

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ ПО
КРАТКОСРОЧНОЙ И СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ

ПРЕДСТАВЬ СЕБЕ

СТИВ ДЕ ШЕЙЗЕР
МАРК МАКЕРГОУ
ЭВАН ДЖОРДЖ

ТЕМА ВЫПУСКА:

РАДИКАЛЬНОЕ ПРИНЯТИЕ

#16 / 2023

**ЛЕТНЯЯ
ТРЕХМЕСЯЧНАЯ
ОНЛАЙН-ПРОГРАММА
(ПО ВЫХОДНЫМ)**

**10 ИЮНЯ -
19 АВГУСТА
2023**

**ВЕДУЩИЕ
ПРОГРАММЫ**



МИХАЛЬСКИЙ АЛЕКСЕЙ



ГАМЗИН ЮРИЙ

SFBTCOURSE.RU

**ОРИЕНТИРОВАННАЯ
НА РЕШЕНИЕ
КРАТКОСРОЧНАЯ
ТЕРАПИЯ (SFBT)**

ПРЕДСТАВЬ СЕБЕ

Сборник материалов по краткосрочной и системной терапии

Выпуск № 16, 2023.

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

В подготовке сборника принимали участие:

Гамзин Юрий, Михальский Алексей, Андоскина Елена.

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

Страница в сети Интернет: predstavsebe.ru

СООБЩЕСТВО

Полезные ссылки

Сайты:

sfrussia.ru – Ассоциация ориентированных на решение психотерапевтов и практиков.

predstavsebe.ru - сайт сборника “Представь себе”.

lifecon.ru - “Студия изменений” А. Михальского.

sfbtpcourse.ru - обучение ОРКТ.

<http://sf-team.ru/lager> - ежегодный летний ОРКТ-лагерь.

Facebook:

Группа “Краткосрочная и системная терапия”

<https://www.facebook.com/groups/312639246019532/>

Группа “ОРКТ Интервизия/супервизия”

<https://www.facebook.com/groups/1480203488753803/>

Страница “Ориентированный на решение подход”

<https://www.facebook.com/solutionfocusru/>

Ассоциация ориентированных на решение психотерапевтов и практиков

<https://www.facebook.com/groups/412206010373110/>

Книжный клуб ОРКТ:

<https://www.facebook.com/groups/758973761378841>

Telegram

Канал Ассоциации ориентированных на решение психотерапевтов и практиков

https://t.me/sfbt_rus

Канал об ОРКТ

<https://t.me/solutionfocusedbrieftherapy>

Книжный клуб ОРКТ

https://t.me/sfbt_books

Группа ОРКТ-интервизия (супервизия)

https://t.me/intervisions_sfbt

СОДЕРЖАНИЕ

РАДИКАЛЬНОЕ ПРИНЯТИЕ

Стр. 5

СТИВ ДЕ ШЕЙЗЕР

ПРОСТО НЕ ЗНАЧИТ ЛЕГКО

Стр. 11

ЭВАН ДЖОРДЖ

“РАСШИРЕНИЕ ГРАНИЦ МИРА” КЛИЕНТА

Стр. 16

МАРК МАККЕРГОУ

РАДИКАЛЬНОЕ ПРИНЯТИЕ

Стив де Шейзер

Оригинал статьи Steve de Shazer "Radical acceptance" (comment on Giorlando & Schilling). Families, Systems, & Health, 15, 1997: 375-8.

Перевод - Гамзин Юрий

Каждый семинар, каждый тренинг и все конференции, которые я провожу ежегодно, вновь обращают мое внимание на то, как часто люди ошибочно полагают, что "просто - значит легко". На каждом семинаре и тренинге, которые я веду, будь то в США, Европе или Азии, люди отмечают, насколько проста ориентированная на решение краткосрочная терапия (ОРКТ) - или кажется таковой - до тех пор, пока человек сам не попробует использовать этот подход. В этот момент он обнаруживает, насколько сложно его использовать и начинает понимать, что сохранение простоты требует большой самодисциплины. В частности, есть две темы, которые кажутся "простыми", но оказываются не такими уж "легкими": использование чудесного вопроса и шкалирующие вопросы.

Чудесный вопрос (de Shazer, 1985) является обычной частью практики ОРКТ с 1983 года. За эти годы терапевты, работающие в ориентированном на решение подходе, нашли его полезным для того, чтобы помогать клиентам описать, чего именно те хотят от терапии. Обычно этот вопрос задается на первой сессии, чтобы помочь терапевту и клиенту понять, как терапия может быть полезна для клиента. Однако заставить *чудесный вопрос* работать на терапевта и клиента не всегда просто. Терапевт не может зачитать его с карточки размером 3 x 5 и ожидать, что клиент сможет ответить на него полезным образом. Я хотел бы рассказать вам о том, что я узнал о том,

как следует задавать *чудесный вопрос*, и предложить несколько идей, которые, надеюсь, будут вам полезны.

Обычно я представляю *чудесный вопрос*, говоря клиенту, что у меня есть необычный и, возможно, трудный вопрос, требующий некоторого воображения. Затем я делаю паузу, ожидая сигнала к действию. Затем я начинаю спрашивать таким образом:

"Предположим..." [После этого слова всегда следует пауза. "Предположим" – это милое, безобидное, но полезное слово. Пауза позволяет клиентам задуматься, какую странную и сложную вещь я могу попросить их предположить].

После того как мы закончим встречу, вы пойдете домой, посмотрите телевизор, сделаете свои обычные дела по дому и т.д., а затем ляжете в постель и уснете ... [Здесь следует пауза. До сих пор то, что я прошу клиента предположить, является очень нормальным, повседневным делом. В конце концов, все это не так уж и странно].

И, пока вы спите, происходит чудо... [Пауза. Контекст для этого чуда – обычная, повседневная жизнь клиента. Таким образом, это "обычное чудо", а не что-то необычное. Тем не менее, эта конструкция допускает любые фантастические желания со стороны клиента. Но эта пауза не должна быть слишком длинной, поскольку, если она будет слишком длинной, клиент, скорее всего, прервет ее и скажет, что не верит в чудеса. Если клиент скажет, что не верит в чудеса, то часто бывает достаточно сказать примерно следующее: *Я тоже (что правда), но притворитесь – на данный момент – что верите*"].

и проблема, которая привела вас сюда, решится, вот так! ... [Пауза. Теперь в центре внимания находится одно конкретное чудо, связанное с приходом клиента на прием к терапевту. Если не сфокусироваться на этом, то клиент часто будет давать расплывчатый, общий и настолько неконкретный ответ, что он будет практически бесполезен].

Но это происходит, когда вы спите, поэтому вы не можете знать, что это произошло... [Пауза. Это делается для того, чтобы клиент мог

построить свое чудо без какого-либо рассмотрения проблемы и без рассмотрения шагов, которые могут быть или могли быть предприняты].

