

Серия: Современные методы в психотерапии

Р. ФИШ
Дж. УИКЛЕНД
Л. СИГАЛ

Тактики изменений

Краткосрочная терапия

ПСИХОЛОГИЯ
И ЖИЗНЬ

Серия: Современные методы в психотерапии

Ф 68

Ричард Фиш,
Джон Уикленд
Линн Сигал

Ф 68 **Тактики изменений. Краткосрочная терапия.** / Р. Фиш, Дж. Уикленд, Л. Сигал; пер. с англ. И. Закаряна. – М: ПСИХОЛОГИЯ И ЖИЗНЬ, 2023. – 312 стр.

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

Книга предназначена для специалистов-психотерапевтов, психологов, медиков, студентов означенных специальностей и других читателей, интересующихся современной психологией и решением человеческих проблем.

ISBN 978-5-00144-563-0

Содержание

Вступление	7
Об авторах	13
Глава 1. Практика и теория	17
Глава 2. Манёвренность терапевта	37
<i>Средства повышения манёвренности</i>	40
<i>Тактика работы с трудными пациентами</i>	55
Глава 3. Подготовка к лечению	68
<i>Встречи с третьей стороной</i>	68
<i>Информация от предыдущего терапевта</i>	71
<i>Терапия по телефону</i>	72
<i>Запросы на семейное консультирование</i>	74
<i>Просьбы о специальном лечении</i>	76
<i>Проблемы при назначении встречи</i>	77
<i>Запросы о предоставлении информации</i>	78
Глава 4. Первоначальное собеседование	84
Глава 5. Позиция пациента	105
<i>Оценка позиции пациента</i>	106
<i>Типы позиций</i>	111

Содержание

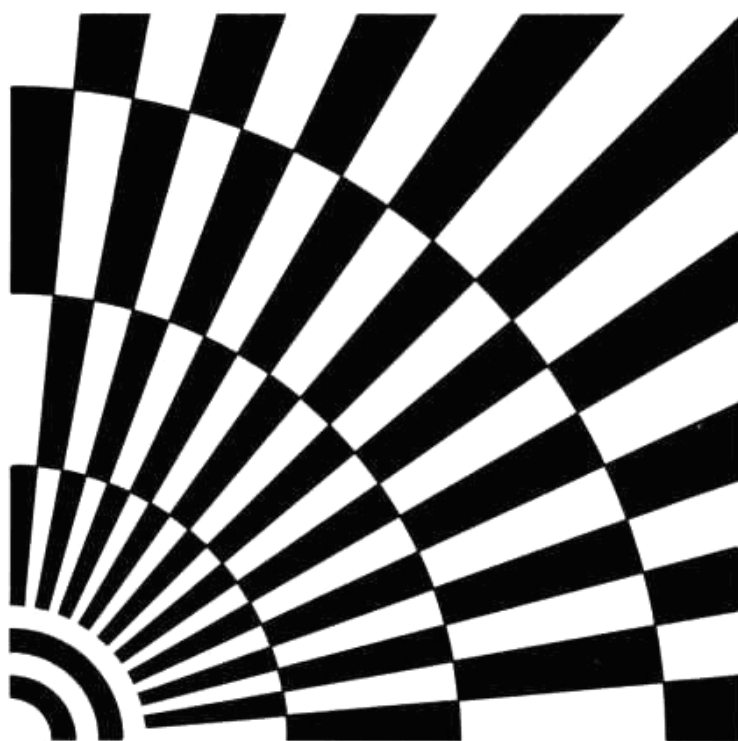
<i>Использование позиции пациента</i>	115
Глава 6. Планирование лечения	127
<i>Оценка жалоб клиента</i>	128
<i>Оценка попытки самостоятельного решения клиентом</i>	129
<i>Решение о том, чего следует избегать</i>	130
<i>Формулирование стратегического подхода</i>	131
<i>Формулирование конкретной тактики</i>	132
<i>Формулировка предложения: "Продажа" задания</i>	134
<i>Формулирование целей и оценка результата</i>	137
Глава 7. Вмешательства	142
<i>I. Основные вмешательства</i>	144
<i>II. Общие вмешательства</i>	175
Глава 8. Прекращение лечения	192
<i>Прекращение лечения после разрешения жалобы</i>	194
<i>Прекращение лечения, если жалоба не разрешена</i>	200
Глава 9. Терапевтический случай: Подросток с нежелательным поведением	206
<i>Сессия 1</i>	207
<i>Сессия 2</i>	215
<i>Сессия 3</i>	221
<i>Сессия 4</i>	227
<i>Сессия 5 (Заключительная сессия)</i>	230
Глава 10. Терапевтический случай: Встревоженный скрипач	234
<i>Первая сессия</i>	234
<i>Вторая сессия</i>	265

