15. Berg, I. K., & Kelly, S. (2000). *Building solutions in child protective services*. New York: Norton.
16. Berg, I. K., & Miller, S. D. (1992). *Working with the problem drinker: A solution-focused approach*. New York: Norton.

17. Bergin, A. E., & Lambert, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd ed., pp. 139–189). New York: Wiley.
18. Beyebach, M., Morejon, A. R., Palenzuela, D. L., & Rodriguez-Arias, J. L. (1996). Research on the process of solution-focused therapy. In S. D. Miller, M. A. Hubble, & B. L. Duncan (Eds.), *Handbook of solution-focused brief therapy* (pp. 299–335). San Francisco: Jossey-Bass.
19. Beyebach, M., Rodriguez-Sanchez, M. S., Arribas de Miguel, J., Herrero de Vega, M., Hernandez, C., & Rodriguez-Morejon, A. (2000). Outcome of solution-focused therapy at the University Family Therapy Center. *Journal of Systemic Therapies*, 19(1), 116–129.
20. Bonjean, M. (1989). Solution-focused psychotherapy with families caring for an Alzheimer patient. In G. Hughston, V. Christopherson, & M. Bonjean (Eds.), *Aging and family therapy: Practitioners perspectives on Golden Pond* (pp. 1–11). New York: Haworth Press.
21. Bonjean, M. J. (1996). Solution focused brief therapy with older adults and their families. In T. Hargrave & S. Hanna (Eds.), *Between generations* (pp. 1–11). New York: Brunner/Mazel.
22. Booker, J., & Blymyer, D. (1994). Solution-oriented brief residential treatment with chronic mental patients. *Journal of Systemic Therapies*, 13(4), 53–69.
23. Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129–148.
24. Bradshaw, J. (1988) *Healing the shame that binds you*. Deerfield Beach, FL: Health Communications.
25. Brasher, B., Campbell, T. C., & Moen, D. (1993). Solution oriented recovery. *Journal of Systemic Therapies*, 12, 1–14.
26. Breunlin, D., & Cade, B. (1981). Intervening in family systems with observer messages. *Journal of Marital and Family Therapy*, 7, 7–46.
27. Brown-Standridge, M. D. (1989). A paradigm for construction of family therapy tasks. *Family Process*, 28(4), 471–489.
28. Cade, B., & O'Hanlon, W. H. (1993). *A brief guide to brief therapy*. New York: Norton.
29. Cantwell, P., & Holmes, S. (1995). Cumulative process: A collaborative approach to systemic supervision. *Journal of Systemic Therapies*, 14(2), 35–47.
30. Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
31. Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: An initiation to curiosity. *Family Process*, 26(4), 405–415.
32. Cecchin, G., Lane, G., & Ray, W. (1992). *Irreverence — A strategy for therapists' survival*. London: Karnac Books.
33. Cecchin, G., Lane, G., & Ray, W. (1994). *The cybernetics of prejudices in the practice of psychotherapy*. London: Karnac Books.
34. Chapman, A. H. (1976). *Harry Stack Sullivan: The man and his work*. New York: Putnam's.