Когда вы проснетесь утром, как вы узнаете, что это чудо произошло с вами?" ... [Пауза. Это момент, когда клиенту предстоит самая сложная работа. Поэтому терапевт должен быть готов к тому, что это будет похоже на долгое молчание. Терапевт не должен прерывать это молчание; сейчас очередь клиента говорить, отвечать на вопрос].

Часто первоначальным ответом клиента будет: *"Я не знаю"*. Это вполне разумный ответ. Мы обнаружили, что самое полезное, что может сделать терапевт в этот момент, – просто продолжать молчать и ждать. (Все разговоры ведутся по очереди, и терапия не является исключением. Если терапевт молчит, то все еще идет очередь клиента говорить). Обычно после этого клиент начинает описывать утро после чуда в относительно конкретных выражениях.

Много лет назад мы не решались задавать *чудесный вопрос* в некоторых ситуациях, но благодаря опыту я научился не предвосхищать реакцию клиента и, более того, я научился вообще не изменять вопрос в ожидании того, как клиент собирается ответить. Например, несколько лет назад ко мне пришел клиент, который потерял левую руку в результате несчастного случая на производстве. Я колебался и откладывал *чудесный вопрос* до тех пор, пока мог. Я боялся, что он скажет, что чудо должно вернуть его потерянную руку. Наконец, после того как мои коллеги предложили мне задать *чудесный вопрос*, я задал его, и клиент дал именно тот ответ, который я и ожидал. Я не знал, что сказать или сделать, поэтому просто кивнул и сидел. После короткого перерыва он сказал: "А, но вы имеете в виду то, что может произойти". Далее он рассказал, как его жена приветствует его улыбкой по утрам, как он отвечает ей улыбкой, как она удивляется и т.д.

Такой ответ помог мне понять, что *чудесный вопрос* может быть полезен даже тогда, когда я ожидаю не очень полезного ответа, или даже особенно тогда, когда я ожидаю его. *Чудесный вопрос* предназначен для того, чтобы помочь клиентам четко описать, чего

они хотят, и желание вернуть свою левую руку вполне разумно, хотя и невозможно. За годы работы в похожих ситуациях я обнаружил, что большинство клиентов не дают неразумных ответов, и, на самом деле, я думаю, что их чудеса часто намного меньше, чем были бы мои, окажись я в их ситуации.

Шкалирующие вопросы стали частью моей практики с тех пор, как в начале 1970-х годов я узнал о спонтанном использовании клиентами таких оценок. Сначала я использовал шкалы, чтобы попытаться получить некий способ описания неопределенных вещей, которые очень трудно описать, таких как "(степень) депрессии", "(степень) тревоги", "(степень) удовлетворенности" и "(степень) эффективного общения между людьми", помогая клиенту получить доступ к своей ситуации и перейти от общих черно-белых конструкций, т.е. либо депрессия, либо не депрессия, к чему-то более конкретному и описательному, т.е. иногда больше или меньше депрессии. С годами использование шкал стало более частым и важным. Теперь клиенты часто сообщают - когда их спрашивают - что они считают шкалы самой полезной и важной частью терапии, потому что эти шкалы дают им возможность оценить свою ситуацию и измерить свой прогресс. Теперь я неизбежно буду использовать по крайней мере одну шкалу на каждой первой сессии и большинстве последующих, шкалу, которую можно условно назвать "шкалой прогресса". Она выглядит следующим образом:

"По шкале от "0" до "10", где "10" означает то, как обстоят дела на следующий день после чуда, а "0" - как обстояли дела в тот момент, когда вы позвонили и договорились о встрече, где, по вашему мнению, находятся дела в данный момент?"

Очевидно, что этот вопрос задается после того, как мы как можно полнее изучили ответ клиента на чудесный вопрос. Большинство клиентов ответят, что в данный момент дела обстоят на отметке "3" (на первом сеансе), что, конечно же, означает, что дела уже пошли на поправку. Затем мы вместе, как можно более подробно, исследуем различия между "тремя" и "нулем". На второй и последующих сессиях вопрос звучит следующим образом:

"Помните шкалу, где "10" означает день после чуда? Как бы вы сказали, на какой отметке находятся дела сегодня?"

Мой опыт подсказывает, что терапевт не должен напоминать клиенту о предыдущих оценках. Если, например, терапевт говорит: "В прошлый раз вы были на "тройке", я обнаружил, что существует очень сильная тенденция к тому, что клиент снова скажет "три". Если же терапевт не напоминает клиенту об этом, то существует очень сильная тенденция к тому, что на второй сессии клиент скажет "5", а на третьей и последующих сессиях - "7". Как только клиент дал оценку, терапевт может исследовать различия между "тремя и пятью", "пятью и нулем" и т.д.

Я научился принимать любой ответ клиента как хороший и информативный. Одно время я предпочитал более высокие числа, думая, что чем выше число, тем лучше. Однако однажды я стоял за зеркалом и наблюдал за ходом второй сессии, когда клиентка, прослушав почти двадцать минут о том, насколько все улучшилось, сказала, что у нее "три". Мы со стажерами были разочарованы и сказали себе: "Только 3!". Терапевт в комнате, однако, ничего не сказал, и тогда клиентка продолжила: "Это чертовски хорошо, не так ли?". Оказалось, что она думала, что "4" - это максимально возможный для нее уровень, и поэтому она почти достигла его. (По шкале от "0 до 4", "три" представляет собой довольно значительный прогресс!) Если бы терапевт выразил разочарование, то замечательный прогресс клиента, вероятно, был бы подорван. В результате такого опыта я, скорее всего, пожму руку клиенту, независимо от того, какую цифру он назовет, даже если ситуация изменилась с "+3" на "-1", поскольку даже минус один лучше, чем "-2", и, естественно, последует вопрос: "Минус один. Хм-м-м. А почему, как вы полагаете, не -2?".

Такое радикальное принятие трудно для многих людей. Оно требует большой самодисциплины и внимательного слушания. Нелегко отказаться от суждений о том, насколько высоким должно быть число или насколько неразумной и нереалистичной может быть первоначальная реакция на чудо. Долгий опыт работы со многими клиентами и много-много часов дисциплинированного наблюдения говорят о том, что радикальное принятие - это полезная позиция для

терапевта. Оказывается, что клиенты более разумны, чем мы ожидаем, и можно рассчитывать на то, что они изменят свои взгляды после того, как мы их примем. Однако такая модификация маловероятна, если терапевт укажет на нереалистичность описания после чуда, даваемого клиентом, или предположит, что его оценка каким-то образом "неправильна". Ответ клиента должен быть принят полностью и буквально - вот где проявляется искусство подхода.

