

ВИКТОР БОГОМОЛОВ

Волшебство клиента

ТРАДИЦИЯ КРАТКОСРОЧНОЙ
ПСИХОТЕРАПИИ



Виктор Богомолов

**Волшебство клиента. Традиция
краткосрочной психотерапии**

«Издательские решения»

Богомолов В. А.

Волшебство клиента. Традиция краткосрочной психотерапии /
В. А. Богомолов — «Издательские решения»,

ISBN 978-5-44-743119-8

В книге представлена история возникновения и логика развития краткосрочной психотерапии, начиная с работы Милтона Эриксона и заканчивая ориентированной на решение краткосрочной терапией (ОРКТ). Подробно описаны принципы и техники краткосрочной терапии, а также приведены примеры из практики и описания случаев. Данная книга является полезным практическим руководством для всех практикующих специалистов в области психологического консультирования и психотерапии.

ISBN 978-5-44-743119-8

© Богомолов В. А.
© Издательские решения

Содержание

Предисловие	6
Часть 1. Традиция	8
1. Милтон Эриксон	8
2. Краткосрочная терапия Института Психических Исследований (MRI)	13
Исследовательский проект Грегори Бейтсона	13
Центр краткосрочной терапии	14
Терапевтические парадоксы	16
Эффективность краткосрочной терапии MRI	18
Конец ознакомительного фрагмента.	19

Волшебство клиента Традиция краткосрочной психотерапии

Виктор Александрович Богомолов

© Виктор Александрович Богомолов, 2023

ISBN 978-5-4474-3119-8

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Предисловие

Эта книга родилась на пересечении личного и профессионального интереса. Личного интереса к тому, как невозможное становится сложным, а следовательно, возможным. Как «не могу» превращается в «могу», как люди начинают двигаться вперед после того, как они «застряли». Как вы научились плавать? Или ездить на велосипеде? Как вы выздоровели от тяжелой болезни? Это казалось «невозможным» до того, как это произошло. Но это происходит постоянно, с вами, с вашими друзьями и знакомыми, невозможные вещи – это то, что, возможно, происходит с вами прямо сейчас.

Мой профессиональный интерес связан с практикой *такой* психотерапии, которая позволяет людям меняться быстро и не нуждаться в психотерапии. Эти переходы из одного состояния – «проблемы» или «болезни» – в другое состояние, свободное от проблемы или «здоровое», часто, при беглом знакомстве, казались чудесными или волшебными. При более пристальном изучении работы мастеров, обучении психотерапии и чтении литературы вновь и вновь я встречался с мыслью о том, что за каждым таким волшебством стоит кропотливая работа психотерапевта, включающая разработку стратегии, планирование психотерапевтических сессий и отдельных интервенций на основе тщательного наблюдения за клиентом. То есть, волшебство, в конечном счете, оказывалось отточенным навыком терапевта.

Однако постепенно, по мере развития собственной практики и знакомства с исследованиями, начинало приходить понимание того, что главный агент изменений – это не мудрый и проницательный психотерапевт, а сам клиент. И действительно, 87% изменений в терапии объясняется факторами, связанными с клиентом, а не с терапевтом (Wampold, 2001). И тогда, магия и волшебство терапии – это то, что создается клиентом с помощью терапевта. Это волшебство основано на ресурсах, возможностях, потенциале клиента, а терапевт со своей стороны добавляет немного точности и расчета. Для того, чтобы терапия стала волшебством, которое исцеляет людей, терапевту нужно замечать то, на что *действительно* могут быть способны клиенты – пусть не сейчас, не сразу и, возможно даже не скоро. Но однажды невозможное станет для них просто сложным. И если терапевт может увидеть этот момент, и держать его в уме, то тогда он выпускает волшебство в свой кабинет.

Почему так много внимания оказалось уделено традиции? То, что делали первопроходцы в области краткосрочной психотерапии, всегда было очень необычным, новым, странным для своего времени. Они выпадали из «мэйнстрима» психологической практики. Но, постепенно, их идеи становились настолько влиятельными, что изменяли способы работы психотерапевтов и специалистов в других областях, работающих с людьми.

И сейчас, для того, чтобы краткосрочным психотерапевтам сохранять новизну и свежесть, а также способность быть современным, нужно знать историю подхода. Тогда возникает связь между тем, что делает специалист в своей практике, с той традицией, которая развивалась в течении длительного времени в разных условиях. Ощущение этой связи дает специалисту поддержку и свободу для новых открытий и изобретений вместе со своими клиентами.

Я надеюсь, что специалисты, помогающие людям, будут определять себя в рамках традиций, а не школ или подходов. Это позволит им развиваться и двигаться вперед, оставаясь изобретательными, творческими и полезными для своих клиентов.

Несколько слов о том, как устроена эта книга. В первой части подробно изложена история развития краткосрочной терапии. Некоторые имена и подходы остались за пределами обсуждения – по разным причинам. Например, стратегическая терапия Джея Хейли, потому что она в меньшей степени связана с той традицией, которой посвящена книга. Или Краткосрочная стратегическая терапия Джорджио Нардонэ, поскольку этот подход весьма подробно представлен в книгах на русском языке. В первой части приведено много ранее опубликован-

ных случаев из разных источников для иллюстрации основных теоретических положений или идей. Для меня было важным включить в первую часть современные идеи, представленные терапевтами, которые активно практикуют и работают в настоящий момент времени.

