ПРЕДСТАВЬ СЕБЕ

Сборник материалов по краткосрочной и системной терапии

ТЕМА ВЫПУСКА

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕНЬ ОРИЕНТИРОВАННОГО НА РЕШЕНИЕ ПОДХОДА

СТИВ ДЕ ШЕЙЗЕР

ФРЕДРИК БАННИНК

ДЖЕФФ ЧАНГ

#3

МАЙ 2019

PosterMyWall.com

ПРЕДСТАВЬ СЕБЕ

Сборник материалов по краткосрочной и системной терапии

Выпуск № 3, май 2019.

Периодичность выхода каждые два месяца.

Все материалы данного сборника включены с некоммерческой целью.
Использование материалов регулируется законодательством Российской Федерации.

В подготовке сборника принимали участие: Михальский Алексей, Гамзин Юрий, Киселева Софья, Шут Мария.

По всем вопросам обращайтесь по адресу: info@predstavsebe.ru

Страница в сети Интернет: predstavsebe.ru

УЧАСТНИКИ ПРОЕКТА

Михальский Алексей

Клинический психолог, психотерапевт, кандидат психологических наук, системный семейный терапевт
https://change-studio.ru/
https://mihalsky.ru

Гамзин Юрий

Психолог-консультант, ведущий тренингов.
https://selfintegration.pro
https://dopaminepump.tilda.ws
https://solutionfocused.ru

Киселева Софья

Психолог-консультант, нарративный практик, EMDR-терапевт.
www.facebook.com/sophia.galdaeva
https://vk.com/id7253926

Шут Мария

Психолог, ОРКТ практик. Создатель пространства для мам.
https://www.facebook.com/maria.a.shut
https://vk.com/3andcoffee

Уважаемые коллеги!

Сборник «Представь себе» - открытый некоммерческий проект. Мы готовы разместить ваш материал (статья, лонгрид, объявление о мероприятии, заметка, репортаж) при условии, что он соответствует теме сборника и не противоречит требованиям законодательства РФ. Наша аудитория постоянно растет, поэтому публикация в сборнике может стать хорошим способом обратиться к коллегам, заинтересованным в темах системных и краткосрочных подходов в психотерапии и психологической практике.

СООБЩЕСТВО

Полезные ссылки:

Сайты:

predstavsebe.ru (сайт сборника “Представь себе”)
sfbt-conference.ru (сайт Конференции по ОРКТ)
solutionfocused.ru (сайт с информацией об ОРКТ)
sfrussia.org (сайт русскоязычного сообщества ОРКТ)
change-studio.ru (“Студия изменений” А. Михальского, содержит немного информации по ОРКТ)

Facebook:

Группа “Краткосрочная и системная терапия”
https://www.facebook.com/groups/312639246019532/
Группа “ОРКТ Интервизия”
https://www.facebook.com/groups/1480203488753803/
Страница “Ориентированный на решение подход”
https://www.facebook.com/solutionfocusru/

SOLUTION FOCUSED APPROACH

10 занятий, идущих по кругу
Присоединяйтесь в любой момент

ГРУППА НАВЫКОВ

ДЛЯ ОРИЕНТИРОВАННЫХ НА РЕШЕНИЕ ПРАКТИКОВ

Нескольких тренинговых дней, как правило, не хватает терапевту, чтобы включиться в работу в новом подходе. Приглашаем начинающих и опытных практиков ОРКТ принять участие в онлайн группе, посвященной укреплению навыков работы в подходе. Программа каждой группы включает 10 занятий, посвященных различным этапам работы, техникам и особенностям терапии в ориенттированном на решение подходе. Вход в группу открыт для всех, кто уже практикует ОРКТ или хочет попробовать его в реальности, после изучения теории, видео или лекционного семинара. Это уникальная возможность попрактиковаться в подгруппах с коллегами, посмотреть или разобрать случаи.

Группу модерируют
Ю. Гамзин и А. Михальский

predstavsebe.ru/gruppa_navykov
gruppanavykov@gmail.com

PosterMyWall.com

СОДЕРЖАНИЕ

Вступительное слово редактора Стр. 7

Стив де Шейзер *Смерть сопротивления* Стр. 8

Алексей Михальский. *Краткая история ОРКТ* Стр. 15

Фредрик Баннинк. *Десять принципов ОРКТ* Стр. 18

Джефф Чанг. *Откровенный ответ* Стр. 22

ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО РЕДАКТОРА

Уважаемые читатели,

этот выпуск сборника посвящен специальному событию. В этот день, 3 мая 1983 года, авторитетный журнал по семейной терапии Family Process принял статью Стива де Шейзера (с 17-й попытки). Статья была напечатана в следующем, 1984 году, и стала своего рода манифестом Ориентированного на решение подхода. В ней говорится об важности сотрудничества с клиентом, о том, что изменения неизбежны, их важно их замечать и использовать, о принципе «сделай что-либо иначе», а также о том, что зачастую гипотезы и концепты (например, «сопротивление») оказываются бесполезными и даже вредными в работе терапевта.

Впервые перевод этой статьи представлен на русском языке через 35 лет после того дня, когда сотрудники «Центра краткосрочной семейной терапии» собрались на заднем дворе дома Стива в Милуоки и в буквальном смысле похоронили сопротивление))

В сборнике читатель найдет и другие полезные и интересные материалы, касающиеся становления и уникальных особенностей ОР-подхода (SF-практики и терапии).

Желаем приятного чтения!

СМЕРТЬ СОПРОТИВЛЕНИЯ

Стив Де Шейзер (1940 – 2005). Руководитель Центра краткосрочной семейной терапии (Brief Family Therapy Center)

Оригинальная статья: Steve de Shazer, “The Death of Resistance”, Famaly Process, Vol.24, March, 1984

Перевод: Гамзин Юрий (03 мая 2019).

Для того чтобы, какое-либо концептуальное различие было полезным (5) в области семейной терапии, оно должно ответить на вопрос: какое значение это различие имеет для клинической практики? Различие между (а) семьей как системой и (б) семейной терапией как системой приводит к точке зрения или позиции, акцентирующейся на изменении. Как только это становится очевидным, терапевт может помочь клиенту в возникновении у клиента ожидания изменений и, следовательно, способствовать этим изменениям. То есть, методы изменений могут быть разработаны с использованием механизма положительной обратной связи (I). Более того, указанное различие приводит к терапевтической позиции, согласно которой изменения не являются чем-то неожиданным.