ССЫЛКИ:

de Shazer, S. (1985) Keys to Solution in Brief Therapy. New York: W.W.Norton.

Просто, не значит легко:

5 причин, почему это может быть так

Эван Джордж (Центр БРИФ, Лондон, Великобритания).

Перевод Гамзина Юрия

Как часто мы все еще сталкиваемся с этим! Подход, ориентированный на решение, прост. Это описание способа общения с людьми, который ассоциируется с изменениями в их жизни. Команда из Милуоки, Стив де Шейзер, Инсу Ким Берг и их коллеги, по сути, заявили: "Когда мы говорим с людьми таким образом, они меняются - попробуйте поговорить с людьми таким образом - ваши "клиенты" тоже могут измениться - но, конечно, невозможно знать этого наверняка". И с первых дней появления ОРКТ люди пробовали - с самыми разными клиентами, в самых разных условиях по всему миру - и это работало! Поэтому использование этой модели ассоциируется с тем, что люди меняют свою жизнь. Так почему же, если все так просто, все не так уж легко?

1. Основой подхода является идея о том, что процесс возникновения проблемы и процесс конструирования решения не связаны: нам не нужно знать причину проблемы или даже в чем, по мнению клиента, может проблема заключаться, чтобы успешно двигаться к изменениям. Трудность, с которой сталкиваются многие практики в том, чтобы отпустить желание понять, желание знать, что "на самом деле" (они часто используют это слово) происходит, затрудняет для некоторых людей способность слушать клиента так, как этого требует ориентированный на решение подход. Работа с ответом клиента и его включение в наш следующий вопрос, а не выслушивание клиента с целью оценки - это существенный сдвиг позиции.

2. В книге "Ориентированная на решение терапия лиц, совершивших домашнее насилие: ответственность за изменения" Ли, Себолд и Укен цитируют слова де Шейзера: "Слишком часто люди, которые хотят научиться ОРКТ, попадают в ловушку, поскольку не могут понять, что трудность заключается в том, чтобы оставаться на поверхности, когда искушение заглянуть за спину и под нее наиболее сильно" (стр. 18). Остаться на поверхности", как выразился де Шейзер, или "работать с повествованием клиента", как я предпочел сказать бы я, нелегко. Кто хочет, чтобы его считали "поверхностным"? Представьте себе, что вы слышите разговор двух знакомых, которые говорят о нас. Что бы вы предпочли услышать: "он действительно поверхностный" или "он такой глубокий человек"? Глубина - это хорошо. Поверхностность бесполезна. Конечно, люди считают ориентированность на решение трудным делом. Даже в нашей собственной области мы видим, как люди используют слово "глубокий", например, "глубокое погружение в подход, ориентированный на решение", в качестве подтверждения. Курс под названием "Оставаясь на поверхности подхода, ориентированного на решение" привлечет только достаточно искушенных и знающих практиков, которые уже хорошо понимают модель. Поверхность не привлекательна для практиков, чья самооценка часто основывается именно на глубоком понимании, недоступном для непосвященных.

3. Слово "простой" способствует скептицизму. Как, спрашивают люди, простой подход может быть полезен при работе с человеком, у которого давние проблемы, у которого "сложные потребности"? Идея чего-то "простого" и в то же время "мощного" является для нас сложной. Действительно, я помню, как читал результаты какого-то исследования, показавшего, что группа испытуемых постоянно предпочитала сложное, но неправильное объяснение какого-либо явления простому, но правильному объяснению. В английском языке слишком легко слово "простой" соскальзывает и переходит в слово "упрощенный", и, конечно, что-то "упрощенное" - это что-то неудачное, неспособное разобраться в воспринимаемой сложности ситуации. Слово "простой" способствует скептицизму - возможно, это

модель, которая может работать для легких случаев, но не для.... Неудивительно, что практикам трудно воспринимать ее всерьез.

4. Преобладающий линейный подход к объяснению причинно-следственных связей также, похоже, мешает людям, использующим ОРКТ. Люди склонны считать, что текущие трудности вызваны прошлым опытом, и что если не устранить этот прошлый опыт, то он будет продолжать влиять на будущее. А для того, чтобы разобраться с прошлым опытом, обычно предполагается, что о нем нужно говорить. Идея о том, что мы можем решать прошлые проблемы, не фокусируясь непосредственно на них, не говоря о них, трудно воспринимается людьми, ориентированными на проблему.

5. В основе традиционной терапевтической работы лежит идея о том, что клиенты не имеют в виду то, что они говорят, когда говорят, что хотят измениться. Клиенты сопротивляются, они отрицают, они немотивированы, они находятся в своей зоне комфорта, они получают вторичную выгоду – другими словами, клиентам нельзя верить, когда они говорят, что хотят измениться. И поскольку считается, что они не хотят меняться, терапия или процесс изменения рассматривается как битва, в которой терапевт выступает за изменения, а клиент против изменений. Стив де Шейзер в 1982 году в своей книге "Паттерны краткосрочной терапии", высказывает ту же мысль: "С самых первых дней психотерапия 20-го века чаще всего описывалась как соревнование. В целом, это соревнование описывалось как соревнование между "силами" за изменения и "силами" против изменений. Соревнование заключалось в следующем: Терапевт (за изменения) вступал в борьбу с сопротивлением клиента (сила против изменений). . . .

К сожалению, большая часть психотерапии и краткосрочной терапии (основанной на концепции сопротивления) часто рассматривается и описывается в военных терминах и терминах соревнования" (стр. 13). Терапевт должен "сломать" сопротивление клиента. Гиλιана Прата, одна из основателей Миланской модели, написала книгу под названием "Системный гарпун в семейные игры" (1990), а Джоэл Бергман назвал свою книгу 1985 года "Рыбалка на барракуду", вторая глава которой называется "Захват семьи". Подобное мышление

сформировало контекст повествования, в котором обсуждаются клиенты. Неудивительно, что клиентов, которым нельзя доверять, нужно прижимать к стенке в конце сеанса, добиваться от них точного указания, какие изменения они реализуют до следующего сеанса. Даже в книге Грина и Гранта "Коучинг, сфокусированный на решении" (2003), которая, к сожалению, на мой взгляд, в значительной степени не сфокусирована на решении и, конечно, не может быть мной рекомендована, написано: "Каждая коуч-сессия должна заканчиваться письменным планом действий. . . . Если он не записан, это не коучинг. Это разговор о том, как все может стать лучше однажды, когда я займусь этим!" (стр. 103) Конечно, это имеет смысл, если мы верим, что изменения трудны и что люди неохотно меняются. Однако практики, ориентированные на решение, предпочитают доверять своим клиентам, поэтому им не нужно заставлять людей меняться. Конечно, они изменятся. Единственный интересный вопрос - с чего они начнут, и поэтому им можно вежливо предложить следить за этим: "Теперь, когда вы сказали, что хотели бы, чтобы мы встретились снова, могу ли я предупредить вас: самый первый вопрос, который я задам в следующий раз, будет "Что стало лучше?", и если вы будете следить за тем, что стало лучше между этим и следующим разом, то, возможно, следующая сессия пройдет для вас легче - но это зависит от вас". Доверять нашим клиентам трудно, если мы потратили годы на то, чтобы видеть клиентское сопротивление и нежелание меняться.