Вторая часть книги посвящена практике краткосрочной терапии. В ней подробно описаны основные техники и принципы их применения, а также общие вопросы практики. В этой части я привожу в качестве примера два реальных случая. Случаи представлены короткими зарисовками, помогающими понять, как используются отдельные техники и идеи на практике. Информация публикуется с разрешения клиентов. Имена клиентов и другие важные детали были изменены.

Часть 1. Традиция

1. Милтон Эриксон

Милтон Хайленд Эриксон родился 5 декабря 1901 года в городке Аурум в Неваде. Он был вторым ребенком в семье, которая на тот момент жила в хижине с земляным полом. Милтон с детства страдал дислексией и расстройством цветового восприятия (он различал только оттенки фиолетового), а также не различал звуковые тональности. При этом он был очень любознателен и внимателен к окружающему миру.

В возрасте 17 лет он заболел полиомиелитом. Когда родители вызвали доктора, тот сказал им, что мальчик не доживет до утра. Эриксон услышал это, находясь в постели и попросил мать таким образом передвинуть зеркало в комнате, чтобы он мог видеть окно в другой комнате, которое выходило на запад. Так он смог «в последний раз» увидеть закат, после чего он три дня был без сознания.

Когда он очнулся, то почти все его тело было парализовано, он мог с трудом разговаривать. Эриксону понадобилось 11 месяцев для того, чтобы он смог восстановить подвижность и начать ходить с костылями и четко разговаривать с окружающими. В 1922 году, во время учебы в университете, он в одиночку предпринял речное путешествие на каноэ протяженностью 1000 миль. Это помогло ему восстановить мышечную силу, и он смог ходить с тростью.

После учебы в университете он стал активным исследователем гипнотических феноменов, быстро сделав себя карьеру в психиатрии и заслужил признание со стороны коллег. Однако, из-за проблем со здоровьем, ему с семьей пришлось переехать в Финикс в штате Аризона. Там он почти сразу организовал частную практику у себя дома.

В 1953 году он заболел постполиомиелитическим синдромом, но вплоть до 1969 года он находился в поездках по всей стране, проводя обучающие занятия. В это время он стал использовать кресло для передвижения и продолжал активно работать и преподавать, в основном у себя дома, до своей смерти в 1980.

Эриксон организовал Американское общество клинического гипноза и Американский журнал клинического гипноза, описал больше клинических случаев в своей практике, чем кто-либо другой в области психотерапии, обучил несколько сотен учеников со всего мира и стал самым известным гипнотерапевтом 20 века.

Его полное собрание печатных трудов на настоящий момент оставляет 16 томов. И, хотя, Милтон Эриксон приобрел славу великого психотерапевта в первую очередь в связи с гипнозом, он применял процедуру гипноза лишь в четверти случаев работы с пациентами. На семинаре в 1979 году Эриксон заметил: «Гипноз сам по себе ничего не делает. Но он создает благоприятный климат для вашей работы» (Erickson, 1979).

Именно Эриксона можно считать основателем традиции краткосрочной терапии. Важно понимать, что слово «краткосрочный» легко может ввести в заблуждение относительно того, как работал Эриксон. У него было множество пациентов, с которыми он работал годами (Erickson, Erickson, 2013). Парадоксальным образом традиция краткосрочной терапии никогда не была связана в первую очередь с её длительностью. В 1954 году, Эриксон сформулировал свое понимание психотерапии в статье «Специальные техники краткосрочной гипнотерапии»: «Целью психотерапии должна быть наиболее адекватная, возможная и приемлемая помощь пациенту. При оказании пациенту помощи, необходимо полное уважение и утилизация [utilization] всего того, что предъявляет пациент. Акцент должен ставиться скорее на том, что пациент делает в настоящем и будет делать в будущем, чем просто на понимании того, почему когда-то давно произошло определенное событие. Обязательным условием психотера-

пии должно стать приспособление пациента в настоящем и будущем лишь с тем количеством внимания к прошлому, которое необходимо для предотвращения продолжения или возврата прошлых дезадаптаций» (Erickson, 1954).

Эту статью, в которой он представил 8 абсолютно разных случаев (как с точки зрения проблемы, так и выбранной стратегии лечения), можно считать своеобразной «точкой отсчета» для краткосрочной терапии.

Существует множество книг и статей, описывающих подход Эриксона, его стратегии и техники. Последователи и ученики Эриксона анализировали его работу на разных уровнях – начиная с отдельных составляющих техник гипноза до уровня стратегий, которые можно использовать вне зависимости от терапевтической модальности. Я бы хотел сконцентрироваться на некоторых достаточно абстрактных, но в то же время очень важных для практики краткосрочной терапии аспектах работы Эриксона.