Поскольку задачей семейной терапии обычно считается приведение к изменениям, концептуальная схема, которую использует терапевт, должна включать некоторую теорию или, по крайней мере, предположение о том, как вызвать процесс изменений в семье. В процессе развития теории семейной терапии, семьи стали рассматриваться как «системы». Не смотря на то, что термин «система» является общеупотребительным в этой сфере, различные терапевты могут понимать его по-разному.

Понятие или метафора «системы», заимствованы семейными терапевтами из работ Людвига фон Берталанфи, предложившего понятие «открытая система». Эта концепция, согласно Уилдену (14),

> *весьма важная для развития теории систем, на самом деле больше подходит к описанию систем, обладающих относительной закрытостью. Согласно Берталанфи, «окружающая среда», по сути, является неким пассивным «пространством», в котором «организм» передвигается. [п. 39]*

Неудивительно поэтому то, что изначально идея, касающаяся относительно закрытой системы фон Берталанфи, была перенесена в семейную терапию.

В теории систем также существует понятие «гомеостаза», который часто описывается как поддержание (восстановление) внутреннего состояния системы, - это то, что сохраняет пациента "больным" (9). Гомеостаз определяют как явление, поддерживаемое "гомеостатическими механизмами", которые Уилден (14) рассматривает как очень схожее с идеей замкнутого цикла,

> *названного Эшби, к сожалению неудачно, «гомеостатом». Машина Эшби ограничена случайным поиском стабильности: она не имеет памяти, и она не способна учиться. По сути, это закрытая система, потому что она не восприимчива для информации и контроля и открыта только для энергии. По сути, это её собственная среда; она ищет механического равновесия [п. 375]*

Таким образом, эта интерпретация «гомеостаза» подходит более или менее закрытым системам, рассматриваемым на основе концепций фон Берталанфи. То есть, теория

семейных систем и соответствующая ей терапия основаны на механическом заимствовании понятии о том, как вещи остаются неизменными. Шпеер (11) справедливо указывает на то, что изменения не могут быть объяснены гомеостазом. Он видит горькую иронию в том, что подход к терапевтическим изменениям основан на теории о неизменности систем.

Семейная терапия развивалась в более широком контексте психотерапии, и эта интерпретация гомеостаза хорошо вписывается в клиническое понятие «сопротивления» или «сопротивления изменениям». Идея в том, что семья как система, кажется, сохраняет статус-кво, используя процессы преодоления отклонений. Изменения в семье как системе рассматриваются как взаимные, причинно-следственные связи с отрицательной обратной связью (10), которые удерживают изменения в определенных пределах и ограничениях. Чтобы развить и уточнить эту идею, необходимо было провести методологическую границу вокруг рассматриваемой системы (семьи), чтобы потом можно было описать поведение системы, таким образом, будто «гомеостатические механизмы» или петли отрицательной обратной связи заставляют оставаться "шизофреника" шизофреником. Изменения в рамках системы (изменение первого порядка [13]) можно рассматривать как различия, которые *не* имеют значения (1): изменения, которые сохраняют систему в некоторых пределах. Системные изменения, которые выходят за пределы гомеостатического диапазона (14), либо разрушают систему, либо перестраивают ее. Последний тип изменений (изменения второго порядка) - это различия, которые имеют значение (1).

Однако эта методологическая граница вокруг семьи как системы становится барьером, когда описание доходит до следующего уровня сложности: семейная терапия как система (5). На этом уровне, где основное внимание уделяется терапевтическим изменениям, необходимо провести методологическую границу вокруг терапевтической системы, в состав которой входит подсистема «семья» и подсистема «терапевт». Таким образом, каждая подсистема рассматривается как взаимосвязанный элемент другой подсистемы, и поэтому становится частью более сложной надсистемы. В рамках этой методологической границы каждая подсистема может быть описана как открытая система. Открытость означает, что существует обмен информацией между компонентами подсистем и как отмечает Бакли (3) подсистемы и надсистемы должны иметь возможность изменяться, чтобы выжить.

Поскольку терапевтическая цель - *изменения,* этот уровень описания может быть организован вокруг понятия «морфогенеза», введенного Маруямой (10).

> *Как только система получает толчок в определенном направлении и достаточного уровня силы, механизмы усиления отклонения с помощью взаимных положительных обратных связей начинают регулировать процесс изменений, и в результате изменение (развитие) будет непропорционально большим по сравнению с силой изначального толчка. [п. 166]*

Необходимость идеи морфогенеза для системного мышления была дополнительно обоснована Шпеером (11) и Бакли (3) как средство,

> *имеющее отношение к социокультурной системе, [так как] мы перескакиваем на новый системный уровень и нам нужен еще один термин для описания не только качества, «поддерживающего структуру», но качества «развивающего и изменяющего структуру» в нестабильной по своей природе системе. [п. 15]*

Мышление, относящееся к закрытым системам и не учитывающее аспекты систем, которые являются открытыми, позволяет игнорировать эту открытость и повышенный уровень сложности систем. Кроме того, когда целые системы или экосистемы делятся на якобы независимые элементы или единицы, различие между компонентами целого превращается в «мнимую оппозицию» (14), что ведет к попыткам применять

традиционное линейное мышление к тем аспектам экосистемы, которые имеют циркулярные или даже более сложные цепочки взаимодействия.

Понятие «сопротивления» заключает терапию, основанную на подходе к семье как к системе, в рамки устаревшей эпистемологии линейной причинности, понятий «сила» и «власть», потому что она подразумевает разделение между терапевтом и семьей как системой. Когда гомеостаз используется как идея организации на этом более сложном уровне, «сопротивление» рассматривается в семье и описывается как то, что делает семья. Это не рассматривается как продукт взаимодействия психотерапевта и семьи. Это «объектно-ориентированное» описание, а не шаблонно-ориентированное, превращает терапевта и семью в противников. Методологическая граница, необходимая для одного уровня (изучение семьи как системы), при перенесении на следующий уровень (изучение семейной терапии как системы) становится барьером, препятствующим любым описаниям возникающих надсистемных взаимодействий.

Если рассматривать различие этих понятий (семья как система, семейная терапия как система, гомеостаз, морфогенез) как полезное для терапии, тогда поведение, которое обычно обозначается как «сопротивление», может быть переопределено. Один из способов сделать это - мыслить в терминах «сотрудничества»:

> *Каждая семья (человек или пара) демонстрирует уникальный способ сотрудничества, и работа терапевта заключается, во-первых, в описании этой особой манеры сотрудничества, которую проявляет семья, а, во-вторых, в использовании именного этого способа сотрудничества с семьей для содействия изменениям. [6, с. 9-10]*

(Термин «сотрудничество» (cooperating) используется в попытке избежать путаницы, т.к. окончание «инг» (ing) помогает психотерапевту думать с точки зрения процесса или продолжающегося взаимодействия между подсистемами, а не «*состояния» (condition),* которое может подразумеваться при использовании этого термина, описывающего скорее принцип, нежели процесс)

Эти различия и взаимосвязи между ними можно сопоставить следующим образом (Таблица 1).