Итак, ориентированная на решение практика, конечно, проста, но она нелегка, и то, что мешает практикам освоить этот подход, - это целая куча укоренившихся предположений о клиентах, о терапии и о том, что нужно сделать, чтобы проблемы были решены. Люди инстинктивно бунтуют против предложения, ориентированного на решение - "не может быть все так просто", думают они про себя и тем самым значительно усложняют процесс обучения подходу!

Ссылки:

Bergman, Joel (1985) Fishing for Barracuda. New York: Norton.
de Shazer, Steve (1982) Patterns of Brief Family Therapy. New York: Guilford.
Greene, Jane and Grant, Anthony (2003) Solution-Focused Coaching. Harlow: Pearson

Lee, Mo Yee, Sebold, John, Uken, Adriana (2003) Solution-Focused Treatment of Domestic Violence Offenders: accountability for change. New York: Oxford University Press.

Prata, Giuliana (1990). A systemic harpoon into family games: preventive interventions in therapy. New York: Brunner/Mazel

«Расширение границ мира» клиента

Марк Маккергоу, фрагмент из книги *The Next Generation of Solution Focused Practice: Stretching the World for New Opportunities and Progress*, 2021

Перевод Андоскиной Елены

Некоторые широко распространенные точки зрения среди ориентированных на решение практиков заслуживают тщательного изучения, включая неэкспертную позицию, которой так дорожат многие практикующие, вплоть до отрицания любой экспертной оценки. Отсюда возникает идея, что объяснения имеют привкус теоретизирования и должны быть исключены: клиенты являются экспертами.

Стив де Шейзер писал в книге «Позволяя различиям работать» (*Putting Difference to Work*) (de Shazer, 1991):

«Но всегда кажется, что возникает вопрос «Как это работает?» Я считаю, что никто не может знать, как это работает, он может знать только, что это работает. Ответ на вопрос «Как это работает?» всегда втягивает в домыслы. ... Догадываться, предполагать - это дело рассказывания историй; это вымысел»
(de Shazer, 1991, p. xv11).

Де Шейзер говорит, что не смотря на это, он обнаружил, будто людям нравится, когда он проводит аналогии, которые помогают им увидеть, что происходит. Он продолжает увлекательные объяснения, опираясь на Витгенштейна, Дерриду, Михаила Бахтина и многих других, пускаясь в интеллектуальные путешествия.

Тридцать лет спустя, я думаю, что пришло время к этому вернуться. Постструктуралистская позиция не выглядит вполне убедительной или хотя бы полезной за пределами небольшой части

ОРКТ-сообщества. Она не имеет особого веса в областях, с которыми мы работаем: здравоохранение, терапия, образование, управление. Если служба здравоохранения в поисках эффективного способа терапии посмотрит на ОРКТ и спросит «Как это работает?», то вряд ли их удовлетворят ссылки на Дерриду и Бодрийяра.

Неэкспертная позиция

Из второй главы мы узнали, что ОРКТ основана на далеком от общепринятого представлении о психических расстройствах и помощи людям с психологическими проблемами. Возникают сложности, когда приходится рассказывать о подходе. Когда мы приходим к врачу, у нас есть жалоба или симптомы. Врач осматривает нас, возможно, просит сдать анализы, и потом говорит нам, что не так. Далее следует назначение лечения (или предложения, если следовать тому порядку, который описан в информированном согласии пациента). Как мы увидим далее, широко распространена точка зрения (не разделяемая мной и ориентированным на решение сообществом), что с психическими расстройствами дело обстоит так же.

ОРКТ, с другой стороны, вообще не зависит от «проблемы». Здесь нет диагнозов. Здесь есть способ вовлечь клиентов в обсуждение, чтобы помочь им двигаться в сторону лучшей жизни. Так что же делает специалист, если не пытается диагностировать и решать проблемы за клиента? Единственный ответ может быть обнаружен в идее неэкспертной позиции. Иногда называемый «умом новичка» (позиция незнания) (идея Zen, Suzuki, 1970), он является жизненно важным противовесом нашему обычному повседневному желанию помогать людям, понимая их, сопереживая им, делаясь своим опытом и так далее.

Слушать клиентов с умом новичка означает быть открытым, слушать их без суждений или желания «помочь». Такая открытость опыту клиента и отсутствие оценки это ключ к ориентированной на решение практике и не только. Коллаборативная терапия Харлин Андерсон и Гарри Гулишиан, которая также основывается на традициях краткосрочной терапии Института психических исследований в Пало-Альто, особенно ярко проявляется в этой области (см. Malinen, 2004). В общих чертах такая позиция стала ассоциироваться с постмодернистским движением в терапии (включая нарративный, коллаборативный, ориентированный на решение подходы и социальный конструктивизм).

У неэкспертной позиции есть огромное практическое преимущество. Как терапевт, я могу сесть вместе с клиентом и начать продвигаться к лучшему, без необходимости понимать и исследовать их проблемы, диагнозы, историю жизни или что-либо еще. Когда первичное обследование или уточнение истории всё-таки необходимо по административным причинам, специалисты часто отделяют эту часть от терапии, проводя её в другой комнате и даже с помощью другого человека, чтобы подчеркнуть чистое начало практики. Умение задавать вопросы о человеческих надеждах, ожиданиях, стремлениях и слушать их ответы является ценным навыком почти в любой ситуации – особенно там, где люди застряли и не знают, что делать (или знают, но почему-то не делают).

Объяснение ориентированной на решение практики?

Я хочу предложить другое объяснение тому, как работает ОРКТ. Это не отбрасывает связи и параллели с Виттгенштейном, столь ценимые де Шейзером, но развивает их на практике, используя разработки в области энактивного познания, появившиеся за последнее десятилетие. Я думаю, что это предлагает интуитивно понятный и полезный способ взглянуть на то, что мы делаем, таким образом, который помогает указать, как это может иметь значение для наших клиентов. Кроме того, не вовлеченному человеку может показаться странным, что мы предлагаем лечить «психические заболевания» практикой, которая ничего не говорит о «психических» или настоящих «болезнях».

Поощряя неэкспертную позицию терапевта, ОРКТ всегда остается в стороне от того, чтобы предлагать клиенту объяснения, как он пришел туда, где находится сейчас. Это, конечно, резко контрастирует с любыми другими подходами, которые рассматривают возникновение «инсайта» у клиента как необходимое условие для прогресса. Мне хочется пояснить здесь, что это не то объяснение, которое я предлагаю. Мы помогаем клиенту описать различные сцены из желаемого будущего без каких-либо объяснений, без необходимости что-либо объяснять (с помощью необъяснимого чуда).