Первое важное отличие подхода Эриксона связано с его акцентом на «исцелении» пациента вместо «лечения». Его понимание исцеления означало, что процесс идет внутри пациента на основании тех ресурсов, которыми человек располагает. Лечение предполагает воздействие снаружи, приводящее, в случае успеха, к состоянию «здоровья». Исцеление становится возможным и в отсутствии внешнего «лечебного» воздействия, поскольку является врожденной способностью организма и задействует весь опыт, усвоенный человеком в течении жизни. Пожалуй, Эриксон не согласился бы с распространенной идеей о том, что главный инструмент психотерапевта – это он сам. Для него главным инструментом терапии был сам клиент с его жизненным опытом и потенциалом для изменения.

У слова «исцеление» есть паранаучный оттенок, однако исцеление пациентов Эриксона носило абсолютно прагматичный и даже *ограниченный* характер. Иногда его работа с пациентом начиналась с установления границ допустимых изменений в рамках исцеления, в других случаях он фокусировался на том, как человек может жить с рядом ограничений, если они перестанут являться основанием для страдания. Эриксон никогда не обещал пациентам безоблачное будущее, свободное от проблем и никогда не ставил такую цель в своей работе.

К Эриксону направили 59-летнего рабочего, который очень долго работал на одну и ту же компанию, ему оставался год до выхода на пенсию. Он упал и после легкой травмы у него развился истерический паралич правой руки. Врач согласился выписать ему больничный на одну неделю, после чего, если пациент не прекратит эту «чушь», он будет уволен как страдающий психическим расстройством и тогда лишится пенсии.

Рука мужчины была согнута в локте и сильно прижата к груди, а пальцы сжаты в кулак. Рука расслаблялась только во время сна. Пациент постоянно стонал и жаловался на сильную боль. Эриксон заручился поддержкой двух врачей и после осмотра больного, стал обсуждать с ними состояние пациента так, чтобы он слышал разговор врачей. Врачи согласились что имеют дело с «Синдромом инерции» и что, если расстройство настолько серьезно, то синдром будет развиваться быстро и отчетливо. Синдром будет прогрессировать через высвобождение плечевого сустава, что даст возможность руке двигаться, в течении ближайших двух дней. Это будет сопровождаться ощущением тепла и сдавливания в запястье. После этого локоть также освободится, но все напряжение уйдет в запястье. Наконец, в течении недели, пальцы расслабятся, но в запястье останется жесткость, которая будет приводить к усталости, но не будет сильно мешать работе.

Для подтверждения диагноза и прогноза пациенту был предложен гипноз, и он охотно согласился, развив глубокий транс. В ходе гипноза «предварительный диагноз» и прогноз были полностью «подтверждены» врачами и один из них с удовлетворением отметил, что мышцы плеча уже начали расслабляться. После обследования пациента врач осматривал его раз в день, подтверждая полное соответствие прогноза и течения заболевания. Через неделю он

был выписан с ощущением жесткости и напряжения в запястье, но смог продолжить работу и через год вышел на пенсию. После этого симптомы исчезли. (Erickson, 1954)

Эриксона гораздо больше интересовал вопрос «При каких условиях этот человек сможет жить с данной проблемой или решить ее?», чем вопрос «Что привело к данной проблеме или жизненной ситуации?». Любая работа начиналась для него с признания, что изменение, пусть самое минимальное и, на первый взгляд, незначительное, возможно.

К Эриксону привезли мужчину в инвалидной коляске. Мужчина был обозлен и постоянно нецензурно ругался, потому что последние 11 лет он был прикован к инвалидному креслу из-за очень болезненно протекающего артрита. У него сохранялась подвижность только в шее и в большом пальце одной руки. Он был полностью зависим от своей жены, которая одевала его, кормила, укладывала спать. Мужчина все время проклинал свою жизнь.

*Эриксон стал упрекать его: «У вас есть палец, который может двигаться и вам надо двигать им! Вы бы лучше упражняли свой *** палец каждый день, чтобы занять свое *** время!»*

Мужчина дерзко отреагировал на совет Эриксона: «Да я могу двигать чертовым пальцем день и ночь, всю неделю, и даже целый месяц, но ни черта хорошего из этого не выйдет!» Мужчина вернулся домой, полный решимости доказать это. Но, когда он начал двигать пальцем, он заметил подвижность в указательном пальце. Чем больше он упражнялся, тем больше он мог двигать другими пальцами. Его это поразило. Каждый новый шаг в сторону улучшения поглощал все его внимание, заставляя пробовать еще больше двигать пальцами, с целью узнать, насколько он может увеличить подвижность суставов. Так, постепенно, он смог двигать запястьем, а потом и обеими руками.

Эти упражнения стали занимать все свободное время мужчины. Через год после первой встречи, Эриксон дал ему задание выкрасить маленькую хижину. Мужчина отреагировал новой порцией брани: никто в своем уме не решился бы дать человеку, настолько ограниченному в подвижности, такое сложное задание. Эриксон настаивал.

Это задание заняло у мужчины 3 недели. К концу лета он увеличил свою скорость и смог покрасить двухэтажный дом за неделю. Вскоре после этих успехов он нашел работу водителя грузовика. Работа с Эриксоном продолжалась достаточно долго, и в ходе нее он решил, что ему нужно поступить в колледж, и он действительно получил образование.

