

ПРОВОКАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

ФРЭНК ФАРРЕЛЛИ и ДЖЕФФ БРАНДСМА

TRANCEMASTERS.RU



Фрэнк Фаррелли, Джеффри Брандсма

Провокативная терапия

TRANCEMASTERS.RU

2023

Перевод: [Дмитрий Сычев, kbfck@gmail.com](mailto:kbfck@gmail.com)

В тексте используются выдержки из перевода Л. Кручининой.

Версия перевода: 3

Версия редакции: 28

© 2023, самиздат Trancemasters, <https://trancemasters.ru>

От переводчика и редактора

Провокативная терапия — один из самых необычных методов исцеления, с которыми мне доводилось сталкиваться. Однажды увидев видео Фрэнка Фаррелли, я влюбился в этот метод навсегда.

Некоторые любят провокативную терапию за эффективность. Кто-то за смех и веселье в процессе. Кто-то предпочитает её за возможность говорить правду, или применить свои актёрские навыки. Мне провокативная терапия нравится еще и своей человечностью, в глубоком смысле этого слова. Это динамичный, правдивый и веселый способ пробудить в ваших клиентах то живое и непосредственное, что прячется под травмами, масками и барьерами, которые они построили между собой и жизнью. Я уверен, что каждый психотерапевт и коуч откроет для себя что-то новое, изучая и практикуя с клиентами этот подход.

Прочитав когда-то книгу Фрэнка Фаррелли в оригинале, я стал применять этот метод в работе с клиентами, а со временем и обучать работе в провокативном подходе. Было совершенно очевидно, что эту книгу стоит рекомендовать ученикам в качестве материала для знакомства с методом.

Оказалось, что доступные русские переводы, мягко говоря, оставляют желать лучшего. Конечно, переводить эту книгу в авторском стиле — трудная задача для переводчика. Но существующие переводы содержат множество утверждений, прямо противоположных тому, о чем говорится в книге. Переводчики и редакторы, по всей видимости, иногда слишком творчески подходят к некоторым пассажам, не укладывающимся в их картину мира и представления о терапии. Это запутывает новичков, изучающих провокативную терапию, и создаёт совершенно неверные представления о методе.

Я понял, что нужен перевод, который будет держаться ближе к тексту и попытается передать одновременно сухой и академичный, и сочный, образный язык этой книги. В каких-то моментах основываясь на существующих переводах, а какие-то части переведа заново, я постарался создать новый, более полный и точный русский текст, соответствующий духу провокативной работы.

Я благодарю всех, кто помогал мне в работе над переводом и вычиткой книги.

Перед вами результат моих и наших усилий. Я надеюсь, что эта книга увлечёт вас этим красивым и глубоким методом — провокативной терапией!

Дмитрий Сычев

Полезные ссылки

Если вы захотите больше узнать о провокативной терапии, вы найдете статьи и учебные материалы на сайте trancemasters.ru и в наших Telegram-каналах и группах, а также на нашем канале Youtube.

Теория и практика провокативной терапии

<https://trancemasters.ru/provocative-approach>

Общий чат Trancemasters по провокативной терапии

https://t.me/provocative_therapy_public

Канал Trancemasters в Telegram — полезные материалы для агентов перемен

<https://t.me/trancemasters>

Наш канал в Youtube

https://youtube.com/@trancemasters_ru

Поддержать проект

[Раздел для Donation](#)

От переводчика и редактора.....	4
Полезные ссылки.....	5
Предисловие Фрэнка Фаррелли.....	10
Предисловие Джеффа Брандсма.....	13
Благодарности.....	14
Глава 1. Начала провокативной терапии.....	16
Мой самый первый клиент.....	19
Случай Джоя.....	21
Случай Рэйчел Штейн.....	22
Случай психа-симулянта.....	28
Новый взгляд на трагедию.....	30
Эксперимент с конгруэнтностью, или случай Страшилы.....	32
Случай опасного психопата.....	34
Случай распутной девственницы.....	36
Переосмысливая контрперенос.....	39
Терапевт в роли садовника, акушера или.....	42
Пациенты могут меняться. Если захотят — и как захотят.....	44
Закат клиент-центрированного терапевта.....	46
Начало провокативной терапии.....	51
Случай отвратительной домохозяйки.....	54
Называем дитя.....	58

Глава 2. Предположения и гипотезы	59
Люди меняются и растут в ответ на вызов	61
Клиенты смогут измениться, если выберут это	63
У клиента гораздо больше способностей к достижению адаптивной, продуктивной и социализированной жизни, нежели я, он и большинство клиницистов могут предположить.....	69
Психологическая хрупкость пациентов чересчур преувеличивается как самими пациентами, так и другими людьми.....	71
Дезадаптивные, непродуктивные и антисоциальные настроения и поведение клиента могут в корне измениться независимо от сложности и давности его состояния	72
Для формирования ценностей, установок и поведения клиента опыт взрослой жизни ничуть не менее важен, чем опыт детства.....	73
Поведение клиента с терапевтом — относительно точное отражение его привычных паттернов общественных и межличностных отношений.....	77
Люди разумны. Человек — существо чрезвычайно логичное и доступное для понимания	79
Выражение терапевтической ненависти и радостного садизма по отношению к клиенту заметно идёт ему на пользу.....	80
Наиболее важные сообщения между людьми — невербальные.....	85
Две основных гипотезы	86
Глава 3. Роль провокативного терапевта	87
Цели	90
Все средства хороши.....	92

Провокативная коммуникация	93
Прямая провокация	96
Привычные паттерны коммуникации	98
Обратная связь	99
Невербальное принятие клиента	102
Познавательные уроки	104
Стиль терапии	105
Специфичные техники	107
Тестирование реальности	112
Вербальная конфронтация	114
Негативное моделирование	116
«Объяснения»	118
Противоречивые послания	124
Перечисление	126
Глава 4. Юмор и провокативная терапия	144
Глава 5. Четыре языка провокативного терапевта	173
Глава 6. Этапы процесса провокативной терапии	187
Стадия 1	188
Стадия 2	193
Стадия 3	195
Стадия 4	196

Стадия 1.....	199
Стадия 2	199
Стадия 3	199
Стадия 4	201
Стадия 5	201
Стадия 6	202
Стадия 7	202
Глава 7. Групповая и семейная провокативная терапия	204
Провокативная групповая терапия.....	206
Семейная провокативная терапия	216
Вопросы и ответы.....	221
Поддержать проект.....	260

Предисловие Фрэнка Фаррелли

Я раньше не верил в предисловия, они казались мне невероятной скудичей. Но после того, как мы с Джеффом написали эту книгу, я бы перефразировал трусливого льва из книги «Волшебник из страны Оз» и воскликнул: «Я верю, я верю в предисловия!». Конкретно это предисловие могло бы быть написано совершенно по-разному, но я ограничусь лишь парой воспоминаний о том, с чего началась эта книга.

Спустя несколько лет после зарождения провокативной терапии Рэнди Паркер, мой друг и коллега из клиники Мендота стал побуждать меня «написать книгу по моей системе терапии» и предложил мне помощь в расшифровке записей сотен сессий, которые я провёл. Так как я сам был совершенно удручён и обескуражен масштабом этой задачи, я принял его помощь, и мы встречались каждую неделю у меня дома. Вместе с Джун и Донной Готер (невестой Рэнди) мы за год набрали стопку дословных расшифровок, которые адекватно иллюстрировали систему, но книгой это пока не стало.

Затем Рэнди и Донна уехали из города, и я почувствовал себя покинутым, однако продолжал делать заметки о моем подходе в попытках концептуально описать сам процесс. Со временем эта все растущая кипа записей практически самостоятельно начала распадаться на различные категории, грубые заготовки глав книги, и именно в это время мы встретились с Джеффом Брандсма.

Он прибыл в клинику Мендота вместе с другими психологами-интернами, Гарри Эммануэлем и Брэнтом Дэвисом летом 1969 года. Вскоре мы организовали семинар по провокативной терапии и вместе поработали с несколькими клиентскими случаями. Мне сильно помог тогда драйв и энтузиазм этих «трех мушкетеров», и в мае 1971 года Джефф написал мне из Университета Кентукки о желании довести до завершения работу над совместной книгой. Он был весьма привержен этой идее, и хотел соавторства, чем немедленно спровоцировал у меня бурю конфликтующих чувств: я был чрезвычайно обрадован его предложением о помощи, и меня приводила в

смятение мыслью о том, чтобы разделить с кем-то своё «детище», вдохновляясь мыслью о приближающемся появлении книги, я в то же время боялся, что будучи напечатанной сейчас, она не ухватит конечную суть провокативной терапии. Но самым сильным чувством было чувство обладания; провокативная терапия была только моей, моей, только МОЕЙ!

Так или иначе, после увещаний Джун и Джеффа я решился: я выслал ему три килограмма рукописей и заметок, и началось писание и переписывание. Моя цель была триединая: ясность, ясность и еще раз ясность. И в этом, я полагаю, мы добились успеха.

По мере развития наших рабочих отношений, стало ясно, что я отдал себя в руки очень умного Саймона Легри.¹ Помню четырнадцатичасовые рабочие дни, когда я писал, писал и писал, а Джефф безжалостно говорил: «Окей, теперь я передам это Мери Гилбертс, а ты начнёшь...». Но его неослабевающий интерес, его энтузиазм и стремление к победе придавали мне сил. Его юмор, его тонкие замечания, способность подстроиться под мой темп, стиль и настроение быстро показали, что он был не только соавтором, но братом и другом.

Теперь книга завершена, и я полагаю, что в конце концов мы получили в печатном виде вполне адекватное руководство по провокативной терапии. И все же... На днях студентка, проявлявшая интерес к этому виду терапии, заявила: «Я работала с несколькими „безнадёжными клиентами“, и меня преследовало чувство, будто я их раскурочила на кусочки». Я со стыда схватился за голову: «Стой! Минуточку! Провокативная терапия — это не „раскурочивать“ пациентов!» Теперь нам предстоит объяснить собственные объяснения.

Фрэнк Фаррелли, 26 августа 1973 года

1 Имеется в виду герой романа «Хижина дяди Тома», рабовладелец, нещадно эксплуатировавший своих рабов

Предисловие Джеффа Брандсма

Надеюсь, что эта книга оправдывает своё название. Мы стремились, чтобы она была провокативной и временами волнующей, но прежде всего, дающей надежду. Мы знаем, что этот подход принесёт пользу тем, кто преподавал нам уроки, о которых пойдёт речь, т. е., пациентам и клиентам.

Эти страницы — попытка передать суть удивительного человеческого существа. В том виде искусства, которым в значительной степени является психотерапия, немного истинных художников, но Фрэнк Фаррелли, безусловно, один из них. Именно благодаря его истории, амбициям, поступкам и неизбежным ошибкам, родилась эта попытка сделать доступной другую философию и широкий спектр навыков для тех клиницистов, кто пока еще не нашёл «истину» для себя и своих клиентов. Провокативная терапия приносит и подчёркивает более социологический, межличностный подход к человеку, подход, больше нацеленный на людей, тесно связанных с реалиями и проблемами нашего общества.

Мой наибольший вклад состоял в том, чтобы предоставить этому человеку и его идеям структуру. В разное время я был организатором, распорядителем, критиком, респондентом и соавтором; вместе мы трудились, чтобы обуздать и придать форму его концепциям, насколько это было возможно. Мы решили не обременять читателя излишними ссылками на авторитетные научные труды, но полагаем, что наши утверждения и заявки могут и будут подтверждены существующими и будущими исследованиями.

Чтение этой книги может чем-то напоминать провокативную терапию, с присущими ей сменами стиля и содержания. Мы надеемся, что оно будет полезным и приятным.

Джеффри М. Брандсма, 26 августа 1973 года

Благодарности

Попытка на нескольких страницах принести слова благодарности людям, которые за последние двадцать лет моей профессиональной деятельности стали для меня «значимыми другими», кажется мне невыполнимой задачей. Просто перечислить их имена — значит, не воздать им должное. Мне всегда сопутствовали их поддержка, доброта и понимание, когда я в них нуждался. А я невероятно нуждался в них в течение многих лет.

Называя их имена, я вспоминаю, что именно они мне говорили, время и место, даже их интонации, но, к сожалению, невозможно все это здесь расписать в красках.

Итак, называю их имена, не только коллег, но и друзей: Дом Джером «Джим» Хейден, О.С.Б., Кэтлин Коул, почившие Джон Паласиос и Чарли Труа, Карл Роджерс, Джек Райли, Шарлотта Хаббард, Форест Орт, Джо Биледдо, Юджин Джендлин, Элин Робертс, Вильма Гинсберг, Ли ЛеМастерс, почившая Вирджиния Франкс, Билл Джексон, Джон Томас, Эви Оуэнс, Рэнди и Донна Паркер, Дик Россман, Арн Людвиг, Карл Витакер, Ленни Штайн, Сэл Гамбаро и Ли Экланд.

Я также обязан включить сюда имена моих студентов, учеников и работников социальных служб, психиатрии, психологии, сестринского дела, реабилитации — всех, кто более десяти лет задавал мне непростые вопросы, спорил со мной, бросал мне вызов, и множеством способов помогал мне прояснить мои собственные идеи.

Я также хочу поблагодарить за все прошедшие 15 лет персонал психиатрической больницы Мендота, переименованной недавно в Институт Психического Здоровья Мендота. Со многими из них мы работали как ко-терапевты, и наши обсуждения после сессий с пациентами и их семьями тоже давали мне хорошие стимулы.

И вдобавок ко всем вышеупомянутым, я хотел бы поблагодарить Господа. Чрезвычайно стыдно делать это в книге такого рода, и я бы не хотел ставить ему памятник за содержание или за стиль. За это я всю ответственность беру на себя. Соответственно, и никакой славы для Него не желаю,

ибо Он имеет славы с избытком, так пусть достанется и мне. Также следует добавить, что его консультации временами запаздывали.

Мы также выражаем признательность нашим секретарям Мэри Гилбертс, Соне Йохансен и Яну Дугласу за их терпение при разборе наших иероглифов и за их выносливость при таком огромном количестве работы.

И, наконец, хотим поблагодарить наших жён Джун и Анну за их терпение, несгибаемую поддержку, за еду... и за... Ну, мы поблагодарим их лично, дома.

Фрэнк Фаррелли

Джефф Брандсма

Институт Психического Здоровья
Мендота

Мэдисон, Висконсин

Глава 1. Начала провокативной терапии



Студенты, изучающие психотерапию, учатся множеством разных способов и с разной скоростью. Некоторые лучше и легче воспринимают предмет, читая книги по теоретическим системам психотерапии, и овладевают, по крайней мере, элементарной когнитивной основой, в которую они укладывают клинические феномены, а затем пытаются применить её в сеансах с клиентами или пациентами. Другие же подтверждают истину, что «для человеческого существа быстрее способ обучения — это подражание» и предпочитают наблюдать за работой более опытных терапевтов-практиков. Третьи отдают предпочтение аудиостимулам, то есть прослушиванию записей терапевтических бесед. Четвёртые предпочитают видеозаписи. Наконец, есть те, которые быстрее прогрессируют, обучаясь через делание, они ведут приём клиентов, а затем разбирают сложные случаи с квалифицированными консультантами и супервизорами.

Я (Ф. Ф.) овладевал терапией всеми этими способами, включая опыт быть клиентом самому, но самым эффективным для меня оказался метод непосредственной работы с клиентами. На протяжении многих лет, в тысячах сеансов на неопределимо разные темы, моими профессорами были пациенты. И то, что я рос и совершенствовался как терапевт — заслуга их уроков.

Так что эта глава будет хронологическим, глубоко личным описанием моего клинического опыта и уроков, которые я из него извлёк. Я должен подчеркнуть, что это не происходило в строгой и чёткой манере, неделя за неделей. Я намерен попытаться проследить накопление этого опыта на многочисленных клинических случаях, некоторые из которых могут быть опущены в данной «сage». Долгое время эти случаи были разрозненными кусками мозаики, разбитыми осколками странной формы, которые, казалось, не поддаются никакой интеграции.

Имена и характеристики пациентов изменены с целью сохранения конфиденциальности, но я сохранил имена студентов-помощников, наблюдателей и коллег, поскольку именно эти люди оказали большую помощь в формировании и прояснении моих мыслей в ходе практики.

Я с трудом могу запомнить названия пяти вещей, которые жена поручает мне захватить в магазине по пути домой, но я легко могу вспомнить

точные детали места, времени, ситуации, выражения лица, тональность и перемены голоса, а также дословные фразы, которые произносили клиенты во время бесед в ходе терапевтической практики, и которые я, как терапевт, считаю воплощением своих значимых уроков. Следует добавить, что освежить мою память помогли аудиозаписи, поскольку я записал около 90% своих сеансов за все эти годы.

Мой самый первый клиент

Я начал свою клиническую практику в 1959 году в детском центре школы социальной помощи в Лауреле при Католическом университете (Мэриленд). Нас было шесть или восемь студентов, посещавших школу трижды в неделю под руководством Кэйтлин Коул. Мне не терпелось приступить к работе и я был в предвкушении своего первого пациента. Когда мы немного вошли в курс дела, мой супервизор назначила мне пациента, и мы с ней побеседовали перед моей встречей с клиентом. Когда я поинтересовался, о чем же мне говорить с клиентом, она посоветовала «исследовать семейную констелляцию». Я нашёл небольшой бланк, и она написала на нем кое-какие вопросы, которые я мог бы задать. С волнением и страхом я начал первую в своей жизни беседу с суровым белым пятнадцатилетним парнем из трущоб Вашингтона. Я представился, мы сели, и я сказал, что хотел бы поговорить о его «семейной констелляции».

Клиент (К): (безлико) А-а, чево?

Терапевт (Т): (очень напряжённо, стараясь казаться спокойным)

Ну, это значит, я хотел бы поговорить о твоей семье.

К: (Кивая) Да-а, конечно, а чё сразу так и не сказал?

Т: (Украдкой поглядывая на карточку с вопросами) Ты как, ладишь со своим отцом?

К: (кратко) Норм.

Т: (Захваченный врасплох) Ну, а с матерью?

К: Супер.

Т: (Покрываясь испариной) Ну, как я понимаю, у тебя есть старшая сестра. С ней ты ладишь?

К: (Пожав плечами и уставившись в окно) Ну, мы дерёмся с ней, но она норм.

Т: («Профессионально» кивая) Понятно. (Пауза) А как ты относишься к младшему брату?

К: (резко) Хорошо.

Этот обмен репликами длился всего 30–60 секунд, и я запаниковал, так

как за это время успел выплюнуть все свои вопросы. Клиент, громко чавкая жевательной резинкой, уставился в окно, и остаток отведённого на беседу часа прошёл в гробовом молчании. В общем, этот сеанс для меня стал настоящей катастрофой, но я сделал вывод, что мне предстоит еще учиться и учиться тому, как разговаривать с клиентами, и выработать широкий репертуар своих реакций. Я для себя решил, что больше никогда не допущу сессии такого рода.

Случай Джоя

Другого парня приблизительно такого же возраста, как и мой первый клиент, звали Джой. Он был чернокожим, тоже из трущоб Вашингтона, не хотел посещать школу и по этой причине был прислан в наш центр. Я быстро выяснил в чем была проблема — он прибыл с дальнего сельского юга, и никогда не видел неоновой рекламы, множества машин на улицах и суеты большого города. Сначала он ходил в школу, но, оглушённый всем этим незнакомым и удивительным, чуть растерялся и получил ярлык прогульщика. Его родители и сами не могли взять в толк, зачем нужна эта суета со школой, поскольку не осилили и четвёртого класса, а Джой уже и так умел «читать, писать и умничать».

Джой как начал болтать на первой встрече, так и не прекращал. И опять. И снова. Я был ему так признателен; с комком в горле и со слезами на глазах я уже готов был обнять его, но это было бы «непрофессионально» (Боже милостивый! Послал же ты мне живого клиента!). С ним было очень весело работать, и мы встречались по три раза в неделю.

Очевидно, что Джою не нужна была никакая помощь, а вот мне еще как нужна была, и он помог мне тем, что стал «образцовым парнем в своём доме». Ему льстило, что я проявил к нему такой интерес, а мне льстило, что он помогает мне чувствовать, будто бы я кому-то помогаю, так что вскоре он изменил своё поведение (начал посещать школу, перестал тормозить, стал выполнять домашние задания) и был снят с учёта.

Благодаря ему я понял, что я могу кому-то помочь, что у меня есть совершенно реальные потребности, которые удовлетворяются в такой работе — и при этом не за счёт других, а также что были определённые типы клиентов, работа с которыми давалась мне куда легче, чем с другими.

Случай Рэйчел Штейн

На следующий год я работал в больнице св. Елизаветы в Вашингтоне (округ Колумбия). Свою тамошнюю пациентку я буду называть Рэйчел Штейн. Она прошла через все виды лечения, которые были доступны в этой хорошо оборудованной больнице для душевнобольных: электрошоковую терапию, терапию инсулиновой комой, оздоровительный отдых, танцевальную и арт-терапию, семейную терапию, планирование выписки и т. д. и т. п., а конечный результат этих усилий в целом был — пшик.

До нашей первой встречи я прочёл толстую историю болезни (пару килограмм машинописного текста). Очень скоро я пришел к заключению, что её передали мне, поскольку, как выразился один из студентов: «Они считают, что хуже мы этим пациентам уже не сделаем, а какую-то пользу может и причиним».

Я её несколько побаивался, поскольку прочитал в истории болезни, что она имеет плохую привычку время от времени срывать с себя всю одежду. Помню, мы проводили сессию за сессией, всю осень и зиму, и я постоянно боялся, что эта огромная, толстая чернокожая девица устроит мне бурлеск-шоу. Я всегда делал так, что она сидела у окна, а я ближе к двери, чтобы в любой момент можно было добежать до комнаты медсестёр, если она вдруг начнёт свой стриптиз.

После семи месяцев безрезультатных встреч по 2 раза в неделю, я должен был доложить о нашей работе на собрании коллектива. Все хвалили меня за чёткий доклад, сочувствовали отсутствию прогресса в работе, предлагали помощь, подбадривали в том, «как ужасно работать с душевнобольными», а также посоветовали начать подготовку её семьи к принятию «неутешительного прогноза», пока пациентку переводят в отделение для неизлечимых больных.

Мягко говоря, я был подавлен всем этим. Мой супервизор предостерегла меня, чтобы я не позволял «контрпереносу одолеть меня» и чтобы я начинал закругляться с этим «случаем». Двое из моих приятелей—студентов, которые выслушивали мои излияния по поводу Рэйчел, настоятельно посоветовали мне почитать «Клиент-центрированную терапию» Карла

Роджерса; они (Фрэнк Хьюз и Магнус Сенг) внимательно прочитали монографию, обсудили и уже получали великолепные результаты в работе со своими пациентами.

Они заявили, что с применением клиент–центрированной терапии их пациенты начали беседовать о более значимых вещах, проявляют явно большую социальность в отношениях с другими пациентами отделения, значительно улучшили выполнение своих обязанностей (по уборке в палатах и т. д.), и все эти улучшения также заметили многие сотрудники отделения. Факт — один из пациентов Фрэнка был избран на отделении «пациентом месяца» — титул среди пациентов, присуждаемый за самые высокие показатели выздоровления в течение месяца. Мэг и Фрэнк не отставали от меня, приговаривая: «Почитай Роджерса, почитай Роджерса». В конце концов, чтобы они отстали, я согласился прочитать пару глав из их «новой Библии».

Книга меня совершенно не впечатлила. Она показалась мне ужасно поверхностной, и настолько далёкой от евангелия Фрейда, которое мне преподавали во время учёбы, что казалось, там вообще нет никакой «глубины». Но затем я натолкнулся на дословные расшифровки некоторых сеансов, и вдруг меня осенило: «Вот оно все как *на самом деле*, эта нарушенная структура предложений, эти «угу», забавная грамматика, недопонимание и усилия к его преодолению, и все остальное». Неожиданно книга ожила, и, отправляясь на «последний сеанс» с Рэйчел, я заявил Фрэнку и Мэгу: «На этой сессии я буду самым Карлом Роджерсом».

Я решил предпринять все усилия, чтобы понять Рэйчел, исходя из её рамки восприятия, начать с того, как оно есть, и, оставаясь с ней, шаг за шагом достигнуть уровня «эмпатического понимания». Я начал сеанс и тотчас ощутил, что все сразу пошло иначе, а двумя часами позже, слегка пошатываясь после сеанса, я думал: «Какого черта!»

Это был совершенно новый способ смотреть на пациентов и клиентов и разговаривать с ними. Впервые за семь месяцев я взглянул на положение вещей её глазами, а не только глазами больничного персонала, её семьи и общества в целом. С её точки зрения в том, как она себя вела, был смысл. Это был весьма пугающий и одновременно воодушевляющий опыт — войти

в мир другого человека, в тот лимб, или «уголок Вселенной», в котором она обитала (как я после сказал Фрэнку и Мэгу), и увидеть людей, места, вещи, чувства, идеи, отношения с её точки зрения. Тогда её поведение обрело смысл, все сошлось и стало в высшей степени «рациональным».

Никогда мне не забыть возбуждения тех дней: многое, чему я учился ранее, я просто выбросил, многие семинары и лекции показались неэффективными или просто лишёнными смысла... Мы подолгу говорили с Фрэнком и Мэг, и благодаря нашим беседам я начал по-новому осмысливать и видеть в новом свете многие вещи, которым меня учили, и стараться применить их совершенно другим способом. Клиент-центрированная терапия отныне стала для меня новым направлением, интегрирующим все приобретённые в ходе учёбы знания, и новым способом взаимодействия с клиентами. Сеансы с Рэйчел из ужасных превратились в желанные. Я отчётливо помню, как после той сессии до 2 часов ночи не давал спать моей бедной жене Джун, вдохновлённо рассказывая, как это переворачивает весь мой опыт, и опомнился я только когда заметил, что она уже уснула. Я немного обиделся, но понял, что как бы она не старалась, она не сможет полностью разделить мой восторг от «нового открытия».

После шести сеансов в течение двух недель, больничная медсестра сообщила, что арт-терапевт Рэйчел (единственное лечение, которое у неё осталось) интересуется, «не происходит ли чего-нибудь нового с его подопечной», поскольку она стала рисовать совсем другие рисунки в ходе арт-терапии. Медсестра ответила, что точно не знает, но и на отделении пациента стала вести себя по-другому: больше обращает внимания на свою внешность (до того она кое-как наносила себе нелепый макияж), вызывалась чем-то помочь персоналу, её не приходилось вытаскивать из кровати по утрам, а она вставала со всеми остальными пациентами, сама посещала синагогу, и в целом стала менее замкнутой и более социальной. Короче говоря, все это было похоже на «воскрешение». Тогда медсестра позвонила мне, чтобы разузнать, не происходит ли чего-нибудь нового во время наших сеансов. Я с радостью рассказал ей о «новом мне и новой Рэйчел».

Сессия с Рэйчел Штейн была одним из самых значимых клиентских случаев в моей профессиональной практике. Анализируя его сейчас, спустя

почти 15 лет, я все еще задумываюсь, сделал ли я уже тогда соответствующие выводы из этого опыта, или же теперь я просто наделяю его этими смыслами, верно ли я их считываю, или искажаю в угоду задаче рассказа. Но заново размышляя об этом, я прихожу к выводу, что именно *так* все и происходило, что в *то* время это стало именно таким опытом, а уроки которые я из него извлек, до сих пор актуальны для меня.

Первым и невероятно впечатляющим осознанием было то, что опытные, хорошо подготовленные, умные и признанные «эксперты» могут ошибаться, а я — неопытный, недоученный и чуть сконфуженный студент — мог оказаться «правым». Я также понял, что повторное лечение и дополнительные процедуры с отдельными пациентами могут быть просто повторением тех же ошибок, а следовательно, будут неэффективными. И ещё я понял, что если пациент не идет на поправку, то причина не обязательно находится в нем (вроде «бессознательного сопротивления»), причиной запросто могут быть недостатки самого лечения.

Мне неожиданно открылось, что независимо от того, как долго и насколько тяжело болен пациент, он может вылечиться, и перемены будут разительными, видимыми и измеримыми — если будут в наличии подходящие условия. Я чувствовал себя вознаграждённым, щедро одаренным за свои эксперименты, и убедился в дальнейшей практике, что если пациент не реагирует на один метод лечения, нужно «вернуться к мольберту» и выбрать другой, более приемлемый способ, который запросто может дать лучший отклик.

Не могу сказать, намеренно или нет, но мой супервизор, ныне покойный Джон Паласиас, подкреплял мою идею о том, что ты мог быть прав, даже если у тебя пока не было «права быть правым» или эффективным. Он приводил в пример историю с аспиранткой, которая представила на консилиуме врачей случай пожилого хронического пациента, с которым она работала. Врачебный вердикт был таков — приостановить лечение, так как он никогда не поправится.

Студентка рассердилась и огорчилась, услышав такое решение, и в сле-

зах рассказала об этом больному. Он был так ошарашен тем, что кто-то беспокоится о нем, о котором никто не проронил и слезинки, что успокоил студентку и пообещал выйти из больницы и никогда не возвращаться. Он сбегал, нашёл работу и не вернулся в клинику.

В этих случаях с Рэйчел и старым хроником скрывалась какая-то странная логика. Студентка делала все «неправильно», но это оказалось эффективным, в моем же случае, когда я проник в «лимб» Рэйчел, она наоборот, стала возвращаться в реальный мир.

Сложно передать на бумаге чувство открытия и возбуждения, которые я тогда испытал. Я был окрылён «освобождением» и чувствовал дикое количество энергии. Я смог очень быстро защитить выпускную работу и другие учебные задания и чувствовал, что все встаёт на свои места. Богатство того опыта для меня лучше всего иллюстрируют строки из моего письма тех времён к Карлу Роджерсу: «У меня такое чувство, словно я бреду по колёно в алмазах».

Меня охватила настоящая жажда все большего клинического опыта, в особенности с пациентами больниц для душевнобольных. Если раньше я изо всех сил старался, чтобы меня не послали в больницу вроде той, где я провёл второй год своей работы, то теперь я заявил Фрэнку и Мэг, что мне нужно работать с «самыми чокнутыми психами».

Поэтому я добился места в больнице Мендота, город Мэдисон, штат Висконсин. У этого шага было множество причин: быть поближе к семье на Среднем Западе, работать с госпитализированными психиатрическими пациентами и быть в непосредственном контакте с Карлом Роджерсом и его группой по клиент-центрированной терапии, которая была частью большого исследовательского проекта в больнице Мендота.

Вхождение в эту среду и эту группу профессионалов стало для меня решающим по многим причинам. Очень полезными оказались, к примеру, собрания врачей с прослушиванием терапевтических сеансов. Такие собрания-сессии проводились каждую неделю с 1958 по 1960 годы. На них клиницисты представляли друг другу записи своих сессий. Эти прослушивания обострили мою чувствительность к разнообразию чувств пациентов, я узнал

множество способов реагировать на них в сессии (по крайней мере в клиент-центрированном подходе), но главное, я осознал важность постоянной обратной связи по своей работе.

Я убедился, что открытая демонстрация своей профессиональной работы — не только повод для критики и нападков в твою сторону, но и неиссякаемый источник профессионального развития.

Случай психа-симулянта

Вскоре после начала работы в больнице Мендота, я стал работать в мужском приёмном отделении, и виделся с пациентом, который уже неоднократно госпитализировался. Он получал пособие ветерана, так как сумел убедить совет по делам ветеранов, что каким-то образом пребывание в армии в течение 6 месяцев «лишило его рассудка». С тех пор он не работал, жизнь превратилась для него в сплошную череду больниц для душевнобольных, причём на его ветеранском счёте уже накопилось несколько тысяч долларов, которые он время от времени тратил на разные занятия, типа недельных запоев. Я начал применять с ним клиент-центрированную терапию, но мне становилось все труднее быть к нему искренне эмпатичным, пока он торжествовал «победу над системой».

В какой-то момент он написал несколько пугающе неприличных писем юной секретарше из администрации больницы. Когда я узнал, что их автором был он, я «выбросил терапию в окно» (тогда я так я для себя это обозначил), и в ярости заявил ему, что если он напишет хотя бы строчку в таком же духе, сам запру его в изоляторе и выброшу ключ. Он сердито выкрикнул: «Ты не можешь на меня возлагать ответственность, я — душевнобольной!». От такого ответа я опешил, поскольку никогда не видал, чтобы пациент так открыто прятался за тем, что для меня было очевидным оправданием его поведения.

Я понял, что своим «взрывом» я обошёл его внутренних цензоров и барьеры, и добился совершенно спонтанного выражения его основного убеждения, что под личиной душевнобольного он будет делать все что пожелает, и как ему захочется. Мне стало ясно, что передо мной «больной со справкой», якобы потерявший «чувство реальности», который очень точно понял основное, ключевое послание, которое мне внушали во время учёбы (да практически господствовавшее в практике): что люди с эмоциональными и психическими нарушениями «за себя не отвечают», а потому спроса за их поступки с них нет, они неуязвимы к социальным последствиям своего поведения.

Однако, решив пренебречь своими познаниями и рекомендациями

клинической литературы тех времён (которые во множестве встречаются и в современной литературе), я ответил: «Ха, это я-то не смогу возложить на тебя ответственность? А ты попробуй, дружище, и увидишь, куда это тебя приведёт». Я продолжал, сказав, что я был конкретно зол на него, и что мне без разницы, честно ли по его мнению возлагать на него ответственность, я буду это делать. И поскольку в те несколько месяцев до своей выписки он больше не написал таких писем никому из женского персонала, я пришел к выводу, что подобные «душевнобольные» вовсе не теряют «чувства реальности», а наоборот, в большинстве случаев они прекрасно знают, что делают, и, в каком-то смысле, они весьма продвинутые социальные аналитики.

В то время для меня это были не самые приятные выводы, и на какое-то время я задвинул их на дальнюю полку — подобное случалось у меня и с некоторыми другими клиническими случаями.

Новый взгляд на трагедию

В 1959 году я начал раз в неделю консультировать вне госпиталя, помимо практики в больнице. Одной из самых первых работ стал случай, который мне передали от другого сотрудника. Это был случай жены одного из наших пациентов. Врачи полагали, что больной страдал паранойей по поводу неверности жены, и передо мной стояла задача собрать информацию и выяснить истинное положение вещей. При передаче истории болезни мой коллега сказал: «Я подозреваю, что она ему неверна, но весь прошлый год в беседах она это отрицала». Я решил отправиться к ней домой как консультант. И в первый же день — это был понедельник — я проспал.

Джун разбудила меня, сказав, что совсем забыла завести будильник. В спешке я оделся, уже на пороге заглотил чашку кофе, впрыгнул в машину и быстро поехал в отдалённый сельский дом, где жила эта женщина. Помню, я очень волновался и все время думал: «Вот так-то! Теперь я консультант!», и пока я вёл машину, говорил себе что я должен провести полезную сессию самостоятельно, пользуясь только своими только зарождающимися профессиональными навыками, потому что никаких вспомогательных средств, как в кабинете, у меня не будет.

При разговоре женщина сидела в другом конце гостиной, напротив меня, на диване. Наклонившись вперёд и поставив локти на раздвинутые колени, я пытался убедительно донести до неё, что нам нужно было разобраться в этом вопросе: если она таким не занималась, тогда её муж — параноик; с другой стороны, если она ему изменяла, то мы держим её мужа в больнице под вымышленным предлогом.

Во время всего разговора она избегала смотреть мне в глаза, казалось, её отсутствующий взгляд был прикован к моему ничем не примечательному галстуку. К моему удивлению, она открыто во всем призналась и пустилась в долгие рассказы, с кем у неё были сексуальные отношения как до, так и после госпитализации мужа.

На обратном пути меня распирало чувство душевного подъёма, собственного мастерства и победы настоящего профессионала. Я злорадствовал над тем фактом, что мои коллеги безуспешно работали над этой темой

целый год, а я всего за одну беседу смог все выяснить. «Да, парень, мастерство решает», — думал я.

Моё ликование длилось ровно пока я не добрался до окружного суда. Войдя в туалет справить малую нужду, я обнаружил, что всю беседу с той женщиной у меня была расстёгнута ширинка. Будучи свекольного цвета от острого стыда, я просидел в туалете минут пять, полностью выбитый из колеи. По возвращении в больницу, я в точности рассказал о том, что случилось, сотрудникам отделения. Они оглушительно и долго хохотали над моим «новым подходом» к лечению и назвали его «терапией открытой ширинки». Друзья-психологи весело заключили, что этот случай доказывает истину: «Измени стимул и ты изменишь реакцию». Следует добавить, что пациент был выписан вскоре с рекомендацией амбулаторного лечения для обоих супругов.

Из этого досадного случая можно извлечь несколько уроков. Я осознал, что в нашем деле боль и трагедия соседствуют с самыми смешными вещами, которые я когда-либо слышал, а комическая и трагическая маски воплощают основные темы, характерные для клинической работы. Я научился смеяться над самим собой, над своими ошибками, не утаивать промахи в работе от коллег-клиницистов, которые меня часто поддерживали и сочувствовали, если я открыто рассказывал о своей профессиональной деятельности.

Эксперимент с конгруэнтностью, или случай Страшилы

В том же году (1959) я подговорил психолога отделения провести со мной один «эксперимент». Я сказал ему, что я знаю о пользе эмпатии, тёплого и бережного отношения к пациентам. Но недавно я прочёл вышедшую в 1957 году книгу Карла Роджерса «Необходимые и достаточные условия терапевтического изменения личности» и жаждал провести экспериментальную сессию с максимальным проявлением конгруэнтности и естественно-сти терапевта, и оценить результаты.

Моя идея состояла в том, чтобы взять пациента, с которым никто не хотел работать, делать записи каждой сессии (получасовой сеанс и полчаса разбора после), а во время беседы предъявлять ему все свои мысли, чувства и реакции по поводу него, не утаивая ни крупницы обратной связи. И нам предстояло быть конгруэнтными не только с пациентом, но и друг с другом. И если бы кто-то из нас сказал пациенту то, что другому не понравилось или создавало дискомфорт, он должен был бы «поднять руку», попросить пациента подождать, и разругать все прямо здесь и сейчас, со всеми участниками.

Едва я все настроил, в комнату вошёл один из пациентов и с порога спросил: «Все это будет записано?». У него был необычный, неподражаемый вид: он был без своей вставной челюсти, его рыжие волосы торчали во все стороны, как будто его током шарахнуло. Вдобавок у него были косые и маленькие пороссячьи глаза, нос картошкой, а говорил он, как Страшила из «Волшебника изумрудного города»²

Я вдруг впал в истерику, от смеха у меня заболели бока, я смеялся до слез. Психолог замер, отшатнулся от меня, потом нахмурился и выдавил из себя: «Фрэнк, так нельзя! Что ты творишь?» Между приступами смеха мне удалось произнести: «Не могу сдержаться, он необычайно смешной!»

2 В оригинале — Red Skelton Clem Cadiddlehopper, персонаж шоу американского комика Реда Скелтона Red Skelton Show

«Страшила» по очереди оглядел нас и констатировал: «Ничего, все в порядке, в этом-то и проблема. Я пытаюсь заставить людей смеяться, но иногда они смеются, когда я не хочу этого, а я обижаюсь, психую и попадаю в неприятности». Бинго! (Наши эксперименты продолжались еженедельно; пациенту стало значительно лучше, и через пару месяцев его выписали).

Одно мне было совершенно ясно: радикальная конгруэнтность, если её поддерживать постоянно, очень полезна для пациентов; я могу смеяться над пациентами не только без вреда, но и с пользой для них; смех по отношению к пациентам не обязательно «унижает их достоинство». И еще: в таких сеансах я чувствовал себя свободным. Я не дёргался «туда-сюда», мои собственные мысли и чувства не расходились с реакциями по отношению к пациенту.

Случай опасного психопата

В 1959 году мне довелось работать с больным, который был под уголовным надзором и считался опасным. От его семьи я получил полную картину его общественных отношений; ему было известно, что я встречался с его женой и матерью и буду представлять свои изыскания на встрече с диагностами на этой неделе. Он уже поговорил со своими психиатром и психологом, а теперь решил встретиться и со мной.

В выверенной, хорошо продуманной манере, он в течение 20 минут проникновенно рассказывал мне о том, что в больнице у него было время обо всем подумать, он понял, каких натворил дел, осознал, что ему вместе женой необходимо обратиться к семейному консультанту, и он хотел бы записаться к нему, когда выйдет из больницы. Признал, что ему нужно овладеть какими-нибудь профессиональными навыками, востребованными на рынке, и т. д., и т. п. Я молча сидел и слушал его разглагольствования, пока он не спросил: «Ну, мистер Фаррелли, что вы думаете о моем деле?».

И в этот момент внутренним взором я увидел фразу, словно написанную на школьной доске: «Поскольку я не собираюсь лечить этого пациента, я могу позволить себе быть с ним честным». Узрев сие, я заёрзал, и спросил, чтобы потянуть время: «Вы действительно хотите знать, что я думаю по этому поводу?» Пациент серьёзно и искренне кивнул и ответил: «Да, сэр, именно поэтому я и спрашиваю».

Я сделал глубокий вдох и сказал: «Видите ли, я думаю, что это самый мерзкий разводняк, в который меня пытались втянуть за всю мою практику». Наклонившись ко мне, он с яростью прошипел: «Я б щас послал тебя нахер, встал бы и вышел отсюда». На что я ответил: «Так почему бы вам не сделать это?». — «Потому что я хочу разобраться с тобой!» — и на глазах он стал превращаться в другого человека. Более получаса он бросал рваные предложения, перескакивая с темы на тему, демонстрировал примитивные выражения ярости, которые едва мог контролировать, постоянно менял тон, скорость речи и набор слов, демонстрировал страх «потери рассудка». Одним словом, налицо был очевидный контраст между первой и второй ча-

стью разговора, и именно на последней можно было безошибочно различить клеймо подлинности.

Я объяснил ему, что нам нужно переехать в другое здание больницы. По дороге в машине он спросил: «Меня привлекут или отпустят?» «Не знаю, — ответил я, — но вы будете первым, кто узнает решение диагностического совета». Он продолжил: «Если я выйду отсюда, могу я попасть к вам на терапию?». Я спросил: «Зачем?». Потирая сиденье, он мягко сказал: «В общем, я интересуюсь психологией». Я раздражённо переспросил: «Не гони, почему я?» Он помолчал, а затем смиренно изрёк: «Я постараюсь изложить вам своими словами...». «Валяй!» — сказал я. «Вы мне первый не стали гнать пургу!».

Благодаря использованию конфронтации, будучи «эмоционально честным» с этим пациентом я обнаружил, что мне в течение часа удалось построить с ним доверительные отношения лучше, чем с некоторыми пациентами удалось построить за многие месяцы работы.

Случай распутной девственницы

В 1960 году я вёл внутрибольничную терапевтическую группу, в которой было десять пациенток. Одна из них, которую я особенно запомнил, была молодая, лет двадцати, умственно отсталая девушка, находившаяся в пограничном состоянии. Она в основном говорила о том, как ей нравится в больнице Мендота, что она обожает ходить в кино, на танцы и в столовую, что ей нравятся боулинг, плавание, бейсбол, волейбол, игра в «подковки», баскетбол и теннис, и все хотела знать, когда уже здесь «можно будет ездить верхом».

Остальные женщины из группы хохотали над ней, а мне это надоело, и я обвинял её в том, что у неё «синдром загородного клуба». Ранее я уже наблюдал у больных с невысоким уровнем образования и не расположенных к «разговорной терапии» благоприятные результаты лечения нашими разнообразными методами терапевтических активностей. Однако, я замечал, что некоторым пациентам мы тем самым усиливали и укрепляли зависимость от нашего «радушия» в попытке как-то добавить им то, чего они были «лишены». В результате происходило то, что я назвал «синдромом загородного клуба». Я сказал ей, что в терапии она не ради игр и занятий, что здесь ей нужно выяснить, почему она оказалась в больнице, какие проблемы продолжают держать её здесь, как выйти отсюда и больше не возвращаться.

Она расплакалась и призналась, что огорчена из-за того, что «здешние парни называют её шлюхой, но она хорошая, и даже девственница». К тому моменту я уже был достаточно раздражён, и я снова «выбросил терапию в окно» и заявил ей: «Но ты разговариваешь, как шлюха, одеваешься, как шлюха и выглядишь, как шлюха. Ты сама говоришь, что рассказываешь похабные анекдоты в столовой, поэтому парни и думают: „Черт побери, если на людях она ведёт себя вот так, то чем же она занимается втайне?“. Это не то, какая ты на самом деле, малышка, это — образ, который ты создаёшь в их головах, и люди относятся к тебе в соответствии с этим субъективным образом».

Пациентка в слезах проговорила: «Но я вовсе не такая!». Другие женщины из группы сказали ей: «Джорджи, знаешь, Фрэнк прав! Мы-то знаем,

что ты не такая, но те парни из столовой не знают! Некоторые также указали, что она носила блузку на несколько размеров меньше (а поскольку груди у неё были как пара огромных дынь, эффект был такой, что глаз было не оторвать, а вот пуговицы у зрителей на некоторых местах отрывались), что она втискивается в слишком узкую юбку, еще и сантиметров на 15 короче, чем принято (это были годы, когда мини-юбки еще не вошли в моду), и в целом что «она ведёт себя как девушка определённого сорта».

К этому моменту она уже шмыгала носом, и спросила у женщин, что же ей делать, ведь «на самом деле она не такая». Они предложили помочь ей с одеждой, манерами, речью, что она с радостью приняла. Через неделю она носила нужного размера блузку (эффект все равно создавался сокрушительный, лишь чуть более сдержанный), волосы были красиво уложены, макияж был умеренным, а юбка по моде тех лет доходила до колен. Она больше не ходила, отчаянно виляя задницей, больше не рассказывала грязных анекдотов, и, в целом, вела себя, как привлекательная «юная леди», по выражению одной из женщин группы.

Благодаря огромной помощи группы, она стала выздоравливать, депрессия исчезла, кардинально изменилось поведение, сплетни вокруг неё утихли. Она стала заводить новых друзей, постепенно понимая разницу между сердечным дружелюбием и откровенным соблазнением, ощутила, что «за самоуважением пришло и уважение других». Её семья обрадовалась переменам, захотела забрать её домой, а недели через две она нашла работу поблизости от дома, и была выписана. Больше она в больницу не попадала.

Я парил в небесах. Джорджия совершила преобразование. Это было так очевидно, имело глубокий смысл и совсем не казалось таинственной «спонтанной ремиссией», а напротив, было чем-то видимым, измеримым и легко наблюдаемым. По крайней мере, десятки людей (персонал больницы, пациенты, мужчины и члены семьи) соглашались, что это была разительная перемена.

Из этого случая «распутной девственницы» я извлёк несколько основных уроков. Во-первых, стало ясно, что люди могут полностью и оконча-

тельно, устойчиво излечиться. Во-вторых, они могут сделать это за сравнительно короткий срок. В-третьих, тот порочный круг чувств, отношений и поступков, которые ухудшают состояние пациента, можно сменить на полезную цепную реакцию, состоящую из

- 1) изменения поведения
- 2) похвалы и позитивной обратной связи
- 3) изменения ощущений и отношений

Она приводит к дальнейшим переменам в поведении, а это, в свою очередь, приводит к еще большему одобрению и позитивной обратной связи от общественной системы социального вознаграждения.

Более того, я усвоил, что группа людей обладает силой менять человека. Раньше я считал, что групповая терапия — это поверхностная, хотя и экономически выгодная замена индивидуальной терапии. Опыт с данной группой изменил моё представление об этом. Стало очевидным, что если помочь пациентам «вслушаться» в то, что другие люди думают и чувствуют по отношению к ним, и показать, каким образом можно изменить негативные оценки со стороны окружающих, то они могут начать меняться, и довольно быстро.

И, наконец, я убедился, что люди относятся к тебе в соответствии с тем образом тебя, который есть у них внутри, а вовсе не «объективно», что бы это ни означало. Поэтому задача терапевта в том, чтобы познакомить пациента с этой обратной связью либо:

- (1) через сообщение от самого терапевта
- (2) обеспечивая возможность для пациента послушать, что спонтанно сообщают ему другие люди (и такая обратная связь, как один из наиболее мощных двигателей изменений, доступна ежечасно и ежедневно)
- (3) вынуждая пациента **действовать** в ответ на эту информацию

Переосмысливая контрперенос

В начале 1960-х годов настоящим пугалом в клинических кругах был девиз «остерегайтесь контрпереноса своих чувств на клиента». К тому времени произошло несколько случаев, радикально изменивших мои представления об этом и моё поведение в клинической работе в этом отношении.

Я вёл пациента, который нарушал все «писанные правила» и продолжал оправдывать свою невиновность тем, что он «душевнобольной». В точности помню ту ситуацию. Он стоял выше меня на ступеньках лестницы, а я делал ему очередное внушение о нарушении правил, и что все уже сыты по горло его выходками. И тут он выкрикнул: «Вы рассуждаете совсем как мой отец!» (В беседах он говорил, что именно отец «вызвал» его «ментальную болезнь»).

Терапевт (несколько смутившись): О боже! Я все испортил!

А затем выпалил, неожиданно для себя, почти что оглянувшись, чтобы посмотреть, кто это сказал: «Ну, тогда мы с твоим отцом прекрасно ладили бы, дружище».

И в клинической практике и в моей собственной жизни такие ситуации повторялись неоднократно — я иногда вдруг выпаливал совершенно противоположное тому, что думал и собирался сказать. После «случая на лестнице» стало постепенно проясняться, что эти спонтанные «выкрики» зачастую попадали в точку, и являлись более действенными, чем мои выверенные профессиональные сочинения.

Однажды, разговарившись за обедом с одним из наших социальных работников, я поведал ему о своих «скоропалительных высказываниях», о контрпереносе и нарастающем подозрении, что все эти штуки, если применять их к клиентам, оказываются самыми полезными. Помню, он заявил: «Я всегда стараюсь держать раздражение за пределами сессии». А я продолжил: «А знаешь, что я пробую? Я, наоборот, стараюсь его привносить. Кажется, это работает лучше, чем мои выученные профессиональные ответы».