35. Cushman, P. (1995). *Constructing the self, constructing America*. Reading, MA: Addison-Wesley.
36. Dahl, R., Bathel, D., & Carreon, C. (2000). The use of solution-focused therapy with an elderly population. *Journal of Systemic Therapies*, 19(4), 45-56.
37. Damasio, A. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain*. New York: Putnam's.
38. Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harcourt Brace.
39. DeJong, P., & Hopwood, L. E. (1996). Outcome research on treatment conducted at the Brief Family Therapy Center, 1992-1993. In S. D. Miller, M. A. Hubble, & B. L. Duncan (Eds.), *Handbook of solution-focused brief therapy* (pp. 272-299). San Francisco: Jossey-Bass.
40. Dell, P. (1982). Family theory and the epistemology of Humberto Maturana. *Family Therapy Networker*, 6(4), 26, 39, 40, 41.
41. Dell, P. (1985). Understanding Bateson and Maturana: Toward a biological foundation for the social sciences. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11, 1-20.
42. de Shazer, S. (1982). *Patterns of brief family therapy: An ecosystemic approach*. New York: Guilford Press.
43. de Shazer, S. (1984). The death of resistance. *Family Process*, 23, 79-93.
44. de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton.
45. de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.
46. de Shazer, S. (1991a). *Putting difference to work*. New York: Norton.
47. de Shazer, S. (1991b). Muddles, bewilderment, and practice theory. *Family Process*, 30(4), 453-459.
48. de Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.
49. de Shazer, S., & Molnar, A. (1984). Four useful interventions in brief family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10(3), 297-304.
50. Dolan, Y. M. (1991). *Resolving sexual abuse: Solution-focused therapy and Ericksonian hypnosis for adult survivors*. New York: Norton.
51. Donovan, J. M. (1999). Short-term couple therapy and the principles of brief treatment. In J. M. Donovan (Ed.), *Short-term couple therapy* (pp. 1-12). New York: Guilford Press.
52. Durrant, M. (1995). *Creative strategies for school problems: Solutions for psychologists and teachers*. New York: Norton.
53. Efran, J. S., & Lukens, M. D. (1985) The world according to Humberto Maturana. *Family Therapy Networker*, 9(3), 22-29.
54. Efran, J. S., Lukens, M. D., & Lukens, R. J. (1990). *Language, structure and change: Frameworks for meaning in psychotherapy*. New York: Norton.
55. Efron, D., & Veenendaal, K. (1993, Spring). Suppose a miracle doesn't happen: The nonmiracle option. *Journal of Systemic Therapies*, 11-19.

56. Ekman, P. (1992). Facial expressions of emotion: new findings, new questions. *Psychological Science*, 3, 34–38.
57. Elmer-Dewitt, P. (1989, September 25). Time for some fuzzy thinking. *Time*, p. 79.
58. Erickson, M. (1977). Hypnotic approaches to therapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20, 20–35.
59. Erickson, M. H., & Rossi, E. (1979). *Hypnotherapy: An exploratory casebook*. New York: Irvington.
60. Erickson, M. H., Rossi, E., & Rossi, E. (1976). *Hypnotic realities*. New York: Irvington.
61. Everstine, D. S., & Everstine, L. (1983). *People in crisis: Strategic therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel.
62. Fisch, R., Weakland, J. H., & Segal, L. (1982). *Tactics of change: Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey-Bass.
63. Fish, J. M. (1997). Paradox for complainants? Strategic thoughts about solution-focused therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 16(3), 266–274.
64. Fisher, L., Anderson, A., & Jones, J. E. (1981). Types of paradoxical intervention and indications: Contraindications for use in clinical practice. *Family Process*, 20(1), 25–37.
65. Fontes, L. A. (1991). Constructing crises and crisis intervention theory. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 10(2), 59–69.
66. Frankel, A. J., & Gelman, S. R. (1998). *Case management: An introduction to concepts and skills*. Chicago: Lyceum Books.
67. Frankl, V. E. (1957). *The doctor and the soul: An introduction to logotherapy*. New York: Knopf.
68. Frankl, V. E. (1960). Paradoxical intention. *American Journal of Psychotherapy*, 14, 520–535.
69. Fraser, J. S. (1995). Process, problems, and solutions in brief therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(3), 265–281.
70. Freedman, J., & Combs, G. (1996). *Narrative therapy*. New York: Norton.
71. Friedlander, M. L., Ellis, M. V., Raymond, L., Siegel, S. M., & Milford, D. (1987). Convergence and divergence in the process of interviewing families. *Psychotherapy*, 24, 570–583.
72. Friedman, S. (1993, Spring). Does the “miracle question” always create a miracle? *Journal of Systemic Therapies*, 75.
73. Friedman, S., & Lipchik, E. (1997). A time-effective, solution-focused approach to couple therapy. In J. M. Donovan (Ed.), *Short-term couple therapy* (pp. 325–360). New York: Guilford Press.
74. Gergen, K. (1982). *Toward transformation in social knowledge*. New York: Springer-Verlag.
75. Gergen, K. (1991). *The saturated self*. New York: Basic Books.
76. Gergen, K. (1994). *Realities and relationships: Soundings in social construction*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