Симптомы артрита у мужчины сохранялись. По словам Эриксона, каждый год он заранее ждал дождливого сезона, когда он в течение 3—7 дней был прикован к постели сильными болями из-за артрита. В это время он мог заняться тем, что он откладывал в обычное время: чтением книг. Так, он рассматривал эти периоды не столько как обострения, а скорее как «отпуска».

Эриксон прокомментировал этот случай так: «Я понятия не имел, что год спустя он будет передвигаться без инвалидного кресла и водить грузовик. Но он собрал всю энергию, которую он вкладывал в ругательства и применил ее к упражнениям пальцем, руками и, постепенно, к движению всем телом» (Short, Erickson, 2005).

Самым важным для развития краткосрочной терапии оказалась уникальная способность Эриксона принимать человека в его проблемной ситуации и полностью подтверждать его переживание проблемы, каким бы негативным или трудным оно не было, и, одновременно с этим, создавать надежду на изменение текущей ситуации.

Принятие и подтверждение означают готовность идти за клиентом, проявляя интерес к боли, отчаянию, страху и всем остальным переживаниям, связанным с проблемой. Для этого

нужно много смелости. Но эта смелость была бы безрассудством, если бы терапевт не знал, что он идет за клиентом в эти переживания лишь для того, чтобы вернуться обратно с надеждой.

Важность фактора надежды для понимания работы Эриксона сложно переоценить. Вероятно, он знал многое об этом на своем собственном опыте.

К Эриксону привели 12 летнего мальчика, страдающего астмой. Мальчик все время носил с собой ингалятор. Когда Эриксон начал разговаривать с мальчиком, он заметил, насколько часто мальчику приходилось пользоваться ингалятором, чтобы свободно дышать. Эриксон спросил: «Насколько сильно ты боишься астмы?» Эриксон внимательно слушал ответ мальчика, не перебивая его. Вместо того, чтобы переубеждать его, он, наоборот, попросил его углубиться в описание его переживаний, связанных с болезнью: «Насколько на тебя влияет страх остановки дыхания?» Мальчик рассказал о своих переживаниях с чувством облегчения. Впервые кто-то захотел слушать подробное описание его страха смерти и того, что он внезапно не сможет дышать. Он подробно рассказал об ужасном ощущении сдавливания в груди и образах смерти, связанной с удушьем. В лице Эриксона он обрел хорошего слушателя. Он так увлекся своим разговором с Эриксоном, что начал дышать более свободно.

Когда Эриксон почувствовал, что мальчик готов услышать его, он сказал: «Ты знаешь, когда ты говоришь про свой страх, тебе становится легче дышать». Мальчик согласился. Тогда Эриксон продолжил: «Я хочу, чтобы ты понял, что часть астмы вызвана страхом, а часть – пылью растений. Ты принимаешь лекарство, чтобы справиться с той частью астмы, которая вызвана пылью. Если мы скажем, что сейчас у тебя 100% астмы, и если я уменьшу твою астму на 1%, ты не заметишь разницы. Но она будет на 1% меньше... Предположим, я уменьшу астму на два процента... пять процентов... или десять процентов. Ты все равно не заметишь изменения, но она уменьшится». Эриксон говорил таким образом, чтобы мальчику стало любопытна идея о том, что астма может уменьшиться на неопределенное количество.

После этого Эриксон начал обсуждать с мальчиком, сколько астмы он собирается оставить. «Это будет пять процентов.. или десять... или двадцать... или тридцать или сорок?» Мальчик подумав, ответил: «Я думаю, двадцать процентов астмы вызвано пылью». Так он смог использовать свой ингалятор на 80% реже (Short, Erickson, 2005).

Удивительно, но Эриксона сложно отнести к какой-либо предшествующей психотерапевтической традиции. Откуда он научился всему тому, что делал в своей работе? На этот вопрос нет ясного ответа. Он не принадлежал ни к одной школе психотерапии и не определял себя ни как «краткосрочного психотерапевта», ни как «семейного». Можно предположить, что он связан с традицией поведенческой терапии, однако это не так. Он не использовал положительное подкрепление в работе с пациентами и не рекомендовал хвалить их в связи с изменениями в их поведении. Психотерапия Эриксона была настолько многогранна, что каждый из его учеников выделял что-то новое в его работе. Его гений проявлялся в способности выстраивать с каждым пациентом совершенно новую терапию, в то же время оставаясь «типично Эриксоном» (Haley, 1993).

Обычно в работах, посвященных Милтону Эриксону, упускаются из виду два важных момента. Первый – это эволюция идей и техник самого Эриксона. Наивно предполагать, что человек, посвятивший свою жизнь помощи людям в создании изменений, не изменился профессионально сам. Беглый анализ доступных видеозаписей сеансов гипноза Эриксона показывает, что на ранних этапах своей работы его гипнотические техники были гораздо более директивными, а в случае, если у него что-то не получалось, он повторял интервенцию, пока не получал желаемый ответ клиента. На более поздних видеозаписях он использовал больше разрешающих утверждений (O'Hanlon, 2012). Таким образом, стиль работы Эриксона в тече-

ние его карьеры развивался в сторону от управления людьми к созданию условий для их исцеления.