Затем я рассказал ему, что иногда испытываю почти нестерпимое желание взяться за голову, снять её с плеч и дать ей полежать рядом на стуле, пока я использую все больше и больше своих чувств в «контрпереносе» на клиентов. Вместо того чтобы с трудом придумывать свои ответы, теперь у меня было в достатке различных поведенческих приёмов, целый пока нетронутый резервуар реакций и ответов, которые можно было бы использовать при работе с клиентами. Хотя я все еще сомневался по поводу проявления таких реакций по отношению к клиентам, тем не менее, они были неизменно полезны.

В разговорах с коллегами в то время я частично нашёл объяснение этому: казалось, что часто люди боятся и становятся подозрительными и параноидальными по отношению к другим только потому, что не имеют постоянной обратной связи о чувствах и реакциях других людей.

При общении с семьями пациентов они часто рассказывают, что они чувствуют по отношению к родственнику, находящемуся в больнице. Очень хорошо помню один случай, когда пришла жена и рыдая, со злостью на мужа, долго в красках излагала свои проблемы с ним и с их браком. Она боялась, как он поведёт себя, когда она впервые придёт к нему в отделение, очень сокрушалась, что он попал в больницу, и искренне скучала без него дома.

После того как я собрал семейную историю, она спросила: «Как вы думаете, что мне сказать ему при встрече?» Я показал на свои записи и посоветовал: «Почему бы вам не рассказать ему все это? Как вы скучаете о нем, сердитесь и раздражаетесь, сожалеете и чувствуете вину за то, что он в больнице, что не могли больше выносить его поведение и хотите его скорейшего возвращения домой и т.д.».

Женщина опешила, и меня вдруг осенило, что не зря наш пациент был подозрителен, боязлив и смущён. Да у него были все чертовы причины подозревать, раз он ощущал, что «за спиной у него что-то происходит»! Что тут еще скажешь? Так оно и было.

Когда я рассказал о «сеансе на лестнице» моим друзьям из исследовательского проекта, они отослали меня к монографии Стэндела и Корзини

«Критические инциденты в психотерапии». Читая книгу, я поражался, что все описанные случаи, словно эхо повторяли мои опыты. Раз за разом авторы также «выбрасывали терапию в окно», проявляли все давно подавляемые чувства по отношению к пациенту, и ему это шло на пользу. Единственным объяснением этому служило то, что такое проявление чувств не было никаким «контрпереносом», а было необходимой и своевременной обратной связью для пациента, с которой ему приходилось иметь дело.

Мне также посоветовали почитать исследования Вайтхорна о стилях А и Б взаимодействия с пациентами. Это также укрепило моё стремление показывать пациенту мою реакцию на его поведение. Я все сильнее убеждался, что мой опыт, хотя я был никому неизвестным и относительно неопытным социальным работником, имел под собой основания. И его уже можно было использовать как дополнительные «кусочки клинической мозаики».

Терапевт в роли садовника, акушера или...

В 1961-63 годах, когда я участвовал в проекте Роджерса при психиатрической клинике Мендота, мы устраивали как еженедельные административные совещания, так и клинические собрания. Сидя на одной из клинических встреч, я начал утверждаться в своей новой роли в отношениях с клиентами и пациентами.

Казалось, что в то время реальное значение для Карла имели только два образа, две роли терапевта — акушера и садовника. Помнится, он не раз повторял, что садовник всего лишь обеспечивает надлежащие условия для роста семян. И он считал, что так же должен действовать и терапевт, обеспечивая развитие своего пациента. (Ср.: «Необходимые и достаточные условия для терапевтического изменения личности», 1957). Акушер, вторая часто используемая им аналогия, тоже не создаёт человека, но лишь помогает в процессе его рождения.

Я постепенно разуверивался в методе «клиент-центрированной терапии», в том, чтобы ждать, когда пациент будет инициировать подавляющее большинство событий и действий. Хорошо помню собрание, на котором я наконец-то высказал все своё раздражение: «Я сыт по горло попытками быть садовником и акушером. Я не гожусь на эти роли. Единственное, чего я хочу, так это раскрыть раковину, в которой прячутся эти люди, добраться до сути, впрыснуть в них немного жизни! (говоря это, я с силой расцепил руки, выбросил вперёд кулак и внезапно раскрыл пальцы, показывая, как я «впрыскиваю немного жизни» в них). Элин Робертс хмыкнула и изрекла: «Фрэнк, ты такой фаллический!».

Очевидно, до меня стало доходить, что традиционная пассивная, принимающая роль терапевта — не для меня. Я был решительно неспособен только выслушивать пациента, игнорируя громкие и ясные сигналы своего нутра и ту информацию, что я получаю от его семьи, персонала и других пациентов. Помню, что иной раз говорил людям, что хочу «все от а до я». Я хотел вкладывать в сеансы не просто чувственно-эмоциональное понимание переживаний пациента, но и привнести картину того, как его воспри-

нимают другие люди, дать ему обратную связь, пускай её хоть сорока на хвосте принесла.

Пациенты могут меняться. Если захотят — и как захотят

В 1963 году я работал на женском отделении, и проводил последний сеанс с одной из пациенток, которую в тот день выписывали. Мы говорили о её ожиданиях от возвращения домой.

Она нервно сказала: «Домашние будут следить за каждым моим шагом». Чтобы поддержать её, я возразил: «Нет, не будут». Но вдруг меня словно озарило: «Да, вы правы, они будут следить за вами словно коршуны. Они будут думать, остались ли вы такой же после больницы, как до попадания туда.

Всю первую неделю они будут фиксировать час за часом ваше поведение во всех ролях — жены, домашней хозяйки, матери и кухарки, а ваш муж будет проверять вас как сексуальную партнершу и присматриваться к выражению ваших чувств и гнева. На второй неделе они будут «продолжать наблюдение», но, вероятно, отметят про себя, если вы не сорветесь и останетесь спокойной: «Она, по-видимому, контролирует себя, потому что мы наблюдаем за ней. На третьей неделе они наверняка скажут: „Это слишком хорошо, чтобы быть правдой, разве возможно, чтобы она так переменилась?“ На четвертой они скажут, когда вы не слышите: „Она точно изменилась, но надолго ли?“ А на пятой неделе они прямо нам заявят: „Ты поправилась, слава Богу!“ В течение шестой недели они совсем перестанут приглядываться, и если вы будете вести себя стабильно, с этого времени они будут обращаться с вами как со всеми. То есть, вы можете изменить негативное представление о себе у вашей семьи, просто действуя ровно наоборот, и улучшение вашей «репутации» займёт не больше времени, чем понадобилось на то, чтобы её испортить. И вести себя здраво потребует от вас не больших, а то и меньших усилий, чем вести себя, как псих.

Я уяснил, что часто формулировки самого пациента более точны, чем наши. Я также убедился (в дальнейшем эта пациентка воспользовалась всем моими предсказаниями, которые сбылись), что она кардинально изменилась. Её семья сочла это за «чудо». Из этого и некоторых других случаев я понял, что пациент может совершенно исцелиться, если выберет сделать это.

Я до сих пор вижу выражение лица пациентки, когда я объяснял ей поведение в семье: сначала страх, когда я согласился, что семейство будет «следить за ней, как коршуны», затем интерес и оживление, когда я предсказывал их поведение в случае, если она не сорвётся и будет продолжать выбирать адаптивное поведение. И снова этот «щелчок» в моей голове. В этом был смысл! Все что я сказал ей, было простым здравым смыслом, основанным на происходящем.

Не было необходимости искать истоки где-то в древнегреческой мифологии, чтобы предсказать ближайшее будущее для неё и её семейства. Можно было с легкостью понять, как люди «съезжают с катушек», а также понять и предсказать, что нужно сделать, чтобы им «стать нормальными». В том, через что проходили мои пациенты и их семьи, я видел закономерный процесс взаимного общения. Вместо того, чтобы делать это все громоздким «это–сложно–понять–и–вряд–ли–ты–это–поймёшь», проще оказывалось вывести ситуацию на практический уровень и объяснить пациентам все так, чтобы они поняли как это работает или может сработать в их жизни.

Сам собой напрашивался вывод: не нужно встречаться с людьми «пять дней в неделю в течение семи лет», что иные клиницисты считали необходимым для с пациентов с психическими нарушениями. Я был впечатлён тем, что это было невозможно, но оказалось, что «невозможное не обязано быть невозможным». Нам просто нужно найти лучшие, более короткие пути контакта и помощи таким людям.

Закат клиент-центрированного терапевта

С 1961 по 1963 год один раз в неделю я наблюдал молодую пациентку, которая 36 раз была госпитализирована в шести разных учреждениях округа и штата. В течение 25-30 сеансов я применял с ней клиент-центрированную терапию.

Примерно на 30-м сеансе больная неожиданно использовала технику «Отвечай!», чтобы сбить меня с моей отражающе-воспринимающей роли. Впоследствии я сам использовал этот метод в своих сеансах с другими клиентами. Когда они уклонялись от ответов на важные вопросы, я научился «идти ва-банк», говоря себе: «Иногда выигрываешь, иногда проигрываешь, иногда игру отменяют³», и фокусировался на важной теме до тех пор, пока они либо не сдавались, и не начинали открыто обсуждать острые вопросы, либо прекращали терапию. В этом состязании воли 99% клиентов предпочитали в итоге обсудить волнующие их заряженные темы.

П.: (Глядя на врача полужакрытыми глазами, говоря ровным голосом) Что вы на самом деле думаете обо мне? Я хочу знать.

Т: (Кивая) М-м, это важно для вас.

П.: (Ровно) Ответьте.

Т.: (После паузы, тепло) В вашем тоне проскальзывает раздражение.

П.: (Громко, спокойно) Отвечайте.

Т: (Кивая) М-м, что-то вроде «Ну давай же, черт подери!» Так?

К: (Тверже) Отвечайте.

Т: (Все еще продолжая) Вам действительно хочется узнать мнение постороннего человека о вас, такое ощущение?

К: (Ровно, как робот) Отвечайте

³ Идиома из мира бейсбола «some you win, some you loose, on some you get rained out», имеется в виду, что некоторые матчи отменяются из-за дождя

Т: (Хмыкая) Я полагаю, вы имеете в виду: «Я заставляю вас сказать мне», верно?

К.: (ровно) Отвечайте.

Т: (подумав: «Черт с ним, врежу-ка я тебе промеж глаз» и чуть раздраженно) Вы в самом деле хотите знать?

К: (С бледной улыбкой, тем же ровным голосом) Отвечайте.

После этого я в течение 10-15 минут выдал ей диссертацию, посвященную её особе, основу которой составляло то, что она — боль в заднице для всех и каждого. Я не выбирал слова и не пытался следить за теплой эмпатичной интонацией. Я был зол и позволил ей это понять. В конце моей тирады она улыбнулась и убежденно заявила: «Я так и думала».

Уроком из этой ситуации для меня стало то, что искренний гнев может быть полезен пациенту. Порой она думала, что она раздражает, злит и доводит всех людей (не только меня). Когда она потребовала и получила от меня открытое выражение моего восприятия и отношения к ней, это перевело терапевтические отношения на новый уровень доверия.

Спустя несколько месяцев я уехал в отпуск за пределы штата. По возвращении из первой же беседы с нею (к тому времени она была выписана и лечилась амбулаторно) я понял, что быстро скатывается в то поведение, из-за которого попала в больницу. Я «взорвался» и закричал: «Черт побери! Стоило мне уехать из города на пару недель и вот тебе, ты снова валяешься в этом дерьме! Ты ж нормально шла! Что за хрень снова в тебя вселилась?»

В ответ на эту трепку пациентка лишь улыбнулась и кивнула. Она сказала мне, что все лечившие её врачи, как только ей становилось лучше, сокращали число лечебных сеансов, объясняя, что не хотят чтобы она стала «чрезмерно зависимой» от них.

По-прежнему сердито я сказал ей совершенно чётко, что ей не нужно вновь включать такое поведение, чтобы продолжать встречаться со мной. Мы будем видеться с нею каждую неделю до тех пор, пока мне не исполнится 94, а ей 82 года, и мы будем вместе в доме престарелых, а я буду брюзжать на неё беззубым ртом.

Она хмыкнула и тут же обратилась в «новую, лучшую себя». Из этого я извлёк урок, что никогда нельзя опускать руки с клиентом, и нужно оставаться с ними до тех пор, пока они в этом нуждаются. Я также понял, что больные намеренно могут включать и выключать «сумасшедшее поведение» по своему желанию.

В последующие месяцы клиентка сделала множество заметных и давно назревавших успехов. Когда её поведенческие изменения стабилизировались, и цикл госпитализаций прервался, она сама решила, что наша терапия ей больше не нужна. В последней беседе я спросил, помнит ли она как я вёл себя на первой встрече, и как я переменялся после сеанса «Отвечайте», и поинтересовался, что из этого оказалось для неё более полезным. Она поколебалась, а потом ответила, посмотрев мне в глаза: «Скажу так: я к вам по 300 миль в неделю не для того проезжаю, чтобы побыть наедине с собой».

Барт Старр, который в начале 60-х годов был квотербэком⁴ в американском футболе, в команде Green Bay Packers, вспоминал, как однажды, после нескольких лет в НФЛ, будучи в игре в центре атаки, он вдруг почувствовал, словно пелена спала с глаз, и он явственно увидел защиту противника. Мне пришло в голову, что это описание точно передаёт мой собственный значимый профессиональный (и личный) опыт с пациентами и клиентами. Вот эта внезапность, как будто пелена спадает, как будто кто-то включает свет, и клинический феномен, который я так долго искал, вдруг явственно попадает в поле зрения.

Каждое новое открытие приводило меня в восторженный трепет, но иногда накатывало и отчаяние, желание сдаться, ощущение, что лишь немногие, кроме моих друзей-психологов (Фореста Орра, Чарли Труа, Элин Робертс, Юджина Джендлина, Джо Билледо и некоторых других) говорили «на моем языке», не говоря уже о том, чтобы понять, о чем же я, черт возьми, толкую.

4 Атакующая позиция в американском футболе

Иногда мне помогало замечание Торо: «Если человек не поспевает за своими спутниками, возможно, он слышит другого барабанщика. Пусть он шагает под музыку, которую слышит, в своём темпе». А иной раз оно казалось мне верхом поэтической глупости. Звучит красиво, но внутренним взором я часто представлял такую картину, будто я марширую вдоль одной дороги, в то время как весь мир идет по другой. От этого «моя музыка» превращалась в какофонию неуместных кислых нот, и я чувствовал себя бегущим за людьми с криками: «Эй, парни, подождите меня!»

Я чувствовал себя временами в изоляции, и это еще слабо сказано. Я не чувствовал себя покинутым, так как знал, что самостоятельно выбрал эту «дорогу». Но иногда мне казалось, что мне навязали её, что «на спине у меня обезьяна», как говорила, а точнее ругалась Джун. Меня будто что-то вело, я не был свободен, и это был просто ад!

Однако, обнаруживая каждый новый кусочек паззла, я испытывал одинаковые чувства. Я ощущал возбуждение, чувствовал себя живым до мурашек, невероятно «везучим» и удачливым. Вместе с тем у меня было сильное чувство, что я справедливо заслужил все это, я «знал, что недостающий кусочек паззла должен был быть там». Я делился своими «находками» с Джун и коллегами, демонстрируя последним на сеансах с пациентами, как эти «кусочки сходятся». Мы долго, очень долго, нереально долго все это обсуждали и спорили.

И снова шли в нашу «лабораторию», в кабинет, где я проверял свои предположения на как можно большем количестве пациентов, на группах, семьях и отдельных пациентах — пока я не достигал той точки, где становилось очевидным, что хотя этот кусочек был и правильным, и полезным с многими клиентами, его одного было мало. Он был необходимым, но недостаточным условием изменений.

Реакция коллег на мои «открытия» была неоднозначной. Одни вдохновляли и поддерживали меня, другие любопытствовали и недоумевали, третьи разделяли мои восторги. Некоторые же обоснованно возмущались моими догматическими и временами высокомерными заявками на овладение «истиной в последней инстанции».

Джек Теплински, молодой психиатр из группы Роджерса, однажды спросил меня раздраженным тоном, когда, черт возьми, у меня появится хоть чуточку профессиональной скромности. На что я возразил: «Я пока не могу себе этого позволить. Если бы мне было 60 лет, мои книги были бы переведены на энное количество языков, и я бы был удостоен таких же почестей, как Карл, тогда и я смог бы быть мягким, спокойным и обтекаемо научным». Он дружески заржал. Его насмешка «Когда тебе будет 60, Фрэнк, то мягким станет не только твоё отношение к людям» казалось, была не в тему. Но я понял, что получаю не меньше, а то и больше уроков от людей, которые не согласны со мной (поскольку они провоцируют и стимулируют мысль), чем от моих единомышленников. Во мне нарастало чувство, что я на правильном пути, что мне не кажется, а я действительно собираю крупицы настоящего опыта, что паззл медленно, но верно собирается и складывается в то, что сегодня мы называем «провокативной терапией»

Начало провокативной терапии

В июле 1963 года я продолжал участие в проекте Карла Роджерса по лечению хронических шизофреников при психиатрической больнице Мендота. На 91-м сеансе с пациентом, назовём его Билл, я «наткнулся» на что-то, что выкристаллизовалось из всего предыдущего опыта. Поскольку тогда я еще не интегрировал результаты своих открытий, и все еще был участником проекта, мне приходилось использовать клиент-центрированную терапию с этим пациентом. В сущности, я транслировал ему три основных установки:

- 1) ты стоящий и ценный
- 2) ты можешь измениться
- 3) вся твоя жизнь может стать другой

Он, в свою очередь, настойчиво возвращал мне три комплементарных ответа:

- 1) я никчёмный
- 2) я безнадежен и никогда не выйду отсюда
- 3) моя жизнь всегда будет сплошным психотическим эпизодом в клинике

Становилось все яснее, что эмпатического понимания, обратной связи, тёплой заботы и искренней конгруэнтности с этим пациентом было просто недостаточно, и это ни к чему нас не приведёт. Тогда я «сдался» и заявил ему: «Окей, я согласен. Ты безнадежен. Теперь давай попробуем вот так, еще 91 сеанс. С этого момента соглашаюсь с тобой и со всем, что ты думаешь о себе».

Почти немедленно (менее чем через минуту, а не через неделю или месяц) он начал протестовать и заявлять, что он не так уж плох и безнадежен. Легко наблюдаемые и измеримые характеристики его поведения в терапии

стали меняться. Его речь, например, заметно ускорилась, тон голоса из вялого, медленного и монотонно-сонного стал более нормальным, интонированным и эмоциональным. Его чрезмерный контроль ослаб, разговор стал более непосредственным, с заметным выражением юмора, смущения и раздражения. С очень смущённым видом он говорил о своём «регрессе» (любимое слово его лексикона), но чувствовал, что я ему очень помогаю. Я ото-звался: «Помогаю? Проклятье, я начал лечить тебя полтора года назад в закрытом отделении, потом тебя перевели в открытое, а потом выписали. И вот ты здесь, снова в дурдоме. Если б я и мог тебе помочь, если бы ты и мог вылечиться, то не двигался бы со скоростью черепахи, застрявшей в бетоне».

Он покраснел и заявил, что я не должен ожидать слишком многого: «Может, мне надо передохнуть здесь два или три года, прежде, чем я смогу выйти» Сердце у меня ушло в пятки, но я проигнорировал свой эмоциональный всплеск и невозмутимо заметил: «Да, теперь я тебя понял. По мере того как мы движемся к следующему 91-му сеансу, ты будешь все больше „регрессировать“, как ты выражаешься, до тех пор, пока я не начну кормить тебя детским питанием, как младенца».

Затем притворным тоном добавил: «Ну, давай, Билли, еще ложечку». Сначала он побагровел, а потом расхохотался. Я же продолжал: «Потом ты, вероятно, перестанешь контролировать свой кишечник и мочевой пузырь (он еще больше покраснел), и мне надо будет менять тебе пелёнки. Но ты такой жирный, что их придётся делать из простыней. И к концу нашего следующего 91-го сеанса, ты войдёшь в историю медицины». Больной озадаченно поинтересовался: «Что вы имеете ввиду?», а я ответил: «Черт побери, Билл, если ты будешь продолжать эту игру в „регресс“, ты будешь первым новорожденным в мире, у которого растут волосы на лобке».

Я устало продолжил, что он, вероятно, прав и что проведёт остаток дней в лечебнице. Через 6 сеансов он выписался. Когда он вернулся в больницу год спустя, я немедленно отправился к нему, с распростёртыми объятиями вошёл к нему в палату и громко закричал, что моё пророчество сбылось: «Называй меня Фрэнк Исая Фаррелли!» Через две недели он улетучился и больше не вернулся.

Именно после 91-го сеанса с Биллом я почувствовал, что кусочки клинического паззла стали сходиться. Я почувствовал реальную уверенность, что нахожусь на пороге открытия того, что и тогда и сейчас я считаю центральным принципом взаимодействия терапевта-клиента. (См. главу «Предположения и Гипотезы»). Я обрёл себя в терапевтических отношениях, и, получив доступ ко всем своим частям, был готов помогать пациентам.

Случай отвратительной домохозяйки

Вскоре после 91-го сеанса с Биллом я заинтересовался возможностью использовать такой подход при первой беседе с новым пациентом. Коллеги, с которыми я в то время советовался, предполагали, что с Биллом подход сработал, возможно, из-за того что у него возник «период спонтанной ремиссии» его психотической симптоматики, либо из-за того, что «латентные отношения наконец были проявлены». Меня такие объяснения не удовлетворили, и поэтому я решил выяснить, смогу ли я добиться таких же реакций с совершенно новым клиентом.

Как раз в это время меня попросили дать консультацию в отделе соцобеспечения нашего округа по случаю одной молодой замужней домохозяйки, убеждённой, что ей нужна госпитализация. Она не переставала твердить: «Меня нужно запереть в психушке, а ключ выбросить».

Персонал пребывал в недоумении, поскольку в она вполне нормально исполняла свои социальные роли жены, домохозяйки и матери. Этот случай показался мне великолепной возможностью испытать мой метод с амбулаторной пациенткой, и я согласился встретиться с ней. Тщательно убрав окурки из пепельницы с разделяющего нас стола, я беседовал с ней примерно час. Мне с трудом удавалось сохранять серьезное выражение лица, скрывать изумление, пытаюсь не заржать над собственными «лживыми заявлениями» и соглашаться со всеми её явно негативными оценками самой себя.

Я не мог отделаться от чувства, что я вёл себя с ней весьма оскорбительно и вызывающе, и в конце беседы спросил, не может ли она уделить мне пять минут своего времени, чтобы я мог выяснить, как, по её мнению, относился к ней я, и как воспринимала меня она.

Задал я этот вопрос потому, что хотя и считаю важным собственное восприятие себя как терапевта, а также то, как другие (эксперты, коллеги и т. д.) могли меня воспринимать, ключевым фактором, помогающим исцелению, является субъективное восприятие самого клиента, поскольку именно в ответ на это он будет действовать.

Именно поэтому я расспрашивал её, и её ответ мне никогда не забыть: «Вы — самый понимающий из всех людей, с кем мне приходилось встречаться. Только вы понимаете, насколько я ужасна». Я чётко помню свою реакцию. Я не мог поверить своим ушам, ведь хотя она всецело была убеждена в том, что я говорил, сам-то я не верил и одной десятой того, что ей наговорил за время беседы.

За годы работы, после случаев с «распутной девственницей», «сеанса на лестнице» и «опасного психопата» я старался проявлять к пациентам искренность участия и заботы, в том виде, который называл терапией «эмоциональной честности». Это часто помогало больным, хотя некоторые и говорили, что это «слишком хорошо, чтобы быть правдой», или «вас специально учили так обращаться с нами, Фрэнк», или же «вам платят за заботу о нас», или «вы ко всем так относитесь». Короче, временами это казалось им невероятным, хотя мои чувства к ним были искренними.

С этой же клиенткой, как и с Биллом, я подстроился к её «мрачному глумлению» по отношению к себе, и даже пошёл дальше. Я предположил, раз уж она «действительно знает что она такая «отвратительная», ей, возможно, трудно поверить словам мужа о любви и влечении к ней.

Частым результатом моего искреннего отношения к пациентам было неверие с их стороны, а результатом «лживого» — вера. Поистине, клиническая работа может быть сумасшедшим миром вверх тормашками, странной чудес Алисы.

Мягко говоря, я был заинтригован открывающимися возможностями моего нового подхода к помогающим практикам. Вечером дома я мерил комнату шагами и все время повторял Джун: «Теперь я знаю, что чувствовал Колумб, когда открыл Америку». С энтузиазмом сравнивая разные подходы к лечению клиентов и противопоставляя их, я обдумывал, как действовал раньше и как буду поступать теперь. Я чувствовал, что я что-то *открыл*. Победа была сладка, а награда превышала заплаченную цену: слезы, тошноту и рвоту, бессонницу, борьбу и фрустрацию от работы.

С тех пор я начал экспериментировать с групповой терапией, семьями и терапевтическими встречами на отделениях (когда доктора и пациенты

собираются вместе и участвуют в групповых процессах). У участников таких групп были самые разнообразные диагнозы (шизофренические реакции, психоневротические реакции и различные расстройства личности); здесь были госпитализированные и амбулаторные больные от дошкольников до престарелых. Наконец, спустя 4 месяца после 91-го сеанса с Биллом, я стал применять этот метод и в частной практике. Я представлял, что мои клиенты уходят, угрожая исками о непрофессиональном поведении, и бормочут сквозь зубы: «Какого черта я должен здесь торчать и выслушивать ваши оскорбления, когда я могу пойти домой и выслушать это от своей собственной супруги. И платить за это не придётся!». Предчувствия мои не сбылись, а причины этого будут рассмотрены в шестой главе.

С накоплением опыта применения моего нового метода мне стало ясно, что помимо моей личности, существенной частью подхода были также техники и присущие системе предположения, не связанные непосредственно со мной, как с её создателем. В литературе по психиатрии есть множество описаний ключевых терапевтических сеансов, в которых терапевты находили свои техники и теоретические системы.

Например, Фрейд «натолкнулся» на технику «чистки камина», когда он работал с истериками; Альберт Эллис рассказывает об одном сеансе, во время которого он открыл рационально-эмотивную психотерапию; Карл Роджерс (1961) в своих записках «Это я. Развитие профессионального мышления и личной философии» рассказывает о ключевом разговоре с матерью невылеченного пациента и, наконец, у меня был 91-й сеанс с Биллом. Это прекрасно выразил Бланшар в 1970 году:

«В учёном мире существует практика заявлять о новой теории, как будто она медленно и неизбежно возникала из аналитического накопления фактов. Учёного рисуют, как с трудом бредущего к своему методу, суммирующего разрозненные результаты экспериментов и близоруко их рассматривающего, пока он не наткнётся на порог теории. Фактически, гораздо чаще теория вдруг выплывает в представлении учёного, как дикая догадка или предположение, и он тратит большую часть своего времени на поиски подтверждающих её фактов».

Здесь нужно выделить две мысли:

1) Новые системы в психотерапии обычно не формулируются терапевтами в отрыве от опыта, приобретённого в постоянном погружении в психотерапевтический процесс. В резком противоречии с образом мифического учёного-бихевиориста, который сидит в своей высокой башне, и обрисовывает свои предположения о человеческом поведении, а затем дедуктивным методом выделяет, какое поведение является терапевтическим, я опытным путём пришел к выводу, что терапевтические системы развиваются индуктивно, посредством накопления непосредственного опыта, по мере того как терапевт пытается извлечь из него что-то осмысленное.

2) Даже терапевты, не являющиеся создателями психотерапевтической системы, могут и эффективно используют эту систему в своей практике с клиентами, хотя они и привносят в работу свой индивидуальный стиль.

Называем дитя

В моих попытках сформулировать, что же в провокативной терапии вызывало изменения в клиентах, большую помощь оказал мне Рэнди Паркер, в 1966 году работавший педагогом по социальной реабилитации. Он помог мне по крупицам собрать примеры из моей огромной библиотеки с записями сессий. Однажды он надоумил меня задуматься о названии для новой терапии: «Если ты дашь ей название, тогда она обретёт собственную жизнь. Это — твоё дитя, Фрэнк, а каждому ребёнку нужно имя».

Мы начали сходу придумывать разные названия, составили целый список таких названий, как «протестная терапия», терапия насмешки, «терапия провокацией», «провокативная терапия», «юморотерапия» и т. д. В конце концов мы стали дурачиться и пополнили список такими названиями, как «отвратительная терапия», «грехотерапия», «атакующая терапия» и другими. Но ни одно из них не устраивало нас, они казались недостаточно ёмкими.

Вскоре и Арн Людвиг предложил мне назвать мою систему. Я разочарованно сознался, что мы уже пытались, но безуспешно. На следующий день, когда мы с Рэнди работали, Арн пришел ко мне в комнату и возбужденно заявил, что нашёл название — «Провокативная терапия». Мы сказали, что уже думали об этом названии, но отвергли его. Я прибавил: «Мне оно не понравилось. Люди решат, что оно подразумевает *сексуальную* провокацию, и что мы только об этом и говорим». На это Арн возразил, «Черт возьми, но ты действительно много об этом говоришь, так что все подходит!». Хотя я и видел, что оно подходит, поскольку задача терапевта — спровоцировать у клиента определённые реакции, но всё-таки продолжал сопротивляться. Арн убедительно доказывал, что техники, цели и философию ни одной терапевтической системы нельзя выразить двумя–тремя словами названия. Когда и Рэнди согласился с Арном, я решил — пусть будет единогласно. *Провокативная терапия*. Дитя обрело имя.

Глава 2. Предположения и гипотезы

Однажды президент Кеннеди спросил своего советника по науке, почему учёные (которым полагается «все знать») весьма часто приходят к совершенно разным заключениям по одной и той же проблеме или явлению. Ответом было то, что изучая одно явление, они могут подходить к нему с разными наборами установок. Именно по этой причине журналисты и конгрессмены любое происшествие опишут в соответствии со своими пристрастиями и ценностями.

Этот пример с успехом объясняет, почему терапевты, имея дело, по большому счёту, с одинаковыми типами человеческого поведения, создают совершенно разные подходы. Это происходит вследствие того, что они обладают разным набором предположений о человеке, обществе, значениях слов и поведения. Харпер (1951) описал 36 таких терапевтических систем, каждая из которых имела хотя бы незначительную разницу в предположениях.

Так, различные терапевты «видят», учитывают и реагируют на клинические данные своих пациентов совершенно различными способами. Например, те терапевты, на которых большое впечатление производит хрупкость пациентов и клиентов, скорее обратятся к «евангелию постепенности». С другой стороны, терапевты, впечатлённые человеческой внутренней силой и мощью, будут стараться решать вопросы быстрее, и будут куда больше полагаться на мобилизацию и использование всех внутренних и внешних ресурсов клиента.

При окончательном анализе всегда получается неразбериха из конфликтующих друг с другом теорий касательно оценки человеческого поведения, психосоциального развития, мотивации и смысла жизни. Провокативный терапевт не отдаёт предпочтения ни одной из теорий в этих областях. Правда в том, что пока не существует (и вряд ли появится) обобщённая теория человеческого поведения.

Тем не менее, мы хорошо осознаем, что мы тоже делаем множество

предположений, которые нужно обозначить явно. Мы утверждаем, что любой человек при общении с другими волей-неволей делает неявные предположения о том, как взаимодействовать с ними, чтобы привести изменения в их замыслы, реакции и поведение. В работе с людьми мы не можем не делать предположений. Другой вопрос, насколько мы их осознаем.

В любом случае, мы сейчас в явном виде изложим свои предположения так, как понимаем их в настоящий момент. Мы полагаем, что эти предположения направляют понимание и организацию клинических данных, действия провокативного терапевта, отношение терапевта к пациенту и реакции, которые он стремится вызвать у клиента.

Люди меняются и растут в ответ на вызов

Есть много способов, которыми люди адаптируются, учатся и развиваются. Один из важных путей развития человека — это столкнуться с вызовом, с которым ему придется справиться, и которого он не сможет избежать.

А если к нему добавить еще и конструктивный гнев на самого себя, могут происходить очень быстрые изменения. В контекстах с высокими ожиданиями (даже неявными, или намеренно отрицаемыми провокативным терапевтом) конструктивный гнев на себя (или на изображаемый терапевтом «образ себя» клиента) является мощной мотивацией к переменам.

Основная задача терапевта — бросить такой вызов клиенту, который был бы ему по силам (а это вопрос клинического суждения), чтобы спровоцировать его на новые способы справляться с ним. Реакция «бей» и борьба с проблемами, несомненно, предпочтительнее реакции «беги» и избегания проблем. Одна из уникальных особенностей провокативной терапии — это твердость, с которой провокативный терапевт с самой первой встречи не желает мириться с избегающим поведением клиента.

Мы пытаемся спровоцировать у пациента особенный, специфический тип гнева на себя. Многие люди злятся на себя и совершают самоубийства, или попадают в менее угрожающие, но все же дисфункциональные, связанные с самонаказанием паттерны. Это не тот тип гнева на себя, которого мы добиваемся. Один из желательных типов гнева можно в целом охарактеризовать сильным и всеобъемлющим ощущением «С меня хватит!», или «Я больше так не могу!», или «Хватит, я сыт по горло своими действиями, я должен изменить свою жизнь».

Подобное раздражение на самого себя приводит пациента к желанию справиться, «взять себя в руки». На недавнем первом сеансе один умный студент колледжа заявил мне: «Вы изображаете мои мысли, и это так смешно! Я должен измениться, вот и все!» Мы полагаем, что это и есть та самая основная желаемая реакция, которую должен вызывать терапевт.

Создается чёткое впечатление, что многие терапевты стараются удерживать пациента в ровном, спокойном, собранном состоянии, разговаривая

успокаивающим, текучим голосом. Мы же в провокативной терапии, в некотором смысле, поступаем наоборот, то есть вторгаемся в их поле восприятия так, чтобы они не могли избежать присутствия терапевта и вынуждены были справляться с этим.

Один из коллег (Дик Россман) после присутствия на групповом сеансе провокативной терапии сказал мне: «Вы высказывали множество догадок о том, почему провокативная терапия эффективна. Знаете, после наблюдения за вашей работой у меня создается впечатление, что по крайней мере с некоторыми пациентами все куда проще. Это срабатывает, Фрэнк, потому что у вас чертовски громкий голос!».

Суммируя сказанное, наш опыт свидетельствует, что если пациенту дается сильный вызов, которого он не может избежать и вынужден отвечать на него, он будет переходить к позитивному психосоциальному поведению. Если вызов провоцирует раздражение на себя, которое приводит к решению исцелиться, то в терапии начинается действительно быстрый прогресс.

Клиенты смогут измениться, если выберут это

Мы полагаем, что если у клиентов не происходит изменений, то это потому, что пока они этого не пожелали, и что они могут измениться, если захотят этого. Каждый человек отвечает за свои чувства и поведение, и он по меньшей мере может изменить поведение (а за этим последует реорганизация восприятия и чувства), осуществив акт выбора или проявления «воли» — если захочет. В настоящее время в философии и психологии понятие воли не в моде, и мы тоже не намерены трактовать его нереалистично, избыточно и волюнтаристски.

Мы также не хотим сказать, что все подвластно «силе воли» (скажите это неграмотному жителю Аппалачей или подвергаемому насилию представителю меньшинств). Тем не менее в психотерапии идея воли является важной и полезной, поскольку на практике людям, чтобы измениться, необходимо взять ответственность за своё существование. Большинство наших клиентов могут измениться в значимой степени, если захотят.

Многие терапевты, будучи сторонниками психологического детерминизма, искали возможность избавить своих пациентов от чрезмерного чувства вины, ценой утверждения, что человек не свободен, что он — жертва. Что бы они ни хотели этим сказать, к сожалению, слишком часто подобное воспринимается как послание отчаяния: «Ничего не поделаешь», или «Если не осилил в прошлом, не сможешь ни сейчас, ни в будущем. Винить тебя не в чем, просто ты беспомощен».

Т: (Устало) Ну, хм... Что, по-твоему, отличает тебя от других людей? Тут уж не до такта, ты ведь знаешь, что ты другая.
Скажи, твои сестры шесть раз лежали в больнице?

К: (После паузы, тихо) Нет.

Т: (Быстро) А почему? А ты почему лежала?

К: (Задумчиво) Вообще-то мой брат лежал.

Т: (Настойчиво) Сколько раз он лежал?

К: (Спокойно) Не считала, но прилично.

Т: («Объясняющим тоном») Да ну? Ну может ты как братец, а

твои сестры больше друг на друга похожи... И вы с братом...
Ну знаешь, слабая половина семьи, а они — сильная.

К: (Соглашаясь): Ну, они к тому моменту уже подросли, когда
мама приболела (головой).

Т: («Поддерживая») Видишь, какие дела. Я так и знал! Надо
просто поискать...

К. (Продолжая) И я...

Т.: (Игнорируя её) Это твоя мать испортила тебе жизнь! У тебя
не было надежной материнской фигуры. Как ты можешь
быть такой фигурой для своих детей, понимаешь, о чем я?
Психологический детерминизм... Твои карты в колоде изна-
чально неправильно перетасовали.

К: (Подавленно) О-х-х...

Т: (Не слушая) Это твоя судьба, что «о-о-о» (имитируя её)?

К: (Чуть громче) Это... ужасно слышать.

Т: (Наклонившись к ней) Но разве ты не думала об этом?

К: (Протестуя) Ну, я думала...

Т: (Со значением) Ну и?

К: (Протестуя) Но я, я, согласитесь, что...

Т: (Перебивая) Я бы не сказал.

К: (С протестом) Я не так здорова, как вы, и у меня эти... болез-
ненные, нездоровые, удручающие, подавленные мысли...

Т: (С силой) Так!

К: (Жалобно) Но неужели вы не могли бы дать мне хоть какую-
то надежду, мистер Фаррелли?

Т: (Смеясь) Ты можешь подумать об этом, но я тебе об этом не
говорил. О чем еще поговорим?

К: (Озадаченно) Хм-м?

Т: (Быстро объясняя) Ты, это... Я говорю, разве ты об этом не ду-
мала? Ты говоришь: «Ну, да». Но ты не хочешь, чтобы я это
озвучивал. Так, получается?

К: (Менее жалобно) Не люблю, когда вы соглашаетесь со мной.

Т: (Перебивая) Ну-у-у...

К: (Закончив) Что нет надежды.

Помимо психотерапевтов немногие люди действительно думают, что человек не отвечает за то, что совершает, что это не он выбирает поведение, а просто пассивен. И даже эти самые терапевты, когда они находятся не на работе, в каждодневном общении с людьми не могут и не исходят из этого предположения. Человеческие существа организуются в самые разные группы, однако нет и, вероятно, не будет ни одного сообщества, которое может существовать и действовать, не полагаясь на выбор и ответственность своих членов.

Терапевты призваны уделять внимание соблюдению *прав* и нужд клиентов. Это хорошо и правильно, до тех пор, пока ограничено терапевтическим общением один на один с пациентом. Однако часто даже в этом случае внимание терапевта бывает односторонним, и дает клиенту искаженное представление о социальной реальности. Как только терапевт начинает семейную или групповую терапию, чего никогда не делал Фрейд (См. статью Броди от 1970 г. об ограниченных и уклончивых описаниях историй болезни Фрейдом), перед ним сразу встает проблема прав и нужд других людей.

Никогда не существовало группы людей, где бы права предоставлялись без каких-либо обязательств. Однако, подстрекаемые и поощряемые терапевтом, очень часто клиенты думают сначала о своих нуждах, а об обязательствах в последнюю очередь.

Напротив, провокативный терапевт сразу скажет: «Послушай, дубина, я знаю, это не в твоём стиле, но тебе никогда не говорили, что тебе придется считаться с нуждами других *во-первых*, *во-вторых* и *в-третьих*, а уж потом они станут считаться с твоими?».

Каковы бы ни были результаты извечных дебатов о проблеме детерминизма свободной воли, провокативные терапевты действуют исходя из того, что ответственность людей за свои поступки придает им достоинство

и надежду: «Ты можешь быть виновным, но можешь выбрать измениться, и твоя жизнь станет совершенно другой. Ты не беспомощный слепец, полностью зависимая жертва «БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО» (психологически изысканный термин 20-го века для слова «дьявол»).

Пока мы смеемся над наивной, ставшей классической комедией Флипа Вильсона «Дьявол заставил меня сделать это», терапевты мрачно кивают и соглашаются с пациентами, когда они заявляют: «Моё бессознательное заставило меня сделать это».

Несколько слов о вине, стыде и страхе. Страх — это переживание чувства «Я сделал что-то неправильное и теперь боюсь, что вы накажете меня». Стыд — «Я сделал плохое и боюсь вашего неодобрения». Вина — «Что я наделал, я об этом сожалею, я сейчас не такой, каким я хотел бы быть». По моему опыту большинство клиентов переживали страх и стыд, а не вину.

В сущности, все психологические защитные механизмы являются утверждениями, означающими: «Это не я. Это или МАТЬ, или ОТЕЦ, или ОБЩЕСТВО». Или же «я этого не делал!», либо иная версия отрицания в попытке спрятать лицо и избежать стыда. А ведь каждое отрицание — это тоже выбор. (Представляет интерес тот факт, что основная масса клинической литературы о взаимоотношениях мать-дитя написана теоретиками-мужчинами, и неудивительно, что это привело к тому, что зачастую именно матерей обвиняют в дисфункциональном поведении клиентов).

На практике это значит, что если клиент решил измениться, то терапевт рано или поздно и независимо от того, какой теории он придерживается, должен будет внушить клиенту: «Не тормози, жопу подними». Некоторые терапевты пытаются сделать это деликатно, но в конце концов все же вынуждены сказать: «Думаю, мы обсудили это вдоль и поперек, интерпретируя и переинтерпретируя твою бессознательную динамику. Настало время тебе самому использовать свои открытия». Перевод на человеческий: «Не тормози, жопу подними».

Даже последователи и ученики Б.Ф. Скиннера вынуждены полагаться на выбор и свободную волю, несмотря на противоположные заявления Скиннера («По ту сторону свободы и достоинства», 1971). Возьмем такой

пример. Если у пациента систематически не получается приходить на сеансы, и он оправдывается тем, что «мне помешали непредвиденные проблемы с мотивацией», ему придется выбрать: либо разобраться с мотивацией, либо прекратить терапию.

Если клиент не перестает твердить, что он «ничего не может поделать», мы его запираем в психиатрическую больницу или в тюрьму, либо же общество подвергает остракизму. Его не выпустят из тюрьмы и будут лечить как несостоятельного психа до тех пор, пока он не решит, что теперь уже может «что-нибудь поделать». Опять же, некоторые терапевты разводят обсуждения и на этот счет, но общество в целом работает так: «Не можешь платить аренду — выметайся!»

То, о чем мы говорили, можно легко изобразить в виде простой парадигмы:

1. Я НЕ ФУНКЦИОНИРУЮ
2. ПОТОМУ ЧТО
3. Я НЕ МОГУ
4. И НЕ ХОЧУ (НЕ БУДУ)

Клиент настаивает на своём «я не могу». Терапевт же твердо уверен, что клиент не хочет, но весело с ним соглашается и посылает «мрачные глумливые сообщения психологического детерминизма», пытаясь спровоцировать клиента признать, что он просто не желает этого делать.

Если клиент признает первый пункт, ему хочется объяснить своё поведение для себя, понять его, найти причину «почему» второго пункта, что неизбежно приведёт его к третьему. Задача терапевта — добиться, чтобы он признал «не хочу», чтобы затем он мог выбрать и отстоять свою свободу.

Никто не даст ему свободу, кроме него самого.

Признавая, что мы в значимой степени обусловлены нашей наследственностью (в конце концов, не окружающая среда определяет тип наших

гениталий); признавая, что существует широкое разнообразие определяющих поведение человека факторов — экономических, социальных, психологических и культурных; признавая, что мы рискуем показаться чересчур упрощающими — тем не менее, мы действуем из радикального предположения, что клиент сам отвечает за своё поведение.

Одно из самых трудных признаний для любого человека можно иллюстрировать примером «я сделал это маленьким топориком⁵». Признать ответственность за своё поведение и не взваливать её на других людей, «систему» в целом — трудная, но жизненно важная задача.

Многим покажется наивным и ужасно упрощённым предположение о том, что люди создают себе сложности, потому что сами захотели этого, но мы делаем такое допущение с целью изменить восприятие, отношение и, наконец, поведение пациента. «Истинно» это или нет, но клинический опыт подтверждает, что это — самое действенное предположение для принесения изменений в жизнь клиентов, дающее им возможность приблизиться к реализации своего потенциала.

⁵ Отсылка к истории про Джорджа Вашингтона, который срубил отцовскую вишню подаренным ему топориком

У клиента гораздо больше способностей к достижению адаптивной, продуктивной и социализированной жизни, нежели я, он и большинство клиницистов могут предположить

Процветающие в клинической практике мрачные и негативные прогностические установки в отношении недостатка способностей клиента, вероятно, являются скорее отражением субъективной реакции терапевта на беспомощность и безнадежность, чем объективными утверждениями касательно клиента.

Терапевты, как и большинство людей, не любят признавать свои неудачи, и испытывают соблазн использовать «алхимию», магически преобразуя свою фрустрацию и чувство неадекватности в научный факт о самом клиенте при помощи великих заклинаний «мне не удалось, значит, ты безнадежен» или «если я не помог тебе, не сможет никто».

Многие из нас, кто проработал какое-то время с людьми, могут припомнить какого-нибудь уважаемого, грамотного, хорошо образованного человека с большим опытом, который утверждал или подразумевал о каком-либо клиенте нечто подобное: «Этот человек не сможет измениться». А потом приходит какой-нибудь студент или новичок, который был не в курсе этого, и помогает клиенту добиться существенных улучшений.

Думается, этот феномен лучше всего объясняется так: прогностические утверждения становятся самосбывающимися пророчествами. В конце концов, кто захочет работать с клиентом с таким «неутешительным прогнозом», кроме тех, кто «не в курсе»?

Возможно, мы нуждаемся в толике профессиональной скромности, чтобы признавать, что даже если мы не способны помочь клиенту, это очень даже может сделать кто-то другой, даже новичок в нашем деле. Однажды я давал консультацию по трудному случаю в подростковом отделении. Пациентке было 17 лет, из них 10 лет она была госпитализирована и имела кучу других проблем.

Одна из санитарок воскликнула: «Ну, если Фрэнк Фаррелли не сможет её вылечить, значит, никто не вылечит».

Я возразил: «О, нет. *На это я не куплюсь*». Я поблагодарил её за дружескую поддержку, но сказал, что ни один терапевт не относится к категории непогрешимых целителей, исцеляющих всех и каждого. Научные исследования постепенно проясняют широкий спектр причин, почему так происходит.

Но раз уж «что одному пища, другому яд», то наш опыт показывает, что «один со страху помер, другой — ожил», и, учитывая интересы клиента, хорошо, что это так. Это придаёт надежду и побуждает молодых терапевтов протаптывать дорожки там, где «эксперты» пасуют.

Психологическая хрупкость пациентов чересчур преувеличивается как самими пациентами, так и другими людьми

Большинство пациентов разгуливают, облепленные наклейками «Хрупкое, обращаться с осторожностью!» К сожалению, слишком часто наши клиницисты верят этим ярлыкам и реагируют соответственно: «руками не трогать».

Нередко можно слышать: «она ещё не готова к такой интерпретации» или «было бы слишком травматично такое предлагать». Судя по лекциям и семинарам по развитию человека, многие из тех преподавателей, которые учат психотерапевтов, весьма впечатлены тем, *что с людьми не так*.

Частенько они настолько впечатлены психопатологией, что выражают своё отношение в такой форме: «Удивительно, как это еще люди вырастают наполовину здоровыми!» Такое обучение во многом определяет набор установок в отношении конкретного клиента, а также то, на что и каким образом терапевт будет реагировать: сила и здоровье клиента, или психопатология и социальные отклонения.

Провокативная терапевт, пародируя традиционный подход, намеренно чрезмерно фокусируется на том, что не так с пациентом, пытаясь спровоцировать признание пациентом того, что же в нем есть *хорошего и правильного*.

Стоит отбросить излишний оптимизм и заявить со всей беспристрастностью, что терапевты рассматривают пациента действующим на нижнем пределе своих способностей. (Например, Якобсон и др., 1965, отмечают, что 75% их клиентов находились в состоянии экстренного кризиса при первой встрече с ними).

Если терапевт будет ориентироваться только на эти данные (дисфункциональное, кризисное поведение), он, конечно же, получит сильно искажённую картину, и будет неверно оценивать сильные стороны клиентов и их способности. При этом, учитывая психологические и физические ограничения такого предложения, мы в целом должны относиться к клиентам более требовательно; в большинстве своём они будут вести себя так, как от

них ожидается, и отнюдь не являются хрупким дрезденским фарфором.

Деадаптивные, непродуктивные и антисоциальные настроения и поведение клиента могут в корне измениться независимо от сложности и давности его состояния

В клинической практике широко известно, что пациенты склонны удовлетворять ожиданиям персонала. Если персонал ожидает выздоровления пациента, последний стремится к исцелению, если ожидает, что ему будет хуже — станет хуже, если же персонал ожидает, что ничего с пациентом не изменится, так и происходит. Почему это так? Ответ найти нетрудно: персонал действует на основе своей системы убеждений и набора установок. Если они будут ожидать, что больной выздоровеет, они будут использовать подкрепление, принуждение, и так далее, чтобы с пациентом *таки что-то произошло*.

По нашему мнению, это отнюдь не пустые разговоры, а часто встречающийся клинический факт. Есть много описанных случаев такого типа, что доказывает правильность нашего предположения. Нет нужды говорить, что псевдонаучный и нерадивый ярлык «спонтанная ремиссия» не объясняет значительных изменений в поведении пациентов, считавшихся ранее «хроническими». А что удивительно, так это то, что такие случаи ещё не получили тщательного изучения.