77. Gilligan, S. (1997). *The courage to love: Principles and practices of self-relations psychotherapy*. New York/London: Norton.
78. Gingerich, W. J., de Shazer, S., & Weiner-Davis, M. (1988). Constructing change: A research view of interviewing. In E. Lipchik (Ed.), *Interviewing* (pp. 21-33). Rockville, MD: Aspen.
79. Gingerich, W. J., & Eisengart, S. (2000). Solution focused brief therapy: A review of the outcome research. *Family Process*, 39(4), 477-498.
80. Golan, N. (1978). *Treatment in crisis situations*. New York: Free Press.
81. Goodman, H. (1986). *BRIEFER: An expert system for brief family therapy*. Unpublished master's thesis, University of Wisconsin-Milwaukee.
82. Goodman, H., Gingerich, W. J., & de Shazer, S. (1989). BRIEFER: An expert system for clinical practice. *Computers in Human Services*, 5, 53-67.
83. Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (1986). Assessing the role of emotion in marriage. *Behavioral Assessment*, 8, 31-48.
84. Griffith, J. L., & Griffith, M. E. (1994). *The body speaks: Therapeutic dialogues for mind-body problems*. New York: Basic Books.
85. Haley, J. (1973). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson*. M.D. New York: Grune & Stratton.
86. Haley, J. (1976). *Problem-solving therapy: New strategies for effective family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
87. Harlow, H. F., & Harlow, M. K. (1962). Social deprivation in monkeys. *Scientific American*, 207, 136-146.
88. Held, B. S. (1996). Solution-focused therapy and the postmodern: A critical analysis. In S. D. Miller, M. A. Hubble, & B. L. Duncan (Eds.), *Handbook of solution-focused brief therapy* (pp. 27-44). San Francisco: Jossey-Bass.
89. Held, B. S. (2000). To be or not be theoretical: This is the question. *Journal of Systemic Therapies*, 19(1), 35-50.
90. Hoffman, L. (1981). *Foundations of family therapy: A conceptual framework for systems change*. New York: Basic Books.
91. Hoffman, L. (1985). Beyond power and control: Toward a "second order" family systems therapy. *Family Systems Medicine*, 3, 381-396.
92. Hoffman, L. (1990). Constructing realities: An art of lenses. *Family Process*, 29(1), 1-13.
93. Hoffman, L. (1998). Setting aside the model in family therapy. In M. F. Hoyt (Ed.), *The handbook of constructive therapies: Innovative approaches from leading practitioners* (pp. 100-116). San Francisco: Jossey-Bass.
94. Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
95. Hoyt, M., & Friedman, S. (1998) Dilemmas of postmodern practice under managed care and some pragmatics for increasing the likelihood of treatment authorization. *Journal of Systemic Therapies*, 17(5), 12-23.

96. Hoyt, M. F., & Berg, I. K. (1998). Solution-focused couple therapy: Helping clients construct self-fulfilling realities. In M. F. Hoyt (Ed.), *The handbook of constructive therapies: Innovative approaches from leading practitioners* (pp. 314–341). San Francisco: Jossey-Bass.
97. Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999) Directing attention to what works. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 407–447). Washington, DC: American Psychological Association.
98. Jackson, D. (1959). Family interaction, family homeostasis, and some implications for conjoint family psychotherapy. In J. Masserman (Ed.), *Individual and familial dynamics* (pp. 122–141). New York: Grune & Stratton.
99. Jackson, D. (1963). *The sick, the sad, the savage, and the sane*. Unpublished manuscript presented at the annual lecture to the Society of Medical Psychoanalysis and Department of Psychiatry, New York Medical College.
100. Johnson, M. (1987). *The body in the mind*. Chicago: University of Chicago Press.
101. Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1994). Emotion in intimate interactions: A synthesis. In J. S. Johnson & L. S. Greenberg (Eds.), *The heart of the matter: Perspectives on emotion in marital therapy* (pp. 297–323). New York: Brunner/Mazel.
102. Kanter, J. (1989). Clinical case management: Definitions, principles, components. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 361–368.
103. Keeney, B. P. (1979). Ecosystemic epistemology: An alternative paradigm for diagnosis. *Family Process*, 18, 117–129.
104. King, E. (1998). Roles of affect and emotional context in solution-focused therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 17(2), 51–65.
105. Kiser, D. (1988). *A follow-up study conducted at the Brief Family Therapy Center*. Unpublished manuscript.
106. Kiser, D., & Nunnally, E. (1990). *The relationship between treatment length and goal achievement in solution-focused therapy*. Unpublished manuscript.
107. Kiser, D. J., Piercy, F. P., & Lipchik, E. (1993). The integration of emotions in solution-focused therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 19(3), 233–242.
108. Kleckner, T., Frank, L., Bland, C., Amendt, J., & Bryant, R. du Ree. (1992). The myth of the unfeeling strategic therapist. *Journal of Marital and Family Therapy* 18(1), 41–51.
109. Kowalski, K. (1987). Overcoming the impact of sexual abuse: A mother's story. *Family Therapy Case Studies*, 2(2), 13–18.
110. Kowalski, K., & Kral, R. (1989). The geometry of solution: Using the scaling technique. *Family Therapy Case Studies*, 4(1), 59–66.
111. Kral, R. (1992). Solution-focused brief therapy: Applications in the schools. In M. J. Fine & C. Carlson (Eds.), *The handbook of family-school intervention: Systems perspective* (pp. 330–346). Boston: Allyn & Bacon.
112. Kreider, J. W. (1998). Solution-focused ideas for briefer therapy for longer-term clients. In M. F. Hoyt (Ed.), *The handbook of constructive therapies:*