Второй момент, на который редко обращают внимания последователи Эриксона – это парадоксальная «невидимость» клиентов Эриксона в его описаниях случаев. Несмотря на то, что Эриксон всегда подчеркивал важность потенциала самих клиентов для исцеления, в большинстве случаев голоса клиентов звучат очень слабо, а их личный вклад всегда заслоняется «загадочными» интервенциями самого Эриксона. Читая случаи Эриксона, может быть полезно представить себе те истории, которые могли бы рассказать его клиенты – вероятно, такие истории звучали бы совсем иначе.

Вот как поразительно точно формулирует это Жаклин Спаркс: «Деконструируя волшебство, мы подтверждаем его присутствие. То, как люди преображают свои жизни от отчаяния к надежде, от боли к радости, всегда будет завораживать и изумлять. Располагая истории клиента и терапевта бок о бок, мы создаем для „обычных“ терапевтов и клиентов новые возможности узнавания и сохранения волшебства в работе и в жизни» (Sparks, 2009).

2. Краткосрочная терапия Института Психических Исследований (MRI)

Исследовательский проект Грегори Бейтсона

В 1940-х, молодой инженер-химик Джон Уикленд заинтересовался антропологией и социологией и, уволившись из крупной компании, стал студентом Грегори Бейтсона. Научная работа Уикленда включала в себя полевые исследования китайских сообществ в США, американских индейцев, а позже – антропологические исследования в Азии. По словам Уикленда, обучение и работа антропологом помогли ему понять, что не существует нормального или правильного способа жить: «В антропологии вы не можете игнорировать тот факт, что люди живут в мире по-разному, и это дает вам новый способ обходиться с идеей „нормального“. Это также защищает от понимания чего-то как патологического, потому что вы не можете избавиться от странного поведения, наклеив на него ярлык „патологического“. Вообще-то, странное поведение – это как раз основной интерес антрополога» (Ray, Schlanger, 2012).

Бейтсон получил грант для исследования процессов коммуникации, и позвал Уикленда с собой в Калифорнию. Одним из ключевых исследований в проекте Бейтсона стала работа с семьями больных шизофренией, по результатам которой в 1956 году была опубликована ставшая знаменитой статья «К теории шизофрении». Авторами статьи были Грегори Бейтсон, Дон Джексон, Джей Хейли и Джон Уикленд. В статье была впервые сформулирована концепция «double bind», которая вызвала множество научных споров и положила начало системной семейной терапии. Вот как описал это Уикленд: «Мы занимались всякими сумасшедшими вещами, а потом произошла семейная терапия».

В конце 1950-х годов Дон Джексон организовал Институт Психических Исследований (Mental Research Institute – MRI) в Пало-Альто, основной целью которого было «междисциплинарное исследование всех аспектов отклоняющегося поведения», а дополнительной – исследования поведения человека в таких областях как образование, коммуникация и взаимодействие в группе (Jackson, 1958). Институт MRI стал одним из ведущих исследовательских и образовательных центров в США в области семейной психотерапии. Из его стен вышли такие известные терапевты, как Джей Хейли, Вирджиния Сатир, Ирвин Ялом, Линн Хоффман и многие другие. Исследовательскую команду института, куда входил Уикленд, интересовала коммуникация и взаимодействие членов семьи с точки зрения кибернетики и теории систем. Сотрудники института считали, что причины проблем и симптомов находятся не в прошлом или бессознательном пациентов, а в текущем взаимодействии и коммуникации совместно проживающих членов семьи. В ранний период существования института его команда пыталась установить соответствие определенных типов психических расстройств и проблем определенным типам коммуникации и паттернов взаимодействия. Это теория так и не подтвердилась ни в исследованиях, ни в практике (Weakland, Watzlawick, Riskin, 1995). В то же время была разработана модель семейной терапии, в которой участвовали все члены семьи, проживающие вместе.

Члены исследовательского проекта Бейтсона заинтересовались гипнозом, и Бейтсон написал письмо Эриксону, с которым он был знаком, с кратким описанием теории «double bind» и просьбой о том, чтобы сотрудники проекта могли посещать Эриксона и обучаться у него. Начиная с 1955 года Хейли и Уикленд регулярно ездили к Эриксону в Финикс консультируясь с ним, обучаясь и разбирая случаи. То, что они слышали от Эриксона, было не похоже ни на что из того, что они знали о психотерапии на тот момент (Martin, 1986, Haley, 1993). В то время наиболее распространенным и влиятельным в сфере психического здоровья был психодинамический подход, предполагающий длительное исследование прошлого пациента и ана-

лиз бессознательных мотивов и конфликтов. Эриксон работал непосредственно с симптомом, который беспокоил пациентов. Там, где психодинамические психотерапевты тщательно соблюдали нейтральность и границы в общении с пациентами, Эриксон часто ходил домой к пациентам, если это было важно для их исцеления. Он принимал дома, а в гостиной, где пациенты ждали своей очереди, играли его дети. Иногда он специально в терапевтических целях организовывал ситуацию таким образом, чтобы его дети взаимодействовали с его пациентами.