Куда более усердно мы изучаем, каким образом люди ломаются или начинают себя вести социально неприемлемо, но вот «безнадёжные» клиенты, почему-то выздоровевшие (каких усилий терапевта это потребовало — ну, примерно как сквозь вечную мерзлоту прокопать проход чайной ложкой), не получают такого же глубокого изучения. Думается, что пациенты проходят определённый измеримый процесс, заметным этапом которого, в конечном счёте, является выбор пациентом пути на исцеление.

Для формирования ценностей, установок и поведения клиента опыт взрослой жизни ничуть не менее важен, чем опыт детства

Е. Е. Ле Мастерс, бывший декан школы социальной работы при университете Висконсина, в своей работе «Личностное общение» (1966) отмечал, что в противовес преобладающей в сельской местности ещё несколько поколений назад идеи семейственности, современные родители являются для своих детей скорее опекунами, чем наставниками и воспитателями личности ребёнка.

Сверстники, СМИ, разношёрстная система ценностей и наград нашего общества, система поощрения и собственные выборы — вот что формирует личность взрослого человека не менее, чем влияние мамы и папы. Далее Ле Мастерс (1970) пишет:

«Социальное окружение сравнивалось по своей значимости с влиянием родителей. Одно дело предположить (или заключить), что личность есть совокупный итог общественных отношений и влияния культурной среды, но совсем другое дело предположить, что социальный мир ребёнка — результат лишь взаимоотношений с родителями. Верно, что в раннем возрасте знакомство и взаимодействие с окружающим миром происходит через семью, но, как отмечал Клиnard, существуют силы, такие, как юношеские группы сверстников, братья и сестры, средства массовой информации. Родительское влияние даже не является синонимом семейному влиянию, не говоря уже о социальном окружении.

В итоге такой подход приводит к тому, что всю ответственность за формирование личности их ребёнка взваливают на отца и мать».

Возможно, поведенческие психологи неумышленно заставляли родителей чувствовать свою вину, что позволяло клиентам вести себя еще более безответственно.

Кинси (1948) также отмечал переоцененность раннего опыта, как определяющего для взрослого поведения:

«Познание и обуславливание, конечно, знакомые нам части повседневного опыта человеческого существа. Но в равной степени первый опыт, самые яркие впечатления и самые последние впечатления, могут оказать наибольшее влияние на последующее поведение человека. Фрейд, психиатры и психологи в целом верно подчеркивали важность раннего опыта человека, но не следует забывать, что человек познает и формируется в новых ситуациях в течение всей своей жизни. Неправильно умалять важность всего этого опыта, помимо детского, для развития взрослых паттернов поведения».

Нас часто поражают абсолютно нереалистичные ожидания терапевтов, которые они накладывают на родителей, особенно на матерей. Мы сделаем несколько замечаний касательно этого, дабы восстановить баланс родительской ответственности. Подумайте: если бы учёным, как учёным, пришлось бы растить детей, они бы это не осилили. Существует умопомрачительное количество переменных, которые нельзя контролировать и предвидеть.

Путаница случается даже в общении между здоровыми взрослыми людьми. Тогда представьте, насколько чаще это будет происходить между родителями и детьми, у которых совершенно различный жизненный опыт, разные потребности и коммуникационные навыки? Их наборы ожиданий не просто различны, они зачастую вообще несравнимы. Государственные деятели, ученые, да и вообще люди в целом, склонны делать общие выводы по неполным данным (возможно, это основной человеческий недостаток или ограничение). Дети же, вдобавок к тому, что им приходится делать выводы на основе малого опыта, склонны, как и взрослые, делать ничем не подкрепленные и слишком общие выводы. Естественным образом они начинают вести себя в соответствии с тремя типами таких выводов:

- 1) Выводы, основанные на неподходящих примерах
- 2) Не имеющие реальных оснований выводы, сделанные исходя из искаженного восприятия этих примеров

- 3) Сверхобобщения на основе как неподходящих примеров, так и искаженного восприятия. Пример: «Мама не дала мне бутерброд, она больше не любит меня. Я, наверное, никчемная»

Даже профессиональные посредники и переговорщики оказываются бессильными, если у них нет общего языка, соответствующего опыта и ожиданий, и большого количества способов решать проблемы в общении. А мы в таких сложных обстоятельствах привлекаем родителей взяться за невероятно трудную задачу. Подавляющее большинство родителей имеют прекрасные намерения и хотят своим детям только добра. Даже не принимая во внимание негативное влияние стресса или враждебного окружения, самой правдивой оценкой будет сказать, что ребенок и родитель оказываются практически в патовой ситуации.

Некоторые авторы пишут о «нездоровых» родительских посланиях. Мы считаем, что родители посылают миллионы сигналов своим детям. Эти сигналы в *большинстве* определяются поведением детей. В то же время ребенок избирательно воспринимает и реагирует на некоторые послания, а уже во взрослом возрасте он продолжает реагировать на те послания, которые сам выбрал.

Мой ирландский папаша, говоря о своих двенадцати детях, так выразил ту амбивалентность, которую проживают многие родители: «Я б никого из них не продал и за миллион, но еще за одного я и гроша ломаного не дам». Ребенком я не осознавал равной важности обеих частей этой народной мудрости. Когда я сам стал отцом, я уже смог осознать всю мудрость этого изречения, понять жизненный опыт, на который он опирался.

Рассуждая о матерях, мы шутим лишь наполовину, когда говорим, что от них разумно было бы ожидать только зачатия, вынашивания и рождения ребёнка, присмотра за вскармливанием и совершением туалета, обучения его правильно пользоваться столовыми приборами в соответствии с родной культурной средой, обучения его толково говорить с людьми, чтобы удовлетворять свои разумные нужды, и присмотра за тем, как срастаются сломанные кости. Если бы ребенок был эскимосом, мать должна была бы втолковать ему еще один важный жизненный урок: «Не ешь желтый снег».

Подводя итог, мы указываем на факты о том, что взрослые люди обладают большими способностями обрабатывать информацию, больше жизненного опыта, от которого можно отталкиваться, и потенциалом для менее эгоцентрического отношения к миру. Если терапевту удастся добиться, чтобы клиент использовал все концептуальные, отношенческие и эмоциональные умения, которыми обладает взрослый человек, то появляется значительный потенциал позитивных изменений.

Поведение клиента с терапевтом — относительно точное отражение его привычных паттернов общественных и межличностных отношений

Это устоявшийся принцип микрокосма групповой терапии, и он оказывает значимый вклад в результативность этого метода. Провокативный терапевт помогает созданию социального микрокосма несколькими способами:

- 1) Часто предъявляя клиенту, как его оценивают «значимые другие»
- 2) Разыгрывая ситуации, в которых юмористически показываются негативные социальные последствия отношения и поведения клиента
- 3) Используя послания, свойственные матрице социальных взаимоотношений клиента и предназначенные для влияния на его поведение

(Да плевать, что ты там о себе думаешь, шизик. Важнее каков твой образ в головах и сердцах других. У меня тут есть полное ведро обратной связи для тебя, но на твоём месте, я бы старался избежать этого, потому что если бы ты узнал, что люди *действительно* думают и чувствуют по отношению к тебе, ты бы впал в такую депрессию, из которой никогда б не вылез).

В ответ на эти сильные стимулы клиент вскоре начинает вырабатывать свою иерархию защитных манёвров, а также проявляет поведенческие реакции, которые он использует в повседневной жизни. И в своих ранних опытах, и в текущих эмоционально важных взаимоотношениях он демонстрирует свою «лучшую технику» (т.е. привычную, но часто неадаптивную), которой он справляется с проявлениями тревоги в межличностной коммуникации. На консультации их социальная дисфункция становится очевидной, и терапевт может выбирать, на какой из защитных стратегий клиента сфокусироваться.

Клиенты приносят на сессию свои стереотипные паттерны или «рутины», но после существенного контрбусловливания, они могут обобщить свои новые эмоциональные навыки и копинг-стратегии и на другие ситуа-

ции. Один из коллег однажды выразился так: «Если она научится справляться с тобой, то уж с мужем и семьей точно поладит!»

Мы прикладываем усилия не к тому, чтобы «загримировать» эмоциональную ущербность клиента, наша цель — приучить их «к земле», научить разбираться с превратностями жизни и помочь им выработать более адаптивные способы налаживать социальные отношения.

Люди разумны. Человек — существо чрезвычайно логичное и доступное для понимания

Все, что люди, с которыми я общался, говорили о себе, имело для меня смысл; то, что они пытались донести, резонировало во мне и вызывало образные и эмоциональные отклики из моего собственного опыта. Это справедливо и для людей на вечеринке, и для психотиков. Их всех можно было понять. Гарри Стэк Салливан предполагает, что все мы в большей степени — люди, нежели что-либо еще; мы полагаем, что у нас куда больше объединяющих нас сходств, чем различий, разделяющих нас. Сравнительно легко понять другое существо, если оно выкладывает все кусочки своего паззла.

Мой многолетний опыт говорит, что если человек преувеличивает трудности понимания других людей, у него на это есть несколько причин:

1) Он получает что-то ценное от того, что его не до конца понимают (если он контролирует приём информации, он контролирует и поведенческие результаты)

2) У него есть политические, экономические или профессиональные причины подчёркивать трудности понимания других

Люди (даже с серьёзными нарушениями психики) вовсе не уникально загадочны, они не пришельцы с другой планеты. Если же мы так считаем, то это потому, что у нас просто нет достаточного количества данных, чтобы их понять. Так, в провокативной терапии клиентов иной раз крепко «прожаривают», подвергая допросу с пристрастием, чтобы получить информацию, необходимую, чтобы понять их.

Выражение терапевтической ненависти и радостного садизма по отношению к клиенту заметно идёт ему на пользу

Ещё задолго до первых сеансов провокативной терапии стало ясно — одна из очевидных причин того, что «душевнобольные» чувствуют себя нелюбимыми и отверженными, состоит в том, что зачастую они отвержены и нелюбимы. Также было понятно, что если они ощущают ненависть к себе от себя и от других, то это отчасти потому, что многие их действия можно ненавидеть. А ещё стало понятно, что демонстрация терапевтом искреннего отвержения намного полезнее клиенту, чем показное и вынужденное принятие. Но прежде чем мы разберём это подробнее, примите во внимание следующие примеры, которые, по нашему мнению, дадут какие-то вводные смыслы.

Пример 1

Август Эйчхорн (1935) пишет о том, как он нанял одного талантливого юного терапевта, у которого вскоре после трудоустройства произошёл резкий спад в эффективности. Когда его попросили объяснить, он признался, что пытался подражать «толстенькому дедушке Эйчхорну», окутывавшему любовью своих «внуков». Тогда Эйчхорн спросил, как же молодой врач разрешал эти проблемы на предыдущем месте. Он заявил, что «давал им хорошенько по башке». Тогда Эйчхорн, осознавая его приверженность помощи своим пациентам, просто дал ему разрешение вести себя конгруэнтно тому, как он поступал раньше.

Пример 2

В хроническом отделении группа пациентов занимается физзарядкой. У одного из больных сваливаются штаны до самых щиколоток (открывая миру его казённые трусы). Эйд (громко): «Эй, давай-ка наденем штаны, угу? (После паузы) Давай уже!» Пациент не обращает внимания, глядя вдаль. Другой пациент оборачивается, тыльной стороной ладони бьёт по плечу своего собрата (грубо восклицая): «Черт тебя дери, подтяни свои штанцы!» «Неконтактный» больной шустро надевает и застёгивает штаны.

Пример 3

Дело происходит в конце ужина. Отец торопится поехать за матерью. Дочери четыре года, и она неожиданно решила устроить ещё одну битву характеров:

Отец (нежно): Давай, милая, допей молоко.

Дочь (с чувством): Нет!

Отец: Ну, давай, дорогая!

Дочь (с насмешкой): Нет!

Отец (уговаривая): Послушай, золотце, молоко полезно для тебя. Ты должна его выпить.

Дочь: Нет, я его не хочу.

Отец (более интенсивно): Я хочу, чтобы ты выпила молоко.

(Пытается увещевать): Как же ты вырастешь большой и здоровой, как твоя мама?

Дочь: Не хочу быть, как мама.

Отец (сжав зубы, с напором): Лучше пей это чертово молоко!

Дочь (непреклонно): Нет!

Отец (ровно): Я посчитаю до трёх и, если ты не начнёшь пить, отшлёпаю тебя.

Дочь: Нет!

Отец (уговаривая себя): Не обращай внимания... Надо действовать... так не пойдёт... Нет, черт со всем этим. Даже если придётся сидеть тут до утра, этот ребёнок выпьет своё молоко!

Но ведь можно непоправимо и неисправимо травмировать маленьких детей и сломать их личность, заставляя делать их что-то насильно. (Затем громко, стараясь перекричать её плач и шлёпая её по руке.) Когда тебе исполнится 21 год, разберёшься с этим с психотерапевтом.

– Один, два, три!

– Нет! (шлепок)

– Один, два, три!

– Нет! (шлепок).

Отец (обращаясь к себе): Думал стать хорошим отцом... Твой отец наделал много ошибок, а сейчас ты их повторяешь!

После семи наказаний он уже называет себя тварью, садистом, давящим и принуждающим своего ребёнка, не принимающий его независимо и восприятия мира и т.д. Дочь продолжает плакать, отец вытирает ей слезы, считает и предлагает ей выпить. В конце концов, давась и всхлипывая, она выпивает молоко. По дороге дочь хнычет на заднем сидении машины: «Папочка, если я буду пить молоко, ты не будешь меня шлепать?» Отец останавливает машину, поворачивается к дочери и сжимает её в объятиях: «Наконец-то ты поняла, солнце!»

Пример 4

Восемнадцатилетний неграмотный юнец постоянно на всех нападал, тыкал людей карандашами, бросил однажды телевизор в беременную женщину. На первом сеансе провокативной терапии:

Пациент: «Я забью тебе твои зубы в глотку!»

Терапевт (пристально глядя на пациента): Да? И что, ты думаешь, я буду делать, пока ты будешь «забивать мне зубы в глотку»?

Пациент (надувшись): Укусишь меня за ногу.

Терапевт (кивая и улыбаясь): Врубился, сучонок!

Пример 5

Ивар Ловасс решил применить принципы обучения к аутичному ребёнку, которого семь из его одиннадцати лет привязывали к кровати, чтобы он не кусал себя и не разбил себе башку.

Вооружившись электрошокером (так называемый «фарадический стимулятор»), который не поражает ткани, но очень болезненно бьется, он развязал ребёнка. Тот осмотрелся и тут же начал грызть сам себя. «Нет, Билли!» — сказал Ловасс и ткнул его. Мальчик недоуменно замер. Снова начал грызть и тут же получил еще. Через минуту-другую таких последовательностей «кусаю-бью током» подобное поведение ребёнка прекратилось

(по крайней мере, в присутствии Ловасса, теперь можно было уже обобщать это поведение)

Пример 6

Долгое время девятилетний ребёнок справлял большую нужду на ковер в гостиной, когда сердился на родителей. Его показывали врачам детской больницы, частным терапевтам и школьным консультантам. Он мля глину и делал кукол на занятиях игротерапией — все без толку. Друг его матери посоветовал в ответ вымазать ребёнку нос его же дерьмом. В следующий раз, который не заставил себя долго ждать, отчаявшаяся мать так и сделала. С измазанным говном лицом он аж задохнулся изумления (Это было не по сценарию! Что это за новый вид лечения?) С тех пор ковер в гостиной оставался чистым.

Пример 7

За терапией обратилась большая семья. Дом представлял собой полный хаос, а хорошо воспитанная мать испытывала гнев, вину и уже была на грани нервного срыва. Её спросили, как она на конкретном примере представляет помощь детей по дому. Она решила, что ей было бы значительно легче, если бы дети разбирали свои постиранные вещи.

Терапевт: Я научу вас, как практиковать радостный садизм.

Мать: Это еще что?

Терапевт: Как причинять боль другим, и полюбить это делать.

В присутствии всех детей, юмористически и убедительно терапевт внушал матери не давать им еды до тех пор, пока одежда не будет убрана: «Кто не работает — тот не ест!» Потребовалось всего пять раз отказать десяти детям в еде в течение двух дней, чтобы каждый из них стал прекрасно сотрудничать.

Подводя итог можно сказать, что зачастую в клинической практике, как и в жизни, можно провести различие между коротким словом «жестокость» (cruelty) и длинным «доброта» (kindness), с одной стороны, и напротив, коротким словом «доброта» (kindness) и длинным — «причинение

вреда» (detriment), с другой.

В воспитании детей существует очень распространённый миф (с периодом полураспада его истинности примерно к 10 годам) о том, что наказание, отрицательное подкрепление и раздражение по отношению к воспитаннику неизбежно приводят к негативному эффекту.

И тем не менее, социализация детей в любой культуре неизбежно осуществляется любовью, нежностью, а также мощным противостоянием, насилием, наказанием, лишением пищи, принудительной изоляцией и другими методами «воспитания послушной собаки». (Ср. Азрин и Хольц, 1966; Аронфрид, 1971; Джонстон, 1972):

На наш взгляд (Ср. Людвиг и Фаррелли, 1967) наказание будет применяться всегда; вопрос в том, будет ли оно эффективным и открытым, или неэффективным и виноватым. В любом случае, на жизненном пути всегда встречаются садисты, включая профессии, связанные с лечением душевных болезней. Следует разграничивать, однако, садизм и удовольствие от проявления долго подавляемого, справедливого гнева по отношению к клиенту и радость от его последующего движения к просоциальному поведению. Если недостаточно одной любви, недостаточно и одного наказания; а вот вместе они могут быть эффективны для изменения поведения.

Наиболее важные сообщения между людьми — невербальные

Есть народная мудрость «Важно не *что* сказать, а *как* сказать». Групповые терапевты, заинтересованные в определении настоящих ощущений и реальных чувств клиента, наблюдают за языком тела клиента. Уже давно опытные терапевты пользуются наблюдением за выражением лица, интонациями и движением голоса, скоростью и паузами в речи, контакте глазами, жестами рук, притопыванием ногами и т.д. для расшифровки коммуникации и углубления понимания.

Однако, важен не только невербальный язык клиента. В контекстах парадоксальной, а иногда и грубой коммуникации терапевт должен полагаться и на собственные невербальные сообщения, и широко использовать их для придания значения своим словам. Мы часто говорим студентам, что существенный ингредиент провокативной терапии — это научиться смеяться одними глазами, и практиковаться в шутливо неконгруэнтных «вибрациях».

Две основных гипотезы

В дополнение к вышеупомянутым десяти предпосылкам можно назвать также две центральные гипотезы провокативной терапии. Они сформулированы как гипотезы, открытые как для доказательства, так для опровержения каждым новым клиентом или научными методами.

Первая гипотеза об отношении пациента к самому себе, его концепции себя: спровоцированный терапевтом (шутливо, восприимчиво, но в пределах его внутренней рамки восприятия) пациент всегда стремится к движению в обратном направлении от того образа, который создаёт терапевт, изображая его как личность.

Вторая гипотеза фокусируется на проявленном в поведении клиента. Если терапевт провокативно (с восприимчивостью и юмором) принуждает клиента продолжать пораженческое и отклоняющееся от нормы поведение, пациент, наоборот, начинает вести себя более соответственно общественным нормам, что идёт на пользу ему и окружающим.

Есть множество вариантов этих гипотез. Если терапевт оправдывает пациента, сам он не склонен себя прощать, наоборот, он стремится принять большую ответственность за своё поведение, свои ценности и отношение к происходящему. Если терапевт предлагает довольно бестолковые рационализации для патологического поведения пациента, он начинает отвергать низкокачественные объяснения, и вместо этого применяет научные принципы мышления, в частности парсимонию (при прочих равных следует предпочесть простые объяснения и решения) и бритву Оккама. Иллюстрации этих гипотез вы с лёгкостью заметите в клинических примерах, описанных в данной книге.

Можно представить разнообразные домыслы из различных теорий о противоречивых процессах, происходящих между этими «если» и «тогда», но в данной книге мы не будем фокусироваться на объяснении этих предположений.

Глава 3. Роль провокативного терапевта

Любой может рассердиться — это легко, но рассердиться на нужного человека, в нужной степени, в нужное время, по нужному поводу и нужным образом — непросто.

Аристотель



Провокативная терапия — широкий процесс с использованием многих техник, дающий терапевту свободу выбора реакций. Этот факт несёт в себе и опасности, и преимущества, с которыми мы будем разбираться в различных контекстах.

Эта глава начнется с более общих описаний различных аспектов и предпосылок роли провокативного терапевта. По мере обсуждения мы будем переходить к более конкретным и применимым техникам и примерам. В этой главе мы пропустим некоторые очень важные аспекты, касающиеся языка и юмора в роли провокативного терапевта, и детально разберём их в отдельных главах.

Следует отметить, что несмотря на название «провокативная терапия», не каждый применённый терапевтом приём может быть назван «провокативным». После прослушивания записей сеансов с больными разной теоретической направленности, один из аспирантов заметил, что провокативная терапия также использует и множество других техник: конфронтацию, открытые вопросы, сообщение клиенту какой-то информации и т.д. (Даже в клиент-центрированной терапии не каждая реакция терапевта является по-настоящему «отражением чувств», хотя большую часть реакций можно отнести именно к этой категории).

Но так как терапевтические системы обычно называют по основному типу реакций, применяемых терапевтом, либо по его теоретической или отношенческой ориентации, то отсюда и название — «провокативная терапия».

В ней применяется множество разнообразных техник, чтобы вызвать непосредственный и эффективный терапевтический процесс. Целью терапевта является вызвать и положительную, и отрицательную реакцию, а затем интегрировать их с социальными и межличностными последствиями. Отрицательными реакциями клиента в основном являются гнев и отвращение, а положительными — юмор (смех) и тепло.

Таким образом терапевт и сенсibiliзирует (повышает чувствительность), и наоборот — десенсибилизирует межличностный контекст: и гнев, и смех становятся противоядием для тревоги и реакций избегания.

Говоря о поведении терапевта, от других подходов провокативную терапию отличают её степень прямоты и использования конфронтации, а также противоречивый и двусмысленный стиль коммуникации, систематическое использование вербальных и невербальных средств, отречение от собственного профессионального достоинства, а также взвешенное использование юмора и клоунады.

Цели

Хотя каждый клиент даёт терапевту новые и уникальные возможности проверить его гипотезы, и у каждого будут свои собственные проблемы и цели, нам представляется, что сейчас уместно изложить некоторые общие утверждения о целях терапии. Эти положения направляют использование различных техник в терапевтических отношениях. Терапевт стремится вызвать как положительную, так и отрицательную эмоциональную реакцию, пытаясь спровоцировать клиента на 5 основных типов поведения:

1. Утвердить свою самооценку как вербально, так и поведенчески
2. Вести себя уместным образом как при выполнении жизненных задач, так и в общении
3. Защитить себя на практике
4. Включаться в оценку психосоциальной реальности и научиться различными способам реагировать адаптивно. Глобальное восприятие ведёт к глобальным стереотипным реакциям, дифференцированное — к адекватному реагированию
5. Включаться в «рискованное поведение» в личном общении, в частности, выражать чувство привязанности и уязвимости по отношению к значимым другим, причём таким образом, которым он в моменте проживает эти ощущения. Зачастую самыми трудными словами в отношениях бывают: «Ты мне нужен, я скучаю по тебе и волнуюсь за тебя», которыми человек вверяет себя другим

Следует также подчеркнуть, что клиент будет успешно приближаться к этим пяти целям в течении курса терапии через использование терапевтом широкого спектра техник. Процесс достижения поведения клиента, соответствующего этим целям, следует такой последовательности:

- 1) Клиента провоцируют на вербальные ответы терапевту
- 2) Клиенты реагируют как вербально, так и эмоционально, последнее временами происходит неуместным и несогласованным образом

3) Клиент реагирует на терапевта более целостным образом, когда эмоции согласуются со словами

4) Клиенты предъявляют терапевту свидетельства своих достижений вне терапии в подтверждение своих новых интегрированных реакций

5) Клиенты включают в самоутверждающее, асертивное, реалистично устойчивое, социально адаптивное, а также уязвимое поведение в личных отношениях, вне контекста терапевтических отношений.

Все средства хороши

Чтобы иметь хоть какую-то надежду на успех, в провокативной терапии терапевт может использовать и обратить на пользу дела любые манёвры, которыми пользуются сами клиенты. Следовательно, терапевт может использовать очевидную ложь, отрицание, рационализацию, изобретательность («придумал прямо сейчас»), слезы и валяние дурака. При этом поведение клиента часто рассматривается как уловка — способ контролировать взаимоотношения, и случается, что терапевту приходится противостоять этому на весьма примитивном уровне.

Говоря фигурально, терапевт часто связан правилами честного поединка (в оригинале *Marquis Quinsburry rules*), в то время как клиенты свободно применяют психологические эквиваленты удара коленом в пах и тыкания пальцем в глаз. Нетрудно представить результат такого состязания, но в конечном счете он идет во вред клиенту.

Провокативная коммуникация

Наиболее емко можно выразить роль провокативного терапевта термином «адвокат дьявола». Терапевт занимает отрицательную сторону амбивалентности клиента по отношению к самому себе, к значимым другим, к жизненным целям и ценностям, и если это удаётся, как бы сам становится ею.

Терапевт играет роль Сатаны, искушая и побуждая клиента продолжать «грехопадение», поддерживая его извращённые и патологические паттерны поведения, и использует для этого «благие» и убедительные предложения. Он берет себе искажённую, «корявую» роль в сценарии терапевтической сессии, тем самым провоцируя клиента взять более рациональную, «прямую» и психологически адаптивную роль. Например, симпатичная девушка по вызову, наркоманка, которую отправили к Ф. Ф. для оценки возможности выписки из больницы:

Т. (недоверчиво): Выписываться собралась? (Смеётся) Черт, да с твоими-то внутренними личными ресурсами! Думаю и так понятно, что ты будешь вытворять в обществе.

К. (протестуя): Я, на минуточку, буду устраиваться официанткой.

Т. (рассудительно): Так ты, черт возьми, собралась стоять по 8 часов в день на ногах, когда эту же сумму ты можешь заработать, лежа на спине всего 20 минут?!

К. (смеясь, но серьезно): Вы прекратите уже так говорить?

Пример 5

Эта девушка зарабатывала до 500\$ за ночь, и конечно, у неё был соблазн вернуться к такой «жизни». Но она решила этого не делать (несмотря на попытки терапевта убедить её стать «ресурсом для сообщества»). Вместо этого она выбрала более удовлетворяющую в долгосрочной перспективе работу официантки или секретаря, и настояла на своём выборе благодаря собственным выводам об ущербной природе своих прежних паттернов поведения.

Еще пример того, как терапевт «зеркалит худшие мысли и страхи клиента о самом себе». Я (Ф.Ф.) работал с одной хронической пациенткой и предложил ей место «ключевого сотрудника»⁶, т.е. я побуждал её оставить мысли о выписке, «осесть» в больнице и проживать жизнь, выполняя какую-то работу. Я расписывал ей, какой будет эта жизнь в госпитале, как на неё будут реагировать другие люди, по мере того как пролетают десятки лет, как она состарится и не сможет уже выполнять работу, и почему это все будет лучшей жизнью для неё, ведь мы сами это все организуем и возьмем под контроль ради неё. Эта перспектива привела её в ужас, но потом она призналась, что и сама вообще-то подумывала о чем-то таком, и в результате озвучила свою решимость покинуть больницу и больше никогда не возвращаться.

В провокативной терапии терапевт различными способами явно и неявно указывает клиенту на социальные последствия его восприятия и поведения. Терапевт пытается вербализовать все табу, о которых люди не могут говорить друг другу в нашей культуре, он стремится *выразить* невыразимое, *почувствовать недозволенное*, подумать о немислимом, вербализируя скрытые сомнения, озвучивая худшие мысли и страхи клиента по отношению к себе и о реакциях на него других людей. И неизменно клиент обнаруживает, что это его не «разрушает» и не «уничтожает», он в состоянии иметь дело с этими конфликтными пространствами более осознанно, реалистично и адаптивно.

Часто терапевт заходит дальше простого искушения и убеждения. Он вообще-то мало чем ограничивается в нелепом преувеличении симптомов (доходящим иной раз до полного абсурда). В попытке «доказать» внутренние разногласия в клиенте, терапевт подтягивает идиотские данные из любого источника.

Он перехватывает рационализацию: извиняется и отговаривается,

6 key worker — в западной практике mental health это сотрудник, который координирует усилия многих команд и является первым контактом пациентов и их семей с госпиталем

иронично и «убедительно» доводя до абсурда. Он пародирует и высмеивает позицию клиента, при этом соглашаясь с ней и представляя её в «позитивном» аспекте. Например:

Т. (холодной, замкнутой циничной пациентке «искренним» тоном): «Просто ты чересчур честна и восприимчива, чтобы быть ласковой»

В этом отношении особенно часто проявляются две содержательные темы — недостаток ответственности у клиента и его неспособность измениться.

Пациенты склонны воспринимать происходящее, выражать отношение и действовать исходя из плохих, негативных и болезненных ситуаций в их жизни.

Есть два взгляда на жизни: жизнь либо плоха, либо хороша; и у каждого есть множество подтверждений. Клиенты залипают в чрезвычайно искажённых представлениях, воспринимая жизнь паршивой, жестокой, грубой и слишком долгой, активно пренебрегая учётом противоположных, позитивных жизненных примеров.

Терапевт, делая упор на «мрачной стороне» жизни, пытается спровоцировать клиента обнаружить противоположные, конкретные и очевидные впечатления (а не выдуманные банальности) и уделить по меньшей мере столько же времени мириадам позитивных счастливых жизненных впечатлений, способствующих развитию. Большинство пациентов могут признать, что они добивались успеха, что они справлялись с проблемами, что другие проявляли к ним гораздо большую любовь и привязанность, чем они готовы были признать вначале. Ирония в том, что клиент обретает свои «сильные стороны», когда терапевт как бы перехватывает его слабости.

Другой специфической техникой является снятие ответственности за коммуникацию. Часто терапевт поступает так, когда хочет что-то сообщить клиентам «напрямую», но не хочет нести ответственность за понимание и использование этой информации клиентами. Это достигается такими фразами, как «некоторые терапевты сказали бы, что...» или «Вы слышали об исследованиях, которые показали, что...».

Прямая провокация

Провокативный терапевт сразу направляется прямо к тем областям, которых клиент пытается избежать, различными способами показывая это терапевту. Один клиент дал этому такое образное название: «поиск уязвимо-го места»⁷. Тем не менее, терапевт не обязан в дальнейшем развивать какую-либо тему. Его задача — постоянно пребывать в контакте клиентом, отслеживая эмоциональный уровень и его реакции избегания. Клиент сам наведёт в этом порядок, развивая те темы, которые считает важными, и будет иметь дело со своими чувствами.

Терапевт может столкнуться с гневом, хаосом, выкриками и дезорганизацией самой сессии, и такие события вовсе не говорят о необходимости завершить терапевтическое вмешательство, т. к. комфортный диапазон реакций терапевта на поведение клиента в сессии довольно широк. Подавляющее большинство терапевтических сеансов вовсе не настолько лабильны, как может показаться, ибо в провокативной терапии клиент обычно быстро обращает свои усилия в работу на исцеление.

Даже с открыто враждебным клиентом провокация гнева помогает его обучению контролю и пониманию пределов. Пример:

К.: (громко и яростно): Черт вас побери! Если не прекратите разговаривать со мной так нагло и саркастично, я прекращаю лечение и не буду оплачивать счета!

Т.: (встревоженно, просяще): Пожалуйста, не надо! Мне нужны деньги! (удрученно скрючивается на стуле, схватившись руками за голову, депрессивным задыхающимся тоном). О-о, надо сообщить Джун и моим деткам, что в этом году у нас не будет Рождества!

К.: (калейдоскоп эмоций на лице: гнев, смех, умиротворение): Окей, окей! Черт с вами, я знаю, что вы нужны мне больше, чем я вам. Но, Фрэнк, не могли бы вы хотя бы...

7 В оригинале «яремной вены»

Пример 6

Другой пример:

К.: (сердито, громко): Лучше прекратите со мной так разговаривать, а не то я...

Т.: (перебивая, ровно и твердо взглянув на клиента) Если хочешь мне тут закатить истерику, то давай, валяй!

Т.: (Изменив тон, с энтузиазмом): Черт, тут в больнице у нас есть комната, для таких вот буйных, у кого бывают вспышки гнева. Правда, остальные сотрудники зовут эту комнату изолятором, но я думаю, «комната для буйных» звучит лучше, не так ли?

Пример 7

Пациентка быстро начала контролировать свой гнев в сессии.

В терапевтических отношениях при провоцировании гнева клиента на терапевта одной из задач терапевта является научить клиента уместному ассертивному поведению. Это особенно имеет значение для тревожно-согласительных клиентов, которые всегда боятся — «а что обо мне подумают люди».

Привычные паттерны коммуникации

Изначально клиенты отличаются своими паттернами коммуникации с терапевтом. Но в той мере, в которой терапевт в состоянии влиять на разнообразие этого процесса, он постоянно пытается поддерживать быструю двустороннюю коммуникацию, часто применяя принцип «давать и брать», то есть реализуя быстрые, короткие, клиповые эмоциональные последовательности. Тем самым он пытается спровоцировать клиента реагировать спонтанно, чтобы обойти его контроль и «домашние заготовки», привычные реакции клиента.

Многие клиенты транслируют послание «Ты обязан слушать меня на моих условиях и не прерывать, пока я не закончу». Провокативный терапевт с самого начала вступает в конфронтацию с этим сверхконтролирующим утверждением, и требует для себя по меньшей мере столько же времени в разговоре, а также чтобы клиент приложил такие же усилия к пониманию терапевта, какие терапевт прикладывает, чтобы понять его.

Широкое использование конфронтации и техник провокации также способствует уменьшению возникновения зависимых отношений, от которых страдают другие методы терапии.

И наконец, провокативный терапевт не верит в паузы (а предпочитают монологи в стиле Джонатана Уинтерса⁸), и обычно подобные стимулы способствуют явным реакциям клиента.

8 Американский комедийный актер

Обратная связь

Вне зависимости от применяемой техники, в провокативной терапии считается ценной немедленная обратная связь. Пример:

В комнату входит тучный пациент.

К.: Можно поговорить с вами, мистер Фаррелли?

Т.: Боже мой, дирижабль⁹ Goodyear сорвался со швартовых!

Пример 8

Другой пример обратной связи касательно внешности:

Входит пациентка с затравленным и тревожным видом, садится.

Т.: (озадаченно): Ты сегодня сама не своя, красавица. Но ничего, я ведь заметил твою новую причёску, но не могу сообразить, либо это старое крысиное гнездо, либо взрыв на пружинной фабрике.

К.: (смеясь и гримасничая): Сегодня ветрено, я знаю, что выгляжу черт знает как, но я хочу поговорить о том, что случилось на этой неделе, если вы, конечно, перестанете грубить. Вот на днях...

Пример 9

Слишком многие терапевты чувствуют нечто такое, что один из учеников выразил так: «Вы не можете просто вот так заявиться и высказать, что вы думаете о клиенте, или свои гипотезы и суждения о его поведении». Часто они предсказывают ужасные последствия таких поступков: «Но ведь клиент же огорчится!». Иной раз на это хочется ответить: «Черт, ведь он выводит из себя меня, свою семью, суд, своих коллег, весь остальной мир, почему бы и его не огорчить для разнообразия?».

9 Игра слов и многозначность — в оригинале «blimp», помимо «дирижабль» также «надутый», помпезный

Или «Ведь это её третья внебрачная беременность, можно попробовать кое-что другое, почему бы вместо понимания её нужд, её конфликтов и т.д. не дать ей понять, как все это бесит всех вокруг неё, и что окружающим это не нравится? Если она начнет считаться с потребностями других, в процессе и её потребности будут удовлетворяться». Многие терапевты предпочитают делать клиентам бесконечные намеки вместо того, чтобы сразу и в лоб сказать им правду.

Причиной может быть то, что зачастую терапевты не показывают своих реакций пациенту, но делают это при общении с коллегами, супервизорами и консультантами. Один из студентов на супервизии жаловался на «того раздражающего пассивно-агрессивного мистера Икс, который, вместо того чтобы справиться со своей весьма властной мамашей, заявляется домой и вербально избивает жену».

Когда его спросили, сказал ли он об этом клиенту, то ответ был: «Нет...» — «Тогда с какого перепугу вы ждете от него рискованного поведения в отношениях, если постоянно внушаете ему на сеансах: «Не рискуй — целее будешь!»».

Похоже, что многие терапевты выступают моделью такого отношения для клиентов, которые потом точно так же относятся к своим проблемам. Мы полагаем, что лучше говорить о своих реакциях клиентам, чем коллегам за кофе, выкладывать карты на стол.

Если конкретнее, то чтобы донести своё отношение (или указать на что-то или спровоцировать ответ клиента), терапевт использует весь доступный ему реквизит: ролевые игры, шутки, придумывание фальшивых «исследований», выдуманных клиентов, разговоры о подобных случаях у других клиентов. Также он постоянно, явно и неявно сверяется с обратной связью от клиента, чтобы убедиться, что он на верном пути.

Обратная связь — это не обязательно беспощадное «я скажу тебе, как оно есть» с видом абсолютной объективности. Это скорее нечто вроде «По моим ощущениям, здесь и сейчас, в этих отношениях с тобой, вот что я чувствую». И это может быть проделано с юмором.

У клиента есть право на реакции и мысли терапевта о нем, а также на обратную связь из других известных терапевту источников. То, чего не скажут клиенту его «лучшие друзья», должен предоставить терапевт, т. е. точную немедленную обратную связь, как положительную, так и отрицательную.

Мы обнаружили, что истинное неприятие (определенных типов поведения клиента) куда более терапевтично, нежели фальшивое принятие или отстраненное безразличие. Человеческий разум нуждается в правде точно также, как человеческие легкие нуждаются в воздухе, а моя реакция на вас в данный момент на этом сеансе — это и есть социальная правда о реальности, и если она прозвучит, в долгосрочной перспективе это почти наверняка будет на пользу.

Провокативный терапевт не только дает клиенту обратную связь сам, но и старается научить клиента обнаружить другие потенциально доступные ему источники и виды обратной связи, которые станут бездонным источником информации для адаптивных изменений.

В данном примере клиентку попросили предсказать возможную реакцию терапевта, если бы вдруг её «выбросило на необитаемый остров».

К.: (ухмыляясь): Вы бы, наверное, стояли на берегу и твердили:
«О нет, только не ты! Почему они не послали еду?»

Пример 10

Невербальное принятие клиента

Принятие клиента — ключевой аспект во всех психотерапевтических подходах. Каким-то образом клиент должен понять, что терапевт «на его стороне», а не стремится его принизить. Клиент-ориентированный подход определяет «безусловное позитивное отношение» как одну из ключевых составляющих своего подхода, и большинство других систем терапии в том или ином виде имеют дело с этим аспектом терапевтических отношений.

Однако нам представляется, что средства выражения намного разнообразнее, чем считается в других подходах. В нашей практике невербальные послания заботы так же, если не более важны, чем вербальные. Поскольку провокативный терапевт способствует переменам вербально, и порой весьма резко и конфронтационно, то невербальная составляющая его коммуникации приобретает большую важность.

Юмор, конечно же, один из основных двигателей позитивного отношения (этот вопрос будет рассмотрен в отдельной главе), как и прикосновения, искорка в глазах терапевта, и поведение, которое показывает высокий уровень вовлечения (один пациент назвал это «интенсивностью внимания»).

Пример:

Частный пациент покидает приёмную врача после сеанса, на котором обсуждались его гомосексуальные проблемы. Терапевт кладет ладонь на плечо пациента.

Т. (удручённо зевая): Ну, увидимся на следующей неделе, Безнадёжный. («Вдруг замечает» свою руку на плече пациента и указывает на неё другой): Видишь руку? Это, понимаешь, профессиональное принятие. (Терапевт наклоняется, прислоня свой лоб к голове парня, с гримасой отвращения): А в действительности, я не выношу таких тутти-фрутти, как ты, прячущихся туалетных гомиков, но...

К. (хрюкает от смеха, трясёт головой, пихает терапевта в бок): У-у-у, похоже кое-кто ещё не вышел из образа, да, Фрэнк? До следующей недели! (уходит, помахав рукой, трясёт головой и смеётся)

Пример 11

Выражение уместного гнева также является средством, которое выражает заботу о другом человеке; многие пациенты воспринимают это именно так, и это быстро повышает их вовлеченность в отношения. Таким образом, провокативный терапевт использует все своё тело как коммуникативный инструмент, и должен искусно использовать невербальные компоненты коммуникации для получения желаемых результатов. Это накладывает определённые требования к обучению, которые мы обсудим позднее.

Познавательные уроки

Хотя для конкретного клиента перечисленное ниже может и не быть центральными темами лечения, он может многому научиться, моделируя провокативного терапевта: стать более (или менее) чувствительным к вербальным, отношенческим и поведенческим проявлениям, контролировать свои порывы, анализировать коммуникацию, научиться расшифровывать невербальные послания. Трудно бывает сфокусироваться на этих аспектах в контексте отдельно взятого клиента, так как зачастую они для него не являются проблемой.

Стиль терапии

Мы уже обсудили роль провокативного терапевта в общем виде. Прежде чем обсуждать конкретные техники, нужно поднять ключевой вопрос. При первом знакомстве с провокативной терапией вполне типична такая реакция: «Ну, у вас получается такой стиль терапии, потому что вы сам такой; я бы не смог вот так сходу взять и нападать на клиентов, и атаковать, даже с юмором, их патологии или отклонения в поведении, или смеяться над ними. Я просто не такой человек».

Может в какой-то степени это и верно, поскольку любое терапевтическое направление предлагает свой *стиль* или роль, соблюдая которые, терапевт чувствует себя комфортно и действует эффективно. В конце концов, терапевты неодинаковы в своих терапевтических предпосылках и в манере отношения к людям. Разумно предположить, что кое-кто из них будет стремиться найти подход, более подходящий их личным характеристикам, их взглядам на человека, их стилю жизни. А кто-то, возможно, чувствует, что мог бы более эффективно помогать клиентам, используя более подходящий ему подход.

Хотя некоторые могут не согласиться с такой точкой зрения и посчитать её излишне упрощённой, нам кажется вполне ясным, что для того чтобы комфортно и эффективно применять клиент-центрированную терапию, сам терапевт должен быть очень чувствительным человеком, должен хотеть усомниться в собственных суждениях о клиенте, для того чтобы войти во внутренний мир и систему восприятий клиента, судить о его состоянии и стать его вторым «Я».

Чтобы уверенно применять рационально-эмотивный метод Эллиса, терапевт должен вдохновляться способностью информации и логики приводить к переменам в клиенте. Также при работе в этом подходе идёт на пользу, если терапевт доминантен и умеет искусно аргументировать.

Психоаналитик должен быть интеллектуальным, уметь свободно обходиться с высокоуровневыми абстракциями, терпеливым и убеждённым, что

все собираемые субъективные и поведенческие данные в конечном счёте обретут смысл и тем самым помогут клиенту расти и развиваться.

Чтобы быть эффективным и уверенным провокативным терапевтом, хорошо бы уметь быть одновременно хорошим и плохим актёром, уметь выдавать словесные нападки на самоуничижительное отклоняющееся поведение и оценки пациента, но при этом комфортно и с юмором относиться к словесным атакам клиента на терапевта.

Позиция «Нет, я не такой человек, я не могу говорить клиентам такие вещи», которую мы часто слышим от учеников и некоторых коллег, вызывает ответную реакцию: «Да ну? А ты попробуй!». Внутри многих пассивных терапевтов сидит провокативный терапевт, который так и просится наружу. Просто на сеансах с клиентами они позволяют себе невероятно узкий набор эмоционального и вербального поведения.

Наша клиническая и педагогическая практика показала, что терапевт может значительно расширить набор своих реакций без всякого ущерба для клиента, и даже со значительной пользой для него и радостью для себя. Похоже, эта мысль проходит сквозь всю книгу «Критические случаи в психотерапии» (Штэндал и Корзини, 1959) и основываясь на своём опыте полагаем, что провокативная терапия может быть освобождающим и эффективным опытом как для клиента, так и терапевта.

Специфичные техники

Если рассматривать их по отдельности, большинство конкретных техник провокативной терапии могут показаться не «новыми», а уже применяемыми в других формах терапии. Однако их сочетание, стиль и интенсивность использования в этой системе существенно иные.

Провокативная терапия — это не просто забавы за счёт клиента. Послание провокативного терапевта должно быть чутким, глубоким, и адресоваться именно системе ценностей конкретного клиента, его текущему поведению, опыту в здесь-и-сейчас, его отношению к себе и особенностям поведения. В психотерапии пока не найдено никакой замены клиническому суждению и чувствительности терапевта.

Большинство своих приёмов провокативный терапевт применяет в стиле «ярче, чем в жизни». Его голос громче, чем при нормальной беседе, усиливаются все реакции. Сквозь всю терапию проходит мощный элемент драмы и гиперболы. Приведём пример такого экстравагантного преувеличения.

Клиентка, у которой было множество сомнений касательно своей адекватности в материнстве, от терапевта постоянно получала шуточные утверждения о том, что она — настоящее мучение для своего ребёнка. «Доказывая» это, он использовал её собственные слова и манеру поведения. Она с немалой готовностью защищалась, утверждая, что «не такая уж она и плохая», и рассказала о серии своих конкретных поступков в подтверждение своих заявлений о том, что она довольно-таки внимательная, чуткая мать, которая искренне заботится о своём чаде.

Тогда терапевт стал «переигрывать» и начал саркастически восхвалять её как «мать года» и т. д. Она, в свою очередь, реалистично отвергла его «переоценку» и, отмечая, что некоторые её поступки по отношению к ребёнку не были проявлением заботы, быстро начала работать над изменением нестабильного поведения.

Усиление субъективного отклика терапевта на клиента — важный эле-

мент провокативной терапии, и оно позволяет терапевту использовать более полный репертуар его эмоционального поведения. Для достижения разнообразных терапевтических промежуточных целей (указать на негативные социальные последствия поведения, развить восприимчивость или ослабить чувствительность клиента), терапевт не концентрируется только на реакциях клиента, но также использует свои собственные субъективные реакции, интуитивные фантазии и внутренние идиосинкразические ассоциации в качестве строительного материала для их создания своих реакций. Ведь терапевт может работать с юмором только тогда, когда он не привязан исключительно к содержанию сознания клиента. Излишне говорить, что используя такой материал, терапевт постоянно фокусирует и направляет его на проблемные точки клиента, оставаясь при этом продуманным и чувствительным.

Когда я начал практиковать провокативную терапию, я прокрутил Карлу Роджерсу запись одного из своих сеансов. Он немного смутился и сказал: «Парень, я бы не стал вкладывать ей в голову такие мысли и идеи». Я ответил: «Послушай, Карл, она либо уже думала об этом, либо думала о чем-то весьма похожем, либо другие люди уже ей про это говорили».

В нашей работе с клиентами мы не перестаём удивляться, как близко в своих предположениях мы оказываемся к тому, что они сами думают, особенно когда мы предлагаем им нечто, что кто-то мог бы назвать «за гранью». Много раз они говорили нам: «А как вы узнали?»

Многие говорили про эксцентричные размышления или выходки терапевта: «Вы словно читаете мои мысли!». Некоторые даже настаивали, что я, должно быть, «читал их медкарту или поговорил с членами семьи».

Не слишком сложно «читать их мысли», как отмечал Найзер, 1961: «С накоплением опыта мы все увереннее предвосхищаем реакции людей на определённые стимулы». Добавим, что предвосхищать мы можем не только реакции, но и с высокой достоверностью то, что они могли думать, чувствовать и делать в прошлом при определённых конфигурациях стимулов.

Проще говоря — подумайте о самых отстойных паттернах мышления, которые только придут в голову, и очень часто вы практически попадёте в

точку.

Приведённый ниже пример может проиллюстрировать, что значит читать мысли клиента. В качестве вступления позвольте отметить, что образ тела человека (то, как чувствует тот или иной человек своё тело, что думает о нем, удовлетворён им или нет, как он оценивает, насколько хорошо оно исполняет различные функции), очень тесно связан или даже является самым глубинным измерением его Я-концепции.

На терапию была направлена молодая женщина, у которой было множество проблем в работе и личной жизни. Постепенно её результаты в работе серьёзно улучшились, но на свидания она ходить так и не начала. Наконец, с долей смущения она призналась, что когда в юности её грудь стала расти, она пошла к матери и рассказала о своей проблеме.

Проблема состояла в том, что правая грудь была нормальной, а левая болталась в лифчике, как «горошина в бочке». Мать отвела её к домашнему врачу, который снял с испуганной девочки бюстгальтер, посмотрел на одну грудь, потом на другую и вынес вердикт: «Это не слишком нераспространённый феномен». Ей было сказано одеться и вернуться домой. Охваченная ужасом, она ощутила, будто у неё целый набор болезней от лепры до полиомиелита, а также букет венерических заболеваний.

Когда она начала встречаться с мальчиками, она столкнулась с той проблемой, что им хотелось петтинга. Она стала просто избегать таких ситуаций, и в результате встречалась с каждым мальчиком не более двух-трёх раз.

Пример 12

Т: Ты хочешь сказать, что стеснялась и стыдилась того, что они обнаружат твою ущербную сиську?

К. (смущённо, повесив голову): Мне не нравится, как вы выражаетесь, но, признаюсь, что так.

Т.: Так вот почему ты избегаешь половины человечества? (она замолкает на мгновение) Однако, черт побери, если подумать, в твоём поведении есть смысл. Если будешь ходить на

свидания с парнями, а парни есть парни, им захочется потискать тебя и стащить с тебя все (клиентка кивает), а когда парень расстегнёт твою блузку... У него может быть три типа реакции по отношению к тебе.

К. (со смущённым любопытством): Какие?

Т. (очень серьёзно): Ну, первая — он второпях застегнёт блузку и скажет со смущением: «Прости, я не знал, что ты — калека».