Меня куда больше интересует объяснение нашей практики; наличие внятного (правдоподобного и привлекательного) ответа коллегам и представителям наших служб о том, что мы делаем и как это может помочь. В ОРКТ-сообществе принято оставаться в не экспертной

позиции и по этому поводу тоже. Они опираются на раннего Стива де Шейзера, настаивая, что достаточно того, что это просто работает. Мне кажется, это крайнее нелюбопытство; это делает их похожими (в глазах тех, кто неэкспертную позицию не разделяет) на деревенщин, которые утверждают, что пить сок ивы от проблем с кожей и лихорадки помогало их дедушкам, помогает им и поможет и вам тоже. Это научный тупик; понимание того, как работает что-либо, делает это доступным для других и помогает развивать дальше. Следуя такому более прогрессивному пути, кто-то еще исследовал упомянутый сок ивы и обнаружил, что он содержит салициловую кислоту, которая сейчас входит в список основных лекарственных средств ВОЗ (WHO, 2020) для улучшения состояния кожи, а также для производства аспирина.

Объяснение «как работает ОРКТ» должно учитывать пристальное внимание и принятие клиента, его опыта и языка. Необходимо будет учесть опасения практиков ОРКТ, что наличие теории отвлечет их от слушания клиента. Я покажу, почему слушание клиента важно, как часть теории. Это также прольет свет на идею, что «чем больше они говорят об этом, тем реальнее это становится». Эта мысль не нова; она существовала десятилетиями как общепринятая истина. Стив де Шейзер упоминал об этом в качестве наблюдения на семинаре в 1994, который всё еще на слуху (de Shazer & Berg, 1994). Но как именно все же это работает?

Ответ должен быть понятен быстро и интуитивно всем. Сейчас широко распространена и пользуется уважением когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), и история здесь такая: неэффективные мысли ведут за собой нежелательное (для клиента) поведение. Изменение мышления – это первый шаг к изменению поведения (ВАВСР, 2020). Это очень правдоподобное, данное в общих чертах объяснение отношениям между мыслями и действиями. Оно также неверно, как указывал Виттгенштейн; откуда мозг получает информацию? Выглядит, будто мышление контролирует действия – таким же образом можно сказать, что солнце вращается вокруг земли. Уход от предположения, что «внутренние» явления, такие как мысли, чувства и отношения формируют «внешние» (поведение, речь, жесты и т.д.), – одно из ключевых преимуществ взгляда на мир с позиции Виттгенштейна.

Привилегия мозга

С когнитивной точки зрения, мир каким-то образом создается мозгом, который представляется компьютерным центром управления телом, в котором он содержится. Мозг формирует и накапливает образы, которые потом формируют основу для действий. Такой взгляд стал настолько обыденным, что не вызывает никаких вопросов и составляет основу когнитивно-поведенческого подхода и не только. Аналогично, область консультирования наполнилась разговорами о внутренних чувствах, эмоциях, стимулах, побуждениях и мотивации, и все это каким-то образом управляет внешним поведением, о чем знает любой читатель популярных психологических журналов.

Это привело к своего рода нейрофетишистскому взгляду, где мозг и разум могут быть почти взаимозаменяемы, и все существенное должно каким-то образом быть прослежено до мозга. Последние пару десятилетий наблюдался подъем «наук о мозге», где «подсвеченные» изображения частей мозга использовались как доказательства изменений. Я слышал, один из ведущих ученых отзывался об этом тренде как о «новой френологии», викторианской практике, оценивающей характер человека по шишкам на его черепе. Если мозг контролирует, тогда он должен быть центром внимания. Сознание находится в мозге, так что «психические» расстройства (и здоровье) следует искать там же.

Энактивизм

Развитие за последние 20 лет вывело в фокус нового претендента – энактивную парадигму. Вместо идеи о том, что тело используется мозгом, энактивисты считают, что человек использует мозг, чтобы думать, делать, запоминать и т.д. Философ Ром Харре (2002) предложил метафору, чтобы объяснить, как это работает. Харре отметил, что мы говорим, что человек копает ров, скажем, используя лопату. Не лопата копает ров сама, но человек использует её, чтобы копать. Следовательно, мы можем или изучить лопату, или научиться копать – но если наша цель последнее, то нужен человек, который будет это делать (копать). Изучить лопату еще недостаточно.

По аналогии, заменяя лопату мозгом, человек использует мозг, чтобы думать. Мозг не думает сам – человек его использует, чтобы думать. Но если наша цель последнее, тогда нам нужен человек, который будет это делать. Таким аккуратным образом Харре помогает

поставить мозг на подобающее ему место – как ключевой инструмент думающего человека. Наука о мозге совершенно верна. Но если мы хотим изучать мышление (и, соответственно, другие «психические» явления), то в центре внимания должен быть человек, а не мозг.

Где находится «мир»?

Чтобы взглянуть на вещи по-новому, мы можем начать с того, чтобы увидеть, что мы подразумеваем под «миром» клиента. Это тот вопрос, которым задаются философы, и который в значительной степени игнорируют все остальные. Стоит кратко на этом остановиться – если мы собираемся исследовать «расширение границ мира», мы должны понимать, о чем говорим.

В обычном языке мир – это то, что вокруг нас. Это может быть планета Земля, всё, что мы видим, где обитаем. А как мы узнаём его? Вот здесь и начинаются разногласия. Для большинства людей это не проблема – мы воспринимаем мир, смотря, слушая, прикасаясь, чувствуя запахи и пробуя на вкус – на своем опыте и из сообщений окружающих. Такой взгляд на мир господствовал до середины 20 века, когда интерес к сознанию, мозгу и компьютерам приблизился к тому, что было названо когнитивной наукой.

Так где же еще быть миру, если не в мозге или в голове? Энактивисты (например Thompson, 2007; Stewart. Gapenne & Di Paolo, 2010) полагают, что вместо того, чтобы искать «внутри», нам лучше принять объединенную точку зрения. Вместо того, чтобы разделять разум и тело, они предпочитают объединять их, называть результат личностью и тогда смотреть, как такая личность взаимодействует с миром, в том числе с другими людьми. Этот опыт человека – в центре внимания; феноменология от первого лица (Merleau-Ponty, 1945), а не просто побочный продукт когнитивных процессов. Энактивизм, и ОР-практика, принимает опыт человека очень серьезно по-настоящему. (И, конечно, если у человека есть повреждения мозга или расстройства, это будет влиять на их взаимодействия, также как сломанная лопата будет затруднять копание).