Вначале в большинстве случаев Хейли и Уикленд не понимали, что именно делал Эриксон и что было терапевтическим в его работе. Сначала они пытались понять его работу с точки зрения психодинамической теории, позже – с позиции зарождающейся системной. Однако в обоих случаях они оказывались не правы. Вероятно, им понадобилось много времени для того, чтобы увидеть и понять что-то совершенно для них незнакомое и непривычное. И Хейли, и Уикленд, так или иначе, научились гипнозу в ходе визитов к Эриксону, и даже иногда использовали его в своей практике, но они никогда не делали гипноз центральным элементом своей работы.

Хейли продолжал посещать Эриксона до 1971 года. В 1967 году он покинул Институт Психических Исследований MRI и начал сотрудничать с Сальвадором Минухиным в Филадельфии. Позже Хейли станет известен как основатель стратегического подхода в семейной психотерапии. В 1962 году Бейтсон закончил свой проект и уехал на Гавайи исследовать паттерны коммуникации у дельфинов и осьминогов. Он не был заинтересован в продолжении клинической работы с пациентами, хотя и пробовал проводить психотерапию.

Центр краткосрочной терапии

По инициативе одного из сотрудников Института, Ричарда Фиша, в 1966 году при MRI был основан Центр краткосрочной терапии. Сотрудниками центра, помимо Фиша, стали Джон Уикленд, Пол Вацлавик и Артур Бодин. С самого начала центр ориентировался на работу с конкретным симптомом или жалобой клиента. Было установлено ограничение на количество встреч клиентами – не более 10 сессий. В то время ограничение в 10 сессий было совершенно радикальным, любая психотерапия рассматривалась как долгосрочный проект (Durrant, 1990). Команда центра была обеспокоена тенденцией, когда семейная терапия быстро превращалась в долгосрочный метод психологической помощи, вбирая в себя все черты психодинамической традиции, ориентированной на исследование внутриличностных конфликтов. Позже Пол Вацлавик сформулирует позицию, которую занимали он и его коллеги, как противоположную «синдрому утопии» (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1974). Данный «синдром» характеризуется ориентацией на идеальные цели и результаты, а не возможные. Терапевты, жертвующие возможными и реалистичными целями в угоду идеалам, становятся жертвами этого синдрома и могут транслировать такую позицию своим клиентам, превращая терапию в процесс с неопределенной длительностью.

Хотя в основе работы центра по-прежнему лежала теория систем, и главный акцент всегда делался на взаимодействии членов семьи, работа теперь велась с наиболее заинтересованными в изменениях членами семьи. Присутствие всей семьи стало необязательным, поскольку для изменения всей системы достаточно было изменения в отдельной ее части. Чаще всего работа велась командой терапевтов: один находился в комнате для консультаций с клиентами, а остальные наблюдали за ходом консультации за односторонним зеркалом. Терапевт мог советоваться с командой по телефону или кто-то из команды мог прийти в комнату для консультаций, если этого требовала ситуация. Команду терапевтов интересовал вопрос: «Какая самая маленькая возможная интервенция может быть разработана для изменения данной системы взаимодействия?» (Wilder-Mott, 1981)

Молодая женщина обратилась в центр краткосрочной терапии MRI с жалобами на то, что ее мать чрезмерно вмешивается в ее жизнь. Мать беспокоилась, что клиентка никогда не образумится и не создаст длительных отношений с мужчиной. Хотя мать жила очень далеко, она часто звонила и расспрашивала дочь о том, с кем и как она встречается. Дочь начинала защищаться и оправдываться, что, в свою очередь, приводило к тому, что мать обвиняла ее в излишней критичности по отношению к мужчинам. Если же дочь отказывалась говорить о мужчинах, то мать обвиняла ее в том, что она скрывает истинное положение дел, вероятно плачевное. Мать узнала про центр краткосрочной терапии и предложила дочери обратиться туда за помощью.

Следующее задание было дано клиентке. Она должна была позвонить матери и сказать: «Я хожу в центр MRI на краткосрочную терапию. Одна из вещей, которую я поняла про себя – это то, что я слишком придирчива по отношению к мужчинам». Мать ответила: «Я знала, что я права! Я так рада, что ты ходишь на терапию». Дочь продолжила: «Еще они мне сказали, что теперь, каждый раз, когда мы с тобой общаемся – по телефону, в письмах или при встрече – я всегда должна говорить тебе что со свиданиями все плохо. И они сказали мне, что ты поймешь, почему они рекомендовали так делать». Мать ответила: «У тебя все плохо на этом фронте 90% времени». Дочь ответила: «Ну, а теперь все будет плохо 100% времени».

После этого мать стала реже звонить и меньше спрашивать про личную жизнь клиентки. Это снизило напряжение между женщинами и улучшило их отношения. Когда мать через несколько недель приехала в гости, она сказала дочери: «Ты изменилась. Теперь ты не такая злая, как раньше» (Segal, 1991).

В этом случае команда центра использовала технику, названную «блокировка» (jamming), которая делает часть информации, передающейся между членами семьи, бессмысленной, что приводит к изменению взаимодействия в сторону более конструктивного.