Вторая — наоборот, он заведётся и заявит: «Ух-х ничего себе, я всегда хотел сделать это с калеккой!».

И возможна еще лишь одна реакция: когда он расстегнёт блузку, уставится на твою ущербную сиську и воскликнет: «Ну-ка так поддержи, угу? Где мой „Полароид“! Парни не поверят, если я им просто расскажу».

Пациентка все это время смотрела на меня, пока наконец, не изрекла с легкой ухмылкой: «Да, я думала, что так и случится! Но я так и не узнаю, что случится на самом деле, если буду рассиживать здесь и обсуждать это с вами». Тут я встревожился, но все же сказал, что наше время вышло и мы продолжим обсуждать это в следующий раз. Когда она уже собиралась уходить, я заметил: «Люблю давать названия своим сеансам, думаю, этот я назову «Ущербная сиська». Она засмеялась: «Очень подходящее название!».

На следующий сеанс она пришла и выглядела, как кошка, только что проглотившая толстую канарейку. Я приветствовал её: «Ну, красавица, как дела с нашей последней встречи?» Она кратко рассказала, что выходила развлечься, и хоть и тряслась от страха, но все же подцепила парня и пошла к нему. Там они сбросили одежду и развлекались, в чем мать родила.

В разгар происходящего она обратила его внимание, что одна грудь меньше другой. В ответ он посмотрел сначала на одну, потом на другую и дал клиент-центрированный ответ: «А? Разве? Ты так считаешь?» И продолжил как ни в чем не бывало. Она почувствовала, как огромная тяжесть восьми лет свалилась с её плеч, и она пережила небывалое чувство освобождения благодаря его принятию её тела.

Т. (с отвращением): Ты что, пошла и потеряла невинность, так?

К. (с усмешкой): Я потеряла все, кроме физической невинности, но это стоило того, я так много узнала о себе!

Т. (с протестом): Черт, дурила, да ты стала просто сексуальной маньячкой. Ведь ты не знаешь, как другие парни отреагируют на твою грудь. Вот увидишь... Другой парень ведь может с воплем выскочить из машины или спальни, когда увидит её.

К. (терпеливо глядя на терапевта, уверенно): А если побежит, я ему крикну в след: «Флаг тебе в руки, ищи свою сисечную симметрию!»

И мы утверждаем, что это прекрасная, интегрированная реакция.

Тестирование реальности

Схожим образом терапевт будет избирательно усиливать реакции клиента, чтобы стать для него прибором для тестирования реальности. Это можно сделать, озвучивая разные сценарии будущего и фантазии, основываясь на прошлом клиента, а также на манере его поведения и отношения. Те негативные оценки, которые он даёт сам себе, можно быстро доводить до пределов разумного, пока сам клиент не начнёт их отвергать.

Этот принцип доведения до абсурда (*reductio ad absurdum*) — часто применяемая техника, чтобы помочь клиенту определить, утвердить, защитить себя, и научить его смеяться над собой. На седьмом сеансе хронический больной сказал со смехом: «О, я просто... Думаю, порой вы уже заходите за пределы... Даже я не могу поверить, что я *настолько* плох».

Терапевт пытается спровоцировать клиента на признание своей самоценности в отношениях с собой и другими, утвердить себя поведенчески в работе и в личных отношениях; он пытается спровоцировать клиента защищать себя от нереалистичных и чрезмерно негативных оценок, своих и чужих. Провоцируя клиента, терапевт старается разобусловить его пораженческие идеи, которые ему мешают в повседневной жизни.

Если терапевт концентрируется на дезадаптивных и саморазрушительных паттернах клиента, доводя их до абсурда, он провоцирует клиента сформулировать свои утверждения и ощущения с точки зрения более уместной социальной и психологической перспективы. Работая с клиентами, мы часто с изумлением наблюдаем, как они верят в «правдивость» своего восприятия, своих предположений и оценок, и какие типы свидетельств они используют в качестве «подтверждения» своего отношения и собственных систем убеждений. Терапевт же часто будет приводить идиотские «доказательства» клиентских утверждений, или нелепо, подобно поведению Страшилы, принимать их утверждения как самоочевидные, которым для обоснования не требуется никаких доказательств.

Терапевт часто выносит «поспешные суждения», восклицая: «К чему

нам еще какие-то доказательства?». Более того, он воспринимает толкования клиента, будто это факты, а не интерпретация клиентом своего опыта, и он пародирует предположения клиента с целью спровоцировать тестирование им своей психосоциальной реальности.

Как выразился один клиент: «Мда, я вижу, что вы и сами этому не верите, но чертовски уверенно говорите про то, что я чувствую. И когда вы это выдаёте таким образом, вы заставляете это звучать глупо, но я полагаю... Что я и правда так чувствую. Просто я всегда считал, что так и надо...».

«Реальность», на которую провокативный терапевт имплицитно или эксплицитно указывает клиенту, преимущественно внешняя, социальная и межличностная, а не просто внутриспсихическая. Терапевт постоянно и настойчиво привлекает внимание (напрямую, либо провоцируя клиента заметить их) к вероятным и правдоподобным социальным последствиям (прошлым, настоящим и будущим) отношения и поведения клиента, и тем самым показывает, что эта обусловленность зависит от его поведения и напрямую с ним связана.

Часто закидывая клиенту утверждения, бросающие ему вызов, терапевт пытается добиться от клиента эмоционального вовлечения, и заставить его адекватно защищаться, приводя подтверждения своих позитивных утверждений о себе и общественной жизни, а конкретно — наблюдаемые и измеримые поведенческие свидетельства того, что он в состоянии справляться с трудностями.

Фактически, постоянный настрой провокативного терапевта таков: «Это ерунда. Покажи мне. Докажи это или заткнись. Раз протестуешь, возможно, это неправда». Очень быстро такое поведение переносит ответственность за доказательства туда, где ей самое место — исключительно на клиента.

Вербальная конфронтация

Конфронтация — важная техника провокативной терапии, которая пронизывает весь процесс. Зачастую провокативный терапевт вербально действует жёстко и вызывающе, но не для того чтобы беспричинно грубить клиенту, а чтобы выразить вот что: «Слушай, дурень, не я выдумал эти общественные правила, но я знаю, как они работают и просто говорю тебе, как оно есть. Каждому из нас приходится усваивать одни и те же трудные жизненные уроки, и чем быстрее ты их выучишь и станешь применять, тем лучше для тебя».

Это не значит, что провокативный терапевт способствует простому «приспособлению». Это значит, что в той степени, в которой клиент способен отпустить свои *представления* о том как все устроено, и начать жить, полагаясь на то *как оно есть* (а не как должно быть, обязано, положено, необходимо), в той степени он будет становиться объективнее, улучшать контакт с реальностью, что позволит ему удовлетворять свои потребности проще и эффективнее.

Если же терапевт вникает только во *внешний мир* клиента (с его ожиданиями, ограничениями и т.д.) и пытается транслировать своё понимание клиенту, не уделяя внимания его точке зрения, клиент будет переживать состояние «ты вообще меня не понимаешь!» и просто откажется воспринимать даже ценные послания, передаваемые терапевтом.

С другой стороны, эмпатического понимания терапевта, каким бы тонким оно ни было, просто недостаточно для жизни клиента в мире социальной реальности. Адекватной замены эмпатии терапевта не существует, но для большинства, если не для всех клиентов также важно, чтобы помимо того, что его понял кто-то другой, сам клиент научился *понимать* точку зрения, нужды и ценности других, и сообщения, которые они ему посылают. Пример:

Т.(лаконично): Послушай, тупица, то, что у нас происходит, это не разговор. Ты требуешь, чтобы твоя семья и персонал, и полиция, и суд, понимали твои чувства. Хорошо! Но пока ты не

сдвинешься с места и сам не начнёшь понимать их точку зрения и потребности, ты будешь продолжать делать карьеру в дурке, а они будут обращаться с тобой, как с обезьяной, и выдавать тебе как следует. Понял?

К. (молчит, роняет голову и почти неслышно говорит): Да-а.

Т. (копируя его угрюмый тон): Да-а. (смеётся) Что «да-а»? Что ты из всего этого понял?

К. (неохотно уступая): Вы хотите сказать, что пока я не начну обращать внимание на то, чего они хотят от меня, я от них ничего не получу?

Т. (с нажимом): Верно, тупень! Так этот мир и крутится, пацан. Сначала ты начинаешь удовлетворять потребности других, а потом они начинают понимать тебя и, может быть, удовлетворяют и твои нужды.

Пример 13

«Знать себя» полезно и важно. А вот «знать врага» — решающий фактор для выживания во внешнем мире социальной реальности.

Мы часто поражаемся разрыву, существующему между словами и делами клиентов, той пропасти между их вербальными описаниями и реальным поведением и его эффектами. Поэтому одной из важнейших задач терапевта становится использование терминологии, которая была бы конгруэнтна реальному поведению клиента, которая будет постоянно высвечивать те актуальные предпосылки его поступков, которыми он руководствуется в жизни.

Такая конфронтация может осуществляться как «в открытую», так и провокативно, с преобладанием последнего способа.

Негативное моделирование

Это еще один приём противостояния с клиентом в провокативной терапии, сильно отличающийся от большинства других систем. Мы пришли к названию «конфронтация в негативном моделировании». Если кратко — терапевт действует, как клиент, тщательно копируя его стиль коммуникации и пародируя те аспекты его деятельности, которые, вероятнее всего, и вызывают проблемы.

Это как бы более неформальный и гибкий способ показывать клиенту фильм про него. Один клиент как-то признался: «Вы как будто держите для меня зеркало и показываете, как это выглядит со стороны. Оно немного кривое, как в комнате смеха, но суть я ухватываю». В свою очередь, терапевт говорит: «Вот именно так я тебя и воспринимаю (ну может, слегка преувеличиваю). Ну и как тебе? Что-нибудь хочешь поменять?»

Терапевт также дает клиенту понять, что большую часть поведения клиента он воспринимает как «спектакль», т.е. оно подчиняется его воле и так или иначе изменится. Так, например, если на лечение приходит женщина с конверсионным расстройством¹⁰, с «парализованной» рукой, то вскоре она обнаружит, что у её терапевта рука тоже парализована.

Конечно, у него есть преимущество — он может говорить о своём «параличе» и пользоваться им, а потом при необходимости вдруг внезапно начать действовать рукой. А когда понадобится, снова вернуть её в «парализованное» состояние.

Эта техника вызывает немедленные перемены в поведении клиента. Как будто терапевт «выиграл у него в его же игре» или «проник в его бред и вытолкнул его оттуда». Этот же принцип применим и при вербальных вза-

10 В оригинале «с конверсионной истерией». Кто-то мог бы назвать это психосоматикой. Это форма выражения психических явлений в виде физических (соматических) симптомов. А кто-то назвал бы «функциональным неврологическим расстройством»

имодействиях с иллюзиями клиентов: «Окей, будь по-твоему, я с тобой поиграю! Может я и не выиграю, но и тебе не дам (а сам повеселюсь). Насколько ты любишь игры с нулевой суммой, с выигрышем, которому не обрадуешься?»

Как и с многими подобными приёмами, необходимым дополнением к конфронтации является выдержка и терпение. Многие проблемы клиентов не поддаются решению с наскока. Терапевт неявно как бы говорит: «На моей стороне есть свобода, общество, семья, мои товарищи и *часть тебя*. Это неравный бой, и победа будет за мной. С этой роли меня не спихнуть. Ну и сколько ты еще собираешься продолжать эту хрень?»

«Объяснения»

В провокативной терапии терапевт своим поведением (т.е. переключением ролей, юмором, дурацкими предложениями) демонстрирует клиенту, что существует множество путей осмысления его проблем, и действий по отношению к ним. Это быстро даёт клиенту множество разных взглядов на проблему. Это становится возможным благодаря тому, что человеческие существа не только неизменно испытывают потребность осмыслять то, что с ними происходит, но и обладают нужными для этого способностями.

Может это и не позволит извлечь всю возможную пользу, но быстрее и содержательнее у клиентов получается описывать свои терапевтические открытия на своём языке. Терапевт, может располагать стройным теоретическим подходом, но, по-хорошему, давать клиентам целостную философию (или религию) всей жизни — не его дело. Он хочет, чтобы клиент осознал конкретные области своей деятельности, которые причиняют ему страдания, и дать ему возможность сделать выбор в пользу изменений. А вот над вопросами «почему», которые клиенты задают очень часто, терапевт лишь потешается:

К. (со слезами): Ну почему я такой?

Т. (откидывается на стуле, брови в изумлении подняты, качает головой, поднимает и бессильно бросает руки на подлокотники, издаёт долгий загадочный свист)

К. (после паузы, раздражённо): Это все, что вы можете сказать?

Т. (опять безнадежно свистит)

К. (все еще раздраженно, но со смехом вытирает глаза): О, ну хватит, Фрэнк.

Т. (наклоняясь вперёд, «сочувственно», медленно, искренним, «глубокомысленным» тоном): В жизни есть тайны, которые никогда не будут раскрыты.

К. (смеясь, раздраженно мотает головой): Вот дерьмо!

Пример 14

Сами по себе умозаключения и конструкты, на основе которых клиенты дают свои ответы, имеют значение лишь тогда, когда они учитывают важные аспекты поведенческой и социальной реальности. Поэтому терапевт, зачастую в иронической форме, предлагает и пародирует всякого рода «объяснения».

Эта пародия быстро показывает, что *само поведение намного важнее*, чем объяснения. Один пациент спросил, «почему он такой».

Т. (с профессиональной «глубокомысленностью»): Ну, это совершенно ясно. Начнём с того, что, очевидно, у тебя корявые хромосомы, мать сгубила твою жизнь, а твоё окружение её прожевало и выплюнуло то, что осталось. Какие тут к черту шансы тебя вылечить?

Пример 15

Преследуемая цель не в том, чтобы дать пациентам когнитивные озарения и объяснения касательно психогенеза их внутренних конфликтов, а в том чтобы свести на нет бесполезные просьбы о «золотом руне». По иронии судьбы, когда начинаешь отвечать на эти вопросы «почему», особенно если клиент настаивает, можно надавать клиенту сколько угодно разных объяснений. Есть три способа:

(1) объяснять, что клиент не в состоянии ничего контролировать — он есть творение собственной судьбы

(2) привести множество разных теорий, и в итоге предложить: «выбери любую»

(3) чередовать высокоуровневые объяснения низкоуровневыми, и опять предоставить выбор клиенту

Между прочим, очень часто желательными целями для сатиры являются теоретические выкладки, поскольку у них есть сомнительная «ценность» объяснять все что угодно, не привязываясь к конкретному поведению. Вот пример объяснений третьего типа:

Т. (озадаченно): Не могу понять, ты просто аморальна, или ты

выучила эти саморазрушительные, антисоциальные паттерны беспорядочных связей и закатывания истерик... Или ты слаба... Или твоё эго подорвано в результате существенной ранней эмоциональной депривации... Или ты просто ленива, или хронически зависима и не справляешься с эмоциональными нагрузками в повседневных делах...

К. (замолкает, чуть смущённо): Я думаю, что я аморальная, слабая и ленивая!

Т. (озадаченно): Да ну? А я не думаю, сестра, *я знаю!*

Пример 16

В качестве иллюстрации к приёму «выбери любую теорию» можно привести следующий пример. Взрослый мужчина извёл шестерых терапевтов и многократно госпитализировался. Помимо того, что он стал профессиональным больным, он был открытым гомосексуалистом и суицидником. Человек, отправивший его ко мне, заявил ему: «Обратитесь к Фаррелли. Он грубый, как сухарь, но может помочь вам».

Пример 17

Из первых бесед стало ясно: он хочет, чтобы я закопался в психогенез его конфликтов, пролил свет на их психодинамику, и, наконец, выдал бы максимум в 25 словах инсайт о его состоянии, который бы без всяких усилий мягко перенёс его в мир ментального здоровья, превратил бы его в страстного гетеросексуала, погасил бы его суицидальные наклонности и позволил бы ему с тех пор жить счастливо.

Т. (жалобным тоном): Я не могу сделать этого. Ведь я всего лишь социальный работник. Далее я заявил, что не уверен, что у меня получится, и спросил, в чем он сам видит проблему. Он ответил: «В том что я гомик!». Он пустился в рассказ о том, какой он плохой и долгое перечисление всех людей, которым он сосал член. Все это время я сидел, широко расставив ноги и заложив руки за голову, терпеливо выслушивая весь перечень его «грехов». Затем я, наконец, заметил: «Не знаю... Не думаю, что твоя главная проблема в твоей гомосексуальности».

К. (немедленно протестуя): И она тоже! Когда я иду по улице, то только и смотрю на промежность парней.

Т. (тревожно поднимает брови): Да? (Быстро скрещивает ноги, целомудренно кладёт руки на колени).

К. (со смехом): Сукин ты сын, мне это не нравится!

Т: Что тебе в этом не нравится?

К: То, что я не знаю, что ты выкинешь в следующий раз, а что еще хуже, так это то, что я не знаю, что скажу в ответ.

Т: (думая про себя): Окей, миссия выполнена. Я разорвал его привычный сценарий. Теперь попробуем по-моему.

В течение следующих десяти сеансов я всячески увещевал его продолжать вести себя в том же духе, насмехаясь над различными теоретическими обоснованиями его гомосексуальности. Примеры:

(1)Т: Возможно, у тебя неразрешенный Эдипов комплекс — твоя мать пыталась совратить тебя?

К: Ну, если считать приготовление печенья для всей нашей команды бойскаутов символическим выражением соблазна...

Т: Да, пожалуй, печенье и совокупление несколько отличаются. (внезапно догадавшись) Может, твой отец пугал тебя до усрачки?

Выяснилось, что его отец был мягким и душевным человеком, брал сына на рыбалку и охоту, но в то же время не вёл себя, как приятель. Не было свидетельств патологических запутанностей в семейной системе, которые могли бы объяснить его проблемы.

(2) Т. (защищаясь, используя «антропологический подход»):
Ну, у древних греков это бывало!

К: К черту греков! Со мной-то что, здесь и сейчас?

(3)В другой беседе я апеллировал к представлению, что каждый человек латентно гомосексуален, но и этот аргумент он отверг. Тогда я предложил идею, что гомосексуалы — это избранные люди третьего пола, что это отдельная раса, они

необычайно творческие и восприимчивы к таким тонким вещам, которые мы — посредственные бесчувственные деревья — просто не воспринимаем. Это он тоже не принял.

(4) Я стал исследовать гипотезу, что, возможно, он более эмоционально честен, чем мы, остальные, лжецы и приспособленцы. Он не только не согласился с этим, а принялся долго рассуждать о том, какой он лжец, намеренно уводящий людей от правды. Людей вроде его бывшей жены, которые могли бы рассчитывать хоть на какую-то честность.

Т: Ну, возможно, есть и другие факторы. Может, тебя совратил какой-нибудь более старший мужчина?

К: Нет, я сам начал, и сам совращал.

Гипотезы отменялись одна за другой. Позже он заявил, что снова вступил в отношения.

Т. («встревожившись»): Боже, что с ней не так? Очевидно, она отчаялась или больна, если выходит за такого фрукта как ты!

К: Вот и я так подумал!

Т: Ради бога, лучше скажи ей. (Пауза) Конечно, это непростое дело. И всё-таки, лучше скажи. Зачем причинять ей боль? С другой стороны, если ты ей скажешь, она быстро тебя сольёт!

К: Об этом я тоже думал. Но мне надо было убедиться, и я ей сказал.

Т: (с триумфом): И она бросила тебя!

К: Нет.

Т: (потрясенно): Она не в себе!

К: (смеясь): Я тоже так подумал, но она всё-таки хочет выйти за меня!

Т: Это доказывает, что ей точно нужна помощь!

Юмористический момент в этой истории — это то, что мужчина имел много приятных и даже восхитительных качеств, которых не видел в себе. (Это доказывает ошибочность терапевтических доктрин, что клиент знает

себя лучше всех). Как бы там ни было, его невеста смогла оценить его хорошие качества и полюбила его.

В конце концов, мы обсудили каждую гипотезу о его тяге сосать член.

Т. (бормоча себе под нос): Мы рассмотрели все. Остается только одна причина, почему он стал таким и отсосал у такого количества парней.

К: Какая, какая? Скажи мне.

Т. (не обращая внимания на клиента, продолжая бубнить про себя): Ну, ничего другого не осталось, все остальное мы исключили.

К. (гневно протестуя): Черт побери, Фрэнк, ты скажешь мне или нет?!

Т. («по-научному рассудительно», озадаченно нахмурившись): Вы допускаете, что у вас дефицит питательных веществ?

К. (ошарашено): Чего?!

Т. (с энтузиазмом, потеплевшим голосом): Ну, ведь помимо секрета простаты, это же чистый белок!

Наконец, пациент дошёл до сути (к черту психогенез, разбираемся с фактами!) и стал заметно меняться. Он даже пришел к боссу с требованием заслуженного повышения зарплаты. Босс сказал, что он заслуживает этого уже много месяцев, но он решил, что или он сам попросит его о повышении, или не получит его. Зарплата была практически удвоена, впоследствии он аккуратно и нетравматично оставил свои гомосексуальные похождения и спокойно следовал планам жениться на своей невесте.

На последнем, двенадцатом сеансе он стал рассуждать о дефиците питания и смеялся, качая головой. Он заявил, что эта идея «отпечаталась у него в мозгах». Он почувствовал, что может прекратить лечение, об этом говорили все его успехи. Последнее его замечание: «Ты бьёшь сильно, ты бьёшь ниже пояса, но если бы ты был слабенькой сестричкой, мы бы могли продолжать это годами. Никогда не забуду, сукин ты сын, твой «дефицит питательных веществ!».

Противоречивые послания

Вокруг концепции о противоречивых посланиях, а конкретно о двойных связках, есть много отрицательных коннотаций. И небезосновательно, так как Бейтсон (1956), Лидз (1960) и их соавторы показали, что они могут быть важными механизмами шизофреногенных семей. Представляется, однако, что в этой области исследования еще предстоит много концептуальной работы, ибо если этот коммуникативный паттерн достаточно мощный, чтобы свести человека с ума, возможно, он может стать инструментом исцеления.

К тому же, в отличие от шизофренической семьи, провокативный терапевт невербально «заземляет», укореняет пациента, подбадривает его и имеет целью помочь пациенту вырваться из этих двойных связок (их редко можно просто развязать), утвердить себя в отношениях, достигнуть психологической автономности и зрелой независимости.

В провокативной терапии мы настоятельно рекомендуем применять противоречивые сообщения. Помимо противоречивых вербальных и невербальных посланий, и сами вербальные послания могут быть правдивыми и неправдивыми одновременно.

Например, верно то, что вы, как клиент, продолжаете чувствовать и думать, а, значит, и действовать так, как вы это уже делаете. И возможно, что это неверно, так как вы хотите и намерены измениться. И вы демонстрируете явные и конкретные свидетельства этому. Иллюстрацией тому, как клиент проживает «правдивую и неправдивую одновременно» коммуникацию, может послужить заявление одного пациента: «Не знаю, верить вам или нет». И другого: «Вы серьезно? Я имею в виду, я и правда так думаю...»

Использование противоречивых посланий важно еще и потому, что они дают клиенту практику расшифровки коммуникаций и возможность научиться разбираться с реальностью смешанных посланий в личной коммуникации, за пределами терапевтических отношений. Более того, будучи правильно поданными, противоречивые сигналы могут оказать большое

влияние на поведение клиента, сделав его более ответственным и автономным.

На более приземлённом уровне, навык иметь дело с противоречивыми посланиями может оказаться для клиента важным и даже необходимым умением «различения», которое позволит ему действовать более продуктивно.

И последнее. В своих противоречивых сообщениях терапевт зачастую отражает клиенту мир, в котором существует клиент, полный противоречивых посланий, множества систем ценностей, мучительного разнообразия выбора и конфликтующих стилей жизни. Клиент должен выбирать из всего этого, применяя свою действующую систему ценностей с присущей ей внутренней целостностью. Провокативному терапевту вовсе не обязательно стараться предоставить ему такую систему ценностей, или даже просто быть последовательным. В действительности терапевт заявляет: «Не имеет значения, что однажды я сказал вот это. Сейчас я противоречу сам себе». Частенько он вообще высмеивает избыточную потребность клиента в согласованности. Пример:

К: (протестуя): Но на прошлой неделе вы говорили...

Т: (извиняющимся тоном): Простите, я хочу аннулировать своё утверждение и однозначно внести в протокол, что...

Обычная реакция клиента — заставить терапевта выбирать вместо него: «Ну, и что выбрать?» А терапевт, в свою очередь, говорит: «А ты сам как хочешь, раздолбай? Выбери сам, и создай из всей этой путаницы свою собственную целостность». Пример:

К. (плаксиво): Пожалуйста, Фрэнк. Скажи, нужно мне поменять работу?

Т. (с напором): Да, обязательно! (Пауза, выглядит уверенно): Нет, погоди, с другой стороны... Эм... (лицо светлеет, будто нашёл решение. Затем снова колеблется): Нет. Лучше подожди, пока я все для тебя разужнаю. Уж через два года я смогу тебе точно сказать...

К. (уходя, со смехом): Вот отстой, ты ведь никогда мне не скажешь!

Пример 18

Перечисление

Другой широко используемой техникой в провокативной терапии является перечисление. Терапевт не только заставляет клиента перечислять причины и поведенческую информацию, чтобы вызвать его самоутверждающие и ассертивные реакции, но и сам включается в «перечисление». Пример:

К. (устраиваясь на стуле, улыбается): На этой неделе все стало лучше!

Т. (подозрительно): Да ну? Назови три вещи. Первое? (загибает пальцы).

Вот пример, когда терапевт «перечисляет» клиенту. Пациентка — молодая особа, более 20 раз госпитализированная в течение пяти лет. Практически все были обусловлены психологическими причинами, включая попытки суицида (находилась в реанимации две недели в коме после принятия 300 таблеток), постоянно пыталась изувечить себя. И хотя она уже стала поправляться и значительно улучшила свою деятельность в рабочих контекстах, но все еще тяготела к мыслям о самоубийстве.

Т. (ноги на столе, попыхивает сигаретой, потягивая кофе, говорит кратко, приглашающим тоном): Разве это не прекрасно? Небольшое усилие, чуть-чуть боли, только положить в рот 300 таблеток, или просто один раз нажать на спуск, просто верёвку вокруг шеи и несколько минут удушья, или просто один шаг из окна пятого этажа — удостовериться, что на этот раз упадёшь не в кусты, а на асфальт.

Разве это не будет легко? А еще не надо волноваться, не залезла ли ты в четвёртый раз, и не надо будет делать себе аборт вязальными спицами, больше не придётся называть себя распутной девкой, потому что переспала с пятью парнями на прошлой неделе, что даёт общую цифру в 1005... Не надо больше резать себя, чтобы доказать бог знает что, не надо

больше проделывать эти сложные ментальные упражнения, заставляя их трахать тебя так жёстко, что потом ты наутро аж сияешь, правда еле ходишь (показывает на её пах)...

Никаких больше депрессий серым, зябким и дождливым утром, как сегодня (указывает через плечо на ветреную дождливую погоду за окном). Не надо больше волноваться, сдашь ли зачёт по программе, которую сейчас изучаешь, не будешь беспокоиться, что скажут папа с мамой, не будут доставать твои чокнутые так называемые друзья в любое время дня и ночи, здорово было бы, правда? Уснуть, глубоко и надолго...

Разве это не самое настоящее, непрекращающееся искушение? (пациентка поднимает глаза и почти незаметно кивает). И ты знаешь, как только уложат тебя покоиться глубоко в тёплую, мягкую землю, где нет разборок с финансовой компанией, не надо думать, как оплатить учёбу, не надо гадать, дать или не дать, никакой больше психотерапии, про которую ты говоришь, что ненавидишь её, но как часики уже два года ходишь; больше и ноги не промочишь (показывает на мокрые туфли клиентки) дождливым холодным утром; не будет больше болеть манда из-за того, что трахнулась с пятью мужиками 17 раз за неделю; не надо больше сочинять, что соврать родителям о том, что творится тут в городе, больше никаких решений и никаких забот. Трупы и мертвецы не беспокоятся о шрамах на теле (указывает на её шрамы от порезов), не парятся о том, что подумают люди, как они будут платить по счетам, не залетели ли они — ведь они не беременеют, исследования это убедительно доказали. Трупы не беспокоятся, что их промежность гниёт — у них все тело гниет. А еще трупам не надо отвечать на вопросы всяких врачей, от которых им тревожно. Трупы, моя милая (терапевт наклоняется и нежно гладит её по колену), трупы совершенно не тревожатся. Они просто спокойно, умиротворенно спят, спят, спят, спят...

К. (все это время смотрела в пол, губы плотно сжаты, локти на ручках кресла, рука прижата ко лбу, наконец поднимает взгляд и что-то бормочет).

Т. (тем же спокойным, еле слышным голосом): Что ты сказала, красавица?

- К. (погромче, но снова почти неслышно): Я сказала, заткнись.
Не хочу слышать всего этого!
- Т. (тепло улыбаясь, тем же нежным тоном): Но ты ведь думала и чувствовала это, верно? Уже много раз...
- К. (пристально глядя на терапевта, ровным тоном): Ты прекрасно знаешь, что да, черт возьми. Но может хватит уже перечислять, перечислять, и снова это все перечислять?
- Т. («ласковым уговором», наклонившись): Ну, милая, ты так думаешь, ты так чувствуешь, почему же не сказать об этом вслух?
- К. (громче, с напором): Черт возьми, я не собираюсь кончать с собой. Хватит про это дерьмо!
- Т. (наклонившись вперёд, поглаживая колено, почти соблазняя, очень «понимающе»): Но, дорогая, солнце, малышка, ты ведь всегда можешь это сделать, помни об этом. Это у тебя типа козырная карта, верно? Это всегда выход, правда?
- К. (гамма чувств на лице, улыбается, гримасничает, раздражается смехом): Да, да! О Боже! Что, блядь, со мной не так! (Кладёт руку на лоб, откидывается в кресле, и протяжно говорит): Не-е-е-ет, не собираюсь этого делать, ни за что. Слишком много я себе придумала запретов.
- Т. (откидываясь в кресле, выдыхает): Ты? Запретов? Ой, да брось. Мне сказали, что ты трахалась с 15 мужиками за последние 10 дней! Это так?
- К. (наклонившись вперёд, смущённо усмехаясь, стучит по столу кулаком): Вовсе нет! Их было пятеро!
Терапевт и пациентка вместе смеются.

Пример 19

Следующий пример тоже имеет отношение к этой главе, но он иллюстрирует и другие техники, речь о которых шла ранее (т.е. «объяснение», невербальное принятие, использование гипербол, конфронтации и т.д.)

К: Ну, я просто не считаю, что полезно говорить человеку что...

Т: (перебивая): Правду.

К: (игнорируя): Что он никчёмный.

Т: (протестуя): Да ну? (ударяет по столу) А что, по-твоему, лучше... Я тебе должен лгать или что?

К. (протестуя): Ну а вы не думаете, что во мне есть хоть что-то хорошее?

Т (возражая): Но... Я подумал, ты сказала «в людях». Я хотел сказать, конечно, я верю, что в людях есть хорошее, иначе я б с ними не работал... Но есть люди, а есть ты, смекаешь, о чем я?

К. (чуть вяло): М-р Фаррелли, я не...

Т. (перебивая) Ну, назови хотя бы три хороших качества в себе. Я ведь уже раз просил тебя.

К. (после паузы): Ну, я живая.

Т. (вздыхает с отвращением).

К. (тихо смеётся)

Т: Ну, не знаю даже... Ты... Как по-твоему, это — благословение или проклятие?

К. (бесцветно): Это — благословение.

Т. (после паузы): *Твоя* жизнь?

К: Не моя жизнь.

Т: Ну вот, это я и хочу сказать... Видишь?

(Пауза, откидывается в кресле) А для некоторых людей, знаешь, целая трагедия, когда они умирают, потому что люди *скупают* по ним, они *нужны* людям, они хотят чтобы те были рядом... И знаешь... Настоящий подарок просто знать их. Понимаешь меня? Ну, а есть ты...

К: Хотите сказать, лучше бы я умерла.

Т. (смеясь): А ты так не думала? *Конечно*, разве не помнишь, как нашла все эти таблетки и пошла... в гараж и начала... Понимаешь, к чему я клоню? Ты *думала* об этом, не так ли?

К: Да, думала.

Т: Ты подумала, что другим будет лучше без тебя?

К. (тихо): Да.

Т: Понимаешь, о чем я? (отклоняется в кресле и шлепает по колёну резинкой)

К. (пауза): Но не думаю, что моим детям будет лучше, если я умру прямо сейчас.

Т. (закуривает); Ну, или им будет лучше без тебя... Ну или... ты не хочешь, не... должна... обязательно... умереть. Но им будет лучше без тебя. Это ты имеешь в виду?

К: Я сама должна принять решение.

Т. (пауза): Какое решение? Они уже без тебя.

К: Они уже без меня живут, но это временно так вышло.

Т. (пауза, меняет подход): Ты, как думаешь, — хорошая мать?

К. (спокойно): Я не была... Я была очень плохой матерью.

Т: Видишь, видишь? (Пауза, кашляет) На днях я тебя спрашивал и сейчас спрошу: назови три хороших, стоящих своих качества. Ты жива?! Об этом мы уже поговорили, это сомнительно, попробуй еще...

К. (ухмыляется): Ну...

Т. («удивляясь»): Ты улыбаешься! Что?!

К. (смеясь): Вы надо мной прикалываетесь иногда!

Т: Что значит, «прикалываюсь»? Ты меня конкретно забавляешь (смеётся), если хочешь знать правду.

К: Что делаю?

Т: Смешешь. Ну, ты поняла!

К: (недоверчиво) Да, конечно.

Т. (смеётся): Ага-а...

К. (вздыхает)

Т. (улыбаясь): Да...

К: Хорошо, например, я физически здорова.

Т. (вздыхает с отвращением): Ну хорошо. Но что это за здоровье, если у тебя с головой проблемы?

К. (почти одновременно): Я... Мне не надо проходить интенсивное медицинское лечение, я...

Т. (устало соглашается): Да... Физически ты здорова, твои внутренние работают...

К. (несколько непонятных слов типа «Окей, я могла бы...»)

Т. (не обращая внимания): Знаешь, у тебя нет трудностей с мочеиспусканием (зевает). Окей, (показывает на неё), у тебя *есть тело. Живое* тело... которое не требует большого внимания. Великое дело! А что еще?

К.: Ну...

Т. (недоверчиво): Ты хочешь и это *засчитать*? Как что-то действительно ценное, значимое о себе. Это хочешь зачесть?

К: Да, что я физически здорова!

Т. (покорно): Хорошо, засчитывается. Черт, раз с таким трудом мы ищем три хорошие вещи, пусть это будет. Продолжай!

К: (слабо протестуя): Но у меня есть двое очень, очень... очень красивых деток.

Т. Это да, тут я согласен. Я видел их фотографию, ты показывала, но знаешь... Что в этом про тебя-то? Возможно, это заслуга твоего мужа! Наверное, он... в порядке, да?

К. (качает головой)

Т. (удивленно): И он дисфункциональный!

К. (спокойно): Уже полтора года не работает.

Т. (быстро): Наверное, нет необходимости, с его-то деньгами.

К. (цинично): Да...

Т: Сколько же он унаследовал?

К. (пауза, вздыхает): Не знаю, он не говорит мне о своих финансовых...

Т: Но ведь ты не хочешь, чтобы семейными финансами распорядился... безответственный, незрелый мальчик, а?

К. (пауза): Но большую часть он уже истратил, это я знаю.

Т: Тогда однажды ему придётся вернуться на работу.

К: Если сможет.

Т. (зевая): Да, может быть... Не знаю, он может закончить в психушке или типа того. Разве он уже не лежал однажды?

К: Он лежал месяц в... (называет больницу).

Т. (не заинтересовавшись): А, там...? Они подзарядили его там, наверное. С электричеством и жить бодрей! (пародирует рекламный слоган)

К: Нет, его электрошоком не лечили.

Т: Нет? (Пауза). Ну ладно, давай, ты собиралась назвать три хороших качества в себе. Ты говоришь, двое детей. А я имею ввиду тебя лично.

К: (пауза).

Т: Ты там хихикаешь что ли?

К. (тихо): Нет, я думаю.

Т: Ты думаешь.

К. (пауза): У меня есть *желание* вылечиться, мистер Фаррелли.

Т. (кашляет, пауза, насмешливо): Ах если бы, ах если бы! Если бы, да кабы, во рту выросли грибы! Слыхала такое?

К. Да.

Т. Поговорка такая.

К. Угу.

Т (передразнивая её тон). Хотела б я, чтоб я могла поправиться... Хотела б я поправиться....

К (громко, с чувством) Я хочу быть здоровой!

Т. (Так же громко и эмпатично): Хорошо, ты хочешь (пауза). И что? Все, что ты говоришь — бессильное «Я просто желаю»...

ведь тоже хотела быть здоровой, когда первый раз попала в больницу?

К. (тихо): Конечно.

Т. (быстро продолжая): А во второй раз ты тоже хотела вылечиться?

К. (ровно): Да.

Т: В третий раз ты тоже хотела вылечиться?

К: (пауза)

Т. (агрессивно): Я не слышу.

К. (раздражённо): Да.

Т: Разве ты не хотела вылечиться в четвёртый раз?

К. (тоном «побитой собаки»): Да.

Т: Разве ты не хотела вылечиться в пятый раз?

К. (не отвечает).

Т. (прямо): Не слышу.

К. (сердито): Да!

Т: И вот! Шестая госпитализация, и я прошу тебя назвать что-нибудь стоящее и хорошее в тебе, а ты говоришь: «Я хочу вылечиться». Очевидно, твои желания и хотелки... Ни к чему не ведут. Ну, так что ты хочешь посчитать? «Я физически здорова и у меня бесполезное желание в шестой раз вылечиться». Ты это хочешь сосчитать?

К.(обессиленно): Если бы я не хотела вылечиться, я не думаю, что смогла бы. (Вздыхает).

Т. (громко): Ну так ты и не смогла! Ну (издевательски), некоторое улучшение симптомов, но очевидно, что главная проблема все еще тут, и так и не была решена. Ты выглядишь такой отлетевшей каждый раз, когда я говорю об этом. Как безжизненный пупсик или типа того...

К. (пауза, ровно): Я начинаю злиться на вас.

Т: («невинно»): Что ты начинаешь? Что ты имеешь в виду,

злиться на меня?

К. (очень раздражённо): Потому что я вам так конкретно не нравлюсь, а как мне может нравиться тот (Т. коротко смеётся), кому я не нравлюсь?

Т. (протестующе): Ну, нам и не надо «любить» друга. Я всего лишь говорю «будь разумной».

К. (протестующе): Окей, я стою перед... ужасным фактом, что я настоящая катастрофа.

Т: Ну...

К: Теперь я... Я не хочу оставлять все это так. Не хочу так!

Т: В тебе что-то происходит?

К. (глубоко вздыхает): Да-а!

Т: (смеётся).

К: Что-то должно, м-р Фаррелли.

Т. В смысле...

Т. Должно меняться, я не могу позволить моей жизни оборваться сейчас.

Т. (рассудительно): Ну так тоже можно, самые разные люди так поступают.

К: Я-я...

Т. («понимающе»): Ты можешь! Вот посмотри, тебе нужно понять. Конечно, ты можешь позволить жизни прекратиться. Понимаешь? По факту, ты почти прекратила её сама в какой-то момент.

К. (тихо): Да.

Т: И сколько тебе было, когда ты совершила попытку суицида?

К: Примерно два-три года назад.

Т: Три года назад! Тебе было тридцать четыре. Жизнь почти прекратилась в тридцать четыре, а ты приходишь и заявляешь: «Не могу расстаться с жизнью в тридцать семь». На причину не тянет. (Пауза. Стук в дверь) Конечно, ты можешь

прекратить все это сейчас. Понятно? (Идет к двери, открывает. Другая клиентка у двери говорит поспешно: «У них нет места для меня, вы говорили с ними?» Терапевт говорит кратко: «Нет»

ДК: «Они забрали её домой, и я не знала.»

Т: «Значит тебе надо подождать автобус и иметь пять долларов»

ДК: «А он еще не приехал?»

Т: «Нет».

Т: «Как только появится, я сообщу, ты будешь первая, кто узнает».

ДК: (расстроено): «А, ну ладно. (Т. закрывает дверь) Пока. Работайте».

Т. (устало возвращается, садится за стол): Ну что, за старую песню? «Не могу расстаться с жизнью». Сможешь! «Не могу провести остаток жизни в больнице». Конечно сможешь. Нет ничего невозможного!

К. (подавленно): Перспектива не из приятных.

Т: Ну? Ну это совсем дру...(зевает) другое дело, видишь?

К. (нараспев): Очень хочу вести продуктивную жизнь, м-р Фаррелли.

Т. (утомлённо «перечисляя»): Ты хочешь, желаешь, ты жаждешь. Было бы здорово, если бы... видишь? Все у тебя вот так, верно?

К: Конечно, но...

Т: А ты вела... эту продуктивную жизнь?

К. (колеблясь): Нет.

Т. (разводя руками): Да, произвела двух детей, но...

К. (подавленно): Это ничего не значит.

Т. (быстро): Да... я...

К: Пока я не стану заботиться о них.

Т. (смеясь): Ага! Наконец! Рад, что ты сказала это. Рад, что ты сама добавила, а то мне бы пришлось. Ты очень хочешь, и желаешь, и очень мотивирована — в наше время так говорят. Видишь, ты в курсе. И говоришь: «Я *желаю, страстно* хочу быть полноценным человеком». (Жест в сторону клиентки)
Но посмотри на себя!

К. (раздраженно): Хорошо, посмотрите на меня.

Т: Иногда сложновато это, знаешь... (вздыхает, делает паузу, протягивает руку и касается её руки, опуская её с лица)

К.: отдёргивает руку и сжимает в кулак.

Т. («невинно»): За что ты сердишься на меня? Ты выглядишь...

К. (тихонько смеётся)

Т. (смеясь): Ты смеёшься!

К. (смеётся).

Т. (смеясь): А зачем ты отводишь руку? Буйствовать будешь?

К. (ухмыляясь): Нет! Но я не люблю, когда вы кладёте свою руку на мою!

Т: О, даже пальчиком не трогать?! Я не должен был... Просто хотел убрать твою руку от лица. (К. ухмыляется). Ты опять улыбаешься! Ты же не сердишься, правда?

К: Ну, я... Если... Я... Вы мне так же не нравитесь, как и все остальные, м-р Фаррелли.

Т. (смеясь): Ты же не знаешь всех людей! Одинокая волчица, как ты... А ведь и правда, ты, *как* одинокая волчица.

К. (разочарованно): Да.

Т. (смеясь): Еще одна волчица! Надо это записать, а то всех не запомнишь. Но неадекватно...

К. (беспокойно): Вы записываете это?

Т: Да, это надо делать. Но знаешь, неадекватная, нехорошая (К. вздыхает), умная, но действующая тупо, незрелая, неорганизованная, безответственная одинокая волчица! (пауза) Опять это отсутствующее выражение лица. Что случилось?

К. (бессильно): Ну...

Т. (передразнивая её тон и выражение лица): Ну... это я. (смеётся) Слава богу, это — ты, а не Я. (Пауза) Что «ну»? Пока не запрягла, не нукай!

К. (пауза, слабо): Ну что мне с этим делать? Я все время об этом думаю...

Т. («ошеломленно»): Ё-ё-ё-моё... Вот блин... Это... Вот это да. (присвистнул от удивления)

К. (задумчиво, еле слышно): Что мне теперь делать?

Т: Если бы я был на твоём месте, я бы не парился, а то спал бы плохо.

К. (повышая голос): Но я и *так* не сплю!

Т. (раздражаясь смехом): Вы только посмотрите. Ха-ха! Черт меня побери! (К. смеётся) И ты смеёшься. Почему?

К: (хихикает) Ну просто, потому что вы смеётесь.

Т. (смеясь изображает себя и клиентку): У-ха-ха! Знаешь, если бы я... Я был на твоём месте, и у меня была бы такая проблема в виде меня, я бы тоже не спал ночами. (передразнивает) «Но я и так не сплю». Ну это логично. Что теперь делать? Кто знает?

К: Я так больше не могу.

Т. (громко, уговаривая): Нет можешь, в этом весь смысл, конечно можешь! и все тут, должна. Ты это сколько делаешь уже... Когда же это было, сколько лет прошло с твоей первой госпитализации?

К. (безучастно): Когда мне было двадцать два.

Т. (твёрдо): двадцать два, а сейчас тебе тридцать семь. Уже пятнадцать лет ты ничуть не меняешься, если не дольше. Правильно?

К. (не реагируя, безучастно смотрит перед собой).

Т. (водит рукой туда-сюда у её лица, внезапно): Эй?

К. (ударяет его руку, раздраженно): *Не делайте этого!*

Т: Не водить рукой перед лицом? Ты выглядишь отлетевшей, не знаю, где ты сейчас, как будто за миллион миль отсюда!

К. (слабо): Ну... Я...

Т. (с триумфом): Отмороженная! Вот опять. Ну, брат...

К. (наконец взрывается сердито и громко): О боже! Вы называете меня всякими именами как по книжке? Не думаю, что вы на своём месте, раз вы так не любите душевнобольных!

Т. (источая «резонность»): Почему же не люблю, они мне *нравятся*, поэтому я *выбрал* такую работу.

К. (озадаченно, но еще раздражённо): Ну, уверена, что я не нравлюсь вам, м-р Фаррелли.

Т. («изумлённо»): Разве можно меня в этом обвинять?

К. (громко протестуя): Но что-то хорошее ведь должно во мне быть!

Т: Назови три вещи. Да хоть одну! «Мои дети» ... Они больше не с тобой. «У меня здоровое тело». (утомлённо): Ну-у... и что? Что еще? Ты... можешь еще что-то придумать?

К: Я хочу вылечиться. У меня есть желание измениться. Я хочу быть...

Т. (перечисляя): Я хочу, я желаю.

К: Быть...

Т. (саркастически, игнорируя её): «Я б хотела».

К. (продолжая): Прожить хорошую *жизнь* и...

Т. (недоверчиво фыркая).

К. (стараясь продолжить): И...

Т: Если ты не в курсе, просто заявлять «во мне есть что-то хорошее» недостаточно...

К. (с очевидностью): В каждом есть что-нибудь хорошее... (заканчивает тихо), мистер Фаррелли.

Т. (насмешливо): Ох-х, ну... Отличное наблюдение! (ободряюще) А ты это, видишь хорошо?

К. (тоном «побитой собаки»): Да, хорошо.

Т: Так, сколько пальцев я загнул?

К: Два.

Т. (ободряюще): Два. Ну вот, хорошее зрение. А какого цвета моё пальто?

К. (смотрит, куда показывает Т): Эм-м, оно какое-то серовато-черное.

Т. (тепло): Ага! Ну что за зоркий глаз! Слух у тебя, очевидно, в порядке... Волосы не выпадают... Ты знаешь... Органы чувств у тебя в порядке... И эта шерсть на черепе тоже... А вот голова... И мозги внутри... Вот блин... (устало вздыхает).

К. (озадаченно): Вы заставляете меня... Чувствовать себя даже хуже.

Т: Как это может быть? В смысле как ты можешь себя чувствовать хуже, чем... сейчас?

К: Потому что... Вы человек, у которого большой опыт в этой области, и который встречался со многими... больными людьми.

Т. (прерывая): Верно, несколько тысяч.

К. (продолжая): И... вы чувствуете... Что я безнадежна?

Т. (вздыхает): Ну, а ты не чувствуешь этого?

К. (просветлев): Да, но моё восприятие...

Т: Ну, такое.

К: Моё восприятие... может быть искажено...

Т: С другой стороны, и это куда более правдоподобная гипотеза, что это твоё видение, а ты ведь знаешь себя как никто другой. И твой собственный взгляд на себя — единственный логичный, рациональный, разумный взгляд, который может быть. В свете твоей жизни, ну знаешь, твоей ситуации, твоего функционирования, а если быть точным, нефункционирования, понимаешь о чем я?

К: (ошарашенно) То есть я признана настолько упоротой?

Т: О, ну да, с этим не поспоришь. Мы ж не собираемся об этом спорить, не так ли?

К. (колеблется): Нет.

Т. (заключает): Хорошо. Мне всегда тепло и приятно от мысли...

К. (прерывая, саркастически): Да, конечно, приятно.

Т. (заканчивая): ...когда люди соглашаются со мной («удивленный», что К. прерывает) А тебе разве нет?

К: Когда люди соглашаются со мной?

Т: Да. Знаешь, когда есть такое единство мнений!

К. (осторожно): Смотря какие мнения.

Т: Ну, мы с тобой насчёт тебя согласились.

К: Да. Но вы думаете, что это неизменно, а я не думаю, что это навсегда.

Т: Ну, считай да, полупостоянно, это ж уже последние пятнадцать лет или около того длится, так?

К (пауза, хныча): Но я все еще не сдалась, м-р Фаррели.

Т: Это только показывает, до чего некоторые люди упорны... В голове у них только одна идея, и ни единой другой альтернативы. Неправда, что ты не сдалась, ты сдавалась ежедневно на протяжении бог знает какого времени. Черт возьми, ты уже почти сделала это, сделала в тот раз, когда взяла все эти таблетки и завела машину в гараж... И что, скажешь, что ты не сдалась?

К. (безропотно соглашаясь): Значит, сдалась...

Т. (с триумфом): Ну вот!

К. (быстро): Но...

Т. (бомбардируя): Разве ты не сдалась, когда... Этот развод.

Разве ты не сдалась, когда бросила заботиться о детях задолго до того, как твой брат забрал их? (Звонит телефон), ты постоянно сдаёшься, ибо знаешь... Конечно, ты сдалась. (Отвечает, разговаривает, кладёт трубку, откидывается в кресле, вздыхает). Так о чем это мы... А! В тебе что-то должно быть

хорошее.