- Innovative approaches from leading practitioners* (pp. 341–358). San Francisco: Jossey-Bass.
113. Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldstein (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94–129). New York: Basic Books.
  114. Lazarus, R. S. (1982). Thoughts on the relations between emotion and cognition. *American Psychologist*, 37, 1010–1019.
  115. LeDoux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Touchstone.
  116. Lipchik, E. (1988a). Purposeful sequences for beginning the solution-focused interview. In E. Lipchik (Ed.), *Interviewing* (pp. 105–117). Rockville, MD: Aspen.
  117. Lipchik, E. (1988b). Interviewing with a constructive ear. *Dulwich Center Newsletter*, pp. 3–7.
  118. Lipchik, E. (1991). Spouse abuse: Challenging the party line. *Family Therapy Networker*, 15, 59–63.
  119. Lipchik, E. (1993). "Both/and" solutions. In S. Friedman (Ed.), *The new language of change: Constructive collaboration in psychotherapy* (pp. 25–49). New York: Guilford Press.
  120. Lipchik, E. (1994). The rush to be brief. *Family Therapy Networker*, 18, 34–40.
  121. Lipchik, E. (1997). My story about solution-focused brief therapist/client relationships. *Journal of Systemic Therapies*, 16(2), 159–172.
  122. Lipchik, E. (1999). Theoretical and practical thoughts about expanding the solution-focused approach to include emotions. In W. A. Ray & S. de Shazer (Eds.), *Evolving brief therapies: In honor of John H. Weakland* (pp. 157–158). Galena, IL: Geist & Russell.
  123. Lipchik, E., & de Shazer, S. (1986). The purposeful interview. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 5(1&2), 88–99.
  124. Lipchik, E., & Kubicki, A. D. (1996). Solution-focused domestic violence views: Bridges toward a new reality in couples therapy. In S. D. Miller, M. A. Hubble, & B. L. Duncan (Eds.), *Handbook of solution-focused brief therapy* (pp. 65–98). San Francisco: Jossey-Bass.
  125. Lipchik, E., Sirles, E. A., & Kubicki, A. D. (1997). Multifaceted approaches in spouse abuse treatment. In R. Geffner, S. B. Sorenson, & P. K. Lundberg-Love (Eds.), *Violence and sexual abuse at home: Current issues in spousal battering and child maltreatment* (pp. 131–149). New York/London: Haworth Press.
  126. Lipchik, E., & Vega, D. (1984). A case study from two perspectives. *Journal of Strategic and Systemic Therapies* 4, 27–41.
  127. Ludewig, K. (1992). *Systemische Therapie*. Stuttgart, Germany: Klett-Cotta.
  128. Mandler, G. (1984). *Mind and body: Psychology of emotion and stress*. New York: Norton.
  129. Maturana, H. R. (1988). Reality: The search for objectivity or the question for a compelling argument. *Irish Journal of Psychology*, 9, 25–82.