Таблица 1. ***Различие между семьей как системой и семейной терапией как системой***

	Семья как система	**Семейная терапия как система**
Единица изучения	Система	Семья + Терапевт
Организационная концепция	Гомеостаз	Морфогенез
Клиническая концепция	Сопротивление	Сотрудничество

То есть, если рассматривать терапевтическую ситуацию с гомеостазом как организационную концепцию, то ее клиническим эквивалентом будет идея сопротивления. Это разумно и необходимо, потому что терапевт / наблюдатель находится вне методологических границ. Однако, если терапевт включен в описание системы, то организационной идеей становится морфогенез, поскольку фокус терапии меняется. Открытость подсистем и их способность меняться чтобы выжить, требует альтернативного названия или терапевтической концепции: сотрудничество.

Это различие хорошо поясняет следующая аналогия. Если ставить понятие «сопротивления» во главу угла, то терапевт и клиент становятся похожи на игроков в теннис, играющих друг против друга. Они состязаются и терапевт должен выиграть для того, чтобы терапия была успешной. Как это описывает Инсу Ким Берг (2):

> *«Терапия превратилась в борьбу между семьей и терапевтом за контроль над отношениями, и кто проиграет, тот должен пойти домой, изменившись в результате поражения".*

Напротив, если поставить во главу угла понятие «сотрудничество», то терапевт и клиент становятся похожи на теннисистов, играющих на одной стороне поля. Сотрудничество является необходимостью, поскольку надо сражаться вместе со своим партнером, чтобы совместно победить общего противника. Поскольку терапевт и клиент совместно работают над изменениями, которые сталкиваются с процессами преодоления отклонений, эти процессы можно рассматривать как их общего противника.

Семейная терапия, однако, более сложна, чем простые представления о морфогенезе, потому что человеческие системы не полностью открыты для своего окружения; они открыты только до определенной степени. Без процессов преодоления отклонений, человеческая система с положительной обратной связью в отношении с окружающей средой, могла бы измениться просто потому, что любое изменение в среде привело бы к изменению структуры системы, что, в свою очередь, привело к аналогичным изменениям в среде, которая привела к аналогичным изменениям в структуре, и так далее. Но в терапевтическом контексте такого не происходит. Некоторые воздействия среды на семейную систему (например, терапевтические вмешательства) способствуют изменениям, в то время как другие нет. То есть человеческие системы используют как отрицательные, так и положительные петли обратной связи. Уровень системного описания настоятельно предлагает или даже определяет, какая метафора здесь более полезна.

Клинические следствия

Ранее мы предлагали дерево решений (6), помогающее терапевту описать развивающиеся отношения сотрудничества между подсистемой терапевта и подсистемой семьи. Однако в этой концепции есть кое-что еще. Она подразумевает определенную позицию терапевта, занимаемую во время сеанса. Для укрепления сотрудничества и содействия изменениям могут быть использованы специальные техники. Эти помогает подсистемам семьи и терапевта создать формы совместной работы, полезные с точки зрения терапии.

Отношение к настоящему и будущему

Согласно Милтону Х. Эриксону (7),

> *Целью психотерапии должно быть оказание помощи клиенту наиболее адекватным, доступным и приемлемым образом. При оказании помощи следует выражать полное уважение и использовать (утилизировать) все, что представляет клиент. Уделять больше внимания следует тому, что пациент делает в настоящем и будет делать в будущем, а не просто пытаться понять почему какие-то негативные события происходят в жизни клиента. Непременным условием психотерапии должна быть корректировка настоящего и будущего клиента [п. 406].*

Джей Хейли описал использование Эриксоном этого фокусирования на будущем в терапии так:

> *Эриксон, кажется, подходит к каждому пациенту с ожиданием, что изменение не только возможно, но и неизбежно. Он преисполнен уверенности, хотя он может быть и не уверен, если пожелает. Также он действует так, как будто его удивляет, если изменение не произошло [8, с. 535]*

Эриксон, вероятно, имел разные предположения о том, как концентрироваться на настоящем и будущем своих клиентов и о неизбежности изменений. Его терапевтическая позиция, похоже, связана с буддийскими представлениями об изменениях. Для буддиста (12) изменение - это непрерывный процесс, а стабильность - это иллюзия или воспоминание об одном моменте в процессе изменения. Опять же, в терминах Бейтсона (1), есть различия (изменения), которые имеют значение, и есть изменения, которые не создают принципиальных различий. В последнем случае изменения не воспринимаются как различия, потому что они настолько малы, что они не содержат никаких данных о разнице: иллюзия стабильности.

В рамках, в которых отсутствие изменений было бы неожиданностью для терапевта, любой ответ клиента на вмешательство терапевта будет полезен(6). Как сказал Эриксон:

> *Любая реакция клиента дает терапевту много возможностей. Так, создается ситуация, в которой клиент может выразить свое сопротивление конструктивным, сотрудничающим способом; проявление сопротивления клиентом лучше всего использовать, организуя ситуацию так, чтобы сопротивление служило целям терапии. [7, с. 20]*

По мнению Эриксона, в «сопротивлении» есть сотрудничающий потенциал: это один из возможных ответов людей на интервенции терапевта.

Техники

Одна из задач семейного терапевта - определить контекст терапии и сделать это совместно с семьей. Поведение терапевта можно рассматривать как производное от его позиции. Он также может помочь создать определенные ожидания, и такие ожидания, однажды созданные, помогают клиенту увидеть, что должно произойти и что происходит. Такой подход предполагает, что вмешательства терапевта, такие как домашние задания, могут помочь сформировать отношение к терапии как чему-то, создающему изменения, а также ориентированному на будущее:

> *С настоящего момента и до нашей следующей встречи мы (я) хотели бы, чтобы вы наблюдали, так, чтобы можно было описать на следующей сессии, за тем, что происходит в вашей семье, и что вы хотели бы, чтобы продолжало происходить(II).*

Это задание является попыткой определить терапию как имеющую отношение к настоящему и будущему, а не к прошлому. Оно помогает определить ситуацию в семье как то, в чем терапевт ожидает увидеть нечто положительное, и что это положительное должно продолжать происходить. Часто это предположение противоречит ожиданиям семьи. С этой точки зрения, задание позволяет сообщите семье, что терапевт ожидает изменений и что он уверен, что изменения произойдут. Кроме того, это задание является легкой задачей для всех членов семьи, в которой они могут сотрудничать, поскольку оно не требует усилий, чтобы делать что-то, что они раньше не делали. Терапевт не просит, не требует и не предлагает совершать какие-либо изменения - только слегка наблюдать за тем, что происходит. Это то, что семья сделает в любом случае и задача состоит просто в том, чтобы направить фокус ее наблюдения.