К. (просветлённо): Конечно.

Т. (пауза): Ну, и что?

К. (твёрдо): Я точно поняла, почему я всю жизнь такая больная. Это потому, что я смотрю на себя, как на... Я считаю себя человеком, у которого нет ничего хорошего.

Т. («рассудительно»): А ты не думаешь, что тому есть веские доказательства?

К. (слабо протестуя): Ну, я... я ведь не родилась такая.

Т. («серьёзно»): Откуда ты знаешь? Откуда... (смеётся).

К. (ухмыляясь): Ну, я уверена.

Т. (смеясь): Ты смеёшься?

К. (смеётся)

Т. (ухмыляясь): Ты смеёшься.

К. (тихо смеётся): Да, смеюсь.

Т. («изумлённо»): Ну, откуда тебе знать! Ты просто делаешь эти безапелляционные заявления... Не проверяя основания. Откуда тебе знать, что ты не родилась такая?

К. (неуверенно): Потому что я... когда я смотрю на младенцев и детей, я знаю, что они хорошие.

Т. (саркастически и цинично): Ты знаешь, что они хорошие! Когда смотришь на младенца, говоришь: «Один шанс из десяти, что этот малыш проведёт часть жизни в психушке».

К. (пауза): Нет, я не думаю об этом, когда смотрю на ребёнка...

Т. (ровно): Не думаешь.

К. (мягко): Я смотрю на ребёнка...

Т. (ровно): Ты смотришь на девочку и говоришь: «Один из...»
Ну, что-то вроде — «один к семнадцати, что она забеременеет до того, как выйдет замуж».

К. (спокойно): Ну так я не думаю...

Т. (протестуя): Ну вот! Ты просто об этом не думаешь! Смотри на это правильно. (пробует другой подход) Ты не родилась такой? С *такой-то* матерью... А её история... Может быть, у тебя оказались перепутаны хромосомы? Знаешь, слабые гены.

К: Нет, нет.

Т. (твердо): Самая слабая из всего помета.

К: Нет, это не наследственное.

Т: Не наследственное. (Поджигает сигарету) Ну, хорошо. Они (т.е. Её родители) испортили тебе жизнь.

К: Ну, я росла с мыслью, что со мной что-то не так, что я ничемная.

Т: Ну последующая история, конечно, подтвердила твою веру в себя, не так ли?

К. (не отвечает).

Т. (резко): Не слышу тебя.

К: Я до этого... я ... Я говорила, что в моей жизни было не слишком много приятных вещей.

Т: Вот те на! Ты не удалась, как мать, не удалась как... жена, и не удалась, как человек.

К. (с раздражённым недоверием): Зачем вы продолжаете это повторять?

Т: Черт возьми! Ты не удалась даже как больная, правда?

К. (не отвечает).

Т: Ведь так?

К: А что должна больная делать?

Т: Так или нет?

К: Ну, временами я делала успехи...

Т: А-а-а, ну да, иной раз, ненадолго, временно...

К: Но если для меня нет никакой надежды, как же быть с

детьми?

Т: А, ну, знаешь, это самое... Эх... (вздыхает)... если бы мы смогли просто ослабить твоё влияние на них, может...

К: «Ослабить?». Не понимаю, что....

Т: Смягчить, разбавить... Противостоять ужасному влиянию, которое ты на них оказала. Может быть, они заслуживают шанса.

К: (невозмутимо) Вау, вы довольно жестко выразились!

Т: Ну, а ты разве не думала об этом... Что им было бы лучше без тебя... И знаешь, что конечно... Им нужен был кто-то более стабильный, и зрелый, и умственно здоровый. Ты так не думаешь?

К: Думаю.

Т. («здраво»): Ну вот, я об этом и говорю, милая.

К: Окей. Но что мне делать с детьми?

Т. (присвистнул от изумления)

К: Я и спать не могу ночами...

Т: Хах!

К: ...поэтому

Т: Ну да... Похоже, мы не можем спасти родителя, но, по крайней мере, можем попробовать что-то сделать с малышами, так?

К: Ну, не знаю...

Т: Что? Почему опять слезы в глазах?

К. (контролируемым голосом): Да, у меня в глазах слезы.

Пример 20

Глава 4. Юмор и провокативная терапия

Размышляя о разных моделях поведения психотерапевта (например, о роли целителя), подумайте и о роли придворного шута. Как известно, шут игриво комментирует короля, его приближенных, государственные дела; он колко притворствует, переворачивая вверх тормашками события жизни людей.

А вот наш пациент, скажем так, страдающий от тяжести. Жизнь для него — тяжелая ноша, его личность — загадка, и все же, если посмотреть со стороны, все кажется очевидным, а в проблемах нет ничего особенного.

Безусловно, именно в боли и ощущении ужасного провала, в конечном итоге, он должен обнаружить смех среди привычных слез и узреть собственную нелепость.

Без всякой непочтительности к ним обоим — и он, и терапевт живут, увязнув в серьезности.

Фишер, 1970



Студентам часто приходится напоминать, что если во время терапии клиент не смеётся хотя бы часть времени, значит, терапевт занимается не провокативной терапией, а то, что он делает, временами может оказаться деструктивным. Юмор играет центральную, решающую, ключевую роль в провокативной терапии; он поощряется и необходим, это не просто побочное дополнение к «настоящей работе».

В повседневной жизни юмор и его проявление в виде смеха — такое повсеместное явление, что мы почти его не замечаем. Однако, в контексте психотерапии большинство терапевтов одолевает серьёзность. На ранних стадиях лечения пациенты иногда смеются, но весьма часто это рассматривается терапевтами, как неуместное: своего рода фасад или защитный механизм, который нужно нейтрализовать соответствующими противоположными комментариями, чтобы можно было приступить к серьёзному лечению. Возможно, первым был Фрейд, и поступил он в этом смысле весьма типично; он написал очень проницательный научный труд о юморе (1928), но в своей работе с пациентами юмор не применял.

Юмор — это ценный опыт для понимания и взаимодействия с человеческой средой. Взгляните, как противоречия биологии, культуры и техники сталкиваются с психологией отдельной личности. Эти взаимодействия редко можно наблюдать в течение долгого времени, и они часто вызывают какую-то неконкретную тревожность. Справляясь с этими проблемами и присущими им тревогами, человек постоянно вынужден иметь дело с ответственностью и ограничениями.

Учтите также, что реальность постоянно меняется, а значит, должно меняться и наше восприятие реальности, разумеется, если мы хотим действовать адаптивно. Проблема в том, чтобы соблюдать баланс и нужную перспективу, и именно здесь юмор может сыграть решающую роль.

Это иллюстрирует пословица: «Люди смеются, чтобы не заплакать». Многие люди интерпретируют её в том смысле, что юмор может сбивать с толку человека, пытающегося справиться с печалью, которая прячется за юмором. Не споря с такой трактовкой, отметим и другую, а именно, что если некто держится за идею, убеждение или свой способ восприятия слишком

долго или слишком ригидно, это скорее всего приведёт к неприятностям и слезам. Таким образом, мы нуждаемся в различных точках зрения, которые может дать юмор. Он становится механизмом безопасности, который позволяет нам поддерживать равновесие, перспективу и оптимальную психологическую дистанцию в нашей многообразной жизни. Яркий пример — постоянный конфликт мысли и чувства в нашей жизни. Чрезмерное обдумывание может запросто снизить глубину наших чувств; а избыток чувств с легкостью может препятствовать нашему мышлению. Ни сверхинтеллектуальный рационализатор, действующий как перегруженный компьютер, ни жуткая истеричка, движимая «настоящими чувствами» не являются примерами оптимального функционирования человека.

Юмор и игра — вот два способа, которыми мы отмеряем пропорции мыслей и чувств. Почти невозможно чувствовать себя изолированным и замороженным во время игры или спонтанного смеха. Юмор может помочь человеку найти нужную психологическую дистанцию, которая дает возможность сбалансированно взаимодействовать с переполняющими чувствами и иррациональными идеями.

Мы не имеем в виду отрешённую дистанцию шизофреника, или далекую дистанцию, которую выбирают те, кто чрезмерно боится близости в личном общении, или сверхинтеллектуалов, которые держат чувства на расстоянии вытянутой руки. Мы говорим о дистанции, которая предоставляет обзор, дает нам возможность наблюдать и критически воспринимать свои чувства, идеи и поведение, и, таким образом, реагировать более адаптивно.

Недавно, с появлением новых техник терапии, которые фокусируются на теле (гештальт-терапия, биоэнергетика, рольфинг и т.д.), возник еще один внутриличностный аспект юмора. Эти техники порой демонстрируют весьма мощные результаты. Если принять идею, что сдерживание чувств — это мышечный феномен, или что психологические конфликты выражаются через весь организм в целом, то заслуживает внимания польза смеха на физиологическом уровне. Ибо отдельные виды смеха довольно схожи с оргазмом в том, как они освобождают от психологического напряжения, а также

в произвольной, неконтролируемой тяге к завершению. Поэтому на многих уровнях юмор может оказаться полезным, освобождающим опытом.

Другой важный глубоко личностный аспект юмора связан с индивидуальным ощущением реальности и с её концептуализацией. Реальность существует независимо от нашего аппарата восприятия, и ни один человек не может воспринять и постичь реальность целиком и полностью. На самом деле, у нас есть существенные сложности с корректной обработкой значимой сенсорной информации, затрудняющие адекватную и уместную реакцию в различных ситуациях.

Подобным образом, наши концепции реальности временами являются лишь произвольными логическими абстракциями, которые нельзя путать с самой реальностью. В конце концов, наши органы чувств обеспечивают нас ограниченными видами информации, а наши творческие силы интерпретации и комбинирования изменчивы и ограничены. Тем не менее, о наших концепциях, пусть и нескольких произвольных, всегда нужно судить в терминах полезности и предсказуемости. Чтобы поддерживать их использование с максимальной выгодой, необходим оптимальный уровень текучести между восприятием и концептуализацией. Юмор представляет собой инструмент именно такой гибкости и переоценки.

Каким образом юмор влияет на восприятие и концептуализацию реальности, более детально можно проиллюстрировать на примере анекдотов. Рискуя чрезмерно упростить, можно сказать, что анекдот, как правило, состоит из двух частей: установки контекста и развязки. Внутри установленного контекста кульминационная часть реализует один из своих главных эффектов — внезапный переворот контекста и привнесение в картину совершенно новых элементов.

Эта мгновенная неконгруэнтность разрушает и приостанавливает нормальное восприятие. Реальное и нереальное соприкасаются. Фантазия и метафора тесно переплетаются с переосмысленной информацией. И именно смех сигнализирует о том, что это произошло. В развязке анекдота правила реальности временно перепутываются, и шутка даёт толкование какому-то из множества многоуровневых процессов, постоянно сопутствующих тому

или иному уровню абстракции.

В любой момент существует бесконечное количество уровней абстракции, которые можно совместить, таким образом «снося крышу», увеличивая осознанность, и за счёт неконгруэнтных смещений создавая у человека, воспринимающего шутку, момент неопределённости. Неопределённость может быть очень полезной, когда она заставляет человека либо тщательно переосмыслить своё поведение, отношение и понимание реальности, либо взглянуть на их с другой точки зрения.

В терапии функционально это происходит в виде конфронтации, когда пациент осознает, что он одновременно и слушатель, и мишень шутки, имеющей к нему отношение.

Развязка шутки раскрывает многоуровневую природу реальности, меняя местами скрытые и явные значения, контексты и уровни абстракции (подобно замене фигуры и фона в гештальт-терапии). Взвешенная оценка и клиническое чутье играют очень большую роль в терапевтическом использовании юмора. Использование юмора становится терапевтическим, когда предлагаемые терапевтом скрытые смыслы шутки имеют глубокое личное отношение к клиенту. Юмор используется в терапии также для приведения к непосредственному чувственному переживанию, а еще чтобы освободить творческое воображение клиента при мозговом штурме для поиска решений проблем.

От рассмотрения внутриличностных аспектов юмора перейдём теперь к рассмотрению межличностных аспектов, поскольку юмор — уникальное социальное явление. По самой своей природе юмором мы всегда делимся с другими людьми. Даже проживая нечто смешное в изоляции, человек скорее всего сохранит это в памяти, чтобы поделиться с кем-то в будущем. Люди также больше смеются, когда они с друзьями, а еще через юмор они получают «поглаживания» от общества.

Но людям также свойственно соревноваться и заботиться о своём положении по отношению друг к другу, юмор идет в дело и в этих стычках. С помощью замаскированных орудий юмора именно в межличностной сфере

происходит соперничество в таких важных вопросах и терапевтических темах, как нападение-отступление, победа-поражение, доминирование-подчинение, превосходство-неполноценность, дистанция-близость.

В межличностном плане юмор есть форма игры. Проблема взрослых в том, что их игра часто становится угрюмой или слишком быстро деградирует в серьезность. В качестве иллюстрации можно обратиться к американскому футболу, который, вероятно, начинался с игры неопытных участников на пустыре, а превратился в серьезный большой бизнес на профессиональной основе. Теперь в нем, в отличие от игры на пустыре, появились более чётко обозначенные роли, и полузащитник не может стать квотербэком¹¹ даже на короткое время без катастрофических результатов для игры. Так и творческая фантазия и воображение идут на убыль с ростом серьезности, а это, к сожалению, зачастую приводит к тому, что взаимоотношения и роли становятся более жесткими, становится меньше возможностей их сменить. Чтобы достигнуть оптимального душевного здоровья, взрослым нужно снижать свой уровень серьезности и вырываться из чрезмерно жестких точек зрения и близорукого видения реальности, задействуя воображение.

Игра, во многом как и психотерапия, включает три элемента:

(1) «основное» поведение (т.е. серьёзная борьба или соревнование, настоящий бой, из которого игры и родились);

(2) метафорическое поведение (т.е. аналогичное, но не такое опасное, или имеющее другую модальность, например, фехтование или вербальные стычки);

(3) метакоммуникация (т.е. какое-то невербальное поведение или контекст, изменяющее привычное значение игры или вербальных посланий).

Шутливое личное взаимодействие — это одна из форм игры, которая

11 Нападающий, атакующая роль в американском футболе

может либо начинаться из игрового контекста, либо в какой-то момент внезапно перемещается в игровой контекст. Игровой контекст обозначает, что данный процесс коммуникации имеет иные значения и смыслы, нежели те, что обычно приписываются его содержанию. Точно так же, как в игре создаётся «реальная» фантазия или метафора реальности, так и юмор одновременно становится парадоксально реальным и нереальным (Фрай, 1963, с. 146).

Метакоммуникативные аспекты игрового контекста в провокативной терапии так же важны, как и в игре. Они реализуются с помощью невербальных маркеров, таких как подмигивание, насмешливо серьезное отношение, диалект, или сам контекст. И тем не менее, рамка «это не по-настоящему» внезапно стирается, когда чувствительный юмор терапевта оказывается довольно-таки «реальным» и имеющим отношение к клиенту, и тот вдруг понимает — «а шутка-то про меня».

Рассматривая теоретические аспекты юмора с межличностной точки зрения, следует упомянуть еще одно качество: юмор убедителен и действенен. Он оказывает влияние. Он меняет мышление людей. Подозреваем, что его неотразимость исходит из глубоко парадоксальной природы нашего существования. Люди более внушаемы и податливы во время «оргазма» от смеха. Мы полагаем, что юмористическое утверждение запоминается не хуже, чем серьезное. Юмор продолжает оказывать влияние на нас и по прошествии времени. Это мощный инструмент межличностного общения.

Хотя мы и не претендуем на то, что все вышеизложенное — исчерпывающий анализ предмета, кажется важным предоставить какие-то общие теоретические принципы для понимания использования юмора в провокативной терапии. Мы хотим снова подчеркнуть, что студентам необходимо напоминать о том, что *если их клиент не смеётся хотя бы иногда, значит, они проводят не провокативную терапию*. Однако провокативная терапия — это не просто развлечение на часок. Юмор провокативного терапевта имеет далеко идущую цель — выйти за пределы просто смеха, заставляя клиента в прямой и открытой манере обратиться к личным проблемами и переживаниям.

Все терапевтические системы явно или косвенно имеют дело с природой терапевтических отношений, и большинство из них подчёркивают важность личного вовлечения со стороны терапевта. Это ключевая идея и в провокативной терапии, но достигается это совсем другими способами. Вдобавок к тому, чтобы быть тёплым, добрым и дружелюбным, провокативный терапевт также реализует это посредством гнева и юмора. Юмор в провокативной терапии является одним из главных терапевтических средств невербального выражения тепла и положительного отношения. Мы склонны ассоциировать смех с дружбой, и переживание чего-то озорного и приятного создаёт эмоциональное вовлечение в отношения. Невзирая на протесты терапевта, клиенты склонны с легкостью воспринимать его дружеское участие. Это работает вне зависимости от того, выражает ли врач своё отношение дружелюбным юмором или даже с сердитой заботой:

К. (качая головой): Мне все равно, что вы говорите — я ведь знаю, что вы хорошо относитесь ко мне.

Один наш коллега, прослушав записи сеансов, отметил: «Вы знаете, Фрэнк, люди, как собаки — знают, любите вы их или нет».

Когда наши пациенты приходят в терапию, помимо того, что им в принципе не хватает юмора, сами их способы выражения юмора могут свидетельствовать об их отклонениях. Равновесие их чувств и мышления нарушено, а чувство реальности утрачено. Они потеряли свободу владения внутренним сдерживанием и внешней экспрессией. Ведь способность смеяться, временно регрессировать, терять контроль и возвращаться в присутствие можно рассматривать как важнейший показатель благополучия. Поэтому использование пациентом юмора в терапии изначально может быть диагностическим, а затем становится объективным свидетельством успешности интервенций. Пациент может (снова) научиться конгруэнтно смеяться. Он пользуется примером терапевта как моделью, чтобы понять, над чем смеяться уместно (включая себя самого). Конкретно это значит, что в провокативной терапии терапевт может посмеяться над собой, своими тараканами, убеждениями и образом жизни с целью продемонстрировать, что это не разрушает его, о чем, по-видимому, забыли и пациенты, и многие врачи.

Стоит повторить, что раньше я искренне говорил клиентам: «Ты мне

нравишься, мне не все равно», но обнаружил, что они отговариваются так: «вас учили нас любить», «не верю этому» или «вы всех любите, так что это не считается», или «вам государство платит за то, чтобы вы пытались меня понимать и любить». Несмотря на мои протесты и искренние добрые чувства к клиентам, между нами просто была пропасть недоверия: они не верили моему хорошему отношению. Невероятно, но когда в терапии я стал говорить им: «Терпеть тебя не могу», я стал получать реакцию вроде «Нет, я знаю, что на самом деле я вам нравлюсь», а я отвечал: «не докажете!», или так:

Т. (лесбиянке): Послушай, Джорджи, если провести полжизни в дурдоме — а ты уже провела 14 лет, то так или иначе возникает искажённое восприятие и разные сумасшедшие идеи — и это одна из них.

К. (Смеясь): И каждый раз вы себя выдаёте, а я не такая деревянная, чтобы не понять... В глубине души я знаю, что вы любите меня.

Т. (Протестуя): Ну, я раньше посвящал себя пациентам, был привержен им, и любил их, но сейчас я конкретно пересмотрел своё отношение и не позволяю этому всему мешать моей работе.

К. (смеётся).

Пример 21

Мой очевидно неконгруэнтный протест лишь провоцирует их на смех и еще больше укрепляет такое их убеждение.

На практике в провокативной терапии есть много форм юмора, которые используются для провоцирования клиентов:

- (1) утрирование
- (2) пародия
- (3) насмешки
- (4) искажения

(5) сарказм

(6) ирония

(7) шутки

Под **утрированием** мы понимаем использование преувеличения и преуменьшения для тестирования реальности или ценности чувства, относящегося к проблеме; мы добиваемся заведомо карикатурного, «неправдоподобного» изображения мышления пациента, его эмоций, поведения, отношений и целей. В такой атмосфере пациент вынужден сам делать выводы о свойствах реальности и природе своего восприятия.

Пример 22

Например, в случае из групповой терапии одна пациентка примерно среднего уровня развития заявила, что она хотела бы быть «второй Кэрол Бернетт¹²», работать на радио и зарабатывать сто тысяч долларов в год. Я сразу воодушевился, вышел перед группой и сказал: «Прям вижу это!», а потом начал неумело, очень тупо, беспокойно, вертляво и неуклюже изображать её первое «радиошоу». Смехом разразилась не только группа, но и сама пациентка, заявившая совершенно нереальную цель, рассмеялась и все поняла. Она густо покраснела и сказала: «Окей, окей, Фрэнк, ты можешь сесть. Я врубилась. Полагаю, я сглупила. Как думаешь, могла бы я получить работу в больнице или доме престарелых, где бы я могла мыть полы, помогать с уборкой и заправлять кровати?». Группа сразу согласилась: «Ты теперь стала более реалистичной, Мэри» и «На такой должности ты могла бы стать хорошим работником. Я видел тебя за работой на отделении, кажется, тебе это по нраву и такая работа у тебя получается».

Пародия реализуется техниками негативного моделирования, описанными ранее, когда терапевт изображает эмоции, идеи, поведение или

12 Американская комедийная актриса и певица

тон голоса пациента. Пять-десять секунд монолога в стиле Джонатана Уинтера¹³ обычно с успехом служат в качестве обратной связи и быстро выявляют дисфункциональные аспекты коммуникации или поведения.

В другом примере (**пример 23**) на первом сеансе молодая, воинственная и буйная пациентка, в угрожающей форме заявила, что иногда у неё случаются «психомоторные» припадки. Она тут же была проинформирована о том, что у меня и у самого тоже бывают такие «припадки». Затем у меня «непроизвольно» начался припадок — я схватился за шейные мышцы так сильно, что голова у меня стала раскачиваться и трястись, зыркал на пациентку и обнажил зубы, при этом руки у меня тряслись, а я кричал все громче и громче, одновременно угрожающе вставая из кресла и шагая к ней. Сквозь стиснутые зубы я выпалил, что такие «приступы» у меня бывают, и если она посмеет огорчить меня хотя бы на одном сеансе, то у меня тоже может начаться припадок. Сказал, что прошу заранее прощения, если мне придётся причинить ей боль, но на самом деле я этого не хотел бы. Она озадаченно покосилась на меня, кивнула головой, а потом произнесла: «Окей, приятель, я поняла, мне ясно». (P.S. На наших сессиях она никогда не становилась драчливой и буйной, и у неё не случалось никаких там «психомоторных» припадков).

Насмешка — это форма юмора, которая поднимает не только брови у профессионалов, но и множество вопросов. Поскольку будучи применённой неквалифицированно, она может быть болезненной. В защиту этой техники мы бы хотели указать на её потенциал. Люди по всей стране пользуются этим вызывающим отвращение стимулом, чтобы менять поведение других людей (включая семьи и детские площадки). Ныне покойный Саул Алинский, социальный организатор, как-то сказал: «Не путайте смех с цирком. Смех и насмешка — самое сокрушительное оружие, которое может использовать социальный работник». И снова нужно подчеркнуть, что прово-

¹³ Американский комик и пародист. Фрэнк Фаррелли, очевидно, перенял у него некоторые приемы, что обязательно заметит любопытный исследователь

кативный терапевт насмехается над идеями и поведением не только клиента, но и над собственной ролью и «профессиональным достоинством».

Вот пример, в котором терапевт ведет терапевтическую встречу на отделении. Хорошо образованная дама средних лет наклоняется вперед, чтобы осмотреть присутствующих, и пристально смотрит на терапевта:

К. №1 (серьёзно): М-р Фаррелли, вы в терапии хоть раз замечали, что вашим пациентам трудно отличить вас от Бога? Я говорю это, потому что когда я лечилась у психоаналитика, для меня он был от Бога неотличим.

Т. (наклоняется вперед, привстает в кресле, простирает руки на манер страдающего-на-кресте-Христа, принимает выражение лица мессии и приторно-сладким «всепрощающим» тоном): «Чада мои...» (Распахивает руки до тех пор, пока не попадает в лицо горластой воинственной пациентке, сидящей слева. Она хватает его за запястье, отталкивает руку, но не отпускает и, громко засмеявшись, прерывает терапевта):

К. №2: Черт, Фрэнк, вы ведь всего лишь социальный работник! (Группа громко смеётся).

Т. (внезапно демонстрирует «удивлённое» выражение, как будто выходя из транса): Что?

К. №1 (глядя на терапевта, кивает медленно и серьёзно): Понимаю, вы не позволяете им стать настолько зависимыми от вас.

Пример 24

Мы полагаем, что отрасль психотерапии должна исследовать все возможные техники, чтобы стать мощным и эффективным агентом перемен. Мы добиваемся того, чтобы наши клиенты стали горячо и настойчиво протестовать против собственного саморазрушительного отношения, которое экстернализирует терапевт. С помощью самого содержания или его подачи с фальшивой «напыщенностью» он провоцирует клиента на то, чтобы тот осадил его и повел себя ассертивно.

Т. (продолжая гримасничать): Это просто, вы такие... нелепые... убогие... Ох! (Т. заканчивает беспомощным жестом, вздыхая,

как будто у него не хватает слов выразить — какие они... ох!).

К. (ровно): Ладно, я думаю... Думаю, что больше всего в жизни мне не хватало... Я из-за того такая нелепая и... неэффективная...

Т. (безучастно перебивает): Ага.

К.: что я не... не забочусь о себе.

Т. («благосклонно»): Я тебя не виню.

К. (продолжает): и никогда не заботилась.

Т. («благосклонно»): Ну, я не виню тебя. Уже кое-что! Рад слышать, что ты пришла к тому же мнению.

К. (пауза, оторопев): Ну, если обратиться к детству...

Т. (устало): А надо? Ну, давай, если надо.

К. (робко продолжает): Я не делала ничего такого, что могло бы дать мне причину так сильно себя ненавидеть.

Т. (плоским тоном): Ну, где-то таки сделала... Ты ж... С тех пор у тебя было множество причин!

К. (пауза, убеждая): Но я делаю это все, потому что так ненавижу себя!

Т. (демонстративно): Нет-нет, это потому что ты творишь это все, поэтому ты...

К. (перебивая): Нет!

Т. (заканчивает): не любишь себя.

К. (громче): Нет.

Т. (говоря еще громче): У тебя все через жопу.

К. (громче и тверже): Вы неправы.

Т. (подражая её тону): Что ты имеешь в виду — неправ?

К. (пытаясь объяснить): Потому что...

Т. (помпезно, не ожидая, пока она ответит): Черт, ты ведь просто пациентка, а я врач. И каким местом тебе знать... Откуда это в тебе взялось? Хочешь сказать, я неправ?

К. (ровно, с уверенностью): Вы ведь не непогрешимы, м-р Фрэнк Фаррелли.

Т. (смеясь): Разве? И я могу ошибаться, ты это хочешь сказать?

К. (с твердой убежденностью): Да, Вы неправы. Вы ошибаетесь насчёт меня. Не такое уж я... зло, и я не порочная... и не поганая, и... не... такая безнадёжная...

(звонит телефон, Т. кладёт руку на трубку, но не поднимает её, ждёт, пока К. закончит) ...не такая неадекватная... как вы утверждаете.

(К. смеётся, резко кивает головой). Так-то!

Пример 25

Терапевт использует эти методы, чтобы заставить клиента на деле защищать себя против нереалистичных и чрезмерно негативных оценок, исходят ли они от самого клиента или от других людей. Терапевт помогает клиенту практиковаться в этом, практикуя самозащиту в «лабораторных условиях» терапевтических отношений, чтобы встретившись потом в реальном мире с похожими оценками в других взаимоотношениях, клиент мог справиться с ними более эффективно. Многие клиенты приходят в терапию, имея не просто «тонкую кожу», но порой не имея её совсем; их психологические нервы оголены и чувствительны. Провокативный терапевт хочет помочь таким больным «нарастить кожу», и даже обрести укрытие, а местами зачерстветь. Задача состоит не в том, чтобы клиент стал психологическим эквивалентом моллюска, имеющего непробиваемую броню, или же бесчувственным нереагирующим роботом. Цель в том, чтобы приучить их стойко переносить удары судьбы и помочь им отпустить свои истерические, зачастую сверхреактивные эмоциональные паттерны.

Большую часть времени мы можем дифференцировать мысли, впечатления и самоуничижительное поведение пациента от него самого. Два мои брата-священника и монахиня-сестра поучают такими словами: «Возлюби грешника, возненавидь грех». Наши коллеги говорят: «Принимай человека, а не его поведение». Мы отвечаем: «Да, так мы и делаем. Мы высмеиваем чокнутые, идиотские мысли человека, его поступки, но не его самого».

Впрочем, мы уверены, что это очень важное, но, тем не менее, тонкое различие, поскольку в моменте, на практике, «я» — это и есть моё поведение. Еще две тысячи лет назад сказано: «По плодам их узнаете их», верно и до сих пор. Важно отметить, что изначально пациент и сам не делает этого тонкого различения между собой и своими поступками. А мы временами думаем, что они правы. Мы ненавидим грешников, а не только грех. Грех, «Я», слабость человеческой природы и все такое — это логические абстракции. Мы и правда ненавидим определённого рода отклонения, а также патологическое, преступное, психотическое поведение. С ростом тенденции к более бихевиористским формам терапии, все большее значение приобретает упор на поведение. Посыл терапевта такой: «Да хрен с этим инсайтом, неважно, что ты там чувствуешь внутри себя, а вот ведёшь ты себя как ушлёпок. Как насчёт того, чтобы взяться за своё поведение и отношения с людьми?!»

По большому счёту, пациенты в глубине души тоже бихевиористы. Случай в тему — на встрече отделения обсуждается проблема: оказалось, что одна из пациенток крала вещи из чужих тумбочек.

Т. (защищая): Возможно, она ничего не может с этим поделать, об этом ты не думала? Понимаешь, психически нездоровым необходимо понимание и принятие.

Несколько пациенток (вмешиваясь): Слушай, Фрэнк, мы ведь тоже психически больные. Если эта психичка (указывая на виновницу) сделает так еще раз, мы станем еще более душевнобольными. И тогда похер нам будет, может она что-то с этим поделать или нет — она у нас получит.

Пример 26

А я подумал: «Просто прекрасно. Может, себя нам и удалось одурачить собственной пропагандой, но пациенты не покупаются на это „ничего не могу с собой поделать“ по отношению друг к другу».

Другой иллюстрацией этой идеи может служить юная пациентка, в возрасте с 11 до 17 лет пережившая 36 заключений и госпитализаций в разных окружных и государственных учреждениях (тюрьмы, психушки, спец-

школы для девочек и т. д.) Когда её поместили в изолятор, привязав ремнями, она каким-то образом освободилась от них, поставила кровать на спинку, раскурочила потолочные светильники, порезала себя осколками стекла и разрисовала стены своей кровью — тем самым она рассчитывала вывести из себя обычный клинический персонал и администрацию. Терапия с ней была успешной, вот выдержка одного из последних сеансов:

Т. (озадаченно): Как тебе удалось так измениться?

К. (пауза, улыбаясь): Знаете одну из причин, почему я раньше не могла выздороветь?

Т. (хмуря брови): Нет, не знаю. Скажи.

К. (закрыв глаза и качая головой): Из-за персонала. Да они же сосунки. (изображая жалобный тон): «О, бедная больная, она в раздразе, это сильнее её».

Пример 27

Никто из больных не верит в поведенческую безответственность, не должны верить и мы. Они будут твердить нам, своим семьям и властям, что ничего не могут с собой поделать, ибо это прекрасно подавляет агрессию в их сторону.

Клиенты также ведут себя подобно бихевиористам, полагая, что они не будут поняты и приняты, если признаются в своих «тайных грехах». Мы задаёмся вопросом, зачем многие клиницисты часами пытаются убедить их: «Я, в отличие от остального общества, могу принять тебя и полюбить независимо от того, как ты ведёшь себя».

Ведь куда проще было бы начать того, где в действительности клиент находится эмоционально и мыслительно. Всякий, кто действует как псих, социопатично или невротически, вызывает неприязнь. И было бы лучше, если бы он изменил поведение таким образом, чтобы больше людей реагировали на него позитивно. Схожим образом, в научном смысле, психотерапия — и в области отношений, и в области рабочих обязанностей — это не процесс, а результат. Вот что важно: он получил должность, а сможет ли он на ней удержаться? Выполняет свои обязанности или болтается пьяный?

Как он уживается с людьми, и что сообщают значимые другие? Как говорят коллеги: «Один в поле не воин¹⁴». Фрейд на вопрос об индикаторах душевного здоровья отвечал так: это способность любить и способность работать.

Ещё пара кратких комментариев касательно насмешки и её современных заменителей. Больше мы не говорим «преступники», мы говорим «взрослые правонарушители». Мы не говорим «дебил», мы говорим «особый ребёнок». В моей практике с некоторыми «особыми детьми», они мне заявляли: «Фрэнк, я просто не такой умный. Я не понимаю». Они знают, что они не особо умны, но мы окрестили их заменителем-эвфемизмом, который, как правило, усложняют адаптацию к реальности. Нас научили поощрять «ценность и достоинство личности», а не говорить: «Слышь ты, чокнутый...». Тем не менее, исходя из своего опыта мы стали прагматиками и хотим пользоваться терминологией, которая задевает этих людей. Если пациенты используют жаргон и брань, чтобы обращаться друг к другу — а они именно так и поступают — то и нам так можно.

Что еще нужно прояснить об использовании насмешки в провокативной терапии, так это то, что терапевт направляет свой смех на безумные мысли и поступки клиента, в то время как невербальные тепло и заботу направляет на личность клиента. Личность клиента высмеивать не нужно, но мы считаем, что мысли и поступки этого заслуживают.

Например (**пример 28**), одна из начинающих терапевтов спросила на супервизии: «Что мне делать, одна из моих пациенток возомнила себя любовницей Христа?». Коротко посоветовавшись, мы решили, что она должна стать третьей в этом вечном треугольнике и отбить Христа у той пациентки. Во время занятий мы вдохновили студентку (она была физически привлекательна и вполне годилась в кандидатки на роль любовницы Христа, в отличие от пациентки, которая напоминала грузовик со слоновьей болезнью) высмеять идею пациентки, заявив, что именно она, студентка, есть настоя-

14 Дословно, «если не можешь делать что-то вместе с другими людьми, значит не сможешь вообще»

щая любимая женщина Христа! Мы порекомендовали ей сделать такие заявления: «Ночью, когда я обхватила Христа ногами, он признался, что хочет бросить тебя ради меня. Он мне все рассказал о тебе и о том, что трахать тебя — все равно что трахаться с куском мяса». Она должна была долго и подробно рассказывать пациентке о своих чрезвычайно насыщенных сексуальных и личных отношениях, и делать вызывающие зависть сравнения себя и пациентки в отношениях с Христом.

Я также уверил студентку, которая была довольно набожна, что Господь не поразит её за это, что он не сочтёт это богохульством, а так как Господь всеведущ, то ясное дело, что он правильно поймёт цель и смысл провокативной терапии. И кто знает, возможно, он даже даст своё благословение этой заблудшей женщине. Через три сеанса пациентка, очень смущаясь, просила студентку «прекратить придумывать этот бред», и утверждала что «сама и наполовину не верила в ту чушь, которую несла». Тем самым был положен конец четырехлетней системе бредовых убеждений.

Случай (**пример 29**), также имеющий отношение к теме, связан с пациентом, который заявил студенту, что «пенис Джона Кеннеди управляет миром». И вновь на супервизии студенту порекомендовали высмеять это идиотское утверждение, бестолково и фанатично настаивая, в свою очередь, что «напротив, краеугольным камнем истины на самом деле является лобковый волос Святого Иосифа», и т. д. На следующей супервизии студент сообщил, что пациент косо посмотрел на него и спросил: «Кто из нас сумасшедший? Думаю, ты, дружище!». Я на это ответил: «Когда добиваешься такой реакции от психа, после того как ты высмеял его сумасшествие и бредовые идеи или поведение, ты на полпути к успеху».

В скором времени пациент прекратил свои психические вербализации и стал уделять внимание своим проблемам в более эффективной, здоровой и реалистичной манере. Высмеивание и смех над сумасшествием подтверждает, что сумасшествие — это игры маскировки.

Насмешку с успехом можно применять в случаях чрезмерной жалости пациента к самому себе:

К. (пауза, твердо начинает); Но я также... Я бы не стал... тратить

все эти... деньги и время, и усилия на лечение... если бы я не чувствовал... возможность обнаружить что-то хорошее во мне... и вести нормальную жизнь (заканчивает слабо, некоторые слова неразборчивы).

Т. (Перебивает громко и твердо): Ну, за пятнадцать лет ты так и не нашёл... (терапевт думает: значит, в тебе этого и нет). Или так, или просто у тебя были плохие терапевты, которые так и не смогли пробиться через все это месиво, мешанину в твоей голове, неадекватность и некомпетентность, и... знаешь, уныние, и зависимость... ой, тут можно называть и называть... Знаешь, не смогли откр... Ты просто не нашёл врача, который мог бы проторить путь через весь этот мусор к (Т. наклоняется, «тепло» кладёт руку на руку К) настоящему... золотому самородку внутри тебя.

К. (с отвращением смеясь): Ох-х!

Т. («удивлённо»): В чем дело, что?

К. (жалобно): Теперь вы надо мной смеётесь.

Пример 30

Провокативный терапевт применяет юмористические **искажения**, которые могут принимать самые разные формы. Коммуникацию клиента можно умышленно неправильно понять, с целью спровоцировать его на прояснение своих мыслей и чувств; а её очевидные смыслы можно неуклюже и с юмором интерпретировать неверным образом, чтобы заставить его заново уточнить сказанное. Можно также давать дико искажённые «психологические объяснения», чтобы спровоцировать клиента на прагматичные выводы, объясняющие его поведение. Пример:

Т. (косясь на клиента, двигая обеими руками, говорит интенсивно, будто на церковной службе): Возможно, ты в лапах **БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО**, оно никуда не денется, оно крепко держит тебя прямо за яйца (вдруг меняет тон и говорит нормальным тоном): говоря психологически, конечно, (снова с неодобрительным напором, типа «забыл проповедь — стучи громче по кафедре»), так схватило, что придушило актуализацию твоей потенциальности...

К. (удивлённо смотрит на врача, затем качает головой и перебивает): Нет, я просто ленивая задница, и (на секунду медитативно замирает)... и знаете, теперь я думаю, что я никогда не занимался самодисциплиной, и не говорил себе «нет». Я почти всегда делал то, что хотел.

Пример 31

Также искажение можно использовать, чтобы потешаться над ожиданиями клиента по поводу традиционной роли терапевта. При помощи своих бестолковых решений терапевт может делать подкоп под надуманные проблемы клиента, чтобы спровоцировать клиента прояснить свои ожидания. Пример:

К. (входит в комнату, садится, пауза, держится руками голову, медленно, подавленным тоном): Вы считаете, что сможете помочь мне с...

Т. (решительно перебивая с энтузиазмом): Да! Обычно я говорю больным с такими проблемами «Нет, не лечу». А потом вдруг почувствовал — а почему нет? Типа, если что-то тебе в кайф, делай это. Если что-то движется, трахни это!

К. (бессильно пытается объяснить): Нет, слушайте... Я хочу сказать...

Т. (перебивая, сердито хмурится, громко шлёпает по ручкам кресла, догматично): Вот в этом все и дело! А решение этой проблемы, очевидно в... Эм... А какая там у тебя была проблема?..

К. (падает лицом в руки, фыркает от смеха, качает головой): Христос!

Т. («просыпается»): А?

Пример 32

И наконец, терапевт может давать искажённые объяснения:

К. (медленно, озадаченно): Что со мной такое? Наверное, я... просто склонна к промискуитету!

Т. (тепло, «дружески» гладит больную по колену): Нет, ты не гуляющая, у тебя просто течка 367 дней в году!

Пример 33

В словаре о слове «**сарказм**» говорится как о чем-то враждебном, презрительном, ироническом, едком. Хотя эти определения и можно иной раз отнести к разглагольствованиям провокативного терапевта, но реальное значение «сарказму» терапевта практически неизменно придают его выражение лица, тон голоса и т.д. Ниже следует пример использования терапевтом сарказма для лечения пациентки, склонной к беспорядочным сексуальным связям, которая только что получила хорошо оплачиваемую работу.

К. (входя в приёмную, держит руку на манер знака «Стоп!»):

Прежде, чем вы что-либо скажете, я хочу, чтобы вы знали, что я получила работу.

Т. (подозрительно): Где это ты её получила?

К., (с триумфом): В лаборатории.

Т. (саркастически): В качестве кого, подопытного?

К. (раздраженно, но неохотно ухмыляется): Вы думаете, что такой вот чертовски остроумный?

Т. (подозрительно, саркастическим тоном): О, да! И как же ты убедила его тебя нанять, милая?

К. (краснея): Это было не *так!*

Пример 34

Иронии, очевидно, присущи несколько коннотаций. Ирония Сократа предполагает притвориться несведущим и путём искусных вопросов проявить на свет неудачные концепции клиента. Другая форма иронии включает использование слов, которые выражают отличное от буквального значение. Драматическая форма позволяет сделать очевидной неконгруэнтность между желаемым и реальным, между результатом, которого ждёт клиент, и вероятной цепочкой событий. Последнее наиболее эффективно для того, чтобы указать на негативные последствия его пораженческого поведения, которое пациент не замечает или не понимает его места в общей

картине.

Пример 35

Например, воинственно настроенную пациентку только что поместили в изолятор. Она стоит у решётки на двери и матерно ругается в адрес персонала, который наказал её за агрессивное поведение по отношению к другой пациентке.

Т. (подойдя к окошку, чтобы быть видимым целиком): Ну и девчонка! Как они зассали! Испугались до усрачки! Сучьи дети психованные и тот чокнутый фрик! Держись, не дай им тебя сломать! (Сквозь стиснутые зубы). **Что бы там ни случилось! Неважно, сколько они тебя здесь продержат!**

К. (кричит и смеётся): Ай, иди к черту, Фрэнк! Это ж не тебя тут закрыли. Тебе легко говорить. Сам попробуй, если тебе так нравится.

Т. (притихши, оглядывает холл и заговорщицки шепчет): Нет, только не я! Мой дух они давно уже сломили, но я все надеюсь, что найдётся тот, с кем они не сдюжат! (Внезапно приходит в ярость и повышает голос до фанатичного крика): **Неважно, какими пытками они...**

К. (смеётся, перебивает обычным тоном): Смотри, а то в следующий раз тебя самого сюда посадят. Ай, да и хер с ним, попущусь и свалю отсюда.

Мы раньше уже обращались к теме анекдотов и эффекта кульминации, в которой переворачиваются смыслы и возникает инконгруэнтность. Провокативная терапия даёт разрешение использовать абсолютно любые анекдоты в терапевтических целях. Анекдоты могут быть сделаны из кусков других шуток, могут быть рассказаны на диалектах, что-то можно добавить экспромтом, старые развязки можно использовать в новых декорациях и т. д. Примером может служить беседа с религиозной больной, у которой были расстройства сексуального поведения.

К. (подчеркнуто независимо): Я могу обойтись без мужиков.
(благочестиво) Буду еще ближе к Богу.

Т. (вспоминая, небрежно): Напоминаешь мне о друге, который

недавно развелся. У него-то, конечно, были сексуальные желания, не то, что у тебя. И все же, он сказал, что развод привёл его ближе к Господу. Я, разумеется, с ним согласился — за одним маленьким исключением... (пауза).

К. (наклоняет голову, искоса смотрит на Т, подозрительно): Каким?

Т. (непринужденно): Я просто представил, как это было — вырваться в простынях с Господом.

К. (краснеет и смеётся).

Пример 36

Разворот контекста вернул нас к реальным проблемам этой женщины; она использовала свою концепцию Бога и ряд причудливых видов избегающего поведения для того, чтобы не разбираться со своими противоречивыми сексуальными переживаниями. С другими пациентами эффективная шутка тоже может разрушить их референтную рамку и вывести их из созданного ими кризисного мира.

Описав формы юмора, применяемые терапевтом, перейдём к прагматическим причинам использования юмора в провокативной терапии. В практике встречается множество забавных ситуаций с клиентами, и было бы неискренним над ними не посмеяться. Нам, как и многим другим терапевтам, порой приходится чуть ли не жевать губы в попытке сдержать смех. Ведь это было бы не профессионально и недостойно, и может ранить чувства клиента. Но сдерживая смех в таких ситуациях, терапевт теряет конгруэнтность.

Вот пример того, что называется «дутый профессионализм». В моей (Ф.Ф.) ранней клинической практике я начал работу с больным, у которого хоть и было множество проблем, все же он обладал очень хорошим чувством юмора. Я вёл аудиозапись своих сессий. Войдя в приёмную, он спросил:

К. (улыбаясь): Ну что, мы в эфире?

Т. (мрачным, серьезным голосом, глядя прямо на пациента): Не желаете ли присесть?

К. (садится, улыбаясь): У нас все тот же спонсор, что и на прошлой неделе?

Т. (нахмурившись, очень серьезно): Давайте побеседуем о чем-нибудь, связанном с вами

Пример 37

И для контраста более свежий пример из групповой терапии с десятью мужчинами при обсуждении вопросов, касающихся секса:

П1 (громко): Давайте бросим эту мерзкую тему и поговорим лучше о бейсболе!

П2 (умственно отсталый, твердо): Давайте говорить на одну тему за раз.

Т. (отсталому): Джордж, на какую тему ты бы хотел поговорить?

П2 (широко ухмыляясь): О сексе!

(Т. и группа громко ржут)

П1 (пытается контролировать, прерывает): Но...

П2 (машет П1 рукой жестом «сбавь тон»): Ой, не поднимай сейчас свои бейсбольные проблемы.

(Т. и остальная группа снова смеются)

Пример 38

Еще один пример конгруэнтности терапевта в отношении смешных случаев. Пациентка, склонная к промискуитету, входит в приёмную и сразу заявляет:

К.: Я не была с мужчиной уже десять дней!

Т. (невинно): Грипп что ли?

К. (удивлённо): Да, а как вы узнали? Меня мучил понос и я почти постоянно блевала...

Т. (ржёт не сдерживаясь, так откидывает назад голову, что чуть

не падает со стула).

Пример 39

Еще пример, когда гомосексуалист, наконец, решился на свидание с девушкой. Когда они поднялись по её приглашению к ней в комнату «послушать музыку», как он выразился, она «набросила на себя что-то комфортное», распылила по комнате духи и выключила свет.

К. (невинно): Что это вообще такое было?

Т. (смеётся от всего сердца)

Еще пример:

Т. (саркастически): Ну, и что ты хочешь сказать, Красотка, ты влюбилась?

К. (берётся руками за голову, качается и смущённо): Нет, не влюбилась, просто вся горю.

Т. (смеётся)

Эти примеры иллюстрируют, что в терапии случаются весьма забавные ситуации.

Если клиент в состоянии смеяться над собой и своими поступками, это приводит к некоторым последствиям. Уменьшается жалость к себе, он будет практиковать способность терять лицо и переносить это легче. Так как в провокативной терапии терапевт и сам моделирует ситуации потери лица, многие клиенты приходят просто получить удовольствие от такого весёлого взаимодействия. Они учатся держать себя таким образом, чтобы это надеяло их силой.

Т. (сладко-лирично и жестикуюлируя, обращается к подавленному пациенту, совершавшему попытки суицида): Пока ты рассказывал, я представлял себе прекрасный образ твоей предсмертной записки. Она могла быть написана Альбертом Камю!

К. (ухмыляясь): Нет... Больше похоже на Джорджа Бэббита (К,Т и группа наблюдателей смеются вместе).

Позже на этом же сеансе:

Т. (цинично и несколько саркастично): Достаточное ли чувство вины испытала твоя семья, когда ты совершил эту попытку самоубийства?

К. (с лукавой улыбкой): Ну, не знаю... Но что касается самоубийства, видите ли, я убится-то не против, а вот причинять себе боль не хотелось бы.

Т. (оглушительно смеётся)

И еще позже:

Т. (беззаботно): Ну, я твоим случаем заинтересовался потому, что в последнее время никто у меня самоубийство не совершал.

К. (смешавшись, но затем ухмыляясь): В последнее время?!

Пример 40

Потеря лица и невероятные ухищрения, на которые пускаются люди в попытках сохранить лицо, свойственны не только восточной культуре. Как поётся в ирландской песне, «по всему миру одно и то же» — и это ключевая история у всех клиентов. Их фундаментальное чувство идентичности и собственной важности может зависнуть в балансе между потерей и сохранением лица. Зачастую они будто неспособны принять собственную ограниченность и склонность человеческих существ совершать ошибки. Они не рискуют совершать поступки из-за боязни неудачи, угрожающей их перфекционистскому образу себя. Ведь они бы тогда «умерли со стыда».

Клиенты не в состоянии осознать, что жизнь — как урок игры на фортепиано. В приобретении любого умения, включая социальные навыки, каждый начинает с невежества и совершает очевидные ошибки. В этом процессе не существует способа избежать ошибок, а поскольку это так, необходим учитель, который указал бы на ошибки, либо научиться САМОМУ наблюдать за своим поведением, не растрачивая эмоции. И ровно поэтому, до тех пор пока клиенты не научатся спокойно воспринимать неудачи как необходимую часть любого обучения, они никогда не сделают первый шаг. Если же клиент смотрит на себя с юмором, он не делает «катастрофу» из

своих проблем, более реалистично воспринимает себя и других, а также более трезво относится и к своим представлениям о неудачах и к реальным неудачам. Подозреваем, что чувство юмора по отношению к себе есть важный аспект определения зрелости человека.

Терапия связана с обменом идеями, отношениями и восприятием, и нахождением способов справляться с вызовами. И различные формы юмора очень эффективны в выявлении точек зрения или обнаружении конфликтных областей, порождаемых тревогой.

В провокативной терапии правда зачастую озвучивается при помощи «дурацкого шутовства». В терапии юмор часто является сладкой оболочкой горькой пилюли, которую иногда приходится глотать клиентам. Он может смягчить и сделать более удобоваримыми жёсткие психологические уроки, которые необходимо переварить и интегрировать.