После нескольких лет практики в 1974 году Вацлавик, Уикленд и Фиш опубликовали книгу «Изменение. Принципы формирования проблемы и решения проблемы», которая стала первой значимой попыткой описания теории и практики краткосрочной терапии. Предисловие к книге написал Милтон Эриксон, назвав данный труд «чертовски хорошей книгой» (Watzlawick, 1974).

Теория, сформулированная авторами, была крайне проста, хотя и описана с помощью теории систем, математики и кибернетики. Проблемы возникают от неправильного обращения с ежедневными трудностями, с которыми сталкиваются люди в процессе жизни. Особенно часто и естественно эти трудности возникают в семье в важные переходные этапы жизни – отъезд из дома родителей, рождение ребенка, начало посещения школы. Проблема возникает тогда, когда человек или несколько людей начинают применять определенное решение все чаще, делая «больше того же самого». В результате возникает порочный круг, когда решение еще больше усиливает и закрепляет проблему, что, в свою очередь, приводит к еще большему применению того же самого решения. Люди применяют решения, укрепляющие проблему, в основном, руководствуясь самыми лучшими намерениями. Неправильное обращение с трудностями поддерживается плохими «картами». Эти карты обычно поддерживаются традициями и общепринятой «мудростью», такой как, например, «Если не вышло с первого раза, пробуй много раз».

Задачей терапевта становится такое влияние на клиента, при котором тот прекращает цикл предпринятых попыток решения проблемы и начинает вести себя по-другому, в идеальном случае – прямо противоположным образом. Одним из способов такого влияния на клиента была излюбленная техника Джона Уикленда, «Не спешите» («Go slow»). Смысл этой техники сводился к тому, чтобы клиент замедлил частоту и интенсивность предпринимаемых попыток

решения и, таким образом, открыл дорогу новым способам понимания ситуации и поведения в ней. Другим вариантом этой техники было задание клиентам подумать о том, какие опасности, риски или неудобства могут возникнуть в случае улучшения проблемной ситуации.

Команда центра проводила обучающий семинар в клинике, и Джон Уикленд провел 2 встречи с молодым человеком, проходившим там психотерапевтическое лечение. Клиент работал преподавателем музыки, но у него была проблема с выступлениями: когда он пытался играть на скрипке на публике, у него начиналась сильная тревога, которая мешала ему вспомнить и сыграть все произведение от начала и до конца. После подробного расспроса про проблему и про то, какими способами клиент пытался ее решить, Уикленд стал расспрашивать его, с какими неудобствами он мог бы столкнуться, если бы он победил эту проблему. Молодой человек сказал, что он мог бы столкнуться с тем фактом, что него нет таланта и его выступления действительно плохи. После исследования других возможных неудобств в случае решения проблемы, клиенту было предложено задание подумать до следующей встречи о том, какие еще риски могут сопутствовать решению проблемы. На следующей встрече клиент назвал ряд таких неудобств. Ему пришлось бы брать большие учеников и возможно открыть для себя неприятную правду про свой уровень мастерства. Клиент обнаружил, что в промежутке между этими встречами, он, как ни странно, лучше играл на скрипке и впервые с 16 лет обнаружил в себе энтузиазм в игре (Fisch, Weakland, Segal, 1982).

Терапевтические парадоксы

Иногда терапевты центра краткосрочной терапии давали вполне рациональные и прямые рекомендации клиентам, как делать меньше «того же самого». Но чаще всего им приходилось давать задания, которые получили известность как «парадоксальные».

Милтон Эриксон в своей практике часто давал парадоксальные задания. Иногда сама терапевтическая беседа принимала весьма неожиданный поворот. Например, он мог спросить у человека, испытывающего боль, что эту боль усиливает.

К Эриксону пришла очень полная женщина. Она сказала, что хотела бы похудеть. Она была одета в платье в горошек. Эриксон подробно стал расписывать, насколько ужасным вкусом нужно обладать, чтобы человеку, переживающему из-за своего веса, одевать платье с сотнями, тысячами, миллионами горошин. Куда бы он не посмотрел, он видел горошины, одни горошины.. Когда он закончил оскорблять ее чувство вкуса, она задумалась и сказала:

– Ну, может быть, на самом деле, я не хочу худеть.

– Хорошо, тогда идите домой и наберите вес. И приходите через неделю, тогда и поговорим. Может быть.

И женщина ушла, а когда она вернулась через 2 недели, то набрала 5 фунтов. В этот раз она не была одета в платье в горошек. Она сказала, что она поняла, что все таки хочет похудеть.

Хорошо, ответил Эриксон, тогда идите и наберите еще 2 фунта.

Она сделала, как сказал Эриксон, и в следующий раз сказала ему, что абсолютно уверена в том, что хотела бы похудеть. Так повторилось несколько раз. Она набрала где-то 15 фунтов, и тогда Эриксон сказал ей:

– Вы показали мне, что вы можете управлять своим весом и выбирать, чем вы питаетесь.

После этого женщина начала успешно снижать вес (Erickson, Erickson, 2013).

Почему Эриксон часто делал такие контр-интуитивные вещи в терапии? Вероятно, не существует единственно правильного ответа на этот вопрос. Разные ученики Эриксона сформулировали в своих подходах разные ответы.

