

Содержание

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
От техник к теории	35
Краткий исторический очерк	36
Ориентированная на решение теория	41
Ориентированные на решение предположения	42
Резюме	51
Глава 2. Отношения терапевта и клиента	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
Глава 3. Понимание клиентов	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
Глава 4. Эмоции в ориентированной на решение терапии	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
Глава 5. Процесс уточнения целей	112
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
Глава 6. Команда за зеркалом и перерыв в консультации	135
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
Глава 7. Итоговое послание и предложение задания	145
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

Глава 8. Терапия пар	167
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
Глава 9. Семейная терапия	186
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
Глава 10. Работа с недобровольными клиентами	201
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

Глава 11. Долгосрочные случаи	221
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
Глава 12. Ориентированный на решение подход к кризисным ситуациям	245
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
Послесловие	261
Список литературы	262

Теория ориентированной на решение терапии

Ориентированный 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 комфорта 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 пугающей, 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 конструктивизм¹ 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

¹ 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; *Tomt*, 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, пытаются 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. *Сопrotивления не существует.* “Сопrotивляющимися” 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 “застрявшими”, бывает полезно показать им, что мы понимаем их чувства. Матурана предостерегает от попыток изменить клиентов с помощью логики без взаимного согласия от-носительно 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 анализы 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 пронизательность. 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.