Конфронтация красной нитью проходит сквозь всю провокативную терапию. Правдивый анекдот или крепкое словцо, сопровождаемые насмешливой улыбкой, как бы содержат в себе посыл: «Забудь свои *почему* и имей дело с голыми фактами!». Дабы помочь пациенту активно встретиться лицом к лицу с реальностью, юмор дополняется конфронтацией, что помогает погасить ассоциированную с этим тревогу. Юмористическая подача не только притупляет чувство стыда и тревоги. Шутливые насмешки и сарказм направляют внимание клиентов на их собственные отклонения. Так что юмор — техника многогранная.

Юмор приковывает внимание клиента, чтобы до него доходили послания терапевта. Большинство из вас помнят мужика, купившего осла, который, как ему сказали, понимал только любовь и ласку, и не нуждался в наказании. Ему было необходимо и достаточно только позитивного подкрепления. Мужик привёл осла домой, поставил его в сарай, а позже попытался вывести его и запрячь его в повозку. Чувствуя себя дураком, он стал целовать, обнимать, шептать в ухо ослу всякую ласковую чепуху, но ничего не добился. Осел брыкался, злобно пялился на него, но с места не сходил. В негодовании он позвонил прежнему владельцу и укорял его, что, несмотря

на заплаченную кругленькую сумму и ласковые слова, это презренное существо не выказывает никакой реакции. Прежний владелец с готовностью согласился дать консультацию. Войдя в сарай, он нагнулся, взял доску побольше и с размаху так врезал ослу по башке, что у него аж уши упали, глаза сошлись на переносице, и колени подкосились. Он чуть не свалился на землю. Бывший владелец бросил доску, отступил и, просяще сложив руки, стал нежным голосом упрашивать: «Ну давай, дружок, пойдём!». Осел шустро вышел из сарая. Новый владелец воскликнул: «Какого черта! Ты мне не говорил, что его придётся лупить до полусмерти, прежде чем он станет слушаться». А тот ему отвечает: «Забыл сказать — сначала надо привлечь его внимание!». Эта байка напоминает работу с людьми — сначала надо привлечь их внимание.

В терапевтическом аспекте многоцелевое и многоуровневое использование юмора служит тому, чтобы заставить клиента врасплох, ловко обойти его сопротивление, запреты и психологические защиты, внезапно ввергая его в незапланированный чувственный опыт и вызывая спонтанное проговаривание его ценностей и эмоциональных установок. Provocative терапевт желает спровоцировать его на переживания, ибо прямое переживание — не только лучший учитель, но и единственный источник значимого личного опыта. Поэтому терапевт пытается спровоцировать клиента интегрировать свой опыт здесь и сейчас, в этот самый момент, или по крайней мере встретиться с ним. В конце концов, все, что у нас есть — это сейчас. Проблемой многих клиентов является то, что они либо «жертвы» прошлого, жаждущие вендетты (во многих из нас сидит дух сицилийцев, мстить для нас — это как дышать), либо заложники будущего. Преждевременная тревога — «а вдруг чего...» — делает из нас трусов даже эффективнее, чем совесть.

Юмор используется также для того, чтобы поставить клиента в неудобное подчинённое положение, мотивируя проявить свои копинг-стратегии в отношениях. Если клиент сможет отстоять себя в проблемном случае, когда терапевт намеренно занимает негативную сторону, он тем самым устанавливает дистанцию и своё господство над этой проблемой.

Если же клиент пришел в терапию с ожиданием, что его будут гладить

и лелеять, ему вскорости придётся встретиться со шквалом непредсказуемых реакций. Это особенно важно при работе с психологически изощёнными клиентами: юмор помогает терапевту ломать ожидаемые ими сценарии терапии (вне зависимости от их природы) и ставит клиента перед необходимостью научиться преодолевать вызовы.

И не стоит недооценивать последнюю причину использования юмора — веселье для терапевта. Оно помогает ему поддерживать контакт с собой, чувствительность по отношению к клиенту, и сделать терапию переносимым и даже в чем-то радостным процессом.

Здесь стоит сделать предостережение. Больше — не всегда значит лучше. Опыт твердо убедил нас в терапевтической пользе юмора. Но если терапевт прикладывает слишком много усилий, чтобы постоянно быть смешным, его юмор может стать натужным и бесчувственным, что загрубляет его восприимчивость к себе и к тому, что проживает его клиент.

Глава 5. Четыре языка провокативного терапевта

Теперь, если я приду к вам, братья, и стану говорить на незнакомых языках, то какую принесу вам пользу, когда не изъяснюсь вам или откровением, или познанием, или пророчеством, или учением? И бездушные вещи, издающие звук, свирель или гусли, если не производят отдельных тонов, как распознать то, что играют на свирели или на гусях? И если труба будет издавать неопределенный звук, кто станет готовиться к сражению? Так если и вы языком произносите невразумительные слова, то как узнают, что вы говорите? Вы будете говорить на ветер. Сколько, например, различных слов в мире, и ни одного из них нет без значения. Но если я не понимаю значения слов, то я для говорящего чужестранец, и говорящий для меня чужестранец.

Апостол Павел. Первое послание к коринфянам



Вот вам трюизм, касающийся всех сфер жизни — если вы хотите эффективно коммуницировать с людьми, вы должны говорить на их языке. Вероятно, Апостол Павел не был первым, кто это признал, а мы не будем последними. Короче, если мы, как терапевты, не в состоянии достучаться до клиента, то наши самые глубокие слова ни хрена для него не стоят. Это просто птичий язык. Будучи вырванным из контекста, все что угодно может стать смешным, но мы просим читателя обдумать метафоры, которые мы часто адресуем клиентам:

1) Терапевт (с экзистенциально глубоким видом): «Жизнь, как морковь...»

2) «Когда я закрываю глаза и думаю о тебе, я вижу грибы»

Часто в силу профессиональной подготовки и нашей социально-экономической субкультуры мы, клиницисты, используем слова, подчас ничего для клиентов не значащие. В результате мы «вещаем» на разных частотах и не «настраиваемся» на их волну. Я (Ф.Ф.) работал с группой старшеклассников и однажды поднял тему мастурбации. Один из мальчиков буркнул другому: «это на каком языке?». Другой в это время развлекался, сгибая и разгибая указательный палец, и я подумал: «Ну все, приехали. Они от меня отключаются». Поэтому я заявил: «Ну, когда я занимался боксом в клубе «Золотые перчатки», в раздевалках это называлось дрочить, душить одноглазого змея, гонять лысого». Они все покраснели и захохотали. Некоторые заметно смутились, поэтому я спросил: «Это и сейчас так называют?» Они со смехом признались, что именно так, и я порадовался, что вновь «настроился на их волну».

Для эффективной психотерапии требуется постоянно переводить своё мышление на понятный клиенту язык, принятый в рамках его социально-психологической и семантической среды. Другая сторона этой медали в том, что мы, в свою очередь, используем язык клиента, придаём ему новые значения, тем самым воздействуя на его мышление и восприятие. Провокативный терапевт постоянно пытается решить эти две задачи: проникнуть внутрь рамки восприятия клиента, и изменить её.

Язык, которым мы говорили, когда только начинали свой путь в терапии, несомненно, был бы уместен хоть на приёме в высшем обществе. Постепенно, с приобретением опыта и становлением провокативной терапии мы стали изъясняться на куда более дерзком языке, эмоционально заряженном, наполненном коннотациями. Мы обнаружили, что это действительно, поскольку те вещи, с которыми сталкиваются клиенты, для них подобны эмоциональному динамиту, их конфликты не лезут в рамки вежливой, социально корректной терминологии. Это настолько сильные чувства, что они вызывают весьма серьёзные патологии и социальные отклонения. Только определённые типы слов в состоянии вынести ту эмоциональную нагрузку, которую необходимо каким-то образом передать вовне.

За многие годы провокативные терапевты использовали множество разных языков, слов и диалектов для улучшения своих коммуникативных навыков. И все же, можно обобщить большинство из них в четырёх эффективных видах языка:

- 1) религиозно-моральный язык
- 2) язык раздевалки или язык улицы
- 3) язык тела, или кинестетический язык
- 4) профессиональный жаргон

Религиозно-моральный язык — родительский, предписательный, авторитарный, основанный на чётком разделении чёрного и белого, и тяготеющий к обожествлению законов отдельных субкультур или же отдельных периодов времени. Язык раздевалки — подростковый, трёхбуквенный, похабный, матерный и эмоционально заряженный. Язык тела реализуется позой, манерой держаться, жестами, выражением лица или тактильными ощущениями. Профессиональный жаргон — напыщенный, многосложный, заумно звучащий и обычно жутковатый. Чтобы пояснить все эти прилагательные, потребуются примеры. Противопоставление комбинации религиозно-морального и профессионального жаргона приводится в третьей главе, в примере 16, в котором клиентка решила, что она аморальная, слабая и ленивая.

В главе о роли провокативного терапевта мы обсуждали комментарии терапевта по поводу языка тела клиента в процессе коммуникации. При этом прямое использование собственного языка тела терапевтом особенно важно в тех случаях, когда он испытывает сложности с тем, чтобы пробиться к клиенту с помощью одних лишь слов.

Пример 41

Молодая, привлекательная пациентка в тяжёлой депрессии пришла в терапию из-за супружеской неверности мужа. Она демонстрировала себя очень неуверенной, полностью раздавленной этим известием и подумывала о самоубийстве. Первый разговор состоялся в дождливый мартовский день, и мои туфли были облеплены грязью. После некоторого обсуждения:

Т. (вздыхая, устало): Ты прям как коврик для обуви, не так ли?

К. (почти неслышно): Да, так и есть.

Мне было больно это делать, но будучи всецело преданным благополучию клиентки, я стал вытирать грязные туфли об её дорогое платье, в то время как она безучастно сидела в кресле напротив меня.

Т. (вкрадчиво): Ну ладно, коврик... В конце концов, хоть на что-то ты годишься!

К. (болезненно, ошарашенным тоном, плаксиво, медленно счищая грязь с платья): Ой, пожалуйста, не нужно так делать.

Когда она пришла на второй сеанс, я положил ступню ей на колено и слегка пнул её по ноге. На третьем сеансе я со всей ответственностью попытался было проделать то же самое, но на этот раз она пнула меня в ответ, причём сильно, и это был необычайный подъём из глубин депрессии. Правда, после этого она стала слегка одержима мыслью об убийстве, но это уже была просто очередная клиническая проблема, подлежащая решению.

Пример 42

Можно привести еще один пример применения языка тела. Женщина в кататонии, которая за шесть месяцев не произнесла ни слова, стала для

персонала отделения реальной проблемой. Я же был убеждён: она ведёт свою большую игру и даже намеренно гасит ориентировочные рефлексy. Несмотря на то, что она не показывала признаков осознания присутствия окружающих, я был уверен, что разговаривать её можно будет сравнительно легко. С персоналом мы заключили пари на 2 доллара (хоть по службе и не положено), что я за неделю спровоцирую её на хорошо артикулированное предложение на английском с конгруэнтной эмоцией, то есть на интегрированный ответ.

Я рассуждал так:

1) она относилась к нам, как к мебели, и даже не признавала нашего существования как людей, поэтому я (вместе с другими сотрудниками, специально выбранными из-за их веса) тоже стану относиться к ней, как к мебели и устраивать ей по десять трёхминутных испытаний в день, по очереди сидя у неё на коленях.

2) Я рассудил, что хоть она и «больная на голову», но все же, как я сказал ребятам: «Её берцовая кость соединяется с позвоночником, который соединяется с черепом, а в нем языковая кость, и она заговорит, когда мы достаточно отсидим её ляжки». Я поставил на то, что конфликты в ляжках окажутся сильнее конфликтов в голове.

«Коленные испытания» начались и немедленно возымели последствия. На четвёртый раз она уже сильно пихалась, но это был невербальный отклик, и хоть он уже ясно показывал, что она возвращается из своего лимба, этого было недостаточно. На шестой раз она рассмеялась, крепко толкнув одного из ребят в спину, и чётко произнесла: «Убирайтесь с моих колен к чертовой матери». Вот и вся кататония: если шесть месяцев кататонии можно было преодолеть всего-то за восемнадцать минут безобидного сидения на коленях, вряд ли это можно назвать серьёзным заболеванием.

Пример 43

Пример языка раздевалок. Я проводил терапию с девочкой-подростком в дневном отделении, когда в помещение ввалилась другая привлекательная, но агрессивно выражающаяся девица, и заявила: «Когда выпишусь, стану шлюхой».

Т. (лаконично): Ах черт, Роки, если примешься за такую работу, через неделю помрёшь от голода.

К. (зардевшись, теряя самообладание, но продолжает сочинять с агрессией): Не умру, я по 200 баксов за ночь брать буду.

Т. (недоверчиво): 200 долларов?! Да что ты можешь предложить парню в постели за 200 баксов?

К. (вспыхивая, но якобы беззаботно отвечая): Ой, неважно, у меня много чего есть.

Т. (пытаясь быть услужливым): О! У меня идея! Ты когда-нибудь пробовала банановую девушку?

К. (озадаченно и придирчиво): Что вы имеете в виду?

Т. (игнорируя жадное внимание нескольких пациенток и персонала, с энтузиазмом): Видишь ли, однажды я лечил одну проститутку, она-то и рассказала мне об одном «хрене», или «Джоне», или как там звали того постоянного клиента. Он не трахал её иначе как с помощью связки бананов. Ей пришлось очистить банан, всунуть его во влагалище и понемногу выдавливать, по мере того как он его ел. Теперь, когда выпишешься, ты могла бы специализироваться в этом. Что думаешь?

К. (становится пунцовой, прикладывает руку ко рту, будто сдерживая рвотные позывы, посреди общего смеха пациентов и персонала).

Т (лыбится): Ну так как?

К. (все еще красная, качает головой): Поганец вы, Фаррелли. Нет, думаю, что придумаю другие планы на выписку!

(Пациентка, персонал и другие пациенты раздражаются общим смехом).

Весьма часто наши клиенты не в контакте с эмоциональными аспектами своего поведения. Язык раздевалок — это способ «перейти к делу» и спровоцировать чувства, соответствующие поведению клиента. Он срывает всяческую неконкретную чушь и обтекаемые эвфемизмы. Например:

К.(небрежно): Я предпочитаю отношения с людьми своего пола.

Т. (с нажимом): Хотите сказать, что любите сосать член.

Пример 44

Еще пример, сочетающий комбинацию профессионального жаргона и языка раздевалок:

К. (устало): Только сейчас мне становится ясно, что о многих вещах я только говорил... говорил... говорил... о них... Но ничего не делал.

Т (беззаботно): Да... да... да... (звучит как скучный робот,) говори — говори — говори — говори... Главное задницу от стула не отрывай.

К. (утомлённо соглашается): Да.

Т. (тепло): Можно и вот так об этом сказать: (нараспев, как бы диктуя доклад): «Клиент довольно неплохо озвучивает мысли, но, похоже, ему не хватает... Мотивации. Динамика интервью имеет некоторые признаки, которые имеют тенденцию... поддерживать эту гипотезу...».

К (слегка смеётся).

Т (продолжает): «...что он использует вербализацию как защитный механизм...А также интеллектуализацию в качестве...»

К. (пауза, слабо ухмыляется): Да-а.

Т. (грубо): Что да?

К. (соглашаясь): Окей, болтаю много, делаю мало.

Т. (категорично): Ну вот, наконец-то. Как я и говорил, болтаешь, болтаешь, а задницу от стула не отрываешь.

К. (пытаясь шутить): Я понимаю... (делает паузу, серьёзным тоном)... Очень хорошо.

Т. (с напором): Ну, да, вот что ты делаешь. Видишь? Ты понимаешь, но ни черта не делаешь...

К. (перебивая): Но я не понимаю!

Т. (с триумфом): Ну вот! Видишь?

К. (смеётся)

Т. (с серьёзностью): Или, как мы изъясняемся в клинической практике (продолжает «диктовать» нараспев): «Клиент демонстрирует... нарастающие свидетельства... М-м-м, довольно-таки сбалансированного восприятия...»
(клиенту, эмоционально): Это не обязательно относится к тебе. Но про кого-то мы могли бы так сказать...

К. (смеётся, улыбается): Угу.

Т. (серьёзно продолжает): динамики...

К. (хохочет)

Т. (с запозданием реагируя): Угумс...

К. (широко ухмыляется): Окей, продолжайте.

Т. («диктует» снова): «...своих конфликтов... Точка... Тем не менее, в настоящее время он, похоже, не способен использовать свои инсайты... которые он получил в ходе терапевтических отношений».

К. (ухмыляясь): Да.

Т. (тепло): Ясно?

К. (в шутку, весело, подражая собственным интеллектуализациям): Я понимаю.

Т. (громко): Во! Точно! Так и есть. Что я говорил?

К. (тихо смеётся).

Т. (не «замечая» самоодобряющего смеха клиента и переходя на усиленный тон): Да, все ты понимаешь, но вообще ни хера не делаешь!

Пример 45

Пример 46

Включим также пример использования религиозно–морального языка. Провокативная терапия позволяет вам говорить на религиозном

языке, и тем самым включать в работу пациентов, имеющих строгие и разнообразные религиозные установки. Через несколько месяцев после 91 сеанса с Биллом, я узнал, что на отделение поступила ирландская католичка, образованная женщина средних лет, с проблемой зависимости от наркотиков. Она находилась в состоянии агитированной депрессии, имела суицидные настроения, и весь день просидела на стуле в общей комнате. Увидев её в первый раз, я подошёл и сел около неё. Я стал применять с ней свой подход, она же слёзно соглашалась со всем, что я говорил, заявляя, что «отправится в ад».

Т. (удивлённо): Да? (протягивая руку, усмехаясь): Дай пять. Всегда хотел встретиться с тем, кто отправится в ад. Я-то, я в рай попаду, я ж такой хороший, добродетельный, благородный. Я совершаю семь телесных и семь духовных дел милосердных, имею двенадцать плодов духа святого, совершил девять первых пятниц и пять первых суббот. Ты хоть понимаешь, сколько я обретаю небесных заслуг, разговаривая с такой потерянной душой, как ты? А в моей божественной короне столько жемчужин, что (наклонившись к плечу пациентки, будто посмеиваясь над шуткой «для своих»), что голову не удержать, аж шея затекает и болит.

Так и не получив никакой значимой реакции, я поговорил с ней еще минут десять и ушёл, размышляя: «Ну наконец-то. Я знал, что рано или поздно столкнусь с пациентом, который „сломает систему“, и не станет протестовать». Но я решил: «А что, если завтра попробовать с ней снова?». Я так и сделал, и мне с лёгкостью удалось спровоцировать других больных на поддерживающие реплики в сторону этой обречённой ирландской бабцы. От неё же ни намёка на протест, ни жалости к себе, несмотря на все мои усилия и обличение «грешников, которые получают то, что заслуживают. Бог, он как прокурор, всегда наказывает, в конце концов, таких как ты». И все равно никакой реакции.

На следующий день, и следующий, и следующий, я пытался к ней пробиться, и безуспешно — все то же плаксивое согласие со всем, что я прав, что почему бы и не помереть, ибо грешна и должна отправиться в ад. И каждый день я выходил оттуда с мыслью: «Какого черта?.. Но что если я все же поставлю себя попытаться и завтра?..».

На тринадцатый день я снова сел рядом, пока она снова плакала, и стал бормотать в её сторону уголком рта: «Здорово, грешница, знаешь, как тебя тут за спиной называют?».

К. (кивает, рыдая): Знаю...знаю... Так мне и надо...

Т. (продолжает со смехом): Нарколыга! А еще...

К. (ШЛЕП!)

С потрясающей внезапностью она замахнулась и вlepила мне пощёчину, слетела со «своего» стула, начала орать, материться, стала пинать мусорную корзину по всей комнате, а потом запустила в неё стулом... Мне удалось её кое-как скрутить и вместе с персоналом мы её, все еще дерущуюся, с трудом затащили её в изолятор. Закрыв дверь на ключ, я заглянул в решётку и лаконично сказал: «Милая, вот это ты исполнила. Больше не выйдет вернуться обратно к своему образу хрупкой китайской фарфоровой куколки и несчастной грешницы». Поток ругательств, которым она на это ответила, дал мне понять, что я был прав.

Больше она ни разу не демонстрировала признаков депрессии, а на последующих сессиях проявляла более уравновешенное отношение к религии. Например, она заявила, что знала, что бог любит её, а также:

К. (серьёзно и искренне): М-р. Фаррелли, я очень сердилась на вас и хочу попросить у вас прощения за это, потому что теперь я знаю, что вы не были бессердечным и жестоким, а были инструментом Божьей милости в помощь мне.

Т. (простирая руку к пациентке с ликованием на лице и подставляя манжеты рубашки): Хочешь поцеловать подол одежды моих? Разве я не великолепен? Не хотите ли называть меня Святой Фрэнк из Мэдисона? (удерживая руки в молитвенном положении, смотрит в небеса с блаженным выражением) О, Боже...

К. (перебивая, чуть улыбаясь и невозмутимо глядя на Т): Окей, можете это прекратить. Вы же католик и прекрасно меня поняли.

Т. (будто до Господа осталось всего-то полдюйма): А-а?

Эта пациентка, у которой было тринадцать госпитализаций и восемь разных диагнозов за десять лет, считалась безнадежной хронической больной. Она заметно прогрессировала, была выписана и цикл её госпитализаций был успешно прерван.

Хочу отметить, что важным открытием для меня стало то, что во многих случаях потребуется больше усилий, чем просто одна пробная попытка, и что если в первый раз не вышло, нужно пытаться, пытаться, пытаться и снова пытаться. Я понял также, что даже самые «отпетые негодяи» могут быть «наставлены на путь истинный».

Несколько лет спустя на выступлении по провокативной терапии при обсуждении произошёл такой диалог:

Один из работников (раздражённым и недовольным тоном): Вы читаете морали всем этим клиентам!

Ф.Ф. (вкрадчиво): Пытаюсь.

Работник (с протестом): Да вы им проповедуете!

Ф.Ф.: (снова вкрадчиво) Такова моя цель.

Я стал говорить о том, что в современной культуре терапевт подобен проповеднику, что люди, отказывающиеся «исповедаться во грехе обычным людям», отправляются к терапевтам и лицом к лицу подолгу излагают им все свои «отклонения, конфликты и неадекватность».

Поиски безоценочной психотерапии в 1940-х и 1950-х годах были сродни поискам чаши Святого Грааля. Так её и не нашли. Эти поиски изначально были обречены, потому что безоценочная терапия просто не может существовать, как бы там тонко и изящно терапевты не отрекались от того, что они «накладывают на клиента свои ценности, отношение и восприятие».

История попыток помочь людям в решении жизненных проблем описывает создание множества моделей и парадигм человеческого поведения. Нравственная модель, в которой речь шла о добре и зле, о пороке и добро-

детели, была вытеснена медицинской моделью, которая ведёт речь о здоровье и болезни.

Медицинская модель, в свою очередь, вытесняется новыми социально-психологическими парадигмами, рассуждающими о паттернах поведения, полезных самому человеку и обществу, также паттернах саморазрушительного и антисоциального поведения. Но тема добра и зла, желательного и нежелательного неизменно проходит через все эти модели. А поскольку общество, сами клиенты и их родственники придерживаются этой нравственной модели, то я использую её не только потому, что она все еще остаётся ценным методом концептуализации человеческого поведения, но и для того, чтобы настраиваться на их волну, говорить на их языке.

Язык раздевалки, язык тела и религиозно-моральный язык обычно вызывает поднятие высокопрофессиональных бровей, вызывая вопрос «а профессионально ли это?». Наш ответ таков — термин «непрофессионально» должен применяться только если соответствующее поведение наносит вред целям данной профессии, в нашем случае это благополучие клиента. Этот термин не нужно использовать в качестве заменителя слова «непристойно» или «мне это не нравится».

Кажется совершенно очевидным, что это лишь та же институциональная дефиниция, которая утверждает, что слова греческой и латинской этимологии неизменно считаются более «профессиональными», чем англосаксонский слэнг, когда речь идет о названиях телесных функций, органов или поведения.

Один из проповедников как-то заметил: «Сегодня в нашей культуре непристойность — не слова из трех-четырёх букв, обозначающие сексуальные отношения или функции тела, а такие слова, как «ниггер». Они куда более серьезны, поскольку порочат и людей, и целые группы.

Более того, языком раздевалки мы пользуемся с друзьями, семьей и коллегами; пациенты также используют его для общения между собой и персоналом. Почему же тогда не пользоваться им и не говорить с ними на одном языке, если он эффективен? Поскольку наша цель — *спровоциро-*

вать клиентов на переживание (и для сенситизации, и наоборот, десенситизации), мы пытаемся избегать использования замещающих эвфемизмов и безликой терминологии в беседах с ними. К тому же, клиенты сами очень часто используют такой язык с целью вывести терапевта из равновесия, поставить его в подчинённую позицию и получить контроль над ним!

Следующий пример (№ 47) очень показателен в этом смысле. Будучи выведенным из равновесия, терапевт сам прибегает к подобному языку, чтобы вновь обрести контроль:

К. (молодая, словесно агрессивная лесбиянка, с гневным презрением): Боже, ты тупой ублюдок! У тебя, небось, на залупе прыщи!

Т. (обескураженно, протестует «безвольно»): Я... ты... как ты... Что...Вовсе нет! (Колелблется, выглядит неуверенно). По крайней мере, когда я утром проверял, ничего такого не было!

К. (отворачивается, краснеет и смеётся): Боже, ты псих!

Т. (обиженным тоном, симулируя нервный тик на лице): Боже, Герман¹⁵, а ты знаешь, как побольнее оскорбить парня.

К. (качает головой, усмеляется, смущённо): Меня ведь не Германом зовут.

Пример 47

Если сам терапевт не владеет подобным языком или ему некомфортно, когда на нем говорят, некоторым клиентам эффективно помогать он не сможет.

Поэтому провокативная терапия использует множество языков, чтобы

15 Здесь труднопереводимая игра слов — Негман на американском слэнге это парень-тусовщик с огромным членом на вечеринке, или «воображаемый милый друг» для девушки, то есть довольно прикольное и отвязное, или наоборот, невероятно замечательное и несуществующее существо мужского пола. И в то же время Негман может означать маленький член.

проникать в рамку восприятия клиента, менять её и провоцировать эмоциональный отклик. Выбор языка во многом зависит от социально-культурного происхождения клиента и конкретной обсуждаемой темы. А его применение зависит от конкретных и актуальных целей в этом противостоянии воли клиента и терапевта.

Глава 6. Этапы процесса провокативной терапии



В этой главе мы хотим представить ряд весьма субъективных наблюдений. Когда мы рассуждаем о стадиях провокативной терапии, мы не подразумеваем жестко прописанные шаги или чёткое чередование этапов. И все же за последние десятилетия постепенно проявились некоторые темы, постоянно возникающие в процессе терапии, которые мы условно назвали «этапами процесса провокативной терапии». Мы вполне осознаем, что виды реакций клиента, по меньшей мере отчасти, являются функцией от типов стимулов, которые предлагает ему терапевт. И хотя реакции пациентов разнообразны, а паттерны реагирования отличаются от клиента к клиенту, в значимой степени у них также есть нечто общее. С такими оговорками попытаемся теперь в общих чертах изобразить эти этапы.

После разговора о четырех этапах процесса терапии мы перейдем к разговору о мотивации клиента к продолжению провокативной терапии. И наконец, поскольку мы уделяем много времени практическим занятиям, мы хотим представить некоторые последовательности процессов или показательные случаи, происходящие с обучающимися провокативной терапии.

Из предыдущих глав вы помните, что провокативный терапевт стремится спровоцировать клиента на пять различных типов поведения:

- 1) утверждение своей ценности, как вербально так и поведенчески
- 2) самоутверждение сообразно ситуации
- 3) реалистическая самозащита
- 4) навыки распознавать тонкие различия и адекватная реакция на них
- 5) брать на себя риски вступления в личные отношения

Но даже если клиент в целом с ними согласен, его ожидания о способах их достижения могут сильно расходиться с представлениями провокативного терапевта.

Стадия 1

На первых сеансах клиента резко провоцируют на различные эмоции, что приводит его к изумлению, недоверию, неуверенности, а временами даже приводит его в ярость. Он проживает конкретное столкновение ожидания и реальности: его ожидания от роли терапевта не только не подтверждаются, но практически переворачиваются. Обычно он реагирует таким образом : «Что вы за терапевт-то такой? В жизни не слышал, чтобы кто-нибудь так разговаривал».

Что характерно, зачастую он изумлен и впечатлен интенсивностью собственных реакций, когда терапевт быстро обходит его защитные установки, и преуспевает в том, чтобы вызвать немедленное эмоциональное переживание. Естественным следствием этой спонтанности становится неуверенность:

К. (медленно): Мне это не нравится... Понятия не имею, что *вы* сделаете или скажете, а хуже всего то, что я не знаю, что сам скажу в следующий раз...

Невзирая на все вышеизложенные реакции, клиент неизменно оказывается заинтригован подходом терапевта к своим проблемам.

Пример 48

Пациентка была направлена ко мне (Ф.Ф.), её тринадцатому терапевту.

Едва она вошла в приёмную, я быстро спросил: «Как твоё имя, еще раз?».

Она ответила: «Рашель Левин» (псевдоним).

Я сказал: «Оно еврейское».

Вытаращившись на меня, она ответила: «Да».

В попытке обнаружить акцент, я спросил: «Откуда ты родом?»

– «Из Нью-Йорка», — ответила она.

Я уныло опустил в кресле: «О боги, нью-йоркская сука» (она не

успела еще ни снять пальто, ни присесть). На середине сеанса она заявила: «Не могу поверить своим ушам, вы что, помогаете людям таким вот образом? Я только все время злюсь на вас».

На что я ответил: «Помогаю? Кто сказал «помогаю»? Поговорить можно, но вот помочь — это уже сложнее... Тебе ж не помогли те двенадцать врачей, которых ты уже измочалила, зачем же требовать от меня невозможного? Кроме того, (указывая на неё) мне нужен какой-то материал для работы». На этом я переключился и продолжил депрессивным тоном: «Боже, ты понимаешь, что про твой типаж даже книги пишут, типа „Как быть еврейской мамой?“. В клинической практике ты — воплощённый архетип!». Ясное дело, что этим мы разбудили бурю.

Хотя некоторым это может показаться удивительным (нам тоже казалось), 95% клиентов приходят на последующие сеансы. У этого должны быть какие-то повторяющиеся причины, но пусть клиенты скажут за себя сами:

(1) «Здесь что-то происходит, и происходит быстро». Клиенты склонны ощущать, что терапевт немедленно вызывает какой-то очень реальный отклик, задевает их за живое, и хотя эти переживания и связаны с некоторой тревогой, также этот опыт ощущается как глубоко поддерживающий и дарующий облегчение.

Пример 49

В качестве примера приведу случай клиента, с которым я провел более 170 сеансов с использованием традиционных терапевтических техник. Когда спустя несколько лет он вновь обратился ко мне, оказалось, что знакомый ему традиционный терапевт претерпел серьезные метаморфозы. Он был потрясен, и как он выразился позже: «Я после этого сразу ушел, и по дороге что-то все бормотал про себя». Когда он вернулся, то заговорил о моем «превращении».

Я ответил:

Т. (с пониманием): Я ведь всего лишь пытался помочь.

К. (саркастически смеётся): Помочь? Помочь спровоцировать!

Позже в сессии он заявил: «Теперь вы обращаетесь со мной больше как со взрослым человеческим существом, чем как с хрупким беспомощным пациентом, в отличие от того раза, когда я пришел впервые. Вы сняли детские перчатки, и хотя это не всегда приятно, с другой стороны это позволяет мне ощущать себя мужиком, и считай что равным вам».

(2) «Мне не нравится то, что вы говорите, но вам я скажу: мне не нужно сидеть и гадать, что вы думаете обо мне, как я это делал с другим своим терапевтом». Клиенты отмечают, что «хождение на мягких лапах» со стороны других терапевтов их пугало: «я испугался, поскольку у меня возникло чёткое ощущение — он думает, что я такой хрупкий, что тут же разобьюсь на кусочки, если он возьмет и скажет мне, что по его мнению было со мной не так».

Клиентам может вообще не нравится то, что говорит терапевт, но им важна обратная связь. Она дает им нечто, на что можно опереться: «Мне не приходится проговаривать все самому. Вы берете на себя половину разговора, или даже больше».

«Терапевты, у которых я бывал раньше (клиент, сказавший это, побывал уже у шести терапевтов), очень неохотно давали мне обратную связь. Я что-то спрашиваю, они уставятся на меня или на потолок, и я прям вижу, как крутятся шестерёнки в их головах, будто прокручивая и решая, какой ответ мне дать. А потом, после всех этих колебаний, они в ответ мне снова задавали вопрос: „А почему ты спрашиваешь?“. А вы, вы вываливаете все напрямую, с первой минуты первой же сессии...».

(3) Третьей повторяющейся причиной, по которой клиенты склонны продолжать провокативную терапию после первого сеанса, является вопрос контроля. И вновь предоставим слово пациенту: «Я поняла, что могу обвести терапевтов вокруг пальца, могу заставить их смущаться и краснеть. А вас задирать я не могу — и это хорошо. Когда я прихожу сюда и пытаюсь смутить вас своими сексуальными похождениями, вас это вообще не смущает, а наоборот, это я краснею от ваших ответов. И знаете, это здорово, только вас и Хэнка (её парня) у меня не выходит дрессировать».

(4) Четвёртая причина — ощущение, что тебя понимают. Часто клиенты ошибочно принимают пародирование терапевтом их отношения к жизни в стиле «все пропало» за глубокое понимание со стороны терапевта. Как выразился один клиент: «Вы единственный, кто понимает, насколько я внутри до блевоты тошнотно-отвратительный, до самой глубины. Мои друзья и семья понятия не имеют, как я отвратителен, а вы узрели это за несколько минут»(!!!). Так или иначе, действительно, терапевт предпринимает попытку понять как внутренний, так и внешний мир клиента, чтобы достигнуть не только эмпатического понимания, но и получить объективное знание о клиенте с точки зрения его значимых других. И клиенты это чувствуют: «Вы всегда говорите именно то, что я думаю и чувствую к себе», или «Вы, должно быть, поговорили с моей семьей — именно так они меня и воспринимают».

(5) Пятая причина — возможно, самая важная, по которой многие из них возвращаются на лечение — это юмор, поскольку он очень близок к сути провокативной терапии. Когда одну клиентку спросили, придёт ли она на следующий сеанс, она усмехнулась: «Обязательно! Ведь впервые в жизни я была центром целого представления!»

(6) Шестая причина — терапевты нравятся клиентам, хотя временами и амбивалентно.

К. (смеётся).

Т. (улыбаясь): Что? (К. продолжает смеяться). Над чем смеёшься?

К. (хихикает, вытирая глаза): Ой, не знаю, Фрэнк, вы иногда такой милый!

И другой клиент:

К. (искренне, тепло): Вы самый добрый и понимающий человек из всех, кого я видел в своей жизни.

(Улыбаясь). Спрятанный внутри величайшего сукина сына, которого я только встречал!

(Т. и К. смеются вместе).

(7) Клиенты об этом не скажут, но мы сильно подозреваем, что последняя причина — соревновательный аспект этих встреч. Некоторые клиенты, похоже, страстно желают сражения, вербального и психологического эквивалента портовой драки, в которой они не обязаны ни следить за социальными любезностями в выражениях, ни драться честно, такая драка даёт им свободу проявить свои гадкие, задиристые «я». Другие же клиенты желают потягаться с терапевтом умом, тактикой и стратегией. Провокативный терапевт счастлив услужить таким клиентам и с энтузиазмом бросается в стычку.

Стадия 2

После первых удивления и неуверенности на первой стадии, обычно клиент начинает меньше протестовать в отношении поведения терапевта, начинает признавать, что меняться нужно ему, а не терапевту, и начинает реорганизацию своих ожиданий касательно терапевта. Его характерным состоянием является угрюмость: «Черт вас побери, вы правы в отношении меня». Теперь уже могут проявиться осязаемые зачатки тех пяти желаемых видов поведения, которые стремится вызвать терапевт. И наконец, эта стадия характерна если не полным исчезновением, то значительным снижением психотических защит, присутствовавших ранее.

Пример 50

В мой частный кабинет вошёл чрезвычайно религиозный юноша в сопровождении своих родителей, строгих католиков. В его истории болезни был психотический срыв, несколько госпитализаций и отсутствие работы, последовавшие за гомосексуальным эпизодом. Будучи убеждённым в своём бессмертии, машину он водил так, что его действия на дороге граничили с суицидом.

На первом же сеансе стало ясно, что идея «бессмертия» в его голове была связана с тем гомосексуальным эпизодом. К ужасу своих смятенных родителей, он гордо заявил, что все, кто сделает ему минет, также станут бессмертными. В свою очередь терапевт, то раскатисто хохоча, то начиная говорить чрезвычайно серьёзно, на первых трёх сеансах пространно разъ-

яснял ему социальные, теологические и экономические последствия его новой «силы»:

1) он «войдёт» в историю, как Понс де Леон ¹⁶ 20-го века

2) государственное здравоохранение объявит его национальным достоянием

3) все религиозные организации мира придётся переделать, основывая их литургии на новой истине: «Кто мой член отсосаше и сперму выпиваше, вечную жизнь через то получаше»

4) все гробницы и святые места мира опустеют, поскольку все верующие теперь поползут на коленях к нему

5) государственные и местные органы здравоохранения (больницы, страховые компании, и вообще профессия медика как таковая) немедленно обанкротятся

6) он, в свою очередь, станет запредельно богатым, так как неизлечимо больные будут отдавать все свои сбережения ради новооткрытого эликсира... или, как бы это сказать... всеоживляющей малафьи!

Т. (серьёзно): Я также думаю, будет честно и справедливо, чтобы твои мать и отец (жест в их сторону), уже весьма пожилые, даровавшие тебе Жизнь... Так вот ты мог бы... В свою очередь...

Мать (приложив руку ко рту, будто её тошнит): Похоже, меня сейчас вырвет, а мы обязаны говорить о таких вещах?

Отец (уставился на сына): Боже, да у тебя больные паттерны мышления!

Т. (продолжает в неудачной попытке сохранить *натуральное* выражение лица): М-м... Вполне уместно, что мама и папа

16 Испанский конкистадор, искавший источник вечной молодости

будут первыми...Э-э... не знаю, как выразиться потактичнее...

К. (периодически взрывается смехом на протяжении трёх сессий — то при попытках терапевта развить идиотскую тему, то при виде сконфуженных родителей, наконец, выпалил зло):
Черт побери, вы прекратите снова и снова нести эту пургу?! Я ведь по-настоящему не верил в эту хрень, хоть и болтал об этом людям весь прошлый год. Это просто бред и больше ничего.

Т («удивлённо»): Что? Что ты такое сказал?

К. (с нажимом): Я сказал, что все равно по-настоящему никогда в эту бредятину не верил, так что почему бы вам уже не заткнуться?

Т. (с невинной улыбкой, вкрадчиво): Ты не мог бы это повторить?

К. (смеясь): Вы слышали.

Т (улыбаясь): Я знаю, но моё любимое число — три, и некоторые вещи мне нравится услышать трижды. Ну, давай еще разок.

К. (замечает, что родители смеются с облегчением, начинает улыбаться и смеяться): Иди к черту!

Т. (глаза к потолку, руки сложены в молитвенном жесте): Не слушай его, Боже, как раньше не слушал. (Клиенту, льстиво): Ой, ну давай, еще разок для своего заботливого терапевта.

К.(улыбается, кивает и серьёзным тоном): Окей, окей! Я на самом деле никогда не верил в эту бредятину, которую говорил о своём бессмертии. Вот. Теперь вы удовлетворены?

Стадия 3

Эта стадия характеризуется прояснением, выбором и сдвигом в сторону клиента. Характерным признаком этой стадии являются конгруэнтные и все более уверенные протесты клиента по поводу того, что восприятие терапевта основано на искажённом понимании неадекватных примеров. Из примера №25:

К. (пауза, убеждая): Но я делаю это все, потому что так ненавижу себя!

Т. (демонстративно): Нет-нет, это потому что ты творишь это все, поэтому ты...

К. (перебивая): Нет!

Т. (заканчивает): себя и не любишь.

К. (громче): Нет.

Т. (говоря еще громче): У тебя все через жопу.

К. (громче и тверже): Вы неправы.

Т. (подражая её тону): Что ты имеешь в виду — неправ?

К. (пытаясь объяснить): Потому что...

Т. (помпезно, не ожидая, пока она ответит): Черт, ты ведь просто пациентка, а я врач. И каким местом тебе знать... Откуда это в тебе взялось? Хочешь сказать, я неправ?

К. (ровно, с уверенностью): Вы ведь не непогрешимы, м-р Фрэнк Фаррелли.

Т. (смеясь): Разве? И я могу ошибаться, ты это хочешь сказать?

К. (с твёрдой убеждёностью): Да, вы неправы. Вы ошибаетесь насчёт меня. Не такое я уж я ... зло, и я не порочная... и не такая поганая, и... не... безнадёжная...

(звонит телефон, Т. кладёт руку на трубку, но не поднимает её, ждёт, пока К. закончит) ...не такая неадекватная... как вы утверждаете.

(К. смеётся, резко кивает головой). Так-то!

Пример 51

Стадия 4

Это одна из финальных стадий консолидации и интеграции. Протесты клиента в отношении его оценки как человека терапевтом значительно сокращаются или вовсе исчезают. Если уж он и протестует, то с нетерпением или с юмором; он все более уверяется в собственных способностях адаптироваться и справляться с происходящим. Он теперь склонен отметить свои карикатурные изображения терапевтом как «устаревшие», мол, «это тот,

старый я».

К (смеясь): Таким я был, мистер Всезнайка, но больше это не про меня.

Он закрепляет и собирает воедино успехи терапии, и находится в фазе интеграции, будучи способным проанализировать и разобраться в своих переживаниях более точно и адекватно.

К (задумчиво, медленно, как бы сам с собой): Знаете... В последнее время я получаю много тепла, и настоящей любви от людей... Теперь я это понимаю, теперь, когда я стал другим... Но они-то так сильно не менялись... они все это время относились ко мне одинаково... А я, я этого не замечал, или отмазывался от этого... Но это было всегда, а я был слеп...

Т. (пауза, тихо с сарказмом): Старое доброе искажённое восприятие, угу?

К. (улыбаясь, с уверенностью): На этот раз никаких искажённых восприятий, Фрэнк, в этот раз — настоящее, и оно так уже много недель. (Пауза, задумчиво) Вам бы следовало пару недель поехать со мной, посмотреть, насколько тепло относятся ко мне люди. Полагаю, я раньше никогда этого не замечал. Но теперь, став более открытым для них, я это вижу и сам.

Т. (с отвращением): Вот отстой, каким ты стал высокопарным!

К. (качает головой, усмехается)

Пример 52

Он приближается к окончанию терапии, и заложил крепкие основы своей идентичности и самооценности, освобождая психологическую энергию для построения собственной жизни — стиля жизни, отношений, целей и достижений.

На данный момент в этой главе мы рассмотрели четыре стадии процесса с точки зрения клиента, а также его мотивацию к продолжению прокативной терапии. Теперь обратимся к тем переживаниям, которые слу-

чаются с изучающими провокативную терапию. Но прежде приведём несколько комментариев уважаемых коллег.

Карл Роджерс при прослушивании записей провокативной терапии заметил: «Фрэнк, лично я вас знаю, и знаю о вашей приверженности клиентам, но вот думаю, а получают ли такие же результаты другие люди, которые будут пользоваться этим методом?»

Карл Витакер так высказался после наблюдения за сеансом групповой терапии: «Да, весьма самобытно. И в этом должна быть живость — если делать это механистически, будет мертво и безрезультатно».

А Билл Джексон заметил: «Я вас знаю, я был с вами в терапии и ощущал ваше тепло и заботу о клиентах. Но вот когда некоторые наши выпускники впервые узнают о провокативной терапии и пробуют её делать, они производят впечатление саркастичных мудаков. Это все равно, что новичка противопоставлять опытному скрипачу. Новичок смотрит на скрипача и говорит: «Ну в целом врубился. Вы суете эту штуку под подбородок, а потом водите туда-сюда тем, что вы называете смычком». Пожалуй, их скрипки все же зазвучат по-разному. А терапия, если можно так выразиться, вся построена на обертонах. Простой человек бы сказал: «неважно, что он говорит, важно — как он говорит».

Нам представляется, все трое подчёркивают тот факт, что провокативная терапия, чтобы быть эффективной, должна быть чем-то большим, чем набор механистических техник, и требует персонального учебного процесса.

Наблюдая за таким процессом в течение многих лет, нам удалось чисто субъективно выделить семь различных стадий становления провокативным терапевтом.

Стадия 1

Изначальную реакцию, когда человек слышит о провокативной терапии, можно было бы обозначить как «испанский стыд», который выражается таким внутренним или внешним суждением: «Боже ты мой! Нельзя так говорить с этими несчастными болезнями». А один из клиницистов на просьбу выразить своё первое впечатление ответил: «Окей. Полагаю, я почувствовал что-то типа того: что, нахрен, этот сукин сын терапевт вытворяет с этим бедным несчастным пациентом?»

Стадия 2

Обычно за первой реакцией следует и вторая — упоительное вдохновение, которое реализуется в желании участвовать в живых сеансах, групповых сессиях, смотреть видеозаписи работы терапевтов с клиентами, а также слушать аудио с записями индивидуальных, групповых и семейных сессий. Степень интереса новичка можно грубо измерить тем, насколько он погружается в этот вторичный процесс наблюдения и напитывания.

Стадия 3

Через какое-то время прослушивания и наблюдения, новичок испытывает желание ввести провокативную терапию в свою практику с клиентами, и он решает это сделать с некоторой тревогой, что клиента это «отпугнёт» (то есть что он, начинающий провокативный терапевт, облажается и будет отвергнут). Вскоре он обнаруживает, что ему удаётся запускать провокативный дискурс, провоцировать клиентов на реакции и даже спорить и юморить с ними в своей собственной манере. Правда, он подчас получает значительно больше информации и эмоций от клиента, чем он может с комфортом выдерживать. И зачастую, интенсивность эмоциональной реакции клиента его выталкивает (или он сам вылетает) из своей провокативной роли.

Супервизия жизненно важна на протяжении всего процесса обучения, но в такие моменты — особенно. Начинающие хотят знать: «Как мне быть дальше? Я могу спровоцировать эмоции клиента, но когда это получается, не знаю, что делать дальше. А моё чувство юмора недостаточно хорошее или

быстрое, чтобы рассмешить клиента».

Супервизор старается расширить понимание новичком тактик и уловок клиентов, разъясняя их назначение, помогает ему путём мозгового штурма разработать контрмеры против них и создать собственные концепции по вопросам терапевтического процесса. Он старается раскрепостить студента, дать проявиться его чувству юмора по отношению к человеческому поведению, демонстрируя студенту примеры реакций. Он просит: «Назови три разных способа юмористически это обыграть», которыми можно было бы отреагировать в конкретном случае, и терпеливо помогает ему в этом. Он также помогает студенту стать более наблюдательным к забавным неконгруэнтностям, которые встречаются в жизни каждого из нас, способствует тому, чтобы студент научился разыгрывать пяти–десятисекундные пародийные сценки в стиле Джонатана Уинтерса про разнообразие взаимодействий «терапевт-клиент». И, наконец, он учит студента дурачиться с клиентом над своей собственной ролью терапевта.

Например, однажды студент принёс на супервизию проблему, казавшуюся ему непреодолимой. Пациент не хотел студента в качестве терапевта, а желал работать с опытным специалистом. Этому студенту, весьма напуганному тем, что клиент его забраковал, быстро помогли несколько предложенных реакций:

1. (обеспокоенно): «Послушай, я сообщил администрации твою просьбу, но очевидно, что они не хотят тратить на тебя время настоящих профессионалов».
2. (с деланным гневом на супервизора): «Но и я не хочу тебя тоже. Я просто зелёный юнец, только начинающий учиться, а мой супервизор мне спихивает тебя!»
3. (умоляюще): «Ну пожалуйста, надо же мне на ком–то практиковаться!»
4. (с явным ужасом): «Боже, мой супервизор сказал, что если не вылечу тебя, он меня завалит на экзамене!».

Со временем, когда студенты научаются пародировать с шутливой открытостью и саму свою роль терапевта, требования клиентов «дать им настоящего профессионала» тут же перестают быть проблемой. Работают с

тем, кто есть, да и все.

Стадия 4

На этой стадии обучающийся уже чувствует освобождение от довольно узких рамок более традиционных подходов, и воспринимает это как «эффективное противоядие от эмоциональной стерильности классической, аналитически научной психотерапии». В центре его внимания — быстрота отклика в диалоге клиента и терапевта и акцент на непосредственном процессе коммуникации между ними; обучающийся стремится сделать какие-то выводы из своего опыта, чтобы применить его к этому захватывающему процессу. Мышление и общение ускоряются: «Вау, терапия может быть веселой! Но насколько это полезно?» Один начинающий провокативный терапевт, столкнувшись с вопросами причинения боли клиентам, сравнил этот процесс со снятием повязки: «Провокативная терапия делает это быстро, срывая её сразу, вместо терзания пациента путем медленного сдирания вместе с волосками по одному. Да, возможно, клиенту в процессе роста придется испытать некоторое количество боли, но это будет куда быстрее».

Учащийся также глубже задумывается о собственной позиции по вопросам хрупкости и нужд клиента, равно как и о видении своей роли как терапевта. Это время серьезного самоисследования и внутреннего диссонанса. Студент с жадностью изучает «законы отношений», начинает чувствовать природу процессов межличностного взаимодействия, и как следствие — развивает способности управлять своими личными и терапевтическими отношениями.