Для дальнейшего развития контекста, ориентированного на изменения, терапевт может использовать любые ответы клиента, как о наличии изменений, так и об отсутствии. Терапевт, используя эту установку на изменения, должен обращать внимание клиента на то, что он ожидает, что вещи, которые стоит продолжать, будут продолжаться. Поэтому его вопрос не должен звучать так: «Сделали ли вы домашнее задание?», а скорее: «Что происходило из того, что вы хотели бы, чтобы продолжало происходить?» Независимо от того, что семья говорит, терапевт может попытаться обозначить происходящее как «изменение». И даже если семья не соглашается с этим, она воспринимает ожидание

изменений, демонстрируемое терапевтом. Иногда семья сообщает, что «ничего не произошло, из того, что хотелось бы, чтобы происходило дальше», и терапевт, уверенный в неизбежности изменений, может выражать искреннее удивление таким сообщением, и таким образом создавать ожидание изменений.

Формулировка вопросов, которые задает терапевт, также может быть использована для пробуждения ожидания перемен. Например, лучше использовать фразу «*когда* произойдут изменения», а не «*если произойдут изменения».* Так терапевт может спросить: «Как ты думаешь, что сделает мама, *когда* ты перестанешь мочиться в постель?», а не *«если* ты перестанешь». «Когда» предполагает неизбежные изменение, в то же время «*если»* ставит изменения под условие. Или вопрос не в том, «Как ты собираешься преодолеть соблазн переедать», а в том, «Что ты будешь делать, когда преодолеешь соблазн переедать?»

Обратный выбор слов можно использовать, когда терапевт хочет выразить свою обеспокоенность «рецидивом». Это без сомнения важный момент в контексте, ориентированном на изменения. Выражая обеспокоенность по поводу вероятности рецидива, вопрос должен включать слово «*если*», а не «*когда».* Терапевт может спросить: «Что ты сделаешь, если недержание снова случится?», а не «когда оно снова случится». «Если» делает его условным и не слишком вероятным. В целях дальнейшего развития ожиданий изменений, рецидив (если он происходит) может быть сформулирован как «часть нормального процесса изменений: два шага вперед, один назад». Для того, чтобы рецидив не нарушал контекст, содействующий изменениям, можно использовать следующее *предупреждение*:

> *На мой взгляд, прогресс в решении проблем, как правило, происходит так: два шага вперед, один назад. Есть вероятность того, что ночное недержание может начаться снова, но не обязательно. Если это случится снова, важно помнить, что это только один шаг назад; это совершенно нормально. Поэтому я хотел бы, чтобы вы подумали, что вы могли бы сделать, если недержание повторится (III)?*

Существуют моменты, когда терапевт должен быть неуверенным, сомневающимся и скептическим, в частности, когда он единственный более неуверенный, более сомневающийся и более скептический, чем члены семьи. Однако неуверенность терапевта состоит не в том, произойдут ли изменения, а в том, когда они начнутся, рано или поздно, кто в семье изменится первым и какие это будут изменения. То есть, терапевт может с оптимизмом смотреть на возможности изменений, но быть в то же время пессимистичным (4) относительно скорости изменений или эффекта от изменений.

Как и любой другой подход к терапии и любая другая позиция, которую может выбрать терапевт, этот подход может потерпеть неудачу. Терапевт и семья может быть не в состоянии найти или создать способ сотрудничества в рамках терапевтического взаимодействия. Терапевт может оказаться неспособным вызвать ожидания изменений, полезным для конкретной семьи образом. Наконец, сосредоточенность на индивидуальных проблемах (расстройство аппетита, недержание, депрессия) может приводить терапевта к неудаче, если «проблема» ослепляет терапевта в отношении восприимчивости свойств семьи как системы, следовательно, ограничивает возможности для сотрудничества и изменений.

Заключение

Когда мы проводим различие между семьей как системой и семейной терапией как системой (5), фокус терапевта на изменениях становится более четким. То есть изменение - это процесс или процессы, которые включают сотрудничество между двумя подсистемами терапевтической надсистемы. В таком контексте, когда изменение рассматривается как неизбежное, установка терапевта на ожидание изменений и

содействие таким изменениям может быть полезной для решения проблемы, с которой семья пришла в терапию. Терапевтические интервенции могут быть разработаны специально, чтобы помочь семье создать свои собственные ожидания перемен. Однажды созданные, эти ожидания помогают определить, что и как должно произойти и, следовательно, что уже происходит. Такой подход можно рассматривать как основанный на использовании системных процессов, усиливающих отклонение.

Поэтому позиция терапевта заключается не в том, чтобы думать, произойдут ли изменения, а в том, чтобы думать, *когда* или *где,* или *какой тип* изменений будет происходить. Идея «сопротивления» при таком рассмотрении создает помехи терапевту, т.к. подразумевает, что изменения не являются неизбежными и создает конкуренцию между изменением и стабильностью. С точки зрения буддизма, эта конкуренция иллюзорна. Конечно, терапевты, использующие понятие «сопротивления», все еще могут рассматривать изменения как возможные или вероятные или даже неизбежные *после того,* как «сопротивление» преодолено. Однако это требует определенной ментальной гимнастики из-за необходимости прыгать с одного описательного уровня на другой.

ССЫЛКИ:

1. Bateson, G., *Mind and Nature: A Necessary Unity,* New York, Dutton, 1979.
2. Berg, I. K., "Obituary for Resistance," unpublished manuscript, 1982.
3. Buckley, W., *Sociology and Modern Systems Theory,* Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall, 1967.
4. De Shazer, S., "The S., Optimist-Pessimist Technique," *Fam. Ther., 4,* 93-100, 1977.
5. De Shazer, S., " Some Conceptual Distinctions Are More Useful Than Others," *Fam. Proc., 21,* 71-84, 1982.
6. De Shazer, S., *Patterns of Brief Family Therapy: An Ecosystemic Approach* New York, Guilford, 1982.
7. Erickson, M. H., "Special Techniques of Brief Hypnotherapy," in J. Haley (ed.), *Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy: Selected Papers of Milton H. Erickson, M.D.,* New York, Grune & Stratton, 1967.
8. Haley, J., "Commentary on the Writings of Milton H. Erickson, M.D." in J. Haley (ed), op. cit.
9. Jackson, D. D. and Weakland, J. H., "Conjoint Family Therapy: Some Considerations on Theory, Techniques, and Results," *Psychiatry, 24,* 30-45, 1961.
10. Maruyama, M., The Second Cybernetics: Deviation-Amplifying Mutual Causal Processes," *Am. Scient, 5,* 164-179, 1963.
11. Speer, D. C., "Family Systems: orphostasis and Morphogenesis, Or, 'Is Homeostasis Enough?'", *Fam. Proc., 9,* 259-278, 1970.
12. Stcherbatsky, F., *Buddhist Logic,* New York, Dover, 1962.
13. Watzlawick, P., Weakland, J. H. and Fisch, R., *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution,* New York, Norton, 1974.
14. Wilden, A., *System and Structure,* 2d ed., London, Tavistock, 1980.