К счастью, уже существует более давняя традиция, которая придерживается этой точки зрения и снова выходит на первый план; мир как возможность для взаимодействия или Умвельт.

Умвельт – мир как возможности для взаимодействия

Якоб Иксюль -- немецким исследователь, изучавший биологию в начале 20 века. Его интересовало, как организмы взаимодействовали, или знали как взаимодействовать, с окружающей средой. Он предложил идею Умвельта (von Uexkull, 1920); видоспецифичной субъективной системы отсчета «я в мире», состоящей из носителей значимости – знаков возможностей для взаимодействия, которые были важны для существа. Иксюль приводит пример клеща (маленького насекомого, которое живет, питаясь кровью животных) – чувствительное к свету (это помогает забираться на верх травинки), «аромат» масляной кислоты (которую выделяют волосатые млекопитающие, такие как собаки) и тепло (говорит им, находятся они на подходящем животном или нет). Это сигналы, которые формируют мир клеща – другие показатели, такие как время года или состояние фондового рынка, у него просто не вызывают беспокойства.

Этот довод был расширен американским психологом Дж. Дж. Гибсоном, который предположил, что люди (и другие виды тоже) видят мир как возможности для действий. Гибсон (1977) предположил, что восприятие – это не нейтральное действие, позволяющее просто собирать ощущения, но ключевая часть действия, и так мы воспринимаем деревянный стул в кафе не как интересно закрученную конструкцию из обработанной паром фасонной древесины, покрытой лаком – но как место, на которое можно сесть. (Хотя мы можем поразмышлять и над стулом, взглянув на него по-новому, также как Марсель Дюшан заставил всех иначе взглянуть на керамический писсуар, поместив его на выставку и назвав «Фонтаном»). Отметим это как видоспецифичность; маленькая птичка, летающая по моему офису, должна увидеть гитару как место, куда можно сесть, в то время как я вижу в ней возможность играть музыку, нежели сидеть. То, что такая точка зрения выходит за рамки простого человеческого поведения, меня очень радует – я вижу в этом связь с интересом Грегори Бейтсона к максимально широкому применению коммуникативных принципов.

Умвельт клеща очень мал и сфокусирован. Как люди, мы обладаем как минимум двумя инструментами, которые недоступны клещу и которые расширяют наш спектр доступности – память и язык. Тогда как клещ откликается на тепло, которое находится поблизости прямо сейчас, мы можем представлять многие вещи, которые не существуют в

настоящем моменте – я знаю, что могу пойти на кухню, когда я голоден и хочу яблоко. Я не спорю, что у многих животных в какой-то степени есть память, которая помогает им выживать. Однако в вопросе языка люди стоят гораздо выше других существ. Мы можем привести, например, крокодилов в наше настоящее с помощью языка, мы можем учить и передавать информацию через язык, мы можем координироваться и кооперироваться с его помощью.

С помощью языка и памяти возможности и Умвельт перестают быть видоспецифическими и становятся индивидуальными (учитывая и культурные и социальные аспекты тоже). Каждый из нас будет воспринимать одни и те же эпизоды по-разному. Представьте себе прогулку по лесу с ботаником, художником и специалистом по выживанию. Ботаник замечает различные растения, говорит о том, как они растут и размножаются и где распространены. Художник замечает свет, цвета, формы и может отражать их в новых произведениях. Специалист по выживанию знает, что можно съесть, что ядовито и как из того, что лежит под ногами, смастерить полезные предметы вроде шнура и гамака. Лес один и тот же – и в то же время это три разных Умвельта.

Мир как «поле возможностей»

Взгляд на мир через Умвельт и возможности возвращает нас к парадигме энактивного знания (например, Varela, Thompson & Rosch 1991; Chemero 2009; Hutto & Myin 2013). В отличие от общепринятой парадигмы мозга-как-компьютера, энактивное знание видит мозг как связующий орган, играющий роль в гораздо более широком процессе действия/восприятия, в процессах, которые тесно связаны. Работа Энтони Чемеро в прошлом десятилетии важна для того, чтобы прояснить, что возможности развиваются достаточно быстро (в течение жизни организма) и медленнее в эволюционных масштабах. Например, набор текста двумя пальцами на смартфоне был неизвестен до 21 века, но сейчас многие люди используют его для общения. Идея Гибсона о критической роли возможности в восприятии была позже подтверждена Санеке де Хаан и другими (2013) с их идеей «пейзажей» и «полей» возможностей.

Возможности появляются во взаимодействии организма и окружающей среды. Так что нет смысла говорить о них просто как о чем-то «там» в среде или «здесь» в организме – нам нужно и то, и другое. Стул может предложить человеку возможность сидеть – но

также он предлагает спать котам, есть мышам, грызть собакам и т.д. Де Хаан и её коллеги (2013) представляют идею «ландшафта возможностей» как «всех возможностей для действия, открытых для конкретной формы жизни» (р.7), которые зависят от способностей, доступных этим формам жизни – всего поля возможностей, доступного и людям, и собакам, и клещам. Затем они сужают его еще больше, предлагая «поле доступностей», – соответствующие возможности для действия, на которые человек реагирует в конкретной ситуации.

Это поле возможностей соответствует «миру» существа – возможностям взаимодействия, которые можно заметить и использовать. Конечно, это выборка из всего ландшафта, набор всех возможных взаимодействий людей. Например, мой офис имеет большой дверной проем, через который я вхожу и выхожу. Мой друг Дэвид, любитель скалолазания, использует его для тренировки подтягиваний, чтобы укрепить руки – действительно, его мир полон поручней, линий восхождения, уступов и возможностей для гимнастических упражнений, благодаря которым, вероятно, он гораздо стройнее меня. (И да, он также использует дверной проем, чтобы заходить и выходить).

Можно легко понять, как миры, скажем, кого-то, кто находится в депрессии, могут быть довольно маленькими, с небольшим количеством возможностей и небольшим шансом изменить их, или как мир страдающих ОКР может доминировать, когда они моют руки или проверяют газ.

Психическое здоровье и где его искать?

На мой взгляд, работа Санек де Хаан и её коллег открывает широкие перспективы для всех видов клинической работы, которая только начинает оказывать влияние на практику. Де Хаан начала расширять свою работу в области психиатрии (de Naan, 2020). Я здесь двигаюсь в обратную сторону – от практики к теории.

Долгое время идут споры о том, как описать психические расстройства. Некоторые настаивают на том, что на самом деле существуют только болезни мозга, совершая ошибку и путая мозг и разум (психическое). Конечно, болезни мозга реальны, имеют серьезные последствия для людей и требуют лечения. Болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона и эпилепсия, например. Болезни мозга обычно не считаются «психическими». (Это не значит, что идеи

ОРКТ не могут быть использованы, чтобы помочь страдающим Альцгеймером улучшить жизнь).