Стадия 5

На этой стадии начинающий провокативный терапевт чувствует свою свободу применять все более широкий спектр своих реакций, и всего себя самого в качестве терапевтического средства. Он все лучше осознает свой непосредственный опыт, и у него возникает множество ассоциаций с происходящим как внутри, так и вне терапии. Он открывает для себя и начинает использовать до тех пор нетронутый бескрайний резервуар «ответов» кли-

ентам, который всегда был внутри него. Обычно это поток фантазий и воспоминаний, творчески вплетающийся в его сознание, который помогает ему улавливать тонкие нюансы, оттенки, отзвуки и ароматы переживаний клиента и его собственных ощущений.

Пытаясь все это реализовать в терапевтических интервенциях, он действует когда топорно, когда игриво, порой неэффективно, но все более успешно.

Стадия 6

Ученик становится все более уверенным и получает больше удовольствия от работы, но иногда ему не удается избежать двух крайностей:

1) слишком жесткая конфронтация, которая принимает форму не приносящего пользу сплошного сарказма

2) использование юмора ради удовлетворения своих потребностей за счет клиента

С этими прегрешениями обычно с успехом помогает бороться супервизия, которая напоминает, что основная задача терапии — это помощь клиенту.

Здесь учащийся уже становится более искусным и в восприятии невербальной коммуникации клиента, и в своих навыках противоречивых провокативных посланий. Он учится более дисциплинированно использовать своё новоявленное «терапевтическое Я», и теперь в состоянии одновременно поддерживать фокус на проблемах клиента, и способствовать переменам к лучшему.

Стадия 7

Это никогда не завершающийся этап, для которого характерно постоянное самообразование, рост и развитие начинающего терапевта. К этому моменту он уже интернализировал процесс супервизии, способен сам наблюдать за своим поведением в терапии, лишь время от времени нуждается в консультациях и больше не зависит от супервизора.

Он демонстрирует все более широкий репертуар терапевтических навыков, способен структурировать и регулировать совокупность конфронтации, юмора, внешней социальной реальности и разумных ожиданий «значимых других» клиента — и делает это с самыми разными видами проблем и поведения пациентов.

Глава 7. Групповая и семейная провокативная терапия



В этой главе мы попытаемся обобщить описанные ранее техники и принципы на работу с группами и семьями. Особенных отличий в такой работе нет, ни в положениях терапии и техниках, ни в терапевтических ситуациях, в которых они применяются.

В этих лечебных подходах провокативная терапия может быть полезна благодаря своему межличностному подходу и ориентации на здесь и сейчас. Цели групповой терапии во многом аналогичны, и не грех их повторить. В любом контексте провокативный терапевт пытается спровоцировать позитивный и негативный эмоциональный отклик, чтобы вовлечь клиента в пять типов поведения:

- 1) утвердить свою ценность вербально и поведенчески
- 2) адекватно вести себя в рабочих и личных отношениях
- 3) научиться реальной самозащите
- 4) обрести умение тестировать психосоциальную реальность и навык различения, чтобы реагировать адаптивно
- 5) вступать в рискованное близкое общение, т. е. уметь выражать привязанность и уязвимость с искренней непосредственностью, так, как они проживаются в моменте

Все вышеперечисленные цели применимы и к групповой, и к семейной терапии. Начнём главу с рассмотрения групповой терапии, а потом обратимся к семейной, делая упор на примеры, иллюстрирующие использование различных принципов. Мы не претендуем на исчерпывающий анализ ни групповой и семейной терапии как таковых, ни их применения в работе с клиентами. Наша задача — просто описать работу с некоторыми аспектами и проблемами групповой терапии при помощи провокативных техник.

Провокативная групповая терапия

Удивительный контраст — в отличие от той человеческой популяции, в недрах которой возникло большинство других подходов, провокативная терапия возникла из опыта работы в психиатрической клинике.

Там посещение пациентами различных терапевтических групп — это часть терапевтической среды. Характерные особенности таких групп в состоянии пошатнуть разум исследователей и большинства обычных терапевтов.

Это открытые группы. Каждый член группы участвует в различном количестве сессий, количество участников тоже всегда разное. Группы довольно гетерогенные по составу пациентов — у них могут быть самые различные симптомы, возраст, пол, диагнозы, уровень IQ, образование, род занятий и семейное положение.

По мере того как группа прогрессирует, основой её сплочённости становится универсальность чувственного опыта. Именно она является общим знаменателем: главным инструментом терапевта в установлении в этом хаосе хоть какого-то порядка, и одновременно одним из важнейших источников развития и роста для членов группы.

Вопрос контроля в такой группе является ключевым с самого начала. Терапевт должен дать структуру, обговорить нормы поведения, и вначале обязательным будет обозначение того, на чем фокусируется взаимодействие. Вопросы могут подниматься как группой (например, проблемы взаимодействия группы и медперсонала), отдельными членами группы («Проблема именно в том, что я здесь. Когда мне можно будет домой?» или терапевтом («Как назовёте вашу группу? ИП Неудачник и сотрудники? ООО «Шизики»? ООО «Отчаяние»?)).

Когда я впервые стал применять провокативную терапию в работе с группами (пример 53), примерно через месяц после 91-го сеанса с «Биллом», я был удивлён реакции группы. Точнее, её отсутствию. Они сидели тихо, поглядывая на часы, просились уйти раньше и всячески демонстриро-

вали отсутствие интереса. После нескольких таких загадочных сессий я получил объяснение от одной из медсестёр. Она спросила: «Фрэнк, что происходит на твоих группах?». Я ответил: «Ничего, вот что. Сам никак понять не могу!», а она возразила: «Да нет, еще как происходит. Вот уже несколько раз после ваших встреч они допоздна не спят, собираются группой и обсуждают то, что происходило на ваших встречах». А я подумал — круто, я получаю реакцию, даже несмотря на то, что они её скрывают. Кто сказал, что душевнобольные не в состоянии объединяться в группы?

В начале следующей встречи я объявил: «Понимаю, девочки, что вы там свои встречи уже замутили, так что...»

К1 (спокойно): Тебе легко сидеть здесь, издеваться и смеяться над нашей болью. Я бы посмотрел как ты страдаешь, дружок, если б с тобой такое случилось.

Т. (ошеломленно, смущённо, игнорируя его реакцию, громко фыркая): Ну... Видишь ли... Мы, персонал, ничуть не страдаем в отличие от вас. Зачем нам это? Мы просто скользим от одного успеха к другому, отношения у нас само тепло и доброта. Никогда не бывает у нас ни тревог, ни депрессий... Вот и...

К. (задумчиво кивая): Понятно... Значит, разница между пациентами и врачами не в том, что мы страдаем, а вы нет, а в том, что вы куда лучше нас справляетесь со своими проблемами.

Пример 53

С того собрания и впредь пациенты стали проводить свои «особые сессии» прямо на наших группах.

Провокативный терапевт пытается спровоцировать группу или отдельных участников на эмоциональную реакцию на терапевта или членов группы. С этой целью он зачастую стравливает членов группы между собой или по меньшей мере использует модель реакций кого-то из членов группы, чтобы настоять на своём. Для поддержки провокативной природы подобной коммуникации, терапевт обращается к регрессивным, защитным, анти-социальным ценностям членов группы. Зачастую сами участники начинают

объяснять, зачем терапевт делает то, что делает.

Пример 54

Агрессивная, умственно отсталая пациентка часто приходила в ярость от того, как я разговаривал, угрожала подойти и врезать мне. Когда же я у неё спрашивал: «Если ты меня ударишь, что я, по-твоему, буду делать?», она сердито отвечала: «Знаю я, что вы сделаете, бросите меня в изолятор». На одной из сессий она очень напрягалась и злилась на меня, когда я говорил о её поведении, а потом бросила в меня комком рваной бумаги. Я заставил её наклониться и подобрать каждый клочок. Она слегка смутилась, но обрадовалась, что я не «брошу её в изолятор». Женщина из группы по-матерински объяснила этой пациентке: «Разве ты не видишь, что он делает, Мэри? Он вообще-то пытается тебе помочь. Он помогает тебе учиться контролировать свой гнев, чтобы ты не попадала в неприятности из-за того, что постоянно лупишь людей».

Использование объяснения и озарения происходит по схожей схеме.

Пример 55

Я выяснял у молодой пациентки, зачем она заявила в церковь на похоронную церемонию, обхватила гроб и стала целовать. Я начал приводить достоверные, но неправдивые причины, почему она могла так поступить, и заметил: «Ну, хорошая католичка вроде тебя...». Она прервала меня и заявила, что не считает себя хорошей католичкой, годами не посещала мессы (а в шестидесятых это считалось обязанностью хорошего католика). Я продолжил: «Ну, должно быть, ты хорошая подруга семьи умершего и все такое...». Она снова перебила меня и сказала, что никакого отношения к семье умершего не имела. Такой её ответ озадачил других пациентов, которые стали задумчиво на неё поглядывать. Один из них сказал: «То есть ты пошла на эту... как там её... похоронную мессу... (К. Ага). И схватила гроб и стала целовать... И ты даже не знала умершего? (К: Ну да, так и было).

Т. Ну, может это было внезапное проявление пылкой религиозной преданности...

К. (смеётся и крутит головой) Угу, типа того, головой тронулась.

Т. (недоверчиво) Что ты имеешь в виду?

К. Да просто вела себя как псих!

Нам раньше никак не удавалось заставить её признать это, несмотря на то, что весь персонал пытался донести до неё в точности то же самое, что она вдруг заявила, будучи спровоцированной. Вскоре эта женщина занялась делом и стала общаться весьма и весьма нормально. Она сказала, что вне зависимости от причин, целовать гробы или творить другую дичь она больше не собирается.

Т. (протестуя) Ну как ты можешь так говорить, не зная психологические или генетические причины этих своих внутренних конфликтов! Если ты не знаешь, как это началось, как ты собралась это остановить?

К. (уверенно) Я просто не буду этого делать, вот и все!

Т. Ну, тогда ты начнёшь исполнять какую-то другую хрень, знаешь, замена симптома называется.

К. (уверенно) Не дождётесь! Я знаю, где дичь, а где нет, просто не буду так делать и все.

(группа, пациент и терапевт взрываются смехом)

Как и в индивидуальной терапии, в групповой работе провокативный терапевт часто использует юмор, чтобы спровоцировать участников обнаружить проблему и начать её решать. Кроме того, следующий пример иллюстрирует, как провокативный терапевт справляется с яростью пациента, заставляя его смеяться.

Крепко сбитый парень лет тридцати был приписан к одной из мужских групп. Будучи доставленным в больницу полицией, он демонстрировал неконтролируемые приступы ярости, и был сочтён потенциально опасным для персонала. Он вошёл в комнату после начала групповой сессии и уселся напротив терапевта, шумно сопя носом и стиснув в ярости зубы.

- Т. (заканчивая с другим участником и поворачиваясь к новичку): Как тебя зовут?
- У1 (громко, яростно сквозь стиснутые зубы): Неважно!
- Т. (тревожно отступая): Окей, ты не обязан называть... (внезапно передумав, отстраненно-озадаченно) О, я знаю! (щёлкает пальцами). Дело номер 93 322, не так ли?
- У1 (хмуро глядя на терапевта, оглядев группу, гневно перебивая): Это вообще, блядь, кто?
- Т. (когда другие участники начинают смеяться, глядя то на первого, то на терапевта, терапевт шлёпает себя по лбу и говорит, указывая на У1): погоди, не говори, дай угадаю. Ты тот мужик, которого жена сюда засадила за то, что трахнул другую телку, или... (2, 3 и 5 начинают смеяться, другие внимательно смотрят за У1 и терапевтом).
- У6 (обращаясь напрямую к У1): Это Фрэнк Фаррелли, и он ведёт занятие групповой терапии дважды в неделю. Придётся тебе привыкать!
- У1 (уже менее злобно, перебивая У6, обращаясь к группе, которая все ещё хихикает или улыбается, менее громко): Он по ходу не в себе.
- Т. (обиженно перебивает): Ну, может ты и прав, 93322, но я когда-то... был нормальным... как черничный пирог. До тех пор пока не начал вести эти встречи с этой психованной командой.
- У1 (смотрит на терапевта, локти на коленях, руки сжаты перед собой, опускает голову и отворачивается, кусая губу, явно пытаясь удержаться от смеха, потом вертит головой и сопит себе под нос): Хрень какая!
- У4 (наклоняется к У1, ухмыляется): Мы зовём это «Весёлый час Странного Бородача», это луч света в нашей...
- (несколько участников смеются, и даже У1 прекратил строить из себя злодея и открыто улыбается группе)
- Т. (глядя на У1, чуть улыбаясь, игривым тоном): Ну, дружок 93322, ты готов поделиться с нами, чего тебя так тарашит?

У1 (нахмурившись, лучше владея собой). Меня зовут Фред Бланк, и вас бы тоже тарасило, если бы вас куча копов при-тащили сюда в ночи.

У3 (согласно кивает, обращаясь к У1) Моя жена так же месяц назад со мной поступила, до сих пор злюсь на неё.

У1 (взглянув на У3, уверенно): Уж я-то точно здесь месяц торчать не собираюсь.

У4 (наблюдая сзади их взаимодействие, к У1): Чего она на тебя взъелась?

У1 стал объяснять свою ситуацию терапевту и группе, и признал, что у него действительно взрывной характер. Такое сотрудничество было для него весьма значительным изменением, и позволило ему в полной мере воспользоваться ресурсами больницы и быстро выписаться.

Пример 56

Следующий краткий рассказ иллюстрирует манеру, в которой провокативный терапевт может провоцировать тестирование реальности в групповой работе.

Один из членов группы пребывал в глубокой депрессии, поскольку был убеждён, что он «убил» своего отца. По своему обычаю на одной из семейных встреч они стали с ним бороться, отец упал и ударился головой. Месяцем позже отец был сильно ранен в автомобильной аварии, и ему потребовалась операция на мозге. Этот пациент считал, что «убил» отца, поскольку теперь его отец уж не тот мужик, что был раньше, а беспомощный «с мозгами набекрень». При этом, несмотря на депрессию, пациент был твердо намерен покинуть клинику и добиться успеха в жизни.

И тут влезает терапевт: «То есть ты просто хочешь выйти и преуспевать, чтобы твой бедный папаша ещё сильнее горевал и завидовал?»

У1 (расхохотавшись и густо покраснев): Именно так он себя и *почувствует!*

Т. (сердито): Ах ты маленький злобный поганец! Нет бы оставить все как есть! Так ты ж хочешь, чтоб ему еще хуже было! (большая часть группы смеётся).

У1 (смеётся): Вы хоть на меня и наговариваете, но знаете, я и правда так чувствую.

Затем он сравнивает себя с Ли Харви Освальдом, утверждая, что они оба — убийцы.

У1: Через шесть месяцев после того как отец повредился, Ли Харви Освальд убил Кеннеди. Он тоже одиночка был, прям как я.

У2 (параноик) начинает смеяться над У1.

Т. (сердито и серьёзно): Да, я вижу связь! Теперь все ясно.

Другие члены группы смеются. У1 краснеет, смущается и тоже начинает смеяться. Т. поддерживает идею о том, что связь У1 с Освальдом довольно очевидна, что есть в этом «неопровержимая логика». У2 саркастично замечает, что можно что угодно с чем угодно связать, было бы желание. Т. продолжает дразнить клиента «маленьким злобным убийцей, которому место в тюрьме». Поначалу У1 подтверждает, что так себя и воспринимает, но потом наконец раздражается тирадой: «Это случайность! Мы всегда так боролись, а в тот раз выпили лишнего, и просто так вышло!». Терапевт все равно не верит: «Готов поспорить, ты был с детства зол на отца, и просто наконец эта злость вырвалась из твоего бессознательного!».

У1 (рационально и уверено): Конечно, я злился на отца в детстве, как и многие дети злятся на отцов, но это тут ни при чем.

Он выглядит весьма уверенным в своей оценке этого опыта. Он только что впервые заявил, что это была случайность. Вплоть до этого момента семья, персонал и друзья твердили ему это постоянно, но он продолжал винить себя.

Час закончился, и У1 подходит к терапевту, который при его приближении съёжился на стуле и хнычет: «Беру все свои слова обратно!». У1 про-

должает смеяться и хочет пожать Т. руку, а когда ему это удается, Т. дрожащим голосом спрашивает: «Эт-то ч-что, прием джиу-джитсу?» и пытается освободиться от захвата.

Т. (восхищённо): Боже, у тебя железная хватка!

У1 не выпускает его руку и говорит, продолжая смеяться, что беседа была прекрасной: «Я действительно многое понял», а потом добавляет, что надеется увидеть Т. снова. Все это происходит рядом с входной дверью в помещение для встреч, другие участники стоят вокруг и улыбаются. У1 провожает терапевта по коридору отделения. Терапевт приоткрывает дверь, проскальзывает сквозь образовавшуюся щель и быстро захлопывает её. Сквозь стекло видно, что У1 машет ему рукой и смеётся.

Пример 57

Ещё один пример, иллюстрирующий как в групповом процессе терапевт провоцирует тестирование реальности и противодействует чрезмерной жалости к себе.

Безвкусно одетая, невысокого роста хроническая пациентка средних лет, участница женской группы, бесстыдно пользовалась различными отвлекающими манёврами, чтобы не дать терапевту зацепиться за её поведение. В основном они состояли из историй «как они со мной поступили» и указаний на отдельные травматические эпизоды как на источники её «проблем с головой» — «ах, если б только этого со мной не случилось». Наконец, она добралась и до «самого худшего» - более 20 лет назад она родила внебрачного сына.

Терапевт, зная о том, что у 5 из 8 участниц группы были внебрачные беременности, встаёт, поднимает пациентку на ноги, обнимает её левой рукой, взяв её ладони в правую руку, начинает драматически декламировать срывающимся голосом, периодически громко сглатывая сквозь зажатое горло: «Я спасу тебя, дитя, от страшных бед и посягательств злого мира...», и быстро моргая, вызывает слезы в глазах. Обращаясь к группе: «И никому ведь не дано узнать, что разведёнка чувствует... С прицепом... И раны эти... Так глубоки... И никогда не исцелиться им... И в сердце бедной матери они

погребены, терзают, кровоточат...» (пациентка смотрит на терапевта, всхлипывает и кладёт голову на его левое плечо, он гладит её голову левой рукой, продолжая свой изобретательный слащавый монолог. «И эти раны все еще гноятся... Сочатся гноем в психику годами... (некоторые участницы хмыкают), пока... вы не узрите пред собой... (терапевт вытирает слезы с глаз) надтреснутую, бедную, виной измученную... кучу жалкого...». В этот момент участницы группы начинают смеяться в голос, а кто-то восклицает: «Боже, какой актёр!». Некоторые выглядят раздражёнными, и говорят У1: «Ой, перестань, Фрида, тут по меньшей мере четверо побывали в том же дерьме, что и ты!». Одна из участниц, раздражённо улыбаясь, говорит: «Да, Фрида, хорош нести эту чушь». Пациентка быстро оставила свою роль «бедная я, бедная».

Пример 58

Следующий случай представляет описание частого явления в провокативной групповой терапии: терапевт провоцирует других участников включаться в провокативное взаимодействие, чтобы противостоять чрезвычайно сильному защитному отрицанию.

Параноидальная шизофреничка (У1), которая поступила в госпиталь недавно и стала участницей женской терапевтической группы, постоянно спрашивала (буквально по двадцать раз за сессию), когда она сможет пойти домой: «Можно мне домой? Ну пожалуйста, можно домой? Почему мне нельзя пойти домой?». Этим своим рефреном она не только мешала другим, но и совершенно не слушала ни терапевта, ни других участниц, пытавшихся помочь ей понять, что в её поведении привело к госпитализации и необходимости её пребывания в клинике.

У2 (умственно отсталая женщина, прерывая её): Она ж тут не зря, но это не признает.

Участницы периодически пытаются помочь У1, но она лишь транслирует послание «Меня тут быть не должно», добавляя:

По себе людей не судят! (оборачивается к терапевту и вновь заводит свою песню) Можно мне домой?

В какой-то момент (три четверти сессии уже прошло) терапевт сравнивает поведение У1 с «китайской пыткой капающей водой» (в подробностях объясняя группе процесс пытки) и начинает произносить «кап» каждый раз, когда У1 задаёт свой вопрос, как бы говоря: «Если ты сама не относишься всерьёз к своим проблемам, я к твоим затруднениям тоже серьёзно относиться не буду».

Другие пациентки тоже подхватывают этот «кап».

У1 (колеблется, пытается перефразировать): Я понимаю, что уже здорова... Можно мне домой?

Участники (смеются, недоверчиво качают головой, и хором):
Кап!

У3 указывает, что У1 ещё недостаточно «цельная», чтобы быть выписанной из больницы.

У1 (обращаясь к У3, настойчиво): Я цельная в своём желании пойти домой.

У4 (смеётся): «цельная» — это просто слово

У2 (перебивая): Я не согласна. Она ещё недостаточно сильна. Она больная. Она не готова идти домой.

Т. (нараспев обращается к У1): Энни, ты что, думаешь, если будешь это повторять и повторять, то медперсонал утомится и скажет в конце концов: «Ладно, черт с тобой, сдаёмся, вали домой?».

У1 (улыбаясь): Ну, не знаю. Просто пробую, а вдруг сработает?

Члены группы и терапевт смеются, а с ними и У1.

Пример 59

На следующий день на большом собрании пациентов отделения Анни вновь открывает его своим конкретно приевшимся рефреном. Несколько членов вчерашней терапевтической группы тут же хором отвечают: «кап!» и смеются. Остальные участники в недоумении, поэтому им тоже радостно объясняют сравнение Энни с китайской пыткой.

Теперь уже все присутствующие начинают со смехом отвечать «кап!» в

ответ на её вопросы. Хватило и дня, чтобы она прекратила их талдычить, и начала слушать других, а также здраво и уместно вести себя как на встречах групповой терапии, так и на отделении.

Больше примеров групповой работы читатель обнаружит в главе «Юмор в провокативной терапии».

Семейная провокативная терапия

Есть исторические, клинические и утилитарные причины по-новому взглянуть на семейную терапию. Провокативный терапевт не делает чрезмерного акцента на семейной терапии (а некоторые терапевты отказываются встречаться с клиентом без присутствия семьи), но она, несомненно, имеет ряд сильных сторон, которые позволяют её рекомендовать. Вот некоторые из них:

1. У клиентов куда меньше контроля над информацией — участники семейной терапии с готовностью и энтузиазмом «стучат» друг на друга.

2. Получив от терапевта намёк на то, что они не такие уж хрупкие, члены семьи начинают пользоваться друг против друга такой информацией, которой в одиночной терапии они делиться не спешат, а за время семейной истории у них подходящих тем набралось прилично.

3. Проведя друг с другом многие годы, члены семьи хорошо изучили эмоциональный лексикон друг друга и зачастую быстро считывают друг друга в коммуникации.

4. Родственные узы держат крепко¹⁷. Буквально тысячекратно члены семьи за счёт своих связей взаимно усиливают эффекты от посланий терапевта.

Обращаясь к теме семейной терапии, мы не претендуем дать всесто-

17 В оригинале «кровь все ещё гуще воды».

роннее научное исследование архитектуры семейных отношений современного американского общества, равно как и не станем пускаться в дискуссию о паттернах супружеских отношений, образовавшихся в нашей культуре. Вместо этого мы хотели бы поделиться наблюдениями касательно семейной терапии, ибо при использовании этой модальности терапии клиницистам приходится, знают они об этом или нет, несомненно, делать определённые предположения и пользоваться имеющимися установками о семье и браке, что приводит к соответствующим последствиям для их клиентов.

Как говорится, «проблема вовсе не в людской глупости, а в избытке неверных познаний». Ле Мастерс (1970) перечислил ряд мифов о родителях и детях, которыми многие в нашей культуре пользуются как руководством к действию, есть среди них и клиницисты. Вот некоторые из этих мифов:

1. Воспитывать детей — это весело.
2. Дети хорошо растут, если у них хорошие родители.
3. Сегодняшние дети действительно ценят все те преимущества, которые их родители в состоянии им дать.
4. Нет плохих детей — есть лишь плохие родители.
5. Родителям помогут современные поведенческие науки.
6. Чтобы быть хорошими родителями, достаточно просто любви.
7. При проведении исследований американских родителей мнение отцов учитывать необязательно.

В провокативной терапии нередко эти мифы (как и другие культуральные, профессиональные и личные мифы) высмеиваются и пародируются (см. пример № 50 в гл. 6).

Опыт показывает, что в семейной терапии есть некоторые повторяющиеся темы, которые стоит обсудить.

Первую можно выразить фразой «Кто здесь главный?». Родители зачастую утрачивают контроль над семейной системой, и задача провокативного терапевта — вернуть им рычаги управления.

Осуществление власти в любой группе — процесс в некоторый степени произвольный (в смысле того, как обладатель власти определяет критерии суждений и то, как они применяются в реальной социальной ситуации). Семейный провокативный терапевт старается донести это до родителей и учит их «терапевтической жестокости» и «радостному садизму» (см. предпосылку № 9, гл.2 и гл. 8), и понуждает родителей (особенно тех, кто каждое своё решение, влияющее на потомство, подстраивает под потребности детей) вести себя так: «Пусть движет вами ваш каприз». Он насмехается над страшилками о непоследовательности, утверждая, что свидетельства ясно показывают, что поведенческие науки и эксперты по воспитанию детей сами не особо соблюдают верность концепции последовательности. Он продолжает, указывая, что эти дисциплины проявляют похвальную гибкость, раз в пятнадцать лет ломая собственные скрижали и вырезая новые.

В провокативной терапии родителей явно и неявно заставляют вернуть себе контроль над детьми, и «просто создать правила, какие угодно правила». Им это неизменно приходится по нраву, и они приходят к долгожданному разумному решению семейной проблемы (см. «Кто не работает, тот не ест», пример 7 в главе 2).

После того как при помощи терапевта подобное решение доходит до реализации, родители затем с лёгкостью обобщают его и на другие проблемы детско-родительского контроля.

Вторую часто возникающую тему, связанную с детьми, в провокативной терапии можно сформулировать так: «Мои родители существуют, чтобы удовлетворять все мои потребности».

Провокативный терапевт старается прояснить, на что ребёнок может рассчитывать от своих родителей в ответ на конкретное поведение с его стороны. Даже и не думая просить ребёнка о «прощении» своих родителей, провокативная терапия будет потешаться над его нереалистичными ожиданиями и явно или неявно утверждать следующее:

- 1) Его ожидания не обязаны удовлетворяться.
- 2) Он может дождаться, пока его ожидания удовлетворят родители.
- 3) Он может удовлетворить свои ожидания в других отношениях.

Пример 60

На сеансе семейной провокативной терапии студент колледжа срывающимся голосом и со слезами на глазах в конце концов признался, что хотел бы «быть корешами» со своим отцом (крепким, надёжным и работающим мужиком). Из дальнейших расспросов стало ясно, что он надеялся «подолгу говорить с отцом», от часа до четырёх часов. Терапевт со смехом показал на отца: «Мы ж ведь уже разобрались в устных способностях твоего бати. Если он три фразы подряд произнесёт, то это уже, считай, словесный понос, ведь так, отец?» Отец хмыкнул, кивнув: «Я не по этому делу, пацан!». Сын вскоре оставил нереалистичные ожидания от своего отца, научился принимать его способ проводить время вместе (совместно ремонтируя что требуется по дому), а свою потребность в мужской компании научился реализовывать с другими людьми.

Третья тема провокативной терапии, которая связана с предыдущей — это неспособность детей воспринимать своих родителей как отдельных личностей со своими правами. В силу своего возраста и нехватки жизненного опыта дети склонны узко смотреть на вещи, особенно в тех вопросах, которые касаются их родителей. Поскольку уже сам этот факт приводит к множеству семейных конфликтов, провокативный терапевт различными способами пытается расширить восприятие ребёнком своих родителей. Стараясь научить ребёнка воспринимать родителей так, как это делают другие люди, он может попросить ребёнка описать, как видит его родителей кто-то из взрослых или его сверстников, используя девичью фамилию матери и полное имя отца. Согласитесь, «мисс Бэтти Джонс» и «Джордж Смит» звучит и воспринимается ребёнком несколько иначе, чем «мама и папа»

Чтобы придать рельеф образу родителей, которые жили своей собственной жизнью задолго до появления ребёнка, терапевт может попросить мать и отца описать их детство своим детям, делая акцент на том, как они

попадали в неприятности дома и в школе. Часто им предписывается пойти домой, описать свою «социальную историю» и принести её на следующую сессию. Один из отцов, представляя своим сыновьям собственную «социальную историю» юношеского взросления, сказал, красный от стыда: «Начнём с того, что в средней школе кабинет директора был мне как дом родной». Последовавший за этим смех всей семьи не только помог сыновьям лучше узнать своего отца, но дал отцу по-новому взглянуть на трудности сыновей. Схожим образом матери, когда представляют детальную историю своих переживаний о свиданиях, жизненных решений и конфликтов, редко в конечном счёте игнорируют интересы своих дочерей.

Хотя все вышеперечисленное никоим образом не является исчерпывающим списком регулярно повторяющихся тем семейной провокативной терапии, мы хотим завершить этот раздел четвёртой и последней темой: «у родителей есть обязанности, а у детей — права». Эта идея пронизывает всю нашу культуру, и в какой-то степени заслуженно. Органы защиты детей — необходимая часть хорошо отлаженной государственной социальной машины, по многим причинам. Более того, законные права детей только начинают учитываться в наших судах, и здесь упор на права детей тоже уместен. Но раз уж у детей есть права, а у родителей обязанности, то в равной степени верно и обратное, и провокативный терапевт пытается придать одинаковую значимость правам и обязанностям родителей и детей.

Вопросы и ответы



Начиная с июля 1963 проводились многочисленные лекционные курсы, семинары и мастерские на симпозиумах, в институтах. Сотни специалистов по работе с людьми получили доступ к многочисленным аудио- и видеозаписям, сделанным за прошедшие годы, и у них появились вопросы и обратная связь по данной терапевтической системе. Так что эта глава — подборка таких вопросов, заданных после выступлений. Мы считаем себя обязанными всем тем, кто спровоцировал нас на размышления на эти темы.

Вопрос 1. Вы говорите чертовски убеждённо, и настолько уверены, что вы правы. С чего вы это взяли?

Никто, вообще никто в мире не обладает монополией на «истину». Со своими дипломниками и врачами-психиатрами я часто говорю о том, что я называю «аналогией с мозаикой». Клиническое поле можно условно назвать мозаикой, в которой каждая из терапевтических систем, теорий человеческого поведения и мотивации есть небольшой её кусочек. Я думаю, провокативная терапия — здоровый такой кусок этой мозаики. Присущий ей способ организации клинического опыта и логический каркас, а также её внутренняя целостность дают терапевту уверенность. И она работает. Вы сразу можете увидеть наши «если-то» в деле. Другими словами: «если я поведу себя с клиентом вот так, он с большой вероятностью должен отреагировать вот так и так». И эта своего рода предсказуемость, нечто вроде чувства контроля над разнообразием клинических феноменов, действительно даёт человеку уверенность в том, что он делает. А с приобретением опыта эта уверенность растёт, так как расширяется его поведенческий репертуар.

Еще один момент, который стоит упомянуть. Однажды я был на семинаре по социальной работе и слушал панельный доклад каких-то молодых ребят, продвигающих определённую линию поведения для решения проблем в конкретном сообществе. Я потом сказал их профессору: «Боже, это звучит так просто, а они говорят с такой уверенностью в своей правоте!». Его ответ мне не забыть. Он заявил, что когда наступает время действовать, приходится все упрощать до предела, и отметил, что как терапевт, я с клиентами поступаю так же. Я убедился в том, что это чистая правда, причём как в отношениях один на один, так и в группах, и даже между государствами и нациями. Существует бесчисленное множество «верных» решений

в личной, политической, религиозной, культурной и общественной областях, но когда звучит призыв к действию, наступает время сделать выбор и действовать согласно своему выбору.

В терапии приходится делать то же самое. Часто мы оказываем клиенту медвежью услугу, если мы тянем с ударом, колеблемся, бэкаем-мэкаем и делаем постоянные оговорки о том, что мы ничего не знаем, а «клиенту про себя лучше знать» — что есть чистой воды клинический миф, так как зачастую именно наши «значимые другие» знают нас куда лучше, чем мы сами.

Ещё я теперь хорошо осознаю, что выносить одни лишь непреклонные утверждения о внутренней ценности клиента или радужных перспективах его выздоровления настолько же нелепо, как и наоборот, быть представителем школы мямля-терапии. Но я повторяюсь, провокативный терапевт черпает свою уверенность из проверяемых на практике гипотез «если-то». И это работает.

Вопрос 2. Всегда?

Нет. И так же не всегда работает материнство, яблочный пирог, куриный суп или любая другая форма терапии. Мы не настаиваем, что провокативная терапия — это средство от всех болезней XX века, универсальная панацея от любых внутриличностных и межличностных конфликтов, и даже от перхоти. Но это весьма связная, обладающая внутренней целостностью терапевтическая система, которая предлагает альтернативу существующим методам. И если испытать её в деле, она даёт хорошие результаты в высоком проценте случаев.

Вопрос 3. А что насчёт провокативной терапии алкоголиков?

Так, парни, смотрю, шутки кончились. На этом стадионе все забеги ещё никто не выигрывал. Заниматься терапией с алкоголиком все равно что вечную мерзлоту ковырять чайной ложкой. Но я добивался успеха в работе с такими пациентами, хотя мой личный клинический опыт не позволяет мне зайти в своих утверждениях так далеко, как одному знакомому клиницисту, который опробовал самые разные подходы в работе с алкоголиками.

После того как именно с провокативной терапией он получил наиболее успешные и даже драматические результаты, он стал утверждать, что по его опыту, провокативная терапия — это метод выбора в работе с алкоголиками. Вероятно, не существует одного единственного метода, который работает для каждого из них, но в том, что поведение алкоголиков можно изменить, я уверен.

Думаю, в будущем мы увидим некоторые виды лечения алкоголиков, которые сегодня мы могли бы считать чересчур жёсткими, если не сказать негуманными. Подобными примерами можно считать использование сукцинилхолина¹⁸ в лечении алкоголиков в Британии. В больнице алкоголику предлагают выпить, а когда он начинает пить, через внутривенную капельницу подают сукцинилхолин. У человека возникает немедленный физиологический ответ в виде чувства надвигающейся гибели, невыносимое ощущение, что он сейчас умрёт. Идея заключается в попытке связать сильнейший неприятный стимул с приёмом алкоголя, чтобы впоследствии вызывать реакцию торможения.

В России экспериментальная программа заключается в помещении алкоголиков в стационар и вшивании в стенку желудка электрохимического прибора, который даже при минимальном приёме алкоголя вызывает очень болезненные судороги. Рассказавший мне об этом человек вежливо добавил: «Конечно, пока еще они не опубликовали данные о количестве суцидидов после такой процедуры». Но я думаю, что это показательно, в каком направлении могут развиваться подобные программы лечения алкоголизма, так что провокативная терапия на их фоне будет напоминать увертюру к пикнику в воскресной школе.

Вопрос 4. Как вы можете так говорить с клиентами?

Да легко! Я не согласен с вашим подразумеваемым утверждением, что

18 Специфический быстродействующий миорелаксант с множеством разнообразных телесных побочных явлений

терапевты не должны так разговаривать с клиентами. Люди ведь друг с другом так говорят. А клиенты — тоже люди.

Вопрос: (сердито): То есть вы хотите мне сказать, что когда вы умышленно, злобно нападаете на всех этих бедных пациентов, вы...

(прерывая): Я не хочу сказать ничего подобного. А теперь, если вы выслушаете, я поясню, что я имею в виду. Я нападаю не на пациента, я нападаю на его идеи. Я высмеиваю не его, а его предположения и саморазрушительное поведение. И я был уверен, что говоря об использовании юмора в провокативной терапии, я ясно дал понять, что собственную роль терапевт готов высмеивать с той же лёгкостью, с которой он пародирует рассуждения клиента.

В этой связи стоит отметить еще вот что. Наверняка большинство из нас сталкивались с тем, что глядя на отношения двух людей, мы иной раз недоумевали, почему человек А продолжает отношения с человеком Б. Ответ заключается в том, что либо у нас основанные на искажённой выборке представления о поведении Б в этих отношениях, и мы не видели весь спектр его поведения (позитивного и негативного) по отношению к А, либо мы придаём совершенно иную оценку негативным посланиям Б, чем это делает А.

Если обратиться к нашим собственным отношениям с людьми, часто можно услышать нечто вроде: «Звучит страшнее, чем на самом деле. Он больше лает, чем кусает». Словом, одно дело — оценивать отношения, находясь вовне, и совсем другое — проживать их изнутри. Оценка извне может приводить к совершенно неверным заключениям. Конечно, может быть верно и обратное.

Точно так же, в отношениях клиента и провокативного терапевта есть множество позитивных, поддерживающих элементов, благодаря которым клиент вновь к нам возвращается. При этом стороннему наблюдателю бросаются в глаза негативные аспекты коммуникации: насмешки, пародия, конфронтация.

Вопрос 5. Как вы используете провокативную терапию с суицидальными пациентами?

С осторожностью. Однако, если мы рассматриваем суицидальные мысли, как проистекающие из депрессии, а эти депрессивные состояния, в свою очередь, исходят из интроецированных агрессивных чувств, то провокативная терапия с её способностью провоцировать реакцию «бей» очень хорошо подходит для таких пациентов. И спровоцированные реакции гнева, и смех клиента являются антагонистами депрессии. Большинство клиентов, несмотря на то, что у них «нет причин жить», быстро обнаруживают себя спонтанно реагирующими на провокативного терапевта и тем самым открывают в своих сильных непосредственных реакциях некоторые причины оставаться в этом мире.

Провокативный терапевт будет разыгрывать самые разные сцены: «прощание с останками», похоронную мессу, прощальные слова в адрес ушедшего (они неизменно оборачиваются позорным фиаско священника, отчаянно ищущего хорошие слова в адрес «усопшего» и комично не находящего их), польза «глубокого сна», прибытие почившего пациента в ад (в рай ведь ему не попасть никоим образом), консультирование семьи суицидника после его смерти и т. д.

Приведём пример использования последнего сценария.

Молодой человек, один из клиентов моей частной практики, в панике позвонил и попросил о внеочередной встрече. Он чувствовал, что находится на грани самоубийства и хотел «последнюю консультацию». По прибытии он сразу заявил, что единственная тонкая нить, удерживающая его от суицида — это то, что его самоубийство ввергнет его мать в психоз и потребует её госпитализации.

Т. («тепло»): Даже не переживай! После твоих похорон я все объясню твоим родителям. Как сейчас вижу: мать и отец твои сидят вот тут... (указывает на два пустых стула), и твоя мать говорит: (терапевт изображает родителей пациента, которых никогда не видел, используя стереотипные тон голоса, манеры, выражение лиц, изображая мать в виде слезливой

Моуд Фрикерт¹⁹, а отца как громогласного, перебивающего
Хриплого Папашу-Козла²⁰

«Мать» (слёзно): Почему... Почему... Зачем он сделал это, мистер Фаррелли?

Т. (кладёт локти на подлокотники кресла, отклоняется назад, соединяет кончики пальцев ладоней, смотрит на стулья и кивает головой): Я понимаю, какой это для вас шок, миссис Джонс, но мы вам все профессионально разъясним. Здесь замешано то, что мы называем психодинамикой, и...

«Отец» (громко перебивает): ЧТО ЭТО ЕЩЕ ЗА ДИНАМИКА ПСИХОВ! КТО ОНИ ТАКИЕ, ЧЕРТ ПОБЕРИ?

Т. (Примирительно, держит руку в жесте «стоп»): Сейчас, мистер Джонс, я все объясню. Это про то, что думал и чувствовал ваш чокнутый сынок... ой, в смысле, бедный Джордж. Видите ли (наклоняется вперёд с выражением решимости на лице), у него было то, что мы называем неразрешенный Эдипов комплекс.

«Отец» (громко перебивает): ЧТО ЭТО ЕЩЕ ЗА...?

Т. (жестом просит остановиться, умиротворяюще): Минуточку, м-р. Джонс, я как раз собирался разъяснить. Видите ли, он хотел вые... эм-м... иметь отношения со своей матерью!

«Отец» (взрываясь): Проклятье!

Т. (с тем же жестом, понимающе кивает): Знаю, знаю, м-р Джонс, но вы уж поймите, так работает больной разум. Понимаете ли, этот импульс желания с его стороны был для него неприемлемым...

«Мать» (слезливо): О, слава Богу! Я никогда...

Т. (перебивая, продолжает): Поэтому он подавил в себе это желание и перенёс его на вас, миссис Джонс, он был убеждён,

19 Персонаж женского пола уже упоминавшегося американского комика Джонатана Уинтерса, такая себе деревенская мамуся

20 В оригинале Billy Goat Gruff, персонаж сказки «Billy goats gruff»

что вы хотите его трах... ой, иметь с ним сексуальные отношения.

«Отец» (взрываясь): КАКОГО ХЕРА, Я...

Т. (встревоженно): Погодите, мистер Джонс.

Мать (в ужасе, оправдываясь): Я никогда от него ничего подобного не хотела! Это противоестественно...

Т. (понимающе кивает): Знаю, миссис Джонс. Но потом он так ужаснулся от вашего противоестественного чувства к нему, что хотел даже убить вас...

«Отец» (взрывается): ЧЕРТ ВОЗЬМИ! Я ПРИБЬЮ ЭТОГО МУДИЛУ!

Т. (с жестом «стоп», твердо): Вы опоздали, мистер Джонс. А теперь позвольте мне закончить моё профессиональное разъяснение. (Оборачиваясь к «матери», понимающе наклоняясь, тёплым тоном): Но и эта мысль была для него неприемлема, он её тоже подавил, и тогда убил себя. Мы ведь знаем, миссис Джонс, что каждое самоубийство — это убийство. Ваш сын в душе был убийцей.

«Мать» (плаксиво): Ох, мистер Фаррелли, не знаю, что и...

«Отец» (перебивая): ПРОКЛЯТЬЕ, ТОГДА Я РАД, ЧТО ОН СДОХ, РАЗ ОН БЫЛ ТАКИМ ИЗВРАЩЕНЦЕМ!

Пациент (наблюдая за происходящим с отвисшей челюстью, хмурится все сильнее, наконец, перебивает этот цирк сердитым голосом): Вот же сукин сын! Это еще одна причина, почему я не могу совершить самоубийство. Вы ж потом будете им вот это всё задвигать, когда меня не станет!

Т. (мягко): А тебе-то какое дело? Ты будешь уже мертвее мёртвого, тебе вообще без разницы будет!

Пример 61

Важно отметить, что вне зависимости от того, в каком подходе вы работаете, если вы постоянно имеете дело с пациентами с суицидальными мыслями или попытками суицида в анамнезе, чисто статистически есть ве-

роятность, что кто-то из-за вас совершит самоубийство. Я намеренно формулирую это таким образом — «из-за вас», потому что я считаю, что большинство клиницистов воспринимают это именно так. Один клиент мне даже заявил:

К. (пристально смотрит на Т.): Если я совершу самоубийство, в этом штате ваша репутация будет смешана с грязью.

Т. (беззаботно): Ай, не парься! Я тоже так думал, но сколько бы раз это ни происходило, мои коллеги меня всегда так поддерживали, ты не поверишь! Они обычно говорят что-то типа того: «Ну днём раньше, днём позже, он все равно убился бы, никто не смог бы его остановить», или «Отдаю должное твоему мужеству с ним работать, Фрэнк, а то мне было слишком страшно». Они просто меня приобнимут и скажут: «Ладно, Фрэнк, давай налью тебе чашечку кофе. Сливки, сахар?» А я скажу (Т. изображает колебание, давящимся от слез голосом): «Угу... Одну... Только одну... Ложечку... Хорошо?». (Вытирает слезы).

О! (внезапно терапевт переключает голос со слезливого на счастливый) Сейчас мне уже куда лучше, к обеду все забудется. И даже их семьи неизменно меня благодарят: «Вы сделали все что могли, мы вам так благодарны...».

Или они скажут: «Теперь он спит с Иисусом», что звучит немного по-гейски (тут клиент заржал, неожиданно для самого себя), но... Нет уж, не позволю, чтобы твои страхи по поводу моей репутации остановили тебя от совершения самоубийства!

К. (с красным лицом кусает губы, хрюкает от смеха): Окей, окей, я понял!

Пример 62

Можно приводить много подобных примеров, но позвольте остановиться на следующей иллюстрации.

Пациентка лет двадцати делала хорошие успехи на протяжении тридцати сессий. Терапия плавно приближалась к завершению, когда она вдруг объявила, что это её «последний сеанс».

Т. (слегка удивлён, соглашаясь): Окей, красавица, так о чем ты хочешь поговорить?

К. (вежливо): Только о том... Не возражаете ли вы против того, чтобы я совершила самоубийство?

Т. (ошеломлён, но скрывает это и говорит с энтузиазмом): Нет!
Вовсе нет! Это показывает, что ты делаешь выбор и принимаешь во внимание последствия, а самоопределение — великое дело в клинической работе! И еще, важно ведь качество, а не количество тех дней, которые ты проживаешь!

А в нашей области в последнее время появилось новое понимание, которое может быть полезно в твоём случае, что самоубийство клиента — это не всегда провал, наоборот, можно даже считать это достижением. Да, вот так-то! Если таки убьёшься, запишу твой случай в свои успехи.

Правда, (бормочет про себя) если она выживет, то неясно, как квалифицировать её случай...

К. (неотрывно смотрит на терапевта, сердито и ровно): Вы — бесчувственный сукин сын, вот вы кто!

Т. (недоверчиво): Бесчувственный! Вовсе нет! (облегчённо смеётся от того, что сумел спровоцировать её гнев): Я сочувствую твоей бедной семье, которой приходилось терпеть твои предыдущие попытки. Я чувствую глубочайшее сочувствие твоим коллегам и одноклассникам. Я сочувствую...

К. (перебивая, то сердито фыркает, то смеётся): Ага! Да ты прям сама сердечность, Фрэнк!

Терапевт продолжает, описывая её смерть и как он говорит с её семьёй после похорон и т. д. Клиентка явно пытается временами сдерживать смех, при этом гневно смотрит на терапевта. Он хватает её сумочку и пачку сигарет: «Ты не должна их курить, это вредно для здоровья, а кроме того, больше они тебе ни к чему». Когда он вытаскивает из сумки деньги, клиентка возражает:

К. (хватает сумку; Т. тянет обратно, смеётся; клиентка холодным сердитым тоном): Невежливо рыться в сумке леди.

Т. (облегчённо смеётся от её реакции «борьбы»): Да перестань, какая ты леди! Да и к чему все эти светские условности в последние часы жизни?

Терапевт продолжает рыться в сумочке, делает унижительные комментарии насчёт беспорядка в ней, но добавляет, что больше ей не придётся из-за этого волноваться, достаёт 3 доллара, чем вновь провоцирует клиентку:

К. (пытаясь сохранить серьёзное лицо): Перестань, Фрэнк, мне нужны эти три бакса на такси домой.

Т. (как будто наконец осознает ошибку): Ой, прости. Вот, (возвращает деньги и сумку) бери, я забыл, ведь чтобы совершить самоубийство, тебе надо вернуться домой. Уверен на все сто, что ты не собираешься делать это здесь, в моем кабинете!

Пример 63

Месяц спустя она прислала чек с язвительной запиской: «Чек оплачен полностью, за исключением стоимости пачки сигарет, которую вы тогда утащили, мистер Всезнайка».

На эту тему я еще много чего мог бы сказать, про ярко выраженный неприятный опыт для врача, про реакцию клиницистов и семей пациентов на самоубийство, про тот уровень тревоги, который приходится выдерживать в работе с потенциальными самоубийцами, про то, что смерть — любая — воспринимается обществом как нечто неприличное, про то, является ли суицид при определённых обстоятельствах легитимным и этичным выбором человека, про исследования по этой теме, про кое-какие проблемы создания центров предотвращения суицида, и так далее. Тема суицида неизменно поднимает во мне множество мыслей и чувств, и я надеюсь, что так будет и впредь. Но пора, пожалуй, перейти и к другим вопросам.

Вопрос 6: Что вы в провокативной терапии рассматриваете как источники изменений?

Провокативный терапевт поведенчески постоянно стремится к тому, чтобы привлечь внимание (напрямую или провоцируя клиента заметить их) к вероятным и весьма предсказуемым последствиям, к которым приводит восприятие и поведение клиента. Он указывает, каким образом эти последствия соотносятся с поведением клиента в прошлом, настоящем и будущем.

Другим источником изменений служит стремление терапевта изменить Я-концепцию клиента путём шутивно утрированного соглашательства с негативной самооценкой. Еще один источник перемен — это то, что терапевт неявно ожидает изменений в клиенте — таких значительных, что «мама родная не узнает». Такие ожидания, согласно природе самосбывающихся пророчеств, порождают перемены. Более того, поощряя саморазрушительное, девиантное, патологическое поведение, провоцируя тем самым протест и сопротивление им со стороны пациента, терапевт способствует выстраиванию внутренних противовесов его отклонениям. Одним словом, терапевт ловко пользуется собственным сопротивлением и защитами клиента, чтобы перенаправить его поведение в более конструктивное русло. И, наконец, еще одним источником перемен является хорошие навыки терапевта в изображении поведения клиента (с юмором и конструированием нелепых, бредовых решений). Используя такое ролевое моделирование, терапевт демонстрирует клиенту другие способы осмысления и восприятия своих проблем, а также новые варианты поведения.

Вопрос 7. Как быть с мотивацией клиента в случаях, когда он в терапии не по своей воле? Должен ли он признать и осознать, в чем его проблемы?

Я раньше считал, что это важно, в том смысле что это проще для терапевта, но теперь я думаю так: «Черт, да просто дайте мне тело, будем пробовать, пока оно еще тёплое». Другие направления терапии в общем и целом родились из работы с мотивированными пациентами вне клиник, а провокативная терапия родилась в работе с пациентами, которые были принудительно госпитализированы. Мы полагаем, что раз у вас нет мотивированного клиента, нужно обрести контроль.