Manuscript received December 2, 1982; Accepted May 3, 1983.

I Важно помнить, что понятия «положительные» и «отрицательные петли обратной связи», «усиление отклонений», «процессы преодоления отклонений» и др., употребляемые в настоящей статье, являются лишь эвристическими приспособлениями или метафорами. Человеческие системы не имеют таких вещей. Человеческие системы описываются наблюдателем из позиции «как будто».

Маруяма предложил рассматривать изменения в системе (регулирующейся через механизм гомеостаза) с помощью двух различных механизмов - «преодоление отклонений» и «усиление отклонений». Первый механизм (преодоления отклонений) осуществляет восстановление гомеостатического равновесия. Второй механизм (усиление отклонений) вызывает структурные изменения в системе (положительные или отрицательные) (прим. переводчика).

II Это задание было совместно разработано автором, Мэрилин Ла Корт и Эламом Нанналли. Ответы на это инвариантное домашнее задание в настоящее время изучаются в Центре краткосрочной семейной терапии.

III Ответы на эту задачу также являются предметом изучения Центра краткосрочной системной терапии.

КРАТКАЯ ИСТОРИЯ ОРКТ

Алексей Михальский

Формирование Центра Краткосрочной Семейной Терапии (BFTC) в Милуоки, США: таймлайн и ключевые фигуры.

Начало 1970-х: Предыстория и знакомство участников группы

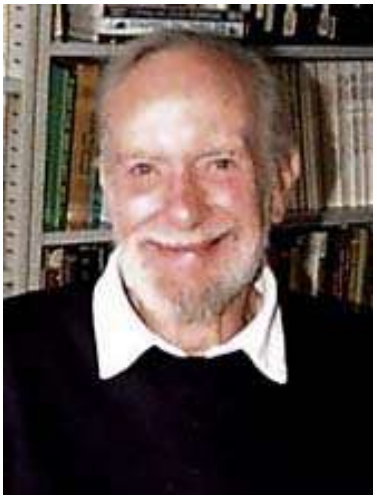
Место действия: Семейная служба города Милуоки

Коллеги: Инсу Ким Берг (Insoo Kim Berg), Джим Деркс (Jim Derks), Элем Наннели (Elam Nunnely), Джудит Тьетьен (Judith Tietien), Дон Норум (Don Norum). Ведущий подход, принятый тогда в работе - психодинамический. Коллеги в то время еще не были знакомы ни с Стивом де Шейзером, который также жил в Милуоки. Инсу, Дон и Джим ранее во время своей учебы в Чикаго проходили тренинги по краткосрочной терапии по MRI-модели (Институт Психических Исследований, Пало-Альто, Калифорния, США). Следуя этим идеям, они установили в Семейной службе в Милуоки зеркало. В этой же консультации проходили обучение Ева Липчик (Eve Lipchik) и Мэрилин ЛаКурт (Marylin LaCourt) (двухлетняя программа обучения, аккредитованная AAMFT). Супервизором Евы была Инсу Ким Берг.

Инсу Ким Берг (1934-2007) родилась в Корее, в семье фармацевтов, и училась на фармацевта в Сеуле. Отправилась учиться в США, где закончила бакалавриат и магистратуру по медицине и занималась в частности, проблемами рака желудка. Заинтересовалась социальной работой (и получила степень магистра социальной работы), затем училась семейной терапии в Чикаго, в MRI (научный руководитель - Джон Уикленд), позже - работала в семейной службе Милуоки с ранних 1970-х и до 1979 года.

Важнейшим участником “ядерной группы” с самого начала стала Ева Липчик (родилась в 1931 в Вене), которая позже покинула Центр в 1988, основав свою собственную практику. Ева стала членом группы по приглашению Инсу. Фактически, на сегодняшний день, Ева остается последним практиком из тех, кто был в основной группе.

Мэрилин ЛаКурт вместе с Евой Липчик проходила двухлетнее обучение терапии в семейной консультации Милуоки. Ранее практического опыта не имела. Это позволяло ей оценивать то, что происходит “свежим взглядом”.Стив и Мерилин понимали друг друга раньше, чем кто-либо понял, о чем они говорят, участники группы ценили её вклад в минимализм ориентированного на решение подхода.



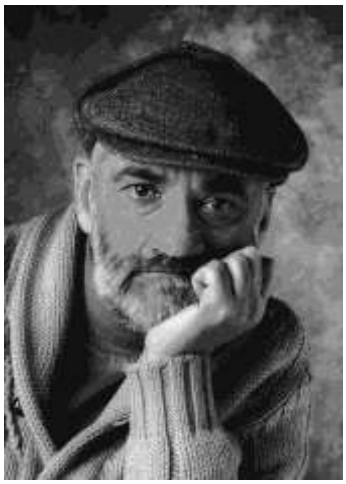
Джим Деркс также ранее проходил обучение в MRI вместе с Инсу. Джим был магистром социальной работы и ранее обучался поведенческой терапии, а также психодинамической семейной терапии. Имел необычный стиль мышления, любил объяснять метафорически, в дискуссиях ломал стереотипы и нарушал шаблоны мышления.

Элем Наннели (1925-2010) до 1970-1972 года учился в частности, у Вирджинии Сатир. Во время формирования команды BFTC Элем был профессором в области социальной работы в Университете Висконсин-Милуоки.

Элем познакомился с Инсу примерно в 1976 году на сессиях в семейной консультации в Милуоки. В это же время все будущие коллеги встретились на двухдневном семинаре П. Ватцлавика и Дж. Уикленда, который проводился в Чикаго. Элем позже работал в BFTC 1-2 дня в неделю, совмещая с преподаванием на основной работе. Супруга Элема родом из Финляндии, поэтому пара часто навещала её родину и сделала очень многое для продвижения ориентированного на решение подхода среди финских терапевтов. Первый “Ориентированный на решение” тренинг в Финляндии он провел в 1985. В группе “приземлял” обсуждения, тихо и неторопливо раскладывал по полочкам необузданный полет фантазии других участников.