Однако состояния наподобие депрессии – это не заболевания мозга; согласно Национальной службе здравоохранения Великобритании нет достоверных тестов, которые бы это подтверждали (NHS, 2020). Британский Национальный институт психического здоровья (NIMH) установил, что «Одни только снимки мозга не могут быть использованы для диагностики психического расстройства, такого как аутизм, тревожное расстройство, депрессия, шизофрения, биполярное расстройство» (NIMH, 2020, р. 2). Также было отмечено, что «Депрессия может разрушать части мозга» (Schmaal et al., 2016), что показывает, что мозг скорее невинная жертва депрессии, нежели её активная причина.

Психиатрия – это направление медицины, которое занимается лечением психических расстройств. Она построена на других областях медицины и стремится лечить эти заболевания диагностическим путем, по сути, классифицируя их и используя исследования для определения лучших способов лечения, так же, как и физические заболевания. Результаты, однако, менее показательны. Диагностическое статистическое руководство (APA, 2013) становится все больше и больше после пяти основных пересмотров с 1952 года, с постоянно растущими объемами информации (130 страниц превратились в 991) и количеством расстройств (со 108 до 354) (Khoury, Langer & Pagnim, 2014). К сожалению, все меньше ясности по поводу того, что с этим делать. Существует критическое мнение, что эти диагнозы использованы для «медикализации» нормальной человеческой жизни, со всем ее взлетами и падениями в интересах фармацевтических компаний (например, Frances, 2013).

Более многообещающим подходом последнее время является биопсихосоциальная модель психического здоровья, предложенная Джорджем Энджелом (1977). Эта плюралистическая модель включает элементы из областей биологии, психологии и социологии, и это шаг в сторону от строгого объективизма науки. Она включает больше заботы о человеке как личности в его персональном жизненном контексте, включая самооценку, особенности темперамента, элементы социальной жизни, семейные отношения и др. Значимые обстоятельства. Однако это не ответ; хотя расширение фокуса приветствуется, оно, кажется, просто говорит о том, что все может иметь значение, и поэтому не очень помогает в действительности выяснить, что делать.

Энактивная перспектива – что не так с миром клиента?

Существует давняя, хотя и несколько упускаемая из виду традиция, рассматривать психическое заболевание не как что-то внутри человека, а как своего рода нарушение способа существования клиента в мире, изначально основанное на феноменологии и недавно расширенная энактивистами. Немецкий психиатр Томас Фукс предлагает интересный подход к дискуссии об энактивизме и психических заболеваниях. В своей статье (Fuchs, 2013) он исследует депрессию не как внутреннюю и индивидуальную жалобу, но как расстройство/нарушение/несоответствие («Verstimmung» по-немецки, что переводится как неприятное несоответствие) «резонирующего тела, которое опосредует наше участие в общем аффекте» (это описание очень близко к тому, как мы бы описали это в энактивистских терминах). Фукс обращается к афоризму феноменолога-психиатра Яна Хендрика ван ден Берга (van den Berg, 1972):

«Пациент болен; это значит, болен его мир».

Фукс уточняет эту мысль:

«В этом смысле, не болезнь находится внутри пациента, а пациент находится в болезни; ибо душевная болезнь — это не состояние в голове, а измененный способ бытия в мире».

(Fuchs, 2013)

Принимая утверждение «мир пациента болен», легко и заманчиво вернуться к когнитивистской картине, согласно которой мир пациента находится внутри головы пациента. С точки зрения энактивистов, мир пациента «не здесь», он во взаимодействии пациента с миром. Де Хаан (2020) всесторонне развивает эту идею в отношении психиатрии с четырьмя взаимосвязанными областями: психологической, эмпирической, социокультурной и экзистенциальной. Взгляд энактивистов адресует нас ко всем четырем областям. Она определяет психическое расстройство как нарушение восприятия, того, как человек воспринимает мир, и считает важность личного феноменологического опыта способом приблизиться к этому. Мне кажется, ОРКТ хорошо для этого подходит.

«Мир пациента» – это его поле возможностей. Вспомните, что это фрагмент общего ландшафта, открытый образу жизни пациента. Он меняется на многих уровнях – включая краткосрочное обучение и долгосрочное эволюционное развитие. Итак, если мы примем психические заболевания за состояние человека (в отличие от болезни мозга), мы могли бы условно определить эту форму психического заболевания как:

- Устойчивое Нарушение (Verstimmung) Поля Возможностей.

Эти термины очень точно подобраны.

Устойчивое: не временное – у всех нас случаются периодические нарушения в наших мирах, и мы справляемся с ними с помощью ежедневных обыденных действий. Мы чувствуем себя грустными и идем прогуляться или встретиться с друзьями, например. Эти ежедневные взлеты и падения в большинстве случаев регулируются рутинно. Только если «обычные» способы перестают быть эффективными, мы начинаем задумываться о болезни. Читатели могут вспомнить, что необходимость стойкости была впервые выдвинута Джоном Уиклендом и его коллегами в Институте психических исследований в Пало-Альто, в 1970-е гг. (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974; Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974). И эта идея по-прежнему актуальна.

Verstimmung: это немецкое слово, которое имеет набор значений, сложно переводимых на иные языки. Туда входят нарушение, расстройство, несоответствие и пребывание в плохом настроении. Это не слом – это состояние, которое можно скорректировать. Разумеется это не относится к плохому настроению, сопровождающему болезнь. «Verstimmung» является ключом к пониманию картины в целом.

Поле: отражает поле возможностей, подходящее для этого человека в его контексте. Это неизбежно вводит в действие точку зрения от первого лица – разные люди, естественно, будут иметь разные области возможностей, и, в частности, терапевт / практикующий врач не сможет примерить на себя поле возможностей клиента.

Возможностей: это опять-таки не в человеке и не в окружении, а в отношениях между человеком и его окружением, что проявляется в возможностях для действия и взаимодействия.

ОРКТ как «расширение границ мира» клиента

Психотерапию можно описать как «двое разговаривают, пытаюсь понять, чего хочет один из них». Все разговорные направления терапии имеют как минимум общий разговорный элемент (хотя темы бесед могут отличаться в зависимости от подхода). Мы можем также отметить открытия Вамполда (2001), что все разговорные направления терапии примерно одинаково эффективны с точки зрения результата.

Но, насколько я знаю, разговорную терапию никогда не воспринимали как способ расширения границ и изменения поля возможностей клиента. На этом основании можно ожидать, что терапия, направленная на устранение психического расстройства путем сосредоточения внимания на давно прошедших причинно-следственных связях, таких как детская травма и близкие отношения, будет работать долго (имея мало результатов в процессе), в то время как терапия, фокусирующаяся на деталях лучшего будущего, некоторые из которых уже заметны, вероятно приведёт к более быстрому прогрессу.