Глава 11. Терапевтический случай: Семья жертвы инсульта	270
<i>Оценочное интервью</i>	270
<i>Сессия 1</i>	274
<i>Сессия 2</i>	276
<i>Сессия 3</i>	288
<i>Сессия 4</i>	294
<i>Сессия 5</i>	296
Глава 12. Психотерапия, и не только	300
Библиография	310
<i>Книги на русском языке</i>	310
<i>Источники на иностранных языках</i>	311
Другие книги по Краткосрочной Стратегической терапии	313

Richard Fisch, John H. Weakland, Lynn Segal

THE TACTICS OF CHANGE

Doing Therapy Briefly



Мастерству Милтона Эриксона посвящается

Вступление



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

Мы считаем, что дихотомия между краткосрочной и долгосрочной терапией является иллюзорной и, что более важно, является препятствием для развития такой терапии, которая одновременно эффективна как по результату, так и по затраченным ресурсам (например, времени). Мы рассматриваем эту дихотомию как вариант попыток

сократить лечение без серьезного пересмотра взглядов на природу проблем и возможностей их разрешения. До тех пор, пока приверженцы краткосрочной терапии объясняют человеческие проблемы с точки зрения личной и межличностной патологии, она, вероятно, останется второстепенным методом по отношению к "главенствующему подходу (мейнстриму)" лечения, то есть долгосрочной терапии.

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

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

Хотя мы рассматриваем эту работу как спутника «Изменений», мы осознаем, что любая книга должна иметь свои собственные достоинства. Таким образом, мы начали книгу с краткого изложения нашей теоретической точки зрения, поскольку неоднократно подчёркивали связь между техникой и теорией. В первой главе мы представляем краткое изложение наших предпосылок и допущений. Чтобы сделать

теоретические основы нашего подхода более доступными, мы привели многочисленные примеры, иллюстрирующие наш подход к практике путем рассмотрения конкретных деталей. Поэтому, после описания каждого технического элемента общего подхода, мы включили один или несколько примеров диалогов из наших клинических случаев. Они были приведены дословно из записей сеансов. Там, где это было невозможно, мы взяли на себя смелость перефразировать или сжать соответствующие диалоги, которые имели место во время лечения. Кроме того, главы 9, 10 и 11 состоят из обширных выдержек из трёх случаев вместе с некоторыми пояснительными комментариями.

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

Между первой главой, посвященной теории, и главами 9, 10 и 11, посвященными практическим примерам, наше описание самой техники структурировано таким образом, чтобы соответствовать хронологическому ходу лечения. Поскольку наш подход к лечению является стратегическим, вторая глава посвящена общей проблеме контроля терапевта над лечением – "Манёвренности терапевта". Затем в разделе "Подготовка к лечению" мы рассматриваем конкретные стратегические соображения, которые могут возникнуть до официального начала лечения, чаще всего во время телефонного звонка

клиента, чтобы договориться о встрече. Эти две главы помещены в начале книги, потому что лечение, скорее всего, пойдет наперекосяк, если терапевт не будет его контролировать, а проблемы эффективного контроля могут возникнуть либо при первоначальном телефонном контакте, либо в первые минуты первого сеанса.

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

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

Однако, если кто-то хочет вмешиваться целенаправленно и эффективно, он должен проанализировать стратегическую информацию, разработать цель лечения и сформулировать стратегию для достижения этой цели. Соответственно, глава шестая, "Планирование терапии", посвящена соответствующим процедурам для этого. Как только терапевт сформулирует цель лечения и разработает базовую стратегию, ему понадобятся руководящие принципы для реализации этой стратегии-тактики. С этой целью в седьмой главе "Вмешательства" описываются общие и конкретные предложения, задания и позиции, которые терапевт может использовать для решения проблемы клиента, а также для поддержания тактического преимущества в лечении. Затем описательная часть нашей работы завершается восьмой главой, посвящённой прекращению лечения.

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

"размышления вслух" с целью прояснения хода продолжающегося лечения.

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

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

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

Любая работа такого рода отражает вклад множества людей помимо авторов и у них мы в глубоком долгу. В дополнение к более ранним участникам, упомянутым в "Изменениях" и в нашей первой статье об этой работе (Weakland and others, 1974), мы должны особо упомянуть тех нынешних членов Центра краткосрочной терапии, чья работа оказала ценную помощь в прояснении того, чем мы были и чем занимаемся: Пола Вацлавика, Элдона Эванса, Нила Браста., Джеймса Койна и Винсент Моли, а также тех, кто в последнее время работал вместе с нами, предлагая свои собственные полезные перспективы: Аллен Вандеруэлл, Варда Саломон и Рене Сабурин.