Середина 1970-х: Сбор группы и переходная модель.

Стив де Шейзер (1940-2005)



Магистр социальной работы по образованию, Стив де Шейзер часто появлялся на семинарах MRI, а также работал в семейной консультации в Пало Альто (вне связи с MRI). Инсу направил к Стиву ее научный руководитель, Джон Уикленд (одна из ключевых фигур в MRI) для наблюдения за работой Стива за зеркалом в 1977. Обсуждая рабочие вопросы, оказывается, что Стив и Инсу придерживаются одних позиций, убеждений и взглядов не только на терапию, но и в жизни. Как подтверждают все свидетели, они сразу же полюбили друг друга. Пара отправилась в Милуоки, они заключили брак и жили у Стива.

В 1977-1978 Стив присоединяется к команде Семейной службы, где работает Инсу и другие коллеги. Группа совместно начинает обсуждать идеи Джея Хейли, MRI, миланской школы семейной терапии. Цель - отойти от психодинамической модели, где требуется слишком продолжительная работа, чтобы повысить эффективность и сократить количество сессий. Группа постепенно начинает встречаться и тестировать идеи дома у Стива де Шейзера. Сессии проводятся в гостиной, наблюдатели занимают места на лестнице, ведется видеозапись сессий. Клиентами становятся друзья и знакомые, группа принимает в основном бесплатных клиентов, формируя клиентскую базу. Эта переходная модель семейной терапии на основе идей системного подхода, MRI, стратегической и миланской терапии получает название Краткосрочная Семейная Терапия (BFT).

1978: Формирование и оформление Центра Краткосрочной Семейной терапии (BFTC)

BFTC поначалу располагался по домашнему адресу Стива де Шейзера в его родном городе, Милуоки. Год создания - 1978, основатели - супружеская пара Инсу Ким Берг и

Инсу и Стив у здания, где располагался BFTC - 6815 West Capitol Drive

Стив де Шейзер. В 1979 году Стив и Джим Деркс арендовали офис и стали там постоянно работать. Создание Центра было шагом к формализации работы “переходной группы” краткосрочных семейных терапевтов. Центр был зарегистрирован как коммерческая организация, однако не имел какого-либо дополнительного финансирования. Поэтому его участниками могли стать только те специалисты, которые имели достаточно время и какой-либо независимый доход (не занятые на другой постоянной работе). Таким образом, к Центру не смогли присоединиться в полной мере Дон Норум и Джудит Тьетьен из милуокской семейной консультации. Инсу также еще целый год продолжала работать в консультации, чтобы обеспечивать доход семьи, и лишь позже стала полноценно работать в BFTC.

Ранние 1980-е: Становление BFTC

Постоянными сотрудниками Центра в 1979-1980 являлись: Инсу и Стив, Ева Липчик, Джим Деркс и Мэрилин ЛаКурт. Профессор Наннели приходил 1-2 раза в неделю. Стив и Инсу стали все чаще ездить с тренингами, а Ева Липчик оставалась «на хозяйстве» и заведовала учебными программами внутри Центра. Подход в основном был сформирован. Группа начала претерпевать изменения - Джим Деркс и Мэрилин покинули Центр в 1984, а позже Центр покинут Ева Липчик - в 1988 году и Элем Наннели - в 1990. Забегая вперед, скажем, что Центр официально закрылся в 2007 со смертью Стива (2005) и Инсу (2007).

Середина 1980-х и позже: Расширение BFTC и распространение ОРКТ (SFBT) как признанного подхода

В середине 1980-х, несмотря на сокращение «ядерной группы», начинается дальнейшее развитие и укрепление идей ОРКТ, выходит больше рецензируемых публикаций, расширяются связи. Центр набирает клиентскую базу, находится в отдельном помещении, получает гранты, предоставляет студентам других учебных заведений возможность проходить практику на базе Центра, проводит учебные программы для терапевтов. Среди студентов и практикантов - Мишель Винер-Дэвис, Ивонна Долан. Среди сотрудников - Гейл Миллер, Скотт Миллер. Среди близких по идеям коллег, которые навещали BFTC - Джон Уикленд, Карл Томм, Билл О’Хэнлон, Майкл Уайт и другие. В 1981 Lyman Wynn - известный семейный терапевт (считающийся одним из основателей семейной терапии) приметил команду BFTC и представил их самих и видеозаписи их работы кругу известнейших семейных терапевтов.

Однако, это уже другая история, которую мы обязательно расскажем читателям!

ДЕСЯТЬ ПРИНЦИПОВ ОРИЕНТИРОВАННОГО НА РЕШЕНИЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Фредрик Баннинк

Фрагмент книги 1001 Solution-Focused Question: Handbook for solution-focused interviewing

Перевод: Мария Шут, Софья Киселева

Селекмэн (1993) сформулировал 10 допущений для ориентированного на решение консультирования. Данные допущения практичны и дают специалистам возможность посмотреть на клиента новым взглядом. Я добавила несколько комментариев к этим пунктам.

1. Сопротивление не является полезной идеей

Идея сопротивления предполагает, что клиент не хочет меняться и что терапевт не имеет контакта с ним. Гораздо лучше подходить к клиенту с позиции сотрудничества, чем с позиции сопротивления, силы и контроля.

2. Сотрудничество неизбежно

Ориентированный на решение специалист должен приспособиться к форме сотрудничества, которую использует клиент. Вместе они танцуют “ориентированное на решение танго” и таким образом один из них всегда дополняет другого. Клиент ведет; терапевт следует за ним. Если клиент и терапевт потеряют друг друга в танце, то задача терапевта спросить клиента, что он или она могут делать иначе, чтобы восстановить контакт. В танго, ориентированном на проблему применяется противоположный подход: терапевт ведет, клиент следует за терапевтом и это дело клиента найти терапевта, если они потеряли друг друга на танцевальной площадке. И если этого не происходит, начинается использование понятий типа «сопротивления». Ориентированный на решение терапевт опирается на силу, ресурсы, язык и взгляды клиента, поддерживает его комплиментами, опираясь на вопросы об умениях клиента. В этом отношении полезны юмор и нормализация. Комплименты создают позитивное подкрепление желаемого поведения. Они могут принимать разные формы:

- Терапевт предлагает новый позитивный ярлык, также называемый позитивной интерпретацией характера - например, беспокойство может быть воспринято как признак обязательности (“Должно быть, вы обязательный человек... Хотели бы вы рассказать об этом побольше?”)
- Терапевт дает прямые комплименты клиенту относительно того, что он или она говорит или делает.
- Лучшими комплиментами в ориентированном на решение подходе являются непрямые комплименты, которые клиент может сделать себе сам, отвечая на компетентные вопросы: “Как вы это сделали? Как вы достигли этого? Как вам пришла эта прекрасная идея? Как вы поняли, что это поможет?”