130. Maturana, H. R., & Varela, F. J. (Eds.). (1980). *Autopoiesis and cognition: The realization of the living*. Boston: Reidel.
131. Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1987). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding* (Rev. ed.). Boston: Shambhala.
132. McKeel, A. J. (1996). A clinician's guide to research on solution-focused brief therapy. In S. D. Miller, M. A. Hubble, & B. L. Duncan (Eds.), *Handbook of solution-focused brief therapy* (pp. 251-272). San Francisco: Jossey-Bass.
133. Metcalf, L. (1995). *Counseling toward solutions: A practical solution-focused program for working with students, teachers and parents*. Englewood Cliffs, NJ: Simon & Schuster.
134. Metcalf, L., Thomas, F. N., Duncan, B. L., Miller, S. D., & Hubble, M. A. (1996). What works in solution-focused brief therapy: A qualitative analysis of client and therapist perceptions. In S. D. Miller, M. A. Hubble, & B. L. Duncan (Eds.), *Handbook of solution-focused brief therapy* (pp. 335-351). San Francisco: Jossey-Bass.
135. Meyerson, A. T., & Glick, R. A. (1976). Introduction. In R. A. Glick, A. T. Meyerson, E. Robbins, & J. A. Talbott (Eds.), *Psychiatric emergencies* (pp. 3-7). New York: Grune & Stratton.
136. Miller, G., & de Shazer, S. (1998). Have you heard the latest rumor about...? Solution-focused therapy as a rumor. *Family Process*, 37(3), 383-379.
137. Miller, S. D. (1994). The solution conspiracy: A mystery in three installments. *Journal of Systemic Therapies*, 13(1), 18-38.
138. Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
139. Molnar, A., & de Shazer, S. (1987). Solution focused therapy: Toward the identification of therapeutic tasks. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13(4), 349-358.
140. Molnar, A., & Lindquist, B. (1989). *Changing problem behavior in schools*. San Francisco: Jossey-Bass.
141. Moxley, D. P. (1989). *The practice of case management*. Newbury Park, CA: Sage.
142. Murphy, J. J. (1996). Solution-focused brief therapy in the school. In S. D. Miller, M. A. Hubble, & B. L. Duncan (Eds.), *Handbook of solution-focused brief therapy* (pp. 185-204). San Francisco: Jossey-Bass.
143. Nau, D. S., & Shilts, L. (2000). When to use the miracle question: Clues from a qualitative study of four SFBT practitioners. *Journal of Systemic Therapies*, 19(1), 129-135.
144. Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (1995). *Family therapy* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.
145. Norum, D. (2000). The family has the solution. *Journal of Systemic Therapies*, 19(1), 3-16.
146. Nunnally, E., de Shazer, S., Lipchik, E., & Berg, I. (1986). A study of change: Therapeutic theory in process. In D. E. Efron (Ed.), *Journeys: Expansion of the strategic-systemic therapies* (pp. 77-97). New York: Brunner/Mazel.

147. Nylund, D., & Corsiglia, V. (1994). Becoming solution-forced in brief therapy: Remembering something important we already knew. *Journal of Systemic Therapies*, 13(1), 5–12.
148. O'Hanlon, W. H., & Weiner-Davis, M. (1989). *In search of solutions*. New York: Norton.
149. Onnis, L. (1990). A systemic approach to the concept of crisis. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 9(2), 43–54.
150. Orlinsky, D., Grawe, K., & Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. E. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 270–375). New York: Wiley.
151. Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundation of human and animal emotion*. New York: Oxford University Press.
152. Papp, P. (1980). The Greek chorus and other techniques of paradoxical therapy. *Family Process*, 19, 45–57.
153. Parry, A. (1984). Maturanation in Milan. *Journal of Systemic and Strategic Therapies*, 3(1), 35–43.
154. Patterson, C. H. (1984). Empathy, warmth, and genuineness in psychotherapy: A review of reviews. *Psychotherapy*, 21, 431–438.
155. Penn, P. (1982). Circular questioning. *Family Process*, 21(3), 267–280.
156. Penn, P. (1985). Feed-forward: Future questions, future maps. *Family Process*, 24(3), 299–311.
157. Pinsof, W. M. (1995). *Integrative problem centered therapy*. New York: Basic Books.
158. Raiff, N. R., & Shore, B. K. (1993). *Advanced case management: New strategies for the nineties*. Newbury Park, CA: Sage.
159. Rapaport, L. (1962). The state of crisis: Some theoretical considerations. *Social Service Review*, 36, 112–117.
160. Ray, W. (2000). Don D. Jackson — A re-introduction. *Journal of Systemic Therapies*, 19(2), 1–7.
161. Rober, P. (1999). The therapist's inner conversation in family therapy practice: Some ideas about the self of the therapist, therapeutic impasse, and the process of reflection. *Family Process*, 38(2), 209–229.
162. Rohrbaugh, M., Tennen, H., Press, S., & White, L. (1981). Compliance, defiance, and therapeutic paradox: Guidelines for strategic use of paradoxical interventions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51(3), 454–467.
163. Rosenberg, B. (2000). Mandated clients and solution-focused therapy: "It's not my miracle." *Journal of Systemic Therapies* 19(1), 90–100.
164. Sachs, V. K. (1968). Crisis intervention. *Public Welfare*, 26, 112–117.
165. Schmidt, G., & Trenkle, B. (1985). An integration of Ericksonian techniques with concepts of family therapy. In J. K. Zeig (Ed.), *Ericksonian psychotherapy: Vol. II. Clinical applications* (pp. 132–155). New York: Brunner/Mazel.