Джей Хейли считал, что основной смысл таких предписаний – вызвать у человека сопротивление (люди не любят, когда им говорят, как им нужно себя вести) и, таким образом, добиться терапевтической цели – ослабления или уменьшения частоты симптома (Wylie, 2007).

Другой ответ формулирует Мишель Риттерман, одна из учениц Эриксона. Она вспоминает, как дочь Эриксона, Роксанна, однажды сказала ей: «Я знаю, что ты работаешь с людьми, пережившими пытки, и я хочу сказать тебе кое-что, что я думаю, отец хотел бы, чтобы ты знала... Ты знаешь, как папу разбил паралич вплоть до того, что он мог пользоваться только одним глазом? Он говорил: „Я обнаружил, что делать что-либо – это уже приятно“. И я думаю, в твоей работе с пережившими пытки если ты понимаешь это... ты можешь принести им пользу». Риттерман приходит к выводу, что «если вы находитесь в ужасном положении и вы можете сделать его еще хуже, если вы вообще чувствуете, что можете оказывать влияние [на ситуацию], это дает вам власть над своей жизнью» (Ritterman, 2004). Исходя из этого понимания, Эриксон давал «парадоксальные» задания не для того, чтобы люди сопротивлялись ему и делали наоборот. Он давал такие задания, чтобы люди ощутили способность влиять на то, что их беспокоило.

Команда центра краткосрочной терапии считала необходимым использование парадоксальных заданий для того, чтобы люди прекратили предпринимать попытки решения, которые поддерживают проблему. Так, например, навязчивые мысли или бессонница могут поддерживаться попытками не думать о чем-то или мыслями о том, как уснуть. Если человек начинает сознательно стремиться вызвать беспокоящие мысли или бодрствовать ночью, то он перестает бороться с собой и симптом уходит.

Другим примером является страх публичных выступлений. Человеку, переживающему, что его страх и замешательство станут заметны во время выступления и пытающемуся скрыть их проявления, краткосрочный терапевт из центра MRI мог бы посоветовать начать выступление с заявления о том, что он сильно волнуется, и, скорее всего, не сможет совладать с этим волнением во время своего выступления. Таким образом прерывается цикл предпринятых попыток решения проблемы, направленных на то, чтобы скрыть свое волнение на публике.

Однако оказалось не так просто убедить людей начать делать что-то, что плохо укладывается в рамки «здорового смысла». Для того, чтобы парадоксальные задания обрели для клиентов смысл, команда центра часто использовала процедуру «рефрейминга». Под рефреймингом понималась такое изменение контекста, при котором наблюдаемые факты проблемной ситуации клиента приобретают для него новый смысл, и приводят к другому отношению к этой ситуации. Рефрейминг постепенно стал одной из основных техник работы в самых разных направлениях семейной терапии, но впервые был описан именно командой центра краткосрочной терапии MRI.

Клиент с тяжелой формой заикания оказался в ситуации, где он был вынужден работать продавцом. Его очень беспокоило то, что ему придется много разговаривать с покупателями, и его дефект речи будет замечен. Рефрейминг, предложенный командой терапевтов, выглядел следующим образом: Обычно продавцы товаров хорошо натренированы говорить быстро и убедительно, привлекая потенциальных покупателей. Однако многих покупателей такая форма общения раздражает, когда они чувствуют, что на них обрушивается шквал информации. Совершенно другое отношение у покупателей вызовет человек, имеющий дефект речи. Замечал ли он, как люди становятся гораздо терпеливее, слушая кого-то, имеющего такой недостаток? Это будет настолько сильно отличаться от обычных продавцов, расска-

зывают скороговоркой про свои товары, что может стать его преимуществом в работе. Поэтому, ему необходимо поддерживать уровень заикания на достаточно высоком уровне, даже если в ходе работы он станет чувствовать себя уверенно и сможет говорить более плавно (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1974).

В соответствии с теорией возникновения проблем, реакция терапевтов MRI на прогресс в терапии была достаточно необычной – они не хвалили клиентов, а, наоборот, занимали пессимистичную позицию. Например, они могли сообщить клиентам, что изменения произошли слишком быстро, и более медленные изменения будут более надежными. Поэтому иногда они рекомендовали клиентам вернуть ситуацию назад, то есть ухудшить ее. Такая позиция терапевта предохраняла клиентов от возврата к старым предпринятым попыткам решения и позволяла не создавать нереалистичных ожиданий у клиента, избавляя от чувства вины за «провал» в случае ухудшения ситуации. Джон Уикленд часто говорил: «Когда у вас есть проблема, кажется, что жизнь – это одна и та же чертова штука каждый день. Когда у вас больше нет проблемы, жизнь – это каждый день новая чертова штука».

Эффективность краткосрочной терапии MRI

Почти одновременно с книгой «Изменение» в 1974 году сотрудниками центра была написана статья «Краткосрочная терапия: фокусированное решение проблем», в которой подход описывался кратко и в доступной форме. В статье авторы сформулировали важное положение относительно краткосрочной терапии: это не просто укороченная версия психотерапии или «первая помощь», к которой прибегают, когда более долгосрочная терапия невозможна в силу внешних факторов, а самостоятельное направление практики наравне с «классическими» видами психотерапии (Weakland, 1974).

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

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

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