- Вопросы об исключениях, о времени, когда у клиента не было проблемы или когда проблема была меньше, могут также считаться комплиментами. Ведь в эти моменты клиент делал что-то такое, что сработало. Прислушиваясь к этому, терапевт может обратить внимание клиента на его решения, а не на ограничения.

3. Изменения неминуемы

Изменение это непрерывный процесс; стабильность это иллюзия. Вопрос не в том, *произойдет ли* изменение, а *когда* оно случится. Как Овидий говорит в своих *Метаморфозах,* “Ничто не вечно в целом мире. Все находится в состоянии изменения и возникает как временное явление”. Клиент может быть вдохновлен на позитивные предвидения самореализации. Здесь проявляется прямая связь между разговором об изменении и результатом терапии. Беседа об успех в прошлом, настоящем и будущем приносит пользу. Сбор информации о прошлых и настоящих неудачах, с другой стороны, ведет к негативным результатам. Самостоятельное наблюдение за тем, что некто делает хорошо, улучшает его достижения.

4. Нужно лишь одно маленькое изменение

Как только клиенты вдохновляются на то, чтобы замечать и учитывать маленькие изменения (исключения), они начинают ожидать следующих изменений и верят в эффект снежного кома. Сами того не подозревая, клиенты обычно уже несут в себе зачатки решений. Это исключения из проблемы (скрытые успехи). Выявление исключений дает ориентиры на то, какие позитивные шаги клиент может предпринять снова или делать их чаще. Спрашивая о гипотетических решениях, о том, что станет по-другому, также дает информацию о направлениях, в которых решения могут быть найдены. Поскольку клиент является экспертом и отыскивает решения самостоятельно, они являются естественными для клиента и его или ее ситуации, обнаружить их получается быстрее, и они постоянны (Кладдер, 1999).

5. Большинство клиентов обладают ресурсами для изменений

Большинство людей решают свои проблемы без помощи врачей, психотерапевтов, медиаторов или групп поддержки. Терапевты, ориентированные на решение поддерживают не-патологический взгляд на человека. У людей всегда есть какие-то трудности в жизни. Эти трудности могут быть хроническими или нет, в зависимости от того, как клиент и его или ее окружение (включая тех, кто предоставляет профессиональную помощь) реагируют на них. Но у клиента также есть ресурсы и сильные стороны, которые можно использовать. Благодаря этому надежда, уверенность в себе и самоуважение могут быть восстановлены.

Волтер и Пеллер поделились тремя вопросами, ориентированными на решение, с помощью которых они приглашают клиентов к тому, чтобы поделиться своими историями успеха: “Как вы это сделали?”, “Как вы решили это сделать?” и “Как у вас получилось это сделать?” (2000, стр.11).

Первый вопрос заранее предполагает, что клиент сделал что-то и вследствие этого взял на себя ответственность, используя свои способности. Второй вопрос допускает, что клиент принял сознательное решение, и по этой причине предлагает ему или ей написать новую историю жизни, в которой он или она имеют влияние на собственное будущее. Третий вопрос приглашает клиента присвоить себе успех.

Ламарр и Грегуар (1999) описали, как они предлагают клиентам поговорить о других сферах жизни, в которых они проявляют свои умения, таких как спорт или хобби, или какой-то талант. Затем они проясняют с клиентом, как их умения могут пригодиться для достижения целей. Например, они описывают, как человек со склонностью к паническим атакам научился расслабляться всякий раз, когда чувствовал тревогу, с помощью его знаний о глубоководном дайвинге.

6. Проблемы - это неудачные попытки справиться с трудностями

Вацлавик и соавторы (1974) описали три случая, в которых клиент может плохо справляться с проблемами:

- Клиенту нужно предпринять действие, но он ничего не делает (отрицание проблемы).
- Клиент предпринимает действия, в которых нет смысла или особой необходимости (например, садится на такую жесткую диету, которую все равно не сможет поддерживать и при этом ей/ему нет необходимости худеть)
- Клиент предпринимает действия, в основе которых лежит ошибочная логика (например, парадокс «будь спонтанным»).

Приведем пример того, как выглядит парадокс «будь спонтанным» в жизни. Женщина замечает, что живущий по соседству мужчина каждую пятницу, возвращаясь с работы, приносит своей жене цветы. Она обращает на это внимание своего мужа и говорит, что ей бы тоже этого хотелось. Когда ее муж возвращается домой в следующую пятницу с букетом цветов и протягивает их ей, она расстраивается: «Это не то, как я хотела бы получать цветы! Я хочу, чтобы ты дарил мне цветы, только если сам этого хочешь!»

Бейтсон (1979) описывал разные логические уровни. Направляя разговор в сторону более высокого логического уровня (например, переходя от обсуждения поведения к обсуждению мотивации или даже прогнозов и задач), мы увеличиваем шанс на успешный результат. Поэтому, если возникают сложности в описании будущего, бывает полезно поднять разговор на порядок выше, например, к формулированию целей.

В качестве дополнения, стоит отметить, что важно, чтобы ориентированные на решение специалисты не повторяли того, что делали их предшественники, если это не помогло клиенту. «Что вам нравилось, а что, наоборот, раздражало в вашем предыдущем общении с другими психологами? Что было полезно, что помогло?»

7. Чтобы решить проблему, не обязательно про нее много знать

Точкой отправления здесь для нас является то, что проблема не всегда проявляет себя с одинаковой силой. Терапевт может поисследовать, что клиент делает по-другому, или что идет по-другому в моменты, когда проблема отсутствует или проявляется меньше, либо перестает быть проблемой в течение короткого периода времени. Необходимо учитывать и то, что клиент *делает* по-другому и то, как он/она *думает* по-другому.