166. Selekman, M. D. (1997). *Solution-focused therapy with children: Harnessing family strengths for systemic change*. New York: Guilford Press.
167. Selvini Palazzoli, M., Cecchin, G., Prata, G., & Boscolo, L. (1978). *Paradox and counterparadox: A new model in the therapy of the family in schizophrenic transaction*. New York: Jason Aronson.
168. Shaffer, J., & Lindstrom, C. (1989) *How to raise an adopted child*. New York: Crown.
169. Shields, C. G., Sprenkle, D. H., & Constantine, J. A. (1991). Anatomy of an initial interview: The importance of joining and structuring skills. *American Journal of Family Therapy*, 19, 3–18.
170. Simon, D. (1996). Crafting consciousness through form: Solution-focused therapy as a spiritual path. In S. D. Miller, M. A. Hubble, & B. L. Duncan (Eds.), *Handbook of solution-focused brief therapy* (pp. 44–65). San Francisco: Jossey-Bass.
171. Simon, R. (1985). Structure is destiny: An interview with Humberto Maturana. *Family Therapy Networker*, 9(3), 32–46.
172. Smith, L. L. (1978). A review of crisis intervention theory. *Social Casework*, 2, 396–405.
173. Spitz, R. A. (1951). Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. In *The psychoanalytic study of the child* (Vol. 6, pp. 255–278). New York: International Universities Press.
174. Sprenkle, D. H., Blow, A. J., & Dickey, M. H. (1999). Common factors and other nontechnique variables in marriage and family therapy. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 329–361). Washington, DC: American Psychological Association.
175. Stanton, M., Duncan, B., & Todd, T. C. (1981). Engaging resistant families in treatment. *Family Process*, 20(3), 261.
176. Sullivan, H. S. (1953a). *The collected works of Harry Stack Sullivan: Vol. 1. Book 2. Conceptions of modern psychiatry*. New York: Norton.
177. Sullivan, H. S. (1953b). *The collected works of Harry Stack Sullivan: Vol. 1. Book 1. The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
178. Sullivan, H. S. (1953c). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
179. Sullivan, H. S. (1953d). *The psychiatric interview*. New York: Norton.
180. Sullivan, H. S. (1956). *Clinical studies in psychiatry*. New York: Norton.
181. Todd, T. C. (1981). Paradoxical prescriptions: Applications of consistent paradox using a strategic team. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 1(1), 28–44.
182. Tohn, S. L., & Oshlag, J. A. (1996). Solution-focused therapy with mandated clients: Cooperating with the uncooperative. In S. D. Miller, M. A. Hubble, & B. L. Duncan (Eds.), *Handbook of solution-focused brief therapy* (pp. 152–184). San Francisco: Jossey-Bass.
183. Tomm, K. (1984). One perspective on the Milan systemic approach: Part 1. Overview of development, theory and practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10(2), 113–127.