А по поводу того, нужно ли пациенту осознавать, в чем заключаются его проблемы, повторюсь, что хотя это и помогает, но в провокативной терапии совершенно не является обязательным. Если клиент не признаёт проблему, терапевт сам ему скажет, в чем она заключается, или спросит, что об этом думают «значимые другие» пациента, а потом займёт их сторону. Например, клиент мог заявить, что единственная его проблема — «меня за-

перли в дурке» или «единственная проблема в том, что мне приходится ходить на терапию, иначе меня родители выпнут из дома». Обычно в таких случаях провокативный терапевт смеётся прямо в лицо пациенту и провоцирует его высказать, что конкретно другие говорят о нем, о его поведении и о его паршивой репутации. Короче, если терапевт может спровоцировать его высказать, как другие воспринимают его проблемы, не так важно, признает и осознает ли их он сам.

Вопрос 8. В чем на самом деле заключается причина создания провокативной терапии?

В любой ситуации существует, по меньшей мере, дюжина различных факторов, которыми можно было бы объяснить конкретную форму поведения человека; поиск одной истинной причины того или иного поведения — это поиски миража. Я всегда говорю ученикам: «Бойтесь пустой болтовни и монофакторных гипотез». Возможно, вследствие моего религиозного и профессионального образования, а также знаний в области мотивации человека, я всегда полагал, что чем глубже мотивация, тем хуже она пахнет. А чем хуже запах, тем она реальнее. Таким образом, *истинные* причины — самые зловонные. Теперь я так не считаю, и больше не строю гипотез, основанных на отдельно взятом факте, которые объясняли бы моё собственное поведение и поведение других людей. Ведь существует множество низкоуровневых объяснений, которые в состоянии адекватно объяснить поведение человека.

Касательно создания провокативной терапии, здесь сошлось множество факторов. В моей работе существовала эта постоянно зудящая проблема — как поспособствовать выздоровлению тех людей, лечить которых меня наняли. Вокруг меня было поддерживающее окружение из терапевтов, сталкивающихся с той же проблемой. У меня было чёткое восприятие того, что эффективные терапевты получают большее денежное, профессиональное, личное и общественное вознаграждение. Возможно, было в этом и некое благородство, что облегчить страдания нуждающихся в помощи — начинание достойное. И наконец, я был невероятно дерзким: я хотел быть одним из тех чертовски удалых терапевтов, которых только знал мир, и ко-

торые могли добиться успеха с пациентами, считавшимися «неизлечимыми» или от которых отказались все остальные.

Возможно, и это всё не объясняет происхождение провокативной терапии. Возможно, кое-какие факторы можно обнаружить в том, что недавно сказали мне сестры. Старшая сестра, Сисси, сказала, что провокативная терапия точно соответствует моим склонностям еще с детства. «У тебя был удивительный дар перевоплощения задолго до того, как ты пошёл в школу». А самая младшая, Джитти, сказала: «Тебе просто всегда нравилось дразнить людей. Меня ты просто до исступления доводил». Но как узнать наверняка, что стало конкретными предпосылками — стиль жизни, свободный выбор или личные отношения? Я не знаю, и вы тоже вряд ли. Остаётся только гадать...

Вопрос 9. Вы говорите: «внутри многих традиционных терапевтов сидит провокативный терапевт и умоляет выпустить его наружу». Какие факторы, по-вашему мнению, препятствуют применению этого метода терапевтами?

За годы работы мне в голову приходило немало причин, почему некоторые люди не применяют провокативную терапию со своими пациентами и клиентами. Кто-то имеет другие взгляды на человека и его поведение, а также иные установки по поводу работы с людьми. Некоторые просто никогда не выйдут за рамки своего образования, и не разучатся ничему из того, чему их научили. Есть и те, кто приводит так называемые социально-политические доводы. Например, многим психиатрам, очевидно, сложно даётся инверсия ролей, то есть, учиться новым методам у человека из той же профессии, которой они привыкли обучать сами. Слышал, что один из ординаторов-психиатров сказал: «Мне действительно интересная провокативная терапия, и я хотел бы попробовать её в деле, но я не хочу прослыть его последователем».

Некоторые психологи задаются теоретическими исследованиями принципов провокативной терапии, и утверждают, что хотя провокативная терапия и проверена в работе с клиентами, её теоретические основания и

документальные подтверждения результатов исследования слабы. Для некоторых социальных работников применение провокативной терапии конфликтует с образом заботливого специалиста, а это именно та роль, которой их обучали для работы с явно обделёнными заботой клиентами.

Медсестры и священнослужители на провокативную терапию могут реагировать, как черт на ладан, ведь она идёт вразрез с их образом профессионального специалиста помогающих профессий.

Вышесказанное вовсе не означает, что все, кто не применяет провокативную терапию, должны быть преданы анафеме. На них не нужно насыпать перхоть или венерические заболевания. Но в глубине души мы знаем, что они неправы. По нашему скромному мнению, «Сегодня провокативная терапия, а завтра весь мир!».

Даже несмотря на то, что некоторые терапевты не применяют провокативную терапию в полной мере как основной рабочий метод, за годы работы я получил множество положительных откликов, буквально от сотен клиницистов и практиков. Они сообщали, что провокативная терапия была очень полезна, она изменила их подход к работе с клиентами: «Теперь я не смотрю на пациентов как на хрупких и слабых, и вы знаете, они и правда откликаются на эту политику «сурового юмора». А некоторые говорили: «Мы теперь можем шутить и смеяться с пациентами, чего не осмеливались делать, пока не познакомились с вашей работой».

Некоторые отмечали, что после того как услышали о провокативной терапии, они с пациентами «включали Фрэнка Фаррелли» и выключали веру в то, что клиент беспомощен и безнадежен. Они стали рассматривать клиентов как способных разобраться с проблемами в работе, отношениях и других житейскими вопросах, что приводило к поразительным результатам, просто за счёт изменения их ожиданий в отношении клиентов.

А еще терапевты сообщали, что теперь быстрее переходят к непосредственной работе с проблемами, способны иметь дело с самыми разными клиентами, чувствуют свободу расширять свой собственный поведенческий репертуар, и стали использовать в работе с клиентами не только свои наблюдения, но и данные, полученные от других людей — семьи, персонала

клиники и других пациентов.

Также они упоминали, что вместо страхов и тревог по поводу «реакций контрпереноса» на клиентов, теперь они рассматривают эти реакции как полезные и «здравые», и делятся с клиентами своими мыслями и чувствами. А некоторые говорили, что провокативная терапия дала им надежду, которую они, в свою очередь, передают своим клиентам. Настоящую надежду на то, что если клиенты были в состоянии сами, своими руками испоганить свою жизнь, они же способны её и наладить. Полностью поменять свою жизнь, изменив своё поведение.

Вопрос 10. Как провокативная терапия соотносится с клиент-центрированной терапией?

Время не позволяет провести глубокий сравнительный анализ этих двух терапевтических систем, но если вкратце, то я бы сказал, что провокативный терапевт тоже подчёркивает высокую важность Я-концепции клиента, и важнейшую роль эмпатии как необходимого ингредиента терапевтического процесса. Вместе с тем провокативный терапевт считает, что также важно, чтобы клиент умел понимать и нужды других людей. При этом провокативный терапевт признает, что несмотря на всю конфронтацию, пародии и насмешки над идиотскими мыслями клиента, проявление человеческого тепла по отношению к клиенту обязательно.

«Одной любви недостаточно» — утверждал Бруно Беттельгейм, но, что ни говори, тепло, позитивное отношение, признание и уважение ценности и потенциала клиента являются необходимыми составляющими терапевтических отношений. Провокативная терапия также согласна с клиент-центрированной в том, что когда клиент начинает совершать поступки в отношениях на основе своих собственных чувств, это признак его взросления. Это значит, что «локус оценки» перемещается в клиента, который становится более ассертивным и психологически здоровым.

Вопрос 11. Мне кажется, или провокативной терапии есть элементы рационально-эмотивной терапии?

Да, в каком-то смысле, я в долгу у Альберта Эллиса²¹. Некоторые люди называют провокативную терапию чем-то вроде «зеркального отражения» РЭПТ, потому что терапевту часто приходится «нагнетать обстановку», бредовым образом пользоваться «двенадцатью безумными идеями²²» Эллиса с целью побудить клиента их отвергнуть. Терапевт твердо отстаивает справедливость стереотипов, чтобы заставить клиента заметить их и отнестись к ним критически. Это перекликается с работами Джорджа Келли, Роджерса и Раблина, с идеей шкалы терапевтического процесса, или так называемой шкалы личных конструктов. В нижней части шкалы клиент ссылается на эти личные конструкты так, будто бы они являются фактами, в верхней части шкалы он уже в состоянии дифференцировать их, видит их не как «объективные факты», а рассматривает их скорее как предположительные формулировки и логические абстракции своего опыта.

Провокативный терапевт, конечно же, намеренно персонифицирует эти ригидные личные конструкты, и говорит о них как о фактах, будто это бесспорные утверждения. Он будет заявлять нечто вроде: «К чему нам еще какие-то доказательства» или «Ну, общеизвестно, что...», или «Только атеист-извращенец станет спорить с тем, что вы сказали», и тому подобное. Провокативный терапевт делает это с такой абсурдной убежденностью, словно он — сам Иегова, вырезающий слова на каменных скрижалях. Этим он добивается того, чтобы клиент посмеялся над собственной чрезмерной ригидностью и провоцирует его учиться более избирательным реакциям и анализу своих излишне жестких личных конструктов. Он так поступает еще и для того, чтобы дать клиенту понять, что большинство из этих так называемых «фактов» на самом деле вдолбили ему в голову через пропаганду, или они были созданы как свехобобщения из его личного опыта, или как

21 Американский психолог, создатель РЭПТ (рационально-эмотивная психотерапия)

22 Двенадцать основных иррациональных убеждений западных людей, которые, как считал Эллис, способствуют возникновению психологических проблем, и в ходе консультирования в РЭПТ в том числе ведётся работа с этими установками

неаргументированные предположения на основе удручающе малого количества достоверных фактов.

Однако, как по мне, РЭПТ чересчур прямолинейна, и я полагаю, что гораздо легче убедить пациента или клиента отбросить свои ригидные безумные идеи путём их высмеивания, нежели приводя какие-то «логические» аргументы.

Вопрос 12. Разве провокативная терапия — это не то же самое, что парадоксальная интенция²³ Виктора Франкла и Джея Хейли?

Нет. Продумывая и развивая провокативную терапию я не испытывал влияния этих идей, хотя теперь можно отметить определённые сходства. Отдельные грани провокативной терапии действительно имеют некоторые сходства с их концепциями, но в то же время она намного шире, чем просто парадоксальная интенция. Только спустя два года после первой сессии провокативной терапии коллеги обратили моё внимание на некоторую схожесть наших систем.

С другой стороны, если это поможет вам лучше понять провокативную терапию, я скажу пару слов о взаимосвязи работ Хейли, Франкла, коммуникативно-отношенческих подходов и провокативной терапии. Концепция психотерапии Хейли как предписание «испытаний²⁴» в благоприятном контексте частично соответствует провокативной терапии в широком описательном смысле. Франкл — один из немногих терапевтов, использующих юмор и парадоксальную интенцию, хотя и по-другому, чем это делается в провокативной терапии.

Что касается теории коммуникаций, мы согласны и с её положением, что мы не можем не общаться каким-либо образом, ведь в провокативной

23 Метод, при котором клиенту предлагают, например, прожить и описать его страх, то есть предлагают сильнее и эффективнее испытывать симптом

24 См. Дж. Хейли, «Терапия испытанием. Необычные способы менять поведение»

терапии подчёркивается важность невербальной коммуникации и неконгруэнтных посланий. Оба наши направления рассматривают психотерапию как ситуацию взаимного влияния, в которой каждая из сторон пытается спровоцировать другую. В этой ситуации зачастую ключевыми вопросами становятся контроль, метаконтроль и конкретные методы, с помощью которых они реализуются.

Также в обоих подходах симптомы воспринимают как интерперсональные и отношенческие. Симптомы дают своим пользователям преимущество в контроле над отношениями. С незапамятных времён человек боролся за контроль над окружающей средой, изначально ради выживания, а затем — чтобы поддерживать желаемый уровень жизни. Так же и каждый индивидум борется за контроль в своих социальных отношениях, в которых он получает психологическую подпитку. Сквозь призму такого восприятия можно сказать, что «психопатологии» — это экстремальные способы обрести этот контроль в непредсказуемых межличностных отношениях.

Мы так же отказываемся считать симптомы всего лишь защитами от интрапсихических импульсов или идей. Мы не поддерживаем ведущийся в наши дни «поиск золотого руна», вроде шизококка или биохимических aberrаций, которые объяснят всю симптоматику. Также, в практических целях, мы не считаем, что за симптомы отвечают лишь ситуационные факторы. Мы не хотим сказать, что эти факторы не оказывают значимого влияния на вариативность человеческого поведения. В некоторых контекстах, до определённого предела, они могут быть полезны для его предсказания и контроля (то есть могут быть «научно достоверными»). Мы хотим сказать, что с прагматической, реалистической точки зрения агентом перемен, которые происходят при психотерапии, выступает межличностная система, и именно социальные и межличностные последствия являются основными мотиваторами и результатами этих перемен.

Концепция «ведущий-ведомый» и принципы симметрии является простой и полезной моделью отношений. Замечено, что пациенты часто застревают либо в роли ведущего, либо ведомого, и демонстрируют непреодолимую потребность в контроле. Из-за этого в отношениях они склонны к

комплементарным и непрямым способам взаимодействия. Задача терапевта — свести на нет их манёвры, делая их бесполезными.

Вопрос 13. Как вам вообще удалось найти лечебное заведение, в котором бы терпимо относились к вашим терапевтическим идеям такого рода?

Найдите для работы такое место как больница Мендота. Я имею в виду открытое, ориентированное на эксперимент, в котором ведётся постоянное обучение и множество научных исследований. Ваш вопрос со всей очевидностью свидетельствует, что большинство учреждений не настолько открыты к экспериментам. Хотя это и печально, я должен с этим согласиться, так как это подтверждается моим личным опытом и опытом коллег по всей стране. Но, возможно, не стоит так драматизировать. Многие люди после моих семинаров по провокативной терапии приглашали меня к себе: «Можете работать в нашей службе защиты детей», «Вы могли бы поработать на базе тюрьмы», «с уличными бандами Нью-Йорка» и «в нашей сельской психбольнице», и так далее, и тому подобное. Так что, по всей видимости, все больше учреждений становятся более открытыми к экспериментам и внедрению инноваций в работу с пациентами, при условии, что во главу угла действительно ставится благополучие клиента.

Вопрос 14. Очевидно, что у вас много тепла и настоящей заботы по отношению к клиентам. Как вы транслируете им это во время работы?

Теперь я невербально транслирую пациентам те же позитивные послания, которые раньше делал вербально, и которым они не верили. А сейчас я обзываю их как угодно, а они что? «Нет, я знаю, что вы ко мне хорошо относитесь...» или «Да без разницы, что вы там говорите, я знаю, что вы любите нас, пациентов». Они глубоко и интуитивно чувствуют мою симпатию, несмотря на мои словесные выпады и периодический смех. Ну не могу я всегда сохранять строгое выражение лица.

Замечательный парадокс провокативной психотерапии в том, что с одной стороны она транслирует клиенту откровенно выдуманную небываль-

щину, а с другой стороны, создаёт для клиента весьма реалистичный социальный микрокосм, вместо того, чтобы пытаться вернуть его в материнскую утробу.

В терапии часто провозглашается ценность доверия, тепла и эмпатии, при этом в реальном мире за пределами кабинета нет «ни любви, ни тоски, ни жалости», и клиентам приходится иметь дело с грубостью, жизненными трудностями и разными жуликами.

Зачастую это совершенно другая жизнь, нежели в кабинете терапевта. И здесь проявляется величайшее преимущество провокативной терапии. В ней терапевт никогда не транслирует послыл, что в программе вечера у нас лишь бескрайнее тепло, непрерывное понимание и благообразная искренность. Вместо этого он «врёт» клиенту, с отвращением его «отвергает», порой намеренно «не понимает» его, создавая тем самым социальный микрокосм и способствуя генерализации терапевтического эффекта.

Вопрос 15. Каковы ограничения провокативной терапии? С какими пациентами она не поможет?

Во-первых, людям помогают не психотерапевтические системы, а люди, которые их применяют. Различные направления психотерапии дают терапевту способы классифицировать клинические феномены и предлагают ему некие терапевтические роли, вместе с набором соответствующих убеждений и техниками для их реализации. А уже с их помощью терапевты помогают клиентам.

Провокативные терапевты, по-видимому, не ограничены конкретными диагностическими категориями современной психиатрической нозологии²⁵ (речь идёт только о функциональных расстройствах), ибо они успешно работают с самыми разными категориями пациентов. Тем не ме-

²⁵ Учение о видах заболеваний и взаимосвязи различных феноменов, сопутствующих заболеваниям

нее, представляется, что континуум эмоционального и поведенческого отклика на терапию ограничен кататонией с одной стороны, и острой манией с другой. Проблема не в том, что с пациентами с существенно ослабленными и чрезмерными реакциями невозможно работать — путём провокации и кататонию, и острую манию удавалось эффективно и за короткое время перевести в интегрированную здоровую реакцию. Проблема в том, что работа и с малореактивными и со сверхвозбудимыми пациентами требует большой приверженности и расходует силы терапевта: низкоактивные пациенты в силу ослабленных реакций требуют много активного участия со стороны терапевта, а сверхвозбудимые выдают избыток реакций, которые требуют обработки и контроля.

В одном из недавних неудачных случаев индивидуальной работы довольно замкнутый молодой человек сказал навещавшему его отцу: «Он (провокативный терапевт) хочет, чтобы я был более открытым. С этим я легко справляюсь — просто замолкаю». Такая тактика пациента никоим образом бы не сработала в семейной терапии, ибо там они могли бы повлиять на него с помощью других членов семьи.

Вопрос 16. Зачем вы смеётесь над физическими особенностями клиентов, ведь они не могут их изменить?

Я буду передразнивать, высмеивать и пародировать внешний вид и привычки пациентов, их кинестетику и общую манеру держаться, потому что зачастую это отражает то, как они ощущают себя изнутри, а также когда мне нужно вызвать у них какую-то эмоцию по поводу их внешности, если в этой сфере, по моему мнению, у них может быть эмоциональная напряжённость. Тело вы и правда поменять не можете, но вполне можете изменить отношение человека к своему телу. Позвольте мне привести несколько примеров.

Сгорбленная пациентка еле преодолела коридор по пути к моему офису, а войдя, с каменным лицом, похожим на маску, уселась в кресло подобно бесчувственной мумии. Я заявил:

Т. (хихикая и посмеиваясь): Слышь, да ты ж по ходу не человек вообще. Ты как робот на транзисторах, у тебя, наверное, даже

волосы на лобке не растут. Там скорее всего просто пучок обстриженных проводов! (указывая на её промежность)

К. (ошарашенно): Нельзя такое людям говорить! (с неё тут же слетел образ робота, и она стала говорить о своих проблемах с более естественными эмоциями)

Образ тела человека считается глубоко интимным измерением Я-концепции человека, и если вам удастся изменить его, изменится многое. Например, однажды я работал с пациенткой, пребывавшей в глубокой депрессии из-за того, что она считала себя непривлекательной по сравнению со своей сестрой. Она не могла представить, что она может быть кому-то интересна для чего-то, кроме секса, так как она «уродина». Она была очень приятной и определённо привлекательной девушкой, хотя сама этого и не осознавала.

Пример 65

Т. (с отвращением): Да, понимаю, о чем ты. Боже ты мой! На такую телку как ты разве что сексуальный маньяк позарится. Ноги огромные, щиколотки толстые, икры раздутые, кривые а...

К. (нервно смеётся): Нет, ноги у меня иксом.

Т. (раздраженно, с отвращением): Ладно, хорошо, ноги кривые, бедра толстые, задница отвисшая, живот выпученный, талия жирная, грудь плоская, плечи широченные, челюсть узкая, нос картошкой, брови мохнатые, пара свинячьих глаз, а волосы — как заброшенное крысиное гнездо! Но одно могу сказать — зубы у тебя что надо!

К. (взрывается смехом): Они же вставные! (начинают смеяться вместе).

Очень скоро она рассталась со своим мифом о непривлекательности, за тридцать лет ставшим ей родным.

Вопрос 17. Мне кажется, вы очень сильно все преувеличиваете, до тех пор, пока преувеличение не перестает быть оскорблением, и не становится просто материалом для осмысления.

Верно. Спасибо за вашу тёплую эмпатию. Это всегда приятно!

Вопрос 18. Откуда вам знать, что это именно ваши действия являются причиной перемен у клиента?

А я и не знаю. По крайней мере наверняка. Я в этом никогда не уверен. Здесь стоит задуматься вот о чем. Мы в терапии имеем дело не с метафизической неизбежностью, а с вероятностью. И существует вероятность того, что если он считает, что ему стало лучше, я считаю, что он изменился, значимые другие (семья, коллеги и т. д.) это замечают, он оплатил мои услуги, то выходит, есть свидетельства того, что клиент изменился.

Мы полагаем, что терапия делает возможными первоначальные отношения и поведенческие перемены, которые впоследствии заметят и другие люди.

Клиента вознаграждают за эти результаты (другие — явно, терапевт — неявно), и тем самым разрывается порочный круг, он обнаруживает себя в благотворной цепной реакции, которая поощряет его изменения, что, в свою очередь, приводит к новыми улучшениям, и так далее.

Вопрос 19. Как вы работаете с собственной тревогой в тех случаях, когда вы спровоцировали пациента на гнев или слезы?

Во-первых, меня это не слишком тревожит, потому что это именно то, что я и намерен был сделать — спровоцировать эмоциональный отклик, а к интенсивным проявлениям чувств за годы работы я привык.

Во-вторых, я научился рисковать тем, что не понравлюсь клиенту или он не одобрит мои действия (что обычно быстро сменяется любопытством и интересом к терапевту). Я также могу пользоваться своей тревогой, реализуя с её помощью требуемые реакции на клиента. Пара примеров:

Пациент (осуждающе): Вы в прошлый раз так со мной так разговаривали, что могли снова превратить меня в пациента!
[имеет в виду, что я мог вызвать у него психотический срыв].

Терапевт (беззаботно смеётся): Точно, такой шанс упускать не стоит!

Пациент (недоверчиво, замолкает, потом смеётся): Не стоит упускать? Да уж... Не стоит...

Пример 66

Пациентка (всхлипывая, сдавленным голосом): Можно мне салфетку?

Терапевт (озадаченно смотрит в потолок, молчит, неуверенно): Ну... Не знаю... С одной стороны, если я дам тебе салфетку, это усилит твою зависимость. А с другой стороны, я думаю — «Чёрт, да дай ты ей салфетку, а то весь кабинет будет в её соплях и слюнях»!

Пациентка (агрессивно хватает салфетку): Пока вы раздумываете, я сама возьму, нравится это вам или нет (шумно сморкается).

Пример 67

Пациент (под два метра ростом, сто килограмм весом, долговязый злобный мужик): Думаешь, такой умный, да? (угрожающе уставился на терапевта).

Т. (спокойно глядя, говорит напрямую): Да, сэр, я достаточно умен, чтобы понимать, что государство мне столько не платит, чтобы мне били морду за разговоры о том, о чем со мной говорить не хотят. Так что просто скажите мне, о чем вы не хотите говорить — про отношения с женой и семьёй, про работу, о том, как вообще тут дела — и мы про это говорить не будем. Ну а раз они мне столько не платят, чтоб я вас злил, я доводить вас точно не собираюсь. Мало ли что там эти врачи говорят, что если вы на эти темы не станете говорить, то сидеть вам здесь до упора.

И к тому же, (терапевт смотрит на клиента и меняет тон на слегка просящий), я всего лишь бедный социальный работник, боязливый, малодушный, дрожащий трусишка. Поэтому просто скажите, о чем вы не хотите говорить, и мы не будем, ладно?

П. (все это время несколько обескураженно таращится на терапевта, потом хрюкает от смеха): Нет, ты меня не боишься! Уж я-то вижу! Ладно, черт с тобой, о чем ты хочешь поговорить?

Вопрос 20. Знаете, вербально вы проявляетесь как заносчивый ублюдок, а как вы демонстрируете тепло по отношению к клиентам?

Мне неловко от таких вопросов. Помню этот нелепый момент, когда пациентка подошла и сказала: «Я была здесь в прошлом году, и вы, видя меня впервые, заявили, что я выезжаю только за счёт своей внешности, половых губ и «лингвистики», но на самом деле я — просто шмара. И вы были правы». Так что я иногда вздрагиваю, когда слышу от других людей, какое произвожу впечатление.

Но думаю, что и тепло и забота невероятно важны, и в провокативной терапии они демонстрируются разными способами, не в последнюю очередь за счёт использования терапевтом юмора.

Но каждый человек может по-своему воспринимать тепло и заботу от провокативного терапевта. Например, одна из пациенток назвала это «интенсивностью внимания», которое я направлял на неё. А другая сказала, что поняла, что мне не все равно, потому что я «не выкинул её из терапии». Еще один говорил, что он чувствует участие терапевта в том, как тот даёт ему свободу: «я могу сказать вам все, что хочу». Кто-то сказал, что для него было важно принятие: «что бы я не сказал, вас это не шокирует».

Один из моих товарищей как-то сказал: «Фрэнк Фаррелли ныряет прям в канализацию клиента и растворяется в этой жиже, как бы говоря тем самым клиенту: «Давай, залезай, водичка что надо»».

Вопрос 21. Делаете ли вы что-то характерное для социальной работы, типа планирования выписки или подготовки к собеседованиям?

Конечно! Например, как в случае с «калекой Матильдой» (пример 69). Тогда мы с социальным работником, который помогал мне с этим делом, высадили её в городе и выдали инструкции — пойти на собеседование на должность «вешалки для полотенец» в публичном доме. Эта прекрасная

возможность реализоваться в этой должности пришла нам в голову в ходе долгих обсуждений её никчёмности. Еще одним поводом стало то, что она целыми днями бездельничала на отделении и только болтала, болтала, болтала. Мы решили создать для неё такой «провокативный сценарий» и вывезти её в город, чтобы посмотреть, сможет ли эта «бедная, беспомощная и запутавшаяся» пациентка сделать хоть что-то, хотя бы вернуться обратно в больницу. P. S. Она благополучно прибыла к обеду.

Вопрос 22. Как провокативная терапия работает с жертвами системного насилия?

Делая упор на самоутверждении, защите своих прав и реальной самозащите, провокативная терапия хорошо работает с клиентами, которых заставляли плясать под чью-то дудку или которые стали для других психологическими «ковриками для ног». В противостоянии терапевту такие клиенты осознают, что не обязаны «валяться в ногах», а могут давать сдачи — и порой жёстко — тем, кто подавляет их или пользуется ими в семейном, социальном, экономическом и схоластическом окружении. Я мог бы привести конкретные примеры, но пока, пожалуй, такого общего ответа будет достаточно.

Вопрос 23. Вы же не начинаете сходу все эти провокации прямо на первом сеансе? Вы сначала строите раппорт, даёте поддержку, ведь так?

Не так. Я начинаю прямо с первой минуты первой сессии, и иду ва-банк с первым же, самым очевидным намёком от клиента, будь то его эмоциональное состояние, идея первого же его вопроса или утверждения, его внешний вид и т. д.

Например, в дверь еле слышно стучится пациентка средних лет, а когда я открыл, она стояла сгорбившись и ссутулив плечи.

К (еле слышно): Можно к вам, мистер Фаррелли?

Т. (громко): Конечно, красавица. (шагает к своему креслу и усаживается)

К. (робко входит): Где мне сесть?

Т. (указывает на стул рядом со своим столом, она начинает садиться). Садитесь сюда.

Т. (грубовато и громко): Подождите... Нет. (указывает на стул у противоположной стены) Садитесь там.

К.(тащится к указанному стулу).

Т. (командным тоном, оглядывает офис): Нет, погодите минутку... (делает паузу, выглядит неуверенно): Ага, понял! Садитесь вот туда... (указывает на стул возле двери).

К.(внезапно выпрямляется, хмурится, громко и с силой): Да пошли вы к черту! Сяду, где хочу! (плюхается на стул).

Т. (выставляет перед собой руки, словно защищаясь): Окей, окей, только без насилия!

К. (разражается смехом) (№ 70)

Мы подозреваем, что если бы терапевты оглянулись на свой прошлый опыт, они бы поняли, как и мы, что поскольку первые сеансы приходятся на время кризиса, они дают возможность затронуть такие проблемы клиента, которые впоследствии могут еще долго не проявиться. Здесь же нужно добавить, что если вы с первых встреч уклоняетесь от обсуждения очевидно болезненных тем, вы фактически транслируете клиентам послание: «вы слишком хрупкие, чтобы говорить об этом сейчас». К тому же, если работать провокативно с первых сеансов, это сразу задаёт структуру терапевтических отношений и укрепляет позицию власти терапевта, особенно в отношениях с манипулятивными и демонстративными клиентами.

Вопрос 24. Продолжаете ли вы провоцировать клиента или меняете подход на четвёртой стадии работы, когда клиент уже демонстрирует множество явных признаков улучшения?

Кто же, будучи первым, сходит с дистанции перед финишем? Нет, конечно, я продолжаю. В этот период клиенты обычно предлагают терапевту быть друзьями и «быть с ними откровенным». Терапевт на это реагирует характерным образом: «Друзьями? Неужели я похож на парня, который пригласит эмоционального калеку к себе на ужин? Поболтать за почасовую

оплату я не против, но дружить... Перестань, подумай головой. А что касается откровенности... Ты что, не знаешь, что твой дружелюбный терапевт говорит тебе только правду, одну правду и ничего, кроме правды, и да может мне Бог!».

На четвёртой стадии терапевт знает, что клиент в состоянии расшифровывать его послания. Клиент уже полностью осознает, что терапевт, провоцируя, относится к нему с юмором. Терапевт до последнего сеанса продолжает провоцировать клиента, помогая ему самоутвердиться и разрушать оковы зависимости, а также продолжает доносить до клиента, что терапевтические отношения одновременно «реальны» и «нереальны», и что хоть они во многом и схожи с хорошей дружбой, у них другая задача. Они предназначены для работы по исцелению одного из участников. У клиента есть своя задача — строить дружеские отношения в социальном мире за пределами терапии, которые будут открытыми, удовлетворяющими и равными.

Вопрос 25. Работаете ли вы с парами?

Да, часто. Есть несколько очень смешных примеров парной провокативной терапии, включая случаи «Брунгильда и мистер Размазня», «Компьютеризованный муж» и «Плаксивая жёнушка»

Вопрос 26. Даёте ли вы советы по провокативной терапии?

Чаще всего нет, во всяком случае, не напрямую, хотя случаются и исключения. Провокативный терапевт может дать несколько нелепых советов, в духе тех решений, которые клиент и так уже пробовал без всякого успеха. Или он может сказать: «Какой-то терапевт мог бы, пожалуй, предложить...», на что один из клиентов ответил: «Вы все время говорите про каких-то там терапевтов, которые могли бы предложить то и это. Может мне стоит пойти к кому-то из них и послушать, что они скажут? Они уж наверняка дадут нормальный совет, без этого вашего надменного сарказма!» (терапевт и клиент вместе смеются).

Наконец, терапевт может дать нормальный совет, а затем преуменьшать способность клиента последовать этому совету. Если у клиента что-то

таки получится, то это заслуга терапевта. А если нет — терапевт скажет: «Ну, я же говорил!»

Вопрос 27. Как вам сходит с рук то, что вы говорите клиентам?

Все просто — в основном все это правда. Я им не говорю ничего такого, что они либо уже не говорили себе сами, либо чего-то очень похожего на это, либо того, что по их мнению, другие люди о них думают или чувствуют, или того, что им уже говорили другие. Так что когда я говорю им это все в терапии, все эти песни им хорошо знакомы, это не то чтобы какие-то потрясающие новости или невыносимая конфронтация, как может показаться стороннему наблюдателю, наблюдающему за терапевтической сессией или читающему расшифровку.

Вопрос 28. Кроме вас кто-то еще практикует провокативную терапию?

С радостью сообщаю, что провокативную терапию обсуждают и практикуют во многих странах, не считая Англии, Германии и Польши. Мы получаем все больше свидетельств, что слово наше услышано, и провокативная терапия получает все большее применение как в стране, так и за рубежом. Эта мысль так греет душу...

Вопрос 29. Откуда вам знать, что вы действительно что-то даёте пациенту?

Для ответа на этот вопрос позвольте мне привести случай с миссис Абсолютный Нуль. Меня пригласили осмотреть депрессивную пациентку в возрасте тридцати лет. Персоналу больницы не удалось выяснить причину её депрессии, так что я стал задавать ей разные вопросы о её способностях в разных ролях, чтобы спровоцировать её на какую-то реакцию.

Терапевт (лаконично): Ну, мать ты паршивая, и сама это знаешь. Видать, поэтому у тебя уже третья госпитализация.

Быстрота и уверенность, с которой она отреагировала, не оставляла сомнений, что проблема её не в этом. В роли матери она

чувствовала себя уверенно.

Т. (продолжает): Тогда дом у тебя, значит, похож на окраину мусорной свалки. Пыль мужу по колено, небось!

К. (твёрдо): Нет! Уж точно не грязнее, чем у других в городе. Иногда прибраться нужно, но с маленькими детьми по-другому не бывает!

И все в таком духе. В ответ на забрасываемые мной удочки следовали взвешенные, уместные, уверенные ответы обо всех аспектах её ролей матери, домохозяйке, соратнице мужа, хорошей дочери и невестке, состояние здоровья тоже вопросов не вызывало.

Т. (устало): Ладно, прелестница, раз уж ты такая опрятная, такая компетентная и всем хороша, чего ж ты тогда депрессируешь?

К. (смотрит в пол): Я об этом говорить не хочу.

(В голове промелькнуло: ага, вот и красный флажок. Стоп, говорит! И я решил рубануть сплеча!).

Т. (триумфально): Это секс!

К. (громче, смотрит вверх, рассерженным тоном): Я же сказала, что не собираюсь об этом говорить!

Т. (самодовольно): Все ясно, тебе стыдно, что ты извращенка!

Не заняло много времени узнать, что было причиной её депрессии: у неё были «грязные, извращённые мысли, желания и чувства», но очень стыдилась их и до чертиков боялась рассказать о них мужу, потому что он бы «от шока помер». Терапевт стал потешаться над её чувствами по поводу этого, а также изображать отвращение и неприязнь к её желанию заниматься оральным и анальным сексом, а также экспериментировать в разных позах и ночью и днём.

Т. (недоверчиво): Ты, должно быть, сексуальная маньячка. Как часто у вас бывает секс?

К. (мямлит): Последние 14 лет по 3 раза в неделю.

Т. (замолкает, считает): Ну, почти что 2200 трахов за прошедшие 14 лет. А сколько у тебя было оргазмов?

К. (мрачно): Пять!

Т. (удивлённо): Пять? Откуда знаешь?

К. (уверенно): *Я считала.*

Т. (вопросительно): Ты уверена?

К. (твёрдо): Абсолютно!

Т. (со смехом обращается к присутствующим): Довольно разреженное расписание подкрепления, сказали бы специалисты по оперантному обуславливанию...

(Все, включая пациентку и терапевта взрываются смехом).

Эта беседа проходила во вторник, а вечером в четверг её должен был посетить муж. Я сказал сотрудникам и пациентке, что хочу поговорить с ними обоими. В четверг он пришел, и я в общих чертах поведал им первую половину нашего с ней разговора. Я объявил, что мы обнаружили причину её депрессий и последующих госпитализаций. Когда муж спросил, в чем же дело, я сообщил: «Дело в том, что у неё полно всяких грязных сексуальных желаний и мыслишек по отношению к вам, которые она не может выразить». Муж немедленно наклонился в своём кресле вперёд и, переводя взгляд с жены на терапевта, удивлённо воскликнул: «Ого! Окей... Даже так? Ого!» Терапевт рассмеялся, муж смеётся, наблюдатели смеются, даже пациентка, сгорая от стыда, опустив голову, не смогла сдержать смех.

Терапевт объявляет мужу, что назовет их случай «Миссис Абсолютный Ноль», потому что она превзошла само понятие фригидности, испытала 5 оргазмов за 14 лет и 2200 половых актов. К этому времени пациентка уже открыто смеялась, и постепенно перестала стыдиться. Терапевт поинтересовался, лежит ли она во время секса «пассивно, как мумия Тутанхамона», пока муж с ней это делает. Они согласились, что обычно так и происходит. Тогда терапевт посоветовал ей помогать мужу её возбуждать, и что она должна одновременно мастурбировать и ласкать свои груди и соски. «Суньте свои руки туда, где они смогут доставить вам удовольствие, а не ему

за спину, если только ваша эрогенная зона не находится у него между ключицами».

Пациентка снова смутилась, и под смех мужа и персонала призналась, что она подумывала об этом, но посчитала, что это «ненормально».

Т. (мужу): Будет ли это настолько отвратительно, если она начнёт помогать вам довести её до оргазма, что вы тут же заблуждёте её с ног до головы? Муж к этому времени уже практически пускал слюни, и убедительно заверил её, что «он совсем даже не против». Он попросил отпустить жену домой погостить. Терапевт согласился с условием, что ей придётся сделать «домашнюю работу». «Какую?» — в один голос воскликнули муж с женой.

Т. (напрямую): Я хочу, чтобы вы делали три вещи: трахались, трахались и трахались. У вас на эти занятия четыре дня. Увидимся в понедельник утром.

В следующий понедельник мы встретились с ними и группой коллег. Вкратце она поведала, что за четыре дня достигла результата предыдущих четырнадцати лет, испытала 5 оргазмов за 7 половых актов. Это со всей однозначностью доказывает, что именно терапевт явился той самой «неуточненной переменной», и оказал существенную помощь в улучшении состояния клиентки в этом курсе госпитализации. Пока не проводилось контролируемых исследований этого вопроса, но мы полагаем, это дело времени.

Пример 71

Вопрос 30. Сколько встреч с пациентами в среднем происходит за время терапии?

Общий диапазон от 2 до 100, но по большей части это в пределах 20-25 сеансов.

Вопрос 31. Вы могли бы назвать садизмом то, что вы делаете?

Я бы не стал так говорить. Я колеблюсь, поскольку не хочу, чтобы меня неправильно поняли, но попробую ответить вот таким образом. Я хотел бы

обратиться к концепции, которую я в итоге назвал «терапевтическая жестокость и радостный садизм».

Установлено, что существует, по сути, всего два способа вызвать значительное изменение поведения человека: наказание и поощрение. Со временем мне стало ясно, что рецидивы и охранное поведение, демонстрируемое многими пациентами, являются не столько результатом эмоциональной депривации или нереализованных психологических потребностей, а скорее эти отклонения вызваны тем, что я назвал бы «ложной добротой». Например, если ребёнок впервые травмировался, родители его практически всегда и совершенно по делу приласкают, и отнесутся с глубоким сочувствием. Но если этому будет позволено продолжаться, даже тупой ребёнок может быстро научиться контролировать взрослых. Он заставит их носиться с ним как с писаной торбой, угрожая в противном случае поранить или изрезать себя. Безусловно, точно так же контроля над терапевтом могут добиваться и клиенты, усиливая свои самые разные симптомы.

По иронии судьбы, опыт свидетельствует — то, что на первый взгляд кажется жестокостью по отношению к клиентам, впоследствии может обернуться добром. А то, что поначалу кажется добрым, в долгосрочной перспективе приводит к чрезвычайно вредным и совершенно не терапевтическим последствиям.

Позвольте привести пример, который проиллюстрирует, что я имею в виду под «краткосрочной жестокостью и долгосрочной добротой».

Пример 72

Я амбулаторно лечил одну юную пациентку примерно 19-ти лет. Она имела долгую и жутковатую историю самоповреждающего поведения. И вот, позвонив мне одной снежной ночью около полуночи, она заявила, что снова себя порезала. Я сказал что смогу, пожалуй, ей помочь, и пообещал перезвонить. Я набрал своего друга-психиатра и описал ему проблему. Он был знаком с её случаем, но стал протестовать, что на такое сегодня не рассчитывал, уже выпил пару бокалов мартини, и вообще, собирался спать. Я сказал: «Ну ничего, рука может дрогнет разок, пока будешь её зашивать». Тогда он стал возражать, что у него нет новокаина, чтобы её обезболить. Я

вновь настоял: «Это даже лучше! А когда закончишь, возьми с неё 35-40 долларов за ночные беспокойства». В общем, зашили её трясущимися руками без новокаина, еще и денег взяли. В итоге: больше она себя не резала, и другим самоповреждением не занималась. Вопрос — это были жестокость и садизм, или доброта в долгосрочной перспективе? Я утверждаю, что последнее. Эта пациентка бахвалилась передо мной тем, что когда резала себя, ничегошеньки не чувствовала, а однажды зашла так далеко, что ей пришлось зашивать себя зубной нитью. Рана загноилась, поэтому она взяла ножницы, вскрыла её и протёрла чистящим средством с помощью зубной щётки, а потом вновь зашила зубной нитью.

Я был счастлив заметить, что в ту ночь она, очевидно, кое-что почувствовала, пока её зашивали. Я ей дал руку, чтобы она за неё держалась, пока её шили, так она её чуть не сломала! В её глазах были слезы, а я думал: «Надеюсь, сестра, это будет так чертовски больно, что ты теперь десять раз подумаешь, прежде чем творить нечто подобное». Это, по-вашему, садистские мысли и чувства по отношению к клиенту?

Я рассказал ей о своих чувствах на следующем сеансе, а она рассмеялась: «Когда я резалась в больнице, врачи сразу реагировали так: «Ой, бедняжка!». Но я никогда сильно не резалась. Я резала только кожу и подкожный жир, но никогда не углублялась в мышцы». Эта пациентка и некоторые другие после неё стали моими первыми преподавателями «краткосрочной жестокости и долгосрочной доброты».

Таким образом, я хочу сказать, основываясь на своём клиническом опыте, что необходимо различать краткосрочную «жестокость» и долговременную доброту с одной стороны, а с другой — краткосрочную «доброту» с последующим долгосрочным вредом для клиента. Вполне вероятно, что в клинической работе существуют и «садисты». Но следует различать понятия «быть садистом» и «получать удовольствие от долгожданного проявления праведного гнева по отношению к клиенту или пациенту, видеть мгновенный эффект, и наслаждаться результатами — изменением поведения своего клиента».

В работе с людьми немного сравнится с радостью открытия подходящего и эффективного негативного подкрепления и наказания. Работа с людьми — это термин, к которому я отношу работу формирователей поведения детей (родителей), задающих поведение студентов (супервизоров), управляющих поведением пациентов и клиентов (терапевтов и больничного персонала).

Свободный от чувства вины, радостный садизм, способствующий долгосрочным полезным эффектам для ребёнка, ученика или пациента — прекрасен. Я вовсе не утверждаю, что любви и позитивному подкреплению нет места в работе с людьми. Конечно, в ней есть и то, и другое. При этом мне кажется очевидным, что наказание и негативное подкрепление играют такую же значимую роль в формировании поведения.

Давайте взглянем на это под другим углом. Если можете, поставьте себя на минуту на место маленького ребёнка и посмотрите на воспитательные практики его глазами. Я говорю о надёжных, заботливых и любящих родителях. Возможно вы, как ребёнок, сердитесь и с полным правом топаете ногами, бросаете книжки, громко провозглашаете свои конституционные права на бутерброд с арахисовым маслом. И вдруг встречаете массивный отпор от пятиметровой великанши, называемой МАТЬ, которая набрасывается на вас, громко сюсюкает какую-то милую ерунду, чтобы вас успокоить, поднимает вас на такую высоту, что голова кружится, и усаживает куда-то, чтобы потом поглядывать на вас из-за решётки той одиночной камеры, которая называется «детская кроватка».

А попробуете бежать, так эта всевидящая великанша появится откуда ни возьмись и учинит насилие и физическое наказание, называя это все эвфемизмом «отшлепать». А когда выпустят из тюрьмы, только попробуй нарушить один из городских заветов, тут же все повторится, а вдобавок пригрозят лишениями и голодом. Когда моему сыну Тимоти было 4 года, его, бывало, отправляли спать без ужина за особенно плохое поведение. И вот, подталкиваемый в спину матерью, неохотно он входит в свою комнату и обиженным голосом слёзно говорит: «Знаете, если маленького человечка не кормить, так его и голодом заморить можно!»

Подведём итог: социализация детей в любой культуре обычно осуществляется посредством любви и нежности, а также интенсивным противодействием, насилием и физическими наказаниями, лишением пищи, социальной изоляцией и прочими подобными приёмами «дрессировки послушания собак». Сейчас у нас есть и знания и умения, чтобы помочь тем пациентам, которые считались «безнадёжными». А мешает нам добраться до них, пробившись сквозь их шизофренические стеклянные стены, именно пугало «садизма» и «антигуманизма».

Вопрос 32. Почему провокативная терапия так подчёркивает важность настоящего момента?

Потому что реальность заключается в том, что настоящий момент — это единственное, с чем нам приходится иметь дело. Клиенты не пытаются разрешить конфликты прошлого, вроде Эдипова комплекса. Они застревают в своих теперешних чувствах по поводу авторитетов и чувствах к противоположному полу. И я совершенно согласен с Эллисом, что именно тот внутренний диалог, в который вовлекаются клиенты в настоящий момент, и поддерживает их проблему.

Провокативный терапевт использует прошлое клиента, чтобы указать, как они создали своё искажённое восприятие и чокнутое поведение, или чтобы показать, насколько давно клиент предаёт себя. Он также часто использует и будущее, чтобы разыграть различные сценарии, дикие и невероятные сюжеты, основанные на текущем отношении и поведении клиента, провоцируя у клиента реакцию «Ого...», чтобы он ощутил вероятные и предсказуемые последствия своих идиотских решений и дурацкого поведения.

Пример 73

Т: «Вижу, как текут десятилетия, и вот ты уже шамкаешь беззубым ртом: „Это всё из-за моей матери!“, а потом однажды безлунной ночью на кладбище мелькнёт луч фонарика, и вот картина приближается, и мы видим, как ты, старая карга, садишься и мстительно обоссываешь всю матушкину могилу!»

Еще пример:

Т. (глядя в дальний конец потолка, словно ясновидящий): «И было сейчас мне видение! Вижу дом престарелых, унылую комнату, маленького дедулю... Он привязан к стулу, потому что он грязный старикашка и щипает сестричек. Голова его безвольно висит, он бубнит себе под нос: «Я бы мог добиться успеха... большого успеха... если б только... если бы...» Клиент в ответ на это краснеет, смеётся, и, закрыв руками лицо отвечает: «Ай, ну хорош уже, а?»»

Вопрос 33. Вы, по сути, утверждаете, что если бы у вас было достаточно техник, вы могли бы вылечить почти любого.

В некотором смысле я и правда в это верю. Это запросто может оказаться правдой. Техники важны и нужны, потому что они воплощают и переносят убеждения терапевта в практическую плоскость. Без них, какое бы сильное желание помогать у нас не было, мы будем неспособны ни на что повлиять. Более того, техники желательно подробно описывать, поскольку многие книги о терапии в деталях описывают философские установки терапевта, но чертовски мало говорят о том, что же он действительно делает. Но мы бы не хотели поддерживать иллюзию того, что техники — это всё. Они должны естественным образом проистекать из того, кто вы есть, или из какого-то аспекта вашей личности. Но также верно, что «по плодам их узнаете их». Покажите мне, что вы делаете с клиентами, и я скажу, что вы за терапевт, каковы те убеждения и ценности, из которых вы исходите на практике.

Вопрос 34. На какие сигналы от клиента обращать внимание, чтобы брошенный терапевтом вызов не стал непреодолимым, и при этом был достаточно сильным?

Прекрасный вопрос, один из тех, на которые трудно ответить иначе как «Это зависит...». Психотерапия — это и наука, и искусство, и этот вопрос относится именно к части искусства. Довольно трудно, если не сказать невозможно, спрессовать полтора десятка лет практики в набор готовых точных правил и суждений на любой случай, которые подойдут всем терапевтам с каждым клиентом. Легко ли будет художнику ответить на вопрос: «Господин да Винчи, как вы вообще намалевали вот эту свою «Тайную вечерю»?».

Пола Хорнанга, известного игрока команды американского футбола

«Грин Бэй Пэкэрс», как-то спросили, как он открыл приём «бежать в про-свет²⁶» и было ли это следствием практики, интуиции или опыта? После пяти минут его неуклюжих попыток подобрать слова стало понятно, что ответить на этот вопрос нереально.

Для описания мышления клинициста многие люди используют термин «интуиция», но это тоже никоим образом не проливает свет на этот вопрос. По всей видимости, интуиция — это сверхбыстрая обработка широкого спектра внутренних и внешних стимулов, приводящая к суждению, которое реализуется в виде реакции на пациента, и эта реакция провоцирует его на перемены к лучшему.

Когда новичок учится водить машину, ему не удаётся воспринимать всю поступающую информацию, он чересчур медленно и с трудом обрабатывает её, часто склонен к чрезмерному вмешательству в процесс и приходит к неверным оценкам и реакциям в сложной дорожной обстановке. По мере обучения, практики и накопления опыта, его способность к обработке информации значительно возрастает, он участвует в непрерывном процессе управления, принимает более удачные решения и реализует их с гораздо меньшими затратами энергии. Похожая ситуация имеет место и в терапии.

И все это — просто отклик под видом ответа на ваш вопрос.

Я вижу, что есть еще много вопросов, которые мы могли бы обсудить, но, как мы говорим в клинической работе — «на сегодня наше время вышло».

26 Речь о стратегии преодоления защиты в американском футболе, когда игрок ищет про-свет в линии защиты

Поддержать проект

Если вам понравилась эта книга, будем благодарны за поддержку нашей работы по переводу и публикации важных книг и других текстов.

Это можно сделать здесь:

[Перейти на страницу Donation](#)