Более двух третей клиентов предпринимают позитивные действия в период между звонком психотерапевту, чтобы назначить встречу и первой сессией. В дополнение к этому, вы можете дать первое задание по телефону: «С этого момента и до нашей первой встречи, обращайте внимание на то, что сейчас идет хорошо в жизни, что бы вам хотелось сохранить». В результате некоторые клиенты отменяют встречу, потому что

замечают, что не все так плохо. Мы задаем ориентированные на решение вопросы про прошлое не для того, чтобы обнаружить или проанализировать ранние проблемы или неудачи, а для того, чтобы пролить свет на предыдущие успехи клиента. Этого можно достичь, спрашивая про исключения: периоды или моменты в жизни клиента, когда все было хорошо, или когда проблема отсутствовала или была меньше. Когда мы привлекаем внимание клиента к ее/его предыдущим успехам, вместо провалов и неудач, то создаем позитивные ожидания: клиенты начинают видеть себя или ситуацию в более позитивном свете.

8. Клиент определяет цель терапии

Вы приглашаете меня отобедать у вас дома и подаете на стол брокколи. Я честно сообщаю вам, что мне не нравятся брокколи, но вы не имеете понятия, какие овощи (или другую еду) я предпочитаю. Поэтому, когда вы приглашаете меня во второй раз, вы подаете на стол другие овощи, думая, что они мне понравятся. Однако, есть шанс, что и их я тоже не ем. Интересно, захотите ли вы в этом случае пригласить меня на обед еще раз. Наверное, вы подумаете: «Ей ничего не нравится!». Если бы вы спросили меня прямо, какие овощи я предпочитаю, я бы смогла сказать вам, и тогда наши отношения бы не пострадали.

Если терапевт не знает, куда они с клиентом движутся, то, есть вероятность оказаться в итоге «не в том месте». Задача ориентированного на решение терапевта сформулировать вместе с клиентом реалистичную цель. Важно получить от клиента детализированное описание того, какой будет жизнь, когда он/она достигнет своей цели. Исследования показывают, что шансы на успех увеличиваются, если клиенты верят, что у них есть способность влиять на свое будущее (W.R. Miller, 1983; W. R. Miller & Rollnick, 2002).

Ван Тонгерен (2004) цитирует любимый пример Аристотеля при описании человеческого интеллекта: лучник. Лучники понимают свое задание, если, во-первых, они знают в какую цель им нужно попасть, и во-вторых, они учли все обстоятельства, влияющие на ситуацию, в которой придется стрелять. Они оценивают силу ветра, длину стрелы, натяжение лука и т.д. Аристотель считал, что разумное человеческое существо подобно лучнику: знает свои цели и средства их достижения. Аристотель также говорил о важности стремления. Так если кто-то знает цель, но не имеет намерения двигаться к ней, то знание цели бесполезно. Это опять-таки подчеркивает важность формулирования реалистичной цели и мотивации к изменению своего поведения.

Часто в литературе по ориентированному на решение подходу говорится о *целях* терапии (во множественном числе). Я же предпочитаю говорить о *цели* терапии (в единственном числе), потому что, на мой взгляд, есть только одна цель, которую клиенты хотят достичь и есть множество средств, с помощью которых можно приблизиться к цели (то есть подцели). Мой опыт показывает, что если мы спрашиваем клиента о *целях*, скорее всего он перечислит нам разные средства достижения цели, а не настоящую цель. Это может ограничивать нас в работе, если вдруг окажется, что эти средства недоступны.

9. Реальность определяется наблюдателем, а ориентированный на решение терапевт участвует в конструировании реальности системы, с которой он работает

Эйнштейн утверждал, что наши теории предопределяют то, что мы будем наблюдать. Мы получаем то, что хотим увидеть. Психоаналитически ориентированный терапевт,

вероятно, увидит неразрешенные конфликты и психологические «дефекты». Для специалистов невозможно вообще не иметь основания в виде какой-то теории. Ориентированный на решение терапевт выступает соавтором, который помогает клиенту переписать его или ее историю. Используя метафору, предложенную де Шейзером (1984): ориентированный на решение специалист должен играть в теннис на одной стороне поля со своим клиентом. Согласно этой метафоре, терапевт играет вместе с клиентом на одной стороне, вместо того, чтобы играть против него или стоять с боковой стороны теннисного корта.

10. Есть много вариантов того, как можно смотреть на ситуацию, все они одинаково верны

Нет окончательного объяснения или описания реальности. Не стоит быть слишком приверженными своей терапевтической модели. Эмиль Шартье, французский философ экзистенциалист, который жил в 1868-1951 годы, сказал по этому поводу: «Нет ничего более опасного, чем идея, если это единственная идея, которая у вас есть» (цит. По О'Хэнлон, 2000, с. 53). Даже ориентированные на решение вопросы – не панацея.

Собирая команду, Де Шейзер (1985) не хотел, чтобы люди в ней думали и делали одно и то же. Он поощрял разные подходы, потому что хотел понять, что в действительности делает терапию эффективной. Бейтсон (1979) также писал о том, как наличие разных идей может оказаться полезным.

ОТКРОВЕННЫЙ ОТВЕТ НА ЧУДЕСНЫЙ ВОПРОС

Джеф Чанг (Jeff Chang)

Перевод Гамзин Юрий

Из книги: Doing something different: solution-focused brief therapy practices

Однажды я консультировал женщину, которая выражала недовольство потерей страсти в браке и отсутствием эмоциональной связи с мужем. После того, как я задал ей чудесный вопрос, она сказала:

«Ну, я бы проснулась, я была бы в постели с моим мужем, и я бы поцеловала его, и, может быть, мы занялись бы немного сексом. Я бы возбудилась, а потом, может быть, я бы подарила ему оральные ласки».

Будучи терапевтом, хорошо натренированным в ориентированном на решение подходе, у меня было заготовлено несколько почти автоматических ответных вопросов. Но когда я мысленно искал возможные варианты, мне пришлось выкинуть почти все обычно используемые и обычно срабатывающие заготовки:

- Допустим, вы сделали это, и что он заметит? НЕТ

- Хорошо, как бы это выглядело? НЕТ

- Как вы думаете, как он отреагирует? НЕТ

- Когда вы будете делать это, что он почувствует? НЕТ

- Что бы вы сказали себе в этот момент? НЕТ

- Что будет дальше? НЕТ

- Если бы он сделал в ответ (что-то), как бы вы отреагировали? НЕТ

- И что? НЕТ

Мне показалось, что я сидел там около получаса, мысленно подбирая подходящий вопрос и не мог сделать это. На самом деле, видимо, прошло не больше 10 секунд. К моему большому облегчению, я, наконец, сказал:

«Итак, хорошо, вы это сделали, это было бы хорошим началом чудесного дня?» ФУХ...

ПРЕДСТАВЬ СЕБЕ

Сборник материалов по краткосрочной
и системной терапии

predstavsebe.ru

PosterMyWall.com