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

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

Пало Альто, Калифорния, апрель 1982

**Ричард Фиш,
Джон Уикленд
Линн Сигал**

Об авторах



Ричард Фиш, доктор медицины, занимается частной психиатрической практикой в Пало-Альто, Калифорния, является директором и главным исследователем Центра краткосрочной терапии Института психических исследований, а также научным сотрудником этого института. По совместительству он работает консультантом-психиатром в Департаменте пробации¹ для несовершеннолетних округа Сан-Матео и является клиническим ассистентом профессора психиатрии в медицинской школе Стэнфордского университета.

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

С 1957 по 1958 год он был помощником начальника службы в больнице Шеппарда и Еноха Пратта, а с 1958 по 1959 год занимал должность заместителя директора психиатрической стационарной службы в больнице округа Сан-Матео. Фиш начал частную практику в 1959 году. Его сотрудничество с Институтом психических исследований началось в 1962 году, когда он был членом Комитета по семейному обучению. На протяжении многих лет он проявлял интерес к семейной терапии, а, начиная с 1965 года, к исследованию методов сокращения сроков лечения. В 1981 году он получил награду от Американской ассоциации семейной терапии за выдающиеся достижения в новых направлениях семейной терапии. Среди его публикаций, имеющих

¹ По контролю за испытательным сроком (прим. ред.)

отношение к области, рассматриваемой в этой книге, – «Соппротивление переменам в психиатрическом сообществе» (Архив общей психиатрии, октябрь 1965 г.); «О неподобающих семейных терапевтах», совместно с П. Вацлавиком, Дж. Уиклендом и А. Бодином, «Книга семейной терапии» (Нью-Йорк: Science 16 House, 1972); «Краткосрочная психотерапия: целенаправленное разрешение проблем», совместно с Дж. Уиклендом, П. Вацлавиком и А. Бодином (Семейный процесс, июнь 1974); «Изменения: Принципы формирования и решения проблем», с П. Вацлавиком и Дж. Уиклендом (Нью-Йорк: Нортон, 1974); «Гиперактивность, разрешённая с помощью краткосрочной психотерапии», с Дж. Уиклендом, «Гиперактивность: Теория, исследования и действия» (Нью-Йорк: Wiley, 1976); «Иногда правой руке лучше не знать, что делает левая рука», «Семейная терапия: полнометражные тематические исследования» (Нью-Йорк: Gardner Press, 1977); «Влияние Милтона Эриксона на краткосрочную психотерапию», «Эриксоновские подходы к гипнозу и психотерапии» (Нью-Йорк: Brunner /Mazel).

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

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

В 1953 году он переехал в Пало-Альто, чтобы работать над исследовательскими проектами Грегори Бейтсона по человеческой

коммуникации вместе с Джейм Хейли, Доном Д. Джексоном и Уильямом Ф. Фрайем-младшим. Это исследование привело к теории "двойной связи" шизофрении, началу семейной терапии на Западном побережье и основанию Джексоном Института психических исследований.

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

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

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

в семейной терапии» (Нью-Йорк: Guilford Publications, 1982).

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



Глава 1.

Практика и теория



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

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

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

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

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

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

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

Т: Дальше что?

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

Т: У вас сейчас депрессия?

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

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

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

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

что-то чрезмерное. Если вы всё-таки пойдете в бар, вы можете просто оставить чёрную метку где-нибудь на своём лице – как своего рода пятно.

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

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

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

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

меня своего рода неожиданностью. Я не знала, что это произведёт такой эффект. Но, как я уже сказала, я не знаю, может быть, я была в самом конце депрессии. Но я абсолютно точно, что, когда я думала об этом, в плане "Остерегайся...", это каким-то образом делало мне легче, а не заставляло чувствовать себя подавленной.

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

П: Да.

Т: ... вступая в новые отношения ...

П: Да.

Т: ...или при возобновлении старых?

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

Т: Да.

П: Итак...

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

П: Хм-хм.

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

П: Э-э.

Т: Или что вы чувствуете себя лучше?

П: Ну, я не чувствую себя подавленной, как тогда. Это было своего рода... тяжело работать, есть, переезжать с места на место... а я такого не чувствовала. Я просто продолжаю идти тем путём, которым шла, который, знаете ли, не является маниакальным, и... может быть, люди

посмотрят на меня и подумают, что у меня депрессия, но я чувствую, что нахожусь в своём нормальном состоянии.