Если мы хотим рассматривать разговорную терапию как средство, помогающее расширить поле возможностей клиента полезными способами, связанными с прогрессом, мы можем обнаружить, что:

- терапевт считает клиента активным участником процесса;
- терапевт очень серьезно относится к описаниям, которые дает клиент своими словами;
- терапевт не пытается понять причину проблемы, но строит разговор вокруг улучшений в прошлом, настоящем и будущем;
- беседа сфокусирована на маленьких деталях «лучшего мира» - признаках того, что ситуация улучшилась и продолжает улучшаться.

Можно было бы ожидать, что такое расширение поля возможностей может иметь эмерджентное свойство — иногда аккуратное, иногда беспорядочное, иногда ясное, иногда сбивающее с толку. Расширить границы мира клиента – не значит сообщить ему ключевые шаги для действий. Может ли такая терапия быть эффективной? Мы поговорим об этом дальше, рассматривая аспекты следующего поколения ОРКТ.

Как ОРКТ расширяет границы мира клиента

Что происходит, когда мы предлагаем клиенту описывать крошечные признаки прогресса, того, что происходит чудо, что дела идут лучше, что они уже ближе к отметке 10 по шкале? Мы помогаем им генерировать новые, или как минимум подходящие и важные, возможности: «расширение границ их мира». Клиент описывает «улучшение»:

- на своём языке;
- в будущем, прошлом или настоящем;
- простыми формулировками;
- Детально;
- в понятиях «наблюдений» и «признаков».

Вряд ли что-то, кроме языка крошечных признаков» и «наблюдений» могло бы лучше подходить для такой задачи. Каждый раз новая деталь возникает в разговоре в ключе признака или действия, что становится потенциальной возможностью. Не все они будут важны – это станет понятно позже, когда клиент проживет свой расширенный опыт после сессии.

Ссылки

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies (BABCP). (2020). What Is CBT? Retrieved from www.babcp.com/files/Public/what-is-cbt-web.pdf
- Chemero, A. (2009). *Radical Embodied Cognitive Science*. Cambridge, MA: MIT Press.
- de Haan, S. (2020). *Enactive Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- de Haan, S., Rietveld, E., Stokhof, M., & Denys, D. (2013). The phenomenology of deep brain stimulation-induced changes in OCD: An enactive affordance-based model. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 653. Retrieved from www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnhum.2013.00653/full
- de Shazer, S. (1991). *Putting Difference to Work*. New York, NY: W. W. Norton.
- de Shazer, S., & Berg, I. K. (1994). *From Problem to Solution, Part 1* (Audio). Retrieved from <https://youtu.be/7a71M1b7YOU>. 16 July 2020, 22 minutes into the recording.
- de Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., McCollum, E., Trepper, T., & Berg, I. K. (2007). *More Than Miracles: The State of the Art of Solution-Focused Brief Therapy*. Philadelphia, PA: Haworth Press.

- de Shazer, S., & Varga von Kibéd, M. (2003). *Conversations about Wittgenstein. Recording from the Plenary at the 2003 SFBTA conference.* Santa Fe, NM: SFBTA.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedical science. *Science*, 196, 126–129.
- Erickson, M. H., & Rossi, E. (1979). *Hypnotherapy: An Exploratory Casebook.* New York, NY: Irvington Publishers.
- Frances, A. (2013). *Saving Normal: An Insider's Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life.* New York, NY: William Morrow.
- Fuchs, T. (2013). Depression, intercorporeality, and interaffectivity. *Journal of Consciousness Studies*, 20(7–8), 219–238.
- Gibson, J. J. (1977). The theory of affordances. In R. Shaw & J. Brnasford (Eds.), *Perceiving, Acting, and Knowing.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Harré, R. (2002). *Cognitive Science: A Philosophical Introduction.* London: Sage Publications.
- Hutto, D. D., & Myin, E. (2013). *Radicalizing Enactivism: Basic Minds without Content.* Boston, MA: MIT Press.
- Khoury, B., Langer, E. J., & Pagnini, F. (2014). The DSM: Mindful science or mindless power? A critical review. *Frontiers in Psychology*, 5, 602. doi:10.3389/fpsyg.2014.00602
- Malinen, T. (2004). The wisdom of not-knowing: A conversation with Harlene Anderson. *Journal of Systemic Therapies*, 23(2), 68–77.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception (Phenomenology of Perception).* Paris, France: Editions Gallimard.
- Monk, R. (1990). *Ludwig Wittgenstein: The Duty of Genius.* New York, NY: Free Press.
- NHS. (2020). *Clinical Depression.* Retrieved from www.nhs.uk/conditions/clinical-depression/diagnosis/
- NIMH. (2020). *Neuroimaging and Mental Illness.* Retrieved from [www.naminy.org/images/uploads/pdfs/Neuroimaging%20\(FAQ\).pdf](http://www.naminy.org/images/uploads/pdfs/Neuroimaging%20(FAQ).pdf)
- O'Hanlon, W. H., & Beadle, S. (1994). *A Field Guide to Possibility-Land.* Omaha, NE: Possibility Press.
- Rogers, C. (1951). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory.* London: Constable.
- Schmaal, L., Veltman, D., van Erp, T., et al. (2016). Subcortical brain alterations in major depressive disorder: Findings from the ENIGMA major depressive disorder working group. *Molecular Psychiatry*, 21, 806–812. <https://doi.org/10.1038/mp.2015.69>
- Stewart, J., Gapenne, O., & Di Paolo, E. A. (Eds.). (2010). *Enaction: Toward a New Paradigm for Cognitive Science.* Cambridge, MA: MIT Press.
- Suzuki, S. (1970). *Zen Mind, Beginner's Mind.* New York: Weatherhill.
- Thompson, E. (2007). *Mind and Life: Biology, Phenomenology and the Sciences of Mind.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
- van den Berg, H. (1972). *A Different Existence: Principles of Phenomenological Psychopathology.* Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.
- Varela, F., Thompson, E., & Rosch, E. (1991). *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience.* Cambridge, MA: MIT Press.

- von Uexküll, J. (1920). *Theoretische Biologie*. Berlin: Paetel.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1974). *Change: Problem Formation and Problem Resolution*. New York, NY: W. W. Norton.
- Weakland, J. H., Fisch, R., Watzlawick, P., & Bodin, A. M. (1974). Brief therapy: Focused problem resolution. *Family Process*, 13(2), 141–168.
- Wittgenstein, L. (1953). *Philosophical Investigations* (Trans. G.E.M. Anscombe). New York, NY: Macmillan.
- World Health Organisation (WHO). (2020). WHO Model Lists of Essential Medicines. Retrieved from www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ ПО
КРАТКОСРОЧНОЙ И СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ

ПРЕДСТАВЬ СЕБЕ

#16 / 2023