184. Tomm, K. (1987a). Interventive interviewing: Part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist. *Family Process*, 26, 3–13.
185. Tomm, K. (1987b). Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. *Family Process*, 26, 167–184.
186. Tucker, N. L., Stith, S. M., Howell, L. W., McCollum, E. E., & Rosen, K. H. (2000). Metadialogues in domestic violence-focused couples treatment. *Journal of Systemic Therapies*, 19(4), 45–56.
187. Turnell, A., & Edwards, S. (1999). *Signs of safety: A solution and safety oriented approach to child protection casework*. New York: Norton.
188. Turnell, A., & Lipchik, E. (1999). The role of empathy in brief therapy: The overlooked but vital context. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 20(4), 177–182.
189. Varela, F. J. (1989). Reflections on the circulation of concepts between a biology of cognition and systemic family therapy. *Family Process*, 28(1), 15–25.
190. von Foerster, H. (1991). *Observing systems*. Seaside, CA: Intersystems.
191. Walter, J. L., & Peller, J. E. (1992). *Becoming solution-focused in brief therapy*. New York: Brunner/Mazel.
192. Walter, J. L., & Peller, J. E. (1994). "On track" in solution-focused brief therapy. In M. F. Hoyt (Ed.), *Constructive therapies* (pp. 111–126). New York: Guilford Press.
193. Walter, J. L., & Peller, J. E. (1996). Rethinking our assumptions: Assuming anew in a postmodern world. In S. D. Miller, M. A. Hubble, & B. L. Duncan (Eds.), *Handbook of solution-focused brief therapy* (pp. 9–27). San Francisco: Jossey-Bass.
194. Watzlawick, P. (Ed.). (1984). *The invented reality*. New York: Norton.
195. Watzlawick, P., & Weakland, J. (1977). *The interactional view*. New York: Norton.
196. Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.
197. Weiner-Davis, M., de Shazer, W., & Gingerich, W. J. (1987). Building on pre-treatment change to construct the therapeutic solution: An exploratory study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13, 359–363.
198. White, M. (1995). *Re-authoring lives: Interviews and essays*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre.
199. White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
200. Wynn, L. C., McDaniel, S. H., & Weber, T. T. (1986). *Systems consultation: A new perspective for family therapy*. New York: Guilford Press.
201. Zajonc, R. B. (1984). On the primacy of affect. *American Psychologist*, 39, 117–123.

# ОРИЕНТИРОВАННАЯ НА РЕШЕНИЕ ТЕРАПИЯ ЗА ПРЕДЕЛАМИ ТЕХНИК: РАБОТА С ЭМОЦИЯМИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ

“Липчик ломает все стереотипы, касающиеся ориентированной на решение терапии, поэтому даже те, кто относятся к этой модели скептически, захотят дать ей второй шанс. Авторская версия модели неформальна, сфокусирована на эмоциях и отдает предпочтение терапевтическим отношениям, а не техникам. Книга раскрывает мастерство автора как учителя и клинициста, и должен признать, что она значительно обогатила мою практику”.

**Дуглас Х. Спренкл**, д-р философии,  
Программа супружеской и семейной психотерапии, Университет Пердью

“Наконец-то написана книга, в которой практическая простота терапии, ориентированной на решение, дополнена акцентом на эмоциональной сфере и терапевтических отношениях.

Липчик освобождает наше понимание эмоций от громоздких теоретических рамок и показывает их важнейшую роль в процессе терапевтических изменений. В высшей степени интересная и ценная книга!”

**Стивен Гиллиген**, д-р философии,  
практикующий психотерапевт,  
автор книг *Генеративный транс. Опыт творческого потока* и  
*Путешествие героя. Путь открытия себя*

Терапия, ориентированная на решение, часто воспринимается лишь как некий набор техник — прагматичный подход, помогающий психотерапевту ставить вопросы, которые побуждают клиентов переосмысливать собственные проблемы и опираться на свои сильные стороны. Однако если эти техники применяются в неизменном виде ко всем подряд, то они могут не давать желаемых результатов. В итоге клиенты уходят разочарованными, а терапевты недоумевают, что могло пойти не так. В этой книге закладывается серьезная теоретическая основа, позволяющая терапевтам находить нестандартные решения там, где готовые рекомендации не работают. Основное внимание здесь уделяется тому, как акцент на эмоциональных проблемах, которые традиционно не поднимаются в краткосрочных моделях психотерапии, позволяет выбраться из сложных ситуаций и найти успешные решения.

## ОБ АВТОРЕ

**Ив Липчик** — магистр социальной работы, сертифицированный член и супервизор Американской ассоциации супружеской и семейной психотерапии, соучредитель компании ICF Consultants, Inc. в Милуоки, шт. Висконсин. Ведет частную терапевтическую практику, регулярно читает лекции на национальном и международном уровне.

**Категория:** психология/психотерапия

Видавництво  
“НАУКОВИЙ СВІТ”

ISBN 978-617-550-208-2



9 786175 502082