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

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

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

"болезнь" физиологической, биохимической, психологической или интерактивной по происхождению и природе.

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

Таким образом, очевидно, что мы рассматриваем теорию как важную и действительно необходимую составляющую для практики терапии. Тем не менее – любым из двух способов – теория также может привести к трудностям и ошибкам (Weakland, 1978; Whitaker, 1976; Haley, 1978). Во-первых, теория может быть чрезмерно усложнена или воспринята слишком серьёзно – овеществлена – настолько, что она станет препятствовать прямому наблюдению и простой интерпретации поведения. Чтобы избежать этого, наше изложение теории будет настолько кратким и простым, насколько это возможно, и намеренно ограниченным по объёму и концепции (подробнее о наших теоретических взглядах и их значении для практики см. Weakland и другие, 1974; Watzlawick, Weakland и Fisch, 1974). Мы не рассматриваем теорию как нечто тщательно продуманное, сложное или окончательное: не как высшую истину или конечную реальность, каким-то образом выходящую за рамки того, что можно непосредственно наблюдать, а скорее как набор относительно общих идей или взглядов, которые полезны для интеграции частных наблюдений и действия систематическим и понятным образом. Более того, хотя всегда можно порассуждать о возможных более широких последствиях нашего подхода, как и любого другого, мы не пытаемся здесь представить всеобъемлющую теорию человеческой природы, человеческого

существования или "разума", а хотим лишь изложить нашу общую концепцию природы проблем, которые люди приносят терапевтам. И эта концепция эффективного вмешательства для решения таких проблем – теория, максимально приближенная к практике.

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

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

Хотя мы считаем, что наши предпосылки, взятые вместе, представляют собой единый и последовательный взгляд на природу проблем и их решение, этот взгляд не возник в полной мере и не является уникальным для нас, за исключением некоторых существенных аспектов:

его целостной структуры и акцента на роли попытки решения проблем. Скорее, это результат обширной модификации прежних взглядов в результате опыта, размышлений и изменений в течение длительного периода. Краткое освещение этой истории развития с изложением предыдущих взглядов, от которых мы отказались или изменили, может помочь сделать нашу нынешнюю точку зрения более ясной и доступной, в противоположность предыдущим.

Мы начали с погружения, благодаря обучению и опыту, в психодинамические концепции и связанные с ними практики. Психодинамическая теория фокусируется на индивидуальном пациенте, особенно на интрапсихических структурах и процессах. Следовательно, акцент делается в первую очередь не на том, какое поведение связано с проблемой, а на предполагаемых глубинных вопросах. Более того, эта точка зрения рассматривает настоящее главным образом как результат прошлого, в терминах линейных цепочек причин и следствий, от истоков до последствий. Это ставит акцент на том, что находится внизу и позади, давным-давно и далеко, а не здесь и сейчас. Этот акцент на скрытом происхождении вместо того, что можно наблюдать в настоящее время, неизбежно приводит к обширному исследованию прошлого и интенсивному использованию умозаключений. Кроме того, эта точка зрения сильно, хотя и часто неявно, склоняется к тому, чтобы рассматривать проблемы как результат недостатков в структуре личности, недостатков, возникающих (за исключением врожденных недостатков, которые иногда предполагаются) либо из-за отсутствия раннего позитивного опыта, либо из-за негативного опыта, раннего или позднего. Что касается практики, то отсюда следует, что терапевт сначала должен достичь понимания таких сложных и скрытых вопросов, а затем должен помочь пациенту с помощью интерпретаций достичь адекватного понимания. Поддержка и руководство, направленные на преодоление или компенсацию предполагаемого дефицита, также могут быть важны в некоторых формах индивидуального лечения, но фундаментальным лечебным фактором по-прежнему считается "инсайт (озарение)", а основной предпосылкой является интеллектуальная фраза: "Знание сделает человека свободным".

Однако затем все мы были вовлечены в движение семейной терапии. И семейная терапия — это не просто вопрос различных

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

Однако, растущий опыт работы в том, что сейчас можно было бы назвать "традиционной семейной терапией", привёл нас к пониманию того, что не уделяется особого внимания различным средствам, которые терапевты могли бы использовать для содействия изменениям. Хотя у разных терапевтов были разные стили и некоторые конкретные техники были описаны изолированно, общая проблема того, как сознательно изменить поведение в человеческих системах, обсуждалась мало. Примерно такая же ситуация была и в отношении того, какое поведение должно быть целью при попытках к изменению. Существовало базовое представление о том, что для лечения проблемного поведения в каких-то частях семейной системы потребуются изменения, но рекомендации о